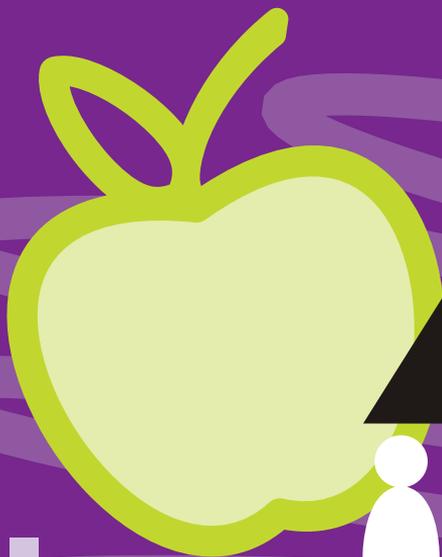


Detección y prevención en el aula de trastornos de la conducta alimentaria



ma

Índice

¿Qué son los trastornos de la conducta alimentaria (TCA)?	2
¿Que tipos de trastornos hay?	3
¿A quién y a cuantas personas afectan los trastornos alimentarios?	5
¿Qué lleva a sufrir un trastorno de la conducta alimentaria?.....	5
Herramientas de detección de un trastorno de la conducta alimentaria	6
¿Cómo es y cómo se comporta una persona enferma en el aula?	8
Relación con el resto de compañeros	9
Indumentaria.....	10
Actitudes que favorecen la detección de los trastornos de la conducta alimentaria por parte de los educadores	11
Actitudes que hay que evitar	11
¿Qué hay que hacer si sospechamos de un posible caso de trastorno de la conducta alimentaria en el aula?	12
Proceso de derivación	13
Prevención de los trastornos de la conducta alimentaria.....	14
¿Qué tipo de prevención recomendamos los expertos ante los trastornos de la conducta alimentaria?	15
¿Cómo debe ser una intervención de calidad en el marco de la prevención de los trastornos de la conducta alimentaria?	16
Recomendaciones bibliográficas y enlaces de interés	18

Edita: Fundación IMA
Redacción: Cristina Carretero
Corrección de textos: Maria Sindreu
Diseño y maquetación: Maria Sindreu

1. ¿Qué son los trastornos de conducta alimentaria (TCA)?

Los trastornos de conducta alimentaria son trastornos psicológicos que conllevan graves anomalías en el comportamiento de la ingesta, es decir, la base y el fundamento de estos trastornos se encuentra en una alteración psicológica. Se entiende, pues, que el síntoma externo podría ser una alteración de la conducta alimentaria (dietas prolongadas, negación a comer determinados alimentos, vómito inducido, pérdida de peso...), pero el origen de estos trastornos debería explicarse a partir de una alteración psicológica (baja autoestima, percepción errónea de las propias medidas corporales, nivel elevado de insatisfacción personal, miedo a madurar, índices elevados de autoexigencia, ideas distorsionadas en lo que refiere al peso o a la comida...).

ALTERACIÓN DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA	ALTERACIÓN PSICOLÓGICA
<ul style="list-style-type: none">• dietas prolongadas y autoimpuestas• negación a comer determinados alimentos• conductas purgativas y vómitos autoinducidos, abuso de laxantes...• pérdida de peso	<ul style="list-style-type: none">• autoestima baja• percepción errónea de las propias medidas corporales• nivel elevado de insatisfacción personal• miedo a madurar• índice elevado de autoexigencia• ideas distorsionadas en lo que refiere al peso o la comida• síntomas depresivos

Por lo tanto, hablamos de trastornos mentales graves, que tienden a la cronicidad y llegan a ser resistentes a tratamientos. Cuando hablamos de alteraciones alimentarias debemos ir más allá; en el caso de los jóvenes debemos incluir:

- Insatisfacción corporal elevada
- Preocupaciones relacionadas con la alimentación y el peso
- Seguimiento de dietas comerciales
- Saltarse alguna de las comidas principales
- Ayuno o fumar para no comer

Algunas de estas prácticas y alteraciones son tan habituales, que son consideradas “normales” para muchas personas, lo cual es un muy grave error, porque no solamente son una fuente de malestar sino que constituyen un riesgo elevado para desarrollar otras prácticas no saludables de control de peso más extremas (como hemos comentado anteriormente): uso del vómito, laxantes o diuréticos, que son en sí mismo un factor de riesgo para el desarrollo de los trastornos de la conducta alimentaria si se presentan en combinación con otros factores o influencias de tipo individual o social (los veremos más adelante).

2. ¿Que tipos de trastornos hay?

2.1. ANOREXIA NERVIOSA

Es un trastorno que se caracteriza por el deseo de estar delgado, con conductas para intentar disminuir el peso por debajo de lo que se considera normal o fisiológico. Hay miedo de tener sobrepeso y una alteración propia.

Esta pérdida de peso está provocada por la persona mediante una dieta rigurosa con restricción de alimentos que consideran de alto contenido calórico, o añadiendo otras conductas tan o más peligrosas: vómitos autoinducidos, uso y abuso de laxantes y diuréticos, hiperactividad física, ...

Por otra parte, también deberíamos hablar de la anorexia nerviosa como un trastorno de la percepción de la propia imagen corporal, ya que las personas afectadas se ven gordas por más que adelgacen.

2.2. BULIMIA NERVIOSA

Es un trastorno que se caracteriza por tres aspectos esenciales: el primero, la adquisición de sentimientos de pérdida de control y, en consecuencia, descontrol de la conducta alimentaria (ingesta voraz o atracón), el segundo, la presencia de conductas compensatorias para evitar el aumento normal de peso que provocan los atracones, como por ejemplo la provocación de vómitos, y el tercero, la preocupación intensa y persistente por el peso y la figura con un miedo desmesurado a engordar.

Los vómitos en un primer momento disminuyen el temor a ganar peso; más tarde, generan vergüenza, menosprecio y tristeza en las personas que se los provocan.

Otras conductas para evitar el aumento de peso son: hacer ayuno o ejercicio físico de forma exagerada durante horas o días, el abuso de laxantes y de diuréticos, y también la utilización de fármacos que reducen el hambre.



2.3. TRASTORNOS DE CONDUCTA ALIMENTARIA NO ESPECIFICADOS (TCANE)

Los TCANE son un conjunto de conductas que incluyen las anorexias y las bulimias nerviosas que no cumplen todos los criterios diagnósticos, como por ejemplo, personas comedoras compulsivas, comedoras nocturnas, las vigoréticas, las ortoréticas...

Éste tipo de trastornos son los que más prevalecen y son en algunos casos cuatro veces superiores a la anorexia nerviosa y a la bulimia nerviosa.

Dentro de estos, destacamos el trastorno por atracón, que se caracteriza por la ingesta descontrolada de alimentos, pero en este caso la ingesta no va seguida de conductas compensatorias y sí que conlleva un aumento del peso considerable.

3. ¿A quién y a cuantas personas afectan los trastornos de la conducta alimentaria?

El 5% de los adolescentes y jóvenes (de 12 a 21 años) padecen un trastorno de la conducta alimentaria, y un 11% tiene síntomas de riesgo.

Los trastornos de la conducta alimentaria afectan más a mujeres que a hombres. Por cada nueve afectadas, hay un hombre que padece un TCA.

ANOREXIA NERVIOSA	0'4%
BULIMIA NERVIOSA	0'8%
TRASTORNOS DE CONDUCTA ALIMENTARIA NO ESPECIFICADOS	3'8%

4. ¿Qué lleva a sufrir un trastorno de la conducta alimentaria

No se ha descrito una sola causa, sino que se habla de un conjunto de características que aumentan su riesgo; estas características se llaman factores de riesgo. Estos, tanto pueden ser genéticos como personales, familiares y/o culturales. Algunos de estos factores que incrementan el riesgo de acabar sufriendo un trastorno de la conducta alimentaria son: una autoestima baja, que facilita la preocupación, la insatisfacción y la distorsión de la imagen corporal; perfiles de personalidad que tienden al perfeccionismo extremo o bien a la impulsividad desmesurada; modelos sociales que favorecen el culto a un cuerpo delgado; práctica de regímenes restrictivos; comentarios críticos respecto al cuerpo por parte del entorno más próximo (amigos y familia); práctica de determinadas modalidades deportivas, etc. La presencia de muchos de estos factores de riesgo puede acabar precipitando una enfermedad de este tipo.

5. Herramientas de detección de un trastorno de la conducta alimentaria

Los profesionales de la escuela, el ocio y el deporte gozan de una posición privilegiada delante los adolescentes para poder observar sus conductas, actitudes y emociones y, a la vez, para poder contrastar estas observaciones con el resto de compañeros. Ésta comparación permitirá ver qué conductas corresponden a diferencias individuales consideradas normales y cuáles no, y hará posible la detección de los jóvenes que experimenten un momento crítico.

Podemos clasificar las diferentes señales de alerta en seis grupos:

5.1. ALIMENTACIÓN

- Utilización injustificada de dietas restrictivas.
- Estado de preocupación constante en lo que se refiere a la alimentación.
- Interés exagerado por recetas de cocina, dietas, tablas calóricas...
- Preferencia para no comer en compañía.
- Interés para cocinar para los otros y hábito de encontrar excusas para no comer.
- Sentimientos de culpabilidad por haber comido.
- Conducta alimentaria extraña (comer de pie, desmenuzar la comida en trozos muy pequeños, ritmo lento o excesivamente rápido, esconder comida, evitar postres...).
- Levantarse de la mesa y encerrarse en el baño después de cada comida.

5.2. PESO

- Pérdida de peso injustificada o pérdida del aumento.
- Miedo y rechazo exagerado respecto al sobrepeso.
- Práctica del vómito autoinducido o del ayuno y utilización de laxantes o diuréticos con el objetivo de controlar el peso o perderlo.

5.3. CICLO MENSTRUAL

- Retraso en la aparición de la primera regla (menarquía).
- Falta de menstruación en aquellas chicas que ya la tenían (amenorrea).

5.4. IMAGEN CORPORAL

- Percepción errónea de tener un cuerpo obeso (comentarios que hacen otros compañeros).
- Intentos para esconder el cuerpo con la utilización de ropa ancha, jerséis en la cintura,...

5.5. EJERCICIO FÍSICO

- Hacer ejercicio en exceso y mostrar nerviosismo si no se hace.
- Utilización del ejercicio físico para adelgazar.

5.6. COMPORTAMIENTO

- Insatisfacción corporal constante.
- Estado depresivo e irritable, con cambios de humor frecuentes.
- Disminución de las relaciones sociales con tendencia al aislamiento.
- Aumento aparente de las horas de estudio.
- Dificultades de concentración.



La suma de muchas de estas señales de alerta nos puede hacer sospechar de la presencia de algún tipo de TCA.

6. ¿Cómo es y cómo se comporta una persona enferma en el aula?

Comportamiento y rendimiento académico

ANOREXIA NERVIOSA

Aunque no se puede generalizar, las personas que padecen anorexia acostumbran a obtener buenos resultados académicos gracias a su perfeccionismo, a su meticulosidad y al hecho que acostumbran a buscar en el estudio un refugio a su aislamiento social, a su inseguridad y a su afán competitivo por destacar.

Con el profesor o la profesora son atentos, educados y obedientes. Su perfeccionismo obsesivo hace que dediquen muchas horas al estudio y a las tareas académicas que se les encomiendan. Su rendimiento acostumbra a ser muy alto en todas las asignaturas y consiguen calificaciones de 10.

Todas estas características que favorecen la obtención de buenos o muy buenos resultados académicos hace que se puedan acabar considerando alumnas ejemplares. Este reconocimiento puede reforzar aún más el perfeccionismo y el espíritu competitivo.

El rendimiento académico, una vez ha avanzado la enfermedad, puede disminuir y, en algunos casos, la persona puede acabar abandonando los estudios.

BULIMIA NERVIOSA

Predominarán resultados académicos muy variables, coincidiendo el deterioro de estos con el deterioro personal causado por el trastorno de la conducta alimentaria.

En lo que se refiere al comportamiento de estas personas, podrá ser conflictivo por la dificultad que presentan a la hora de controlar sus impulsos.

Dentro del aula predominarán estos conflictos:

- **Cleptomania:** falta de control sobre la impulsividad de coger cosas del resto de compañeros y compañeras sin consentimiento.
- **Robos:** muchas veces se hacen robos deliberados con tal de poder comprar los alimentos con los cuales se hacen los atracones.

- **Promiscuidad:** este comportamiento es menos frecuente aunque, a pesar de que, en algunas personas que padecen bulimia nerviosa, se da también la falta de control en las relaciones sexuales, propiciando la práctica no segura y el arrepentimiento posterior.
- **Absentismo escolar:** en algunas ocasiones, personas que padecen estos trastornos tienden a ausentarse del instituto voluntariamente, esta conducta se justifica por la tendencia al comportamiento impulsivo.
- **Mentiras:** con el propósito de ocultar las conductas de atracón y vómito, las personas que padecen estas enfermedades se ven con la necesidad de recurrir a las mentiras. A medida que los otros incrementan la vigilancia sobre el comportamiento anómalo, las mentiras se van sofisticando.
- **Comportamiento caótico:** la impulsividad y la dificultad para prevenir las consecuencias de sus actos pueden abocar la persona a actuar sin planificar estrategias y con dificultades para centrar la atención.

7. Relación con el resto de compañeros

La relación que pueden establecer las personas que padecen anorexia o bulimia nerviosa dependerá de muchos factores, como las características de personalidad o el momento evolutivo de la enfermedad.

Es bastante común que todos los temas de conversación que tienen con el resto de compañeros giren entorno a las dietas restrictivas, las calorías, la moda y la obsesión por la imagen.

La práctica restrictiva (ayunos, tirar el desayuno...), la práctica purgativa (utilización del vómito autoinducido o bien laxantes) y las consecuencias físicas de la enfermedad no se acostumbran a comentar con el resto de compañeros, a excepción del amigo o amiga íntima. Una vez esta persona recibe la confidencia, se encuentra con el dilema ético sobre qué debe hacer.



8. Indumentaria

- **Ropa ceñida:** este tipo de ropa se da más en chicas que buscan, a través del perfeccionismo, parecerse lo máximo posible al ideal de belleza actual de delgadez extrema.
- **Ropa ancha:** la utilización de ropa ancha se puede dar en aquellas chicas con las cuales la enfermedad ya ha avanzado, y no encuentran ropa que les vaya bien debido a su peso. También puede ser una respuesta a su mala imagen corporal y a intentos por ocultar un cuerpo que ellas consideran demasiado gordo. Este tipo de ropa también puede ser utilizado para ocultar a la familia y a su entorno más inmediato la pérdida de peso.
- **Ropa de abrigo:** este tipo de ropa aumenta la sensación de frío en las personas que padecen una pérdida de peso importante. Han perdido grasa corporal y hay un enlentecimiento en el metabolismo. En invierno, estas personas pueden ir mucho más abrigadas que el resto y, en verano, pueden incluso utilizar jerséis, aunque haga mucho calor.
- **Maquillaje:** chicas en riesgo de padecer un trastorno de la conducta alimentaria pueden dedicar mucho tiempo a maquillarse con la finalidad de presentarse “perfectas” ante los demás. El maquillaje también puede ayudar a ocultar los síntomas de la desnutrición (bolsas en los ojos, palidez en la piel...) una vez ya se ha instalado la enfermedad.



Hace falta hablar de la unificación de las tallas. Hay marcas comerciales de moda juvenil que se resisten a incluir en su oferta tallas superiores a la 40. Este puede ser uno de los inductores para iniciar conductas de riesgo y acabar sufriendo un trastorno de la conducta alimentaria. Sentirse diferente del resto de compañeras, a pesar de tener una complexión y peso perfectamente normales, puede generar complejos falsos entre las adolescentes, sentimientos de culpa y ansiedad e incidir negativamente en su autoestima corporal.

9. Actitudes que favorecen la detección de los trastornos de la conducta alimentaria por parte de los educadores

- Mostrar interés por los adolescentes como personas y facilitarles el diálogo para que puedan expresar sus ansiedades y dificultades con garantía de confidencialidad.
- Observar si los/las adolescentes son conscientes de su malestar. Pedirles si han hecho alguna cosa para resolver sus problemas, con el fin de averiguar si se trata de una crisis transitoria que afrontan de forma apropiada, si sus respuestas reflejan las características de la enfermedad.
- Comprender y aceptar que los/las adolescentes a menudo les cuesta mucho admitir que tienen problemas y que, hasta llegan a negarlos a causa de las distorsiones que observan respecto a sí mismos.
- Muchas veces, el objetivo de los adolescentes es convencer a los otros de “su” realidad.
- Los monitores y los responsables de los comedores escolares pueden observar algunos comportamientos inapropiados a la hora de las comidas como por ejemplo el rechazo de los alimentos, las visitas a los lavabos o el absentismo y comunicarlos a la escuela.
- Desde el mundo de la educación del tiempo libre y el deporte, las conductas de riesgo y las situaciones de crisis personal se pueden observar fácilmente, tanto por la relación que se establece entre los monitores y los compañeros como por las características de las actividades (según se hagan los fines de semana o si se trata de actividades de larga duración con convivencia diaria).

10. Actitudes que hay que evitar

- Ocupar el sitio que corresponde a los padres.
- Generar alarmismo a partir de observaciones o de comentarios puntuales no contrastados.

11. ¿Qué hay que hacer si sospechamos de un posible caso de trastorno de la conducta alimentaria en el aula?

En el caso que se sospeche que algún alumno/a padece algún tipo de trastorno de la conducta alimentaria, recomendamos:

- Crear un clima de normalidad y aceptación. Esto es importante, ya que hablamos de personas con la autoestima baja, alta inseguridad, insatisfacción, carencia de habilidades sociales. Hay que estar, por lo tanto, muy atentos a la interacción con sus compañeros dentro y fuera del aula, ya que esta persona es muy susceptible a cualquier comentario, tanto negativo como halagador. Por lo tanto, lo más indicado es actuar con normalidad, intentando que se sienta a gusto, que no se lo presione. Conviene darle confianza para hablar o resolver los problemas de estudio, de exámenes, de interacción con profesores o alumnos, pero sin permitirle actitudes manipuladoras.
- Hablar con el adolescente para averiguar si entiende la situación que está viviendo como problemática. Incidir en la vertiente del sentimiento (“¿Lo estás pasando mal?, ¿Qué es esto que parece que te preocupa desde hace unos días?”..) y no tanto en la vertiente racional (evitamos así entrar en juegos manipuladores o engaños).
- Mostrar interés por todo aquello que les puede estar preocupando y facilitar el diálogo, para que puedan expresar sus miedos o dificultades remarcando la garantía de confidencialidad.
- Incidir en la necesidad de pedir ayuda profesional para poder detener la situación difícil que seguramente está viviendo. Resaltar el papel del terapeuta como alguien que le puede ayudar a hacerle sentir mucho mejor consigo mismo, y a mejorar su relación con los demás.
- Favorecer que sea él/ella mismo/a quien lo pueda comunicar a los padres, con la finalidad de encontrar una solución conjunta. El papel del educador estaría más enfocado al hecho que el adolescente tomara consciencia del problema y fuera capaz de pedir ayuda. Por lo tanto, el educador no haría exclusivamente de mensajero.



- Orientar las familias para que proporcionen a los jóvenes una asistencia eficaz.
- Facilitar a los padres los recursos de los que pueden disponer. Es importante una derivación adecuada.
- Facilitar la inserción en el aula y con los compañeros, transmitiéndoles una visión adecuada de la enfermedad (no es un capricho, ni algo que se invente: el grado de sufrimiento es enorme...). Por esto se fomentaran unas actitudes, valores y conocimientos adecuados referentes al peso, la figura, la salud y la autoestima.

ACAB (Asociación contra la Anorexia y la Bulimia) ofrece un servicio de atención libre, gratuito y confidencial dirigido a enfermos, familiares y educadores para asesorar en:

- orientaciones para la detección de la enfermedad
- información sobre recursos sanitarios específicos
- acompañamiento en el proceso de derivación y en la obtención de un diagnóstico especializado.

Para más información: www.acab.org

12. Proceso de derivación



13. Prevención de los trastornos de la conducta alimentaria

Los estudios de prevalencia de trastornos de la conducta alimentaria cifran en un 6% la población afectada por una enfermedad de este tipo y alertan que más del 11,5% de los adolescentes y jóvenes están en alto riesgo de padecerla.

Ante estas cifras, parece necesario incidir especialmente en este colectivo, llamado de riesgo (adolescentes y jóvenes), para prevenir la aparición de nuevos casos y, por lo tanto, detectarlos cuanto más pronto mejor.

Según el momento del proceso en el que tiene lugar la intervención, se puede hablar de diferentes tipos de prevención:

- **Prevención primaria:** actúa sobre la causa de los problemas facilitando los aprendizajes de los comportamientos que pueden proteger la salud (factores de protección) y reduciendo los que la pueden afectar negativamente (factores de riesgo).
- **Prevención secundaria:** detecta de manera precoz los problemas de salud con el fin de intervenir lo más pronto posible.
- **Prevención terciaria:** facilita el aprendizaje de conductas que evitan las recaídas, se hace posteriormente al tratamiento.



14. ¿Qué tipo de prevención recomiendan los especialistas ante los trastornos de la conducta alimentaria?

- **Inespecífica:** Se basa en el desarrollo de habilidades y de recursos que permitan el crecimiento integral de los/las niños/as y adolescentes. Estas estrategias y habilidades (autoestima positiva, asertividad, habilidades comunicativas, seguridad en uno mismo, etc.) se pueden aplicar a muchas situaciones de la vida de los jóvenes.

Hace unos años, se pensaba que la mejor manera de prevenir los trastornos de la conducta alimentaria era hablando directamente con los alumnos, pero se demostró que no era la mejor vía de intervención.

- **Específica:** Tiene como objetivo facilitar información adecuada a los/as niños/as y adolescentes sobre el riesgo que conllevan algunas conductas determinadas y la manera de evitarlas (riesgos de la malnutrición, desmitificación de los alimentos buenos y malos, establecimiento de pautas para una alimentación saludable, etc.).

Esta estrategia preventiva ha quedado superada por la prevención inespecífica que ha demostrado resultados mejores.



15. ¿Cómo debe ser una intervención de calidad en el marco de la prevención de los trastornos de la conducta alimentaria?

Las intervenciones que se llevan a cabo en el marco de la prevención de los TCA dirigidas a adolescentes y jóvenes deberían cumplir unas condiciones que garanticen la calidad en la obtención de resultados.

A continuación, se detallan qué puntos se deben tener en cuenta cuando se plantea implantar en el centro educativo un programa de calidad de prevención de los trastornos alimentarios:

1. Prevención inespecífica

Hace unos años, se pensaba que la mejor manera de prevenir los TCA era hablando, específicamente con los alumnos, de las características de estas enfermedades y de qué conductas tenían las personas enfermas. Además, se presentaban testimonios de personas que habían padecido un trastorno de este tipo, etc. Se constató que este procedimiento podía acabar teniendo resultados no deseados, y parecía que tampoco aportaba resultados preventivos fiables.

En estos momentos, la línea de prevención que se ha constatado más efectiva ha sido un tipo de prevención inespecífica. Esta estrategia de intervención preventiva tiene por objetivo favorecer el desarrollo de habilidades y de recursos que permitan el crecimiento integral de los niños y adolescentes. Estas estrategias y habilidades (autoestima positiva, asertividad, habilidades comunicativas, seguridad en uno mismo, etc.) se pueden aplicar a muchas situaciones de la vida de los jóvenes. Ayudar en la construcción de estos factores de protección resulta efectivo para hacer más resistentes a los chicos y chicas a los trastornos de la conducta alimentaria.

2. Profesionales que conducen las sesiones preventivas

Los profesionales que están más capacitados (por formación académica y experiencia laboral) para hacer las intervenciones preventivas dentro del marco de los trastornos alimentarios son aquellos que se sitúan en el ámbito sociosanitario: psicólogos y/o psiquiatras especializados en trastornos de la conducta alimentaria.

3. Riesgo de búsqueda de clientela

El objetivo principal de un profesional externo que efectúe una intervención en la escuela, tiene que ser siempre la prevención y, en caso necesario, ayudar a la detección. Por tanto, hace falta velar para que el profesional no entienda la sesión preventiva en un centro educativo con jóvenes y adolescentes como una oportunidad para obtener “clientes”. Es importante que los educadores conozcan qué tipo de prevención es la más adecuada (ver punto 1.) y qué recursos asistenciales especializados en estas enfermedades ofrece red sanitaria pública.

4. Investigación en el campo de estas enfermedades

En algunas ocasiones, las intervenciones preventivas se acompañan de investigaciones y recercas aplicadas. Si a un menor de edad se le administra cualquier prueba de evaluación (test, entrevistas...), la ley preveé que hay que garantizar el consentimiento expreso y escrito del centro y de los tutores legales (familia). Por otro lado, sería adecuado conocer el objetivo y el abasto del tipo de investigación en la cual se participa.



16. Recomendaciones bibliográficas y enlaces de interés

Toro, J. (1998). El cuerpo como delito. Anorexia, bulimia, cultura y sociedad. Barcelona: Editorial Ariel.
Barcelona: Editorial Ariel.

Turón, V. (1997). Trastornos de la alimentación: anorexia nerviosa, bulimia y obesidad. Barcelona: Masson.

Saldaña, C. (2001). Detección y prevención en el aula de los problemas del adolescente. Madrid: Ediciones Pirámide.

Calvo, R. (2002). Anorexia y bulimia. Guía de padres, educadores y terapeutas. Barcelona: Planeta.

FUNDACIÓN IMA (Fundación Imagen y Autoestima)
www.f-ima.org

ACAB (Asociación contra la Anorexia y la Bulimia)
www.acab.org

FEACAB (Federación Española de Asociaciones de Ayuda y Lucha contra la Anorexia y la Bulimia Nerviosas)
www.feacab.org

DEPARTAMENTO DE SALUD (Generalitat de Catalunya)
www.gencat.cat/salut



C/Mallorca, 198 pral 2ª
08036 Barcelona
Tel: 934 549 109
Fax: 933 233 367
www.f-ima.org
Email: ima@f-ima.org

 **ima**
fundaciónimagenyautoestima
fundacióimatgeiautoestima
fundaciónimaxeeautoestima
irudietaautoestimufundazioa