

LA PREVENCIÓN DE LA ANOREXIA Y LA BULIMIA EN INTERNET:

Primera Atención Personalizada



INDICE

CARACTERÍSTICAS DEL ESTUDIO

1. Justificación del estudio	6
2. Objetivos	7
3. Muestra	8
4. Autoría	9

INTRODUCCIÓN A LA ANOREXIA Y LA BULIMIA

1. La anorexia y la bulimia. Introducción	10
2. Definición	17
3. Etiología	18
4. Prevalencia	19
5. Manifestaciones biológicas	19
6. Manifestaciones conductuales, psicológicas y emocionales	22
7. Pronóstico y mortalidad	23
8. Prevención	23
9. Las páginas PRO-ANA y PRO-MIA	23

CARACTERÍSTICAS DE LAS MENORES QUE PIDEN AYUDA A TRAVÉS DE INTERNET

1. Edades	25
2. Procedencias	26
3. Acercamiento a un primer diagnóstico	27
4. Razones por las que piden ayuda	28
5. Apoyo o rechazo de los padres	31
6. Ausencia de ayuda profesional presencial	32
7. Miedo a la enfermedad	33
8. Incidencia de las autoagresiones	33
9. El suicidio como alternativa	35
10. Intentos de suicio	35
11. Presencia de abusos sexuales	36
12. Valoración de la ayuda recibida desde PROTEGELES	36

PRIMERA ATENCIÓN PERSONALIZADA OFRECIDA POR PROTEGELES

1. ¿EN QUÉ CONSISTE LA PRIMERA ATENCIÓN PERSONALIZADA?	39
1.1. Aproximación al problema	39
1.2. Concienciación	40

1.3. Motivación hacia el tratamiento	40
1.4. Información sobre recursos de intervención	40
1.5. Recomendación bibliográfica	41
2. INTERVENCIONES ESPECÍFICAS	41
2.1. Control de atracones	41
2.2. Evitación del vómito	42
2.3. Información sobre reducción de peso	43
2.4. Información sobre un posible TCA	45
2.5. Orientación para la ayuda a terceros	46
2.6. Información para salir de un TCA	47
2.7. Otro tipo de intervenciones	47

LAS PÁGINAS DE RECUPERACIÓN O COMUNIDADES VIRTUALES DE AUTOAYUDA

1. Introducción a las <i>páginas de recuperación</i>	49
2. Apartados o secciones de las <i>páginas de recuperación</i>	49
2.1. Para comunicarse	49
2.2. Para informarse	50
2.3. Para mejorar	53
3. Perfil de las creadoras/administradoras de las <i>páginas</i>	56
4. Usuaris tipo	56
5. Contenidos de sus mensajes	59
6. Tipo de respuestas a sus mensajes	60
7. Conclusiones	61

PREVENCIÓN Y MATERIALES

1. Campaña ERES MAS QUE UNA IMAGEN	63
1.1. Información para las afectadas	63
1.1.1. Introducción	63
1.1.2. Cómo saber si tienes un problema	63
1.1.3. El problema de Ana	65
1.1.4. El problema de Mónica	66
1.1.5. ¿Qué debes hacer si tienes un problema?	67
1.1.6. ¿Dónde acudir a pedir ayuda?	67
1.1.7. ¿Qué te ofrecemos desde PROTEGELES?	68
1.1.8. DIRECCIONES DE INTERÉS	68
1.2. Información para los padres	68
1.2.1. Cómo detectar el trastorno alimentario	69
1.2.2. Qué hacer cuando se ha descubierto	69

1.2.3. Prevención desde la familia	69
1.2.4. Signos de identificación pro-ANA y pro-MIA	70
1.3. Información para profesores y orientadores	70
1.3.1. Señales de alarma en el aula	70
1.3.2. ¿Qué hacer ante la sospecha de un caso de anorexia o bulimia en el aula?	72
1.3.3. ¿Cómo actuar en el aula si tenemos un alumno con anorexia o bulimia?	73
1.3.4. Trabajo motivacional con los padres y cómo transmitir la información	73
1.3.5. Prevención primaria desde los centros educativos	74
1.3.6. Conferencias para profesores y orientadores	75
1.4. Información para ayudar a una amiga	75
2. Materiales	76
3. Cierre de páginas pro-anorexia y pro-bulimia	85
4. I Congreso Nacional	95

CARACTERÍSTICAS DEL ESTUDIO

1. JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO

La anorexia y la bulimia son consideradas dos enfermedades especialmente graves y en pleno proceso de expansión entre niños y adolescentes.

Según todos los estudios realizados sobre el problema a nivel internacional, y especialmente los de la Asociación Nacional de la Anorexia Nerviosa de Estados Unidos, en los últimos cinco años la edad de inicio en los enfermos ha disminuido alarmantemente: si antes el promedio de edad fluctuaba entre los 14 y los 18 años, en la actualidad encontramos cada día con más frecuencia niños y niñas de 12 años de edad.

En los países desarrollados 1 de cada 200 niñas de entre 12 y 14 años padece anorexia y/o bulimia. Por desgracia al menos el 10% de estos enfermos muere como consecuencia de la enfermedad, y un porcentaje muy elevado no llega a curarse del todo y termina sufriendo recaídas a lo largo de su vida.

A pesar de todo lo que se ha estudiado hasta ahora, las causas que provocan la anorexia nerviosa no están del todo claras, si bien sabemos que existen características comunes entre quienes la sufren. No obstante, la comunidad médica sí comparte la idea de que esta enfermedad no se determina genéticamente, es decir, que la persona anoréxica no nace, sino que "se hace". Es decir, que los factores que la desatan, promueven y refuerzan son ambientales y del entorno: la presión social, los medios de comunicación, la moda, los nuevos cánones de belleza, el éxito, etc. Y es precisamente en este entorno donde surgen en internet las páginas pro-anorexia (*pro-ANA*) y pro-bulimia (*pro-MIA*), en las que se hace apología de estas enfermedades y se defienden como un "estilo de vida".

Cientos de páginas web *pro-ANA* y *pro-MIA* frecuentadas, y en muchas ocasiones también creadas, por menores de edad, inundan internet lanzando sus mensajes e instaurando una especie de nuevo credo en el que "ANA" y "MIA" se convierten en los modelos a seguir y defender.

Tras la realización del Estudio "Apología de la Anorexia y la Bulimia en Internet", presentado a los medios de comunicación en junio de 2004 por el Defensor del Menor, y la consiguiente Campaña de prevención, numerosas niñas y adolescentes se han dirigido a PROTEGELES en busca de ayuda, orientación o apoyo psicológico o emocional, contactando a través de la web de la Campaña: www.anaymia.com. Como consecuencia de esta demanda surgida, PROTEGELES ha desarrollado un Departamento de Psicología Clínica, atendido por un equipo de psicólogos con experiencia en

Trastornos de la Conducta Alimentaria –TCA-, que ofrecen una atención totalmente personalizada a docenas de menores de distintas edades y nacionalidades. En estos momentos PROTEGELES ha atendido a más de 200 niñas y adolescentes, muchas de las cuales se encontraban en una fase de inicio al contactar con la ONG, otras en una fase más avanzada y algunas recibiendo tratamientos (no siempre de forma satisfactoria).

El trabajo que desarrolla PROTEGELES con estas menores no pretende ni puede sustituir al tratamiento médico presencial, sino que su principal objetivo es realizar una primera atención a estas niñas y reorientarlas para que comprendan la necesidad de visitar al médico y hablar del problema con sus padres o tutores. En muchos casos se trata de niñas que ni tan siquiera son conscientes de la gravedad de su situación, y que además se encuentran en entornos familiares muy desinformados y nada concienciados con problemas como la anorexia y la bulimia. Muchas de estas niñas se atreven a contar a los psicólogos de PROTEGELES lo que no son capaces de contar a otros profesionales en sesiones “cara a cara”, ya que algunas han sufrido incluso abusos sexuales en su entorno.

No obstante, insistimos en que el objetivo del trabajo de PROTEGELES es ofrecer una PRIMERA ATENCIÓN PERSONALIZADA con la finalidad de que estas menores encuentren un apoyo inmediato y decidan acudir a un centro médico y ponerse en tratamiento. Así mismo recibimos numerosos correos electrónicos de padres, madres, hermanos y amigos/as pidiendo orientación e información.

La realización del Estudio que ahora planteamos: “La Prevención de la Anorexia y la Bulimia a través de Internet”, pretende medir los resultados obtenidos tras un año de trabajo. Dicho trabajo, realizado a partir de la I Campaña de junio de 2004, nos ha permitido profundizar mucho más en el problema, y adquirir y acumular una gran cantidad de información muy útil para los profesionales que trabajan con menores que sufren algún TCA. Así mismo nos ha permitido afinar aun más en el trato con estas niñas y adolescentes, y desarrollar nuevas acciones y materiales preventivos lanzados en la II Campaña contra la Anorexia y la Bulimia en Internet, bajo el título: “TU ERES MAS QUE UNA IMAGEN” (www.masqueunaimagen.com), y que culmina con el I Congreso Nacional sobre Anorexia y Bulimia en Internet, celebrado en mayo de 2005 en el Palacio de Congresos de Madrid.

2. OBJETIVOS DEL ESTUDIO

OBJETIVOS GENERALES:

- Analizar las características y circunstancias de las niñas y adolescentes que solicitan ayuda a través de Internet, para afrontar problemas relacionados con los TCA.
- Determinar el nivel de incidencia de la PRIMERA ATENCIÓN PERSONALIZADA en las menores solicitantes de ayuda.
- Valorar las posibilidades que ofrece Internet para afrontar el problema de los TCA en el campo de la prevención.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Determinar el contexto familiar de las menores que piden ayuda a través de Internet.
- Realizar una aproximación a la edad, sexo y procedencia de las menores que solicitan ayuda.
- Analizar las motivaciones de las menores que establecen el contacto: demanda de estrategias para controlar el vómito, pautas de evitación de las recaídas, etc.
- Estudiar los resultados obtenidos y las reacciones observadas tras la PRIMERA ATENCIÓN PERSONALIZADA.
- Establecer pautas y estrategias que permitan mejorar la atención que reciben estas menores por parte de sus familias y entorno.
- Aportar una reflexión sobre las posibilidades que ofrece la atención prestada a través de Internet.

3. MUESTRA DEL ESTUDIO

El estudio se realizará sobre al menos 200 expedientes abiertos por los psicólogos de PROTEGELES, a partir del trabajo realizado con niñas, adolescentes y jóvenes de distintas edades. Entre todas ellas abarcan un espectro muy amplio: desde menores en fase de inicio hasta jóvenes con años de tratamiento.

4. AUTORÍA DEL ESTUDIO

El estudio: "PREVENCIÓN DE LA ANOREXIA Y LA BULIMIA A TRAVÉS DE INTERNET: Resultados de la primera atención personalizada", será realizado por un equipo multidisciplinar compuesto por: expertos en protección del menor en internet pertenecientes a la ONG PROTEGELES, educadores y psicólogos especialistas en Trastornos de la Conducta Alimentaria -TCA-.

INTRODUCCIÓN A LA ANOREXIA Y LA BULIMIA

1. LA ANOREXIA Y LA BULIMIA. INTRODUCCIÓN

Los trastornos de la conducta alimentaria (anorexia y bulimia) son el resultado de un conjunto de factores: biológicos, psicológicos y sociales que, interactuando en una persona dada, pueden llegar a causar el trastorno. La enfermedad no se ha dado porque los pacientes hayan hecho algo malo, sino porque han utilizado una forma peligrosa e ineficaz de solucionar sus problemas. El tratamiento consiste en buscar respuestas alternativas que les ayuden a conseguir las metas deseadas y/o solucionar los problemas que se presenten.

Se trata de enfermas (9 chicas por cada chico) que por regla general no piden de forma voluntaria ayuda en las etapas iniciales, sino que llegan a consultas especializadas cuando el proceso ya está instaurado. A esto contribuye el hecho de que la familia perciba la delgadez como algo identificable con el éxito, así como el alto rendimiento académico que suelen presentar las pacientes, con lo que la sospecha de enfermedad no existe en etapas iniciales. De hecho, no son poco frecuentes los casos detectados desde las consultas de Ginecología, donde las pacientes acuden a causa de la amenorrea, o supresión de la menstruación. Se produce también el hecho "tranquilizador", para los padres, de la ausencia de anomalías analíticas que pueden presentar estas pacientes hasta que no alcanzan etapas avanzadas de la enfermedad, de forma que prevalece la creencia no racional de que la escasa ingesta va acompañada de cuadros anémicos, lo cual no siempre es así y menos en una primera etapa.

No obstante en los últimos años, y en parte debido a la presión mediática, son derivados a la consulta casos incipientes, en los que se observan conductas de "coqueteo" con el peso y la comida. Un abordaje reglado de estos casos puede contribuir a la no-progresión del trastorno.

Los factores a los que nos referimos son los siguientes:

- a) **Factores biológicos**. Pueden existir aspectos genéticamente condicionados, relativos al estado de ánimo y al temperamento, que pueden actuar como factores influyentes a nivel biológico.
- b) **Factores socio-culturales**. La exigencia de la imagen corporal para la propia definición personal y la valía ante los demás, son los responsables más directos del incremento epidémico de esta enfermedad. Dentro de

estos factores la influencia de los medios de comunicación de masas, juegan un papel fundamental en el desarrollo y refuerzo de las actitudes que desembocan en la patología alimentaria. De hecho, en las páginas pro-ANA y pro-MIA son habituales las referencias al impacto que causan dichos medios de comunicación, tachando además a la sociedad de "hipócrita" al, según afirman ellas: *"perseguir y considerar enfermas a anoréxicas mientras se llegan las páginas de las revistas con dietas para adelgazar, y se idolatriza a las top-model"*. Estas mismas modelos son las que después aparecen en las páginas pro-ANA como la meta a la que aspirar.

Si nos centramos en los aspectos socioculturales que inciden en el desarrollo del trastorno, vemos como es un hecho cierto que las mujeres han sufrido décadas de presión para adaptarse a unos determinados modelos de delgadez. Existe una cultura general que acepta el control del peso como algo normal, sin establecer principios sobre lo que es o no saludable. Vemos en publicidad de forma permanente modelos que alientan el consumo de alimentos bajos en calorías de forma natural, por control del peso, no por motivos que tengan la salud como base principal. En esta línea de pensamiento, hay spots que fomentan el autocontrol y la pérdida del placer en la ingesta de un determinado artículo lácteo, viéndose a una modelo con talla 38-40 satisfecha por consumir el alimento patrocinado, bajo en calorías, en lugar del que desea. Está satisfecha por la importante disminución del número de calorías (y por el control que ha ejercido sobre sí misma).

El culto al cuerpo se ha convertido en una nueva forma de vida, parece que un cuerpo perfecto es señal de éxito, de poder y logros sociales. Ciertamente es que a todos los niveles, el aspecto físico tiene gran importancia en la socialización de las personas. ¿No sería desde la edad escolar importante enseñar a los niños que existen un amplio rango de siluetas corporales?, ¿No deberíamos los adultos aceptar lo mismo?. Es en la edad infantil y adolescencia temprana cuando más importante es la puesta en marcha de acciones preventivas para evitar la creciente incidencia de trastornos de la conducta alimentaria, o quizá también de "trastornos de la imagen corporal". Llegados a este punto no está de más hacer mención a otro trastorno que tiene menos eco social, pero que cada vez va a plantear más patología: La *vigorexia*, en la que también existen hábitos alimentarios alterados, uso de sustancias para aumentar musculatura y exceso de ejercicio físico, que llega a convertirse en un problema disfuncional. Este aspecto afecta más a varones, pero también tiene que ver con la presión por un cuerpo perfecto.

La obsesión desmesurada por la delgadez a nivel general puede hacer que los indicios del trastorno pasen desapercibidos para la familia. No es raro que partamos de pacientes con un sobrepeso inicial, que hayan recibido críticas despectivas acerca de su aspecto y éxito académico, que manejen mal sus sentimientos y con escasa comunicación acerca de los cambios puberales. El único signo de rebeldía de estas pacientes en el ámbito familiar es el rechazo alimentario, que inicialmente se reduce sobre todo a hidratos de carbono, lo que no parece ser preocupante, y puede ser interpretado como un deseo de salud y buen aspecto.

- c) **Factores psicológicos.** El énfasis sociocultural de la delgadez es insuficiente para explicar la complejidad del trastorno alimentario. Esta enfermedad es un modo de "solucionar" las dificultades de personalidad y de afrontar los problemas de la vida, es decir va más allá de las dificultades con la comida y la figura corporal. El trastorno psicológico más profundo de la patología alimentaria está relacionado con el desarrollo de la personalidad, la identidad y la autonomía. Si tenemos en cuenta la personalidad previa de las pacientes, observamos que suelen ser ambiciosas, trabajadoras, autoexigentes y con buenos resultados académicos. Tienen miedo a madurar y desvincularse de la familia y dificultad para manejar sentimientos, predominando un estilo racionalizador. La personalidad no es algo que no pueda ser modificable, de hecho observamos que en el caso de los TCA (trastornos de la Conducta Alimentaria), la restricción continua de alimento cambia la personalidad de las pacientes, de forma que dichos cambios pueden hacerse perceptibles para su entorno. En un principio los cambios se relacionan con la conducta de ayuno, de forma que inicialmente se deteriora el pensamiento intelectual. A medida que avanza la pérdida de peso, las ideas se vuelven más simples y dicotómicas, del tipo "blanco o negro". Se pierde la capacidad de ser creativo, espontáneo, o de abordar actos complejos que requieran dedicación. Las pacientes sienten la necesidad de que todos los actos estén controlados de antemano, siendo reducida la capacidad de afrontar la frustración, lo cual conduce al característico aislamiento, en el que se recluyen las pacientes, debido a la dificultad de interaccionar con un grupo. El ayuno produce cambios neuroendocrinos que generan un primer momento de euforia. Los ojos aparecen más abiertos, dando la sensación de mayor claridad de conciencia, hiperactividad y se liberan sustancias químicas a nivel cerebral que son similares a los mórficos, con el consiguiente efecto sedante y euforizante. El ejercicio

intenso produce liberación de endomorfina, que actúan a nivel cerebral produciendo sensación de bienestar. A medida que el peso descende, aparecen síntomas como la irritabilidad, el insomnio, la falta de concentración, la labilidad del humor, la desconfianza, el aislamiento, el sentimiento de falta de adecuación social, los pensamientos obsesivos y la dificultad para tomar decisiones, así como sentimientos de ansiedad y depresión.

Las características de personalidad más frecuentemente asociadas a la aparición de la anorexia son: la búsqueda del perfeccionismo, la sensación de falta de valía personal y la baja autoestima, la hipersensibilidad a la crítica, al rechazo, el miedo al riesgo, la preferencia por la certeza, el sometimiento a la autoridad etc. La actitud anoréxica permite evitar las turbulencias de la pubertad y las demandas del desarrollo personal.

Un trastorno alimentario oculta una *baja autoestima*, un sentimiento general de ineficacia personal que conlleva la necesidad de aprobación social ya que en el fondo han perdido la confianza en ellos mismos. Fuera de la seguridad que da la patología alimentaria se perciben como un fracaso, no encuentran razón de ser a la vida: de ahí la necesidad de la enfermedad como eje central de su identidad para intentar levantar su derrumbada autoestima.

En la anorexia, que suele iniciarse en la pubertad, es frecuente el miedo a crecer, a aceptar las transformaciones físicas y psíquicas que tienen lugar en ese periodo evolutivo y las responsabilidades del mundo adulto. Sobre todo esto se pone de manifiesto en adolescentes de familias excesivamente protectoras. Al entrar en la pubertad presentan grandes dificultades para adquirir su propia identidad y aprender de su propia experiencia. La sobreprotección recibida ha hecho a la hija débil e indefensa, con incapacidad para elegir o hacer cualquier cosa por sí mismas (otros han elegido por ella) destacando un comportamiento pasivo con necesidad de complacer a los demás para obtener aprobación, atención y afecto. Este valor también puede ser transmitido a nivel familiar. Aquellas familias que se caracterizan por la evitación del conflicto, es decir que presentan grandes dificultades para aceptar y expresar emociones tanto positivas como negativas, pueden predisponer a un trastorno alimentario. Expresar una emoción positiva es considerada en este entorno como una falta de control y debilidad. Manifestar sentimientos negativos o cualquier tipo de malestar es visto como de poca educación. En definitiva, la familia mantiene una apariencia de bienestar, de "buenos modos". No existe problema alguno. "En casa no hay problemas, todo va fenomenal". No expresar

las emociones crea dentro de sí fuertes sentimientos de frustración no aprendiendo a solucionar los conflictos. Para resolverlos, la persona recurre, sin darse cuenta del verdadero motivo, a mecanismos patológicos. El riesgo de desarrollar un trastorno alimentario viene determinado por la utilización de la comida como modulador de estas emociones inhibidas. Entre los rasgos de personalidad de quien llega a desarrollar una anorexia destacan: gran moralidad, búsqueda del perfeccionismo y autocontrol. Ello hace que sean sumamente competitivas e intenten ser las *primeras* y *destacar* en aquellas actividades en las que se implican, de lo contrario se agudiza el sentimiento de falta de valía personal y la frustración.

El gran sentido de moralidad se traduce en convicciones extremas con respecto a lo que *debe* o no hacer, cómo debe o no comportarse y hasta cómo debería o no sentirse. Las estrictas reglas las aplican no solo a la ingesta de alimentos sino también en todos los ámbitos de su vida (como por ejemplo los estudios). Las anoréxicas suelen adherirse con mucha fuerza a una serie de valores como el trabajo duro, el autocontrol, la responsabilidad personal, altos niveles de logro y no recibir recompensas que no hayan sido ganados a pulso. Es decir el sacrificio: las obligaciones están por encima de cosas mundanas y placenteras. Estas chicas se caracterizan por el pensamiento polarizado "de todo o nada", esto es, para ellas no existen actitudes moderadas ni etapas intermedias. Todo lo que perciben es negro o blanco, bueno o malo. Son frecuentes en ellas expresiones como: "o estoy esquelética o estoy gorda, o saco un diez o soy inútil..".

La mayoría de las pacientes anoréxicas son muy inteligentes, sin embargo tienen una sensibilidad extrema y grandes dificultades para expresar sus emociones. Ante la incapacidad de dominar la propia sensibilidad, a través de la abstinencia, el ayuno prolongado y el adelgazamiento consiguen provocarse una anestesia perceptiva y emocional. Esto es, la enfermedad sería una auténtica armadura que las protege de su sensibilidad emocional pero que con el tiempo acaba aprisionándolas. La abstinencia no se refiere únicamente a la comida, sino también a cualquier otra experiencia sobre todo si es placentera.

Estas chicas no temen sacrificios y esfuerzos y poseen una resistencia increíble para el trabajo y los estudios pero tienen pánico a cualquier experiencia emocional concreta que las estimule placenteramente, porque temen perder el control. Este máximo control les hace sentirse más importantes y superiores que el resto de las personas.

La anoréxica cuando controla la comida siente que puede controlar algo en su vida, esto la hace sentirse fuerte y segura y es lo que da

sentido a su vida. *El manejo que hace de la comida es una forma de manejar los sentimientos de incompetencia e ineficacia personal.*

Es frecuente que estas chicas se hayan pasado la vida respondiendo a las necesidades y deseos de los demás (se caracterizan por haber sido chicas ejemplares y obedientes) sin pararse a pensar cuales son las suyas propias. Al subestimarse piensan poco o nada en sus propias necesidades emocionales. Por tanto, apenas si saben lo que quieren y *quienes* son de verdad.

Sienten que existen en la medida que controlan su ingesta alimentaria y su cuerpo, "por favor no me quites el control de la comida" suelen decir a los médicos al inicio del tratamiento psicoterapéutico. Están seguras de que su persona depende del control alimentario. *El control es la fuente de su identidad (capacidad para elegir y tomar decisiones).*

Este control, directo y sin complicaciones, otorga cierto sentido de autonomía suprema, ya que no dependen de nadie más. Si la identidad implica controlar los alimentos, entonces puede obtenerse satisfacción personal a cada momento en que se ejerza tal control. Existe la evidencia de que se hace algo "absolutamente bien". Ese yo controlador de alimentos es moralmente superior, y una manera tangible de obtener metas perfeccionistas.

Es la experiencia de convertirse en alguien a través de dicho control, la experiencia por la cual la anorexia constituye una solución para un problema existencial.

La consecuencia psicológica más nefasta de la pérdida de peso es la distorsión cognitiva que causa. La paciente con anorexia que durante su niñez ha sido buena y obediente, desarrolla con el trastorno nuevas "estrategias" en sus relaciones. Como la delgadez le ha potenciado la sensación de capacidad y autoestima que no tenía, niega su verdadero estado físico y las complicaciones que conlleva, desarrollando la habilidad de mentir y distorsionar la realidad. Miente no con mala intención sino para *protegerse*. La persona se opone a todo aquel que intente acabar con su nuevo estilo de vida, no hace caso alguno de críticas. Piensa que quienes la critican es que le tienen envidia y están celosos de su éxito.

La bulimia, al igual que la anorexia, también está determinada por factores biológicos, psicológicos y sociales. Las bulímicas suelen tener gran necesidad de aprobación externa, necesitan el apoyo de los demás par confirmar su valía, tienden a ocultar sus sentimientos negativos por considerarlos inaceptables. Comen para satisfacer sus necesidades emocionales (ansiedad, tristeza, frustración..) ya que no tiene otro de modo de responder a los distintos estados emocionales.

Las pacientes con BN presentan mayor reactividad emocional ante estresantes habituales y son prevalentes los rasgos borderline de personalidad, así como los de evitación. Dentro de esto, se considera parte integrante del cuadro la dificultad para demorar gratificaciones y recompensas. En esta línea podríamos pensar que las pacientes con BN tras un periodo de ayuno seguido por una ingesta descontrolada, descubren que mediante el vómito, laxantes, diuréticos... pueden llegar a recuperar de forma rápida el control perdido, lo cual a su vez genera un sentimiento de seguridad más rápido que si se restablece sin purga la actitud restrictiva.

La presencia de trastornos de la personalidad en pacientes con trastornos de la conducta alimentaria oscila entre el 53% y 93%. Estudios realizados demuestran que en bulimia son frecuentes los síntomas depresivos, intentos de suicidio y dependencia del alcohol y drogas. Ello es debido a los rasgos de personalidad que suelen presentar:

- Impulsividad. Tienen grandes dificultades para controlar sus impulsos, con tendencia a realizar conductas dañinas hacia sí mismos y hacia los demás (autoagresiones, robos, arrebatos de ira..).
- Inestabilidad del humor.
- Tendencia a las adicciones. Experimentan, al igual que los adictos, una urgencia incontrolable de comer y hacen cualquier cosa con el fin de conseguir comida. En pleno atracón no pueden frenarse (Brooky803, pag. 47), luego viene una gran frustración y sentimientos de culpa por no haber sido capaces de autocontrolarse.

Aunque los criterios diagnósticos del DSM-IV permiten a los clínicos diagnosticar a los pacientes que tienen un trastorno de la conducta alimentaria específico, los síntomas se presentan con frecuencia a lo largo de un continuum entre los extremos de la anorexia nerviosa y de la bulimia nerviosa. La preocupación por el peso y el exceso de autoevaluación con respecto al peso y la silueta son síntomas primarios de ambos trastornos. Hasta un 50% de los pacientes con anorexia nerviosa desarrolla síntomas de bulimia y algunos pacientes que inicialmente son bulímicos desarrollan síntomas anoréxicos.

Podemos observar que la anoréxica es muy similar a la bulímica al hablar de sí mismas, en tanto que el peso y la comida son las preocupaciones esenciales en ambas. La diferencia estriba en que mientras que en la BN las pacientes tienen que enfrentarse a diario con su incapacidad para mantener el control, la anoréxica que pierde peso siente que el control es algo positivo. Anoréxicas y bulímicas comparten las mismas preocupaciones y temores sobre el peso y la comida, pero a la anoréxica, tan rígida, austera y superior, le aterra

la idea de poder llegar a perder el control en forma de accesos de apetito e ingesta descontrolada. Para la bulímica, en contraposición, confundida, variable, impulsiva y con importantes sentimientos de culpa, el estilo de vida anoréxico le llega aparecer un sueño.

2. DEFINICIÓN

La anorexia nerviosa (AN) es una enfermedad psiquiátrica englobada dentro de los trastornos de conducta alimentaria (TCA), que ocasiona múltiples manifestaciones médicas. Se trata de una enfermedad grave y potencialmente mortal.

Se define como un trastorno caracterizado por la presencia de una pérdida deliberada de peso, inducida y mantenida por el mismo enfermo (Clasificación Internacional de las enfermedades, 1992).

La Academia Americana de Psiquiatría establece los siguientes criterios diagnósticos, publicados en el DSM-IV (Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales) de 1994:

- a) Rechazo a mantener un peso corporal normal o por encima del mínimo para su edad y talla.
- b) Terror a una ganancia poderla aún estando muy por debajo del peso ideal.
- c) Distorsión de la percepción del peso y de la imagen corporal. Influencia inadecuada del peso o de la imagen en la autoevaluación o negación de la gravedad del peso actual.
- d) En mujeres postmenárquicas (que ya hayan tenido la primera regla), amenorrea que se define como la ausencia de al menos tres ciclos menstruales consecutivos.

La bulimia nerviosa (BN) es una enfermedad psiquiátrica englobada dentro de los trastornos de conducta alimentaria (TCA), que ocasiona múltiples manifestaciones médicas. Se trata de una enfermedad grave y potencialmente mortal.

Se define como un trastorno caracterizado por la presencia de una pérdida deliberada de peso, inducida y mantenida por el mismo enfermo (Clasificación Internacional de las enfermedades, 1992).

La Academia Americana de Psiquiatría establece los siguientes criterios diagnósticos, publicados en el DSM-IV (Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales) de 1994:

- a) Episodios recurrentes de atracones.

- b) Comportamiento recurrente e inapropiado compensatorio para prevenir la ganancia ponderal, como vómitos autoinducidos, uso de laxantes, diuréticos, ayuno o ejercicio excesivo.
- c) Los atracones y comportamientos compensatorios ocurren al menos dos veces a la semana durante 3 meses.
- d) La autoevaluación esta indebidamente influenciada por el peso corporal.
- e) Las alteraciones descritas no ocurren exclusivamente durante episodios o fases de la AN.

3. ETIOLOGÍA

Las causas de los TCA todavía no están claras, pero se cree que son debidos a la interacción de 3 tipos de factores:

A/ Factores predisponentes:

- *Individuales*: sobrepeso, perfeccionismo y autocontrol, miedo a la maduración, problemas para ser autónomo, baja autoestima..
- *Genéticos*: la existencia en una familia de un miembro con un TCA multiplica entre 2 y 20 veces el riesgo de padecerlo a cualquiera de sus miembros.
- *Socioculturales*: ideales de delgadez y prejuicios contra la obesidad, ciertas profesiones y deportes, malos hábitos alimentarios, preocupación excesiva de los padres por la figura, conflictos (separación de los padres, historia de depresión y alcoholismo), baja resolución de conflictos, poca comunicación, sobreprotección, rigidez...

B/ Factores precipitantes:

- Pubertad (cambios físicos y psíquicos), dietas restrictivas, ejercicio físico excesivo, mala valoración del cuerpo, insatisfacción personal, situación personal estresante, trastornos emocionales, anorexia nerviosa previa (en el caso de la bulimia).

C/ Factores perpetuantes:

- Valoración negativa de la imagen corporal.
- Presión social.
- Reaparición de situaciones estresantes.

Factores perpetuantes en la AN:

- Complicaciones de la desnutrición.
- Aislamiento social.
- Miedos: comida, peso, figura, ciertos alimentos, etc.

Factores perpetuantes en la BN:

- Ciclo atracón-conductas de purga.
- Reaparición de la ansiedad.
- Otras conductas anómalas (abuso de sustancias, autolesiones).

4. PREVALENCIA

La media de las tasas de incidencia anual de **AN** entre 10 y 30 años es de 17-19/100000. La prevalencia es de un 0.5- 2% de las mujeres entre los 14 y 25 años. Afecta fundamentalmente a mujeres (9/10) durante la pubertad iniciándose entre los 12 y 18 años, afectando raras veces a mujeres mayores de 30 años. Según Morandé, en los estudios epidemiológicos de Madrid constata un incremento del 50% en la prevalencia entre 1985 y 1994 y lo que es aún más grave, la cifra del 20% de los jóvenes con lo que se llama "actitudes anoréxicas" que constituyen una situación de riesgo importante.

La incidencia anual de **BN** entre 10 y 30 años se ha multiplicado por 3 en los últimos 10 años alcanzando una tasa del 50/100000, considerándose en la actualidad que su prevalencia es de un 1-3%. La edad de inicio esta generalmente entre los 16 y los 25 años. En el estudio de Madrid se observó una aumento de prevalencia de BN del 1.1% a un 2.3% de mujeres en edad de riesgo entre 1985 y 1994.

La mayoría de los casos de **AN** se inician entre los 12 y los 18 años. En la **BN**, la edad prevalente de inicio es posterior, entre los 16 y los 25 años.

5. MANIFESTACIONES BIOLÓGICAS

1- Endocrinológicas:

- *Amenorrea*: ausencia de la regla al menos tres ciclos menstruales consecutivos.
- *Hipogonadismo hipogonadotrópico*: disminución de la hormonas sexuales.

- *Síndrome del eutiroides enfermo*: alteración de las hormonas tiroideas como mecanismo de conservación ante una situación de compromiso serio biológico.
- *Aumento de GH con descenso del IGF1*: disminuyen los niveles de factor de crecimiento
- *Hipercortisolismo*: aumenta el cortisol en sangre por alterarse su eliminación.
- *Hipoglucemias*: agotamiento del glucógeno hepático ("almacén de glucosa").
- *Hipercolesterolemia*: aumenta el colesterol y disminuyen los triglicéridos hasta en el 50% de los pacientes.

2- Nutricionales:

Los pacientes con TCA pueden llegar a un estado de desnutrición calórica severa, con pérdida de la grasa corporal y afectación de las proteínas estructurales. Otros déficit nutricional frecuente es el déficit de zinc.

3- Gastrointestinales:

Alteraciones dentales, hipertrofia paratiroidea, erosiones esofágicas, retraso del vaciamiento gástrico, dilatación del intestino delgado y alteraciones del colon por abuso de laxantes. Daño hepático por desnutrición.

4- Cardiovasculares:

Disminución de la frecuencia cardíaca (bradicardia) y de la tensión arterial (hipotensión).
Arritmias cardíacas por alteraciones hidroelectrolíticas.

5- Hidroelectrolíticas y renales:

Disminución del filtrado glomerular junto con alteraciones como disminución de potasio, disminución de magnesio y disminución o aumento de fósforo. Pueden ocasionar deshidratación e insuficiencia renal.

6- Óseas:

Osteopenia y osteoporosis (falta de calcio en los huesos) por el déficit de ingesta de calcio, proteínas e hipoestrogenismo (déficit de hormonas sexuales femeninas).

7- Hematológicas:

Pancitopenia y alteraciones del sistema inmune.

Tabla 1. Manifestaciones clínicas de la anorexia y la bulimia

	ANOREXIA	BULIMIA
CARDIOVASCULARES	Bradycardia Hipotensión Disfunción mitral	Arritmia Fallo cardiaco
GASTROINTESTINALES	Hipertrofia salivar Retraso del vaciamiento gástrico Estreñimiento Alteraciones hepáticas Pancreatitis de realimentación	Erosión del esmalte dental Hipertrofia salivar Esofagitis Retraso del vaciamiento gástrico Estreñimiento Colón catártico Pancreatitis Rotura esofágica
RENALES	<i>Deshidratación</i> Edema Hipofosfatemia, hipomagnesemia, hipopotasemia, hipocalcemia Cálculos renales Nefropatía hipocallémica	<i>Deshidratación</i> Edema Hipomagnesemia, hipopotasemia, hipocloremia Cálculos renales Alcalosis (vómitos) o acidosis (laxantes)
HEMATOLÓGICAS	Anemia Leucopenia Trombopenia Hipoplasia médula ósea	Leucopenia
ENDOCRINOLÓGICAS	Amenorrea Síndrome del eutiroides enfermo Hiper cortisolismo Aumento de GH y disminución de IGF1	
ÓSEAS	Osteoporosis Fracturas patológicas	Osteoporosis Fracturas patológicas
NEUROLÓGICAS	Convulsiones Estados confusionales Anomalías en EEG Neuropatías periféricas Dilatación ventricular	Estados confusionales Anomalías en EEG Neuropatías periféricas
DERMATOLÓGICAS	Caída de pelo y alteración de uñas Lanugo Piel seca	Caída de pelo y alteración de uñas Callosidades en dorso de la mano Piel seca
METABÓLICAS	Disregulación de la temperatura corporal Hipercolesterolemia Hiper carotínemia Intolerancia a la glucosa Hipoglucemia	Disregulación de la temperatura corporal Hipercolesterolemia Hiper carotínemia Intolerancia a la glucosa Hipoglucemia

6. MANIFESTACIONES CONDUCTUALES, PSICOLÓGICAS Y EMOCIONALES

Manifestaciones conductuales

- Dieta restrictiva y/o presencia de atracones.
- Conductas de purga (vómitos, laxantes y diuréticos).
- Alteraciones en la forma de comer y rechazo de tipos de alimentos.
- Conductas obsesivas y realización de rituales.
- Conductas impulsivas (mienten, ocultan) y autolesiones.
- Aislamiento social y familiar.

Manifestaciones psicológicas

- Excesiva preocupación ante la posibilidad de engordar.
- Constantes pensamientos erróneos sobre la comida, peso y figura.
- Sobreestimación de su peso y dimensiones
- Empobrecimiento de la fantasía y la creatividad.
- Confusión con las sensaciones de saciedad/plenitud.
- Dificultades de concentración y fallo de memoria.
- Pensamientos incorrectos de generalización, dicotomía, etc.

Pensamientos erróneos más frecuentes:

- Polarización: " si no estoy muy delgada estaré muy gorda".
- Abstracción selectiva: " si me dicen que estoy más guapa porque he aumentado de peso, es que no estoy gorda".
- Atribución de pensamiento: " si la gente me mira es porque piensa que estoy gorda".
- Personalización: "después de comer pienso que todos me miran y ven que he engordado".
- Sobregeneralización: "todas las grasas engordan", "como me lo pasé mal en la fiesta, siempre me lo pasaré mal en todas las fiestas".
- Catastrofismo: "no he mantenido la dieta, no hago nada bien"
- Pensamiento mágico: "delgadez es igual a felicidad y éxito".

Manifestaciones emocionales

- Cambios en el carácter.
- Características depresivas: inestabilidad emocional (llanto, insomnio), ideas suicidas.

- Ansiedad: raramente está relajada o cómoda.
- Puede aparecer fobia generalizada o fobia social.

7. PRONÓSTICO Y MORTALIDAD

No podemos hablar de curación antes de los 4 años de evolución. La Anorexia Nerviosa es un enfermedad crónica que suele cursar con múltiples recaídas. La cronificación es de un 20-25%.

La mortalidad es de aproximadamente un 5.9%, de los cuales un 27% se deben a un suicidio (200 veces más frecuente que en población general).

8. PREVENCIÓN

Es necesario realizar programas de prevención de los TCA por cuatro factores fundamentales:

- 1- Datos de prevalencia e incidencia. Existe un incremento sostenido en las últimas dos décadas de prevalencia.
- 2- Patología grave y con gran impacto sobre las familias. Riesgo de cronicidad y mortalidad, causando daños familiares y elevando el riesgo de desarrollar la enfermedad en otros miembros de la familia.
- 3- Mayor conocimiento de la población de riesgo. Mujer joven, adolescente, que realiza dietas para adelgazar con otros factores de riesgo y en la que aparecen factores desencadenantes.
- 4- Patología "contagiosa". La enfermedad parece transmitirse entre las niñas, actuando algunas de ellas como vectoras, y perpetuándose por la presión social para adelgazar y huir de la obesidad.

9. LAS PÁGINAS PRO-ANA Y PRO-MIA

Tal y como se ha comentado anteriormente, las causas que provocan la anorexia nerviosa no están del todo claras, si bien sabemos que existen características comunes entre quienes la sufren. No obstante, la comunidad médica sí comparte la idea de que esta enfermedad no se determina genéticamente, es decir, que la persona anoréxica no nace, sino que "se hace". Por lo tanto, los factores que la desatan, promueven y refuerzan son principalmente ambientales y del entorno: la presión social, los medios de comunicación, la moda, los nuevos cánones de belleza, el éxito, etc. Y es precisamente en este entorno donde surgen en internet las páginas pro-

anorexia (*pro-ANA*) y pro-bulimia (*pro-MIA*), en las que se hace apología de estas enfermedades y se defienden como un “estilo de vida”. Cientos de páginas web *pro-ANA* y *pro-MIA* frecuentadas, y en muchas ocasiones también creadas, por menores de edad, inundan internet lanzando sus mensajes e instaurando una especie de nuevo credo en el que “ANA” y “MIA” se convierten en los modelos a seguir y defender.

CARACTERÍSTICAS DE LAS MENORES QUE PIDEN AYUDA A TRAVÉS DE INTERNET

Desde el comienzo de la *I Campaña Contra la Anorexia y la Bulimia en Internet*, lanzada en junio de 2004, y hasta el lanzamiento de la *II Campaña* en mayo de 2005, PROTEGELES ha atendido las demandas de más de 200 niñas y adolescentes, que se encuentran en alguna de las fases de desarrollo de un Trastorno de la Conducta Alimentaria.

A lo largo de este año han sido atendidos casos de todo tipo dentro de este entorno: alumnas de E.S.O. y universitarias, españolas y extranjeras, con distintas motivaciones y circunstancias. En este punto del Estudio pretendemos ofrecer una visión de conjunto y una comparativa entre las distintas situaciones. Hemos cuantificado todas aquellas cuestiones que podían ser medidas o contabilizadas de alguna manera: desde las edades hasta la relación con los padres, pasando por las motivaciones que les llevan a pedir ayuda a través de internet, así como la valoración que hacen ellas mismas de la ayuda recibida.

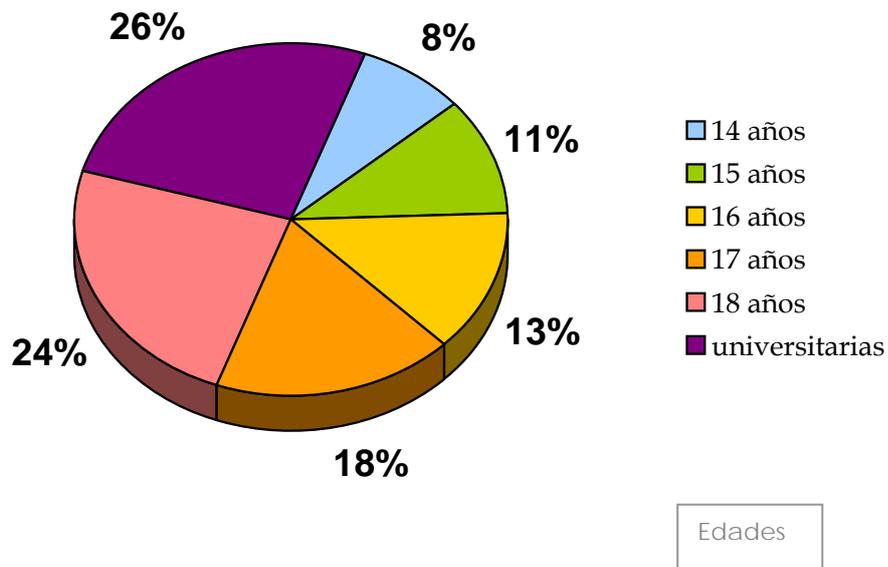
En cada uno de los puntos tratados ofrecemos un dato general y una comparativa por edades, así como una explicación en los casos que lo requieren.

1. EDADES

Aproximadamente el 75% de las personas atendidas por el servicio que ofrece PROTEGELES son menores de entre 14 y 18 años, y el resto corresponde a universitarias. Al considerar a las adolescentes de 18 años como no-menores, concluimos entonces que aproximadamente el 50% de las personas atendidas tienen entre 14 y 17 años, y el 50% restante entre 18 y 23 años aproximadamente.

Los porcentajes exactos son los siguientes:

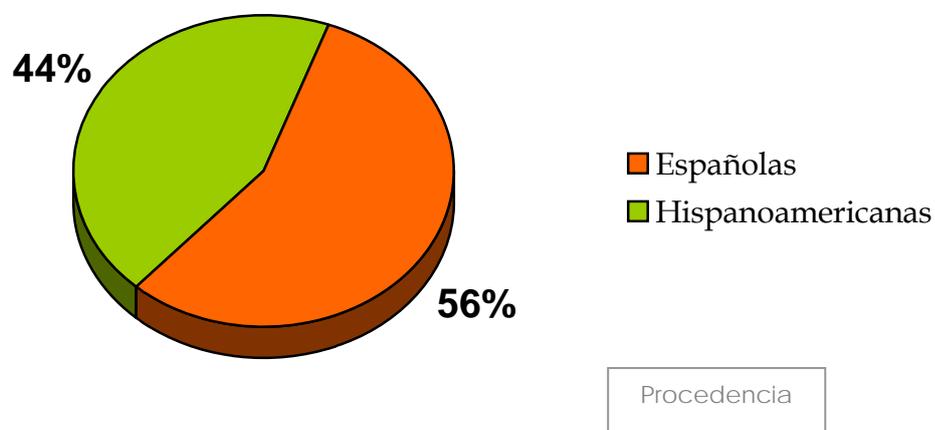
15 años :	11%
16 años :	13%
17 años :	18%
18 años :	24%
+ 18 años :	26%



2. PROCEDENCIA

Como es de todos sabido internet es una herramienta absolutamente internacional, en la que cualquier servicio ofrecido a través de la Red puede ser utilizado por menores de cualquier país del mundo.

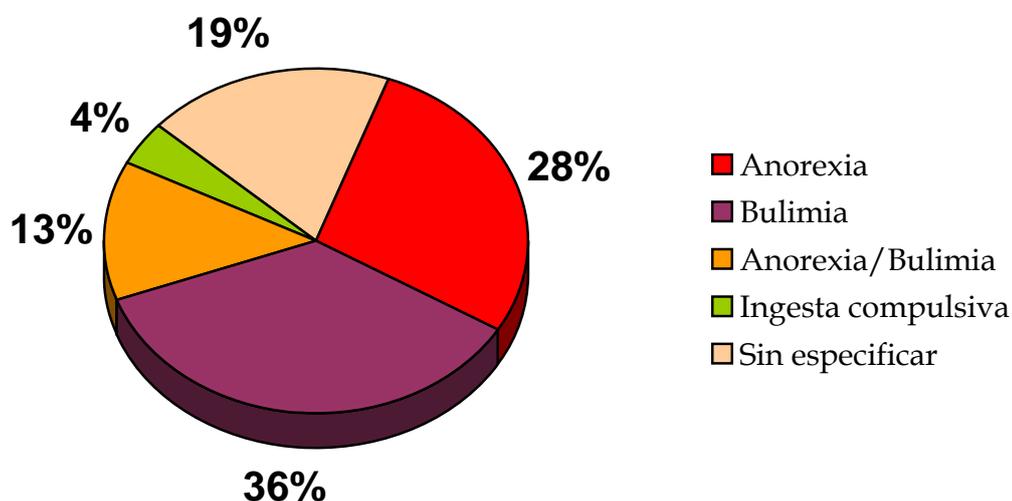
En este caso, desde PROTEGELES estamos trabajando con niñas y adolescentes localizadas en 8 países distintos: España, Argentina, México, Chile, Perú, Colombia, Uruguay y Honduras. La mayoría de ellas son, no obstante, adolescentes españolas (56%).



3. ACERCAMIENTO A UN PRIMER DIAGNÓSTICO

Resulta muy difícil establecer un diagnóstico seguro cuando no es posible realizar pruebas físicas, ni analítica de ningún tipo, a las jóvenes que se dirigen a nosotros. No obstante, a partir de las informaciones que ellas facilitan y las contestaciones a muchas preguntas que les son formuladas, así como el conocimiento sobre los resultados obtenidos en pruebas que les han sido realizadas en anteriores ocasiones, es posible y necesario establecer al menos un primer diagnóstico, y siempre con las debidas reservas.

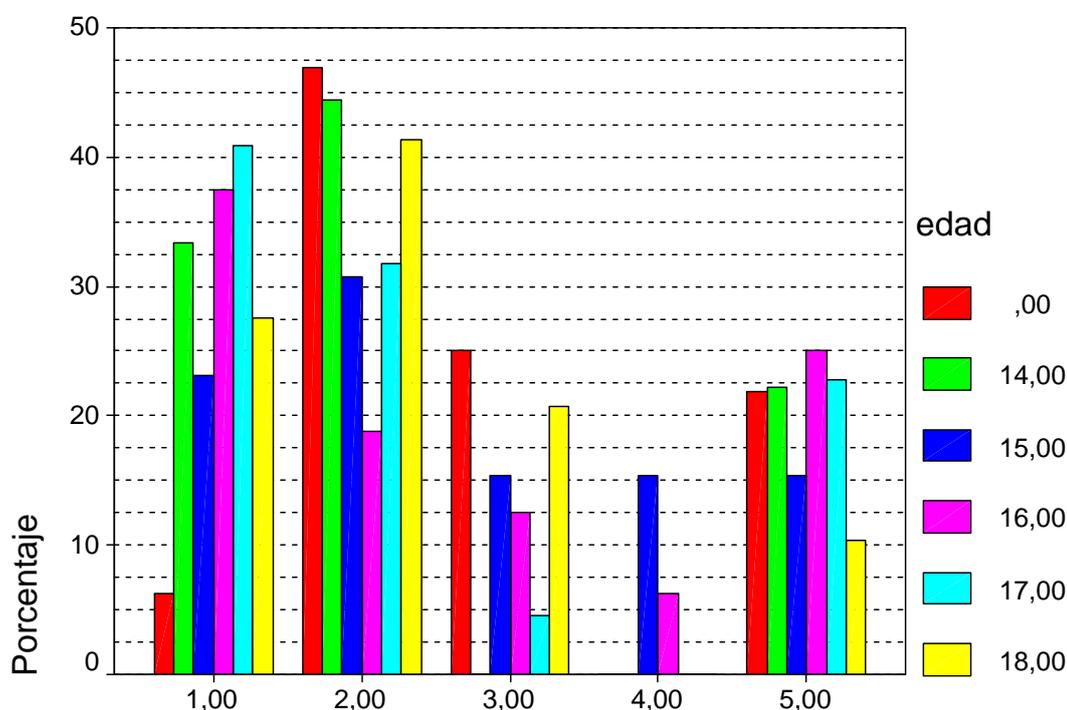
Atendiendo a este *primer diagnóstico de aproximación*, observamos que la mayoría de las adolescentes que se dirigen a PROTEGELES en busca de ayuda han desarrollado o están desarrollando bulimia nerviosa (36%). A este porcentaje hay que añadir otro 13% que alterna los episodios de anorexia con los de bulimia. Es decir, aproximadamente la mitad de las menores y jóvenes atendidas padece bulimia. Otro 28% pueden ser consideradas anoréxicas, un 4% tiene problemas de ingesta compulsiva y el 19% restante no puede clasificarse en ninguno de estos grupos, o bien la información de la que disponemos no nos permite hacer una valoración fiable.



Primer diagnóstico de aproximación

En cuanto a la comparativa por edades, observamos que la incidencia de la bulimia es mucho mayor entre las universitarias (72%) y entre las adolescentes de 18 años (62%), que entre las niñas de menos edad: un 37% entre las de 17

años, 31% entre las de 16 años, 46% entre las de 15 años y un 45% entre las de 14 años.



Primer diagnostico de aproximación

1: Ana 2: Mia 3: Ana-Mia 4: Ingesta compulsiva 5: Sin especificar

Parece que para las jóvenes de más edad resulta muy difícil evitar los atracones y las posteriores acciones purgativas, si bien hay que señalar que algunas de las mayores llevan años padeciendo estos trastornos, y en no pocas ocasiones se iniciaron con la anorexia y terminaron con la bulimia, o alternando episodios de una y otra.

4. RAZONES POR LAS QUE PIDEN AYUDA

Las razones por las que las menores se dirigen a PROTEGELES en busca de ayuda son de diverso tipo, ya que hablamos no sólo de circunstancias diferentes y trastornos alimentarios distintos, sino también de formas muy distintas de llegar hasta la ONG. Algunas de ellas han conocido la asociación a través de los medios de comunicación, de reportajes en revistas o noticias en los informativos. Otras han pedido ayuda tras serles facilitada nuestra dirección de correo electrónico por alguna amiga o conocida, y otras de forma muy distinta: a través de las páginas pro-anorexia o buscando información pro-

ANA. Cientos de jóvenes y adolescentes entran en la página web de la Primera Campaña Contra la Anorexia y la Bulimia en Internet: www.anaymia.com, a través de los miles de banners colocados en los grandes portales de internet: TERRA, MSN, WANADOO, YAHOO y otros. Estos banners anunciaban la página atrayendo gente hacia la misma, pero como si de una página pro-ANA se tratase. El texto de los banners decía: "Si quieres perder 5 kg en una semana... esta es tú página. Bienvenida al mundo de ANA y MIA". Muchas de las menores que entran en esta página lo hacen por tanto buscando repetir los mismos errores cometidos por otras y extendidos por internet a través de las páginas pro-anorexia y pro-bulimia. Algunas de estas menores, tras ver y comprobar la otra "cara de moneda" presentada en www.anaymia.com han reaccionado y han pedido ayuda. Otras menores han llegado a PROTEGELES a través de la páginas de *la II Campaña Contra la Anorexia y la Bulimia en Internet*: www.masqueunaimagen.com, y otras a través de los llamados "grupos de recuperación" o comunidades virtuales de autoayuda, de los que hablamos más adelante.

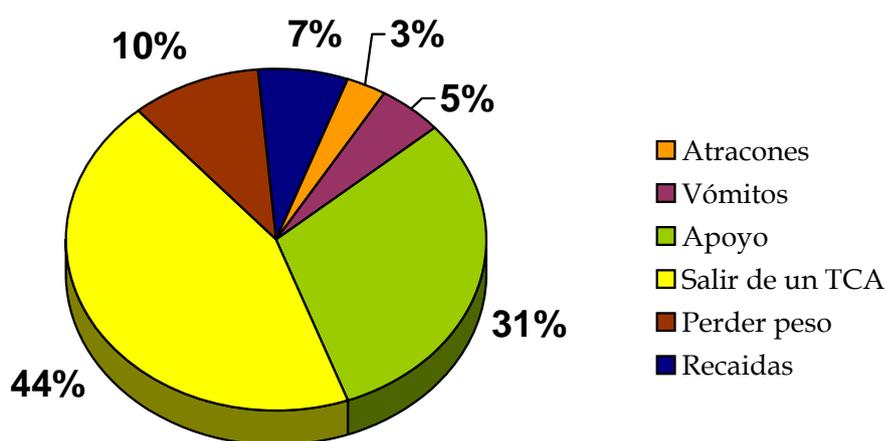
En definitiva, las jóvenes y adolescentes, que se han dirigido a PROTEGELES han llegado a partir de al menos caminos diferentes:

- a) Noticias en televisión sobre la Campaña anti-anorexia o sobre el estudio realizado al respecto.
- b) Reportajes en prensa o en revistas para jóvenes.
- c) Banners en los grandes portales de internet dirigidos hacia www.anaymia.com.
- d) Banners de la Campaña TU ERES MAS QUE UNA IMAGEN.
- e) Grupos de recuperación o de autoayuda.
- f) Por contactos facilitados por amigas o familiares.

Esta disparidad también influye en las motivaciones por las que se dirigen a PROTEGELES. Hemos realizado una clasificación en función las tres motivaciones más frecuentes, junto a otras tres que aunque no lo son tanto sí se han reproducido en varios casos:

- 1) Buscan información, consejos y recomendaciones para salir de un Trastorno de la conducta alimentaria -TCA-. Se trata de un grupo muy consciente de la enfermedad y bastante resuelto a actuar. Un 44% de las menores que se dirigen a PROTEGELES lo hacen buscando ayuda profesional.

- 2) Búsqueda de apoyo y comprensión para afrontar los TCA. Un 31% de las jóvenes y adolescentes que se dirigen a PROTEGELES busca ayuda, apoyo y comprensión para afrontar el problema.
- 3) Recomendaciones para perder peso de una forma saludable. Un 10% de las menores atendidas acude a PROTEGELES pidiendo ayuda para perder peso ante problemas de obesidad, real o no real. En estos casos se procede como se especifica en el siguiente punto del presente Estudio.
- 4) Ayuda y recomendaciones para evitar el desarrollo de un TCA. Un 7% de las consultas tiene un objetivo preventivo: menores que piden ayuda y orientación para no desarrollar un TCA o, en ocasiones, para no recaer en conductas de riesgo.
- 5) Recomendaciones y mecanismos para dejar de vomitar. Un 5% se dirige a PROTEGELES en busca de ayuda para evitar los episodios purgativos y los vómitos.
- 6) Consejos y recomendaciones para controlar o evitar los atracones. Un 3% de las adolescentes solicita ayuda para afrontar esta situación en concreto.

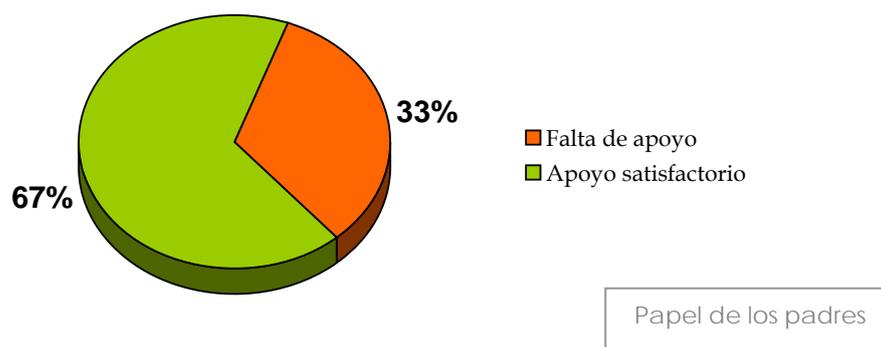


Razones por las que piden ayuda

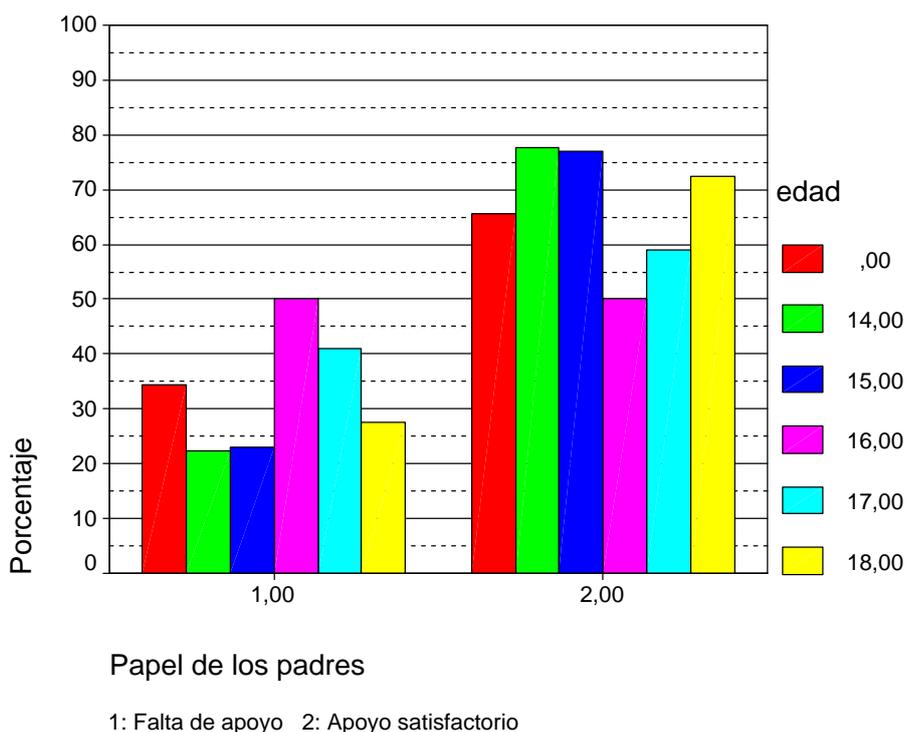
En el gráfico comparativo por edades no se observa ninguna diferencia significativa a partir de la cual pueda deducirse conclusión alguna.

5. EL PAPEL DE LOS PADRES

Resulta especialmente significativo, y preocupante, el porcentaje de niñas, adolescentes y jóvenes que no encuentran respaldo alguno en sus casas para afrontar estas enfermedades, y ponen de manifiesto la falta total de apoyo por parte de sus padres. Así, una de cada tres (33%) afirma no contar con la ayuda de sus padres para afrontar sus problemas.



Resulta tremendo comprobar que, en ocasiones, hay padres que no toman conciencia de la enfermedad hasta que el ingreso se hace inminente. Algunas niñas describen pérdidas de peso en pocos meses que suponen un cambio de varias tallas en su ropa...



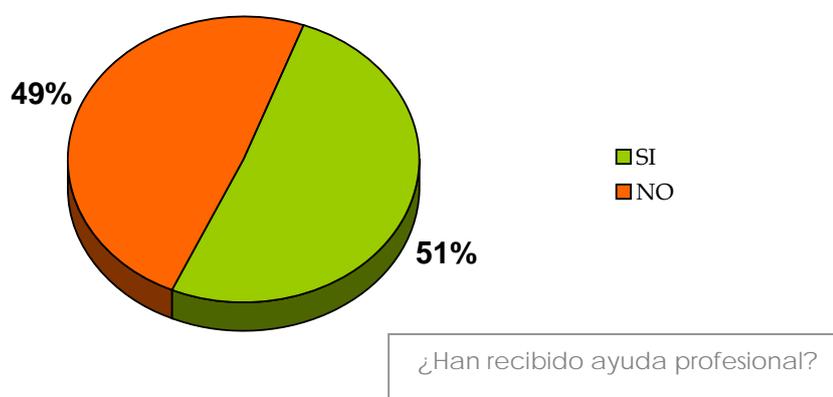
En la comparativa por edades se aprecia que el grupo de menores que más pone de manifiesto esa falta de ayuda o respaldo por parte de sus padres se encuentra entre los 16 y los 17 años, alcanzando al 46% de los casos. No obstante, después de los 18 años parece que la ayuda se hace más patente, o las jóvenes tienden a sentirse menos incomprendidas.

La ayuda de los padres se hace más habitual entre los 14 y los 15 años, cuando "sólo" un 22% pone de manifiesto falta de ayuda.

6. AUSENCIA DE AYUDA PROFESIONAL PRESENCIAL

A lo largo del trabajo que se realiza con los menores que se dirigen a PROTEGELES en busca de ayuda, se puede observar y cuantificar el elevado número de chicas que, padeciendo trastornos tan importantes como la anorexia y/o la bulimia, no han recibido atención profesionalizada alguna. Prácticamente la mitad (49%) de estas jóvenes y adolescentes no están recibiendo, ni han recibido previamente, tratamiento médico específico para su problema.

El porcentaje es mayor que el de jóvenes que afirma no recibir ayuda de su padres, es decir que, en no pocos casos, cuando la familia tiene conciencia del problema y ayuda a la menor aun así no siempre se acude al médico para recibir atención profesionalizada. En algunos casos se trata de padres y madres que creen poder afrontar el problema desde la familia, y en otros casos sabemos que se trata de un problema de disposición de medios y posibilidades. Recordemos que desde PROTEGELES se atiende también a niñas y adolescentes de 6 países de Hispanoamérica.



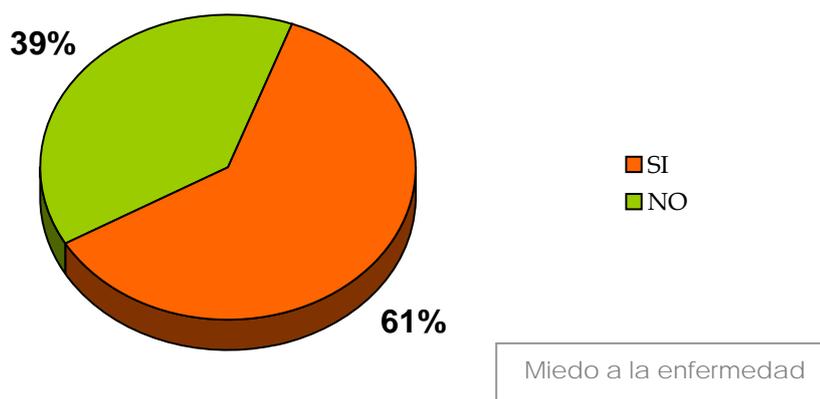
En cuanto a las edades tampoco se observa en este caso diferencia significativa alguna.

7. MIEDO A LA ENFERMEDAD

Si bien es cierto que la principio muchas menores comienzan a realizar acciones dirigidas a perder peso de forma radical, privándose de alimento, realizando ejercicio físico excesivo, utilizando laxantes o provocándose el vómito, llega un momento en el que muchas se dan cuenta de que han perdido absolutamente el control sobre lo que están haciendo, si es que en algún momento realmente lo tuvieron.

A muchas menores ese momento les sorprende y les asusta: el momento en el que se dan cuenta de que están en una cuesta abajo muy pronunciada y no saben donde agarrarse.

Así, el 61% de las jóvenes y adolescentes que atendemos desde PROTEGELES afirma sentir miedo en ante la enfermedad y ante los derroteros que va cobrando con rapidez. El 39% restante, sin embargo, afirma no tener esas sensación de miedo y sorpresa.



En cuanto a las edades tampoco se observan diferencias que puedan tener algún significado o sugerir alguna cuestión.

8. INCIDENCIA DE LAS AUTOAGRESIONES

Tal y como se señala en muchas páginas pro-anorexia y pro-SI, el dolor y las técnicas de autoagresión (self-injury) puede ser utilizado como forma de quemar calorías y método para controlar la propia voluntad. En otras ocasiones las autoagresiones no dejan de ser una forma de autocastigarse y plasmar el rechazo hacia la propia persona.

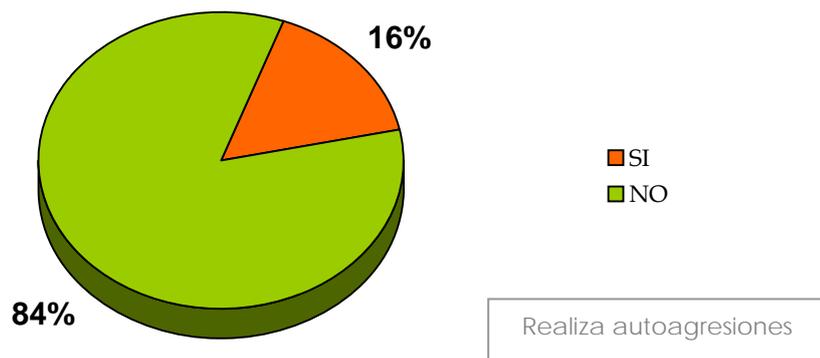
Cuando en estas páginas se afirma que “el dolor refuerza la voluntad y el autocontrol” se hace sin duda una aseveración no sólo imposible de justificar sino que además plenamente anticientífica, tal y como se explica en

el Estudio sobre las Páginas pro-ana y pro-mia. Dicha afirmación puede parecer aceptable para las adolescentes en un primer momento porque parte de una circunstancia real, pero lo hace invirtiendo el proceso, lo cual la invalida. La fuerza de voluntad y el autocontrol pueden ayudar a soportar mejor el dolor, pero no podemos invertir la circunstancia y afirmar que el dolor sirve para reforzar la voluntad y el autocontrol. Se trata de un razonamiento no válido. El dolor se ha utilizado siempre (de forma amoral) para “doblegar” la voluntad, pero no para “reforzarla”.

Por otro lado, existe un círculo documentado por el cual el dolor genera ansiedad, ésta insomnio, y el insomnio aumenta el dolor. Esto puede terminar destruyendo precisamente la voluntad de la persona. De hecho en bulímicas suele llevar a un aumento de atracones y compulsiones.

La realidad pone de manifiesto que el dolor, la autoagresión y autolesión, son utilizadas por algunos enfermos/as precisamente para desplazar la atención hacia algo más corporal y palpable, intentando así eludir pensamientos relativos a la angustia interior que sienten y que se encuentra entre las causas de la enfermedad.

El 16% de las niñas y adolescentes atendidas por PROTEGELES se han autoagredido o autolesionado. La mayoría de estas autoagresiones consisten en cortes en las manos y brazos o quemaduras, frecuentemente realizadas con cigarrillos.



El grupo de mayor incidencia parece ser el de las adolescentes de 15 años (23%), y el de menos el correspondiente a las niñas menores de 14 años (11%). Entre el grupo de universitarias encontramos también un 19% de ellas involucradas en este tipo de acciones.

9. EL SUICIDIO COMO ALTERNATIVA

En el presente Estudio hemos intentado cuantificar lo que para todos supone la situación más dramática que pueda relacionarse con este tipo de trastornos: el suicidio.

Para acercarnos lo más posible a la realidad y no banalizar la cuestión, hemos contemplado dos posibilidades:

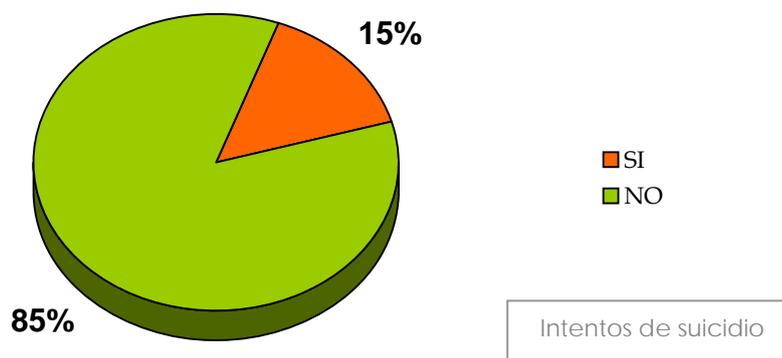
- a) Los pensamientos relativos al suicidio en los que éste se ofrece o plantea como una alternativa posible, y
- b) Los intentos de suicidio.

En cuanto al suicidio como posible alternativa nos encontramos con un 29% de jóvenes y adolescentes tratadas que se plantea esta opción como algo válido, frente a un 71% que no se lo plantea.



10. INTENTOS DE SUICIDIO

En segundo lugar, y como señalábamos en el punto anterior, hemos intentado determinar cuantas de estas jóvenes y adolescentes han llegado a protagonizar realmente un intento de suicidio. De esta manera determinamos que aproximadamente el 15% de las jóvenes y adolescentes que se han dirigido a PROTEGELES en busca de ayuda habían protagonizado anteriormente un intento real de suicidio.



En cuanto a las edades este porcentaje alcanza el 20% entre las jóvenes mayores de 17 años.

11. PRESENCIA DE ABUSOS SEXUALES

A lo largo del trabajo realizado por PROTEGELES con las niñas y adolescentes que se han dirigido a la ONG a lo largo de este año, nos ha llamado la atención la presencia de abusos sexuales en la primera infancia de algunas de las menores. Así, un 5% de las personas atendidas ha sufrido abusos sexuales durante su infancia.

12. VALORACION DE LA AYUDA RECIBIDA

Para el trabajo realizado por PROTEGELES, que definimos como *Primera Atención Personalizada*, resulta de especial relevancia determinar las razones por las que las niñas y adolescentes, que están desarrollando estos trastornos de la conducta alimentaria, solicitan ayuda a través de internet. ¿Qué encuentran en esta ayuda que les lleva a tomar la iniciativa y mantener el contacto? ¿Qué es lo que más valoran y encuentran en este tipo de ayuda? Para tratar esta cuestión, hemos recogido las afirmaciones y comentarios que las jóvenes y adolescentes atendidas apuntan de forma espontánea, y que normalmente son las siguientes:

- a) Valoran y agradecen la **ayuda desinteresada**, es decir, la ayuda prestada por profesionales que no tienen interés económico alguno en ellas, y que

no suponen un desembolso económico ni para las menores ni para sus familias.

- b) Valoran y agradecen la **ayuda profesional**. Tal y como se explica en el apartado de las páginas de recuperación, o comunidades virtuales de autoayuda, los foros en los que las menores se reúnen en busca de ayuda y apoyo no suelen contar con profesionales que orienten correctamente a las usuarias, que dismantelen o pongan de manifiesto las prácticas inútiles o los consejos y argumentos contraproducentes que, en ocasiones, circulan entre ellas.
- c) Valoran y agradecen el **anonimato**. En efecto, para algunas adolescentes, y en especial para las menores de 14 años, parece que el anonimato a la hora de ser tratadas es también algo especialmente valorado. La seguridad de que todo aquello que cuenten durante el trabajo que se realiza con ellas no trascenderá fuera. En ocasiones, las menores que siguen una terapia con su psicólogo/a deciden guardarse información sobre lo que hacen o sobre sus posibles motivaciones, ante el temor de que dicha información pueda ser trasladada a sus padres. Temor que normalmente no está fundado. No obstante, dichas menores saben que esa posibilidad no existe en el trabajo que realizan con los profesionales de PROTEGELES, ya que normalmente no facilitan información que permita identificarlas plenamente.
- d) Valoran y agradecen **que no se les juzgue**. Algunas menores rechazan ayudas de su entorno al sentirse constantemente juzgadas por lo que hacen. El porcentaje es pequeño pero está presente. Desde PROTEGELES nunca se emite un juicio de valor sobre ellas, y esto es lo que algunas demandan para “comenzar a hablar”.

Atendiendo a los porcentajes obtenidos, observamos como la mayoría de las menores (50%) lo que más valoran del trabajo que realizan con PROTEGELES es la AYUDA DESINTERESADA. Parece que para la mayoría el hecho de tratar con profesionales que no les van a cobrar es algo que les inspira confianza y que agradecen. Son constantes los correos electrónicos en los que muchas se disculpan por el tiempo que “nos hacen perder” (según sus palabras). La baja autoestima entre ellas es una constante, así como la falta de experiencia que no les permite ser conscientes de la satisfacción que se experimenta al ser de utilidad a otras personas.

El segundo grupo está conformado por una de cada tres menores. Así, el 34% de las jóvenes y adolescentes atendidas valora fundamentalmente la PROFESIONALIDAD DE LA AYUDA RECIBIDA desde PROTEGELES. Tal y como hemos comentado, en internet son frecuentes los foros, páginas y comunidades virtuales en los que se reúnen personas con problemas de distinta índole, en los que se reproducen consejos, recomendaciones y afirmaciones *para todos los gustos*, pero en pocas ocasiones de forma contrastada y con la participación y dedicación constante de profesionales con experiencia en cada problema.

En tercer lugar, un 11% de las menores atendidas valora especialmente el ANONIMATO, que caracteriza a las comunicaciones a través de internet, así como el hecho de no verse nunca en la obligación de identificarse facilitando datos personales como su nombre y apellidos, domicilio, etc. Este nivel de anonimato facilita un altísimo nivel de sinceridad y espontaneidad, que permite incluso obtener datos no comunicados nunca a otras personas, como sucede por ejemplo con muchos casos de abusos sexuales o de incesto.

Por último, un 5% de las jóvenes y adolescentes tratadas valora fundamentalmente el hecho de NO SENTIRSE JUZGADA en ningún momento, lo que para nosotros estaría también dentro de ese porcentaje que valora sobre todo la “profesionalidad” de la atención y ayuda recibidas.



PRIMERA ATENCIÓN PERSONALIZADA OFRECIDA POR PROTEGELES

1. EN QUÉ CONSISTE LA PRIMERA ATENCIÓN PERSONALIZADA

De forma GENÉRICA al recibir cada solicitud de ayuda, desde PROTEGELES se actúa siguiendo el siguiente procedimiento:

1.1. Aproximación al problema

Se trata de obtener toda la información necesaria para poder centrar el caso y dar respuestas más concisas. Para ello solemos pedir a la interesada que conteste un pequeño cuestionario, adaptado a cada caso concreto y contando con la información ya facilitada, que exponemos a continuación:

- ¿Cuál es tu edad y desde dónde me escribes?.
- ¿Cuánto pesas y cuánto mides?.
- ¿Has notado alguna irregularidad en tu menstruación?.
- ¿Te gusta tu imagen corporal y tu peso?.
- ¿Te gustaría adelgazar?.
- ¿Qué sentirías si engordaras?.
- ¿En qué consiste tu alimentación normal?, ¿estás a dieta?.
- ¿En ocasiones comes compulsivamente?, ¿qué tipo de alimentos?, ¿con qué frecuencia?, ¿antes qué circunstancias o emociones?.
- ¿Tomas algún medicamento para adelgazar o realizas algún comportamiento de purga?.
- ¿Prácticas algún deporte?, ¿con qué frecuencia?.
- ¿Alguna vez te has hecho daño, te has cortado, arañado, etc. por haber comido en exceso o por haber vomitado?.
- ¿Alguna persona de tu entorno conoce tu problema?, ¿te ayudan?.
- ¿Sientes que tus padres te apoyan ante tu problema?.
- ¿Sigues algún tipo de terapia psicológica o psiquiátrica?.
- ¿Qué cosas has hecho tu para mejorar el problema?, ¿qué resultado te han dado?.
- ¿Cómo empezó y evolucionó tu problema, hasta el momento presente?.

La obtención de datos y el cuestionario se van facilitando de forma progresiva en función de cómo reacciona la menor, y en función también de su regularidad y constancia en la comunicación. Es importante “no cansar” con preguntas a la persona que pide ayuda, y proceder poco a poco.

Algunas jóvenes escriben ya varios folios en los primeros correos electrónicos, se desahogan y describen su vida actual y sus antecedentes. Otras, por el contrario, escriben para preguntar y para recibir consejos y respaldo. Todo esto debe ser tenido en cuenta, o se corre el riesgo de perder al interlocutor que pide ayuda.

1.2. Concienciación

Se pretende hacerles ver la importancia de los comportamientos anómalos que presenten. En un alto porcentaje de los casos, no existe conciencia de peligro. El uso del vómito, el consumo de laxantes, la práctica del ayuno, etc., son vistos en ocasiones por las menores como conductas inofensivas, no asociadas a problemas físicos y psicológicos. Por lo tanto, nuestra labor consiste en aclarar errores y ampliar información sobre este tipo de métodos de compensación o de purga.

1.3. Motivación hacia el tratamiento

Se les explica la necesidad de buscar ayuda profesional y la relevancia de hacerlo con rapidez. Se les aclara que el tipo de problemática que presentan, no desaparece de forma espontánea, sino que por el contrario, tiende a cronificarse y a empeorar. Se les informa de que no es suficiente la fuerza de voluntad para abandonar esos comportamientos, sentimientos, ideas y expectativas negativas, sino que es imprescindible seguir unas directrices terapéuticas, a veces acompañadas de prescripción farmacológica. Por otro lado, se les comenta que el pronóstico de recuperación, empeora con la evolución del problema, por lo que una intervención precoz es determinante. Gracias a la investigación, los tratamientos actuales son cada vez más eficaces, y según algunos estudios de seguimiento a cinco y diez años, el número de anoréxicas en las que el cuadro ha remitido puede llegar a ser el 60%, y el 70% en el caso de la bulimia.

1.4. Información sobre recursos de intervención

Se especifican las posibilidades de actuación a nivel público o privado, facilitándoles direcciones de interés. Considerando su situación económica se les explica que desde la sanidad pública el médico de cabecera o el pediatra es el profesional de referencia al que acudir. También se les comenta que existen asociaciones que luchan contra este tipo de problemática y que suelen ser gratuitas o tener un coste mínimo. Allí se atienden al propio paciente, así como a los familiares, siguiendo terapias individuales y grupales.

Por último, si la elección es ponerse en manos de un psicólogo privado, se recomienda consultar con el Colegio Oficial de Psicólogos de su ciudad, informándoles de la eficacia contrastada hasta el momento, de las terapias de orientación cognitivo-conductual.

1.5. Recomendación bibliográfica

Se les puede sugerir la lectura de manuales de auto-ayuda, de mejora de la autoestima, de la asertividad, etc. En el caso de familiares, amigos o pareja, puede ser de gran utilidad una guía básica, para acercarlos al problema y eliminar las sensaciones de indefensión.

2. INTERVENCIONES ESPECÍFICAS

A nivel ESPECÍFICO, y en función de la demanda, se siguen los siguientes pasos:

2.1. Control de atracones

- Con el objetivo de hacerles más conscientes de los estímulos antecedentes de los mismos, se les pide que rellenen un auto-registro con los siguientes apartados: día y hora, acontecimientos/emociones previas, comida y/o bebida consumida, si lo consideran un atracón, métodos de purga y consecuencias. Consideramos que el primer paso, antes de que se produzca cualquier cambio, es aumentar el conocimiento sobre uno mismo. Además el auto-registro, es un elemento de motivación, gracias al cual, a partir de una línea base, observar las mejoras experimentadas.
- En el caso de que se compruebe que el hambre es una de las causas de los episodios de ingesta compulsiva, se revisa la alimentación y se proponen pautas saludables, incluyendo los alimentos prohibidos. Se les informa acerca de la pirámide de los alimentos adaptada de Aranceta, Serra, Pérez, Mataix (SENC, 1995), que recomienda el consumo de seis raciones diarias de cereales, pan, arroz y patatas, cuatro raciones de verduras y frutas, tres raciones de leche, aceite de oliva y queso y dos de pollo, huevos, pescado y legumbres. Se hace especial hincapié en el consumo ocasional de dulces, bollería, grasas o embutidos, sin excluirlos totalmente, lo que produciría un aumento del deseo y un nuevo atracón.

- En una primera fase se puede plantear un control estimular, es decir, poner en marcha acciones encaminadas a evitar que determinados elementos faciliten el episodio. Por ejemplo: no llevar dinero encima cuando se salga de casa, hacer la compra con el estómago lleno, o llevar el dinero justo para no comprar cosas de más, coger un número concreto de galletas y guardar el resto, evitando tener el paquete entero a la vista, etc.
- Si dichos episodios responden a estados emocionales negativos: ansiedad, aburrimiento, tristeza, etc., se plantean fórmulas más saludables de canalización. Es importante asociar las actividades a cada estado emocional y a cada circunstancia personal. Para ello se le pide que haga una lista con aquellas actividades que cree (contando con su experiencia anterior) que le permitirían librarse de esas emociones y que estén a su alcance. Por ejemplo ante la ansiedad podría escuchar música relajante, darse un baño de espuma o salir a dar un paseo, ante el aburrimiento podría llamar a una amiga por teléfono, pintar, leer un buen libro, etc.
- Habría que tener especial cuidado con los pensamientos extremistas y dicotómicos del tipo: "si empiezo a comer no podré parar", o "ya que me he comido esto, sigo y como todo lo que me apetezca", pensamientos que si no se controlan y modifican pueden favorecer el episodio compulsivo.
- A pesar de que el hecho de dejar de atracarse es en sí mismo una recompensa para ellas, se insiste en la utilidad de premiarse cada poco tiempo por los avances conseguidos. Todo ello con el objetivo de mejorar su estado de ánimo y su autoestima, muy dañada por la experiencia de falta de control. Se pretende que encuentren fuentes de reforzamiento ajenas a la comida.

2.2. Evitación del vómito

- Valorar si el vómito aparece como forma de compensación del atracón o después de cualquier comida. Existen multitud de estímulos que pueden despertar la necesidad de vomitar: mirarse al espejo y verse con más peso, ver un anuncio de t.v donde aparezca una modelo con un cuerpo escultural, recibir un comentario despectivo, sentir el estómago lleno después de un atracón, etc. y se deben tener en cuenta para poder erradicarlo. Con el auto-registro comentado en el apartado anterior, se podrían valorar estas circunstancias previas.

- En el caso de que el vómito sea la consecuencia de un episodio de sobre ingesta, le propondríamos las indicaciones del apartado a). En este punto se debe explicar que al considerar el vómito como inofensivo y como una estrategia para eliminar lo ingerido, se produce un círculo vicioso, ya que al vomitar se deja al organismo en estado carencial, lo que le precipita a comer de nuevo de forma compulsiva. Todo ello se complica si además la persona está siguiendo algún tipo de dieta hipocalórica.
- A modo de motivación e información, se les explica cuales son los efectos negativos del uso prolongado del vómito, incluyendo la adicción al mismo y el enlentecimiento del metabolismo basal. Se cuestiona la falsa idea de que con el vómito se elimina todo lo que se ha ingerido. Se especifican todos los daños que puede sufrir el organismo, en los diferentes aparatos: digestivo, cardiovascular, respiratorio, etc., resaltando las alteraciones electrolíticas (pérdida de sodio, potasio y magnesio en sangre) y los daños irreversibles, por ejemplo en la dentadura.
- Se explica que el deseo de vomitar es una curva, tarde o temprano acaba desapareciendo. Se asemeja a cualquier otro tipo de deseo, como el de fumar y no permanece estable de forma constante, sube, se mantiene y baja.
- Se les comenta que es normal sentir sensaciones de plenitud después de las comidas, más aún, si han estado limitando durante tiempo su alimentación. Pero focalizar la atención en ellas las incrementará, de tal manera que se recomienda ir aumentando la ingesta de forma gradual y tener un especial cuidado en los momentos posteriores a la misma, poniendo en marcha actividades de distracción que desvíen la atención de sus propias sensaciones. Por ejemplo: escribir, ver la t.v, jugar a un juego de mesa, etc.
- Se recomienda que estén acompañadas después de las comidas, durante al menos dos horas. Pueden pedir ayuda a alguna amiga (si están fuera de casa) o a algún familiar, para que no les permita el acceso al cuarto de baño después de haber comido. Es importante que esto se haga de forma consensuada, evitando que la persona lo viva como un método de vigilancia y/o control.

2.3. Información sobre reducción de peso

- Se les informa de los peligros que conlleva seguir dietas de adelgazamiento sin prescripción médica. Así como de las consecuencias físicas y

psicológicas derivadas del seguimiento de dietas estrictas. En cada etapa del desarrollo y en función del gasto energético, las necesidades nutricionales varían, por lo que la alimentación debe adaptarse a cada persona y circunstancia. Únicamente un médico puede decidir si una persona debe seguir una dieta y en qué debe consistir. El hecho de seguir dietas recomendadas por amigas, revistas, etc., puede producir importantes problemas físicos y psíquicos como, anemia, aumento del colesterol, amenorrea, descenso del sistema inmunológico, hipotensión, bradicardia, síntomas depresivos, pensamientos obsesivos relacionados con el peso y las calorías, dificultades de concentración, etc. Se les comenta que las dietas que prometen descensos rápidos de peso, suelen producir únicamente deshidratación y pérdida de masa muscular. El supuesto peso perdido se recupera cuando la persona retoma su alimentación. En este punto, se explica el concepto de dietas "yo-yo", dietas que producen una rápida pérdida que no sólo se recupera, sino que ocasiona un aumento del peso previo que existía antes de realizarla e incrementa las dificultades para eliminar peso en los sucesivos intentos.

- Se les explica que el peso corporal está, en gran parte, determinado genéticamente y que el índice de masa corporal (IMC) de Quételet, establece un intervalo de normo peso que oscila entre 20-25. Se trata de hacerles comprender que nadie puede modelar su cuerpo como si se tratara de una escultura, que nadie puede elegir el peso que quiere tener, igual que no se puede cambiar el tamaño de los pies o el color de los ojos, características físicas innatas. El uso del vómito, el seguimiento de dietas estrictas, el consumo de laxantes, etc., permitirán tener un peso insano que cambiará al abandonar dichas prácticas y que enlentecerá el metabolismo basal.
- Se aclaran dudas acerca de la utilidad y de las consecuencias negativas, del consumo de medicamentos para perder peso, como los laxantes. Este tipo de sustancias no tienen ninguna repercusión en la pérdida de peso ya que actúan en la parte inferior del intestino y las calorías se absorben en la zona superior. Producen deshidratación, alteración electrolítica y adicción, al igual que el vómito. El intestino se hace vago y cada vez es más difícil que por sí mismo elimine las sustancias de desecho.
- Se revisa su estilo de alimentación y se introducen pautas saludables, considerando las necesidades energéticas requeridas en la etapa adolescente. Se recalca que su alimentación diaria tiene que estar compuesta por alimentos energéticos (hidratos de carbono, grasas y

proteínas), elementos esenciales (calcio, fósforo, hierro, etc.), vitaminas, fibra vegetal y agua. Los alimentos energéticos se deben ingerir en proporciones diferentes, los hidratos de carbono deben constituir el 50 % del aporte calórico, las proteínas el 20% y las grasas el 30% restante. Se insiste en los beneficios de un desayuno completo y equilibrado y en la realización de 5 comidas al día, tres principales y dos tentempiés de media mañana y media tarde.

- Se especifica que las mujeres jóvenes tienen un gasto calórico de entre 2.000 y 2.400 kilocalorías diarias, mientras que los hombres lo tienen de 2.500 a 3.000 kilocalorías, dependiendo de las diferentes características individuales y de ciertos factores externos (edad, práctica de ejercicio físico intenso, vivir en un país donde el clima sea muy frío, etc.). Se reitera que en la adolescencia el consumo energético es muy alto debido a que todavía se están formando los tejidos corporales. Se les comenta que el 75 % del gasto calórico se destina a realizar las funciones vitales (respirar, trabajo del corazón, riñones, etc.), el 11% se destina a las funciones realizadas en el proceso digestivo y el 14% restante se gasta en los movimientos habituales diarios (peinarse, andar, rascarse, etc.).
- Se educa sobre los beneficios de la práctica moderada y regular del ejercicio físico. Se pretende romper la asociación entre ejercicio físico y pérdida de peso e instaurar su práctica de forma constante dentro de la rutina de la persona. Se especifica que mejora el estado de ánimo, elimina la ansiedad, el estrés, el cansancio mental, y mejora la autoestima. Además permite la socialización y en algunos casos el trabajo en equipo.
- Se reestructura la idea de que la delgadez es sinónimo de belleza, éxito, perfección y felicidad. Se pretende a través de ciertas preguntas y ejercicios, cuestionar esa premisa. Se les plantea: ¿todas las chicas delgadas que conoces son guapas?, ¿todas las chicas delgadas tienen novio, sacan buenas notas...?, ¿desde que has perdido peso te gustas más, eres más feliz?, ¿conoces a alguien perfecta?, ¿las personas normales nos parecemos a las modelos?. Se les puede pedir que piensen en personas importantes de la historia (descubridores, científicos, personas implicadas con causas humanitarias o religiosas) que no sean delgadas o guapas.

2.4. Información sobre un posible TCA

- Se exponen los criterios diagnósticos DSM-IV para definir qué síntomas se requieren para concluir con una etiqueta diagnóstica. Siguiendo el Manual

Estadístico y Diagnóstico de los trastornos mentales en su cuarta edición, y dentro de la categoría de Trastornos de la conducta alimentaria, aparecen: la anorexia nerviosa, la bulimia nerviosa y el trastorno de la conducta alimentaria no especificado. A través de ciertas preguntas, se contrastan los síntomas que presente la persona con los necesarios para hacer un diagnóstico. En cualquier caso, esto es únicamente aproximativo, se les explica que para confirmar un diagnóstico sería necesario llevar a cabo una evaluación pormenorizada del caso, utilizando pruebas psicométricas específicas.

- Se insiste en que no es necesario cumplir criterios para hablar de un problema psicológico. En la mayoría de los casos, las personas que no cumplen criterios, suelen estar en fases iniciales de la enfermedad, pero si continúan poniendo en marcha las conductas anómalas, pueden acabar con una etiqueta diagnóstica. En otro porcentaje inferior de los casos, las personas están en fase de recuperación, presentando algunos síntomas que tampoco permiten hablar de un diagnóstico exacto.
- Se alerta de la conveniencia de recibir atención profesional con inmediatez a la aparición de los primeros síntomas. Con la intención de evitar la cronificación y mejorar el pronóstico de recuperación.

2.5. Orientación para la ayuda a terceros

- Se les informa acerca de las posibles reacciones de la persona enferma, para evitar la frustración. Por lo general no existe conciencia de enfermedad y las personas afectadas niegan tener un problema o estar poniendo en peligro su vida. Su respuesta será defensiva y mostrarán irritabilidad.
- Se les sugiere formas de aproximación y actuación con dicha persona. Teniendo en cuenta las características individuales, se tratará de incidir en sus estados emocionales y en los síntomas derivados del problema (insomnio, tristeza, irritabilidad, fracaso académico, etc.) para tratar de hacerles ver la necesidad de acudir a un especialista. Es importante no ver el problema como un capricho o como una forma de llamar la atención y no esperar que pasada la etapa de la adolescencia todo termine.
- Se les facilitan direcciones de interés dónde recibir apoyo e información, en función de la ciudad de residencia y de su situación económica.

2.6. Información para salir de un TCA

- Se recalca la necesidad de acudir a un profesional y se les recuerda nuestras limitaciones de actuación. Nuestra intervención nunca puede reemplazar a una terapia profesional.
- Se les facilitan direcciones de interés dónde recibir apoyo e información.
- En cada caso concreto y hasta que soliciten dicha ayuda, se les podrá apoyar, dar ciertas pautas y transmitir entendimiento y empatía.

2.7. Otro tipo de intervenciones

Formas de actuación ante otras cuestiones que surgen, aunque con mucha menos frecuencia:

- ¿Por qué se produce la amenorrea?, ¿cuáles son sus consecuencias y la forma de eliminarla?. En este caso se les explica que en cuanto el peso desciende por debajo de lo aceptable, hay amenorrea (desaparición de la menstruación). También aparece cuando la persona está expuesta a una situación de estrés mantenida, o como consecuencia de importantes oscilaciones de peso. La amenorrea produce esterilidad, aspecto que preocupa mucho a las adolescentes, deficiencia de calcio por insuficiente absorción del mismo, y problemas óseos. La forma de eliminarla consistirá en recuperar el peso perdido y eliminar los estímulos estresores.
- Efectos concretos de una dieta, por ejemplo la del suero de leche. Se les comenta que, de alguna manera, todas las dietas que no son prescritas por un especialista, ponen en peligro a nuestro organismo ya que provocan carencias nutritivas. En este caso, la dieta del suero de leche, es deficitaria en proteínas, grasas, calcio, hierro, yodo y su aporte de vitaminas es desconocido.
- Qué hacer para no recaer, una vez "superada" la enfermedad. Se analiza qué sucesos o estresores han producido un desequilibrio en la persona (cambio de colegio, muerte de un familiar cercano, desengaño amoroso, etc.) con el objetivo de que entienda el porqué de su situación y no sienta indefensión. Se repasa con ella las estrategias aprendidas en el pasado para controlar el problema y se le anima a poner en marcha aquellas que

hayan dado mejor resultado. En cualquier caso y para que disponga de más instrumentos, se le pueden enseñar nuevas técnicas.

- He conseguido comer con normalidad y he dejado de vomitar, pero no me gusta mi cuerpo. En este caso nuestro interés se centra en que la persona aprenda a aceptarse tal y como es, y a que no reduzca su auto-concepto al peso o a la figura. Se insiste en que la imagen corporal es un constructo psicológico, es la representación "mental" que tenemos de nuestro cuerpo unida a los sentimientos, actitudes y emociones que atribuimos al mismo. Por lo tanto puede ser modificable. Para ello se analiza el lenguaje que utiliza para describirse a sí misma, los comportamientos de evitación de ciertas partes de su cuerpo, las comparaciones injustas, o los pensamientos relacionados con el miedo al rechazo.

LAS PAGINAS DE RECUPERACIÓN O COMUNIDADES VIRTUALES DE AUTOAYUDA

1. INTRODUCCIÓN A LAS PÁGINAS DE RECUPERACIÓN

Este tipo de páginas, de reciente creación, se constituyen con el objetivo de apoyar a todas las personas que quieren iniciar el camino hacia la recuperación de un trastorno de la alimentación. Hasta la fecha, únicamente se disponía de páginas Pro-ana y Pro-mía como lugar de identificación y como espacio donde no sufrir rechazo. Pero muchas de las personas que frecuentan páginas Pro, se debaten ante la duda de salir o no de su trastorno y la falta de apoyos adecuados, el sentimiento de soledad y el miedo al cambio, favorece el bloqueo o la inercia. Con la aparición de las páginas de recuperación se crea una alternativa ante este problema. Se trata de páginas enfocadas al tratamiento, que ofrecen un apoyo más comprometido, información veraz sobre los TCA y experiencias individuales que han demostrado ser eficaces para afrontar diferentes situaciones de tensión.

2. APARTADOS O SECCIONES DE LAS PÁGINAS

2.1. Para comunicarse

□ Foro - ¿Quieres hablar?

Todas las páginas ofrecen un apartado para desahogarse, para expresar emociones, preocupaciones, inquietudes, alegrías, etc. Algunas páginas describen este espacio como “el muro de las lamentaciones”, caracterizado por la espontaneidad y sinceridad con la que las participantes escriben, sin miedo a ser juzgadas o mal interpretadas. Por supuesto el fenómeno del anonimato, facilita aún más la expresión. Todos los mensajes reciben algún tipo de comentario, puesto que en el grupo existe un fuerte sentimiento de compromiso, tanto por parte de las administradoras de las páginas, como por parte de otras participantes. La percepción de estar ayudando a otros, genera bienestar y aumenta la autoestima. Sin embargo, existe mucha irregularidad, algunas participantes escriben durante una temporada, para abandonar el grupo temporal o definitivamente. En algunos casos, para volver a visitar páginas Pro.

□ **Chat**

Es otra alternativa de comunicación que ofrecen estas páginas, pero tiene mucha menos aceptación, posiblemente debido a las diferencias horarias entre España y los países de América del Sur, lugares de residencia de las participantes. Con la intención de solventar este hecho, en algunas páginas se informa sobre estas diferencias y se proponen “quedadas” programadas con cierta antelación. Los fines de semana, coincidiendo con el tiempo de ocio, suelen favorecer el encuentro en el chat. Las relaciones entre algunas de las participantes se afianzan de esta manera, llegando incluso a intercambiarse el número de teléfono o a plantear un encuentro físico.

□ **Imágenes, cumpleaños, películas, libros, canciones favoritas**

Como forma de adhesión al grupo y de fomento del conocimiento mutuo, se ofrecen espacios para que cada usuaria hable de sus intereses, exponga su foto o la de su mascota, comparta la fecha de su cumpleaños, etc. Muchas de las personas que frecuentan este tipo de páginas carecen de red social, otras aún teniéndola, se sienten incomprendidas o no obtienen de ese círculo de amistades el apoyo o la identificación que encuentran en este tipo de páginas. Es muy posible que este fenómeno explique el grado de “enganche” o dependencia que generan estas páginas, para algunas, la única fuente de gratificación.

2.2. Para informarse

□ **Vínculos – Otros grupos de recuperación**

En este apartado se recomiendan diferentes grupos de recuperación que se han creado recientemente. Muchas personas pertenecen a varios de estos grupos, lo que les aporta varios puntos de vista frente a un problema y más posibilidades de respuesta inmediata ante su mensaje de petición de ayuda. Además de estos grupos, se informa sobre la página web www.anaymia.com.

□ **La verdad de los grupos PRO**

En algunas páginas se expone de manera informativa el resultado de la campaña que la Asociación Protégeles realizó sobre la apología de la anorexia y la bulimia en internet, alertando de los peligrosos de las páginas Pro-

ana y Pro-mía. A su vez recuerda a las participantes la posibilidad de denunciarlas, bien a través de la página web de la Asociación: www.protegeles.com o directamente a través de la página web de la campaña: www.anaymia.com.

□ **Cuestionario - ¿tengo un problema?**

A través de algún cuestionario, por ejemplo el planteado por Dr. Vicente J. Turón, se pretende que las participantes descubran si efectivamente tienen o no un problema alimentario. Se insiste en que la interpretación de los resultados siempre debe hacerla un especialista y en que para llegar a una conclusión, se debe realizar una evaluación personalizada de cada caso, utilizando las pruebas pertinentes. Por lo tanto es únicamente orientativo. En otras páginas se exponen los criterios diagnósticos según DSM-IV, para hablar de una anorexia, una bulimia o un trastorno de la alimentación no especificado. De nuevo, se aclara que únicamente un profesional puede decidir un diagnóstico clínico.

□ **Definición de Anorexia nerviosa y complicaciones:**

En todas las páginas se especifica en qué consiste la anorexia nerviosa, cuales son sus manifestaciones conductuales, emocionales y cognitivas, su incidencia y prevalencia, las complicaciones físicas y psicológicas que puede acarrear, así como las señales de alarma. Se incide en el fenómeno de cronicidad y en las posibilidades reales de muerte.

□ **Definición de Bulimia nerviosa y complicaciones**

Se procede de igual manera que en el caso anterior, resaltando las consecuencias negativas de la práctica del vómito, del abuso de laxantes y diuréticos.

□ **Definición de otros trastornos: Vigorexia, ortorexia, o trastorno por atracón**

Como forma de ampliar los conocimientos en torno a las problemáticas asociadas al peso, la alimentación y la imagen corporal, se expone información de manera mucho más esquemática, sobre otros trastornos, algunos de reciente aparición.

□ **¿Cuál es tu Índice de Masa Corporal?**

Con el objetivo de desterrar falsas ideas sobre cuál es un peso saludable, se comenta la fórmula matemática creada por el astrónomo belga Quételet : peso en kilogramos/(metros de altura)² . Si el resultado de esta operación es 20 ó 25, hablaríamos de normo peso, una puntuación de 16-18 denotaría un peso significativamente bajo y una puntuación de 27-30 sobrepeso. Resulta muy interesante para las participantes aclarar este punto, ya que en la mayoría de las páginas Pro, ofrecen tablas sobre peso ideal alteradas y con puntuaciones que promueven pesos que, si se alcanzaran, pondrían al organismo en un serio estado de desnutrición, ocasionando entre otros problemas, amenorrea. Muchas de las dudas que plantean en los foros las menores, son en torno a este tema: "¿qué os parece mi peso?", "¿Creéis que estoy gorda?", etc.

□ **Pautas para saber comer**

Siguiendo con la exposición de información, de una manera esquemática y sencilla, se explica la pirámide de la alimentación, aclarando las raciones de alimentos necesarios para mantener una dieta equilibrada, así como los porcentajes de alimentos energéticos requeridos para un buen funcionamiento del organismo. En algunas páginas se incide sobre la importancia de un buen desayuno, comida principal del día, no realizada por una gran mayoría de personas en nuestro país.

□ **Asociaciones a las que acudir**

Se presenta un listado con diferentes asociaciones de lucha contra este tipo de problemas a nivel nacional, y localizadas en parte de la geografía latinoamericana. En muchos casos, son estos los recursos que elige la persona afectada. Existe una gran resistencia a pedir ayuda, entre otros motivos por la vergüenza que para ellas supone hablar de su problema y reconocer sus comportamientos anómalos. Este tipo de asociaciones ofrecen una cálida acogida, garantizan el anonimato y suelen tener un coste mínimo.

□ **Bibliografía de interés**

Se recomiendan una serie de libros dirigidos a pacientes, familiares o amigos, editados desde el año 1995 al 2003. Algunos de estos libros se pueden descargar directamente desde la red.

□ **Orientación para padres, familiares y amigos**

Se proponen formas para detectar, prevenir y actuar en el caso de que se sospeche de la existencia de un problema de alimentación en el seno familiar o en el grupo de iguales. Se alertan sobre los posibles argumentos de la persona enferma, que pueden ser convincentes y confundirnos.

La mayor parte de esta información es obtenida a través de internet, y dependiendo de las fuentes, es más o menos concisa y más o menos útil. El hecho de que las administradoras de las páginas sean adultas, profesionales, estudiantes universitarias o bien que hayan estado bajo tratamiento psicológico anteriormente, mejora la calidad de dicha información. En varias de las páginas se repite la información.

2.3. Para mejorar

□ **Definición de atracón y trucos para superarlos o para enfrentar la ansiedad**

Lo más interesante en este caso es que se habla desde la propia experiencia, se comparten las estrategias que en un pasado han demostrado efectividad para algunas participantes del grupo. Se plantea como una lluvia de ideas, y permite que las usuarias sirvan de guía para sus compañeras.

"Yo, cuando tenía ganas de pegarme un atracón y vomitar, lo q hacía era ponerme notas en la nevera y en el wc, poniendo lo mal q me iba a sentir después y q eso no me iba a llevar a nada bueno. Frases como "soy mas q una masa de quilos, soy una persona" "la perfección no existe pero si existe ser tu misma" "haz del cuerpo tu casa y no tu celda" "elegancia interior" y en el wc tenía una q ponía "este desagüe no te librara de tus problemas solo los empeorara". A parte de todo eso, cantaba a grito pelao música heavy o tocaba la guitarra o me iba al cine a ver películas subtituladas (porque suponen mas concentración) y así de paso me entretenía, o me iba de fiesta con mis amigas a bailar hasta el amanecer..."

□ **Definición de imagen corporal y sugerencias para sentirnos bien con nuestro propio cuerpo**

Se hace hincapié en que la imagen corporal es una representación mental influenciada y constituida por tres aspectos, uno relativo al comportamiento, otro a lo perceptual y uno último a lo cognitivo. De esta manera se propone cambiar ese constructo psicológico, con el objetivo de mejorar la autoestima y de esta forma abandonar las prácticas negativas de pérdida de peso.

En esta línea se proponen algunos ejercicios para sentirse mejor con el propio cuerpo, por ejemplo: cuando te mires al espejo, asegúrate de percibir que es lo que te gusta de tu apariencia y recuérdatelo, elogia a las personas por otras razones que no sean la apariencia física, rompe el hábito de comparar tu apariencia con la de los demás, etc.

□ **Definición de autoestima y trucos para reforzarla**

Aunque todo el mundo sabe qué es la autoestima, es importante describir la forma de pensar y comportarse de alguien que la tiene baja. Estas personas suelen necesitar la aprobación de los demás de forma desesperada, les cuesta tomar decisiones por miedo a equivocarse, etc. Se aclara de que manera una sana autoestima permite aceptarse a uno mismo tal y como es potenciando sus atributos y minimizando las debilidades. Una forma de reforzar la autoestima consiste en premiarse por los logros o aprender a decir "no".

□ **Definición de ideas irracionales sobre alimentación e imagen corporal y fórmulas de reestructuración**

Este apartado pretende enseñar a identificar patrones de pensamiento equivocados y tratar de reformularlos de forma más racional.

Racional quiere decir razonable, pensamiento lógico, acertado, realista, que aumenta la autoestima. Es la forma de pensar, sentir y actuar que ayuda a la supervivencia y felicidad humana.

Irracional quiere decir pensamiento catastrófico, absolutista, no acertado, auto derrotista e irreal. Es cualquier pensamiento, emoción o conducta que lleva a consecuencias auto destructivas que interfieren en forma significativa con la supervivencia y felicidad del individuo.

Por consiguiente, tenemos la capacidad de comportarnos racional o irracionalmente, pero solamente cuando actuamos y pensamos de manera racional, es cuando en verdad nos sentimos felices, efectivos y saludables emocionalmente.

Ejemplos de pensamientos irracionales sobre imagen corporal o alimentación son: "O peso lo que quiero o soy una gorda", "no tengo novio porque estoy obesa", "toda la comida engorda", "si como 100 grs de chocolate mañana pesaré 100 grs más que ayer".

Aunque un paso fundamental es identificar este tipo de pensamientos, el siguiente es cuestionarlos, rebatirlos y encontrar otros pensamientos alternativos más objetivos y realistas. Sin embargo para llegar a realizar esa operación es imprescindible la guía e instrucción de un especialista. La práctica mejora el resultado, pero tiene que ser una práctica revisada.

□ **Acciones para prevenir una recaída**

Se trata de una pequeña guía con sugerencias de acción, que cada uno debe revisar y elegir la/las que les resulte más útil. Por ejemplo: Evita hacer dieta, no dejes pasar más de 4 horas entre comidas, no te prives de ningún alimento, trata de ver si hay algo en tu vida que te molesta y comprueba si adelgazando realmente mejoraría tu situación, introduce una actividad agradable diariamente, etc.

Resulta muy útil tener estos recordatorios a mano en momentos críticos en los que la ansiedad no permite pensar con claridad, pero se insiste en que pedir cita de nuevo con su terapeuta, es fundamental.

□ **Reflexiones, cuentos**

Se trata de frases, poesías, cuentos, relatos, etc. que pretenden hacer reflexionar al que los lee. El objetivo es redirigir las fuerzas hacia el crecimiento personal, hacia la potenciación de valores más allá del culto al cuerpo, entre otros la amistad, la belleza interior, la generosidad, etc. Algunos de estos escritos son confeccionados por participantes, lo cual favorece la expresión de emociones y la creatividad. En otros casos se recogen los trabajos de escritores como Jorge Bucay, Pablo Neruda o Ralph Marston.

□ **Terapias que te ayudan**

Se comentan terapias que pretenden crear un estado mental de relajación y eliminar tensiones, como el yoga o el Tai chi, y otras que persiguen mejorar la relación con la figura corporal y aprender a disfrutar de la feminidad, como por ejemplo la biodanza o la danza del vientre.

□ **Evádate**

Espacio creado para desconectar, reírse y pasar un buen rato. Está constituido por humor gráfico y chistes.

□ **Modelos de perfección**

En esta sección se exponen artículos sobre la vida privada de modelos, deportistas profesionales, artistas, etc. Se trata de convertir a estas figuras idealizadas, en personas de carne y hueso, con problemas de mayor o menor gravedad como la adicción a las drogas, una historia de TCA, haber sido objeto de abuso sexual, o tener un cuerpo escultural gracias a retoques y horas de quirófano.

Es un apartado que invita a la reflexión y al desarrollo de un pensamiento crítico, donde se desmitifica la idea de que existe la perfección.

3. PERFIL DE LAS ADMINISTRADORAS / CREADORAS DE LAS PÁGINAS

No existe un perfil homogéneo, sino que las características de las personas que deciden crear este tipo de grupos son múltiples. Por lo general, se trata de chicas en torno a los 20 años de edad, con una historia de más de 2 años de enfermedad y que han decidido ponerse en tratamiento psicológico recientemente. También es habitual encontrar que la problemática que ellas presentan, ha evolucionado de un cuadro anoréxico a uno bulímico. Hay que mencionar, a su vez, otro tipo de administradoras, estudiantes o licenciadas en carreras humanitarias (psicología, trabajo social, etc.), que conocedoras de la existencia de páginas Pro, se deciden a crear otras enfocadas a la recuperación.

4. USUARIAS TIPO

Nos encontramos aquí también con una amplia variabilidad. La media de edad oscila entre los 13 y los 35 años, destacando las edades en torno a los 18-25 años. En todas ellas hay un denominador común: el sentimiento de soledad e incompreensión por parte de su entorno. El siguiente escrito lo demuestra:

*“Alguien sabe cómo me siento?
dudo que puedan saberlo
es algo tan difícil*

*que ni yo misma logro entenderlo.
Alguien sabe cómo me siento?
no creo que puedan saberlo
cómo puede ver alguien
lo que yo siento por dentro.
Alguien sabe cómo me siento?
dudo que puedan saberlo
no tiene importancia
ni yo misma la tengo.
Alguien sabe cómo me siento?
alguien podría saberlo?
alguien podría escuchar
mi grito en el desierto?.
Alguien sabe cómo me siento?
dudo que pueda saberlo
camino esperando avanzar
y constantemente tropiezo.
Alguien sabe cómo me siento?
no creo que puedan saberlo.
peleo con el fantasma
que vive en un espejo.
Alguien sabe cómo me siento?????
dudo que puedan saberlo!!.*

Las más pequeñas, suelen consultar preocupadas por sus comportamientos y necesitadas de una aclaración sobre si realmente están o no enfermas, normalmente alguna amiga les ha hablado de un posible diagnóstico. Por lo tanto, no han seguido aún ningún tipo de tratamiento y no existe conocimiento alguno de la problemática presente en la familia, condición que no quieren alterar por miedo al control posterior que las figuras paternas podrían ejercer. Por lo general han empezado a restringir sus comidas de forma radical (han llegado a estar más de tres días sin comer alimento alguno) y debido a ello, se ha producido algún episodio bulímico. A pesar de estar asustadas, tienen sentimientos "ilusorios" de control y manifiestan el deseo expreso de seguir bajando de peso.

El resto de las integrantes, suelen hablar de varios años de enfermedad, han seguido o siguen terapias psicológicas y/o psiquiátricas y en algunos casos han sido hospitalizadas. Sin embargo hay una minoría que lleva su enfermedad en la más estricta intimidad, sin que prácticamente nadie sepa de la existencia de la misma.

En los casos en los que las participantes han seguido o siguen terapias profesionales, se quejan de su ineffectividad y de la falta de adhesión al tratamiento.

En otro porcentaje de casos, las usuarias se lamentan de la falta de apoyo familiar, o bien del miedo a dar de nuevo la voz de alarma y decepcionar a aquellos que creen que está recuperada. No saben dónde, ni a quién pedir ayuda.

Muchas de ellas han evolucionado de una fase inicial de restricción y control de la alimentación, a una fase de episodios de ingesta compulsiva y a un aumento significativo de peso. En ciertos casos, la imposición médica de recuperación de peso, ha favorecido que se alcanzara a través de atracones.

Existe un sentimiento de indefensión muy fuerte, ya que los tips que utilizaron en un pasado para adelgazar, ya no les son efectivos y todo lo que hacen para perder peso, provoca los efectos contrarios.

Una minoría, tiene infrapeso y comportamientos puramente anoréxicos, el motivo de su participación en el grupo es no recaer y volver o acabar hospitalizada.

Los comportamientos auto-lesivos también se comentan, así como los intentos anteriores de suicidio y el deseo expreso de acabar con todo. Los síntomas depresivos acompañan a casi todas las participantes.

A su vez participan amigos y familiares de personas con TCA, en este caso buscan entender más en profundidad la manera de pensar de sus seres queridos y aprender la forma de ayudarlas o de acercarse a ellas si ser rechazados. Por lo general suelen ser bien recibidos en el grupo.

Los motivos por los cuales desean unirse al grupo son los siguientes:

- Sentirse comprendidas y apoyadas.
- Poder apoyar a otras personas.
- Saber si tienen o no un problema de alimentación.
- Obtener ayuda, alternativa a la que han estado recibiendo hasta ahora, o la primera.
- Adelgazar.
- Controlar los atracones y el vómito.
- No caer en un TCA.
- No recaer si el problema ya estaba superado.
- Ayudar a un familiar/amig@ con TCA.

5. CONTENIDOS DE SUS MENSAJES

La sección de foro, dedicada a intercambiar mensajes de texto, se subdivide en varios apartados: general, presentación, ¿qué quieres saber?, noticias de prensa, entre otros.

En el apartado **General**, es donde se crean un mayor número de discusiones. Estas suelen versar sobre diferentes temáticas:

- Experiencias personales que les preocupen y que estén indirecta o directamente relacionadas con su problema de alimentación: dificultades académicas, problemas sentimentales, entrevistas de trabajo, discusiones familiares o con amigas, recepción de críticas o comentarios despectivos sobre su imagen corporal, etc. Por lo general existe una tendencia a culparse de todos sus problemas, haciéndose responsables al 100% de los mismos y achacándolos a su peso y su físico.
- Episodios de atracón y miedo a poner en marcha la conducta de vómito. Utilizan al grupo como actividad incompatible con su práctica. Y como forma de contención.
- Sucesos que les han llevado directamente a atracarse, a agredirse y a vomitar. Por lo general necesitan sentir que su comportamiento no es algo extraño y que no es censurado.
- Inicio de una terapia, aspectos relativos a los avances, tareas para casa, etc. relacionadas con la intervención profesional.
- Incapacidad para comer o dificultad para no vomitar tras comer cualquier alimento.
- Decisión de abandonar el grupo, porque necesitan adelgazar y se sienten hipócritas al estar ayudando a otras personas, cuando ellas mismas frecuentan páginas Pro, o llevan a cabo comportamientos anoréxicos o bulímicos. En algunos casos esta decisión pretende funcionar como una manera de llamar la atención, como una forma de sentir que el grupo reclama su presencia y que es una persona importante y útil para el resto.
- Viajes, vacaciones o experiencias positivas, que quieren también compartir con el grupo. El grado de "enganche" que tienen con este tipo de

páginas, a veces les obliga a buscar un ciber café y conectarse, aún estando de vacaciones o fuera de casa.

En el apartado **Presentación**, las participantes exponen sus testimonios, su historia, su biografía, de forma esquemática, pero cargada de mucha emotividad. Con ello obtienen la llave que les permitirá formar parte del grupo y empezar a escribir en el apartado General.

En el apartado **¿Qué quieres saber?**, las participantes plantean preguntas relativas a síntomas y manifestaciones médicas. Por ejemplo: ¿Hay alguna manera de evitar la bajada de potasio, producida por el uso repetido del vómito?, o ¿hay algún detonante que te avise de la inminencia de una hemorragia esofágica?, o ¿por qué se me ha retirado la menstruación si no tengo infrapeso?, etc. Preguntas que reciben contestaciones vagas, incompletas y erróneas.

Por último en la sección de **Noticias de prensa**, se pretende que las usuarias comenten de forma crítica artículos sobre temas relativos a la anorexia y la bulimia. Se trata de noticias concernientes al mundo de la medicina, la psicología, la moda, la alimentación, etc. Pero por lo general, la participación suele ser mínima.

6. TIPO DE RESPUESTAS A SUS MENSAJES

Las contestaciones que se escriben en el grupo suelen estar cargadas de cariño, afecto y comprensión. Las personas más veteranas, con un mayor auto conocimiento y con el aprendizaje obtenido gracias a las terapias recibidas, suelen dar respuestas que demuestran empatía, incitan a la reflexión y a continuar luchando por salir del trastorno y ofrecen soluciones concretas.

Sin embargo hay otras participaciones más humildes y que únicamente recuerdan a la persona que escribe, que se sienten identificada con ella y que están ahí.

Llaman la atención determinadas relaciones que se establecen entre algunas participantes, gracias a ellas encuentran el sentido de la vida o de la lucha. Todo ello cuando apenas se conocen y quizás nunca se hayan visto en la vida real:

“Perdonadme por no haber sabido estar a la altura, perdonadme por no haber dado algo más para ayudaros y abriros los ojos. Por

que, igual se me escapo algo que pude haberos dado para que dieseis el paso para que salieseis adelante.

Me siento mal, muy triste, por que sé que no sois felices, por que sin vosotras algo me falta, ¿por qué me miento al intentar ser feliz, cuando no lo soy si no veo que lucháis conmigo?. Por que me engaño? Me falta muchas cosas, entre ellas, vuestra felicidad. Me da igual mover el mundo, me da igual mover mi sangre y hacerle cambiar de dirección, me da igual desbordar el vaso, de mi dolor de mi paciencia, de mi esperanza, PERO ME NIEGO A NO HACER NADA. yo no soy así, yo nunca me quedo mirando y esta vez, no va a ser distinto. Si no estas, yo no soy”.

Por lo general hay una recomendación constante y consensuada, y es acudir a un especialista. Cuando una persona escribe un mensaje exponiendo su malestar y el grupo tiene constancia de que no tienen ningún apoyo profesional, los mensajes de respuesta animan e instigan a pedir este tipo de ayuda.

7. CONCLUSIONES

Las páginas de recuperación ofrecen la posibilidad de expresión de emociones, aspecto inhibido en las personas que padecen un TCA, así como el desarrollo de la creatividad. Permiten a las participantes encontrar un lugar de identificación donde no hay censuras ante su comportamiento. Invitan a la creación de lazos emocionales y al desarrollo de nuevas relaciones sociales. Potencian valores y aspectos relacionados con la amistad, la humildad, el compañerismo, etc. Destierran falsas ideas y aportan información en torno a los TCA. Hay que resaltar las aportaciones que cada una de ellas realiza sobre métodos o estrategias para superar el problema, experiencias de gran utilidad para el resto del grupo. Existe una tendencia a motivar para seguir un tratamiento profesional, y en algunos casos el grupo ejerce como trampolín hacia la recuperación.

Sin embargo, en este tipo de páginas no existe una figura especialista que pueda contestar con precisión muchas de las dudas y preguntas en torno a aspectos psicológicos y físicos, que las participantes plantean. Para muchas de ellas, el grupo se convierte en el único apoyo social, generando una gran dependencia hacia estas páginas y aumentando sus dificultades reales para relacionarse correctamente. El hecho de que no exista censura ante sus comportamientos anómalos y que la mayoría de las usuarias aseguren

haberlos manifestado o manifestarlos en el presente, los normaliza, restándoles importancia en el grupo. La participación diaria en el mismo, hace que exista una focalización sobre el problema y puede aumentar la obsesividad ya presenten. Muchas de las participantes no han tomado la decisión de recuperarse, son conscientes de que tienen un problema, pero no están seguras de querer superarlo, lo que no favorece la recuperación del resto del grupo. Tampoco hay una figura modélica que funcione de guía, ya que todas las personas integrantes del grupo, a excepción de algunas administradoras, están enfermas. Además existe una gran rotación y participación intermitente. El hecho de que algunas chicas estén por debajo de su peso y otras tengan sobrepeso, ponen a estas últimas en un estado de competición y de sentimiento de vergüenza, que no es tampoco beneficioso.

PREVENCIÓN Y MATERIALES

1. CAMPAÑA “ERES MAS QUE UNA IMAGEN”

Tras un año de trabajo recabando nueva información, atendiendo a más de 200 niñas y adolescentes, cerrando docenas de páginas pro-anorexia y pro-bulimia, etc, PROTEGELES plantea y pone en marcha una segunda fase de elaboración y desarrollo de nuevos materiales preventivos, y el lanzamiento de una II Campaña de Prevención de la anorexia y la bulimia en internet, bajo el título: TU ERES MAS QUE UNA IMAGEN.

Esta Campaña se plantea a partir de la elaboración y lanzamiento de la web: www.masqueunaimagen.com , con el objetivo de llegar a un mayor número de niñas y adolescentes, así como a padres y educadores. Así mismo, se impartirán conferencias a profesores y orientadores, se desarrollarán materiales para las menores en forma de cómic y se pondrá en marcha un Primer Congreso sobre el tema.

1.1. Información para las afectadas

En la página web se ofrece información a las menores afectadas, de tal forma que puedan determinar ellas mismas la posibilidad de estar desarrollando un problema y la necesidad de pedir ayuda, a partir de la identificación con dos modelos estereotipados. El contenido de esta zona de la web se desarrolla a partir de las siguientes secciones:

1.1.1. Introducción

“Me levanto cada día buscando sentirme mejor conmigo misma, cuando llega la noche y recapitulo, sólo hay una cosa que me permite sentir por un instante satisfacción: peso unos gramos menos que ayer....¿dónde quedaron el resto de mis inquietudes?, ¿qué estoy haciendo con mi vida?, ¿qué soy yo, aparte de mi imagen?, ¿dónde está todo el mundo?...”

1.1.2. Cómo saber si tienes un problema

ANOREXIA:

“Desde hace algún tiempo no te sientes a gusto con tu cuerpo, has pensado que si adelgazaras te encontrarías mucho mejor contigo misma y el

resto de las cosas irían mejor. Empezaste eliminando de tu alimentación el pan, los dulces, los postres caseros..., hasta llegar a comer a penas un plato de verduras, un yogur o una fruta. Has llegado a tomar laxantes, has realizado ejercicio físico excesivo o incluso has vomitado en alguna ocasión. A pesar de estar adelgazando y que la ropa te quede grande, te sigues viendo mal, desearías continuar perdiendo peso. No comprendes porqué la gente de tu alrededor está preocupada. La idea de engordar te atemoriza, asocias la delgadez con la felicidad o con el éxito social y personal. Últimamente has notado que la menstruación se te ha retirado”.

Si te has sentido identificada con el párrafo anterior, es posible que tengas un trastorno de la conducta alimentaria que se denomina “anorexia nerviosa”.

La anorexia nerviosa se caracteriza por una pérdida de peso significativa, que es producto de una decisión voluntaria. Para conseguir este objetivo se recurre a una dieta estricta y/o al uso de purgas. A pesar de que la persona está adelgazando, siente un miedo intenso a engordar. Distorsiona las medidas de determinadas partes de su cuerpo. Su autoevaluación está influenciada por su peso. Presenta amenorrea, retirada de la menstruación. En los varones puede aparecer una disminución del deseo y/o de la potencia sexual.

BULIMIA:

“No te gusta tu cuerpo, desearías pesar menos y has decidido ponerte a dieta. Intentas cumplirla pero te ves incapaz. Todas las semanas sientes un ansia irrefrenable por comer y lo haces de forma descontrolada, cuando empiezas tienes la sensación de que no puedes parar. Normalmente durante esos episodios ingieres los alimentos hipercalóricos que te prohibes comer en tu dieta. Cuando terminas te sientes hinchada, te duele el estómago y sobre todo no puedes parar de pensar en la posibilidad de engordar. Para evitar lo que temes, te provocas el vómito, o haces ejercicio físico extenuante, o decides ayunar... Piensas que si no estás delgada, eres menos valiosa como persona”.

Si te has sentido identificada con el párrafo anterior, es posible que tengas un trastorno de la conducta alimentaria que se conoce como “bulimia nerviosa”.

La bulimia nerviosa es otro trastorno de la conducta alimentaria definido por la presencia de episodios de sobre ingesta compulsiva y descontrolada, durante los cuales se eligen alimentos altos en calorías y se consumen en un espacio muy corto de tiempo. Para evitar la ganancia de peso o compensar lo ingerido, la persona pone en marcha conductas compensatorias, como el vómito auto inducido. Estos episodios aparecen como media 2 veces por semana, desde hace 3 meses. La autoevaluación que hace la persona de sí misma se ve afectada por la silueta corporal.

1.1.3. El problema de Ana

“Ana estudia primero de Bachillerato y desde que comenzó el curso escolar ha perdido mucho peso. Es una chica disciplinada y se levanta una hora antes cada día para acudir al gimnasio con su padre, antes de ir al instituto. Destaca en su clase por sus altas calificaciones. Es responsable y obediente. Su madre cuida su alimentación y acude a diferentes tratamientos estéticos. Su padre es una persona exigente con su familia.

Hace unas semanas recibieron una llamada del instituto, puesto que en clase de educación física, Ana sufrió una bajada de tensión y se desmayó. Su tutora asegura que últimamente su rendimiento ha disminuido y que se ha aislado mucho de sus compañeras.

A la hora de las comidas Ana parte en pequeños trozos lo que le sirven, para luego esparcirlos por el plato y comer a penas dos o tres. Se queja de que no tiene hambre, o de que lo que le ponen en el plato es mucho. Su madre le ha encontrado restos de comida en bolsillos de su ropa. No se puede estar quieta y realiza movimientos con las piernas sin ninguna finalidad.

Todo empezó cuando sus padres decidieron mandarla el verano pasado a Reino Unido. Allí, debido a su mala alimentación, aumentó 6 kilos de peso. Al volver a España, en clase, varios compañeros le dirigieron comentarios negativos sobre su aspecto. Ana estuvo llorando durante varios días, nada parecía consolarle, hasta que decidió poner remedio a esa situación. Su madre no le puso inconvenientes a la hora de iniciar una dieta, le recomendó una de las muchas que ella había seguido y en dos meses su peso descendió significativamente. Entonces sus amigas empezaron a decirle lo guapa y delgada que estaba, incluso un chico se interesó por ella, y Ana se sintió profundamente recompensada. Pero al mismo tiempo surgió la idea de seguir

perdiendo peso para estar aún más atractiva y el miedo a defraudar a toda esa gente que empezaba a creer en ella.

En este momento a Ana se le ha retirado la menstruación, está sumamente irritable, evita salir de casa, tiene un miedo horrible a ganar peso y cuenta de forma obsesiva las calorías de todo lo que come, aún estando muy delgada, se ve gorda, se le cae el pelo y está siempre cansada.

En su cabeza hay un sólo objetivo: perder peso, aún a costa de su salud.. Ella siente que al menos ha conseguido algo en la vida: está delgada, si deja de estarlo, ¿qué le quedaría?."

1.1.4. El problema de Mónica

"Mónica está desconcertada. Se propone cada día hacer una dieta y perder los 10 kilos que asegura que le sobran, sin embargo es incapaz de conseguirlo. Su peso oscila , a veces pierde un par de kilos, para a la semana recuperar esos dos y alguno más. Su madre se ha dado cuenta de que en los armarios desaparece la comida, las galletas, el chocolate y la bollería a penas duran un par de días. Sin embargo no sabe qué pensar, puesto que su hija está a dieta y no come esas cosas. Mónica es hija de padres separados y su madre por cuestiones de trabajo, no llega a casa hasta bien entrada la tarde.

Durante su infancia, Mónica fue una chica delgada, pero cuando alcanzó la menarquía su cuerpo cambió y engordó de peso. Desde entonces empezó a luchar contra la báscula, a ir de un endocrino a otro buscando la forma de perder peso rápidamente y sin sacrificio.

Hace unos meses una compañera de facultad le confesó que después de las comidas, a veces, vomitaba. Ella estaba muy delgada y a Mónica le pareció una fantástica idea, así podría comer lo que quisiera y bajar de peso. Decidió seguir con su dieta y de vez en cuando comer bollos y chucherías, para a continuación vomitarlos.

Lamentablemente, la ansiedad no tardó en aparecer y el ansia por comer empezó a controlar su vida. Los atracones se hacían más frecuentes y aunque vomitaba, su peso no descendía, por lo que Mónica ponía en marcha dietas más y más hipocalóricas, que hacían que el hambre y la obsesión por comer la desbordaran.

Mónica ha llegado a vomitar hasta 5 veces en un mismo día, a pesar de observar que estaba sangrando cuando lo hacía, o que su garganta estaba muy irritada y se mareaba con mucha facilidad. El dentista le ha dicho que tiene 6 caries más que el año pasado.

Cuando discute con alguien, está aburrida, o en época de exámenes, lo primero que piensa es en comer para después vomitarlo, es la única forma que conoce para eliminar sus estados emocionales negativos. Ha desarrollado un miedo exagerado hacia la comida, hay muy pocos alimentos con los que se siente segura.

Mónica se odia, a veces incluso se ha llegado a lastimar. Oculta sus cicatrices con camisetas de manga larga, aún en pleno verano. Sólo conocen su problema su novio y una amiga íntima. Mónica cree que su único problema es que está obesa y que a los médicos deben ir las personas que están esqueléticas, no ella.”.

1.1.5. ¿Qué debes hacer si tienes un problema?

Este tipo de problemas no desaparecen espontáneamente, es siempre necesaria la intervención profesional. En el tratamiento hay dos especialistas que deben participar para conseguir que el resultado sea adecuado: el endocrino y el psicólogo. En algunos casos se hará necesaria la colaboración de otros: psiquiatras, médicos de familia o pediatras, ginecólogos y dentistas.

El pronóstico de recuperación empeora con el paso del tiempo, siendo más efectiva la terapia cuanto menos haya evolucionado el problema.

1.1.6. ¿Dónde acudir a pedir ayuda?

Dentro de la sanidad pública, los profesionales de referencia son el médico de atención primaria o el pediatra. Ambos deben valorar el caso, hacer un diagnóstico preciso del trastorno y recomendar al paciente un tratamiento específico. En función de la gravedad del caso se le derivará a Salud Mental o se planteará la hospitalización, que se puede realizar en un hospital de día o en un hospital general. En aquellos casos en los que la persona se encuentre en una situación crítica, la indicación más oportuna es acudir al servicio de urgencias del hospital que le corresponda.

Dentro de la sanidad privada, están las Asociaciones de lucha contra este tipo de trastornos y los psicólogos privados especializados, para obtener información sobre estos últimos contamos con los Colegios Oficiales de Psicólogos de cada ciudad.

Hoy en día, la investigación ha puesto de manifiesto que el enfoque terapéutico más idóneo y eficaz para intervenir con este tipo de pacientes, es el cognitivo-conductual. Dicho modelo se caracteriza por la eliminación de los comportamientos alimentarios alterados, las prácticas purgativas, las conductas de reaseguración, de evitación social y de su propio cuerpo, así como por la modificación de pensamientos, expectativas o actitudes relativas a la comida y la imagen corporal. En una segunda fase puede incidirse sobre otras variables como la baja autoestima, el perfeccionismo, la impulsividad o el déficit de habilidades sociales.

Sin embargo existen otros modelos de intervención, como el psicodinámico, el interpersonal o el sistémico que se pueden considerar una combinación adicional al cognitivo-conductual o como última elección cuando el tratamiento anterior no ha dado los resultados esperados.

1.1.7. ¿Qué te ofrecemos desde PROTEGELES?

Un asesoramiento personal y gratuito, llevado a cabo por psicólogos especializados en Trastornos de la Conducta Alimentaria. Ofrecemos una primera atención, que puede consistir en dar orientación sobre recursos profesionales, en aclarar dudas o ampliar información y en eliminar resistencias a la hora de acudir a un profesional. Nuestra función es de contención, apoyo, motivación e información, pero recuerda que el tratamiento profesional “presencial” (ir al médico) es insustituible y necesario.

Si necesitas nuestra ayuda puedes dirigirte directamente a nosotros a través del correo electrónico: contacto@protegeles.com

1.1.8. DIRECCIONES DE INTERÉS

En la web se facilita un listado con la localización de las principales asociaciones y organizaciones a las que dirigirse.

1.2. Información para los padres

En la página web se ofrece también información para los padres y madres, con el objetivo de facilitar la detección y el acercamiento.

El contenido de esta zona de la web se desarrolla a partir de las siguientes secciones:

1.2.1. Cómo detectar el trastorno alimentario

Debemos estar atentos a las siguientes situaciones:

- La menor (90% de chicas) intenta comer cada vez menos o saltarse algunas comidas con excusas.
- Se queja con frecuencia de su imagen corporal y se describe como "gorda".
- Tendencia al autodesprecio y baja autoestima.
- Comienza a desarrollar rituales: corta la comida en trozos pequeños, los "marea" por el plato, come despacio y al final siempre dice que está "llena".
- Come mucho a escondidas (en bulímicas)
- Siempre va al baño después de las comidas (en bulímicas)
- Especial atención ante las bailarinas, gimnastas, atletas, deportistas y modelos.
- Comienza a comprar productos para adelgazar, laxantes...
- Se aprecia debilidad física.
- Su estado de ánimo se vuelve irregular y tiende a volverse irritable.
- Se retrasa o retira la menstruación.

1.2.2. Qué hacer cuando se ha descubierto

La anorexia y la bulimia nerviosas son dos trastornos mentales con serias repercusiones físicas, y es muy difícil que la familia sola pueda afrontar el problema.

- Acuda al médico de atención primaria o, en su caso, al pediatra, para que éste le derive al especialista, le diagnostique y le prescriba el tratamiento adecuado.
- Póngase en contacto con alguna asociación de afectados y familiares, para recibir más información, asesoramiento familiar y apoyo.
(Direcciones de Asociaciones)

1.2.3. Prevención desde la familia

- Preste especial atención a la alimentación de sus hijos.
- Intente no recurrir a la comida rápida, la bollería industrial y las golosinas. Este tipo de alimentos deben conformar en todo caso la excepción, no la regla general.

- Valore a sus hijos sin tener en cuenta su peso. Si es necesario modificar su alimentación hágalo, pero evite las observaciones negativas respecto a un posible exceso.
- Refuerce la autoestima de sus hijos. Hágales sentir bien y motivo de satisfacción para su entorno. No centre sus reconocimientos en las cuestiones físicas.
- Ayúdeles a desarrollar su sentido crítico respecto a la moda de la delgadez en la publicidad, donde suele identificarse siempre con el éxito.

1.2.4. Signos de identificación pro-ANA y pro-MIA

Las adolescentes que crean estas páginas han desarrollado dos formas de identificación:

- a) El lazo blanco.- Muchas de ellas colocan un lazo blanco virtual en las páginas que confeccionan, o lo pegan en sus carpetas, como símbolo reivindicativo de su "estilo de vida" o como forma de reconocerse.
- b) Las pulseras.- Las jóvenes pro-ANA se colocan una pulsera o cordón rojo en la muñeca izquierda, en ocasiones adornado con unas cuentas o piedrecitas rojas y, las pro-MIA, hacen lo propio pero utilizando el color morado. De esta forma pueden reconocerse unas a otras en cualquier sitio: una hamburguesería, la cola de un cine, un pub o en la playa o la piscina. En caso de duda se plantean señalarse disimuladamente la pulsera para ver si la otra hace lo mismo, en cuyo caso ya no queda lugar a dudas.

1.3. Información para profesores y orientadores

En la página web se ofrece también información para los profesores y orientadores de centros escolares, con el objetivo de facilitar la detección y el acercamiento.

El contenido de esta zona de la web se desarrolla a partir de las siguientes secciones:

1.3.1. Señales de alarma en el aula

En cuanto al aspecto físico:

- La adolescente puede llevar ropas anchas o jerseys atados al trasero.
- Evita ponerse ropa ajustada y mostrar partes de su cuerpo cuando eso es lo esperable en las circunstancias y estación del año (clase de gimnasia, verano...). Además hace constantes comentarios despectivos respecto a su cuerpo.
- En el caso de la **anorexia**: Hay una reducción de peso significativa en poco tiempo. Si está en edad prepuberal no está creciendo al ritmo esperable o parece que su crecimiento se ha frenado. Aspecto marchito y expresión de tristeza. Puede llevar una pulsera de cuentas de color rojo.
- En el caso de la **bulimia**: No hay variaciones importantes de peso en la mayoría de los casos, en un porcentaje mínimo puede haber sobrepeso o infrapeso. Pueden presentar el síndrome de Russell (heridas o callosidades en los nudillos producidos por el vómito). Puede llevar una pulsera de cuentas de color morado.

En cuanto al rendimiento en las clases:

- Suele perder la atención en clase y parece "ensimismada".
- Se observa que está más cansada que de costumbre, indica que se marea, o incluso alguna vez se ha desmayado.
- En el caso de la **anorexia**: Excesiva preocupación por los estudios, independientemente de los resultados obtenidos. Su nivel de auto exigencia no le permite disfrutar de sus logros. Al principio mejoran las calificaciones en casi todas las áreas. Según avanza la enfermedad las dificultades de concentración y de aprendizaje hacen que no pueda seguir adecuadamente las clases. La asignatura de ejercicio físico se convierte en irrenunciable, esforzándose al máximo en su realización.
- En el caso de la **bulimia**: Suelen tener malas calificaciones desde el primer momento de la enfermedad y estas se irán acentuando según evolucione la patología. Sin embargo se pueden dar casos que evolucionen como la anorexia nerviosa. Manifiesta un comportamiento marcadamente más desorganizado y despreocupado del que solía tener.

En cuanto al comportamiento en el comedor:

- Puede saltarse la hora de la comida y quedarse en el recreo.
- Muestra signos claros de tensión durante las comidas.
- Se queja de que es demasiada comida o demasiada rica en calorías.
- En el caso de la **anorexia**: Presenta comportamientos extraños en relación a la comida: esconder o desmenuzar obsesivamente los alimentos. Suele tardar mucho tiempo en comer.

- En el caso de la **bulimia**: Come menos de lo habitual (los atracones se dan en privado).

En cuanto al comportamiento en el recreo:

- En un primer momento pueden conversar frecuentemente sobre quién es la más delgada de la clase, sobre dietas o las formas del cuerpo ideal.
- Se observa que ha sustituido de forma sistemática el bocadillo de media mañana por una fruta.
- Con el fin de quemar calorías pueden realizar movimientos repetitivos sin finalidad, dar paseos sin detenerse, no sentarse....
- En el caso de la **anorexia**: Si es purgativa podrá buscar un baño después de comer para intentar vomitar. Poco a poco se introducen en un progresivo aislamiento de los compañeros/as, con apariencia infeliz, decaída y con pérdida de interés por las actividades en las que participa.
- En el caso de la **bulimia**: Pueden continuar comiendo alimentos altos en calorías, dulces, chucherías, etc., si cuentan con la posibilidad de vomitar después. Pueden abusar del tabaco o de algún otro tipo de droga. En un primer momento conservarán sus amistades y parecerán bien relacionadas, pero poco a poco serán las amigas las que les darán de lado por sus conductas "inestables".

1.3.2. ¿Qué hacer ante la sospecha de un caso de anorexia o bulimia en el aula?

- En primer lugar compartir nuestras dudas con otros profesores de la alumna para contrastar nuestra impresión.
- Si nuestras dudas se confirman, y con el objetivo de valorar la gravedad del problema, el orientador del centro, junto con el tutor o el profesor que tenga más afinidad con ella, deberían reunirse.
- La persona que mantenga una mejor relación con la alumna, será el responsable de hablar con ella. Durante el encuentro, sería deseable hacerle ver que nos hemos dado cuenta de que está más triste, más aislada, etc. y que notamos que algo le pasa. Si ella confía en nosotros, no tardará en contarnos su historia. Nos interesa convencerla para que cuente el problema a sus padres.
- Si conseguimos nuestro objetivo, es importante que nos pongamos en contacto con los padres de la alumna, a posteriori, para coordinarnos con ellos.
- Si la joven no se atreve a hablar con sus padres, dicho profesor puede ofrecerse para hacerlo en su nombre.

- En el caso de que plantee resistencias, es imprescindible hacerle ver que su problema es serio, que no puede solucionarlo por sí misma y que necesita ayuda. Aún en contra de su voluntad, el tutor tendría que hablar con sus padres y explicarles la situación.
- El profesor no puede olvidarse que este tipo de problemas deben resolverse fuera del ámbito escolar y que el caso se debe derivar al organismo correspondiente de la Sanidad Pública.
- Si los padres rehusan hablar con el tutor, éste puede intentar consultar el tema con algún especialista. Cerca del centro educativo tiene que existir un Centro de salud, con médicos de familia o pediatras, y un centro de Salud Mental, con psicólogos y psiquiatras.

1.3.3. ¿Cómo actuar en el aula si tenemos un alumno con anorexia o bulimia?

- ◆ No es conveniente que el resto de los compañeros conozcan el diagnóstico del alumno, pero si es algo que se sabe, puede ser interesante abordarlo de forma natural, incidiendo en lo que se espera de ellos para ayudar al alumno afectado.
- ◆ La mejor recomendación es tratar a la alumna como una persona "normal", evitando sacar temas de conversación relativos al peso, imagen, alimentación, etc.
- ◆ Tratar de acogerla con cariño, evitando su aislamiento, es otro aspecto a considerar.
- ◆ Desde el punto de vista académico es importante permitirle una cierta flexibilidad, para que pueda recuperar exámenes, asistir a sus revisiones médicas, etc.

1.3.4. Trabajo motivacional con los padres y cómo transmitir la información

- Es importante transmitir la información a los padres a lo largo de varias entrevistas, evitando exponer el problema de una forma directa y rotunda. La reacción esperable ante esto será la negación y la actitud defensiva.
- Nunca afirmaremos un diagnóstico clínico, ese tipo de cuestiones son competencia de los especialistas.
- El encuentro debería efectuarse en un ambiente cordial, empático y resolutivo. Evitando buscar culpables y usando un tono de voz relajado y que transmita confianza.

- Es recomendable hablar de los comportamientos de su hija de forma específica y concreta, haciendo alusión a comentarios o conductas observables, no a generalizaciones o inferencias, ni a comportamientos que ocurrieron en el pasado.
- Es fundamental contrastar nuestra información con la que ellos tengan, haciéndoles participes en todo momento.
- Debemos utilizar la primera persona a la hora de exponer nuestros puntos de vista: "Yo creo, yo considero", siempre dando opciones de solución, aportando ideas o sugerencias.
- Con el objetivo de que los padres entiendan más sobre el problema, podemos sugerirles que observen a su hija durante un tiempo razonable, para a continuación, reunirse y compartir la información.
- Para finalizar sería recomendable aconsejar a los padres bibliografía de interés sobre el tema y la visita a un especialista, quien podrá efectuar una evaluación clínica concisa, aclarar las dudas que existan y plantear la intervención que el caso requiera.

1.3.5. Prevención primaria desde los centros educativos

- Es interesante desde el nivel educativo, que se trate de estimular la imaginación y la creatividad, que se potencien otros modelos de referencia alternativos a los que la sociedad promueve. Por ejemplo, mediante la inclusión de talleres de ocio y tiempo libre como parte de la enseñanza reglada, o la lectura de biografías de personajes históricos.
- Utilizar técnicas de role-playing, es un muchas ocasiones un sistema eficaz para empatizar y ponerse en el lugar de la persona hacia la que se tiene una actitud negativa, en este caso, alguien con sobrepeso.
- Puede ser de utilidad llevar a cabo en cada centro educativo un screening o cribado, a través de un instrumento adecuado, con el objetivo de detectar posibles casos subclínicos.
- Se recomienda poner en marcha campañas dirigidas al conocimiento de las características propias de la mujer, en cuanto a constitución y porcentaje de grasa corporal diferencial en relación con el hombre.
- La identificación de conductas de dieta y la modificación de las mismas en los grupos de población vulnerable, es fundamental y se puede realizar a través de programas educativos y de información.
- La figura del nutricionista se hace cada día más necesaria en los Centros educativos de toda clase. Los hábitos sanos, en cuanto a alimentación se refiere, son adquiridos por aprendizaje.

- Desde el comedor se deben educar los gustos alimentarios, el paladar tiene que ser acostumbrado a una variada gama de gustos si queremos que esté preparado en el futuro para la adopción de una dieta equilibrada.
- Romper la asociación entre ejercicio físico y pérdida de peso. Utilizar la asignatura de Educación Física como lugar de relevancia a la hora de detectar estos problemas y para educar, incidiendo en las consecuencias adversas del ejercicio físico excesivo y por el contrario de los efectos saludables y beneficiosos de su práctica moderada.
- Enseñarles a identificar los elementos manipuladores de la publicidad y a desarrollar un sentido crítico hacia la presión social.
- Por último, enseñar habilidades específicas para ayudar a los adolescentes a aceptarse a sí mismos y tener una alta autoestima. Entrenarles en habilidades sociales, haciendo hincapié en el estilo de comunicación asertivo y enseñarles estrategias de solución de problemas, para hacerles más independientes y que tengan mayor garantía de éxito en su toma de decisiones.

1.3.6. Conferencias para profesores y orientadores de colegios

PROTEGELES está impartiendo charlas y conferencias para profesores y orientadores en colegios, con el objetivo de informar a los educadores sobre el problema, enseñarles a identificar correctamente alumnos con dichos trastornos, saber cómo dirigirse a los y como comunicarlo a los padres. Dichas charlas pueden solicitarse escribiendo a contacto@protegeles.com o por teléfono en el número: 91 7400019.

1.4. Información para ayudar a una amiga

En la página web se ofrece también información para aquellas jóvenes y adolescentes que se dirigen a PROTEGELES en busca de ayuda y orientación para hablar sobre el problema con alguna amiga que, a su entender, padece un trastorno de la conducta alimentaria.

El contenido de esta zona de la web se desarrolla a partir de 10 consejos o pasos a seguir:

1. No te frustres si no reconoce tener un problema y rechaza la ayuda profesional, trata de hablar con alguien de su entorno cercano (hermanos mayores, padres, profesores...) y da la voz de alarma, no esperes a que ella acceda a ponerse bajo tratamiento.

2. Trata de obtener información sobre este tipo de trastornos, en qué consisten, dónde acudir, cómo tratarla, etc.. Cuantos más datos tengas menos indefensa te verás y más podrás ayudarla.
3. Evita dirigirle comentarios sobre su aspecto físico, tales como : "Cada día estás más delgada", "Te estás quedando en los huesos",... conseguirás que su comportamiento de pérdida de peso se vea reforzado y aumentarás su preocupación por el físico.
4. Elude hablar con ella de dietas, de calorías, de personas del entorno que hayan engordado o adelgazado.
5. Interésate por otras áreas de su vida, ajenas a la alimentación y su imagen, como los estudios, el trabajo, la familia, la pareja....
6. Debido a su baja autoestima y a su sentimiento de inferioridad, es importante que le recuerdes lo importante que es ella para ti y lo orgullosa que estás de que sea tu amiga.
7. Trata de alabar todas las áreas de su persona ajenas al peso y la imagen. Hazle entender que una persona no es únicamente un peso o una talla, es un conjunto de atributos y debilidades.
8. Si comes con ella, no prestes atención sobre lo que come, cómo come o la comida en sí, trata de sacar temas amenos de conversación. No le recomiendes lo que debería comer, o lo que no, son los especialistas los que deben tomar esas decisiones.
9. Aunque no quiera relacionarse, intenta integrarla en los grupos, llamarla y no favorecer su aislamiento.
10. El tratamiento es largo en el tiempo y la recuperación no es lineal, no esperes resultados a corto plazo, cuenta con períodos de estancamiento y de retroceso.

2. MATERIALES

Consideramos importante también editar material en formato papel, para que el mensaje llegue incluso a los menores que no utilizan con tanta frecuencia internet y también, a aquellos que a pesar de utilizarlo siguen prefiriendo recibir las informaciones en un formato "palpable".

Editamos por tanto un material en forma de cómic, más cercano al lenguaje y formato preferido por los menores.

3. CIERRE DE PAGINAS PRO-ANOREXIA Y PRO-BULIMIA

Desde la puesta en marcha de la I Campaña contra la Anorexia y la Bulimia en Internet, lanzada en junio de 2004, PROTEGELES ha localizado, denunciado y logrado el cierre de cientos de páginas pro-anorexia en Internet. Esta medida resulta crucial en la lucha contra este tipo de contenidos, y el cierre de dichas páginas lleva a muchas menores a perder el contacto con los grupos pro-anorexia y acercarse a los grupos de recuperación.

En los primeros cuatro meses de 2005 han sido localizados 250 grupos pro-anorexia y pro-bulimia. Los enunciamos a continuación:

<http://groups.msn.com/anamiadiosasyprincesas>

<http://groups.msn.com/anamiadiosasyprincesas2>

<http://groups.msn.com/is%2Da%2Dsecret>

<http://groups.msn.com/Myayana>

<http://groups.msn.com/ANAESMIVERDAD>

<http://groups.msn.com/estamostodasunidas>

<http://groups.msn.com/juntassomosmas>

<http://groups.msn.com/Cuandocomeresuninfierno>

<http://groups.msn.com/daenapulseraroja>

<http://groups.msn.com/ESPEJODELATOR>

<http://groups.msn.com/Princessforever>

<http://groups.msn.com/VIDASANAMIA>

<http://groups.msn.com/cuandocomeresuninfirno>

<http://groups.msn.com/ANALACHICADEPORCELANA>

<http://groups.msn.com/MiaMOrGaNaMia>

<http://groups.msn.com/PerfeccionTrendy>

<http://groups.msn.com/SOLOAQUISOOYO>

<http://groups.msn.com/ilovemiana>

<http://groups.msn.com/JustToBeThin4>
<http://groups.msn.com/Nituninadiepuedecambiarme>
<http://groups.msn.com/FIFxvr>
<http://groups.msn.com/H2ORevenge>
<http://groups.msn.com/anamia43ver2>
<http://groups.msn.com/therealanaworld>
<http://groups.msn.com/anabeloymiatriz>
<http://groups.msn.com/princesasdelsacrificio>
<http://groups.msn.com/Anaesmia>
<http://groups.msn.com/aimyann>
<http://groups.msn.com/the-beauty-girl>
<http://groups.msn.com/AnaaFull>
<http://groups.msn.com/labeaute>
<http://groups.msn.com/SaltoalaPerfeccion>
<http://groups.msn.com/Elpesodelespejo>
<http://groups.msn.com/annaxsiempre>
<http://groups.msn.com/ILOVEMYSOULBUTNOTMYBODY>
<http://groups.msn.com/ninasannaymia>
<http://groups.msn.com/AnayMia4ever>
<http://groups.msn.com/JustToBeThin2>
<http://groups.msn.com/ComeOnPrincess>
<http://groups.msn.com/princessoffperfection>
<http://groups.msn.com/xikanuevageneracion>
<http://groups.msn.com/anasenlaluna--->
<http://groups.msn.com/yoymiana>

<http://groups.msn.com/APerfectDoll4>

<http://groups.msn.com/Elsym>

<http://groups.msn.com/Annasmias>

<http://groups.msn.com/MYTWINSOUL>

<http://groups.msn.com/PsicoDreamer>

<http://groups.msn.com/siempreannaymia>

<http://groups.msn.com/LeVoyageDeLaFemme>

<http://groups.msn.com/A-NUESTRO-DESTILO>

<http://groups.msn.com/annapro>

<http://groups.msn.com/AyMGirls>

<http://groups.msn.com/BabyMoon2>

<http://groups.msn.com/IWillBeThin>

<http://groups.msn.com/-beperfect->

<http://groups.msn.com/ana&mia4ever>

<http://groups.msn.com/AnalineseMia>

<http://groups.msn.com/AnaYMiaLasMejores---HastaLasNarices>

<http://groups.msn.com/anaymialifestyle>

<http://groups.msn.com/tuyyoconfiemosennosotras>

<http://groups.msn.com/mydrugofchoice>

<http://groups.msn.com/anmiall>

<http://groups.msn.com/anasbstfriends>

<http://groups.msn.com/lifestile>

<http://groups.msn.com/siempreannaymia>

http://groups.msn.com/todasunidascontralacomida/_whatsnew.msnw

<http://groups.msn.com/AnastaciayMiadora/homepage>

<http://groups.msn.com/AnnieAdrisLuna>

<http://groups.msn.com/kitsch---problems/shoebox.msnw>

<http://groups.msn.com/lavidadeAna-Miamiga>

<http://groups.msn.com/JuStLoVeaNaYmla>

<http://groups.msn.com/NaDaEslmPoSibLe/join>

http://groups.msn.com/PerfectThin/_homepage.msnw?&pps=k

<http://groups.msn.com/MyPrincessForever>

<http://groups.msn.com/DiVinasHstaLAMuErTe>

<http://groups.msn.com/VueloDelaMariposa>

<http://groups.msn.com/diarioannamia>

<http://groups.msn.com/theapple/>

http://groups.msn.com/miluchacontraelpeso/_whatsnew.msnw

http://es.msnusers.com/glamurosas/_whatsnew.msnw

<http://groups.msn.com/GettingOurDream>

<http://groups.msn.com/annaymiagirls>

<http://groups.msn.com/princessoffperfection>

<http://groups.msn.com/EISecretodeAkhenaton/links.msnw>

<http://groups.msn.com/AyMGirls>

<http://groups.msn.com/masmiaquenunca>

<http://groups.msn.com/XiayBuL>

<http://groups.msn.com/PerfectThin>

<http://groups.msn.com/Clubanorexia>

<http://groups.msn.com/GordasNuncaMas>

<http://groups.msn.com/todasjuntascontralacomida>

<http://groups.msn.com/AnnieAdrisLuna>

<http://groups.msn.com/MiaNaSieMpreVivA>

<http://groups.msn.com/Conformadasconanaymia---aprendiendoavivir->

<http://groups.msn.com/NaDaEslmPoSibLe>

<http://groups.msn.com/PerfectThin>

<http://groups.msn.com/JustToBeThin>

<http://groups.msn.com/XiayBul>

<http://groups.msn.com/AnaRquiaDietetica>

<http://groups.msn.com/anaimia>

<http://groups.msn.com/perfectangelsstarve>

<http://groups.msn.com/estylolybre>

<http://groups.msn.com/buscandolaperfeccion>

<http://groups.msn.com/LiGhTsAnDsHaDoWs>

<http://groups.msn.com/AnaRexisSoupCorner>

<http://groups.msn.com/glamourandpain>

<http://groups.msn.com/elsecretodeakhenaton/shoebox.msnw>

<http://groups.msn.com/kitsch---problems/elporqueserannamia.msnw>

<http://groups.msn.com/clubanorexia>

<http://groups.msn.com/NaDaEslmPoSibLe>

<http://groups.msn.com/Amenhotep/tips.msnw>

<http://groups.msn.com/SailorANAandSailorMIA>

<http://groups.msn.com/quehariayosinanaymia/>

<http://groups.msn.com/PerfectionIneedyounow/>

<http://groups.msn.com/arwenmiapro>

<http://groups.msn.com/anaforever>

<http://groups.msn.com/Bulimiaunmundoaparte/>

<http://groups.msn.com/CHICASMIASYANAS>

<http://groups.msn.com/thedream>

<http://groups.msn.com/danzadelamariposa>

<http://groups.msn.com/Toskinandbones>

<http://groups.msn.com/Aperfectlife>

<http://groups.msn.com/Lamiaanna>

<http://groups.msn.com/sp0m0ulu4kcqajtsui75ugvce7>

<http://groups.msn.com/Nube9---ElmundodeAnita>

<http://groups.msn.com/BabyMoOn>

<http://groups.msn.com/BoNeSArEBeAuTiFuL>

<http://groups.msn.com/Aperfectlife>

<http://groups.msn.com/RincnROJOYMORADO>

<http://groups.msn.com/mylostdreamer>

<http://groups.msn.com/quehariayosinanaymia>

<http://groups.msn.com/nuestrabelleza/>

<http://groups.msn.com/ROSITAS6>

<http://groups.msn.com/Glamazonas/shoebox.msnw>

<http://groups.msn.com/annyandmiathinsextremeforeverr/home.htm>

<http://es.msnusers.com/lhjon7s89fi9kj8sjv9vhro4q2>

<http://groups.msn.com/Honeyrips>

<http://groups.msn.com/JuStLoVeaNaYmla>

<http://groups.msn.com/Honeyrips>

<http://groups.msn.com/DELGADEZFELICIDADannaymia>

<http://groups.msn.com/Friendship-IS-4ever>

<http://groups.msn.com/FeminaEnfermaProana>

<http://groups.msn.com/anonima1984proanapromia>

<http://groups.msn.com/mysecretplace>

<http://groups.msn.com/COMOAMOAMIAana>

<http://groups.msn.com/Thinspiration>

<http://groups.msn.com/LiBrEaLbEdRiO2004>

<http://groups.msn.com/PROZACANAMIA4US>

<http://groups.msn.com/transtornosalimenticios>

<http://groups.msn.com/caminoalabelleza/>

<http://groups.msn.com/ANNA-MIA/home.htm>

<http://groups.msn.com/proanaymianaia/home.htm>

<http://groups.msn.com/diarodeanamia>

http://groups.msn.com/MARIPOSASPRINCESAS/_whatsnew.msnw

<http://groups.msn.com/eetstoornisanorexia/home.htm>

<http://groups.msn.com/anorexia/home.htm>

<http://groups.msn.com/AnorexiaVerteljeverhaalofvraagroveraanmij/>

http://groups.msn.com/CanalAnorexiaGroup/_whatsnew.msnw

<http://groups.msn.com/ANOREXIANERVOSABOULIMIANERVOSA/home.htm>

http://groups.msn.com/EetstoornissenAnorexiaNervosaBoulimiaNervosa/_whatsnew.msnw

http://groups.msn.com/bulimiayanorexiaenperu/_whatsnew.msnw

http://groups.msn.com/nnimo81914m9ahmah535s97rf5/_whatsnew.msnw

http://groups.msn.com/helpiseranorexianervosa/_whatsnew.msnw

http://groups.msn.com/TearsofaClown/_whatsnew.msnw

http://groups.msn.com/Eetstoornis/_whatsnew.msnw

<http://groups.msn.com/estamostodasunidas>

<http://groups.msn.com/juntassomosmas>

<http://groups.msn.com/Cuandocomeresuninferno>

<http://groups.msn.com/daenapulseraroja>

<http://groups.msn.com/ESPEJODELATOR>
<http://groups.msn.com/Princessforever>
<http://groups.msn.com/VIDASANAMIA>
<http://groups.msn.com/cuandocomeresuninfirmo>
<http://groups.msn.com/ANALACHICADEPORCELANA>
<http://groups.msn.com/PerfeccionTrendy>
<http://groups.msn.com/SOLOAQUISOYYO>
<http://groups.msn.com/ilovemiana>
<http://groups.msn.com/JustToBeThin4>
<http://groups.msn.com/Nituninadiepuedecambiarme>
<http://groups.msn.com/FIFxvr>
<http://groups.msn.com/H2ORevenge>
<http://groups.msn.com/anamia43ver2>
<http://groups.msn.com/therealanaworld>
<http://groups.msn.com/anabeloymiatriz>
<http://groups.msn.com/princesasdelsacrificio>
<http://groups.msn.com/JuntasHaciaLaPerfeccion>
http://groups.msn.com/AnaandMia/_whatsnew.msnw
http://groups.msn.com/MaRiPoSiLLaSaNaYMia/_whatsnew.msnw
http://groups.msn.com/kitsch---problems/_whatsnew.msnw
<http://groups.msn.com/diosasdeporcelana>
<http://groups.msn.com/alwaysannaymia>
<http://groups.msn.com/caminoalabelleza>
<http://groups.msn.com/makeyouthin>
<http://groups.msn.com/gonnabethin>
<http://groups.msn.com/beaprincess>

<http://groups.msn.com/anamia43ver/>
<http://groups.msn.com/XiayBuL>
<http://groups.msn.com/annaesmivida>
<http://groups.msn.com/siempreapoyando>
<http://groups.msn.com/luchapersonal>
<http://groups.msn.com/foreverinyourlife>
<http://groups.msn.com/aym4ever/>
<http://groups.msn.com/annaxsiempre>
<http://groups.msn.com/ninasannaymia>
<http://groups.msn.com/JustToBeThin2>
<http://groups.msn.com/xikanuevageneracion>
<http://groups.msn.com/yoymiana>
<http://groups.msn.com/Elsym>
<http://groups.msn.com/LeVoyageDeLaFemme>
<http://groups.msn.com/annapro>
<http://groups.msn.com/AyMGirls>
<http://groups.msn.com/BabyMoon2>
<http://groups.msn.com/-bep perfect->
<http://groups.msn.com/AnalineseMia>
<http://groups.msn.com/Anasbstfriends>
<http://groups.msn.com/aym4ever>
<http://groups.msn.com/a-nuestro-estilo>
<http://groups.msn.com/anaymiavivas>
<http://groups.msn.com/amigosdedieta>
<http://groups.msn.com/apassionforperfection>

<http://groups.msn.com/butterflyanaymia>
<http://groups.msn.com/mariacarmelina>
<http://groups.msn.com/valentinaanasymias>
<http://groups.msn.com/belezaana>
<http://groups.msn.com/AnNaesMiAyjuntaseguiran/>
http://groups.msn.com/buscandolaperfeccionn/_whatsnew.msnw
<http://groups.msn.com/APerferctDoll4/>
<http://groups.msn.com/princessoffperfection/>
<http://groups.msn.com/paranovolveraimaginaros>
<http://groups.msn.com/FernGully/>
<http://groups.msn.com/fightlife/>
<http://groups.msn.com/quehariayosinannaymia2>
<http://groups.msn.com/XiayBul/>
http://groups.msn.com/JustToBeThin2/_whatsnew.msnw
http://groups.msn.com/aNNaMiAeNsErlo/_whatsnew.msnw
<http://groups.msn.com/thinfriends>
<http://groups.msn.com/mytwinsoul>
<http://groups.msn.com/seguidilla>
<http://groups.msn.com/nadaenmiinterior>
<http://groups.msn.com/wannabesanasymias>
<http://groups.msn.com/Bulimianorexia>
<http://groups.msn.com/anaymiavivas>
<http://groups.msn.com/anorexiaunmalnecesario>
<http://groups.msn.com/MyBestFriendAna>
<http://groups.msn.com/Makeyouthin>

4. PRIMER CONGRESO NACIONAL

Coincidiendo con el lanzamiento de la II Campaña Contra la Anorexia y la Bulimia en Internet: TU ERES MÁS QUE UNA IMAGEN, se realiza los días 7 y 8 de mayo de 2005, en el Palacio de Congresos de Madrid, el I CONGRESO NACIONAL SOBRE ANOREXIA Y BULIMIA EN INTERNET. Inaugurado por el Defensor del Menor, cuenta con un plantel de expertos: médicos, psiquiatras, psicólogos, educadores, biólogos, expertos en seguridad del menor en Internet y asociaciones de familias afectadas por los TCA, que representan la vanguardia en el conocimiento, tratamiento y prevención de estas enfermedades.

Estudio realizado para el Defensor del Menor por la organización de protección de la infancia PROTEGELES.

Informe cerrado a 3 de Mayo de 2005.

En representación de PROTEGELES:

GUILLERMO CANOVAS

Presidente de PROTEGELES