



**UNIVERSIDAD DE JAÉN**  
*Facultad de Trabajo Social*

Trabajo Fin de Grado

# **TRASTORNOS DE CONDUCTA ALIMENTARIA EN ADOLESCENTES.**

## **LA FUNCIÓN DEL TRABAJADOR SOCIAL.**

**Alumno/a: LORENA AGUILERA MORENO**

**Tutor/a: JOSE LUIS ANTA-FÉLEZ**  
**Dpto: Antropología, Geografía e Historia**

**JULIO, 2017**

## ÍNDICE

1. Resumen .....	3
2. Abstract. ....	3
3. Introducción. ....	4
4. Objetivos .....	5
4.1 Objetivo general. ....	5
4.2 Objetivos específicos.....	5
5. Marco teórico. ....	5
5.1 Definición de adolescencia.....	6
6. Relación entre TCA y adolescencia. ....	7
6.1 ¿Qué es un trastorno de conducta alimentaria? .....	8
6.2 Origen de los trastornos de conducta alimentaria.....	12
6.3 Prevención de la anorexia y la bulimia. ....	14
7. Cómo tratar los trastornos de conducta alimentaria .....	16
8. Factores de riesgo relacionados con los TCA y factores individuales. ....	17
8.1 Factores individuales.....	21
8.2 Teorías socioculturales del trastorno de la imagen corporal. ....	26
9. Intervención desde los ámbitos individual/ familiar, grupal y comunitario. ....	27
9.1 Epidemiología. ....	27
10. Función del trabajador social ante los trastornos de conducta alimentaria. ....	28
11. Conclusiones. ....	34
12. Bibliografía.....	37

## 1. Resumen

Mediante este trabajo Fin de Grado, se va a proceder a desarrollar una revisión bibliográfica acerca de los trastornos de conducta alimentaria (TCA), especialmente en adolescentes. Aunque el tema en cuestión, es bastante amplio, se centrará principalmente en enfermedades como la anorexia y la bulimia. Así pues, por medio de este, se pretende dar a conocer las causas, consecuencias, factores de riesgo y tratamiento relacionados con este tipo de enfermedades.

Del mismo modo, el presente trabajo se fundamenta en la intervención desde el ámbito del trabajo social y el papel que desarrollan los profesionales para intervenir en los TCA.

En la actualidad, se ha comprobado que existen múltiples factores, sociales, culturales, ambientales, familiares e individuales que influyen en los adolescentes a la hora de desarrollar trastornos de conducta alimentaria.

Por último, se profundizará en la intervención desde los ámbitos individual/familiar, grupales y comunitarios y se darán a conocer los factores de riesgo que influyen y se relacionan con los TCA.

**Palabras clave: trastorno de conducta alimentaria (TCA), Trabajo Social, familia, adolescentes e imagen corporal.**

## 2. Abstract.

In the light of this Final Year Project, it is going to proceed to develop a bibliographic revision about the eating behaviours disorders (EBD) especially in teenagers. Although this is a quite broad topic, it will focus mainly on diseases such as anorexia and bulimia. Thus, the objective of this project is to create awareness concerning causes and consequences, risk factors and treatments related to these diseases.

The present project is based on the intervention from the area of the social work and the role that the professionals develop to intervene in the EBD.

Nowadays, it has been proven that existing social, cultural, environmental, family and individual factors with affect teenagers at the moment of developing eating disorders.

Finally, it will be deepened both in the intervention within the individual/family, group, and community level and de risk factors that influence and that related to the EBD.

**Key words: eating behavior disorder (EBD), Social Work, family, adolescents and body image.**

### **3. Introducción.**

Los trastornos de conducta alimentaria constituyen actualmente un grave problema de salud, debido a que se ha producido un aumento de casos, especialmente en adolescentes. Cada vez se manifiestan a edades más tempranas y permanecen en el tiempo, en muchas ocasiones hasta la adultez.

Así pues, en este trabajo, encontramos una larga descripción y un análisis completo sobre los TCA. Además, una correlación entre estas enfermedades, la etapa de la adolescencia y el papel del trabajador social para intervenir de cara a esta problemática. Del mismo modo, como metodología básica utilizaremos la búsqueda, análisis y recopilación bibliográfica, la cual se ha utilizado no sólo para reunir información sobre el tema, sino también para observar críticamente tanto el tema, como los propios datos.

En este sentido se ha realizado una revisión bibliográfica de páginas webs, revistas académicas, libros y otros documentos relativos al tema que contienen información complementaria sobre dicha problemática.

El presente trabajo pretende plasmar, (y este es el principal objetivo que le damos a este trabajo), la labor que el trabajador social desarrolla en un tema tan actual y patente como los TCA en la adolescencia, que se pueden apreciar de forma considerable en nuestra sociedad y cada vez a edades más tempranas. Del mismo modo, el trabajador social debe contribuir para reducir el número de casos y dar consideración a su profesión en dicho tema.

La elección de la temática para dicho trabajo, se justifica esencialmente en mi propio interés y en la ampliación de conocimientos acerca de este, ya que hace unos años sufrí un trastorno de conducta alimentaria no especificado (TCANE).

## **4. Objetivos**

### **4.1 Objetivo general.**

- 1- Estudiar y dar a conocer los TCA, principalmente anorexia y bulimia en adolescentes, además de sus posibles causas, consecuencias y el tratamiento que requieren estas enfermedades.

### **4.2 Objetivos específicos.**

- 1- Analizar las causas que afectan para que en la adolescencia se pueda desarrollar TCA.
- 2- Describir y explicar la función del trabajador social ante este tipo de enfermedades.

## **5. Marco teórico.**

## 5.1 Definición de adolescencia.

La adolescencia implica numerosos cambios físicos y psicológicos importantes en la persona. No existe una única definición de adolescencia ni un período concreto. Son muchos los autores que sitúan a la adolescencia como una etapa esencial y significativa en el desarrollo humano. Según la OMS, la adolescencia se definiría como: “El periodo de crecimiento y desarrollo humano que se produce después de la niñez y antes de la edad adulta, entre los 10 y los 19 años. (OMS, 2017)

Según la OMS, “los determinantes biológicos de la adolescencia son prácticamente universales; en cambio, la duración y las características propias de este periodo pueden variar a lo largo del tiempo, entre unas culturas y otras, dependiendo de contexto socioeconómicos. A su vez, la adolescencia es un ciclo en el que la persona comienza a prepararse para la edad adulta. Aunque la adolescencia supone un gran cambio y una etapa de crecimiento, también constituye una etapa de riesgos considerables, debido a que el contexto social puede tener una influencia determinante en el desarrollo. (OMS, 2017)

Del mismo modo, un adolescente es diferente de un niño pequeño y también de un adulto. Por tanto, un adolescente no es totalmente capaz de comprender conceptos complejos, ni entender la relación entre una conducta y sus consecuencias, ni tampoco percibir el grado de control que tiene o puede tener la toma de decisiones relacionadas con la salud. (OMS, 2017)

Así mismo, la familia y la comunidad son esenciales para el desarrollo del adolescente, la OMS señala que: “Los adolescentes dependen de su familia, su comunidad, su escuela, sus servicios de salud y su lugar de trabajo para adquirir toda una serie de competencias importantes que pueden ayudarles a hacer frente a las presiones que experimentan y hacer una transición satisfactoria de la infancia a la edad adulta. Los padres, los miembros de la comunidad, los proveedores de servicios y las instituciones sociales tienen la responsabilidad de promover el desarrollo y la

adaptación de los adolescentes y de intervenir eficazmente cuando surjan problemas”. (OMS, 2017)

La adolescencia implica aceptación y dependencia entre los grupos de iguales, es decir, la imagen que el adolescente forma de sí mismo/a está relacionada con la manera en que amigos, cercanos, ídolos...contribuyen en la formación de su identidad, de esta manera comienzan a crearse vínculos con ellos, necesitando así, la aceptación por parte del grupo. (Behar, A. 2010)

Así pues, la sociedad siempre será el punto clave que marcará la adolescencia, del peso, del culto al cuerpo, del deseo de objetivarse fuera de cada uno mismo, del constante interés narcisista. La sociedad cuanto más compleja se vuelve, más difícil se hará la adaptación de los jóvenes. (Carrillo, 2001)

## **6. Relación entre TCA y adolescencia.**

“La adolescencia y la juventud son épocas de cambios y de crisis, uno de ellos, los que suceden alrededor de la identidad, la corporeidad y el ser”. Los jóvenes comienzan a experimentar los cambios físicos que la adolescencia produce. Cambios que la mayoría de adolescentes no aceptan, por lo que generalmente esto provoca malestar y una no aceptación de su nueva imagen corporal. (Fernández E, 2015)

En la actualidad se ha producido un considerable aumento de TCA en jóvenes y adolescentes. Buscar una única explicación de este suceso no es fácil, pero lo que sí está constatado es que los factores culturales y sociales influyen en que estos trastornos se estén incrementando. (Arpa S, 2017)

Los TCA suelen iniciarse en la adolescencia, aunque progresivamente se va observando una mayor frecuencia de inicio en la edad adulta e infantil. Afecta principalmente a la población femenina. Del mismo modo, los TCA no tienen edades

establecidas, pueden aparecer a cualquier edad pero hay factores que facilitan la aparición a edades tempranas. (Cabrera S, 2014).

Así pues, los TCA se aprecian más en jóvenes, es porque la adolescencia es una etapa crítica para la personalidad. En esta época se producen desequilibrios emocionales, y una mayor preocupación por mantener una imagen corporal delgada. Además en la adolescencia, existe un continuo deseo de integración y miedo al rechazo que le provoquen los demás en la sociedad (Cabrera, S 2014).

La anorexia y bulimia aparecen durante la pubertad cuando se produce un cambio en la imagen corporal. Del mismo modo, las/los adolescentes, no pueden evitar fijarse en el modelo vigente, hasta el punto que los estereotipos lleguen a enfrentarse contra el propio cuerpo. La imagen corporal como autoimagen, el temor a tener el cuerpo como el padre o la madre, una pubertad precoz, las críticas o mofas, fracasos amorosos,... afectan a todas las áreas del desarrollo afectivo, personal, comportamental y de relaciones humanas que pueden desencadenar TCA. (Carrillo, 2001)

## **6.1 ¿Qué es un trastorno de conducta alimentaria?**

Los TCA constituyen un grupo de trastornos mentales caracterizados por una conducta alterada ante la ingesta alimentaria o la aparición de comportamientos de control de peso. Esta alteración lleva como consecuencia problemas físicos o del funcionamiento psicosocial del individuo. Las actuales clasificaciones de los TCA incluyen la anorexia, la bulimia y otras alteraciones menos específicas denominadas TCANE. (Guía de Práctica Clínica sobre Trastornos de la Conducta Alimentaria, 2009).

Aunque los TCA, comienzan a desarrollarse por una preocupación extrema con el aspecto físico y un control excesivo por el peso, existen numerosos estudios que indican que los TCA, surgen para compensar sentimientos y emociones que resultan dolorosos. (NEDA, 2016)



Del mismo modo, los TCA abarcan numerosos y diferentes tipos de enfermedades. Así pues, dentro de esta variedad, nos centraremos en las más comunes y actuales, como la anorexia y la bulimia. A continuación se definirán ambas enfermedades para profundizar aún más en el tema. (NEDA, 2016)

Podemos definir anorexia como: “un trastorno de la conducta alimentaria que se manifiesta como una necesidad patológica de estar delgado, acompañado de la práctica voluntaria de procedimientos para conseguirlo: dieta restrictiva estricta y conductas purgativas (vómitos auto inducidos, abuso de laxantes, uso de diuréticos, etc.).” (F:IMA, 2013)

Además las personas que padecen anorexia sienten mucho miedo a ser obesas, presentan una gran distorsión de la imagen corporal, y una gran preocupación por la figura delgada y el peso. Por tanto, principalmente evitan realizar comidas y desarrollan estrategias (exceso de actividad física, conductas de purga...) para posteriormente neutralizar lo que ingieren. Las personas que sufren anorexia no son conscientes de la gravedad y los riesgos que posee esta enfermedad, en algunas ocasiones la pérdida de peso desmesurada ocasiona riesgos vitales. La anorexia afecta entre el 0,14% y el 0,9% de la población joven española, especialmente se manifiesta en mujeres aunque también hay hombres que también la desarrollan. ”

Los principales síntomas de la anorexia son los siguientes:(NEDA, 2016)

- Preocupación constante por mantener un peso corporal bajo.
- Miedo intenso hacia el aumento de peso y la obesidad.
- Una imagen corporal distorsionada.
- La pérdida del período menstrual (amenorrea).
- Preocupación extrema por el peso y la figura.

Así pues, la anorexia también se puede diagnosticar, si existen algunos de los siguientes principios: (F: IMA, 2013)

- ✚ Restricción del aporte energético, por el que se produce una considerable pérdida de peso.

- ✚ Temor a ganar peso y ser obeso/a, es decir continua preocupación por mantener una imagen corporal delgada.

- ✚ Alteración de la percepción del peso y la silueta corporal, es decir, no perciben de manera real su imagen corporal, tienden a autoevaluarse de manera negativa y no perciben el peligro que provoca el peso bajo corporal.

El continuo deseo por bajar de peso, es uno de los elementos más característicos de la anorexia. Las personas que sufren anorexia constantemente consideran su pérdida de peso como un logro, por lo que su motivación al cambio es limitada. Normalmente tienen muy poca conciencia acerca del riesgo de la enfermedad, y en muchos casos la familia tampoco reconoce los síntomas. La pérdida de peso es consecuencia de una estricta restricción de la ingesta de alimentos. (Camarillo-Ochoa, 2013)

La Bulimia, es “un trastorno de la conducta alimentaria que se caracteriza principalmente por episodios de atracones (ingesta voraz e incontrolada), en los cuales se ingiere una gran cantidad de alimento en poco espacio de tiempo y generalmente en secreto. Las personas afectadas, intentan compensar los efectos de las sobreingestas mediante vómitos autoinducidos y/o otras maniobras de purga o aumento de la actividad física”. (F: IMA, 2013)

Del mismo modo, las personas que padecen bulimia, manifiestan una preocupación extrema por el peso y la imagen corporal, pero en este caso, no se producen obligatoriamente modificaciones en el peso, ya que pueden mostrar un peso normal, bajo o incluso sobrepeso. “La bulimia suele ser un trastorno oculto, fácilmente pasa desapercibido y se vive con sentimientos de vergüenza y culpa, por esto, la persona afectada suele pedir ayuda cuando el problema ya está avanzado” (F: IMA, 2013)

Referente a los atracones, aunque el tipo de alimentos ingeridos durante este no siempre son los mismos, la mayoría de las veces suelen ser alimentos altos en calorías. Los atracones se pueden producir en cualquier momento del día, aunque son más frecuentes por la tarde y los desencadenantes pueden ser, estados de humor alterados, dificultades interpersonales, hambre o sentimientos relacionados con el peso, la figura corporal o los alimentos. Todo esto produce una falta de control e incluso puede reducir el malestar de forma pasajera. Posteriormente, los atracones conllevan a sentimientos de culpa y autodesprecio. (F: IMA, 2013)

Algunos síntomas de la bulimia son los siguientes: (NEDA, 2016)

- Episodios repetitivos de atracones y a continuación provocación del vómito.
- Pérdida de control durante los atracones.
- Auto-provocación del vómito tras los atracones.
- Utilización de laxantes, pastillas, diuréticos, ejercicio físico excesivo o ayunos.
- Estar a dieta frecuentemente.
- Una preocupación extrema por el peso y la figura.

La bulimia es una enfermedad que” tiene su origen a través de numerosos factores que incluyen trastornos emocionales y de la personalidad, presiones familiares, posible sensibilidad genética o biológica y vivir en una sociedad en la que hay obsesión por la delgadez”. Las personas que padecen bulimia sienten constantemente frustración por no conseguir un peso inferior al normal. (Camarillo-Ochoa 2013)

En la actualidad, “la *anorexia nerviosa* y la *bulimia nerviosa* se consideran trastornos graves de la conducta alimentaria, caracterizados por una búsqueda deliberada de pérdida de peso, inducida y mantenida por la propia persona, mediante actitudes restrictivas y/o purgativas en la alimentación o la realización excesiva de ejercicio”. (Gil García, E 2005). El miedo a engordar y una obsesión constante por la alimentación son los principios básicos de los TCA.

Por otro lado, Los TCANE “son habitualmente cuadros de anorexia o bulimia incompletos, ya sea por su inicio o porque están en vías de resolución. Por lo tanto, en ellos veremos síntomas similares a la anorexia o a la bulimia pero sin llegar a configurar un cuadro completo, aunque no por ello menos grave”. (Guía de Práctica Clínica sobre Trastornos de la Conducta Alimentaria, 2009).

Del mismo modo, en los TCANE también se encuentran trastornos como el empleo habitual de conductas compensatorias inapropiadas (después de ingerir pequeñas cantidades de alimento, masticarlas y expulsar la comida) y episodios compulsivos de ingesta de forma recurrente pero sin conductas compensatorias. (Guía de Práctica Clínica sobre Trastornos de la Conducta Alimentaria, 2009).

Además, podemos encontrar características psicológicas frecuentes en personas que padecen TCA como: (Camarillo-Ochoa, 2013)

- Autoimagen distorsionada.
- Baja autoestima.
- Depresión.
- Frustración.
- Pensamientos obsesivos y tendencia al perfeccionismo.
- Escasa comunicación con el entorno.
- Conductas autodestructivas.
- Dificultad para concentrarse.
- Irritabilidad y obsesión por la comida.
- Impulsividad.

## **6.2 Origen de los trastornos de conducta alimentaria.**

Con respecto al origen de los TCA, es muy difícil encontrar una única explicación de por qué en la actualidad están aumentando este tipo de trastornos, lo que si está claro, es que es un problema que está en la sociedad, en el que los factores culturales y sociales están muy presentes

El origen de los trastornos de conducta alimentaria se sitúa en los años 70, cuando se comienza a palpar un aumento de estos. Así mismo, inicialmente se manifiestan principalmente en la infancia, juventud y adolescencia. En la clasificación Internacional de las enfermedades (CIE), los trastornos de conducta alimentaria aparecen por primera vez en 1978, como síndromes especiales no clasificados. En 1992 aparecen más claramente definidos, quedan reconocidos como trastornos del comportamiento asociados a disfunciones fisiológicas y factores somáticos dentro de la subcategoría de trastornos de la conducta alimentaria. (Moral de la Rubia, 2002)

Aunque se pueden encontrar numerosos trastornos y desordenes alimentarios, nos centraremos en la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa. La anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa son enfermedades que siempre han existido. No obstante, el aumento de casos en los últimos años ha provocado que se investiguen más profundamente. Así mismo, el diagnóstico y la prevención de estas enfermedades ha sido muy escaso hasta hace un tiempo.

## **ANOREXIA NERVIOSA**

Así pues, la anorexia nerviosa aparece con el nombre de "consumación nerviosa" por vez primera, en 1694, por el médico estadounidense Richard Morton. En 1873, recibe el nombre de "anorexia histérica" por el psiquiatra francés Charles Lasègue y en 1874, el psiquiatra británico William W. Gull, crea el término de "anorexia nerviosa". Debido al escaso número de casos y a su consideración como síndrome neurótico apenas se le prestó atención a dicha enfermedad. Más tarde en la década de los 70 se comienza a observar un considerable aumento de casos, lo que provoca el interés de los médicos e investigadores. Es en 1980 cuando queda definido como síndrome

perfectamente individualizado, lo que provoca el interés sobre la enfermedad de clínicos e investigadores. (Moral de la Rubia, 2002)

## **BULIMIA NERVIOSA**

Fue Galeno, médico de origen griego quien asignó el término de “patología bulímica” o “gran hambre”. Para Galeno la bulimia era causada por un humor ácido alojado en el estómago que producía falsas señales de hambre. Esta enfermedad no despertó interés hasta 1979, fue el psiquiatra estadounidense G.F Rusell quien asigna el término de “bulimia nerviosa” (Moral de la Rubia, 2002)

### **6.3 Prevención de la anorexia y la bulimia.**

Según la Asociación de familiares afectados de anorexia nerviosa y bulimia una correcta prevención sería la siguiente: (ADANER, 2017)

- ✚ Educando a los niños/as a llevar una vida saludable, inculcando conocimientos y hábitos de alimentación sana y de actividad física adecuada a sus facultades.

- ✚ Reforzando su autoestima. Tienen que aceptarse tal y como son y que se sientan a gusto con ellos mismos.

- ✚ Evitando poner metas académicas, deportivas o estéticas inalcanzables con arreglo a sus capacidades y limitaciones.

- ✚ Contrarrestando la presión de los medios de comunicación social en torno a los cuerpos perfectos; inculcando a la gente joven que sus valores y los de la gente con la que se relacionan radican en sus cualidades, valores y comportamientos mas que en su aspecto físico.

Por otro lado, según *la Associació contra l'Anorexia i l'Bulímia*, 2017 establece la prevención desde el ámbito familiar, así pues” La familia tiene un papel clave porque

puede convertirse en un modelo muy potente de hábitos y estilo de vida saludables. La transmisión, desde la familia, de la importancia de mantener una alimentación equilibrada y de no basar la autoestima en el aspecto físico puede reforzar la autoestima de los hijos y protegerlos de sufrir un trastorno de la conducta alimentaria” (ACAB, 2010)

La familia, posee el papel principal y fundamental en la transmisión de hábitos saludables, por tanto es actor esencial en la prevención de TCA. Por tanto, ¿Qué debe hacer la familia?: (ACAB, 2010)

- ✚ Potenciar la autoestima de los hijos/as, para conseguirlo es eficiente elogiarlos por como son y reforzar positivamente por todo lo que tiene que ver con su personalidad y sus habilidades en lugar de lo que tiene que ver con la apariencia física.

- ✚ Favorecer una imagen corporal positiva, enseñándoles a aceptar las diferencias entre las personas ya respetar a todo el mundo independientemente de cómo es su aspecto físico.


- ✚ Promover hábitos alimentarios y un estilo de vida saludables.

- ✚ Hacer una comida al día en familia, convirtiendo la alimentación un acto social y familiar.

- ✚ Dar herramientas para desarrollar un sentido crítico hacia los estereotipos de belleza que se difunden en los medios de comunicación. Para fomentar esto es positivo ver la televisión o las revistas con los hijos e hijas, y conversar después sobre estos temas.

- ✚ Fomentar la comunicación en la familia, es importante que los hijos sientan que son escuchados y que su opinión tiene un lugar dentro de las

conversaciones familiares, de esta manera se sienten reconocidos y aprenden al mismo tiempo, que existen diferentes puntos de vista sobre un mismo tema.

 Compartir con los hijos actividades de ocio como ver la televisión, hacer deportes juntos, salir a hacer actividades culturales, leer o navegar por Internet.

## 7. Cómo tratar los trastornos de conducta alimentaria

El tratamiento de los TCA, requiere la colaboración de un equipo multidisciplinar y puede realizarse en diferentes niveles de atención y recursos asistenciales. Así pues, existen numerosos objetivos para el tratamiento de los TCA. (Guía de Práctica Clínica sobre Trastornos de la Conducta Alimentaria, 2009).

- Conseguir el peso y el estado nutricional adecuado para el paciente.
- Tratar las complicaciones físicas.
- Proporcionar educación sobre patrones nutricionales sanos.
- Modificar o mejorar las funciones previas adquiridas (pensamientos, actitudes, sentimientos, conductas inadecuadas...)
- Tratar los trastornos asociados, tanto psiquiátricos como físicos.
- Conseguir el apoyo familiar y proporcionarle acceso y terapia cuando sea necesario.
- Prevenir las recaídas incluyendo la detección de cualquier desequilibrio emocional o presión ambiental y el control y la atención a la familia.
- El tratamiento en los casos de TCA crónicos.

Los TCA, requieren un tratamiento duradero y complejo, es necesario tener en cuenta que la recuperación es posible y que entorno al 70% de las personas que padecen



un TCA lo superan. No existe un único tratamiento, sino que siempre se establecen según las características de cada persona. El tratamiento de los TCA, implica que se lleve a cabo y se establezca mediante un equipo multidisciplinar, para poder ofrecerle a la persona un tratamiento que integre y considere todas las causas y consecuencias de la enfermedad.

(F: IMA, 2013)

## **8.1 Factores de riesgo relacionados con los TCA y factores individuales.**

Según *la Associació contra l'anorexia i l'bulimia* los factores de riesgo “son aquellos que facilitan la aparición de los trastornos de la conducta alimentaria. Pueden ser factores individuales, grupales y sociales. La combinación de estos diferentes factores de riesgo puede provocar el desarrollo y mantenimiento de la enfermedad.” (ACAB, 2010)

La alteración de la percepción de la figura corporal en los trastornos de conducta alimentaria está relacionada varios aspectos biopsicosociales. Los factores socioculturales constituyen unos de los aspectos fundamentales en el desarrollo de los estereotipos corporales. Entre los atributos inherentes que la sociedad y la cultura destacan: (Behar A, 2010)

### **1) El modelo cultural de belleza de nuestra sociedad occidental contemporánea.**

En nuestra sociedad existe un gran avance por parte de los medios de comunicación, que muestran mensajes publicitarios dirigidos exclusivamente a crear, exhibir y mantener un prototipo ideal de belleza que debe ser alcanzado. Se ha establecido un entorno social en el que el aspecto físico es notablemente importante olvidando cualidades intelectuales. La presión mediática está ejerciendo una influencia considerable al ensalzar y unir los términos de belleza y éxito. (Behar A, 2010)

## **2) Los patrones estéticos y los trastornos alimentarios.**

El alarmante aumento de los trastornos alimentarios, puede estar vinculado con una sociedad en la que se utiliza el cuerpo como un logro de un estatus social y la figura esbelta se valora muy positivamente como sinónimo de éxito, poder, valía, atractivo e inteligencia. (Behar A, 2010)

Así pues, nuestra cultura califica negativamente la gordura con atributos como: fealdad, flojera, incapacidad e ineficiencia, y discrimina a los sujetos con sobrepeso u obesos. (Behar A, 2010)

Por tanto, se transmite el mensaje reflejando como objetivo principal la idea de delgadez, como ejemplo de modelo corporal a seguir y convirtiéndose así en la idea “ser delgada es sinónimo de triunfo, éxito personal, profesional y social, demuestra que se ejerce un control sobre sí misma y sobre todo lo demás”. (Behar A, 2010)

Del mismo modo, “ser esbelta es ser una mujer moderna competente y autosuficiente, sin embargo, por el contrario, no estar delgada, engordar, perder el control del peso, significa fracaso, carecer de la capacidad de agradar, de alcanzar las metas propuestas y de triunfar.” (Behar A, 2010)

## **3) La clase social.**

Se aprecia que “un mayor grado de urbanización puede aumentar la probabilidad de que existan trastornos de conducta alimentaria.” Debido a que “conduciría una mayor exposición al ideal de delgadez a través de los medios, al favorecer cambios en hábitos

alimentarios sedentarismo y un mayor número de personas con sobrepeso y obesidad.” (Behar A, 2010)

Los estereotipos estéticos suelen aparecer en las sociedades complejas en sentido descendente, es decir, de las clases más altas a las clases más bajas. En las sociedades desarrolladas hay una relación inversa entre clase social y obesidad. (Behar A, 2010)

Por tanto, el 11,6% de la población femenina de clase baja, eran obesas, mientras que en las de clase alta solo existía un 5,4%. Del mismo modo, la apariencia y el ideal de delgadez que antes se consideraban privativos de las clases altas, han pasado a ocupar un lugar esencial en todos los niveles socioeconómicos. (Behar A, 2010)

#### **4) Perfeccionismo e insatisfacción corporal.**

Uno de los factores de riesgo que se aprecian en los adolescentes que padecen TCA, es el perfeccionismo, esto es debido a la insatisfacción general y continua que produce este factor de riesgo, en el caso de los TCA, el grado de insatisfacción se centraría principalmente en la imagen corporal. (Behar A, 2010)

#### **5) El modelaje.**

“En las últimas décadas, el valor social de la imagen también ha ganado relevancia, por lo que no sólo tenemos un modelo de belleza perjudicial para la salud sino que, además la presión social recibida respecto a la importancia de parecerse a este modelo es excesivamente elevada.” (F:IMA, 2013)

De igual manera, la moda, ejerce un papel importante en la preocupación femenina por mostrar o no la imagen corporal. Así pues, las modelos son la figura principal, para exhibir un cuerpo perfecto y que la mayoría de jóvenes y adolescentes

perciban como tal. Por tanto, los expertos hacen referencia a que entre el 20% y el 30% de modelos sufren trastornos de conducta alimentaria. (Behar A, 2010)

Por consiguiente las llamadas “Tops models”, representan actualmente una imagen que quiere reflejar el éxito social y la autodeterminación, la versatilidad y la polivalencia, derivado del uso de su imagen corporal. (Behar A, 2010)

Esto se refiere a, una causa efecto; entre la ropa, reflejada como un espacio juvenil e importante, y lo que nos venden. La ropa es importante (para los jóvenes) pero a la vez está enmarcada dentro de un sistema en el que al que comprar lo que nos venden, no podemos escapar de la relación entre el deseo y el mercado.

## **6) Medios de comunicación y publicidad.**

La influencia de los medios de comunicación en la transmisión del modelo de belleza actual, hace que sean identificados como agentes responsables, en gran medida, en el aumento y avance de los TCA en nuestra sociedad. (F: IMA, 2013)

Por otro lado, los medios de comunicación, difunden un ideal de delgadez, y patrones relacionados con la imagen corporal perfecta, que ejerce una influencia considerable sobre jóvenes y adolescentes. (Behar A, 2010)

De forma que, la información que ofrecen los medios de comunicación fortalecen una imagen corporal ideal, calificando como aceptable “lo delgado, lo bello, lo que está a la moda y lo adecuado” y como inaceptable, “lo gordo u obeso, lo feo, lo anticuado y lo inadecuado”. Esto provoca una influencia negativa sobre la autoestima. Por tanto, se le atribuye una gran responsabilidad a la publicidad y los medios de comunicación en la aparición de trastornos de conducta alimentaria, por el fuerte impacto que conlleva establecer modelos identificativos. (Behar A, 2010)

## **7) El culto narcisista al cuerpo.**

“Algunos autores señalan la obsesión narcisista por el cuerpo orientada al consumo y al esteticismo”. Así mismo, el cuerpo se ha convertido en el reflejo de “estatus, juventud, salud, energía y movilidad”. En la actualidad el dominio del cuerpo se consigue mediante la promoción del autocontrol y la disciplina, centrados principalmente en una alimentación sana, ejercicio físico deporte y cuidados estéticos. (Behar A, 2010)

Así pues, en la actualidad la manipulación del cuerpo se ha convertido más compulsiva y se percibe como una norma, de ahí que la existencia de cuerpos irreales alejados de lo natural. (Behar A, 2010)

## **8.1 Factores individuales.**

Por consiguiente, también podemos encontrar factores individuales que favorecen la aparición de trastornos de conducta alimentaria, encontramos: 1) Las diferencias genéricas; 2) La feminidad y los trastornos de la conducta alimentaria; 3) El factor étnico; 4) La familia; 5) Las críticas y/o burlas; 6) El desarrollo físico y el reforzamiento social; 7) La adolescencia; 8) Sitios *web* “pro-ana” y “pro-mia”. (Behar A, 2010)

### **1) Diferencias de género entorno a las actitudes corporales.**

Las mujeres parecen estar más influenciadas por la delgadez y por los cánones de belleza establecidos que los hombres. Suelen estar más descontentas con su peso, lo

que provoca que perciban su imagen corporal de una forma distorsionada y que constantemente deseen perder peso. (Behar A, 2010)

Así mismo, la continua insatisfacción con el peso, y la excesiva preocupación por la imagen corporal, se consideran factores de riesgo para el desarrollo de un trastorno de conducta alimentaria. (Behar A, 2010)

## **2) Femenidad y trastornos de la conducta alimentaria.**

Existen estudios, que aseguran que existe una asociación entre la feminidad como una orientación de rol sexual y los trastornos de conducta alimentaria. El perfil estereotípico de rol genérico femenino en la mujer con un cuadro alimentario surgiría como eminentemente dependiente, inmaduro, complaciente, con una necesidad de aceptación por terceros que conduce a una baja autovalía, escasa confianza en sí misma y una dificultad en la adquisición de identidad genérica. (Behar A, 2010)

Existen “factores protectores” en relación con los trastornos de conducta alimentaria como: autoestima alta, estabilidad emocional, baja timidez, e hincapié en un cuerpo saludable más que el énfasis por la apariencia. A su vez, el pertenecer a determinados grupos profesionales, como: modelos, bailarinas, nutricionistas y deportistas, aumenta el afán por mantener una imagen corporal delgada, con lo cual aumenta el riesgo de desarrollar trastornos de conducta alimentaria. No está claro si un desencadenante podría ser el ambiente o son personas ya predispuestas a desarrollar un desorden alimentario. (Behar A, 2010)

## **3) El factor étnico.**

A pesar de la prevalencia inicial de este fenómeno en sociedades postindustriales y occidentales, los trastornos de conducta alimentaria, actualmente parecen estar desarrollados globalmente. Los datos de las poblaciones emergentes sugieren que la migración transnacional y la modernización pueden aumentar el riesgo de insatisfacción corporal, a lo largo de diversos contextos sociales y étnicos. (Behar A, 2010)

Así pues, el ideal de delgadez se percibe principalmente en sociedades donde existe abundancia de alimentos y obtenerlos no simboliza un problema. Además, las experiencias históricas y culturales sugieren que el cambio cultural por sí mismo, puede asociarse con una vulnerabilidad aumentada para los trastornos alimentarios, especialmente cuando están involucrados los valores estéticos físicos. Este cambio se puede producir en el tiempo dentro de una sociedad determinada o a nivel individual. (Behar A, 2010)

#### **4) La familia.**

La familia inculca desde muy temprano sus propios parámetros estéticos o comportamentales. La presión por la imagen corporal delgada y la presión que en muchas ocasiones ejerce la familia, influye a la hora de desarrollar TCA. Del mismo modo, numerosos estudios realizados, relatan que en las familias donde existen personas con TCA, se producen más trastornos de conducta alimentaria que en las familias donde nunca han existido. (Behar A, 2010)

Del mismo modo, la genética de un individuo puede producir que en una persona exista mayor vulnerabilidad que en otra a para sufrir estos trastornos. Aún así, esto no es razón para ser una causa inevitable de aparición del trastorno .Según la genética entre el 60% y el 70% de los casos de anorexia son a causa de esto. (Quesada S, 2014)

Así mismo, en numerosas ocasiones, la familia es una clara influencia sobre el individuo para desarrollar TCA, ya que se trata de un factor predisponente, precipitante y mantenedor de este tipo de enfermedades. (Quesada S, 2014)

Además, es importante mencionar a los padres que le dan mucha importancia a la apariencia física, ya que si esto ocurre, se le está dando una importancia sobrevalorada, y los hijos/as pueden comenzar a desarrollar TCA, obsesionándose con no engordar y originando así obstáculos para aceptar su cuerpo. La familia también enfatiza el atractivo de delgadez, cuando establecen a sus hijos/as dietas para perder peso, lo que provoca una mayor probabilidad de que estos desarrollen TCA, debido a que aumentan su preocupación por el cuerpo. (Quesada S, 2014)

#### **5) Críticas y /o burlas, acoso escolar).**

El acoso escolar es: “El acto de acoso o intimidación se caracteriza por ser un comportamiento agresivo, repetitivo, metódico y sistemático, que se produce durante un período de tiempo prolongado. El objetivo del acoso es intimidar, tiranizar, aislar, amenazar, insultar, amedrentar, someter emocional e intelectualmente a la víctima, es decir, controlarla a través del pensamientos y /o la acción y satisfacer su necesidad de controlar, dominar, agredir, y destruir a los demás. El agresor hunde y machaca la personalidad y la autoestima de la víctima” (CEAPA, 2013)

Existen numerosos estudios que reflejan que las burlas, insultos, comentarios despectivos y críticas sobre el aspecto físico ejercen una considerable influencia a la hora de desarrollar TCA. Debido a que esto, produce una baja autoestima y una mayor insatisfacción con el cuerpo. (Behar A, 2010)

#### **6) Desarrollo físico y reforzamiento social.**



Por otro lado, la pubertad produce varios cambios en el aspecto físico que supone un aumento de preocupación por el cuerpo. Estos cambios en la imagen corporal afectan de manera directa a los adolescentes en la autoestima debido a que no aceptan estas modificaciones.

En un estudio realizado recientemente, se constata que más de la mitad de las adolescentes están insatisfechas con la forma de sus cuerpos y el peso. Afirman que se sienten incómodas con el tamaño de sus muslos, caderas, cintura y nalgas lo que provoca que realicen conductas peligrosas como: dietas, ayunos, provocación del vómito, diuréticos y laxantes para así perder peso. (Behar A, 2010)

### **7) La adolescencia en el contexto de los trastornos alimentarios.**

La etapa de la adolescencia influye considerablemente a la hora de desarrollar TCA, debido a que la imagen corporal está en constante cambio y se produce un aumento de la preocupación por el aspecto físico. Existen estudios que reflejan que a través de la adolescencia, aumentaba la insatisfacción corporal que a su vez permanece a través de la mayor parte de la adolescencia. Así pues, los adolescentes perciben mayor presión por tener un aspecto físico delgado, mediante los medios de comunicación. (Behar A, 2010)

Así mismo, numerosos estudios han demostrado que en la adolescencia se tiende a desarrollar una autoestima baja y a realizar juicios negativos sobre uno mismo. Tanto la presión social, como las transformaciones biológicas, hacen que los adolescentes presten más atención a su cuerpo. (Behar A, 2010)

### **8) Sitios webs “Pro-ana” y “Pro-mía”.**

Desde hace unos años ha aparecido un nuevo factor de riesgo relacionado con el desarrollo y mantenimiento de los trastornos de la conducta alimentaria: la apología a la red de la anorexia y la bulimia. Esta apología consta de páginas web en las que se presentan la anorexia y la bulimia no como enfermedades mentales, sino como "estilos de vida". La anorexia y la bulimia son nombradas como si se trataran de dos chicas amigas, Ana (Anorexia) y Mía (Bulimia). (ACAB, 2010)

En estos sitios webs, encontramos que, se refuerzan conductas negativas sobre la anorexia nerviosa y la bulimia. “Pro-Ana” y “Pro-mía” es un grupo o una subcultura que apoya la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa como un estilo de vida, más que como un problema. Así mismo, estos sitios webs reflejan y reclaman como opción natural lograr la extrema delgadez. (Behar A, 2010)

Del mismo modo, estos sitios contienen consejos y trucos para ser un/a “anoréxica/o perfectos”, ocultar el problema a padres, amigos y médicos así como frases y lemas que pretenden auto-convencer de que la anorexia no es una conducta insana. Además, aparecen fotos que representan la extrema delgadez (huesos de las caderas, costillas marcadas, vientres planos...) y la inversa, fotos en las que aparecen personas obesas, calificándolas de denigrantes y repugnantes. (Behar A, 2010)

Numerosas asociaciones como, *The National Eating Disorders Association*, *The Academy for Eating*, *The National Association of Anorexia Nervosa and Associated Disorders*, se han pronunciado en contra de estos sitios webs, ya que apoyan a personas con TCA o en riesgo de padecerlos. (Behar A, 2010)

## **8.2 Teorías socioculturales del trastorno de la imagen corporal.**

Existen teorías socioculturales que relacionan que la imagen corporal ideal que la sociedad y los medios de comunicación establecen como perfecto, es internalizado por la mayoría de mujeres de la cultura occidental, debido a la gran dependencia que existe entre la autoestima y el atractivo físico. Del mismo modo, la imagen corporal y estética que prima en la actualidad puntualiza que “ser bella es sinónimo de ser delgada”, esto provoca insatisfacción corporal. Así la internalización opera como un componente primordial en el desarrollo de la insatisfacción corporal, que suele comenzar a ocurrir a una edad temprana. Durante los últimos 50 años las presiones sociales y culturales por mantener una imagen corporal delgada han aumentado considerablemente. (Behar A, 2010)

## **9. Intervención desde los ámbitos individual/familiar, grupal y comunitario.**

### **9.1 Epidemiología.**

Los TAC están muy presentes en la sociedad, esto ha provocado que aumenten considerablemente en los últimos años. Como se ha mencionado anteriormente existen numerosos factores que influyen para desarrollar TCA. No obstante, según (Quesada S, 2014) aunque era muy complicado realizar estudios sobre los TCA, hay que remarcar que en las últimas dos décadas estos, han aumentado considerablemente.

Por otro lado, pese a lo presentes que están en el día a día, es muy complicado estudiar con exactitud el número de personas que padecen este problema, debido a que los estudios realizados no nos facilitan estos datos exactos. Aún así, se puede confirmar la siguiente información, pero con anterioridad se va a dar la definición de incidencia para comprender mejor el término que se define como “el número de casos nuevos de un trastorno durante un período de tiempo determinado” (F:IMA, 2013)

Por lo tanto se puede decir que se ha encontrado una incidencia en estos trastornos de 8 casos nuevos por cada 100.000 personas al año para la anorexia nerviosa y de 12 casos nuevos cada 100.000 personas al año en el caso de la bulimia y además nos encontramos con que el 3 % presenta trastornos no especificados (TCANE). (Quesada S, 2014)

Del mismo modo, estudios realizados en España con la población de mayor riesgo, en mujeres de una edad comprendida entre 12 y 21 años, hay una prevalencia del 0,14% al 0,9% en anorexia nerviosa y una prevalencia del 0,41% al 2,9% de bulimia nerviosa. En general, hablamos de un porcentaje de entre 4,1% y el 6,4% Los trastornos de conducta alimentaria, principalmente la anorexia y la bulimia, constituyen la tercera enfermedad crónica más existente entre los adolescentes. (Quesada S, 2014)

Otro dato a tener en cuenta e importante es que entorno al 90% de la población que sufre TCA son mujeres. (Quesada S, 2014)

La explicación de este motivo puede ser porque la mujer joven posee mayor vulnerabilidad fisiológica y además los factores socioculturales también influyen más en las mujeres en la aparición de estos trastornos. Ellas presentan mayor presión social y se preocupan mucho más por la delgadez ya que la asocian con el éxito social, profesional y familiar. (Quesada S, 2014)

Por otro lado, la definición de TCA es similar en los diferentes países, aunque se pueden encontrar pequeñas diferencias. Así pues, son semejantes porque afecta de igual forma a la mayoría de razas. Está claro que las definiciones de anorexia y bulimia son iguales en todos los países, lo que varía simplemente es la prevalencia de estos trastornos en cada uno de los países (Quesada S, 2014)

## **10. Función del trabajador social ante los trastornos de conducta alimentaria.**

Según la *International Federation of Social Workers*, “El trabajo social es una profesión basada en la práctica y una disciplina académica que promueve el cambio y el desarrollo social, la cohesión social, y el fortalecimiento y la liberación de las personas. Los principios de la justicia social, los derechos humanos, la responsabilidad colectiva y el respeto a la diversidad son fundamentales para el Trabajo Social. Respaldada por las teorías del Trabajo Social, las ciencias sociales, las humanidades y los conocimientos indígenas, el Trabajo Social involucra a las personas y las estructuras para hacer frente a desafíos de la vida y aumentar el bienestar”. (Fernández E, 2015)

Del mismo modo, a través de la información que se ha podido recoger acerca de los TCA, se puede decir que el trabajador social ante estas enfermedades debe desarrollar una labor interprofesional, es decir, debe trabajar e intervenir con el resto de profesionales para llevar a cabo tareas. Esto se debe a que los TCA requieren la

intervención de más profesionales como; médicos, psicólogos, nutricionistas... que junto al trabajador social trabajaran de forma conjunta para que cada uno aporte sus conocimientos a las necesidades que se manifiestan en cada caso. (Quesada S, 2014)

La intervención del trabajador social debe ser desde los diferentes ámbitos, individual, grupal, familiar y comunitario, para así buscar la consonancia en el individuo y en la familia. Por tanto, esto nos permite comprobar que el trabajador social por lo tanto no debe de encerrarse en roles rígidos, sino que deben de ir dependiendo de la práctica y de la situación del momento y por supuesto ir de acuerdo con la posición política, ideológica y ética por la que se sustente en cada momento o situación (Quesada S, 2014)

Del mismo modo, el principal objetivo que desarrolla el trabajador social respecto a los TCA, está esencialmente dirigido a la distribución de los propios recursos del enfermo y de su familia. Siempre teniendo en cuenta las situaciones existentes de riesgo individuales y familiares. Por tanto, se trata de una valoración socio-familiar de la situación a través de una intervención social. Así pues, se tiene en cuenta siempre la socialización del paciente para que supere y asimile de forma correcta que debe existir un proceso de cambio para que supere la enfermedad. Sin olvidar, que el trabajador social conecta y deriva al paciente a los recursos que en cada momento necesite para que la adecuación al medio social y familiar sea lo más beneficioso posible (Quesada S, 2014)

Existen tres niveles básicos de intervención, a través de los cuales el trabajo social puede intervenir, para resolver cualquier necesidad o problemática que surja. Los niveles básicos de intervención son los siguientes: (Quesada S, 2014)

- ✚ Individual/ familiar.
- ✚ Grupal.
- ✚ Comunitario.

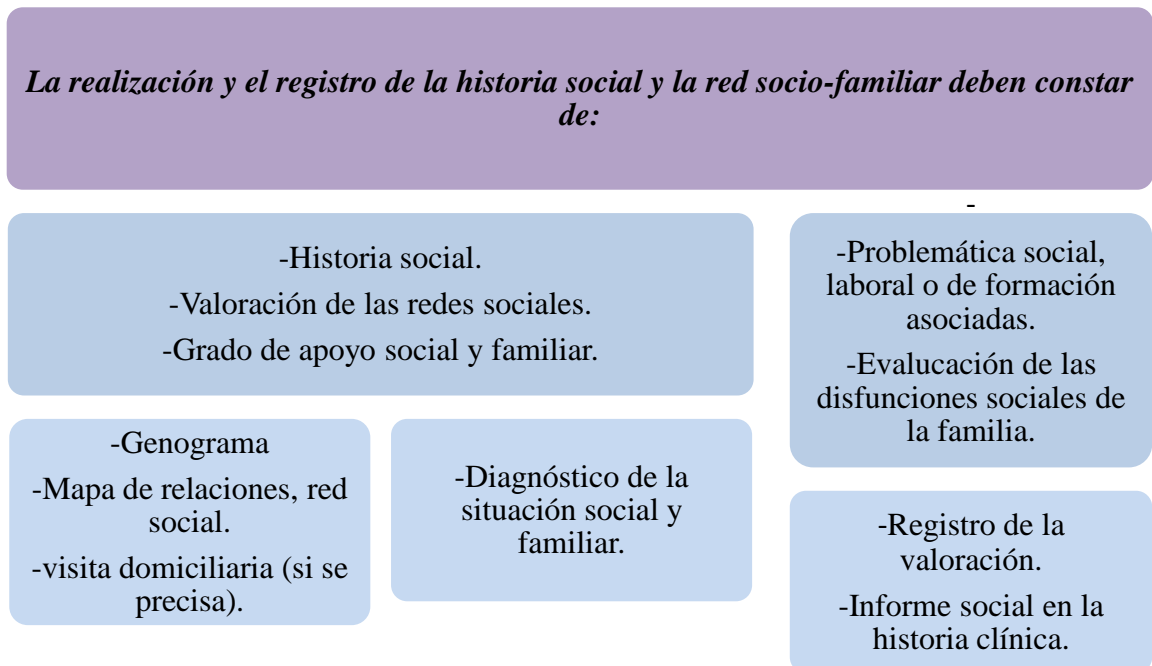
A través del nivel de intervención individual/ familiar, la función que desempeña el trabajador social se lleva a cabo mayormente en los sistemas sanitarios. Una vez que se detecta que la persona padece una enfermedad, se decide si se puede

tratar en atención primaria o en cambio si necesita ser tratada por atención especializada. Así pues, una vez que el TCA queda diagnosticado, se comienza con el tratamiento médico nutricional, donde el objetivo principal es conseguir un peso estabilizado, controlar las complicaciones médicas, evitar una mala nutrición y esencialmente educar al paciente con patrones de nutrición sanos y para conseguir que las malas conductas en la alimentación se vayan normalizando, tanto en el paciente como en su familia. En esta fase, el trabajador social va a desempeñar un papel fundamental. (Quesada S, 2014)

Además, a través de este nivel, individual/ familiar, el trabajador social puede participar en la mejora de los TCA a través de procesos como; la evaluación social de estos trastornos a petición de un psicólogo o psiquiatra y puede realizarse en diferentes lugares como, ESMD (Equipo de salud mental de distrito), USMIJ (Unidad de salud mental infanto-juvenil), o en el propio domicilio, siempre podrá realizar esta intervención a través de protocolos. La evaluación social dentro del hospital también es tarea del trabajador social a través de historias sociales, genogramas o redes socio-familiares siempre que un psicólogo o psiquiatra se lo demande. (Quesada S, 2014)

Del mismo modo, la evaluación social que realiza el Trabajador Social debe constar de una serie de características que son las siguientes: (Quesada S, 2014)

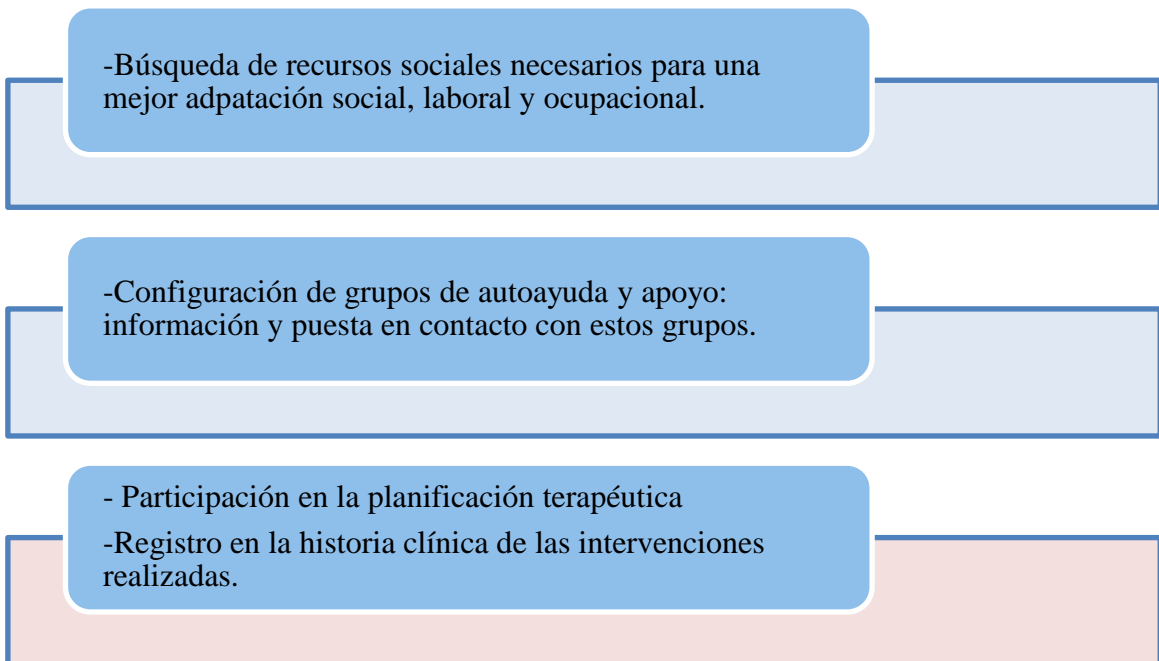
## **Ilustración 1: La realización y el registro de la historia social y la red socio-familiar**



Fuente elaboración propia a partir de datos del Proceso asistencial integrado: Trastornos de la conducta alimentaria (fuente Graván Morales, y otros, 2004).

También, el trabajador social también puede realizar la tarea de intervención social, que se llevará a cabo cuando aparezca una necesidad en la que se deba intervenir a través de acciones comunitarias. Desde el nivel individual, en ocasiones se puede acceder al nivel grupal. Dentro del hospital la intervención social también la realiza un trabajador social mediante el PIT (Plan individualizado de tratamiento) y protocolos. Así pues, la intervención social en los TCA debe ser impecable y debe tener las siguientes características. (Quesada S, 2014)

## Ilustración 2: Intervención social en los TCA.



Fuente elaboración propia a partir de datos del Proceso asistencial integrado: Trastornos de la conducta alimentaria (fuente Graván Morales, y otros, 2004).

En cuanto en el nivel grupal, existen diferentes funciones para el trabajador social. Así pues, el trabajador social interviene a través de los llamados Grupos de Autoayuda, donde se pretende conseguir que la intervención efectuada sirva de motivación a los profesionales y mediante la que se consiga un amplio empleo de herramientas y una acción más efectiva en su campo de trabajo. (Quesada S, 2014)

Según la *Asociación en defensa de la atención a la anorexia nerviosa y bulimia de Málaga*, se puede definir a los grupos de autoayuda como grupos: “Que están formados por personas que comparten unas circunstancias vitales y/o unos problemas comunes... que se agrupan para ofrecerse apoyo mutuo, a través de la acción de compartir experiencias personales vividas e intercambiar recursos.”(ADANER, 2017)

Se basan en el apoyo de iguales y en el aprendizaje proporcionado por la experiencia de cada uno de sus miembros, y enfatizan las dimensiones emocional, social y espiritual de las personas afectadas, en lugar de centrarse en los aspectos físicos o



técnicos. La autoayuda en cualquier caso es vista como un complemento a la atención profesional, pero no reemplazando a la terapia formal. No pretende ser una panacea ni ofrecer soluciones a todos los problemas. Lo que sí ofrece es un acercamiento alternativo o complementario a los servicios sociales y de salud existentes y, en numerosos casos, en ausencia de soluciones y apoyo de profesionales e instituciones han sido estos grupos quienes han tomado la iniciativa, han ofrecido ayuda y respuestas a los problemas. Cada vez es mayor el reconocimiento de que las necesidades humanas, no pueden ser satisfechas en su totalidad por instituciones y servicios profesionales, de forma que es necesario desarrollar estrategias de intervención alternativas. (ADANER, 2017)

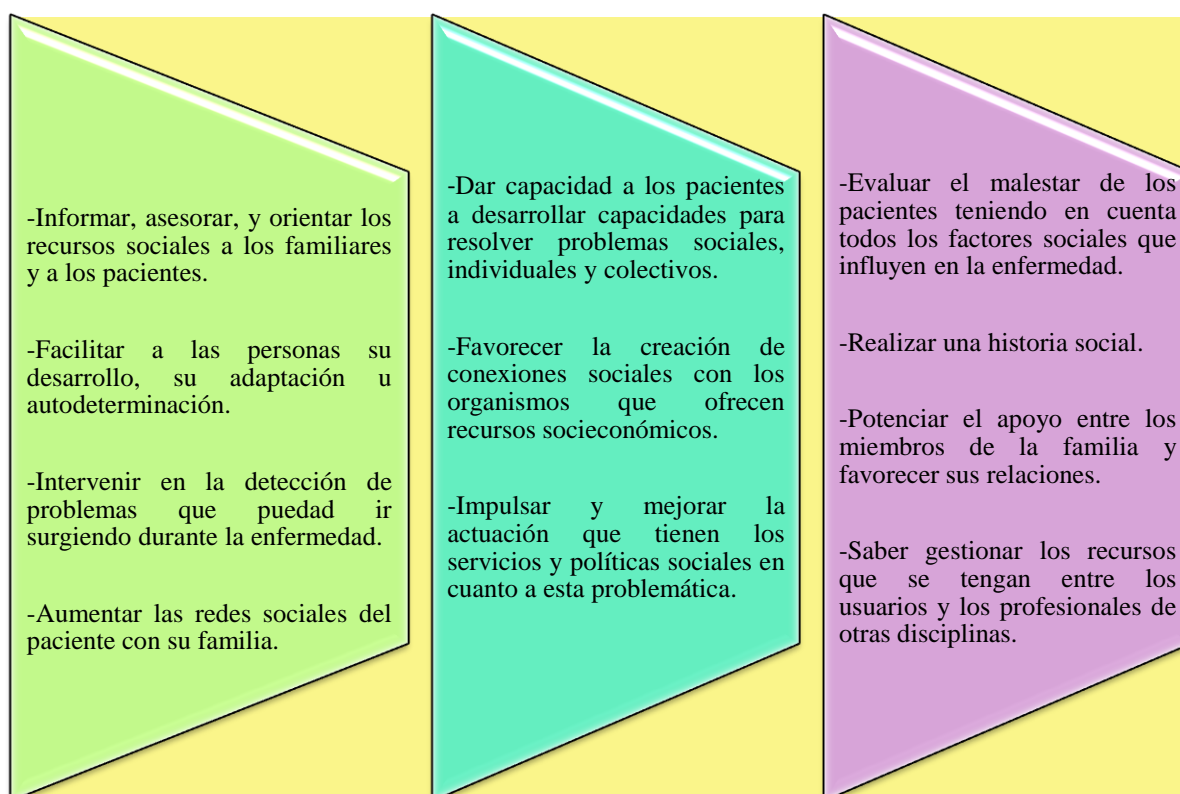
Por último, desde el nivel comunitario, el trabajador social puede intervenir a través de dos enfoques diferentes. Por un lado, mediante el nivel preventivo y por otro lado mediante el nivel sensibilizador.

Desde el nivel preventivo, el trabajador social lleva a cabo su labor, desde el ámbito de la educación, donde mayormente se realizan charlas educativas en colegios e institutos, donde se apoyan los hábitos de vida saludables y se evita cualquier tipo de publicidad que propicie el famoso “peso perfecto e ideal”. Además, mediante estas charlas se tratan aspectos importantes como la autoestima y habilidades sociales para prevenir que los jóvenes caigan en manos de la moda y se conviertan así en esclavos de la misma. Ayudando también a los padres/madres de los alumnos para que puedan detectar rápidamente este tipo de problemas en sus hijos/as, sin la necesidad de llegar a límites extremos. (Quesada S, 2014)

En cuanto al nivel sensibilizador, el principal elemento para trabajar es la sociedad, se trabaja con ella a través de asociaciones, voluntariados, asociaciones de vecinos, etc. Desde estos sitios se aportan valores sociales correctos sobre la alimentación y los hábitos de vida saludables, por tanto, se trata de una labor a nivel social. (Quesada S, 2014)

De forma más resumida, se pueden mencionar la mayoría de funciones establecidas como propias del trabajador social dentro de esta problemática, los TCA, sea desde cualquier nivel de intervención, son las siguientes (Quesada S, 2014)

**Ilustración 3: Funciones del Trabajador Social en los TCA, desde cualquier nivel de intervención.**



Fuente: elaboración propia a partir de datos obtenidos de la Consejería de Sanidad.  
Programa de atención a la salud mental infanto-juvenil de la comunidad de Canarias.

Por último, hacer hincapié en que, las intervenciones que realice el Trabajador Social, siempre deben ir acompañadas de las demás disciplinas, así se realizará un trabajo más eficiente y se abordarán mucho mejor los problemas. (Quesada S, 2014)

## 11. Conclusiones.

Las conclusiones de este trabajo nos acercan a varias cuestiones, en primer lugar, los TCA en los adolescentes es un problema que está a la orden del día, cada vez más se producen nuevos casos de adolescentes con este tipo de trastornos. Esto no sólo ocurre por la propia persona, sino que son numerosos los factores que influyen a la hora de desarrollar TCA. La familia, la sociedad, el entorno, la moda, la clase social, los medios de comunicación...son algunos de los factores más influyentes y desencadenantes de este tipo de enfermedades.

Así pues, a lo largo de este trabajo en el que se ha realizado una revisión bibliográfica sobre el tema en cuestión, se ha podido comprobar, que el Trabajador Social tiene una labor importante respecto a este tema, ya que desde su intervención se debe evitar que todos estos factores sigan predominando en las personas que padecen estas enfermedades. Del mismo modo, el Trabajador Social también es una pieza clave en el tratamiento de estas enfermedades, aunque también es importante la figura de otros profesionales como, psicólogos, psiquiatras, médicos nutricionistas. Así, desempeñando una labor interdisciplinar, cada profesional aportará sus conocimientos para impedir que la enfermedad se agrave y el paciente pueda retomar conductas y hábitos saludables.

Desde el Trabajo Social se debe luchar para la prevención de estas enfermedades, por tanto es necesario intervenir desde el nivel preventivo con las familia, entorno, sociedad...Del mismo modo, la figura del Trabajador Social, siempre debe estar presente en este tipo de problemas, ya que es fundamental para conseguir resultados insuperables y de gran índole.

Por otro lado, a lo largo de esta revisión bibliográfica hemos podido comprobar que no existe una amplia información sobre el papel que desempeña el trabajador social en TCA, ya que el tratamiento de este tipo de enfermedades está más enfocado en psicólogos, psiquiatras y médicos nutricionistas. Por tanto, (aunque su intervención sea esencial) el Trabajador Social, ocupa un lugar secundario ante estas enfermedades.

Que la información sobre el tema estudiado hubiese sido más amplia, nos hubiese permitido, realizar el trabajo con más facilidad. Del mismo modo, sería conveniente que la labor del Trabajador Social ante este tipo de trastornos estuviese reconocida, para que así la profesión tenga el mérito que le corresponde.

Desde mi punto de vista, estas enfermedades son muy difíciles y complejas y su tratamiento requiere tiempo y una labor profesional de calidad. El Trabajador Social, es la pieza que informa y evalúa el proceso social, sus problemas y soluciones, poniendo en relación el trastorno con el contexto de crisis y sus problemáticas, lo que permite crear políticas sociales más adaptadas y efectivas.

Para finalizar, junto con todo lo expuesto, me gustaría agradecer a la persona encargada de la tutorización de este trabajo, especialmente por su ayuda y dedicación ante la realización de este Trabajo fin de Grado. Gracias a él esta experiencia me ha servido de aprendizaje y ampliación de conocimientos.

## 12. Bibliografía.

- ACAB (2007). *ACAB*. Asociación contra l´Anorexia i la Bulímia. Recuperado de La prevención desde la familia: <http://www.acab.org/es/servicios-para-familias/la-prevencion-desde-la-familia>
- ADANER Málaga, (2017). Asociación en Defensa de la atención a la anorexia nerviosa y bulimia. Recuperado de Grupos de Autoayuda: <http://www.adanermalaga.com/grupos-de-autoayuda/>
- Arpa, S. (2017) Problemas alimenticios en Adolescentes. Recuperado de <http://es.calameo.com/books/00516153801deb572eb4c>
- Behar, R. (2010) La construcción cultural del cuerpo: El Paradigma de los trastornos de conducta alimentaria. *Revista chilena Neuro-psiquiatría*, 2010; 48 (4): 319-334
- Camarillo-Ochoa N., Cabada Ramos, E., Gómez-Méndez, A.J. y Munguía-Alamilla, E.K. (2013). Prevalencia de trastornos de la alimentación en adolescentes. *Revista Española Médico Quirúrgica*, 18 (1), 51-55.
- Carrillo Durán, M.V. (2001). La influencia de la Publicidad, entre otros factores sociales, en los trastornos de la Conducta Alimentaria: Anorexia y Bulimia nerviosa. Madrid.
- CEAPA (2013). Confederación española de Asociaciones de padres y madres de alumnos. *Guía para padres y madres. Acoso escolar*. Recuperado de <http://www.ceapa.es/sites/default/files/Documentos/Guia%20acoso%20escolar%20CEAPA.pdf>

- Consejería de Salud. Recuperado de Cartera de Servicios de Atención primaria: [http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/principal/documentosacc.asp?pagina=gr\\_cartera\\_V\\_a\\_lst](http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/principal/documentosacc.asp?pagina=gr_cartera_V_a_lst)
- Fernández García, E. (2015). La construcción del cuerpo en las redes sociales. *Trabajo Fin de Grado de la Facultad de Trabajo Social*. Jaén: Universidad de Jaén.
- Fundación Imagen y Autoestima (2013). *f-ima.org*. Recuperado de Trastornos de la Conducta alimentaria: <http://www.f-ima.org/es/prevencion/trastornos-relacionados-con-el-peso-y-la-alimentacion>
- Gil García, E (2005). Anorexia y Bulimia: Discursos médicos y discursos de mujeres diagnosticadas. *Tesis de doctorado, 20-21* Universidad de Sevilla
- Grupo de trabajo de la Guía de Práctica sobre Trastorno de la Conducta Alimentaria (2009). *Guía de Práctica Clínica sobre Trastornos de la Conducta Alimentaria*. Recuperado de Ministerio de Sanidad y Consumo. Guías de práctica clínica en el SNS.: [http://www.guiasalud.es/GPC/GPC\\_440\\_Tt\\_Conduc\\_Alim\\_compl\\_\(4\\_jun\).pdf](http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_440_Tt_Conduc_Alim_compl_(4_jun).pdf)  
<https://www.nationaleatingdisorders.org/Que-es-un-trastorno-alimenticio>
- Moral, J (2002). Los trastornos de la conducta alimentaria, un complejo fenómeno Biopsicosocial. *Revista de Salud Pública y Nutrición*, 3(3) ,1-5. Recuperado de <http://www.respyn.uanl.mx/iii/3/ensayos/trastornos.html>
- National eating disorders (2016). Recuperado de ¿Qué es un trastorno alimenticio?: <https://www.nationaleatingdisorders.org/neda-espanol>
- Organización Mundial de la Salud (2017). Recuperado de Salud de la madre, el recién nacido, del niño y del adolescente.: [http://www.who.int/maternal\\_child\\_adolescent/topics/adolescence/dev/es/](http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/es/)

- Quesada Cabrera, S. (2014). El papel del Trabajo Social en el ámbito de los trastornos de conducta alimentaria. *Trabajo Fin de grado de la Facultad de Trabajo Social*. Jaén: Universidad de Jaén.