

**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE BARCELONA**

**TESIS DOCTORAL**

Departamento de Pedagogía Sistemática y Social  
Programa de Doctorado Psicopatología Infanto-Juvenil  
Departamento de Psicología de la Salud y Psicología Social

**DESARROLLO DE COMPETENCIA EMOCIONAL  
PARA LA REDUCCIÓN DE RIESGO DE TRASTORNO ALIMENTARIO**

Autora: Lic. Psicología **Vilma Garrido Riquenes**

Directoras:

Dra. Josefina Sala Roca

Dra. Rosa María Raich Escursell

**Barcelona, Septiembre 2012**

<b>INDICE</b>	
<b>Dedicatorias</b>	<b>4</b>
<b>Agradecimientos</b>	<b>6</b>
<b>0. Resumen de la tesis</b>	<b>8</b>
<b>0.1. Resumen de la tesis en castellano</b>	<b>8</b>
<b>0.2. Abstract</b>	<b>9</b>
<b>1. INTRODUCCIÓN</b>	<b>10</b>
<b>2. PRIMERA PARTE: MARCO TEÓRICO</b>	<b>13</b>
2.1. Los Trastornos de la Conducta Alimentaria	13
2.1.1. Definición y subtipos	13
2.1.2. Principales Consecuencias Somáticas, Cognitivas, Emocionales y Conductuales, de estos trastornos.	15
2.1.3. Génesis de los Trastornos de la Conducta Alimentaria	17
2.1.4. Diagnóstico y Tratamiento de los Trastornos de la Conducta Alimentaria.	25
2.1.5. Población afectada por los Trastornos de la Conducta Alimentaria. Algunos Datos Epidemiológicos	29
2.2. Las Competencias socioemocionales	31
2.2.1. Las Competencias Socio-emocionales. Los Modelos y el alcance de las mismas.	31
2.2.2. El proceso de aprendizaje emocional. La necesaria integración de la educación emocional en el ámbito educativo.	43
2.2.3. Las Competencias Socio-emocionales en la Adolescencia.	51
2.4. Los Trastornos de la Conducta Alimentaria y las Competencias Socioemocionales	52
2.3 Las Dimensiones psicopatológicas	55
2.3.1 Los Trastornos de la Conducta Alimentaria y las Dimensiones Psicopatológicas.	56
2.4 Los Programas de prevención de las alteraciones del comportamiento alimentario	59
<b>3. ESTUDIO EMPÍRICO</b>	<b>74</b>
3.1. Planteamiento Empírico	74
3.1.1. Planteamiento del problema	74
3.1.2. Justificación del problema	76
3.1.3. Aporte teórico y utilidad de la investigación	76
3.1.4. Objetivos Generales del Trabajo	78

3.2.Diseño general de la investigación	79
3.2.1. Posibilidades y Limitaciones	79
3.2.2. Los Instrumentos	80
3.2.2.1 Cuestionario de Datos Sociodemograficos.	80
3.2.2.2 El EAT	80
3.2.2.3 El EQI-JV Test del Bar On	80
3.2.2.4 Test de Autoconcepto de Musitu	81
3.2.2.5 El SCLD de Derogatis	81
3.3.Estudio 1: Evaluación del riesgo en dos grupos poblacionales de adolescentes catalanes: estudiantes de Sabadell y Cornellà.	86
3.3.1. Introducción	86
3.3.2. Objetivos	87
3.3.3. Material y método	88
3.3.4. Resultados	90
3.3.5. Discusión	98
3.3.6. Conclusiones	102
3.4.Estudio 2: Relación del riesgo a padecer Trastornos de la conducta alimentarios y las competencias socioemocionales	104
3.4.1. Introducción	104
3.4.2. Objetivos	105
3.4.3. Material y método	105
3.4.4. Resultados	107
3.4.5. Discusión	112
3.4.6. Conclusiones	116
3.5.Estudio 3: Relación del riesgo a padecer Trastornos de la conducta alimentarios y las dimensiones psicopatológicas.	118
3.5.1. Introducción	118
3.5.2. Objetivos	118
3.5.3. Material y método	119
3.5.4. Resultados	120
3.5.5. Discusión	122
3.5.6. Conclusiones	125
3.6.Propuesta de un Sistema de Vigilancia e Intervención EDUCATIVA Precoz PARA REDUCIR EL Riesgo de Trastorno de la CONDUCTA AlimentaRIA	127
3.6.1. Introducción.	127
3.6.2. Fundamentación Teórica.	129
3.6.3. Objetivos	138
3.6.4. Ámbitos de Intervención	139
3.6.4.1 Dentro del Ámbito Escolar	139
3.6.4.1.1 Fase Organizativa y de Formación	139
3.6.4.1.2 Fase de Cribado	142

3.6.4.1.3 Fase de Intervención	143
3.6.4.1.4 Fase de Dictamen de Impacto	157
3.6.4.2 Dentro del Ámbito Familiar	158
3.6.4.3 Dentro del Ámbito de la Comunidad	161
3.6.5. Un protocolo de Actuación para usuarios en los que persiste el riesgo de TCA.	163
3.6.6. Conclusiones y Reflexiones Finales sobre la Propuesta de Programa.	168
<b>4- CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES</b>	<b>170</b>
4.1 Conclusiones Generales	170
4.2 Recomendaciones	172
4.3 General conclusions	173
<b>5. REFERENCIAS</b>	<b>175</b>
<b>6. ANEXOS</b>	<b>206</b>
6.1. Cuestionario de datos sociodemográficos	207
6.2 EAT	209
6.3. SCLD	210
6.4. EQIv	217
6.5. Autoconcepto de Musitu	220

## **Dedicatorias**

**“Con todo amor a mi Familia”**

**A mi hijo Marcos,**

“En quien, con vivo orgullo, veo crecer cada día su deseo de superación personal y la semilla del saber”

**A mi esposo,**

“Por ser compañero de amor, aliado de trinchera, ejemplo de profesional y persona”.

**A mis padres**

“Por sus inapreciables e infinitas enseñanzas sobre el modo de ir por la vida.”

**A mi hermana mayor Carmen,**

“Por ayudarme a disipar mis miedos y ofrecerme siempre su incondicional apoyo.”

**A mi hermana menor Maira**

“Por sus grandes muestras de amor, su fresca y peculiar sentido del humor, que tanto me han ayudado en los momentos difíciles.”

### **A mi sobrina Deyanira**

“Que al mirarme cada día con sus ojos inquietos y buscando la verdad, me hace recordar, que no hay que rendirse jamás.”

### **A mi sobrina Gabriela**

“Por ser la más pequeña de las Garrido que, de un modo incansable y valiente viene siguiendo nuestros pasos.”

## **Agradecimientos**

**Llegue mi más profunda gratitud**

**A mi entrañable y querida Tutora y Directora de Tesis Dra. Josefina Sala**

“Por transmitirme su infinito caudal de conocimientos sobre la metodología científica, llevarme de la mano con su particular energía arrolladora y ser la inmensamente buena persona que es.

**A mi primer mentor profesional, profesor y amigo, Dr. Fernando González Rey,**

,quien me enseñó, siendo muy joven, a amar nuestra profesión e imprimir al trabajo el mayor rigor e implicación personal.

**A mis amigos Dolores Lázaro, Dr. José Ramón Palacio, Dra. Paz Martínez y Dra. Silvia de San José**

“Por enriquecer mi vida, estando cerca de las suyas y darme fuerzas en este camino.”

**A Mis amigos que ya no están: Nilo Borges y Alina Oliva, cuyo recuerdo me acompañará para siempre,**

“Por dejarme en herencia su infinita humanidad, agudeza de pensamiento y su costumbre de soñar.”

**A todos mis profesores de la Facultad de Psicología de la Universidad de La Habana, Cuba.**

“Por hacer de mí, una profesional plenamente consciente del carácter infinito del camino”

**A las profesoras de la Universidad Autónoma de Barcelona:** Dra. Edelmira Domenech, Dra. Pilar Pineda y Dra. Rosa Ma Raich, así como a los Representantes oficiales de la Asociación Autónoma Solidaria,

“Porque un día, confiaron en mí y pensaron, que merecía una oportunidad. Sin su sentimiento solidario y generosidad, no estaría hoy defendiendo este trabajo”

**A los profesionales del Ayuntamiento de Cornellá de Llobregat:** en especial a su Regidora Ma José y sus asesores técnicos la Dra. Mercé Martí y el Licenciado Joan Calventus,

Por su particular sensibilidad y preocupación por el mejoramiento de su Comunidad y permitirme vivir la experiencia de tomar parte en ello.

## **0.1. RESUMEN DE LA TESIS EN CASTELLANO**

Los Trastornos de la Conducta Alimentaria, son un problema de salud que se encuentra castigando, de un modo especial a lo/as adolescentes de los países desarrollados. Respondiendo a una demanda de los profesionales de la educación y de la salud en general, y, especialmente de las Autoridades Políticas del Ayuntamiento de Cornellá de Llobregat de abordar este problema; se emprende esta investigación, que incluye 3 estudios y una propuesta de intervención. Todos los estudios exigieron de un extenso y profundo análisis de la literatura científica española e internacional, así como formas de análisis correspondientes a la metodología cuantitativa (con instrumentos tales como EAT-40, EQI y SCLD) como cualitativa (análisis de contenido de sus ítems). En el primer estudio, los autores comienzan por identificar si, efectivamente se encontraban ante la presencia de preocupantes porcentajes de riesgo de Trastorno de la Conducta Alimentaria, en las poblaciones catalanas objeto de estudio. En el segundo estudio se trata de establecer, con cierto nivel de certeza, la asociación de tal condición de riesgo, con determinadas competencias socio-emocionales y la adecuación del autoconcepto. En el tercer estudio se analiza la relación entre el riesgo de TCA y la presencia de dimensiones psicopatológicas. Los estudios se exponen respetando el formato utilizado para su envío a publicación. Se constatan niveles de riesgo de TCA entre un 23 y un 29% en población adolescente, escolarizada y supuestamente sana, así como significativas relaciones entre la presencia del riesgo de TCA con dificultades en la gestión del estrés, la inadecuación del autoconcepto y la presencia de las dimensiones psicopatológicas estudiadas. Sobre la base de tales hallazgos y la experiencia directa de trabajo educativo, con la mayor parte de los adolescentes estudiados, los autores realizan la propuesta de un Sistema de Vigilancia e Intervención Precoz dirigida a reducir drásticamente el riesgo de TCA, en una población escolar y desde dentro de la Comunidad. Los autores confirman la necesaria perspectiva integradora e interdisciplinar, que debe caracterizar este tipo de estudios.

## **0.2. RESUMEN DE LA TESIS EN INGLES**

Eating behavioural disorders are a health problem that is punishing in a special way to adolescents in first world countries. This research, which includes three studies and a proposal for intervention, was undertaken in response to a demand from general education health professionals and especially from the political authorities of the Town hall of Cornellà de Llobregat to tackle this problem. All studies required an extensive and thorough analysis of the Spanish and international literature and forms of analysis for quantitative methodology (with tools such as EAT-40, EQI and SCLD) and qualitative (content analysis of the items). In the first study, the authors begin by identifying if indeed they were in the presence of worrisome risk percentages of Eating Disorder Behaviour in the Catalan populations studied. The second study is to establish, with some degree of certainty, the association of such risk condition with certain socio-emotional competence and adequacy of self-concept. The third study examines the relationship between the risk of eating disorders and the presence of psychopathological dimensions. The studies are presented according to the format used for submission for publication. Evaluators found EDB risk levels between 23 and 29% in adolescents enrolled in school and supposedly healthy, as well as meaningful relationships between the presence of ED risk with difficulties in managing stress, inadequate self-concept and the presence of the psychopathological dimensions studied. Based on these findings and the direct experience of educational work with most of the adolescents studied, the authors made the proposal of a Surveillance System and Early Intervention Programme addressed to drastically reducing the risk of eating disorders in the school population and from within the community. The authors confirm the necessary integrative and interdisciplinary perspective that should characterize this type of study.

## 1- INTRODUCCIÓN

Dentro del ámbito sanitario, educativo y de la administración pública de algunas poblaciones catalanas, se reconoce la necesidad de emprender acciones concretas, para evitar la creciente aparición de los Trastornos de la Conducta Alimentaria, un problema de salud que se encuentra castigando, de un modo especial a lo/as adolescentes europeos y de los países desarrollados en general.

Teniendo en cuenta esta especial demanda y animados por la intención de proponer procedimientos concretos, de verdadero impacto, se planteaba ante los autores una compleja interrogante: **¿Qué porcentajes de riesgo de Trastornos de la Conducta Alimentaria, se estaban poniendo de manifiesto en, algunas comunidades de nuestro entorno? ¿Se encontraría tal condición de riesgo asociada a, alguna variable sociodemográfica específica, a algún parámetro relativo a la competencia emocional y/o a, la presencia de determinadas dimensiones psicopatológicas?**

Los autores comienzan por identificar si, efectivamente se encontraban ante la presencia de preocupantes porcentajes de riesgo de Trastorno de la Conducta Alimentaria, en las poblaciones catalanas objeto de estudio. En una segunda etapa, se trata de establecer, con cierto nivel de certeza, la asociación de tal condición de riesgo, con determinadas competencias socio-emocionales y/o la presencia de psicopatología. Sobre la base de tales hallazgos y la experiencia directa de trabajo, con la mayor parte de los grupos de adolescentes estudiados, los autores se plantean una propuesta de Programa específico de intervención. Tal propuesta, se encuentra, esencialmente sustentada, en los resultados de tales estudios y claramente dirigida a reducir el riesgo de Trastorno Alimentario y con ello frenar drásticamente la aparición del trastorno.

Para dar respuesta a tan compleja interrogante, los autores consideraron necesario emprender, dentro una perspectiva integradora e interdisciplinar, los **3 principales estudios** que forman parte del presente trabajo de investigación:

1. Estudio 1 Evaluación del riesgo de Trastorno de la Conducta Alimentaria en dos grupos poblacionales de adolescentes catalanes.

2. Estudio 2 Análisis de la relación entre el riesgo de Trastorno de la Conducta Alimentaria, las competencias socio-emocionales y la adecuación del Autoconcepto.
3. Estudio 3 Análisis de la relación entre el riesgo de Trastorno de la Conducta Alimentaria y determinadas dimensiones psicopatológicas.

Se realizan estos estudios, además de, un extenso y profundo análisis de la literatura científica española e internacional, al mismo tiempo que, se atiende, rigurosamente a las experiencias extraídas de la participación directa de los investigadores en la comunidad. Los autores, proponen, un **Sistema de Vigilancia e Intervención educativa**, potencialmente gestionable desde la administración pública y en principio, aplicable a cualquier población de la región de Catalunya.

**En la primera parte** del presente trabajo, se exponen los **hallazgos teóricos** relacionados con la patología alimentaria, acompañados, de algunas reflexiones teóricas de los autores, que ponen de manifiesto una auténtica visión integral e interdisciplinar en el abordaje de los Trastornos de la Conducta Alimentaria.

Una vez desarrollado el marco teórico, **en la segunda parte** de este trabajo, se describen los **procedimientos generales** que permitieron la realización de los diferentes estudios y en los que se dejan ver, tanto, recursos y formas de análisis correspondientes a la metodología cuantitativa, como cualitativa.

Dentro de una amplia **tercera parte** de este trabajo, se exponen cada uno de los **estudios realizados**, respetando, en cada uno de ellos, el formato utilizado para su envío a publicación.

A continuación de los tres artículos, en la ya **cuarta parte** del presente trabajo, se describe una propuesta de un **Sistema de Vigilancia e Intervención educativa**, dirigido a reducir drásticamente la aparición de los Trastornos de la Conducta Alimentaria en una población escolar.

El Sistema de actuación que se describe, constituye una propuesta detallada de intervención comunitaria en dos fases

1. Una primera fase de “Vigilancia epidemiológica”
2. Una segunda fase de “Ejecución de un Programa educativo preventivo” focalizado en los subgrupos en riesgo de Trastorno de la Conducta Alimentaria, que se encuentren formando parte, de los grupos escolares del Sistema de la Enseñanza Superior Obligatoria, en cualquier población de Catalunya.

**Finalmente** son expuestas las Conclusiones y las **Recomendaciones** generales de los autores para la realización de futuras investigaciones en el campo de los Trastornos de la Conducta Alimentaria.

## 2- PRIMERA PARTE: MARCO TEÓRICO

### 2.1- Los Trastornos de la Conducta Alimentaria

#### 2.1.1 Definición y subtipos

Los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) han sido ampliamente abordados, especialmente durante las últimas décadas. Su particular impacto somático y psíquico sobre el sujeto que los padece, es algo aceptado ya, de forma unánime. Constituyen además fenómenos de un elevado nivel de complejidad, en tanto no solo atañen a la salud física, sino también al equilibrio personal, la valoración de sí mismo, el modo en el que se interpreta la influencia mediática, los estereotipos y las normas, así como, el modo en el que se integra el sujeto en determinados entornos sociales, la familia e incluso, la relación de pareja.

Nos encontramos frente a un tipo de fenómeno, cuya punta de iceberg se localiza en la alimentación, pero que, ineludiblemente, termina abarcando un amplio espectro de alteraciones de muy diversa naturaleza. Esto explica que, en su prevención, diagnóstico y tratamiento, confluyan una gran variedad de profesionales e instituciones.

Los llamados Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) se clasifican, atendiendo a la forma, en la que alteran de un modo sustancial y grave el comportamiento del sujeto frente a la alimentación. Es por ello que, a pesar de su enorme complejidad, tales trastornos se clasifican en tres grandes grupos: la Anorexia Nerviosa, la Bulimia Nerviosa y los Trastornos de la Alimentación no especificados.

**La Anorexia Nerviosa** se caracteriza, esencialmente, por una drástica restricción del consumo de alimentos, asociada a una pérdida de peso, que sitúa al individuo por debajo del peso esperado para su edad y sexo. Frecuentemente asociada a irregularidades en el ciclo menstrual, durante un período mínimo de tres meses, en los que se pone de manifiesto, un intenso miedo a engordar y una percepción alterada del

propio cuerpo y su peso American Psychiatric Association (2002). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales(4ª ed., texto revisado). Barcelona: Masson.

Una vez que la **Anorexia Nerviosa** se ha instalado, el sujeto se resiste a alcanzar, incluso, el peso mínimo necesario, que exige una condición física saludable. En una primera etapa suele aparecer el estreñimiento, que en algunos casos es seguido del abuso de laxantes, vómitos o de la realización excesiva de ejercicio físico, con la intención de provocar el efecto vaciado del aparato digestivo, pesar cada vez menos y sentirse más ligeras. Atendiendo al mecanismo básico, que utiliza la persona que sufre la Anorexia Nerviosa, para conseguir la pérdida de peso deseada, encontramos: La Anorexia Nerviosa del tipo Restrictivo y la Anorexia Nerviosa del tipo Purgativo (Raich, 2011).

Este cuadro, aparece mayoritariamente en adolescentes del sexo femenino, educadas, con un elevado sentido del orden y la limpieza. Con la frecuente e irracional creencia de estar comiendo copiosamente, suelen saltarse las normas más básicas de la alimentación en relación con: el momento mismo en el que tiene lugar la ingestión, el uso de las manos y la forma de organizar la comida (Raich, 2011).

**La Bulimia Nerviosa** por su parte, se caracteriza por la presencia de intensos episodios de voracidad, seguidos de conductas purgativas de diversos tipos, que tienen como finalidad la pérdida de peso. Entre los patrones alimentarios de las pacientes bulímicas, se encuentran los atracones, que tienen lugar de un modo sistemático y acompañados de conductas compensatorias, entre las que se encuentran: la provocación del vómito, el uso de laxantes, de diuréticos o sencillamente ayunar (Raich, 2011).

En las pacientes bulímicas, suele darse cierta coincidencia entre su percepción subjetiva de sobrepeso y el sobrepeso real en el que se encuentran (Moreno, Rodríguez-Ruiz, Fernández-Santaella, 2009). Son frecuentes los sentimientos de vergüenza, que las conducen a ocultar los síntomas; parecen ser más conscientes de encontrarse enfermas, en comparación con las pacientes anoréxicas. Aunque pueden observarse conductas restrictivas, en el caso de las pacientes bulímicas, lo más

frecuente es el atracón y a continuación la purga; acuden a la restricción ante el fracaso del mecanismo purgativo (Szydlo, Woolston, 2006).

Algunos autores refieren un tipo de Bulimia, a la que denominan Bulimia Multimpulsiva, que se caracteriza por la presencia de al menos tres de las siguientes condiciones: abuso o dependencia del alcohol y/o las drogas, realización de robos, descontrol, promiscuidad sexual, ideación suicida y/o presencia de autolesiones (Turón, V.J., Turón, L., 2001).

Rusell, en 1979, describiría por primera vez, en su concepción actual, la Bulimia Nerviosa, considerándola, de hecho, un tipo de Anorexia Nerviosa. Este punto de vista resultaba coherente con el hecho de que, entre un 40 y un 60 % de las pacientes bulímicas, tenían antecedentes de Anorexia Nerviosa. Puede apreciarse además cierta transición entre los síntomas de una y otra, llegándose a referir por algunos autores una especie de continuo entre ambas (Turón, V.J., Turón, L. 2001; Toro, 2010).

El tercer grupo de los Trastornos de la Conducta Alimentaria, son los llamados **Trastornos de la Conducta Alimentaria No Especificados o Atípicos**. Esta categoría se reserva para los casos en los que la sintomatología indicativa de un Trastorno de la Alimentación aparece de forma fragmentada, incompleta, lo que no permite su inclusión en ninguna de las categorías diagnósticas antes mencionadas (Raich, 2011).

### 2.1.2 Principales Consecuencias Somáticas, Cognitivas, Emocionales y Conductuales, de estos trastornos.

Para referirse al amplio impacto de estos trastornos, conviene destacar, como precedente importante, el giro marcado en 1946 por la Organización Mundial de la Salud, en relación con las concepciones del proceso salud-enfermedad. Una nueva forma de entender y conceptualizar la salud, daba paso a un proceso de reconocimiento de la importancia sustancial de las condiciones de carácter subjetivo y social dentro del sufrimiento de cada enfermedad, junto a la ya reconocida dimensión somática (Pedriola, 1988).

El estudio de los Trastornos de la Alimentación, no se ha encontrado ajeno a estos cambios cruciales, que marcaron un novedoso modo de entender el proceso salud-enfermedad. A día de hoy, la Anorexia Nerviosa, se reconoce como un fenómeno complejo, de carácter multidimensional, en el que cobran gran importancia la interacción de aspectos socio-culturales, biológicos, los dinamismos individuales de la adolescencia y la interacción familiar. Es por ello que, cada vez con más fuerza se defiende la necesidad de su abordaje sistémico (Toro, 1996, 2004, 2010).

Estamos pues, frente a un trastorno con una amplia y diversa morbilidad, situada en diferentes niveles:

**A nivel somático**, la presencia del trastorno provoca un importante grado de desnutrición, que deja sentir sus efectos a nivel inmunológico, gastrointestinal, cardiovascular, endocrino y hematológico; en algunos casos, de comienzo muy precoz, pueden llegar a provocar bajos niveles de densidad ósea, crisis convulsivas y serias alteraciones del sueño, entre otras (Eidem, y otros; Neiderman, y otros; Turner, y otros, 2001).

Los Trastornos de la Conducta Alimentaria, al mismo tiempo que afectan múltiples sistemas en el ámbito somático, pueden provocar importantes cambios cognitivos, emocionales y de la propia conducta, que suelen ponerse de manifiesto de forma concomitante, con las alteraciones somáticas antes mencionadas.

Las modificaciones **en el ámbito cognitivo** consisten en la aparición de las llamadas distorsiones cognitivas, en este caso, relacionadas con la propia salud, el aspecto del cuerpo y la valoración estética del mismo. También se ponen de manifiesto cogniciones negativas relacionadas con el futuro e irregularidades del pensamiento, tales como abstracciones y generalizaciones selectivas y excesivas (Toro y Vilardell, 1987; Cervera, 1996; Godley, y otros, 2001).

Las **alteraciones emocionales** asociadas al padecimiento de los Trastornos de la Conducta Alimentaria, además de manifestarse durante y después de su comienzo, pueden encontrarse precediendo a los mismos. Entre los desordenes emocionales que

se producen, se encuentran: frecuentes crisis de angustia y miedos, asociadas a visibles signos de ansiedad y depresión (Calvo, 1992; Pubill, 1997).

**Los cambios conductuales** se observan a través de una progresiva reducción de las actividades de estos sujetos a aquellas acciones o comportamientos, que tengan como única finalidad la pérdida de peso o evitar situaciones sociales, relacionadas de una u otra forma, con este tipo de preocupaciones (Raich, 2011).

### 2.1.3 Génesis de los Trastornos de la Conducta Alimentaria.

Los intentos explicativos, dirigidos al análisis de los factores etiológicos de estos trastornos, se caracterizan por su carácter integrador. Se confirman la participación de factores somáticos, socioculturales y de carácter personal, interviniendo todos de una u otra manera en la génesis de los mismos (Treasure y Campbell, 1994; Salvatierra, 1999; Wals, Wheat y Freund, 2000; Chinchilla, 2003; Fox y Power, 2009).

En el proceso de aparición de los Trastornos de la Conducta Alimentaria, aún no han podido ser identificados y descritos, con total precisión, sus mecanismos etiopatogénicos. Manteniéndonos, dentro de la ya bastante consensuada, concepción sistémica e integral de estos trastornos, veamos cómo podrían estar interviniendo factores de naturaleza muy diversa, de tipo biológico, socio-cultural, familiar y/o personal, en el origen de los Trastornos de la Conducta Alimentaria (Kaluski et al, 2008).

#### *2.1.3.1 Los Aspectos Biológicos*

Cuando se analizan los aspectos de naturaleza biológica que, se encuentran implicados en la génesis de los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA), se habla de una llamada vulnerabilidad biológica. Este factor biológico favorecedor, por excelencia, es el hecho de encontrarse el sujeto en pleno período de la pubertad, en el que se producen importantes y abruptos cambios físicos y endocrinológicos, potencialmente

transformables en premisas de este tipo de trastorno. Dado que, tales cambios, suelen tener lugar, de modo concomitante a diversas alteraciones del comportamiento alimentario, esto complejiza más aún el análisis causal de la enfermedad alimentaria.

También se incluye dentro de esta vulnerabilidad biológica, precedente al cuadro, la aparición de cualquier tipo de enfermedad o problema de carácter físico, justo en este período del desarrollo (Turón, V., Turón, L., 2001). Los antecedentes de Obesidad, en especial, aparecen con elevada frecuencia, entre los adolescentes que sufren los Trastornos de Conducta Alimentaria, llegando a considerarse que, ambas anomalías, podrían tener una base común, en tanto diferentes formas de manifestación de un mismo fenómeno (BodyWise y BodyWorks, 2005; Downs, y otros, 2007; Day, Ternouth y Collier, 2009; Kortabarría, y otros, 2010).

Existen evidencias de la presencia previa de Obesidad como una circunstancia que, eleva el riesgo de sufrir el Trastorno de la Conducta Alimentaria (Kaluski, y otros, 2008). Algunos investigadores consideran oportuno desarrollar programas para prevenir la Obesidad, como modo de prevenir, a más largo plazo, los Trastornos de la Conducta Alimentaria (Austin, S. B., y otros, 2005). Se ha constatado además, que, el nivel de Obesidad precedente encontrado en la historia vital del adolescente, se encuentra relacionado positivamente con la severidad de la sintomatología alimentaria (Nilsson, Sundbom, Hägglöf, 2008; Petrie, y otros, 2009; Bachar, y otros, 2010).

Índices Extremos de Masa Corporal, también aparecen fuertemente asociados a los problemas de imagen corporal, que suelen acompañar la anomalía alimentaria. Aunque la insatisfacción corporal, no puede explicarse únicamente por un aumento del Índice de Masa Corporal (IMC), ha podido observarse que, en la medida que este aumenta, también se eleva la insatisfacción con el cuerpo (Maganto, Cruz y Etxebarria, 2003; Maganto y Cruz, 2008; Presnell, y otros, 2008).

Además de las condiciones somáticas potenciales, que de algún modo, favorecen la aparición del Trastorno de la Conducta Alimentaria, una vez instalado el mismo, continuarán produciéndose cambios a nivel físico, en este caso, directamente relacionados con la desnutrición. Tales cambios, a su vez, comenzarán a contribuir a la

permanencia de la patología alimentaria; por ejemplo, la amenorrea por adelgazamiento, al mismo tiempo que, consecuencia de una mala alimentación, cuando se prolonga en el tiempo, comienza a favorecer la anomalía alimentaria, creándose un círculo cerrado en el que diferentes alteraciones se retroalimentan mutuamente (Salvatierra, 1999).

### *2.1.3.2 Los Factores Socio-Culturales.*

En el análisis del origen de los Trastornos de la Conducta Alimentaria, se refieren con especial agudeza los Factores Socio-Culturales. Destacando especialmente las condicionantes socioculturales, el médico e investigador español, Toro, J. en 1996, analizaba profundamente cómo los patrones sobre el cuerpo femenino constituyen un elemento esencial en la génesis de la Anorexia Nerviosa y en la de los Trastornos de la Ingesta en general.

Sansinenea y colaboradores, en 1998 mostraban, como la manipulación de la información influye sobre la percepción de los estigmas, lo que pone de manifiesto, la incalculable influencia favorecedora de los medios masivos de comunicación en la aparición de estos trastornos. De hecho, es destacable la existencia de un sesgo atencional en la población femenina hacia informaciones relacionadas con el cuerpo (Perpiña, y otros, 1998; Sánchez y Capataz, 2002).

Tal es el peso concedido a los Factores Socio- Culturales en el surgimiento de la patología alimentaria, que, algunos investigadores llegan a explicar, el aumento de estos trastornos, a través de un mecanismo socio-patogénico. Según estos autores, determinados fenómenos, que tienen lugar a nivel macro social, tales como la promoción de un modelo estético corporal mediante un fuerte influjo mediático, conformado por la música, vídeos, etc., van generando un proceso de identificación, por parte de los adolescentes, con los patrones estéticos, implícitos en los mensajes publicitarios. Llegados a este punto, y, en el contexto de la marcada inmadurez de esta etapa de la vida, los adolescentes comienzan a dirigir su comportamiento con mucha fuerza, hacia la modelación de su propio cuerpo. Estos comportamientos, de forma

mantenida primero y en escala ascendente después, derivarían en la sintomatología que caracteriza la Anorexia y la Bulimia nerviosas (Vera, 1998; Moreno, 1999; Gonzalo, 2001; Bell, Lawton y Dittmar, 2007; Grabe, Ward y Hyde, 2008; Toro, 2010).

### *2.1.3.3 La Familia y los Trastornos de la Conducta Alimentaria.*

La presencia de determinadas dificultades en el entorno familiar de los sujetos con Trastornos de la Conducta Alimentaria, es verdaderamente, poco discutible entre los profesionales que toman parte en el proceso de diagnóstico y tratamiento de los mismos. Sin embargo, entraña, una especial dificultad determinar, qué aspectos específicos relativos al funcionamiento familiar, se encuentran favoreciendo la aparición y posterior desarrollo de estos trastornos, pues las familias de estas pacientes, cuando demandan ayuda profesional, con frecuencia, manifiestan actitudes ambivalentes, además de, fuertes resistencias a reconceptualizar la situación y aún más ante el cambio (Morandé, 2006- 2009; Cunha, Relvas y Soares, 2009).

Gran parte de las pacientes anoréxicas con agresividad aumentada, manifiestan problemas de cierta relevancia en la relación con su familia, a la que, algunos investigadores, consideran disfuncionales, principalmente en indicadores tales como la cohesión y la adaptabilidad (Mancilla y Vilaclara, 1999; Morande, 2009). Se describen perfiles psicológicos similares y en ocasiones complementarios, en la díada madre-hija, dentro de las familias de la pacientes con Anorexia Nerviosa (Morande, 2006; Blodgett, y otros, 2009).

En las familias en las que alguno de los padres y la hija padecen trastornos alimentarios, se observa una concordancia importante entre las percepciones familiares y de los hábitos de alimentación, especialmente, entre madres e hijas. Estos investigadores, le atribuyen una gran importancia a la actitud de los padres frente a la alimentación, los hábitos de alimentación dentro de la familia, y, además a la propia dinámica familiar. (Ravi, y otros, 2008).

Blodgett, y sus colaboradores en 2009 señalaban que, las actitudes maternas dirigidas al control psicológico de las niñas, podrían favorecer el desarrollo de sintomatología bulímica. Los trastornos alimentarios de lo/as adolescentes requieren de una intervención específica sobre la capacidad de la familia para afrontar (coping) el problema para evitar transformarse en el principal factor de mantenimiento de la conducta patológica (Morandé, 2009).

En las familias de lo/as pacientes con Trastornos de la Conducta Alimentaria, con frecuencia, las niñas son educadas en el orden, la preocupación por el aspecto físico y el cuidado de los demás, mientras que, de los niños varones, esperan una actitud más dirigida al éxito y la autonomía. Todo esto se ve acompañado de cambios en los modos de alimentación, la imposibilidad de muchos padres de controlar la alimentación de sus hijos y muchas veces, la presencia de antecedentes de alteraciones en el comportamiento alimentario de uno de los padres. Por todo ello, se reitera la importancia de las aproximaciones terapéuticas familiares, destacando lo relativo a los límites generacionales para la organización funcional de estas familias, no solo para asegurar una verdadera recuperación de esto/as pacientes, sino para prevenir la aparición del trastorno (Neumark-Sztainer, 2007; Neumark-Sztainer, et al, 2010).

#### *2.1.3.4 Los Aspectos Personales*

En la génesis de los Trastornos de la Conducta Alimentaria, no solo se sitúan factores de carácter biológico y sociocultural, sino además aspectos relativos al individuo, su conducta y su nivel de equilibrio personal. Entre estos aspectos se encuentran:

- Los Problemas de Autoestima o Autoconcepto.
- Un Déficit en Las Habilidades Sociales.
- Una inadecuada Imagen Corporal
- No contar con Estrategias de Afrontamiento Adecuadas
- La presencia reiterada de la Conducta Restrictiva frente a la alimentación.
- El Uso y Abuso de Dietas Injustificadas.

- La presencia de Sintomatología Psicopatológica

*Los Problemas de Autoestima o Autoconcepto*, se consideran como un factor personal, que pudiera encontrarse favoreciendo la aparición del Trastorno de la Conducta Alimentaria, porque, cuando un adolescente no se valora adecuadamente, esto aumenta su grado de exposición a la influencia mediática, promotora de un modelo estético corporal. Bajo el influjo de tal influencia y, en la búsqueda desmedida de aprobación del grupo de iguales, frecuentemente, tienen lugar, conductas que intentan regular de un modo anómalo la alimentación. En los casos, en los que la autoestima no se encuentra dañada, esta positiva valoración de sí mismo, actúa como un factor protector frente a la insatisfacción corporal. Es por esto que, el concepto que se tenga de sí mismo y la autoestima, constituyen aspectos personales claves, no solo para comprender el inicio del Trastorno de Conducta Alimentaria, sino para la preparación de cualquier acción dirigida a prevenirlos (Cervera, 1996; Díaz y otros 2003; Raich, 2008-2011).

*Un Déficit en Las Habilidades Sociales*, ha podido encontrarse tanto en adolescentes que sufren el Trastorno de la Conducta Alimentaria, como en los que se encuentran en riesgo de contraerlo. Se ha podido observar que, peores relaciones de amistad durante la adolescencia, pueden llegar a predecir las preocupaciones por el peso y la restricción dietética; así mismo, otros investigadores consideran que, las dificultades en el funcionamiento psicosocial, encontradas en casos clínicos, avalan la necesidad de intervenciones terapéuticas sobre el área de las relaciones interpersonales, especialmente, en pacientes adolescentes (Fernández y otros, 1997; Gerner y Wilson, 2005; Carretero y otros, 2009).

*Una inadecuada Imagen Corporal*, conceptualizada por algunos autores como una alteración que atañe principalmente a la percepción y por otros, como una auto-evaluación negativa que se hace del propio cuerpo y de sí mismo, constituye, uno de los aspectos personales a los que, de forma unánime, se le atribuye una importancia crucial en la génesis misma del trastorno alimentario (Rosen, Reiter, Orosan, 1995;

Cervera, 1996; Raich, y otros, 1997; Carta, y otros, 2008). La Insatisfacción Corporal y/o su distorsión, aparece asociada a un fuerte deseo de perder peso (Dorian y Garfinkel, 2002; Storvoll, Strandbu, Whistrom, 2005; Wiseman, Sunday, Becker, 2005; Acosta, y otros, 2006). Se describe una correlación positiva entre la insatisfacción corporal y los Trastornos de la Conducta Alimentaria y que, es justo la alteración de la imagen corporal lo que favorece el trastorno y no a la inversa (Maganto y Cruz, 2002; Berg, Frazier e Iser, 2009). Kortabarria, y otros (2010) destacaban la creciente incidencia de los problemas de imagen corporal en población adolescente, señalando además, su frecuente asociación con errores en la forma en que se lleva a cabo la alimentación, el comienzo precoz de dietas, la dificultad para expresar las emociones y el desconocimiento sobre dónde y cómo buscar ayuda. La mayoría de las personas con Trastornos de Conducta Alimentaria presentan insatisfacción corporal y, tal insatisfacción es identificada como un indicador predictivo y fiable de la presencia de las conductas anómalas en la alimentación (Raich, 2000; Carretero y otros, 2009). El peso específico de los problemas de imagen corporal, se ven particularmente acentuados, por la etapa de la vida en la que se encuentran estos sujetos, situados en plena adolescencia. La evolución posterior de la satisfacción corporal y vital, que sobreviene con la madurez y más tarde con el envejecimiento, como refirieran, Sánchez y Maganto (2011) seguramente tendrá mucho que ver con la drástica disminución que experimentan estos trastornos en edades más avanzadas de la vida.

*No contar con Estrategias de Afrontamiento Adecuadas* ante situaciones que generan ansiedad y en las que se implican procesos de maduración o autonomía, constituye un aspecto personal relevante, en tanto que un adolescente desprovisto de recursos propios para hacer frente a determinadas demandas generadoras de angustia, con frecuencia, buscando reducir su angustia, introduce cambios en su alimentación, que considera le aproximan al ansiado modelo estético corporal y con ello conseguir la aprobación social deseada. La ausencia de estrategias de afrontamiento, puede no solo expresarse en alteraciones en la alimentación, sino en diferentes áreas de la vida, tales como la sexualidad, la familia y con ello potenciarse aún más las alteraciones alimentarias (Salvatierra, 1999).

*La presencia reiterada de la Conducta Restrictiva dentro de la alimentación*, constituye un aspecto relativo a la persona, esbozado, desde la concepción cognitivo conductual, que, considera, que, una prolongada permanencia de la restricción, estaría ejerciendo un efecto compensatorio dirigido al descontrol, que, terminaría explicando la aparición no solo de la Anorexia y la Bulimia nerviosas, sino de otras conductas adictivas (Rodríguez, 1998; Baile, Garrido, 1998-1999).

*El Uso y Abuso de Dietas Injustificadas*, de forma reiterada puede encontrarse favoreciendo la aparición de los Trastornos de la Conducta Alimentaria (Gómez, García y Corral, 2009). A mayor rigidez en la aplicación de las dietas, se hará mucho más probable desarrollar este tipo de trastorno (Polivy, Coleman y Herman, 2005; Hill, 2007). Tales dietas no se inician porque sea positivo para la salud perder peso, sino para corregir una percepción distorsionada del cuerpo (Johnson y Wardle, 2005).

*La presencia de sintomatología psicopatológica como: depresión* (Castro, y otros, 1991; Cervera-Enguix, Quintanilla, 1991-1992; Walitza, Schulze, Warnke, 2001), *la ansiedad y la angustia* asociada a situaciones en las que se exige de contacto social (Calvo, 1992; Herpertz Dahlmann, y otros 2001) y los *rasgos obsesivos compulsivos* (Saya y Tenaglia 2001; Jiménez y Raich, 2002; Jimenez, 2008)) traducen un perfeccionismo desmedido, en la búsqueda del ajuste a un modelo estético corporal. Las puntuaciones elevadas de depresión, suelen asociarse a mayores puntuaciones en el Índice de Masa Corporal (IMC) o a mayor percepción de obesidad (Santos, Richards y Bleckley, 2007; De Sousa, 2008; Carta, y otros, 2008). Se afirma que en la medida que, la depresión aumente, habrá una mayor probabilidad de sufrir un Trastorno de la Conducta alimentaria (Fening, Hadas, 2010; Cahill, Mussap, 2007). Se considera, que, los síntomas de ansiedad se encuentran en la base personal de las adolescentes que terminan desarrollando un trastorno alimentario, considerándose a la ansiedad, factor favorecedor de la instalación del trastorno, en la medida que conduce a dietas erróneas, a preocuparse excesivamente por el peso y más tarde, a la aparición de la sintomatología propiamente alimentaria (Spindler, Milos, 2007; Bardone-Cone, y otros, 2010).

Esta amplia gama de aspectos personales, referidos por los autores, tales como los problemas de Autoestima, el Déficit en las Habilidades Sociales, los problemas de Imagen Corporal, la reiterada presencia de la Restricción, el Uso y Abuso de dietas y, la presencia de determinadas Dimensiones Psicopatológicas, no se comportarían de igual forma, en los diferentes grupos de edad, sexo o tipo de trastorno alimentario; luego entonces, el modo en el que, el ámbito personal puede coadyuvar a la aparición de la anomalía alimentaria, puede ser diverso, lo que pone de manifiesto la complejidad de la relación entre los factores que atañen al sujeto en si mismo y el modo particular en el que se inicia y evoluciona el Trastorno de la Conducta Alimentaria (Ramos, Rivera, Moreno, 2010).

#### 2.1.4 Diagnóstico y Tratamiento de los Trastornos de la Conducta Alimentaria.

Para el diagnóstico de los Trastornos de la Conducta Alimentaria, suelen utilizarse los Criterios del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. (American Psychiatric Association (2002). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV-TR).

Criterios para el diagnóstico de Anorexia Nerviosa (DSM-IV)

- A. Rechazo a mantener el peso corporal igual o por encima del valor mínimo normal, atendiendo a la edad y la talla del sujeto; por ejemplo: se produce una pérdida de peso que sitúa al sujeto en un peso inferior al 85 % del esperado o, encontrándose el adolescente, dentro del período de crecimiento, el aumento del peso corporal no llega a rebasar el 85 % del esperado.
- B. Miedo intenso a ganar peso o a convertirse en obeso, incluso estando por debajo del peso normal.

- C. Alteración de la percepción del peso o la silueta corporales, exageración de su importancia en la autoevaluación o negación del peligro que comporta la pérdida de peso corporal.
- D. En los casos en los que ya hayan tenido la menstruación, la presencia de amenorrea; por ejemplo, ausencia de, al menos tres ciclos menstruales consecutivos (se considera que una mujer presenta amenorrea cuando sus menstruaciones aparecen únicamente con tratamientos hormonales, por ejemplo, con la administración de estrógenos).

Se describen dos tipos principales de Anorexia Nerviosa:

El Tipo Restrictivo: durante el episodio de anorexia nerviosa, el individuo solo restringe drásticamente su alimentación, absteniéndose de comer un mínimo necesario para conservar un correcto estado de salud.

El Tipo Compulsivo/Purgativo: durante el episodio de anorexia nerviosa, el individuo recurre regularmente a conductas de carácter purgativo (por ejemplo: provocación del vómito o uso excesivo de laxantes, diuréticos o enemas).

Criterios para el diagnóstico de Bulimia Nerviosa (DSM-IV).

- A. Presencia de atracones recurrentes. Un atracón se caracteriza por:
  - (1) ingesta de alimento en un corto espacio de tiempo (por ejemplo, en un período de 2 horas) en cantidad superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en un período de tiempo similar y en las mismas circunstancias.
  - (2) sensación de pérdida de control sobre la ingesta del alimento (por ejemplo, la sensación de no poder parar de comer o no poder controlar el tipo o la cantidad de comida que se está ingiriendo).

- B. Conductas compensatorias inapropiadas, de manera repetida, con el fin de no ganar peso, tales como: provocación del vómito; uso excesivo de laxantes, diuréticos, enemas u otros fármacos; ayuno, y ejercicio excesivo.
- C. Los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas tienen lugar, como promedio, al menos dos veces a la semana durante un período de 3 meses.
- D. La autoevaluación está exageradamente influida por el peso y la silueta corporales.
- E. La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de la anorexia nerviosa.

Se describen dos tipos principales de Bulimia Nerviosa:

El Tipo Purgativo: durante el episodio de Bulimia Nerviosa, el individuo, de forma regular, se provoca el vómito o usa laxantes, diuréticos o enemas de forma excesiva.

El Tipo No Purgativo: durante el episodio de Bulimia Nerviosa, el individuo, de forma regular, acude a un prolongado ayuno o al ejercicio físico muy intenso, como conductas compensatorias del aumento no deseado del peso corporal.

Dado el frecuente solapamiento de unos síntomas y otros, en la práctica asistencial, se viene apreciando una tendencia a realizar diagnósticos mixtos, al mismo tiempo que, no cesan los esfuerzos para el establecimiento de criterios diagnósticos diferenciales entre las entidades que se agrupan bajo la categoría Trastornos de la Alimentación. En relación con la Bulimia Nerviosa, por ejemplo, se discute, si se trata de una sola entidad psicopatológica o de varias. En relación con este tema investigadores de la Universidad Autónoma de Barcelona concluyen que, efectivamente se puede hablar de Bulimia Nerviosa con infra peso, con un peso normal y con sobrepeso .

Las pacientes anoréxicas suelen ser más jóvenes, en el momento en el que se les detecta la enfermedad, tener un coeficiente intelectual superior al promedio, mayor compromiso familiar y menos habilidades de comunicación. Las pacientes bulímicas en cambio, muestran un pobre aprovechamiento académico, mayores problemas de conducta en la escuela y, la comunicación familiar se encuentra aún más dañada en comparación con la anorexia (Walitzka, Schulze, Warnke, 2001)

Encontrar un tratamiento eficaz de los Trastornos de la Conducta Alimentaria, constituye todo un reto para la comunidad científica y asistencial de nuestros días. La gran amplitud y diversidad de los factores implicados, conducen, cada vez, con mayor fuerza, a la estructuración de tratamientos de carácter integral, en el que se contemplen todos los niveles que se encuentren dañados (Ogden, 2003). Sin embargo, a pesar de tal consenso, en la práctica diaria, cuando se inicia un tratamiento, frente a tal variedad de daños, se genera una polémica sobre cómo proceder con tal integralidad. Así por ejemplo, se discute, si ha de concedérsele prioridad a la necesidad inminente de recuperación del peso, por encima del establecimiento de la responsabilidad de la paciente o, si por el contrario, comenzar por la asimilación de la responsabilidad de la paciente, para de inmediato emprender medidas para su recuperación nutricional (Gowers, y otros, 2002). En gran parte de los casos se observa una absoluta refractariedad a la recuperación ponderal o a la normalización dietética, por lo que muchos investigadores se encuentran demandando la elaboración de modelos de intervención diferenciados, que no constituyan modelos de prevención terciaria, sino que se planteen como objetivo la remisión de los síntomas, acompañados de programas de rehabilitación y reinserción y solo ante el fracaso de estos, plantearse la prevención terciaria. (Turón y colaboradores, 2011).

Una vez cumplidas las pautas de atención médica de estas pacientes, como tendencia general, los profesionales dirigen su atención, hacia los problemas que se encuentran en la base del Trastorno de la Conducta Alimentaria (Faya y colaboradores, 2011). Siguiendo esta línea, proponen llevar a cabo un entrenamiento en las habilidades sociales, incidir sobre una inadecuada imagen corporal a través de la utilización de técnicas cognitivo conductuales, la organización de grupos de apoyo a padres, siguiendo una metodología, diseñada en varios módulos y/o la utilización de la terapia familiar sistémica, la terapia de grupo, el trabajo en las relaciones interpersonales de estas pacientes, entre otros procedimientos (Morandé 2006-2009; Green, et al, 2009; Hartman et al, 2010).

### 2.1.5 Población afectada por los Trastornos de la Conducta Alimentaria. Algunos Datos Epidemiológicos.

Un rápido esbozo de la literatura internacional permite observar, abundantes signos de alarma en relación con la frecuencia de aparición de los Trastornos de la Conducta Alimentaria en nuestros tiempos, en particular en las poblaciones adolescentes escolarizadas de los países industrializados, incluido el nuestro. Sin embargo, para entender un trastorno, no solo ha de profundizarse en el estudio de casos clínicos, es necesario conocer cuán frecuente es y qué grupos resultan particularmente vulnerables.

Investigadores españoles, alertaban sobre el ritmo acelerado de aparición de los Trastornos de la Conducta Alimentaria porque, los casos de Bulimia identificados en estudiantes residentes en Madrid, pasaban de un 1,24 % en 1986 a un 3,4% en 1994, al mismo tiempo que el riesgo de contraer el TCA entre las 1314 adolescentes estudiadas, alcanzaba el 24 % en chicas y el 3,4 % en chicos. (Morande, 1999)

Los investigadores de la Escuela de Medicina de la Universidad Nagoya en Japón, que hicieron un seguimiento de los casos de Anorexia Nerviosa de la Unidad de Psiquiatría de su Hospital durante 20 años (1976-1995) reportaban un acelerado incremento de los casos típicos de anorexia entre los años 1976 y 1990, señalando después un decrecimiento de los casos típicos a partir de la década de los 90, en contraste con el incremento de casos atípicos, con un comienzo cada vez más temprano, en el período prepuberal inferior a los 12 años. No obstante en términos generales observaron un incremento de los casos severos a lo largo de los 20 años. (Ishikawa, Honjo, 1999).

Se viene señalando una prevalencia de un 0,9 % de Anorexia, 2,9 % de Bulimia y un 5,3% de Trastornos de la Conducta Alimentaria no especificados (Olesti, et al, 2008). En E.U entre el 5 y el 10 % de las chicas entre los 15 y los 20 años podría padecer de Bulimia. En España entre 1 y 3 de cada 100 sujetos en estas edades padece esta enfermedad. Esta misma autora refiere que 1 de cada 100 chicas y 1 de cada 1000 chicos que se encuentran en edad de riesgo, padece Anorexia, 30 veces más que 10 años atrás, cuando se refería que en los países occidentales 3 de cada 100 000 sujetos

padecía Anorexia nerviosa cada año. Tan alta y reconocida es la posibilidad de la aparición de este tipo de trastornos durante la edad escolar, más concretamente, durante la Adolescencia, que los investigadores de la Universidad de California se propusieron la formación de Psicólogos escolares especializados en Anorexia Nerviosa, que conocieran la epidemiología de este trastorno, su etiología, forma de evaluación y tratamiento (Jimerson, Pavelski, 2000).

En población general española se refieren valores entre 0,5 y un 2 % de casos de Anorexia y entre un 1 y un 5 % de Bulimia nerviosa. Se reconoce un aumento de la incidencia de la Anorexia y la Bulimia, dentro de la población femenina, perteneciente a las clases medias, residentes en zonas urbanas, con buen rendimiento escolar, sobrepeso y/o obesidad, una auto-imagen corporal negativa y un fuerte deseo de delgadez. (Martinez y colaboradores, 2003) Siguen dietas adelgazantes, cuya posible edad de comienzo, se sitúa como promedio entre los 15 y los 17 años (Gandarillas y Febrel, 2000) aunque también se refiere una ampliación de este período de mayor vulnerabilidad al período entre los 12 y los 19 años (Maganto y Cruz, 2008).

Hace varias décadas, que venimos asistiendo al particular impacto de los Trastornos de la Conducta Alimentaria. Un significativo aumento de las consultas por Anorexia y cuadros afines en la década de los ochenta, condujo, en su momento, a la creación de unidades hospitalarias de larga estada para el tratamiento prolongado de esta enfermedad en adolescentes, así como a la elaboración de nuevos protocolos de trabajo para la atención ambulatoria de este tipo de pacientes durante un período que podría llegar hasta los 4 años de duración (Belloch, Sandin, Ramos, 2008).

La Asociación contra la Anorexia y la Bulimia de una comunidad española, como La Rioja, alertaba del incremento en un 1 a un 3 % de la Anorexia y de un 3 a un 6 % de la Bulimia en un año, además de un descenso en su edad de comienzo a los 10 años (Raich y colaboradores, 1991). Casi dos décadas más tarde, Martínez (2009) tras realizar un extenso estudio epidemiológico en varias ciudades de Catalunya, refería entre un 5 y un 10 % de sujetos con Trastornos de la Conducta Alimentaria dentro de las edades en riesgo.

Behar R., (2010) intenta resumir quince años de investigación en los Trastornos de la Conducta Alimentaria y confirma que, los grupos de riesgo para desarrollar un TCA, reportados por la literatura internacional durante estos años, fluctúan entre un 15 y un 41 %, en el período de la adolescencia, asociado a sobrepeso u otras circunstancias.

En un estudio de las conductas alimentarias de riesgo en una muestra de 2.142 adolescentes, se encontró que un 11,2% de los adolescentes presentaba conductas alimentarias de riesgo para el desarrollo de un TCA, de los que un 7,79% fueron chicas y un 3,34% chicos. También observaron que los adolescentes de 12 años presentaban puntuaciones superiores en el EAT-40 que el resto de compañeros y que el porcentaje de chicas con conductas alimentarias de riesgo relacionadas con el desarrollo de los TCA fue inferior al de estudios previos; no ocurriendo lo mismo en el caso de los chicos, en los que comenzaba a asomarse un aumento (Pamies y colaboradores, 2011).

Como puede apreciarse, son diversos y numerosos los intentos de aproximación al conocimiento de la verdadera dimensión del problema, a nivel poblacional. Sin embargo, falta alcanzar precisión en cuanto a la mayor o menor correspondencia de las estadísticas internacionales con las nuestras, si se manifiestan o no en nuestros casos los posibles factores etiológicos, a los que se hacen referencia en la literatura internacional. La búsqueda de estas respuestas, exige, la exploración de los porcentajes de actitudes y comportamientos de riesgo de Trastornos de la Conducta Alimentaria en nuestras poblaciones, preservando el enfoque integral, unánimemente aceptado por los investigadores y conscientes del complejo contexto somático, psicológico y social, en el que se desarrollan estos trastornos.

## 2.2 Las Competencias Socio-emocionales

### 2.2.1 Las Competencias Socio-emocionales. Los Modelos y el alcance de las mismas.

Es palpable el largo recorrido teórico, práctico y científico entre la consolidación del término Inteligencia y la posterior aparición y desarrollo del término Inteligencia Emocional.

Ya hoy se considera una evidencia, el carácter insuficiente de los muy citados coeficientes de inteligencia, en el proceso de afrontamiento del individuo a la complejidad de su entorno y a la suya propia. La cuestión en su momento fue entonces, cómo definir esos otros aspectos relativos al desarrollo personal, que tanta relevancia cobran en el buen desempeño general de un individuo. Es entonces, que, desde el propio recorrido teórico y científico del término Inteligencia, dentro del cual, se comenzaron a reconocer las llamadas inteligencias múltiples se comienzan a crear las bases de lo que, más adelante se definiría como Inteligencia Emocional (Trujillo y Rivas, 2005).

Un giro importante en este camino, hacia la identificación de la Inteligencia Emocional, se produce cuando Mayer et al, (1990) intentan explicar científicamente, por qué determinados individuos eran capaces, no ya de encontrar mejores soluciones a un problema, sino de, identificar las emociones, de un modo mucho mejor que otros. Intentando dar respuesta a tal interrogante, estos investigadores refieren la existencia de una llamada capacidad cognitiva novedosa, a la que deciden identificar con el nombre de Inteligencia Emocional.

Estos mismos autores, no solo consiguen llamar la atención de la comunidad científica, sino que proponen el primer modelo de Inteligencia Emocional, en el que se definiría la misma como la capacidad de supervisar tanto los propias emociones y sentimientos, como la de los otros, para discriminar entre ellos y utilizar esta información para guiar el pensamiento y la acción. Consideraban la Inteligencia Emocional como una habilidad cognitiva única, basada en el cómo la emoción se pone en funcionamiento en el entorno social de un individuo. (Salovey and Mayer, 1990)

En una primera etapa Salovey y Mayer, desarrollaron un instrumento, conocido como Trait Meta-Mood Scale (TMMS), que, permitía evaluar la Inteligencia Emocional valorando las cualidades más estables de la propia conciencia de las emociones y la capacidad para dominarlas, además de las creencias que tienen las personas sobre su capacidad de atención, claridad y reparación de estados emocionales. Este test mostró su capacidad predictiva con respecto al ajuste emocional y la disposición de las

personas para adaptarse de forma exitosa a las experiencias estresantes en estudiantes de nivel superior (Salovey et al, 1993).

Sobre la base de sus investigaciones anteriores, estos mismos autores, desarrollan el Mayer-Salovey-Caruso Emotional Intelligence Test 2002 (MSCEIT). Este instrumento no constituye una medida de autoinforme, sino, una prueba de habilidad cuyas respuestas representan aptitudes reales para resolver problemas emocionales. Es la primera medida que proporciona puntuaciones válidas y fiables en cada una de las cuatro áreas principales de la inteligencia emocional definidas por Mayer y Salovey: Percepción emocional, Facilitación emocional, Comprensión emocional y Manejo emocional (Brackett and Salovey, 2006). De hecho, el MSCEIT es un instrumento de gran prestigio en todo el mundo y que resulta de utilidad para fines de desarrollo personal, formación de equipos, selección de personal, etc (Travis et al, 2006).

Brackett and Salovey (2006) examinaron profundamente el MSCEIT y afirmaron que, quedaba demostrada su validez discriminante respecto a otros constructos clásicos como las habilidades cognitivas o los rasgos de personalidad, además de contar con una validez incremental para predecir resultados importantes como el rendimiento académico, procesos cognitivos, bienestar psicológico, depresión, ansiedad, conducta prosocial, conductas no adaptativas, y de liderazgo.

Extremera, Fernández Berrocal y Salovey (2006) por su parte, crearon la versión española del MSCEIT y consiguieron demostrar su fiabilidad y su consistencia interna en una muestra de 946 estudiantes de Enseñanza Media y Universitaria, entre los 16 y 58 años. Los resultados de este test correlacionaron positivamente con la edad, aunque las mujeres obtuvieron mejores resultados que los hombres. Sin embargo, no se opina lo mismo del MSCEIT dentro del entorno organizacional, en el que pudo constatarse que, solo el promedio de la Inteligencia Emocional (evaluada por el MSCEIT) de un equipo dedicado a ajustar reclamaciones, predijo, la satisfacción del cliente. En este caso, la inteligencia emocional no se relacionó significativamente ni con la productividad, ni con el compromiso de mejora (Rice, 1999).

En otros casos, también dentro del ámbito de la empresa, la medida del MSCEIT del Manejo de las emociones (la cuarta rama de la inteligencia emocional) resultó significativamente menor en los individuos de rango más alto y mejor pagados en la empresa, al ser evaluados 59 altos ejecutivos de una empresa internacional de servicios (Collins, 2001).

Es por ello que Brackett and Salovey (2006) insisten en la necesidad de continuar investigando, pues la propia confección del Weschler, ha necesitado casi un siglo para ser el instrumento avanzado y bastante perfeccionado que es hoy. Los autores de este trabajo afirman que los resultados de estos trabajos podrían estar indicando que la inteligencia emocional puede contribuir solo a algunos aspectos del rendimiento en el trabajo, no a todos; además de señalar el carácter pequeño de las muestras estudiadas.

Dentro de este ámbito de la Inteligencia Emocional, se han desarrollado, otros modelos, llamados Mixtos dado que se enfocan hacia la personalidad en relación con la Inteligencia Emocional; en contraste con el modelo de habilidades, como el de Salovey y Meyer, más dirigido a cómo se capta y utiliza la Inteligencia Emocional en el aprendizaje. Según Trujillo y Rivas (2005) estos dos grandes enfoques, estilos o modelos, marcan un referente en la literatura científica concerniente al campo de la Inteligencia Emocional.

Entre los modelos llamados mixtos se encuentra el de Bar-On (1997) que considera que la Inteligencia Emocional abarca un espectro mayor de elementos, entre los que, además de capacidades y competencias, se encontrarían habilidades de carácter propiamente emocional, que no corresponden al ámbito de la cognición y que en su conjunto se encontrarían influyendo en un afrontamiento exitoso de los requerimientos del entorno y de las frecuentes presiones, que marcan nuestra vida.

Dada la considerable ampliación del contenido de la Inteligencia Emocional, desarrollado por Bar-On (1997) este autor desarrolla una clasificación por tipos de componentes, entre los que incluye:

1. Los intrapersonales (la conciencia de las propias emociones, la consideración hacia uno mismo, la auto-actualización, la independencia y la asertividad).
2. Los interpersonales (la responsabilidad social, la empatía y el modo en que nos relacionamos con los demás).
3. Los de adaptabilidad (la evaluación de la realidad, la flexibilidad y la solución de problemas).
4. Los generales del estado afectivo (la felicidad y el optimismo).
5. Los de gestión del estrés (tolerancia al estrés y el control de los impulsos).

Cada uno de estos factores, se subdividen en 15 componentes de orden mayor. Este instrumento, además, contiene 133 ítems a partir de cinco escalas y 15 subescalas. En su cuantificación, este modelo utiliza cuatro índices de validación y factores de corrección. Se clasifica como modelo mixto por sus subcomponentes, como aprobación de la realidad, manejo del estrés, control de impulsos, entre otros; no obstante, como sus propios autores han afirmado, se trata de un inventario sobre una amplia gama de habilidades emocionales y sociales. (Bar-On, 1997).

Un importante hito, dentro de los llamados modelos mixtos de Inteligencia Emocional, lo marcó el Modelo desarrollado por Goleman, (2000) que establece la existencia de dos grandes grupos de competencias: la Competencia Personal y la Competencia Social.

La Competencia Personal, como la capacidad del individuo para identificar y gestionar sus propias emociones, incluye:

- La Consciencia de si mismo, que incluye la consciencia de si mismo emocional, la autoevaluación y la confianza en si mismo.
- La Autogestión, que consiste en el autocontrol emocional, transparencia, adaptabilidad, logro, iniciativa y optimismo.

La Competencia Social, como la capacidad del individuo de manejar las relaciones con los demás, incluye:

- La Consciencia social, que incluye la empatía
- La Consciencia de la Gestión de las relaciones con los demás, que es la consciencia de organización y de gestión de las relaciones con los demás. Consta de un liderazgo inspirador, que permite la influencia sobre los demás, catalizar el cambio, la gestión de conflictos, el trabajo en equipo y la colaboración.

El modelo de Goleman presenta diez situaciones con cuatro alternativas, cada una enfocada al área de publicidad, mercadotecnia, servicio administrativo y servicio de imagen corporativa. Dicho modelo ofrece una evaluación de las potencialidades o fortalezas y sus correspondientes límites, enfocando la información hacia las competencias. Esta herramienta, a partir de proporcionar un factor general de Inteligencia Emocional, cubre el espectro total de las competencias emocionales que, principalmente, están presentes en el desempeño profesional (Goleman, 1995).

El instrumento está formado por dos aptitudes:

- a) la inteligencia intrapersonal (aptitud personal) con tres subescalas para autoconocimiento, autocontrol y motivación, y
- b) la inteligencia interpersonal (aptitud social) con dos subescalas para empatía y habilidades sociales

Según Goleman (2001-2002) una estructura de cuatro partes, se encuentra conformando la Inteligencia Emocional.

1. una habilidad del individuo para entender sus propias emociones y estados emocionales.
2. la capacidad de dirigir y regular las respuestas a estas emociones
3. reconocer el estado emocional de los otros y
4. responder a las emociones presentes en los otros para interactuar de forma efectiva con ellos.

Este autor, desarrolla un Modelo de Inteligencia Emocional, aplicable al mundo de las Organizaciones, que ha resultado particularmente útil en el análisis y el desarrollo de la eficiencia de diferentes puestos de trabajo y, en particular, en un mejoramiento sustancial de la eficiencia de los puestos de liderazgo. Según este autor la Inteligencia Emocional sería la variable más importante que contribuye al éxito profesional y personal.

Las investigaciones de Goleman, lo conducen a la creación del Emotional Intelligence Appraisal, que evalúa 4 habilidades descritas por Goleman:

1. la consciencia emocional,
2. la autogestión,
3. la consciencia social o empatía y
4. la Gestión de las relaciones con los demás.

En forma posterior, Goleman, en “la IE en la empresa”, incluye otro conjunto

- a) de atributos de personalidad:
- b) autoconciencia,
- c) autorregulamiento,
- d) manejo de estrés,

- e) rasgos motivacionales (automotivación) o áreas del comportamiento (manejo de relaciones interpersonales), acaparando casi todas las áreas de personalidad (Goleman, 2002).

La correspondiente estructura fue diseñada en función de las competencias genéricas distintivas para profesionales y ocupaciones administrativas. El cuestionario se ha utilizado en diferentes firmas comerciales, como Ciga, Sprint, American Express, Sandoz Pharmaceuticals, Wisconsin Power and Light and Cross y Blue Shield of Maryland.

Travis et al, (2006) al analizar la relación de diferentes metodologías que evalúan la Inteligencia Emocional como habilidades y las que la evalúan como Capacidades con el rendimiento en el trabajo de los líderes de diferentes empresas; no apreciaron una relación significativa entre la evaluación que se realizaba de la inteligencia emocional como habilidad (MSCEIT) y el rendimiento en el trabajo de los líderes.

Estos autores, en contraste con lo anterior, encontraron que la evaluación que se realizaba de la inteligencia emocional, considerándola como capacidad (Emotional Intelligence Appraisal) mostró un fuerte vínculo con el rendimiento del líder. Analizaron los 4 componentes de este instrumento en relación con el rendimiento laboral de los líderes y concluyen elaborando toda una apuesta por este instrumento para esta finalidad, dada su fuerte relación con el rendimiento laboral del líder. Consideran, sin embargo que MSCEIT resulta demasiado extenso, además de inapropiado (Travis et al, 2006).

El componente de Gestión de las relaciones del Emotional Intelligence Appraisal fue el más fuerte predictor del rendimiento laboral del líder, por encima de la identificación de las propias emociones y de la capacidad de gestionarse a si mismo; sin embargo, la consciencia social, fue la única destreza de la Inteligencia Emocional que no mostró un vínculo significativo con el rendimiento del líder (Travis et al, 2006).

Consideramos que, dado que no se pueden gestionar adecuadamente las relaciones, sin contar con la llamada consciencia social o empatía, la ausencia de relación significativa entre este aspecto en si mismo y el rendimiento laboral del líder, podría explicarse por el hecho de que, este aspecto en si mismo, sea condición necesaria, pero no suficiente para que la Inteligencia Emocional consiga reflejarse en los resultados del trabajo. Esto significa que si el líder tiene la capacidad de empatizar con el otro, pero carece de la capacidad de gestionar las relaciones su inteligencia emocional no tendría un significativo impacto en su rendimiento laboral, lo que no significa que la empatía por si misma no sea condición relevante y necesaria en la buena gestión del líder.

Además de los modelos de Bar-On, 1997 y Goleman, 2000, es digno de mención otro modelo, también considerado mixto, en tanto se plantea la evaluación del individuo de forma integral, y es el EQ-map, de Cooper y Sawaf (1997), también EQ- Map de Oriolo y Cooper, compuesto por 21 escalas. Aunque se opina que tiene poca fiabilidad, es muy utilizado en el entorno administrativo de mandos medios en Estados Unidos y Canadá. Sus autores refieren su modelo como un instrumento que permite una exploración de la Inteligencia Emocional a partir de aptitudes y vulnerabilidades personales del rendimiento para, identificar patrones individuales e interpersonales para el éxito (Trujillo y Rivas, 2005).

Sala y Abarca (2001) realizan un minucioso análisis comparativo de otros numerosos modelos elaborados para la Educación Emocional, desde el modelo SELF Science de Stone y Dillehunt creado en 1978, siguiendo por el Programa de Educación Social y Afectiva de Trianes, Muñoz y Jiménez en 1996, hasta los modelos desarrollados a principios de la década del 2000, tales como: el modelo SEL (Social an Emotional Learning) desarrollado por Graczyk y otros, la Educación Emocional de Bisquerra, y Desconócete a ti mismo de Guell y Muñoz. Tras este profundo análisis, estos autores destacan la gran disparidad existente entre los modelos de educación de la Competencia Emocional y afirman que, los componentes de la Inteligencia Emocional de la casi totalidad de los modelos, podrían resumirse en:

- Habilidad para identificar y comprender las propias emociones y la de los otros,

- la capacidad para expresar las emociones,
- la Autorregulación emocional,
- la Automotivación,
- la Resolución de problemas,
- la Toma de decisiones,
- el Autoconcepto,
- la Autoestima,
- las Habilidades sociales,
- el Establecimiento de vínculos,
- Aceptar las diferencias,
- Interiorizar las normas sociales,
- la Responsabilidad social y
- la Asertividad

Afirman además que la mayoría de los modelos de Inteligencia Emocional apoyan la existencia de competencias personales y sociales (Sala y Abarca, 2001; Bar-On, 2000-2006; Goleman, et al, 2002; Mayer and Salovey, 1997; Brackett and Salovey, 2006).

Estos autores también identifican 4 aspectos comunes a todos ellos: (Sala y Abarca, 2001).

1. La habilidad para identificar y comprender las propias emociones.
2. La habilidad para identificar y comprender las emociones de los otros.
3. La Autorregulación emocional.
4. La Gestión de las relaciones emocionales

Estos autores (Sala y Abarca, 2001) señalan que los modelos destacan con particular universalidad lo relativo a la comprensión de las propias emociones y la de los demás,

al mismo tiempo que no suelen abordar elementos, que a su juicio, constituyen elementos claves dentro desarrollo emocional, tales como:

1. el Autoconcepto,
2. la Autoestima,
3. la Autoeficacia percibida y,
4. el Establecimiento de vínculos.

Todo ello, en opinión de estos investigadores, confirma la necesidad de adoptar una perspectiva de la Inteligencia Emocional más integradora, que nos permita trascender una visión puramente cognitiva de la misma.

Esta necesidad se encuentra directamente asociada a los estudios de carácter cualitativo y a formas de evaluación basadas en el desempeño, en la conducta y no en auto-informes.

El fuerte imperativo de enfoques integradores y cualitativos de la Inteligencia Emocional, tan aclamado por Sala y Abarca (2001) se hace especialmente palpable ante resultados aparentemente contradictorios, como los expuestos por Oliva y Parra (2001) que refieren cómo adolescentes con niveles supuestamente más altos de autonomía emocional (especialmente chicas) mostraban un contexto familiar más conflictivo, peores relaciones con sus compañeros y una menor autoestima y satisfacción vital.

Los autores consideraron que, en estos casos la autonomía emocional no se encontraba siendo indicativa de un mayor desarrollo socio-emocional, sino más bien, de la construcción de un tipo de apego con sus padres, de carácter inseguro, como planteara Ryan y Linch (1989) consecuencia del rechazo o la frialdad existente en la relación con los padres (Oliva y Parra, 2001).

También reseñaron la relación existente entre una elevada autonomía emocional y una baja autoestima y satisfacción vital, lo que, a su juicio, estaba poniendo de manifiesto

que los adolescentes más desvinculados de sus padres podrían encontrarse en una posición más difícil a nivel emocional, lo que a su vez, podría situarlos en una situación de riesgo de sufrir algún tipo de desajuste psicológico, sobre todo si tenemos en cuenta que la autoestima es un potente predictor del grado de salud mental a largo plazo (Oliva y Parra, 2001).

Sin embargo, en nuestra opinión una verdadera autonomía emocional no puede constituirse sobre la base de una débil autoestima, por lo que atribuimos esta contradictoria relación a la utilización de metodologías basadas en el auto-informe. Luego entonces, es bastante presumible que, los adolescentes con más dificultades en sus relaciones familiares y con problemas de autoestima, estén mucho menos preparados para realizar valoraciones más objetivas y moderadas sobre su comportamiento y estar poniendo de manifiesto una tendencia a la sobrevaloración de su propio desempeño y atribuirse actitudes y conductas que no llevan a cabo en su vida real.

Esto también explicaría que los chicos más autónomos, muestren supuestamente, mayores dificultades socio-emocionales; dado que pueden estar mejor preparados para hacer valoraciones, no solo más moderadas, sino con una mayor actitud crítica, refieren limitaciones que un adolescente procedente de un ambiente familiar conflictivo, no podría permitirse aceptar.

En cualquier caso, solo los enfoques integrales y cualitativos, que se planteen el abordaje de la Inteligencia Emocional, desde una perspectiva que trascienda la esfera estrictamente cognitiva y autorreferencial, permitirán dar respuesta científica a tales interrogantes, tal y como se encuentran señalando gran número de investigadores (Bar-On, 2000; Sala y Abarca, 2001; Goleman, 2002; Fernández-Berrocal and Extremera, 2006).

La importancia de los enfoques integrales y cualitativos, se ve incrementada por la amplitud de ámbitos en los que la Inteligencia Emocional se encuentra influyendo, permitiendo no solo un mejor desempeño en el trabajo, sino incluso, un mayor equilibrio personal y estados más favorables de salud mental. Esto último se ve

particularmente reflejado en los trabajos de Fernández-Berrocal y Extremera (2006) en los que se encuentran evidencias de que, en condiciones experimentales, determinados sub-factores emocionales, como la Claridad y la Reparación, se relacionan con el estado de ánimo previo de los sujetos ante un evento potencialmente conflictivo para él, condicionando además, su grado de reactividad emocional y su capacidad de recuperación emocional ante tales eventos.

Estos mismos autores Fernández-Berrocal y Extremera (2006) en su artículo de revisión, refieren que una menor inteligencia emocional predice la aparición de síntomas de enfermedad mental y física. De manera que la inteligencia emocional comienza a presentarse como un factor protector frente al estrés, dado que desarrolla un perfil de afrontamiento más adaptativo y un mayor sentimiento de bienestar físico y mental.

Sujetos con una elevada competencia emocional, también muestran altas puntuaciones en los componentes fundamentales de la llamada Personalidad Resistente, caracterizada por un alto compromiso, la creencia de control y la capacidad de asumir retos (Compromiso, Control y Reto) así como, mejores expectativas de Autoeficacia, adecuadas Estrategias de Afrontamiento y de Búsqueda de apoyo social (Kobasa, et al, 1993). Estas evidencias confirman que, una adecuada gestión emocional, va más allá de favorecer un buen equilibrio personal, una buena integración social y el éxito dentro de las empresas, para adquirir especial importancia, para la protección de nuestra salud física, disminuyendo sensiblemente la posibilidad de enfermar (Peñacoba y Moreno, 1998; Moreno, Garrosa y González, 2000; Castillo y otros, 2002).

### 2.2.2 El proceso de aprendizaje emocional. La necesaria integración de la educación emocional en el ámbito educativo

Dentro del ámbito educativo, la relevancia de la Educación Emocional, cobra cada vez mayor fuerza, así por ejemplo, (Gil-Olarte, Palomera y Brackett, 2006) refieren que el MSCEIT correlacionaba positiva y significativamente con la nota final y las

competencias sociales y cómo estudiantes con Alta Inteligencia Emocional tienden a ser más sociales y a tener un mejor desempeño académico. Estos autores se suman a las voces de numerosos psicólogos y educadores que, claman por la integración de la formación de las competencias socio-emocionales en la escuela, como garantía de un mejor desempeño académico.

Dentro del entorno escolar, también ha podido observarse una relación significativa entre, la conducta disruptiva de los estudiantes de primaria y su coeficiente general de Inteligencia Emocional, en especial con las habilidades relacionadas con el manejo del estrés y las relaciones interpersonales, aunque de forma más acentuada en chicos (Pena y Repetto, 2008; Esturgo y Sala, 2010).

Una de las líneas básicas que, según Ekman (1993) deberá atenderse en el proceso de educación y aprendizaje de las emociones, es el singular hecho de que las personas, no podemos elegir de dónde nace el impulso de la emoción, esto es automático, de ahí la importancia de entender la singularidad inherente al proceso del aprendizaje emocional; es cierto que no podemos decidir qué evento o circunstancia de nuestra vida, generara en nosotros una reacción emocional, pero lo que si se puede desarrollar, es la capacidad de darse cuenta de qué ha hecho nacer este impulso, justo antes de que tal impulso actúe (Ekman, 1993).

Según este autor, es preciso, reconocer la existencia de un espacio entre el impulso y la influencia que este ejerce sobre nosotros. En la mayoría de las personas, este espacio es muy pequeño pero, se podría ir ampliando para adquirir esta capacidad, aunque sea para en ocasiones decir “no quiero responderte con enfado a tu enfado”, o “voy a hacer esto y no me va a superar la sensación de miedo. Es justo esta, una de las capacidades más difíciles, con la que puede dar inicio un proceso de aprendizaje emocional. Es duro, porque se está actuando en contra nuestra naturaleza, que se resiste a las interferencias, cuando se desencadena la respuesta emocional. Sin embargo, justo en torno a ese espacio, es que se desarrolla la llamada Inteligencia Emocional, Ekman (1993) continúa: “...pero si se quiere, se puede...”

Otra capacidad importante, en el proceso de aprendizaje emocional, sería aprender a elegir cómo será nuestro comportamiento cuando nos encontramos bajo los efectos de una reacción emocional, intentando dirigir la emoción hacia la acción que ha herido, no hacia la persona como actor, destacando la importancia de aprender a ser más sensibles a las emociones de los otros y conducirnos en consecuencia frente a ellos. A menudo, las emociones se esconden o son tan sutiles que no se ven. Este investigador ha desarrollado un programa que mediante un ordenador, enseña a reconocer las emociones y automáticamente, cómo se siente la otra persona, incluso en el caso que estos otros no conozcan cómo ellos mismos se sienten (Ekman, 1993).

Los dos primeros aprendizajes – *aprender a conocer* y *aprender a hacer*, están directamente relacionados con la formación intelectual. Los dos últimos, *aprender a ser* y *aprender a vivir juntos*, están estrechamente relacionados con la Inteligencia emocional. (Ekman, 1993; Sánchez y Gaya, 2006) Aprender a vivir juntos, es decir, aprender a vivir de forma armónica y respetuosa con los demás, consiste en desarrollar las capacidades propias de la inteligencia interpersonal. No basta con conocer y comprender las emociones y sentimientos de los demás, pues lo que se pretende es una vida feliz en la colaboración y respeto mutuos, una aceptación y valoración de las diferencias étnicas, culturales, etc., como una forma de enriquecimiento individual y general.

Estas competencias no aparecen por "arte de magia", se aprenden. Las aprendemos a lo largo de nuestro desarrollo, a través de nuestras relaciones con las personas (familiares, educadores, compañeros, etc.); pero lo verdaderamente grandioso y relevante, radica en el hecho de que, pueden ser aprendidas, lo que significa que podemos influir sobre ellas.

¿Qué necesitamos para ello? Pues en primer lugar entender cuáles son estas competencias y reflexionar sobre cómo nos afectan. En segundo lugar hay que observarse mejor a uno mismo para conocer mejor las propias fortalezas y debilidades al respecto (Salas y Abarca, 2001).

Otra estrategia muy útil es intentar identificar estas competencias en personas que tenemos a nuestro alrededor. Los humanos aprendemos mayoritariamente, a partir de la observación, de ver "como lo hacen los demás". Observar en diferentes modelos aquellas habilidades que queremos adquirir, nos dará referentes y "puestas en acción" diferentes y podremos ver en qué nos sentimos más cómodos, y visualizar mejor cómo se puede llevar a cabo esta competencia.

Otra línea de trabajo podría ser identificar situaciones, que forman parte de nuestra vida cotidiana, en las que se requiere, de forma reiterada, una de las competencias socio-emocionales e intentar ejercitarlas en las mismas. Este camino de aprendizaje también requiere necesariamente de auto observación y reflexión para saber si el modo en el que afrontamos una situación determinada, era realmente el mejor modo de hacerlo o si había otras alternativas que hubiesen conducido a mejores resultados en esa situación de nuestra vida diaria (Salas y Abarca, 2001).

A pesar de la reconocida importancia de acometer la educación emocional en las escuelas, algunos investigadores señalan, cuán lejos aún nos encontramos de iniciar esta tarea con una base científica, así por ejemplo, Salas y Abarca (2001) señalaban el predominio, dentro del curriculum de la formación en las aulas, de la dimensión cognitiva en general, más aún, durante la Educación Primaria y Secundaria.

Estos mismos autores destacan que, cuando se encuentran elementos relativos a la educación emocional en el curriculum, estos no resultan coherentes con la etapa del desarrollo emocional en la que el estudiante se encuentra, al mismo tiempo que no se abordan los aspectos emocionales directamente relacionados con el proceso de aprendizaje y el contexto escolar.

Sala y Abarca (2001) pudieron identificar tanto la ausencia de una formulación suficientemente explícita los objetivos de la educación emocional dentro del Curriculum, así como la marcada carencia de educación emocional en los docentes, circunstancias, que a su juicio, obstaculizan la materialización de la generalizada intención de científicos y educadores, de fomentar el desarrollo emocional en estos niños.

En el mundo de hoy, a las habilidades emocionales se les atribuye el 75% del éxito laboral (Sánchez y Gaya, 2006) que preside la Sociedad de Investigación Científica de las Emociones (SICE) destacaba. en el II Congreso Internacional de Inteligencia Emocional en Educación, celebrado del 3 al 5 de diciembre de 2008, que, sólo aquellos docentes que posean una inteligencia emocional ampliamente desarrollada, estarán en disposición de ayudar a sus alumnos a desarrollar su propia inteligencia emocional. Esta autora, en referencia al Informe Delors a la UNESCO, señalaba como los cuatro principios básicos que deberán regir la educación, a nivel mundial, para el siglo XXI.: *aprender a conocer, aprender a hacer, aprender a ser y aprender a vivir juntos* (Delors, et al., 1996).

Destacan e insisten en la importancia de incluir la educación emocional en el diseño curricular base, no solo por su propia importancia, sino porque este aspecto se encuentra incluido dentro de los objetivos de la LOGSE, tal y como lo venían señalando autores españoles desde la década de los 90, antes del auge internacional del término inteligencia emocional (Salas y Abarca, 2001). Siguiendo esta tendencia Gimenez y Quintanilla (2009) defienden la necesidad de introducir desde edades muy tempranas en el Currículo del segundo año de Educación Infantil, el desarrollo en el niño de la capacidad de reflexionar de forma crítica, acompañado del aprendizaje de pautas concretas de conducta, cognitivas y de relación con los demás, trabajando desde un enfoque basado en el programa de filosofía para niños.

La educación emocional, además de iniciarse tempranamente, no debe eludir las peculiaridades de la inteligencia emocional en cada género. Algunas investigaciones (Etxebarria y otros, 2003) ponen de manifiesto, una mayor pro-sociabilidad en niñas, pero también mayores puntuaciones en las escalas de tristeza y focalización atencional; en los niños, por su parte, lo que reviste especial interés es que, en la medida que estos se aproximan a la adolescencia, disminuye su control inhibitorio y sus progenitores detectan un aumento de la conducta agresiva.

Para conseguir un verdadero impacto en la educación de las emociones, no solo se precisa de un comienzo temprano y de la atención a las peculiaridades de género; es necesario además, establecer cuáles de las ramas concernientes al aprendizaje

emocional y de la vida social, necesitan ser desarrolladas en las personas, el tiempo que esto tomaría, y en qué edades debe efectuarse la capacitación de cada una de ellas, o si es el entusiasmo o la motivación de los educadores lo que termina creando los resultados. (Fernández-Berrocal and Extremera, 2006).

En consonancia con el punto de vista de otros investigadores (Harter, 1999; Sala y Abarca, 2001; Pastor y otros, 2006) consideramos como uno de los aspectos esenciales, estrechamente relacionado con las competencias emocionales, el Autoconcepto y la Autoestima, así como la necesaria inclusión de estos aspectos, en los programas educativos que, se planteen un desarrollo emocional sostenido y, verdaderamente efectivo para los adolescentes, en todas las áreas de su vida, incluida su salud física y mental.

Mientras el Autoconcepto se refiere a la percepción que tenemos de nosotros mismos, la Autoestima refleja, los sentimientos que se generan, como resultado de la valoración que hacemos, de ese modo de percibirnos a nosotros mismos (Castanyer, 2002). Tanto el Autoconcepto como la Autoestima, se sustentan en determinada base emocional, pero al mismo tiempo, se encuentran influyendo sobre ella, constituyéndose, no solo en reflejo del devenir emocional, sino en importantes recursos para su adecuado desarrollo.

Sin embargo, dada la gran complejidad que supone, tanto el abordaje, como la educación del Autoconcepto y la Autoestima, en este ámbito, consideramos ineludible los estudios de carácter cualitativo, que vayan más allá del establecimiento de correlaciones entre la adecuación de una dimensión y una conducta determinada.

Solo un abordaje amplio, integral y de modo cualitativo del Autoconcepto y la Autoestima, permitirá dar respuesta a resultados aparentemente contradictorios como los obtenidos por Pastor y otros (2006), en los que se puso de manifiesto que, la supuesta adecuación del autoconcepto en los ámbitos de la conducta, la aceptación social y de amistad íntima mostraban correlaciones positivas con comportamientos inadecuados, tales como, las conductas no saludables (consumo de tabaco, cannabis, alcohol y de alimentos no sanos).

En relación con los resultados referidos por Pastor y otros en 2006, consideramos que la propia diversidad de las conductas insanas y su modo también complejo, de expresarse en el comportamiento, convertían en aventurado afirmar que el sentimiento de valía personal se relacionaría de forma proporcional y directa con conductas saludables o lo contrario.

Conocemos que, los comportamientos durante la adolescencia, además de su elevado nivel de volubilidad, se encuentran fuertemente condicionados por la dinámica grupal en la que se encuentra implicado el adolescente en cuestión y, en bastante poca medida por reflexiones o creencias relacionadas con la salud, en tanto este no es un aspecto relevante en esta etapa de la vida.

Por otra parte, los supuestos comportamientos normativos que, hipotéticamente, llevaría a cabo el adolescente con una alta autoestima solo se producirían, si, previamente, ha tenido lugar, un reconocimiento e implicación personal del adolescente, con esos comportamientos normativos, que forman parte del comportamiento saludable, pero sabemos que esto podría no producirse. (Pastor y otros, 2006)

De hecho los propios resultados de este trabajo lo confirman; cuando vemos que, las conductas de riesgo, se han convertido en normas aceptables y deseables por el grupo de iguales, los adolescentes pueden estar teniendo un elevado sentimiento de valía personal en relación con su relación con el grupo y estar llevando a cabo, simultáneamente, conductas de riesgo.

En estos casos, nos avenimos más a las explicaciones de Pastor y otros, (2006) en las que hace alusión al sentimiento de responsabilidad, como factor explicativo de un comportamiento saludable. Solo que no hay que perder de vista que no siempre la valía personal, viene acompañada de responsabilidad. Las chicas con Trastorno de la Conducta Alimentaria (TCA), suelen tener un elevado autoconcepto académico, además de estar bien informadas sobre los alimentos muy calóricos e insanos; sin embargo, se niegan a comer de forma saludable y comienzan a realizar conductas insanas con la alimentación.

En los trabajos de Pastor y otros (2006) la buena valoración en el ámbito de la apariencia física, se relacionó con el consumo de alimentos insanos, este es un ejemplo más de cómo el sentimiento de valía personal puede ser elevado y no relacionarse con conductas saludables y la importancia de avanzar en el conocimiento de cómo en el proceso de construcción de la imagen de si mismo, en determinados momentos, se transita hacia comportamientos de riesgo en uno u otro ámbito de la salud, como es el caso de los Trastornos de la Conducta Alimentaria.

Los enfoques cualitativos que recomendamos en el estudio del Autoconcepto y la Autoestima, deberán contemplar como señalaran Pastor y otros (2006) el mayor o menor peso de las diferentes dimensiones del autoconcepto, así como su diferencia entre chicos y chicas, dado que el sexo actúa como variable moderadora del peso que se le atribuye a una u otra dimensión del autoconcepto y a determinadas conductas.

Uno de los estudios incluidos en el presente trabajo, describe la relación entre, la adecuación del autoconcepto y la presencia de riesgo de Trastorno de la Conducta Alimentaria; sin embargo, ello solo constituye un paso en la larga tarea de nuestro equipo de investigación, que en este momento se plantea, a través del análisis cualitativo, cómo al mismo tiempo que se consolidan los diferentes contenidos del concepto de si mismo en la adolescencia, en el marco de un proyecto vital, el adolescente podría irse aproximando o alejando de la asimilación de actitudes y conductas de riesgo de de contraer un Trastorno de la Conducta Alimentaria (TCA).

Dado que el presente trabajo constituye solo una parte de un proyecto más general, de nuestro equipo de investigación dirigido por la Dra. Josefina Sala, consideramos pertinente anunciar nuestra nueva etapa de trabajo, en lo concerniente a este tema, que consistirá en el análisis de los contenidos auto-valorativos de los adolescentes, su jerarquía y relevancia individual, cómo estos se reflejan en los objetivos de la vida y en la consecución o no de comportamientos de riesgo alimentario.

### 2.2.3 Las Competencias Socio-emocionales en la Adolescencia

El proceso de crecimiento emocional, que se va produciendo a lo largo del ciclo vital, experimenta un importante giro con la llegada de la Adolescencia. Esta etapa de la vida demanda, de forma especialmente notoria, la puesta en práctica de habilidades emocionales, dada la fuerte necesidad de integración en un grupo de iguales y la entrada en el mundo de los adultos. Este es un período de especial vulnerabilidad para el ámbito emocional, dados los fuertes cambios hormonales que están teniendo lugar en este momento del desarrollo. Se observan frecuentes cambios en el estado de ánimo, se deben asumir las modificaciones corporales producidas, se inician las primeras experiencias amorosas y sexuales, se desarrollan nuevas dimensiones de la identidad y, progresivamente se van independizando del entorno familiar.

Las presiones de los compañeros e iguales, se hacen especialmente intensas durante la adolescencia, convirtiéndose en la principal referencia de los adolescentes en el proceso de elaboración de su Autoconcepto y, aunque, gran parte de ellos, suelen poseer estrategias, desarrolladas durante su vida anterior, con frecuencia, no las utilizan adecuadamente. Algunos investigadores señalan como hecho característico de la regulación emocional del adolescente, su falta de flexibilidad, su radicalidad, la utilización de recursos cognitivos para negar o disfrazar sus emociones y, en general una amplia gama de actitudes y conductas relacionadas con su necesidad de mantener un buen autoconcepto personal.

Todo este contexto de cambio hacia la maduración irá demandando el desarrollo de las competencias socio-emocionales. Es por esto que, durante la adolescencia la elaboración del Autoconcepto y la construcción de la Autoestima, experimentarán un singular avance, llegando en muchos casos a consolidarse, con cierto grado de estabilidad, la forma de percibirse y valorarse a sí mismo, así como la reflexión e integración de determinados valores personales (Sala, 2001). Ello no significa que, la elaboración del auto-concepto, concluya en la Adolescencia, sino que, más bien, continúa desarrollándose y enriqueciéndose de la experiencia vital del adolescente, aunque especialmente marcado (hasta bien avanzada esta etapa del desarrollo) por

aquellas experiencias relacionadas con el ámbito de las relaciones sociales (Harter, 1999; Sala y Abarca, 2001; Pastor y otros, 2006).

#### 2.2.4 Los Trastornos de la Conducta Alimentaria y las Competencias Socio-emocionales

Ya conocemos que durante las últimas décadas, los Trastornos de la Conducta Alimentaria, vienen experimentando, un sensible aumento en poblaciones adolescentes europeas (Isomaa, et al, 2009). También en España, se observa esta tendencia (Carretero y cols, 2009). Tales trastornos, continúan preocupando a la comunidad científica y médica, dado su profundo impacto en la salud. La mayoría de los pacientes diagnosticados de Anorexia no remitirán antes de 5 o más años de seguimiento y, se va haciendo cada vez más necesario encontrar tratamientos más eficaces (Keel and Brown, 2010).

También conocemos que los Trastornos de la alimentación son fenómenos de carácter multidimensional. Su génesis debe buscarse en la interacción de aspectos biológicos, socioculturales, familiares e individuales. Las peculiaridades del proceso personal que conducen a la aparición de una alteración en la conducta alimentaria, son sin dudas relevantes. Dentro de este ámbito se encuentran las actitudes y conductas de riesgo de contraer el trastorno, sin embargo, a pesar de su relevancia, han sido sensiblemente menos exploradas.

Por otra parte, los avances dentro de la Psicología Clínica, Deportiva y Educacional, vienen señalando, la importancia de la competencia emocional, el auto-concepto, y de los adecuados estilos de afrontamiento para un buen desempeño de la persona en diferentes ámbitos (Tenenbaum, 2009; Rey, Blasco y Borrás, 2000; Sung, 2011). Una adecuada gestión de las propias emociones, así como su correcta expresión en el marco de las relaciones interpersonales, son considerados elementos fortalecedores de la base personal, más aún, cuando se asocia a la adecuación del auto-concepto (Furnham and Calnan, 1998; Grossbard et al, 2009; Ioannou y Fox, 2009; Lázaro et al, 2010).

Hemos visto que las actitudes y conductas de riesgo de Trastorno de la Conducta Alimentaria tienen, como escenario principal la Adolescencia y cómo los referentes científicos antes mencionados, avalan sólidamente, la relevancia de la base personal del adolescente para el buen desempeño en diferentes áreas de su vida.

Atendiendo a ello, el presente trabajo se plantea el análisis de la posible relación entre, la aparición del riesgo de enfermar en el ámbito de la alimentación y determinadas condiciones relativas al funcionamiento personal, como es el caso de la competencia emocional, particularmente relevante frente a los procesos de maduración y autonomía, tan característicos de esta etapa del desarrollo, asociada además, con una elevada potencialidad de conflicto en diferentes ámbitos de la vida, tales como: las relaciones sociales, la sexualidad y la familia, entre otras.

De hecho la competencia emocional y el auto-concepto se relacionan con una gran diversidad de los ámbitos de salud en la adolescencia, tales como el consumo de drogas (Gallegos, 2008), la promiscuidad sexual, la conducta violenta, entre otras (Muñoz y Ruíz, 2008). También se plantea que, una vez que se padece Anorexia nerviosa, el grado de daño de la autoestima, constituirá un factor relevante para una solución positiva o negativa de los problemas sociales que acompañan a la enfermedad, llegando a ejercer un rol mediador entre la evolución del trastorno y el problema del entorno, que se debe enfrentar. También se refiere una llamada conducta evitativa, focalizada en la emoción y no en la situación de conflicto, que podría, encontrarse favoreciendo la aparición del Trastorno de la Conducta Alimentaria (Paterson, et al, 2011; Pamies y Quiles, 2012).

Ya se encuentran referencias en la literatura, que vienen señalando que las personas con síntomas de anorexia nerviosa parecen experimentar estados más bajos de bienestar espiritual. Según (Fox y Leung 2009) esta circunstancia ayuda a comprender la fuerte resistencia de la Anorexia nerviosa al tratamiento. También se refiere que las pacientes con Anorexia Nerviosa revelan emociones negativas más intensas en comparación con un grupo control, aunque, también hay que decir que este patrón emocional tiende a manifestarse especialmente en las situaciones asociadas con la comida y el peso (Torres, et al, 2011).

Un estado emocional negativo, mantenido en el tiempo, podría estar incrementando el riesgo del Trastorno de la Conducta Alimentaria. Una dieta típica adolescente en presencia de sobrepeso puede ser una práctica benigna; sin embargo, si la dieta se encuentra determinada por trastornos psicológicos como la depresión, esta se asocia a un riesgo quince veces mayor de desarrollar un trastorno alimentario (Borda, Torres y Del Río, C., 2008; Rasmus, et al, 2010).

Waxman (2009) realizó una revisión de estudios que mostraban que el nivel de impulsividad no solo podría diferenciar pacientes con TCA de sujetos sanos, sino además determinar los subtipos de diagnóstico. Según Fox y Power (2009) las dificultades en la autorregulación o en la gestión de las propias emociones, preceden la aparición del TCA. En los individuos con Bulimia Nerviosa la labilidad emocional se asocia con una conducta carente de normas y regularidad. Tal labilidad cuando toma niveles muy altos, predice un perfil más marcado y grave de dificultades en la regulación conductual de estas pacientes (Anestis, et al 2009). Se señala además, la posible relevancia de determinados rasgos de personalidad y la autoestima como factores de tipo personal que condicionan en cierta medida el impacto de la influencia mediática (Borda, Avargues, López, et.al, 2011).

Las dificultades en la regulación emocional también parecen intervenir en la etiología y el mantenimiento de la insatisfacción corporal y en los trastornos alimentarios en hombres. Una serie de análisis de regresión jerárquica revelaron que las dificultades en la regulación emocional explican la varianza única del Trastorno de Conducta Alimentaria y de la asociada con el Índice de Masa Corporal, así como el afecto negativo en 290 hombres estudiados (Lavender and Anderson, 2010).

Los pacientes con Trastornos de la alimentación en general, muestran un estilo interpersonal no asertivo. En el caso de las pacientes del subtipo atracón/purga se detectan dificultades con la integración, así como inhibición social (Hartmann, Zeeck and Barrett, 2010). De hecho, estos autores llegan a afirmar que las actitudes de dominación y evitación social podrían predecir los subgrupos específicos de pacientes con Trastorno de la Conducta Alimentaria. Las dificultades en el funcionamiento psicosocial encontradas en estos pacientes, continúan avalando la necesidad de

intervenciones sobre las relaciones interpersonales (Carretero et al, 2009; Hartmann y colaboradores, 2010) y en particular sobre sus habilidades emocionales, como parte del proceso terapéutico de los TCA.

Ante tales referentes de la literatura científica internacional y dada la necesidad de abordar el período previo a la aparición del trastorno alimentario para intentar frenar su aparición, el presente trabajo se plantea profundizar en el análisis de la posible asociación entre la presencia de las actitudes y conductas de riesgo de Trastorno de la Conducta Alimentaria, la Competencia emocional; así como, las percepciones y evaluaciones que se realizan sobre la propia identidad, tales como el Auto-concepto y la Autoestima.

La profundización en este ámbito, constituirá una de las fuentes fundamentales para la elaboración de programas efectivos de prevención, que eviten la evolución desde la condición de riesgo al sufrimiento del trastorno. La interrogante fundamental que plantea la presente investigación es si la condición de riesgo de padecer un TCA, se encuentra asociada o no al insuficiente desarrollo de determinadas habilidades emocionales y al nivel de adecuación del auto-concepto (esperado para esta etapa del desarrollo)

### 2.3 Las Dimensiones Psicopatológicas

El proceso de estructuración de la sintomatología psicopatológica, no asociada a procesos psicóticos ni orgánicos, tiene lugar en un contexto de conflicto y, como parte de una dinámica personal, en la que sobrevienen modos de reacción no deliberados, automáticos, con la ausencia cada vez mayor de la capacidad de autocontrol del sujeto. La presencia de sintomatología psicopatológica, resulta de particular interés cuando se abordan diferentes ámbitos de conflicto en la adolescencia, pues es indicativa, tanto del nivel de profundidad del conflicto, como del grado de equilibrio personal, con el que se hace frente al mismo.

### 2.3.1 Los Trastornos de la Conducta Alimentaria y las Dimensiones Psicopatológicas

La importancia que reviste cualquier acción en el ámbito de la salud mental, goza de amplio reconocimiento tanto en el contexto de Europa, como en el mundo (World Health Organization, 2004). Por su parte, el Sistema Nacional de Salud Español, desde el 2007, viene concediéndole especial atención a los problemas de Salud Mental en España, definiendo una estrategia, dirigida directamente a este ámbito (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2007).

Una de las etapas de la vida, en la que se manifiestan con elevada frecuencia y amplitud las alteraciones de índole psicológica, es precisamente la adolescencia, en cuyo período, también se hace significativamente más probable, el riesgo de padecer un Trastorno de la Conducta Alimentaria. Es por esto que la evaluación y análisis de las dimensiones psicopatológicas, no podían ser ignoradas, cuando se pretenden analizar otros elementos relativos a una base personal, que posiblemente se encuentre favoreciendo y, con no poca frecuencia, coexistiendo, con el riesgo de padecer un Trastorno de la Conducta Alimentaria.

Por otra parte, las referencias de la literatura científica, vienen señalando, la presencia de determinados signos psicopatológicos en los pacientes que sufren los Trastornos de la Conducta Alimentaria, como por ejemplo el comportamiento suicida. Luna (2007) realizó una revisión general acerca de la psicopatología asociada a las distorsiones de la imagen corporal y el riesgo suicida y pudo detectar que, las personas con Trastorno Di mórfico Corporal (TDC) son 45% más susceptibles a cometer suicidio en comparación con la población general, en tanto, presentan una distorsión severa de la imagen corporal y se encuentran pensando en su apariencia física obsesivamente, durante muchas horas al día, con sentimientos de auto desprecio y un marcado aislamiento social.

En la Anorexia nerviosa la mortalidad se sitúa en un 10%; siendo el suicidio la segunda causa más común de muerte después de las complicaciones médicas y metabólicas de dicho trastorno. Se ha visto que el riesgo de suicidio en la anorexia nerviosa es similar al riesgo de suicidio de la depresión mayor, con la agravante de que, en el caso de la

anorexia, el riesgo suicida, se encuentra asociado a la cronicidad y a la comorbilidad, que suele incluir: el abuso de sustancias, los trastornos afectivos, de ansiedad y los trastornos de personalidad del grupo B (Luna, 2007).

Los trastornos alimentarios son relativamente comunes en las adolescentes. Una de cada cinco mujeres, durante sus años de adolescencia está o ha estado luchando con el trastorno (Isomaa, et al, 2009). De hecho, las consecuencias adversas derivadas de los desordenes en la conducta alimentaria en las mujeres son comparables, si no superiores, a las consecuencias adversas derivadas del consumo de sustancias (Piran, Robinson and Cormier, 2007). En España, existen 1,2 millones de mujeres diagnosticadas (Carretero, et al, 2009). Se estima que un 70% de los casos logran curarse, pero que un 15% recaen y en el otro 15% restante se cronifican. El tiempo estimado de curación ronda entre los 70 y 80 meses (Peláez, Labrador and Raich, 2005).

No se discute hoy, la importancia de detectar e intervenir lo más precozmente posible en el proceso de aparición de los trastornos alimentarios. Sin embargo, una intervención precoz ha de estar sustentada en el conocimiento sobre la etapa que precede a la aparición de los trastornos de la conducta alimentaria, y especialmente sobre el cómo los adolescentes llegan a situarse en una condición de riesgo. Todo ello obliga a profundizar en todos los aspectos personales, incluidas las manifestaciones psicopatológicas, que pudieran favorecer la instalación del trastorno y hacerse concomitantes a él (American Psychological Association, 2008b).

Por otra parte, en los últimos años, se viene observando un incremento, tanto de la diversidad de los desordenes en la conducta alimentaria, como de la diversidad psicopatológica. Varios estudios señalan la coexistencia de sintomatología psicopatológica con los trastornos de la conducta alimentaria. Entre los síntomas que se han observado en las personas con Trastornos de conducta alimentaria se encuentran la ansiedad y la depresión (Büyükgöze-Kavas, 2007), a las que acompañarían, la impulsividad, la culpa, las conductas auto-lesivas y los sentimientos de auto-rechazo (Ahrén-Moonga, et al, 2008).

Sin embargo, otros investigadores señalan que los sentimientos de auto rechazo se relacionan con mayor intensidad con los trastornos alimentarios, que los síntomas propiamente depresivos (Sawdon, Cooper and Seabrook, 2007; Presnell, et al, 2009). Otros investigadores afirman que el trastorno depresivo es el más frecuente tanto en la anorexia, como en la bulimia nerviosa (Needham y Crosnor, 2005) y que la sintomatología depresiva se irá haciendo más manifiesta en la medida que el trastorno se vaya estructurando (Godart, et al, 2006; Fletcher, et al 2008).

Se ha señalado la ansiedad como un factor predisponente tanto para la Bulimia (Procopio, et al, 2006) como para la Anorexia (Strober, et al, 2007). La ansiedad conduciría al adolescente a sobredimensionar emocionalmente sus preocupaciones relacionadas con la forma de su cuerpo y su peso. De hecho la ansiedad y la fobia social también se presentarían, tanto en la Anorexia como en la Bulimia (Godart et al., 2006; McLean, Miller and Hope, 2007). También en algunos grupos poblacionales de países no occidentales se corrobora la asociación de los trastornos alimentarios con los síntomas psicopatológicos como la depresión (Katsounari, 2009).

Los rasgos obsesivo-compulsivos han sido también asociados tanto a la Anorexia, como a la Bulimia nerviosa (Sallet et al. 2010) y con el pronóstico negativo de éstas (Crane, Roberts and Treasure, 2007). Además tales rasgos tienen un papel mediador en el resultado del tratamiento (Morgan, Wolfe, Metzger and Jimerson, 2007).

Sin embargo, falta por ver, si estos síntomas psicopatológicos, se encuentran, en los adolescentes, cuando solo asoma el riesgo del Trastorno de la Conducta Alimentaria y si, tales síntomas contribuyen a la estructuración y posterior desarrollo de los trastornos alimentarios. El trabajo que aquí se presenta pretende analizar la relación entre la presencia de un amplio espectro de sintomatología psicopatológica y la situación de riesgo, previamente, a la aparición del trastorno alimentario en la pubertad. Conocer estas relaciones nos permitirá diseñar programas preventivos en etapas tempranas del desarrollo.

## 2.4 Los Programas de Prevención de los Trastornos de la Conducta Alimentaria

La elaboración de programas de intervención, es una necesidad reconocida por la comunidad científica internacional y especialmente coherente con la ya mencionada Declaración de Helsinki sobre Salud Mental (2005) en la que se refleja la necesidad no solo de conocer, sino de intervenir y de concretar acciones de salud. En esa Declaración 52 países entre ellos España, establecen la fuerte necesidad de la ejecución de acciones conjuntas en Europa dentro del ámbito de la salud mental. (American Dietetic Association, 2006; American Psychological Association 2008; American Psychological Association 2008b; World Health Organization, 2004; World Health Organization, 2010).

También encontramos una propia estrategia de salud mental a nivel nacional, en la que se insiste en la necesidad de intervenir a través de programas de prevención desde la escuela, la familia y la comunidad para detener cualquier tipo de alteración concerniente al ámbito de la alimentación. Junto a estas estrategias conjuntas, existe amplio consenso a nivel internacional en relación con una definición de salud en su sentido amplio, integral. Se reconoce la concepción etiológica de la salud, que incluye la dotación genética, el ambiente físico-químico y biológico, el medio social, la asistencia médica, la estructuración política de la sociedad y sus instituciones.

Se entiende la salud hoy en toda su historia natural y directamente relacionada con diferentes niveles de prevención. Se reconoce un período pre-patogénico, que es el momento en el que se ponen de manifiesto los factores de riesgo (genéticos, del ambiente físico, químicos, biológicos y sociales) en cuyo período, es que, tiene lugar la llamada prevención primaria. Una vez transcurrido este período, se refiere un nuevo período llamado Período Patogénico Subclínico, en el que ya hay lesiones anatómicas y funcionales, pero en el que aún la persona no acude al médico, y en el que se realiza la llamada prevención secundaria, y en el que se trata de reducir los procesos patológicos que no pudieron ser reducidos antes. Por último se describe un Período de Enfermedad Declarada o período clínico, en el que se lleva a cabo la prevención terciaria, en el que el objetivo es evitar que el proceso de la enfermedad que ya se encuentra en curso, evolucione hacia la muerte (Domínguez, 1998).

Con esta perspectiva avanzada sobre la salud, en España, muchos profesionales, preocupados por los diferentes problemas que atañen a la alimentación, se encuentran tomando parte en diversos programas de prevención, aplicables dentro del entorno escolar, por ejemplo, se encuentra el llamado Programa Thao, de carácter internacional implantado en nuestra Comunidad. Este programa se encuentra fundamentalmente dirigido hacia la reducción de la obesidad infantil y adolescente.

Encontramos además el Programa elaborado por el equipo de la profesora Rosa Ma Raich de la Facultad de Psicología de la Universidad Autónoma de Barcelona. Este estudio, digno de mención, iba dirigido a evaluar el impacto de un programa preventivo de Trastornos de la Conducta Alimentaria en una muestra representativa de 323 adolescentes españoles en el área de Barcelona, España (Raich, et al 2008). Este grupo de 323 adolescentes fueron asignados a tres condiciones experimentales: la aplicación de una intervención completa, la aplicación de una intervención parcial, la no aplicación de intervención o tratamiento alguno. Este programa cambió significativamente en la reducción de la influencia del ideal estético del cuerpo y en la mejora del conocimiento de la nutrición. Sin embargo, según afirman sus propios autores, los cambios post-tratamiento se disipan en los 6 meses de seguimiento, según su opinión la falta de efectos a largo plazo debe ser atribuido al formato utilizado, la ausencia de ensayos no validados para esta edad, el carácter insuficiente de la investigación y el hecho de que la intervención fuera realizada en la escuela (Raich, et al 2008). Levine y Smolak (2006) insistían en la necesidad de realizar evaluaciones rigurosamente controladas y ambos grupos de autores coinciden en la existencia de pocos y dispares programas de prevención dirigidos a evitar las alteraciones alimentarias.

Constituye referencia obligada en este ámbito, la amplia y profunda revisión llevada a cabo por López-Guimerá y Sánchez- Carracedo (2010) que permiten una bastante completa actualización en relación con los programas de intervención elaborados en España y que se plantearon como objetivo reducir los Trastornos de la Conducta Alimentaria. Estos investigadores incluyeron en su detallada revisión 43 programas de prevención de alteraciones alimentarias, situados en el período desde 1993 al 2008, y

que se encontraban mayoritariamente dirigidos a niños y adolescentes, entre 8 y 16 años y cuya ejecución, debía realizarse en el ámbito escolar.

López –Guimerá y Sánchez- Carracedo (2010) muestran su escepticismo, en cuanto a la capacidad real de estos programas de reducir los factores de riesgo de forma mantenida en el tiempo y, de conseguir una prevención real de los TCA, no obstante, reconocen los resultados moderadamente buenos obtenidos por algunos programas.

En el análisis de los factores que han influido en la ineficacia generalizada a largo plazo de estos Programas, algunos investigadores refieren los siguientes aspectos:

1. A su diversidad de contenidos y de metodología de trabajo.
2. Al hecho de no encontrarse consensuadas, ni sistematizadas, ni tampoco integradas en una estrategia más general, en la que debería contemplarse, de forma armónica, no solo la prevención de los trastornos de la conducta alimentaria, específicos e inespecíficos, sino la reducción del ya conocido problema de la Obesidad (que, también se encuentra afectando, de un modo relevante a nuestra población infanto-juvenil) (Maganto y otros, 2010).
3. La ausencia de estrategia común e integral, puede, de algún modo, no solo evitar resultados satisfactorios de diversas acciones, sino incluso, provocar que las que se realicen terminen teniendo un efecto contrario al esperado. De hecho algunos investigadores se preguntan, si las acciones de salud, dirigidas a reducir la obesidad, pudieran estar favoreciendo la aparición de los Trastornos de la Conducta Alimentaria. (Schwartz y Henderson, 2009) y aunque no existen plenas evidencias de ello, los investigadores insisten en proceder guiados por una estrategia común e integral, en la que las acciones preventivas y de promoción de salud dirigidas contra la obesidad y los Trastornos de la Conducta Alimentaria, tomen un carácter armónico y sistémico.

Compartimos la necesidad de la existencia de líneas estratégicas generales consensuadas e integradas para la creación de Programas de Promoción de salud, dirigidos no solo a evitar la obesidad, sino los Trastornos de la Conducta Alimentaria, tal y como han venido señalando durante esta década, numerosos autores (Irving, y Neumark-Sztainer, 2002; Neumark-Sztainer, 2005 -2009; Hill, 2007; McVey, et al, 2007; Shaw, Ng y Stice, 2007; Adair, et al, 2008) y que han encontrado su expresión más directa en trabajos, tales como, los llevados a cabo por los investigadores canadienses (Stock, et al, 2007).

Stock, et al, en 2007, se plantearon la elaboración de un programa muy interesante de promoción de salud para las escuela primarias, dirigido a evitar la aparición tanto de la obesidad como de los Trastornos de la Conducta Alimentaria. Este programa, incluyó un importante elemento innovador, que consistió, en la utilización de la comunicación entre los niños de mayor edad, con los de menor edad, transmitiendo importante información de salud. Esta comunicación, consiguió reflejarse en el comportamiento y en las actitudes de los estudiantes primarios, en tanto, al culminar la intervención, sus parámetros físicos eran muy positivos y predominaba la ausencia de conductas anómalas relacionadas con la alimentación (Stock, et al, 2007). Esta investigación constituye una evidencia, de la posibilidad de realizar programas de promoción de salud, de carácter conjunto, en tanto sus beneficios reducen potencialmente una u otra dolencia dentro de la alimentación, tanto la obesidad, como los Trastornos de la Conducta Alimentaria específicos e inespecíficos.

Tanto la obesidad como los Trastornos de la Conducta alimentaria, ambas dolencias:

1. Atañen a la alimentación
2. Coexisten con problemas de autoestima, depresión e insatisfacción corporal; en el caso de la obesidad, referido en los trabajos de Shin y Shin en 2008 entre otros y, en los Trastornos de la Conducta Alimentaria, se encuentra ampliamente avalado en la fundamentación teórica de este trabajo.

Sin embargo, consideramos de gran importancia que estos enfoques integradores, no se planteen la elaboración de programas integrales con un alto nivel de especificidad, en tanto las bases psicológicas específicas, relativas a la dinámica personal del sujeto, en los Trastornos de la Conducta Alimentaria y en la Obesidad, son sustancialmente diferentes.

En la base de la Obesidad en la población infanto-juvenil, se encuentra, de un modo particularmente fuerte y estructurado, todo un estilo de vida a nivel individual y familiar, en el que se incluyen inadecuados hábitos de alimentación, ausencia de actividad física regular; así como dificultades en el autocontrol, una habitual conexión entre la presencia de emociones negativas y el comer, la presencia de un tipo de alimentación de carácter perceptivo y una dinámica familiar específicamente asociada con la condición de ser obeso (Agencia Española de Seguridad y Nutrición del Ministerio de Sanidad y Política Social, 2005; National Institute for Clinical Excellence; NICE, 2006; Hurley, Cross y Hughes, 2011)

En el proceso de aparición de la obesidad, se encuentran prácticas de alimentación que ejercen los padres, como parte de un estilo general de alimentación, con frecuencia asociado a un control manifiesto, prohibitivo, que lejos de regular adecuadamente la alimentación, incrementa el deseo de comer lo restringido (Birch, y Fisher, 1998; Fisher y Birch, 1999; Salvy, et al, 2011) provocándose, un efecto inadecuado en la realización de unas u otras dietas, si estas no son adecuadamente orientadas profesionalmente (Katan, 2009; Maganto y otros, 2010).

Sin embargo, la base personal, que suele encontrarse en los Trastornos de la Conducta Alimentaria, no es precisamente un problema de hábitos, ni de costumbres desarrolladas en la familia en torno al comer lo que coadyuva a su aparición; sino, una fuerte necesidad de ajustarse a un modelo estético corporal, impuesto por toda la red mediática, asociada a una débil autoestima (López-Guimerá y Sánchez-Carracedo, 2010; Raich, 2011) dificultades en la gestión emocional y de las relaciones interpersonales e, incluso la presencia en mayor o menor medida de síntomas psicopatológicos.

Luego entonces, no pueden ser similares las actuaciones educativas dirigidas a prevenir los Trastornos de la Conducta Alimentaria, que las actuaciones dirigidas a reducir o evitar los problemas de obesidad.

Es indudable la co-ocurrencia de diversos problemas relativos a la alimentación, con frecuencia, describiendo un continuo, en el que una misma persona, comience sufriendo uno de estos trastornos, como por ejemplo la obesidad y después de modo paralelo a ello, sufra de un Trastorno de la Conducta Alimentaria o, sencillamente, producirse diversos recorridos entre unos y otros, como señalaran numerosos investigadores (Fairburn, et al, 1997; Neumark-Sztainer, 2002; Field, et al, 2003; Neumark-Sztainer, et al, 2006 y Neumark-Sztainer, et al, 2007).

Sin embargo, el hecho de coexistir, mezclarse e integrarse en un mismo sujeto, diferentes problemas relativos a la alimentación, no puede evitar, distinguir sus profundas diferencias (en lo que a la base personal se refiere) en el surgimiento mismo de cada uno de estos trastornos. En la propia raíz de cada uno de estos fenómenos, encontramos diferencias cualitativas. Por otra parte, no hay que olvidar que la fuerte relación y co existencia de los fenómenos, no implica fusionarlos, mimetizarlos y perder de vista la peculiaridad de cada uno de ellos. Dos fenómenos, bastante diferentes en su naturaleza más profunda pueden coexistir y de hecho tener una fuerte relación.

Si analizamos los llamados factores de riesgo comunes entre la obesidad y a los Trastornos de la Conducta Alimentaria, encontramos un grupo de factores individuales, entre los que se incluyen el seguimiento de dietas, preocupación por el peso (acompañada de conductas inadecuadas para controlarlo) preocupación por la propia imagen, problemas de autoestima e identificación con mensajes provenientes de la influencia mediática.

La existencia de estos factores comunes de riesgo, confirma que, es muy importante, la elaboración de estrategias generales socio-políticas integradas versus Programas de intervención específicos, sólidamente apoyados en las peculiaridades de la dinámica

personal, psicológica de cada uno de estos problemas relacionados con la alimentación: La Obesidad y Los Trastornos de la Conducta alimentaria.

Si partimos del presupuesto de que cualquier acción, que se emprenda para reducir tanto la obesidad como los Trastornos de la Conducta Alimentaria, deberá atender en primerísima instancia a las circunstancias que se encuentran favoreciendo la aparición de tales trastornos, el análisis de los supuestos factores de riesgo de carácter individual comunes a ambos tipos de trastornos, adquieren una perspectiva, un matiz, un significado, completamente diferente.

Analicemos cada uno de los factores individuales, abstrayéndonos, circunstancialmente, de los factores biológicos y mediáticos, asociados a estos fenómenos, para centrar el análisis en la base personal, sobre la cual, suelen desarrollarse la Obesidad y los Trastornos de la Conducta Alimentaria.

Atendamos primero al hecho de *seguir dietas*; en el caso de la obesidad, no es precisamente el hecho de seguir una dieta, lo que conduce al sujeto a su condición de ser obeso, sino todo un estilo de vida sedentario, combinado con un consumo excesivo de nutrientes. Sin embargo en los Trastornos de la Conducta Alimentaria, la realización de las dietas se encuentra en la génesis misma del trastorno. Esta diferencia sustancial, marcaría una no menor diferencia, en el modo en que se incluye este tema en uno u otro programa de intervención para evitar la aparición de uno u otro problema relacionado con la alimentación.

Un segundo factor individual, supuestamente común: *la preocupación por el peso*; es una condición que se asocia a la Obesidad, pero no constituye un factor de riesgo de la misma, como si lo es, para los Trastornos de la Conducta Alimentaria.

Un tercer factor de carácter individual: *la preocupación por la propia imagen*. Así como la preocupación por el peso, con sus intentos desafortunados de regularlo, son fenómenos concomitantes a la obesidad, en medida alguna pueden ser considerados elementos favorecedores de la condición de ser obeso. Sin embargo, estos mismos factores, suelen identificarse en las etapas previas y en las que se está gestando el Trastorno de la conducta alimentaria, justo cuando el sujeto, comienza a situarse en

una condición de riesgo de padecerlo. Esto explicaría la presencia obligada en un programa de intervención para prevenir los Trastornos de la Conducta Alimentaria de todo lo relativo a la imagen corporal y la preocupación por el peso, porque, precisamente, la profundidad de tales problemas, es lo que empujaría al adolescente al trastorno. El sujeto obeso, por su parte, se siente presa de fuertes hábitos, costumbres y de todo un estilo de vida, que lo encierra en esa condición, generándole un sufrimiento vinculado al peso y a la imagen corporal.

Para evitar el Sobrepeso o la obesidad resultaría contraproducente insistir en la imagen corporal o el peso como estrategia básica, sin embargo, en el caso de los Trastornos de la Conducta Alimentaria, un trabajo preventivo, no puede eludir en modo alguno lo relativo a la imagen corporal, dado que, precisamente, una inadecuada imagen corporal, es lo que favorece la aparición del trastorno.

Los chicos con bajo índice de masa corporal tienden a verse más gruesos de lo que realmente están, mientras que los chicos más obesos tienden a percibirse más delgados. Esto significa que nos encontramos ante diferentes distorsiones en la percepción corporal cuando se sufre obesidad, en comparación a cuando surge un Trastorno de la Conducta Alimentaria. La condición común de tales distorsiones es que ambas van en el sentido de la deseabilidad social, como afirman Maganto y Cruz, (2008).

No solo se observan diferencias en la distorsión que sufre la percepción en el caso de la obesidad y de los trastornos de la alimentación, sino también, entre el comportamiento de los diferentes grupos de sexos. Mientras que los chicos obesos distorsionan por defecto, las chicas obesas o con sobrepeso reconocen su sobrepeso y a pesar de ello, no en todos los casos cambian a una ingesta más adecuada. Las chicas con un peso por debajo de lo normal, al igual que los chicos en condición similar, se perciben con un Índice de Masa Corporal superior al que le corresponde y en estos casos, si suelen observarse cambios en los patrones de alimentación, dirigidos a perder peso (Maganto y Cruz, 2008).

Algo similar ocurre cuando analizamos la autoestima, en el caso de la Obesidad, no ha sido una débil autoestima, en sí mismo, lo que favorecería la aparición de la obesidad, sino más bien, una condición asociada al sufrimiento, generada por el impacto social de la condición de ser obeso. Sin embargo, en los TCA, es unánime, el reconocimiento por parte de los investigadores, del hecho, de que solo sobre la base de una baja y débil autoestima se instala la anorexia, la bulimia, así como los diversos trastornos de conducta no especificados. Es por esto que no habrá programa de intervención efectivo que evite los Trastornos de la Conducta Alimentaria, que no incluya el trabajo sobre la autoestima, como forma verdaderamente efectiva de resistencia y protección del adolescente ante el posible desarrollo de este tipo de trastorno. Una baja autoestima, con frecuencia, se asocia a la obesidad, pero no favorece la aparición de la misma, como si sucede con los Trastornos de la Conducta Alimentaria.

La inclusión del trabajo de la autoestima en los programas de intervención contra la obesidad, dejarían efectos positivos, en tanto aliviarían el sufrimiento y favorecerían la aceptación de sí mismo, pero, en modo alguno contendría todo un estilo de vida, anclado en hábitos y profundas costumbres familiares, sin cuyo cambio, toda intervención tendría un carácter paliativo.

La Obesidad suele desarrollarse por la combinación de un consumo excesivo de nutrientes y un estilo de vida sedentario, bajo la influencia de una fuerte promoción del mercado de determinados tipos de alimentos (dulces, comida rápida, congelados) (Bleich, et al, 2007). Sin embargo los Trastornos de la Conducta Alimentaria, están sujetos a un tipo diferente de influencia mediática, dirigida predominantemente al propio cuerpo y a reducir y no aumentar (como en el caso de la obesidad) el consumo de alimentos.

Aunque tanto en la obesidad como en los TCA, influyen factores de índole familiar, estos son marcadamente diferentes en cada caso. La familia del obeso transmite y educa en patrones, costumbres y modos específicos de llevar a cabo la alimentación, que favorecen un alto consumo de alimentos, en muchos casos, no saludables, a veces asociado a un rechazo familiar encubierto bajo las burlas o la desvalorización. Entre los familiares de los adolescentes con Trastornos de la Conducta Alimentaria, sin embargo,

encontramos, padres o madres con antecedentes en el sufrimiento de este mismo tipo de trastorno, ya sea de carácter específico e inespecífico, así como una focalización en el rol de género femenino, reforzador de determinada imagen corporal.

Tanto la Obesidad, como los Trastornos de la Conducta Alimentaria, reciben la influencia de factores escolares comunitarios y sociales. Sin embargo, el contenido y la dinámica que estos factores adaptan, distan mucho cuando se está gestando la Obesidad en comparación al proceso de desarrollo de los Trastornos de la Conducta Alimentaria. En el caso de los primeros, el entorno favorece el consumo de alimentos altamente calóricos y no saludables, mientras que en los segundos, el entorno se muestra sobre exigente, imponiendo normas de difícil cumplimiento en la moda u otros ámbitos de la vida social.

En la Obesidad, son las evidencias de carácter físico, las que tienen un carácter primario, mientras que en el caso de los Trastornos de la Conducta Alimentaria, las manifestaciones iniciales del desajuste, se sitúan en actitudes, formas de comportamiento y secundariamente, las alteraciones de carácter físico.

Ambas dolencias, tienen como base común la alimentación, la fuerte necesidad de enfoques integradores e interdisciplinarios y sobre todo el reconocimiento de su impacto en la salud; así por ejemplo, el problema de la obesidad, para la Organización Mundial de la Salud (OMS) es uno de los retos más importantes del siglo XXI, dada su fuerte influencia en el desarrollo de las enfermedades cardiovasculares, que sabemos constituyen la primera causa de muerte en el mundo occidental.

El hecho de encontrarnos ante mensajes contradictorios de la sociedad, que por una parte estimula la obesidad y por otra parte se encuentra reforzando un modelo estético corporal, señala, la necesidad de profundizar en las bases de cada uno de estos fenómenos y de encontrar formas de intervención específicas, efectivas y sobre todo, ajustadas a las peculiaridades de cada problema relativo a la alimentación.

El reconocimiento de las diferencias entre los factores coadyuvantes de la Obesidad y los Trastornos de la Conducta Alimentaria, no excluye, en lo absoluto, nuestra aprobación y apoyo a las propuestas de la elaboración conjunta de estrategias de

actuación para la prevención de ambas patologías. Opinamos que el camino se encuentra en la búsqueda de bases comunes para la promoción de salud, tal y como se viene intentando por la comunidad científica internacional, a través de encuentros, como el celebrado en 2007 en Calgari, Canadá, con el nombre Obesidad y Trastornos de la Conducta Alimentaria, así como la propuesta de un Panel de Expertos sobre aproximaciones interdisciplinarias a la prevención integrada de la Obesidad y los TCA, dentro de la Conferencia Internacional de TCA de 2010, organizada por la Academy for Eating Disorders (Sánchez-Carracedo y López Guimerá, 2011) Consideramos acertados los intentos de aunar esfuerzos estratégicos en la lucha por evitar la aparición de estos problemas relacionados con la alimentación.

En su condición de panelista invitada, dentro de la Conferencia Internacional de los Trastornos de la Conducta Alimentaria (Sánchez-Carracedo y López Guimerá, 2011) la investigadora López-Guimerá, proporciona una síntesis de las aportaciones de los diferentes autores al tema en cuestión y que según refiere fueron las siguientes:

- La gran dificultad que está suponiendo, para el avance en este campo de trabajo, el hecho de que los profesionales que trabajan en ellos, ven la Obesidad y los Trastornos de la Conducta Alimentaria, como problemas separados.
- En el campo de la Obesidad, intervienen principalmente médicos, profesionales de la nutrición y del ámbito de la salud pública, mientras que en el campo de la prevención de los Trastornos de la Conducta Alimentaria, intervienen en mayor medida profesionales del ámbito de la salud mental y
- Finalmente la recomendación de establecer puentes de comunicación entre ambos campos.

Consideramos que las acciones de intervención, diseñadas sobre la base del conocimiento de la base personal de cada uno de estos trastornos, no pueden reducirse en modo alguno a mensajes de contenido, mucho menos aún, alusivas a la alimentación. Ha sido precisamente la elaboración de programas preventivos de

contenido y no dirigidos a determinados aspectos psicológicos, específicos de la base personal, lo que explica la falta de coherencia de tales mensajes preventivos, que señalara Neumark-Sztainer (2003) y Neumark-Sztainer, et al (2006). Por un lado se les anima a reducir la grasa y a realizar actividad física para evitar la obesidad y por el otro se les conduce a aceptar un peso corporal genéticamente determinado y a evitar la realización de dietas, para protegerles de los TCA.

Aunque el efecto contraproducente o contradictorio de los mensajes preventivos planteado por Neumark-Sztainer (2003) y sus colaboradores ha sido cuestionado por Carter y Bulik (2008) coincidimos (con Raich, et al, 2008) en la necesidad de evaluar con mayor precisión todas las variables de interés tanto para la obesidad, como para los Trastornos de la Conducta Alimentaria en los programas preventivos; a lo que nosotros añadimos, la necesidad de concretar variables relativas a la base personal que preceden a la aparición de cada uno de estos problemas de salud.

La mayor precisión de las variables personales implicadas en las alteraciones alimentarias, formará parte del proceso de aproximación hacia los mecanismos etiológicos de tales alteraciones, que como afirman López –Guimerà y Sánchez-Carracedo, 2010, son los que finalmente proveerán las bases teóricas y metodológicas para fundamentar los programas.

López-Guimerà (2010) refiriéndose a los meta-análisis de Fingeret, et al, (2006), de Stice y Shaw (2004) y Stice, Shaw y Marti (2007), explica que se observan tanto resultados, como procedimientos no coincidentes, pero en lo que sí parece existir consenso, es en la utilidad de gran parte de los programas, para elevar el conocimiento sobre los temas relativos a las alteraciones alimentarias. Afirma que realmente, solo una minoría de ellos, ha conseguido incidir sobre las actitudes y conductas, que generan el riesgo de padecer estos trastornos, con resultados entre medios y medio-alto.

Además, no se trata de hacer más programas, sino más eficientes, en tanto vayan dirigidos a los elementos claves para prevenir tanto la Obesidad como los TCA. Entre los programas desarrollados encontramos uno que merece especial atención y

reconocimiento, que es el llamado programa EPODE (Ensemble, préve-nons l'obésité des enfants; [www.epode.fr](http://www.epode.fr)) Este programa se inició en Francia como un programa escolar de información nutricional en 1992 en dos pequeñas ciudades del norte de Francia y continuó con una serie de intervenciones comunitarias, que consiguieron impactar la prevalencia de la obesidad infantil a lo largo de un período de 12 años; estabilizando en un 8,8 % la obesidad infantil en las poblaciones objeto de intervención, en contraste con un acuciado aumento de la obesidad infantil, a casi el doble de la existente previamente, en las poblaciones que no recibían el programa (Romon et al, 2009).

A nuestro juicio, entre los aspectos especialmente destacables del Programa EPODE, se encuentran: ofrecer tratamiento individualizado a sujetos en riesgo y sus familias, agenciarse el soporte de las autoridades políticas de la región e incidir a nivel de la comunidad; estos dos últimos aspectos, hicieron posible no solo la práctica de actividad física, que ya es en sí misma es muy importante, sino además, consiguieron algo de especial trascendencia, como es la implicación de los medios de comunicación locales. Este último aspecto, en nuestra opinión, le confiere especial trascendencia al programa, dado que consigue un primer impacto en el ámbito mediático a favor de la promoción de salud y, además, de forma coherente con una amplia gama de acciones de intervención dirigida a diversos sectores.

Es un programa, realmente, sin precedentes en lo que a Prevención de alteraciones alimentarias se refiere. Este programa, de carácter internacional y en el que participan, además de Francia, países tales como Bélgica, con el programa Viasano, Grecia a través del programa Paideiatrofi, y España con el programa Thao-Salud Infantil a partir del año 2007, en el que comienza su aplicación a través de la Fundación Thao.

Consideramos un verdadero éxito profesional y organizativo la aplicación de este programa en España, si tenemos en cuenta que casi 1 de cada 3 niños y niñas españoles (29,3%) sufre problemas relacionados con el exceso de peso, para cuya solución es necesaria la intervención de la Psicología, para promover cambios de actitudes y comportamientos, sin los cuales, se hará imposible, darle un importante giro a este problema de salud que sufrimos hoy (Casas, 2011). Este autor insiste en la

importancia de adquirir buenos hábitos de alimentación, de forma paralela a un proceso de aprendizaje de valores y la satisfacción emocional, para conseguir un buen estado de salud.

Compartimos la propuesta de Casas (2011) de crear una red coordinada desde la Administración Pública, fomentando la participación público-privada, dándole a determinadas empresas (sensibilizadas con la promoción de salud infantil) participación en las estrategias de actuación. Sin embargo, todo ello, deberá ser acompañado de la realización de estudios de carácter psico-cognitivo-emocional de los grupos de riesgo.

Nos identificamos con las afirmaciones de Sánchez Carracedo y López Gimerá (2011) en las que atribuyen la falta de efectividad de los programas a que, estos, centran su atención en cambios relacionados con la alimentación, el peso y el ejercicio físico, ignorando los efectos sobre la imagen corporal y las conductas no saludables.

Otra importante limitación de los programas, se encuentra en que trabajan predominantemente, aspectos de contenido, informativos o de creencias (Holt y Ricciardelli, 2008) cuyo mensaje, queda a nivel intelectual, sin una activa participación de las emociones. En nuestra opinión, de forma generalizada, no se consigue una profunda reflexión de los sujetos sobre sí mismos, sobre la influencia del entorno y los motivos esenciales de su vida, aspectos que mucho tienen que ver, con el riesgo, el padecimiento de uno u otro trastorno de la conducta alimentaria e incluso su evolución y pronóstico.

El número de sesiones incluidas en los programas, resulta insuficiente, en relación con toda la complejidad de un largo proceso que se inicia con la adquisición de la condición de riesgo de desarrollar el trastorno hasta que este se desarrolla. Se realizan mayoritariamente con grupos numerosos, que no permiten el nivel de participación e implicación personal y emocional, tan necesario para que lo abordado en las diferentes sesiones, consiga un verdadero impacto en el sujeto.

Con frecuencia, se hace explícito el objetivo final de la intervención, lo que suele elevar las naturales resistencias al cambio, más aún, en población adolescente. La tan

necesaria participación en estos programas de prevención, de la familia, en estrecha coordinación con la labor ejercida desde la escuela, se hace marcadamente difícil, si no imposible. Esto hace que los progresos conseguidos en las sesiones, se desvanezcan rápidamente, al entrar en la dinámica familiar y exponerse a los continuos mensajes procedentes de la influencia mediática.

Entraña una verdadera dificultad argumentar la puesta en marcha de este tipo de programas, en tanto su realización se encuentra en terreno limítrofe entre servicios de salud, psicológicos, educativos y sociales; dada su especial complejidad y especial necesidad de integración interdisciplinaria.

La propuesta de intervención, que aparece desarrollada en el presente trabajo, intenta superar las limitaciones antes mencionadas; constituye, además, una iniciativa, basada en la experiencia misma de intervenir dentro de la comunidad desde los propios institutos, en coordinación con las autoridades públicas comunitarias, particularmente sensibles y preocupadas por estos problemas relacionados con la alimentación.

### **3. ESTUDIO EMPÍRICO**

#### **3.1 Planteamiento Empírico**

##### **3.1.1 Planteamiento del Problema**

Los trastornos de la alimentación ya están reconocidos como un problema serio, que afecta a los adolescentes y que merece la atención de la comunidad científica, además existen abundantes referencias en la literatura internacional, en relación con los factores con los que se encuentran asociados.

También se observa consenso en relación con su carácter multifactorial, que admite la influencia de condiciones tanto biológicas, psicológicas, como relativas al entorno familiar y social. La interrogante fundamental en este momento es cómo detener el impetuoso avance que han experimentado en las últimas décadas estos trastornos.

Todos los especialistas vinculados al trabajo terapéutico reconocen lo arduo y difícil que se hace conseguir la completa recuperación de la adolescente y regresarla a una vida normal, en la que no sustituya unos comportamientos patológicos por otros. Este postulado adquiere mayor coherencia con la observación generalizada de la pronta recuperación cuando el trastorno es identificado precozmente o cuando aún no ha iniciado su desarrollo.

Todo lo anterior apunta a que si se quiere llevar adelante alguna acción de salud ha de ser lo más tempranamente posible. Sin embargo, qué hacer justo en un momento en el que aún no hay síntomas del trastorno, solo comportamientos y actitudes considerados de riesgo o ni siquiera estos últimos.

Estos enfoques tienen como aspectos positivos, el hecho de dirigir la atención hacia la fase previa al desarrollo de la enfermedad, así como enfatizar la importancia del trabajo a nivel poblacional o al menos de grandes grupos. Esto último constituye un aporte importante en el terreno de la prevención, en tanto se reconoce el importante

papel del grupo y de la necesidad de integración a él cómo herramientas de incalculable calibre en la prevención de estos trastornos.

Sin embargo, estos trabajos apoyan el trabajo preventivo en un análisis racional directamente relacionado con los contenidos que atañen a las actitudes y comportamientos de riesgo e incluso a la propia enfermedad. De esta manera y en el mejor de los casos, quedan sin ser abordados aspectos claves del desarrollo personal, no suficientemente desarrollados, que quedan como terreno fértil para el desarrollo de otros desajustes del período adolescente, relacionados con la sexualidad, la relación de pareja, el consumo de sustancias aditivas y /o el establecimiento de síntomas de depresión, obsesivos compulsivos u otros relacionados con la salud mental.

Precisamente, el dejar fuera de nuestra acción, la base personal, sobre la que se sustenta el trastorno, explica que muchas veces la desaparición de determinadas conductas de riesgo de Trastorno de la Conducta Alimentaria se vean sustituidas por nuevos tipos de comportamientos y actitudes relacionados con otros trastornos, por lo que el adolescente continua expuesto a un nuevo tipo de riesgo, más bien indiferenciado, potencial de una amplia gama de trastornos, de entre los cuales tampoco queda completamente excluido el trastorno de la alimentación.

Las preguntas que orientan nuestra investigación son:

¿La presencia de riesgo de trastorno alimentario en determinadas poblaciones adolescentes de Barcelona es comparable con la reflejada en los estudios internacionales?

¿Cómo se distribuye el actual nivel de riesgo de TCA en función de la edad y el sexo de la población adolescentes escolares?

¿Cómo se relaciona el nivel de adecuación del auto concepto y las habilidades socio-emocionales con el riesgo de trastorno alimentario?

¿Con cuáles dimensiones psico-patológicas se observa relación con la presencia de riesgo de Trastorno de la Conducta alimentaria?

¿Es posible elaborar una propuesta de acción, dirigida a reducir el riesgo de TCA en poblaciones de adolescentes catalanes?

### 3.1.2 Justificación del problema

Se ha convertido en una necesidad importante el ensayo de formas de intervención que detengan el progresivo incremento los Trastornos de la Conducta Alimentaria.

Tales acciones no pueden ser emprendidas desde el desconocimiento de la situación concreta de los grupos poblacionales de la provincia de Barcelona, potenciales receptores de los posibles programas de intervención. Es por ello, que la fase analítico-descriptiva, que precede la aparición de la enfermedad del comportamiento alimentario, centrada en aspectos relativos a la base personal del adolescente, en especial los relativos a su competencia emocional y la presencia o no de determinadas dimensiones psicopatológicas , lo consideramos un precedente de rigor de esta investigación.

La propuesta de un programa de intervención sobre la competencia emocional, como vía fundamental para reducir la vulnerabilidad al trastorno alimentario constituye un poderoso reclamo de la comunidad científica, que expone, con contundencia, los factores sobre los que es pertinente trabajar, tales como: las dificultades de autoestima, las habilidades sociales y relativas a la competencia emocional en general, dada su estrecha relación con la aparición y posterior evolución del Trastorno de la Conducta Alimentaria.

### **3.1.3 Aporte teórico y utilidad de la investigación**

Se considera vital contener el desarrollo del trastorno alimentario, justo antes de su comienzo, pues en este estadio, aún pueden corregirse desajustes emocionales, un inadecuado auto concepto y un importante déficit en las habilidades sociales. Es unánime la aceptación de la elevada dificultad que supone el completo

restablecimiento de adolescentes con anorexia, bulimia u otros trastornos alimentarios, denominados inespecíficos, que van elevando su frecuencia y complejidad.

El compromiso con la formación de las nuevas generaciones, así como la demostrada relación entre los diferentes tipos de trastornos del período adolescente, conducen a los investigadores a interesarse por la plataforma intrínsecamente humana, emocional y personal de estos adolescentes; ello explica, que esta investigación también centre su atención en tales aspectos en el grupo de los adolescentes estudiados.

Es urgente, poner en manos de nuestros adolescentes determinados recursos, y procedimientos concretos, que les permitan protegerse de la avalancha mediática, que tan fuertemente nos castiga hoy y que, se encuentra fuertemente relacionada con la génesis misma del Trastorno de la Conducta Alimentaria. El programa de intervención que se propone en esta investigación, dedica un módulo a este aspecto, sin convertirlo en objetivo directo de la misma, pero si como procedimiento altamente efectivo, para la elevación de la competencia emocional.

Finalmente, hay que apuntar un fuerte argumento humano, para el tratamiento de nuestro problema de investigación: muchas adolescentes han perdido la vida, víctimas de estos trastornos y muchos otros seguirán la misma suerte, más aún hoy, por el reciente incremento en el varón, esta es una enfermedad que se sufre en silencio, a modo de desgaste emocional, acompañado de una profunda infelicidad, que demuestra el alto potencial de daño al que puede conducir la irracionalidad en nuestros tiempos.

Los avances teóricos que se vienen realizando dentro del terreno de la Psicología de la Salud e industrial ponen de manifiesto la estrecha relación entre la competencia emocional y el desarrollo de conductas saludables. Tanto desde el punto de vista somático como psíquico, la competencia emocional favorece el afrontamiento positivos ante los problemas de salud.

Desde la perspectiva de un reconocido problema de salud, como los trastornos de la alimentación, contribuiríamos a que se valorara con mayor rigor y objetividad, por

parte de las instituciones políticas y educativas, la necesidad de atender con carácter urgente al adecuado desarrollo personal de los adolescentes.

Contribuiríamos además a mejorar indicadores de carácter social y humano, pues estaríamos coadyuvando no solo a la reducción de los actuales porcentajes de anorexia y bulimia, sino que estaríamos formando adolescentes con un nivel mucho más alto de satisfacción personal, de equilibrio e integridad humana y, por tanto mucho más cercanos a la condición de salud en el complejo proceso salud-enfermedad.

#### 3.1.4 Objetivos Generales del Trabajo

A continuación se exponen los objetivos generales de la presente investigación, cada uno de estos objetivos se desarrolla a través de los estudios que forman parte de la misma.

1-Describir y Contrastar los porcentajes de riesgo de Trastorno de la Conducta Alimentaria descritos en la literatura científica, con los porcentajes de riesgo de adolescentes residentes en distintas poblaciones de la provincia de Barcelona y su relación con variables socio demográficas (Estudio 1).

2-Describir y Analizar la relación entre el riesgo de sufrir un Trastorno de la Conducta Alimentaria, las Habilidades socio-emocionales y la Adecuación del Auto concepto de 368 adolescentes residentes en la población de Corella. (Estudio 2)

3- Analizar las relaciones entre el riesgo de TCA y determinadas dimensiones psicopatológicas de adolescentes residentes en distintas poblaciones de la provincia de Barcelona. (Estudio 3)

4-Elaborar una propuesta de Programa educativo sobre determinadas habilidades socio-emocionales y el auto concepto como vía fundamental para la reducción del riesgo de Trastorno de la Conducta Alimentaria.

## 3.2 Diseño General de la Investigación

Para dar respuesta a las preguntas y objetivos formulados se han diseñado tres estudios. El primer estudio es un estudio descriptivo que analiza el riesgo de desarrollar un trastorno de conducta alimentaria en dos muestras de población escolar adolescente de dos poblaciones catalanas (Sabadell y Cornellà). Los dos siguientes estudios son exploratorios. En el segundo estudio se analiza la relación entre el desarrollo de las habilidades emocionales y el autoconcepto y el riesgo a sufrir un trastorno de conducta alimentaria. Y en el tercer estudio se analiza la relación entre el riesgo a sufrir un trastorno de conducta alimentaria y las dimensiones psicopatológicas. Finalmente se presenta una propuesta de intervención educativa y de vigilancia comunitaria.

### 3.2.1 Posibilidades y Limitaciones

El análisis cuantitativo, permitirá la comparación de los sujetos estudiados con poblaciones de referencia, al mismo que proporcionan un lugar a cada uno de los sujetos dentro de la propia muestra del estudio, lo que hace posible detectar en qué medida los sujetos se aproximan o se alejan de los valores promedios en determinada población.

La ventaja de este tipo de análisis radica en su marcada objetividad, en tanto las valoraciones de los sujetos, se sustentan en baremos estadísticos de poblaciones de referencia. También, este tipo de análisis, hace posible el estudio de gran número de sujetos y comparar sus resultados con gran número de estudios.

Sin embargo, el análisis cuantitativo, nos ofrece informaciones de carácter descriptivo, poblacional y pocas posibilidades de realizar estudios profundos a nivel de la individualidad de los sujetos, al mismo tiempo que sus dictámenes, se restringen a informar del lugar de los sujetos en una población y en medida alguna, las condicionantes, que a nivel personal, se encuentran interviniendo en cualquier fenómeno, objeto de estudio.

### 3.2.2 Instrumentos

Fueron utilizados los siguientes instrumentos

- 3.2.2.1 Cuestionario de datos socio-demográficos, que recogía información respecto de: edad, sexo, curso escolar, colegio, población.
- 3.2.2.2 EAT (Eating Attitudes Test 40 items) (Test de Actitudes Alimentarias) (Garner y Garfinkel, 1979) validado para población española (Castro, J. y cols 1991). Este test de 40 ítems identifica la presencia de riesgo de TCA. Los autores originales propusieron 29/30 como punto de corte para considerar que existe riesgo de padecer un trastorno de conducta alimentaria. Para el estudio se consideró 19/20, como punto de corte, como sugiere la versión validada para España de Castro y cols 1991. El análisis de contenido de los ítems del EAT, nos permitió identificar un subgrupo de ítems (13, 14, 17, 25, 28, 38 y 40) que describían conductas, que, sin necesariamente suponer, la presencia de Anorexia o Bulimia u otro TCA, anunciaban, la fase inicial de patología dentro de la conducta alimentaria. Es por ello que la presencia de tales conductas, fue considerada operacionalmente por los autores, como constitutivas o integradoras de un Indicador de Inicio de Estructuración del TCA.
- 3.2.2.3 Test EQijv: (Bar-On, R. i Parker, J.D.A. 2000) Versión para niños y jóvenes menores de 16 años, del EQi de R. Bar-On. Ampliamente utilizado en diferentes estudios. Este test proporciona un Cociente general de inteligencia emocional (elaborado a partir de diferentes componentes excepto el estado afectivo general), y cinco escalas: intrapersonal (se refiere a la capacidad de comprensión y comunicación de las propias emociones), interpersonal (valora empatía, sociabilidad y pro-sociabilidad), adaptabilidad (evalúa la capacidad de resolución de problemas, flexibilidad y perseverancia), gestión del estrés (capacidad para autor regular las emociones y el autocontrol) y estado afectivo general (evalúa el optimismo, la felicidad y la autoestima).

#### 3.2.2.4 Cuestionario de Auto concepto de (Musitu, Garcia y Gutiérrez, 2001)

Evalúa el grado de adecuación del auto concepto. Durante las últimas décadas la Psicología clínica, social, y muy especialmente la Psicología educativa, han otorgado al auto-concepto un papel central en el complejo entramado de los procesos psicosociales y ha subrayado la enorme importancia del mismo para poder entender cómo los sujetos regulan su conducta en multitud de contextos (familiar, social, académico y emocional). El auto-concepto determina en gran medida el bienestar de los sujetos y es un aspecto clave durante la formación de la identidad en la adolescencia. El AF5 (Auto-concepto Forma 5) surge como versión ampliada y actualizada de otra prueba ya existente, el Auto-concepto Forma A (AFA). El cuestionario compuesto por 30 elementos evalúa 5 dimensiones diferentes del auto-concepto presente en el sujeto: Auto-concepto académico/laboral, social, emocional, familiar y físico. Esta última dimensión, que no estaba presente en el test anterior, permite al evaluador recoger información adicional y sin duda muy útil del modo en que el sujeto se auto-percibe. Es de fácil aplicación, individual o colectiva, y el minucioso trabajo realizado durante la creación y selección de los elementos ha permitido disponer de un cuestionario sencillo que se puede aplicar tanto a niños (a partir de 5? de Educación Primaria) como a adultos.

#### 3.2.2.5 El Symptom Checklist-90-R (SCL-90-R) Symptom Checklist 90 Revised

Derogatis (SCL-90-R) (Derogatis, Leonard R. Ph.D 1983). Este test de 90 síntomas, adaptado para población española (González de Rivera, J. L y cols 2002) recoge información sobre 10 tipos de sintomatologías: somatización, obsesión-compulsión, sensibilidad Interpersonal, depresión, ansiedad, hostilidad, ansiedad fóbica, ideación paranoide, psicoticismo, y una escala adicional (con 7 ítems que desde el punto de vista psicométrico no pueden ser asignados a ninguna dimensión)

El SCL-90-R aporta un perfil multidimensional de la posible patología subyacente y permite clasificar a los individuos en tres grandes grupos: sin morbilidad psiquiátrica, con morbilidad psiquiátrica leve o con patología psiquiátrica franca. En ningún caso el SCL-90-R puede ser considerado un método diagnóstico, sino que se trata de un instrumento de screening de morbilidad psiquiátrica.

Es uno de los instrumentos más ampliamente utilizados en la medición de la sintomatología psicopatológica en población clínica y en población general. Ya que gran parte de la investigación en psicopatología se realiza con estudiantes universitarios, este estudio instrumental pretende proporcionar datos de referencia para esta población. Analizamos las propiedades psicométricas de esta escala en una muestra representativa de 1.277 estudiantes de la Universidad de Girona. Las dimensiones con puntuaciones más elevadas para el total de la muestra son Obsesividad-compulsividad, Depresión y Sensibilidad interpersonal. Los resultados muestran diferencias significativas entre hombres y mujeres. La fiabilidad de la escala resulta muy aceptable, con unos coeficientes de consistencia interna de las nueve dimensiones primarias y del GSI, que oscilan entre 0,69 y 0,97.

El análisis de la estructura factorial y la fuerte interdependencia entre las escalas primarias cuestionan la multidimensionalidad del SCL-90-R y refuerzan la idea de que el instrumento proporciona una medida de estrés general, es decir, es un indicador unidimensional de malestar psicológico más que una medida de dimensiones psicopatológicas diferenciadas. (Caparros-Caparros, et al, 2007) (Rigol, et al, 2007) El instrumento utilizado para la realización de este estudio preliminar, ha sido el cuestionario de 90 síntomas: Symptom Check List 90 Revised, SCL-90-R (Derogatis, 1977). Se trata de un cuestionario auto administrado de detección y medida de síntomas psicopatológicos, en su adaptación española (De las Cuevas, C y Gonzalez Rivero, 1991). Este

Cuestionario está compuesto por 90 ítems, cada uno de los cuales describe una alteración psicopatológica o psicosomática concreta. Está referido a varias facetas de la psicopatología que deben ser valorados por el propio individuo (Martin-Santos, Gonzalez de Rivera y Gonzalez Pinto, 1991). Un aspecto a tener en cuenta es que existe una ausencia de estudios acerca de la validez teórica del constructo “reactividad al estrés”, diferenciándola de otros factores, tales como la psicopatología (Rodríguez Abuín, M, 2002).

La intensidad del sufrimiento causado por cada síntoma se gradúa en una escala que va desde el 0 al 4 (0 = nada en absoluto, 1 = un poco, 2 = moderadamente, 3 = bastante y 4 = mucho o extremadamente). Las puntuaciones que el sujeto entrevistado asigna a cada uno de los ítems no pueden considerarse valores cuantitativos, puesto que no se asegura que las puntuaciones asignadas representen incrementos equivalentes a lo largo de una variable continua. Es decir, puede que la diferencia entre no tener un síntoma y tenerlo (variación de 0 a 1 en la escala numérica) no sea la misma que la que hay entre sufrir moderadamente por un síntoma o hacerlo de manera extrema, a pesar de que en ambos casos la diferencia sea de un punto (Rodríguez Abuín, M, 2002). Hemos utilizado el cuestionario como un instrumento de medida de índices globales y dimensiones somáticas.

Los índices globales que mide el cuestionario se agrupan en diferentes dimensiones sintomáticas: Somatización, Obsesión-compulsión, Sensibilidad Interpersonal, Depresión, Ansiedad, Hostilidad, Ansiedad Fóbica, Ideación Paranoide y Psicoticismo.

Índice Global de Gravedad o Severidad (Global Severity Index o Índice somático general): GSI: informa sobre la intensidad del sufrimiento psíquico y psicosomático global (de forma generalizada e indiscriminada). Es el marcador numérico más sensible del sufrimiento psicológico global del paciente, ya que correlaciona el número de

síntomas con su intensidad. Total de Síntomas Positivos (Positive Symptom Total o Total de respuestas positivas): PST: informa sobre la amplitud y diversidad de la psicopatología. · Índice de Distrés de Síntomas Positivos (Positive symptom distress index): PSDI: informa sobre la intensidad sintomática media relacionando los 2 indicadores previamente descritos.

- Las Dimensiones Somáticas se configuran en base a la agrupación de los 90 síntomas que constituyen el cuestionario en función de los diversos aspectos psicopatológicos que exploran. Son las siguientes: Somatización: Los ítems incluidos en esta dimensión hacen referencia al distres percibido en el propio cuerpo, producto de la actuación mediadora del sujeto, tanto en su estado como en su funcionamiento habitual, por lo que clasifica a los sujetos en función de si existe un balance equilibrado entre recursos y necesidades.
- Obsesión-compulsión: explora conductas, pensamientos y vivencias características de las personalidades y trastornos obsesivos. · Sensibilidad interpersonal: explora síntomas que hacen referencia a sentimientos de inferioridad y de displacer en situaciones de interacción personal, donde existen dificultades. Refleja por tanto, sentimientos de baja autoestima, timidez, vergüenza e inhibición en las relaciones interpersonales.
- Depresión: explora síntomas y signos característicos de los trastornos depresivos, como humor disfórico, sentimientos de desesperanza y auto menosprecio.
- Ansiedad: explora síntomas y signos característicos de los estados de ansiedad en toda su amplitud, así como también los indicativos de tensión emocional.
- Hostilidad: explora sentimientos, conductas y vivencias propias de los estados de ira o agresividad, a través de acciones, pensamientos o sentimientos.
- Ansiedad Fóbica: exploran las vivencias y conductas fóbicas, especialmente en el plano de la agorafobia y la fobia social.

- Ideación paranoide: Esta dimensión tiene en cuenta aspectos de la conducta paranoide, estilos cognitivos en el que predominan los mecanismos proyectivos, la hostilidad, la desconfianza, la centralidad en uno mismo y el miedo a la pérdida de autonomía.
- Psicoticismo: Exploran sobre todo sentimientos de alienación social más que la existencia de una psicosis clínicamente manifiesta. Representa por tanto, un componente esquizoide en la población normal y un componente psicótico patológico en poblaciones psiquiátricas

### **3.3 ESTUDIO 1: EVALUACIÓN DEL RIESGO DE TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA EN 768 ADOLESCENTES PROCEDENTES DE DISTINTAS POBLACIONES CATALANAS**

#### **3.3.1 Introducción**

Durante las últimas décadas, los Trastornos de la Conducta Alimentaria, vienen experimentando un sensible aumento, en poblaciones adolescentes europeas (Isomaa, Isomaa, Marttunen, Kaltiala-Heino and Björkqvist, 2009). También en España, se observa este sensible aumento (Carretero, A., Sánchez, L., Rusiñol, J., Raich, R.M. and Sánchez, D, 2009) Tales trastornos, preocupan a la comunidad científica y médica, dado su profundo impacto en la salud. La mayoría de los pacientes diagnosticados de anorexia no remitiran antes de 5 o más años de seguimiento. Es por ello, que se hace necesario encontrar tratamientos más eficaces (Keel, P. K. and Brown, T. A, 2010).

Si atendemos a los estudios epidemiológicos, la evaluación de la situación de riesgo de los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) en nuestro entorno más próximo, tenía que erigirse como paso previo ineludible, para emprender el análisis de su relación con variables de carácter socio-demográfico y psicológico. Esta fase de la investigación constituía además, premisa básica de rigor para la elaboración y propuesta de un Programa educativo preventivo ajustado a los grupos poblacionales catalanes.

Los estudios de carácter descriptivo realizados en las poblaciones de Sabadell y Cornellá, se sitúan en los estadios iniciales del presente trabajo de investigación. Su realización constituyó una primera evaluación de los aspectos más generales y necesarios para continuar profundizando en las etapas siguientes de la investigación.

El hecho de haber sido realizados en poblaciones diferentes y en condiciones diferentes, no permite la comparación de los mismos; son solo y de hecho, dos caminos emprendidos en dos momentos diferentes, de un modo diferente, pero con

los mismos objetivos, permitiéndonos, acumular, un grupo inicial de evidencias, alentadoras del camino hacia nuestra dedicación a este tema de investigación.

A pesar de la incomparabilidad de ambos estudios, ambos fueron de gran utilidad como base documental objetiva para sensibilizar a las autoridades políticas y educativas y que estas, nos permitieran, desde la Universidad, llevar adelante, no solo los otros estudios que forman parte de este trabajo, sino además, emprender acciones educativas concretas para la prevención de los TCA y terminar realizando propuestas útiles para los profesionales que hoy luchan por la reducción de los Trastornos de la Conducta Alimentaria.

Toda la recogida de datos correspondiente a estos estudios, en todo momento, tuvo que condicionarse a los imperativos marcados por el funcionamiento de las instituciones políticas y educativas. Respetando estas y acompañados por el saber científico, hicimos lo más adecuado a los fines científicos con las condiciones que nos fueron dadas y la valiosísima e inapreciable ayuda de autoridades políticas, extraordinariamente sensibles y comprometidas con el mejoramiento de su comunidad y el futuro de sus adolescentes y jóvenes.

### 3.3.2 Objetivos

1. Describir los porcentajes de prevalencia de actitudes y comportamientos de riesgo de Trastornos de la Conducta Alimentaria en adolescentes residentes en diferentes poblacionales de Catalunya.
2. Describir cómo se comportan las actitudes y comportamientos de riesgo de Trastornos de la Conducta Alimentaria en relación con determinadas variables socio-demográficas, tales como: población, sexo, edad y curso escolar.

### 3.3.3 Diseño Metodológico

#### Material y Método

Los **768** adolescentes catalanes fueron evaluados a través de 2 sub estudios, uno realizado con **404** estudiantes residentes en una población del Vallés Occidental (Sabadell) y otro realizado con **364** estudiantes residentes en una población del Vallés Oriental (Cornellá del Llobregat)

El análisis de los datos del primer subgrupo poblacional de 404 estudiantes residentes en la población de Sabadell, formó parte del Trabajo de Tesina (Garrido y Raich, 2008) y a través de los porcentajes, el cálculo de las medias, medianas y desviaciones estándar, fue descrita la ubicación de los sujetos en relación con el punto de corte, así como su relación con las variables socio-demográficas registradas.

#### Instrumentos

1. Cuestionario de Registro de datos generales tales como: población, instituto, grupo, edad y sexo.
2. Eating Attitudes Test ( Test de Actitudes Alimentarias) de Garner y Garfinkel, (1979). Versión española de Castro, J. y cols (1991). Es un instrumento que goza de reconocimiento internacional para la realización de estudios de corte epidemiológico. Ha sido validado para población española y es considerado un índice bastante objetivo y válido de síntomas frecuentemente observados en la anorexia. Está constituido por 40 items, que intentan medir síntomas de anorexia (Garner y Garfinkel, 1979) con un alto nivel de validez concurrente, dada su alta correlación con el criterio de jueces.

Los autores originales propusieron 29/30 como punto de corte para considerar que existe riesgo de padecer un trastorno de conducta alimentaria. Para el estudio se consideró 19/20, como punto de corte, como sugiere la versión validada para España de Castro y cols 1991. El análisis de contenido de

los ítems del EAT, nos permitió identificar un subgrupo de ítems (13, 14, 17, 25, 28, 38 y 40) que describían conductas, que, sin necesariamente suponer, la presencia de Anorexia o Bulimia u otro TCA, anunciaban, la fase inicial de patología dentro de la conducta alimentaria. Es por ello que la presencia de tales conductas, fue considerada operacionalmente por los autores, como constitutivas o integradoras de un Indicador de Inicio de Estructuración del TCA.

Este instrumento toma en cuenta importantes condiciones, referidas en el marco teórico, como fuertemente relacionadas con la anorexia (inadecuada imagen corporal, alteraciones interoceptivas, síntomas psicobiológicos como la amenorrea y las alteraciones del sueño) Es además un instrumento económico en su aplicación y en su calificación, que permite identificar un amplio rango de actitudes y conductas que han sido encontradas en pacientes anoréxicas, haciéndose compatible con el interés general de estos estudios centrados en el pesquisaje general y en medida alguna emprender una profunda evaluación de los trastornos alimentarios y menos aún de sus índices pronósticos.

#### La consigna dada a los sujetos

Con la autorización del equipo directivo de cada uno de los Colegios mencionados, a los sujetos le fue dada la siguiente **consigna**:

“La Universidad Autónoma de Barcelona está llevando a cabo un trabajo de investigación y vuestro Colegio ha decidido colaborar. Se trata de rellenar estos cuestionarios. En el caso que no deseen participar solo tienen que comunicarlo y esto no tendrá ninguna consecuencia escolar.”

### 3.3.4 Resultados

#### A. Descripción de las Variables Socio-demográficas en cada uno de los grupos poblacionales catalanes estudiados.

Del total de **768** adolescentes estudiados, **404** procedían de la población de Sabadell y **364** de la población de Cornellá del Llobregat.

Los 404 estudiantes, residentes en la población de **Sabadell**, incluidos en este estudio, procedían, de dos Colegios Privados Concertados situados en esta población del Vallés Occidental. El 26,5 % (107) provenían del Colegio SP y el 73,5%(297) del Colegio J.V.

Del total de sujetos, el 51,2 % correspondía al sexo masculino y el 48,6 % al femenino, sus edades fluctuaban entre los 12 y los 20 años y se encontraban estudiando en la Enseñanza Secundaria Obligatoria, el Bachillerato o en Cursos Formativos.

Los distintos grupos de edad y curso escolar incluyen de forma predominantemente homogénea a chicos y chicas, como lo muestran las siguientes tablas.

Estudiantes de Sabadell: por grupos de edad y Sexo

			Edad categorizada				Total
			12 a 14 años	15 a 17 años	18 a 20 años	> 20 años	
Sexo	Chicos	Recuento	80	95	30	1	206
		%	38,8%	46,1%	14,6%	,5%	100,0%
	Chicas	Recuento	70	108	15	3	196
		%	35,7%	55,1%	7,7%	1,5%	100,0%
Total	Recuento		150	203	45	4	402
	%		37,3%	50,5%	11,2%	1,0%	100,0%

Distribución de los estudiantes de Sabadell por sexo y curso escolar

			Sexo		Total
			Chicos	Chicas	
Curso escolar	ESO	Recuento	125	115	240
		%	52,1%	47,9%	100,0%
	Bachillerato	Recuento	45	53	98
		%	45,9%	54,1%	100,0%
	Curso formativo	Recuento	37	28	65
		%	56,9%	43,1%	100,0%
Total		Recuento	207	196	403
		%	51,4%	48,6%	100,0%

Los **364** estudiantes residentes en la población de **Cornellá del Llobregat**, se encontraban cursando el primer año de los estudios de la ESO en los 5 institutos públicos, situados en la población de Cornellá.

Cuatro de los cinco institutos se encuentran representados de forma homogénea dentro del grupo de estudiantes residentes en Cornellá, con muestras de 76, 80, 75, y 80. No obstante, uno de los institutos solo aportó 53 alumnos en 1ro de la ESO.

En el grupo de estudiantes de Cornellá, el 72,8 %, contaba con 12 años de edad, y el 26,1 % restante, había cumplido recientemente los 13 años.

En el grupo de estudiantes de Cornellá, el 51,1 % eran chicos y el 47,8 % chicas, lo que muestra una distribución homogénea general de ambos sexos dentro de este grupo.

#### B. Comportamiento del Riesgo del Trastorno de Conducta Alimentaria en los 404 estudiantes procedentes de Sabadell.

La identificación de actitudes y comportamientos de riesgo de Trastornos de la

Alimentación, a través del EAT se llevo a cabo, tomando distintos puntos de corte. (Garner, y cols, 1979; Castro, y cols, 1991; Díaz, y cols, 1999).

Si se considera el valor de 30/chicas-29/chicos, como muestra la tabla siguiente, encontramos que el 10 % de los 404 sujetos evaluados se encuentra dentro del grupo de riesgo de padecer un Trastorno de la Conducta Alimentaria (TCA).

Riesgo de TCA EAT ( $\geq 29/30$ ) en estudiantes de Sabadell

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	EAT bajo <sup>a</sup>	363	89,9
	EAT alto	41	10,1
	Total	404	100,0

a. Chicos:  $\leq 29$  puntos; Chicas:  $\leq 30$  puntos

La consideración de 20/chicas-19/chicos como punto de corte del EAT, eleva el grupo de riesgo hasta el 23 %; de manera que cerca de la cuarta parte de estos sujetos podría desarrollar un TCA.

Cuando se realiza la diferenciación por sexos de los resultados obtenidos en el EAT, con ambos puntos de corte, los porcentajes de las chicas en riesgo (15.2% para punto de corte 30, y 33.3% para punto de corte 20), resultan marcadamente superiores a los chicos (5.4% para punto de corte 30, y 13.2% para punto de corte 20).

En los períodos de edad entre los 12 y 17 años, se observan porcentajes algo más altos de adolescentes en riesgo, pero la falta de homogeneidad de este grupo (la muestra a partir de 18 años es escasa), no permite hacer valoraciones de rigor, en relación con las diferencias de edad y los resultados en el EAT.

Riesgo de TCA (EAT  $\geq 29/30$ ) por edad en estudiantes de Sabadell

Riesgo de TCA (EAT  $\geq$ 19/20) por curso y sexo en adolescentes de Sabadell.

			EAT cat. según sexo (corte: 29/30)		Total
			EAT bajo	EAT alto	
Edad categorizada	12 a 14 años	Recuento	135	15	150
		%	90,0%	10,0%	100,0%
	15 a 17 años	Recuento	181	22	203
		%	89,2%	10,8%	100,0%
	18 a 20 años	Recuento	41	4	45
		%	91,1%	8,9%	100,0%
	> 20 años	Recuento	4		4
		%	100,0%		100,0%
Total		Recuento	361	41	402
		%	89,8%	10,2%	100,0%

Riesgo de TCA (EAT  $\geq$ 19/20) por edad en estudiantes de Sabadell

			EAT cat. según sexo (corte: 19/20)		Total
			EAT bajo	EAT alto	
Edad categorizada	12 a 14 años	Recuento	111	39	150
		%	74,0%	26,0%	100,0%
	15 a 17 años	Recuento	157	46	203
		%	77,3%	22,7%	100,0%
	18 a 20 años	Recuento	37	8	45
		%	82,2%	17,8%	100,0%
	> 20 años	Recuento	4		4
		%	100,0%		100,0%
Total		Recuento	309	93	402
		%	76,9%	23,1%	100,0%

Cuando observamos los resultados del EAT no solo en relación con el grupo de edad, sino además atendiendo al sexo, vuelven a hacerse marcadamente mayoritarias las chicas en riesgo de Trastorno de la Conducta Alimentaria en todos los grupos de edad.

Riesgo de TCA EAT (> =29/30) por edad y sexo en adolescentes de Sabadell

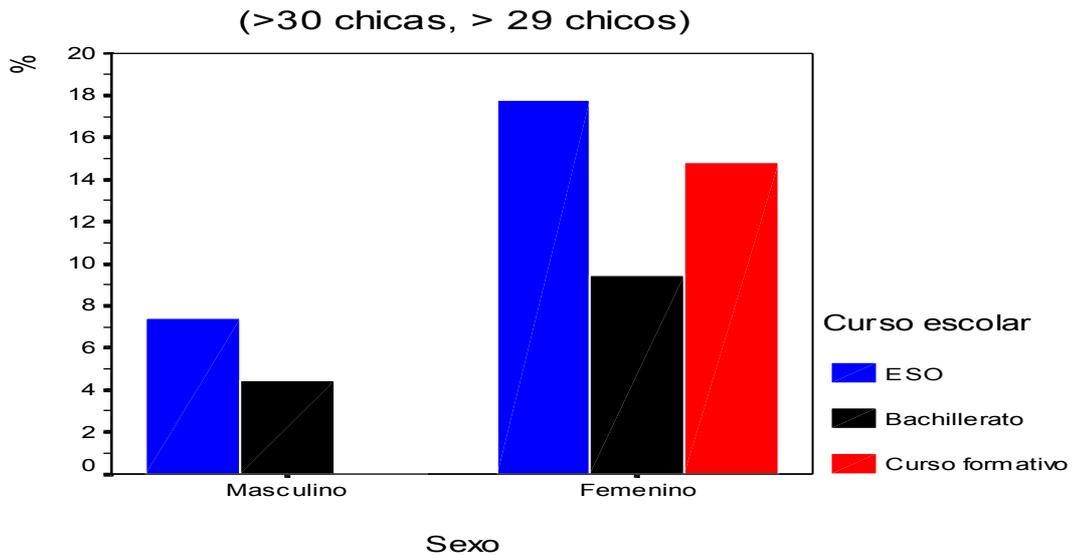
				EAT cat. según sexo (corte: 29/30)		Total
				EAT bajo	EAT alto	
Masculino	Edad categorizada	12 a 14 años	Recuento	76	3	79
			%	96,2%	3,8%	100,0%
		15 a 17 años	Recuento	86	6	92
		%	93,5%	6,5%	100,0%	
	18 a 20 años	Recuento	29	2	31	
	%	93,5%	6,5%	100,0%		
	Total		Recuento	192	11	203
			%	94,6%	5,4%	100,0%
Femenino	Edad categorizada	12 a 14 años	Recuento	60	12	72
			%	83,3%	16,7%	100,0%
		15 a 17 años	Recuento	94	16	110
		%	85,5%	14,5%	100,0%	
	18 a 20 años	Recuento	13	2	15	
	%	86,7%	13,3%	100,0%		
	Total		Recuento	170	30	200
			%	85,0%	15,0%	100,0%

Obsérvese en la Tabla anterior como el grupo entre 12 y 14 años, se hace especialmente ilustrativo, pues siendo bastante homogéneo en cuanto a la distribución de chicos y chicas, estas últimas alcanzan un porcentaje de riesgo de trastornos de la alimentación 3 veces mayor que el grupo de chicos.

Cuando se analizaron los resultados en función del curso escolar se observaron algunas diferencias interesantes.

Si se tiene en cuenta que algo más de la mitad del grupo de adolescentes estudiados se encontraba cursando la ESO, no resulta sorprendente que cuando se tome el primer punto de corte (30), los porcentajes mayoritarios se sitúen en este nivel escolar tanto en chicas como en chicos, como lo muestra el Gráfico Nº 6.

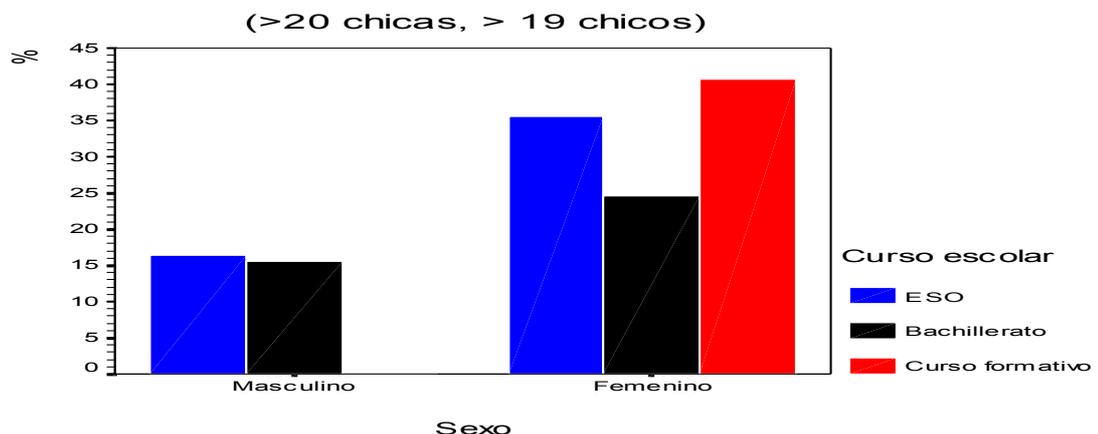
### Riesgo de TCA (EAT $\geq 29/30$ ) por curso escolar y sexo en estudiantes de Sabadell



Merece destacarse que los porcentajes de adolescentes en riesgo de TCA, cuando se toma el punto de corte de la validación española de Castro y colaboradores (1991) resultan marcadamente superiores en los Cursos Formativos en relación con los de Bachillerato, a pesar de los primeros constituir solo el 16 y los segundos el 24 % de la muestra respectivamente.

En el siguiente gráfico puede observarse que cuando se reduce el punto de corte se pueden observar porcentajes similares entre los chicos que se hallan estudiando la ESO y el bachillerato. Y por lo que respecta a las chicas, el porcentaje de chicas que estudian cursos formativos en riesgo se incrementarían a niveles similares a sus pares estudiantes de bachillerato.

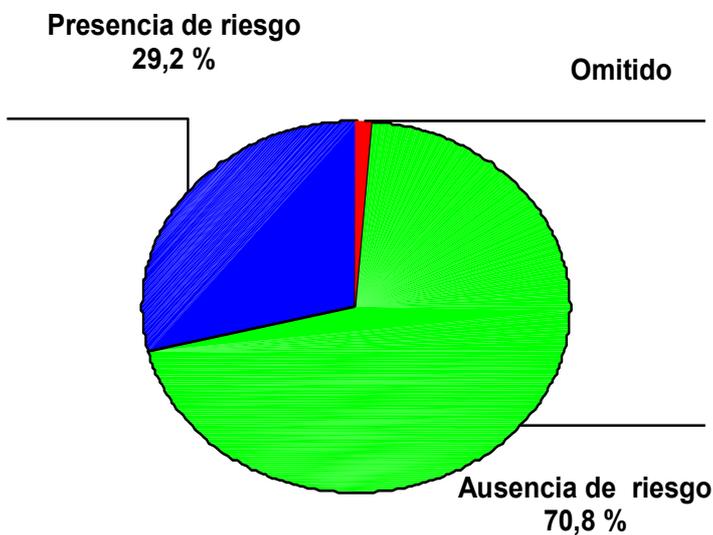
### Riesgo de TCA (EAT $\geq 19/20$ ) por curso escolar y sexo en adolescentes de Sabadell



C. Comportamiento del Riesgo del Trastorno de Conducta Alimentaria en los 364 estudiantes procedentes de Cornellà.

Considerando como punto de corte del Eating Attitudes Test (EAT) 19/20, pudo apreciarse que el 29,2 % de la totalidad de los estudiantes que se encontraban cursando el 1ro de la ESO en la población de Cornellà se encontraban en riesgo de sufrir un Trastorno de la Conducta Alimentaria.

Riesgo trastorno alimentación en estudiantes de 1ro ESO de Cornellà.



La distribución de los estudiantes en riesgo de TCA en los distintos institutos públicos, situados en la población de Cornellà, resultó marcadamente homogénea, tal y como se muestra en la Tabla 5A .

**Tabla 5A Riesgo Trastorno alimentación por Instituto**

	Colegio					Total	
	Esteve Terrades	Frances Marciá	Joan Miró	Maria Aurelia Capmany	Miquel Martí i Pol		
Riesgo20 .00	Recuento.	50	63	52	57	33	255
	% de Riesgo20	19.6%	24.7%	20.4%	22.4%	12.9%	100.0%
1.00	Recuento.	22	17	23	23	20	105
	% de Riesgo20	21.0%	16.2%	21.9%	21.9%	19.0%	100.0%
Total	Recuento.	72	80	75	80	53	360
	% de Riesgo20	20.0%	22.2%	20.8%	22.2%	14.7%	100.0%

Obsérvese que entre 17 y 23 estudiantes por instituto, se encuentran en riesgo. Observamos que las cantidades ligeramente mayores las aportan los institutos Miquel Martí i Pol, el Esteve Terrades y el Joan Miró; mientras que, los institutos con un menor número de estudiantes en riesgo fueron el Francés Marciá y el María Aurelia Capmany.

De los 105 estudiantes en riesgo de Trastorno de la Conducta Alimentaria, 55 son chicos y 50 son chicas. No solo se observan porcentajes similares en ambos sexos, sino que incluso, los chicos se colocan muy ligeramente por encima de las chicas, en lo que a posibilidad de contraer el trastorno.

**Tabla Nº 6 Riesgo de trastorno alimentación y Sexo**

Recuento		Sexo		Total
		Masculino	Femenino	
Riesgo	Sin riesgo	131	124	255
	Con riesgo	55	50	105
Total		186	174	360

### 3.3.5 Discusión

#### Riesgo de Trastorno de la Conducta Alimentaria en estudiantes de Sabadell

La identificación de un 10 % de sujetos en riesgo de TCA tomando un punto de corte más alto que el recomendado en la validación española, (29/30) refleja que dentro del grupo de adolescentes estudiados, la posibilidad de padecer un TCA, cobra dimensiones que no pueden ser desestimadas, más aún si tenemos en cuenta que el intervalo de edad del grupo estudiado es mucho más similar al utilizado por Castro, y colaboradores (1991) que fue de 16,8 años (para la validación en España) y más diferente de los grupos utilizados por Garner y colaboradores (1979) en los que la media de edad era significativamente más alta (22,5).

Este porcentaje de sujetos con riesgo de padecer un TCA supera los encontrados en población general por Díaz, y colaboradores (2003) Martínez, y colaboradores (2003) quienes refieren valores cercanos a un 5 %. Estos porcentajes de riesgo de TCA, encontrados en los estudiantes de Sabadell, coinciden sin embargo con los referidos por Cervera, (1996) y Raich, y colaboradores (1991), aunque justo con los valores más altos referidos por estas investigadoras en población escolar y supuestamente sana de nuestro medio.

Al tomar como punto de corte del EAT 19/20, el porcentaje de adolescentes en riesgo de Sabadell, se eleva al 23 %. Estos porcentajes de sujetos en riesgo, considerablemente más elevados, resultaron similares a los señalados por Morande y colaboradores (1999) quienes refieren alrededor de un 24 % de chicas en riesgo en estas edades. Estos resultados resultan coherentes con las alertas de aumento de riesgo de Trastorno de la Conducta Alimentaria, que han venido realizando otros investigadores, durante la última década (Gandarillas y Febrel, 2000; Jiménez y Silva, 2010).

La marcada diferencia entre los porcentajes de los grupos de riesgo, procedentes de distintos puntos de corte del EAT, hacen pensar que la reducción del

punto de corte, al mismo tiempo que permite identificar un mayor número de sujetos con actitudes y conductas inadecuadas relacionadas con la alimentación, podría estar elevando de forma importante el porcentaje de falsos positivos. Este hecho ya fue observado por Castro, y colaboradores (1991) quienes afirmaban que, en sus estudios, los falsos positivos alcanzaron el 30 %.

Si tenemos en cuenta los elevados porcentajes de sujetos en riesgo de TCA, y la alerta de investigadores japoneses (Ishikawa and Honjo, 1999) sobre el paulatino incremento de los casos atípicos a partir de la década de los 90; podría presumirse que dentro de este sorprendente 23 % de sujetos en riesgo de TCA, detectados con el punto de corte de la validación española del EAT, puedan estarse gestando no solo cuadros de Anorexia o Bulimia nerviosa, sino diversas formas de alteraciones alimentarias, aún por estudiar, e imposible de incluir en determinadas entidades diagnósticas conocidas.

Puede tener gran importancia la utilización de este segundo punto de corte, pues, incluso, en los supuestos casos de falsos positivos, no hay que perder de vista, que la consideración de un adolescente en riesgo de TCA, no lleva implícito un dictamen de carácter psicopatológico, en modo alguno, limitante para él; más bien, su supuesta condición de falso positivo, solo le abriría la posibilidad de formar parte del grupo de sujetos, que fueran objeto de determinados programas educativos de carácter preventivo, justo en un momento muy oportuno de su desarrollo físico y mental.

#### Riesgo de Trastorno de la Conducta Alimentaria y Sexo en estudiantes de Sabadell

Cuando se observa la distribución de los sujetos en los distintos valores arrojados por el EAT en chicos y chicas, se destaca que los valores promedios de las chicas se sitúan alrededor de 18, puntaje bastante cercano al segundo punto de corte, en contraste con los valores promedios de los chicos, situados alrededor de 12, que no solo es un punto bastante distante del punto de corte, sino además, con una dispersión marcadamente inferior a la desviación típica encontrada entre las chicas.

La marcada mayoría de chicas, en contraste con los chicos en los estudiantes de Sabadell, resulta compatible con lo señalado por la totalidad de los estudios socio-demográficos consultados, que fueron realizados durante el mismo período en el que fueron evaluados nuestros sujetos (Raich y colaboradores, 1991; Cervera 1996; Díaz y colaboradores, 2003; Ishikawa y Honjo, 1999; Morande y colaboradores, 1999; Martínez y colaboradores, 2000)

Cuando se toma el punto de corte 20/chicas-19/chicos, las chicas en riesgo, aunque continúan siendo mayoritarias, en relación con los chicos, moderan su diferencia con estos. La interpretación del EAT con un punto de corte inferior a 30, podría estar coadyuvando no-solo a identificar un mayor número total de casos en riesgo, sino además a detectar una cantidad superior de chicos en riesgo de padecer trastornos de la alimentación.

#### Riesgo de Trastorno de la Conducta Alimentaria y Edad en estudiantes de Sabadell

Los sujetos con EAT superior a 30 y 20 respectivamente, se acumulan en las edades entre 12 y 17 años, pero también estos subgrupos tienen mayor representación en el grupo de adolescentes de Sabadell, en relación con los individuos entre 18 y 20 años.

Lo que resulta palpable, como ya desde principios de la década del 2000, se ponía de manifiesto, la cada vez más temprana aparición de actitudes y comportamientos de riesgo de TCA, dentro del propio período de la adolescencia, tal y como lo ponen de manifiesto numerosos estudios epidemiológicos (Raich y colaboradores, 1991; Morande y colaboradores, 1999; Cervera, 1996; Díaz, y colaboradores, 2003; Ishikawa y Honjo, 1999; Martínez, y colaboradores, 2003).

En el período de 15 a 17 años, el número de chicas que superan el punto de corte 30 en el EAT, duplican al de los chicos y estos, a su vez, alcanzan los mayores porcentajes de riesgo justo en las edades entre los 15 y los 20 años, como lo muestran la Tabla Nº 7 y el Gráfico Nº 5.

## Riesgo de Trastorno de la Conducta Alimentaria y Curso escolar en estudiantes de Sabadell

La prevalencia femenina del riesgo de TCA en todos los cursos, corroboraba la creencia generalizada sobre el gran peso específico de la condición de ser mujer, frente al riesgo de padecer un Trastorno de la Conducta Alimentaria (TCA). Esta evidencia, ha sido ampliamente analizada en la literatura científica y aunque, algunos investigadores, lo atribuyen a cierta vulnerabilidad biológica, la mayor parte de los profesionales y científicos, coinciden en la fuerte presión social a la que se encuentran sometidas las chicas, siguiendo un ideal de belleza, estimulado por la sociedad, más aún en el período de edad en el que se encuentran los adolescentes de este estudio (Toro, 1996, 2004, 2010; Calado et al, 2010).

Sin embargo, coexistiendo con esta explosión femenina de casos, justo a principios de la década del 2000, comienzan a referirse discretos aumentos del riesgo en varones.

## Riesgo de Trastorno de la Conducta Alimentaria en estudiantes de Cornellá del Llobregat.

El 29, 2 % de riesgo de TCA en Cornellá, con punto de corte 19/20, supera los encontrados en los estudiantes de Sabadell, así como los referidos por Cervera, (1996) y Raich, y colaboradores (1991) en grupos poblaciones similares.

Dada la distribución marcadamente homogénea del grupo de adolescentes en riesgo de TCA en los diferentes institutos de Cornellá, podemos afirmar que la condición de residir en una u otra zona geográfica de esta población, no adquiere relevancia, en relación con el riesgo de sufrir un TCA.

La presencia generalizada de riesgo de TCA entre chicas y chicos, sin distinción de género, resulta marcadamente diferente a lo que se viene reportando en la

literatura internacional, tal y como se explica en el marco teórico del presente trabajo y que viene reportando un porcentaje marcadamente mayor de chicas en riesgo de sufrir los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA). No obstante, son dignos de mención, numerosos trabajos que venían alertando de los cambios de comportamiento en varones, dirigidos y focalizados hacia provocar cambios en su propio cuerpo y el desarrollo del culto a la imagen.

No deja de sorprendernos la rapidez con la que estos problemas han comenzado a extenderse a la población masculina. Todo ello confirma que el complejo sistema de factores que favorece la aparición de los Trastornos de la Conducta Alimentaria, no solo permanecen, no solo no conseguimos actuar sobre ellos, sino que ganan cada vez más fuerza, teniendo un impacto cada vez mayor en la salud de nuestros adolescentes y jóvenes. Estos resultados constituyen un fuerte llamado a intervenir rápidamente para proteger, no solo a las chicas, sino a los adolescentes en general, de estos trastornos.

### 3.3.6 Conclusiones

La utilización del punto de corte correspondiente a la validación española del EAT, puso de manifiesto un 23 % de sujetos en riesgo de TCA entre los 404 estudiantes de Sabadell y un 29, 2 % de sujetos en riesgo entre los 364 estudiantes de Cornellá.

Dentro del grupo de riesgo de Trastornos de la Conducta Alimentaria de estudiantes de Sabadell, su 73 % correspondía al sexo femenino y se encontraban mayoritariamente en los Cursos Formativos y en la Enseñanza Secundaria Obligatoria. De forma peculiar en los estudiantes de Cornellá, fue detectado, igual número de chicos y chicas en riesgo de TCA, aunque también correspondían a la Enseñanza Secundaria Obligatoria.

En ambos grupos poblaciones se refleja un porcentaje bastante elevado de adolescentes en riesgo de Trastorno de la Conducta Alimentaria, en ambos sexos, en zonas geográficas diversas, también diferentes cursos y grupos de edad. Solo esto, es

de obligada reflexión; sobre todo, si no perdemos de vista que el riesgo es el prelude de una gravísima enfermedad, que entraña serias dificultades para su diagnóstico y que puede conducir a importantes niveles de desnutrición en la adolescencia.

Los estudios realizados en las poblaciones de Sabadell y Cornellá, aunque con un carácter marcadamente descriptivo, hicieron posible que los otros estudios, que serán expuestos a continuación, fueran planteados, no solo sobre la base de los referentes aportados por la literatura científica internacional, sino además, atendiendo a los datos provenientes de las evaluaciones realizadas a un elevado número de adolescentes catalanes.

Si se atiende además a la elevada dificultad diagnóstica de la Anorexia, la Bulimia y de los Trastornos de alimentación no especificados, a su enorme complejidad y a lo que queda por conocerse de ellos, este tipo de estudios (puntuales, de carácter descriptivo, de poblaciones concretas, en condiciones específicas) podrían constituirse en formas diversas de aproximación hacia el conocimiento de las peculiaridades de subgrupos poblacionales heterogéneos con diferentes niveles de riesgo.

Los profesores que de algún modo conocieron de la realización de estos estudios, transmitieron su preocupación en relación con la ausencia de tiempo real y de formación del profesorado para hacer frente a este tipo de problema, que afecta a nuestros adolescentes. También entre las autoridades políticas y los directores de los institutos de la población de Cornellá predominó una actitud positiva, cooperadora y sensible ante este estudio (apoyado desde el Ayuntamiento) y en general hacia la problemática de la alimentación en la adolescencia.

## **3.4 ESTUDIO 2: RELACIÓN DEL RIESGO DE TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA Y LAS HABILIDADES SOCIOEMOCIONALES**

### **3.4.1 Introducción**

El presente trabajo, dirige su atención, precisamente, hacia el análisis de la relación entre determinados aspectos relativos al ámbito emocional y el auto-concepto de los adolescentes y el riesgo de estos de sufrir un TCA. Los autores consideran, que la profundización en este ámbito, constituirá una de las fuentes fundamentales para la elaboración de programas efectivos de intervención, que eviten la evolución de la condición de riesgo a padecer el trastorno. La interrogante fundamental que se plantea la presente investigación es si la condición de riesgo de padecer un TCA, se encuentra asociada o no al insuficiente desarrollo de determinadas habilidades emocionales y al nivel de adecuación del auto-concepto, esperado para esta etapa del desarrollo. Además de los antecedentes teóricos antes expuestos, la búsqueda de una respuesta rigurosa y científica a nuestra interrogante, se vio especialmente, estimulado por un imperativo, de carácter práctico, expresado en una demanda de las autoridades políticas de una población barcelonesa, a un equipo de investigación de la Universidad Autónoma de Barcelona, en la que expresaban su altísima preocupación por los elevados niveles de riesgo de TCA, detectados en su población y la necesidad de poner en marcha, un adecuado programa para la detección e intervención precoz ante este tipo de trastorno.

Para satisfacer esta demanda y como parte de la realización de una tesis Doctoral asesorada por mi tutora, se pusieron en marcha un grupo de estudios, dentro de los cuales, se enmarca el presente trabajo, que se propuso los siguientes objetivos:

### 3.4.2 Objetivos:

1-Describir la relación entre el riesgo de padecer un trastorno de la conducta alimentaria y las habilidades socio-emocionales.

2- Identificar la relación entre riesgo de TCA y la adecuación general del auto-concepto.

3- Precisar qué áreas del auto-concepto y su nivel de adecuación, muestran una mayor asociación con la condición de riesgo de sufrir un trastorno de la conducta alimentaria.

### 3.4.3. Material y Método

Muestra: Fueron evaluados un total de 322 adolescentes 157 chicos y 153 chicas, entre 12 y 13 años de edad, que cursaban 2o de ESO en los institutos de la población de Cornellá.

#### Instrumentos:

1- EAT (Eating Attitudes Test 40 items) (Test de Actitudes Alimentarias) (Garner y Garfinkel, 1979). validado para población española (Castro, J. y cols 1991). Este test de 40 ítems identifica la presencia de riesgo de TCA. Los autores originales propusieron 29/30 como punto de corte para considerar que existe riesgo de padecer un trastorno de conducta alimentaria. Para el estudio se consideró 19/20, como punto de corte, como sugiere la versión validada para España de Castro y cols 1991. El análisis de contenido de los ítems del EAT, nos permitió identificar un subgrupo de ítems (13, 14, 17, 25, 28, 38 y 40) que describían conductas, que, sin necesariamente suponer, la presencia de Anorexia o Bulimia u otro TCA, anunciaban, la fase inicial de patología dentro de la conducta alimentaria. Es por ello que la presencia de tales conductas, fue considerada operacionalmente por los autores, como constitutivas o integradoras de un Indicador de Inicio de Estructuración del TCA.

Test EQijv: (Bar-On, R. i Parker, J.D.A. 2000) Versión para niños y jóvenes menores de 16 años, del EQi de R. Bar-On. Ampliamente utilizado en diferentes estudios. Este test proporciona un Cociente general de inteligencia emocional (elaborado a partir de diferentes componentes excepto el estado afectivo general), y cinco escalas: intrapersonal (se refiere a la capacidad de comprensión y comunicación de las propias emociones), interpersonal (valora empatía, sociabilidad y pro-sociabilidad), adaptabilidad (evalúa la capacidad de resolución de problemas, flexibilidad y perseverancia), gestión del estrés (capacidad para autor regular las emociones y el autocontrol) y estado afectivo general (evalúa el optimismo, la felicidad y la autoestima).

Cuestionario de Auto concepto de (Musitu, Garcia y Gutiérrez, 2001) Evalúa el grado de adecuación del auto concepto. Durante las últimas décadas la Psicología clínica, social, y muy especialmente la Psicología educativa, han otorgado al auto-concepto un papel central en el complejo entramado de los procesos psicosociales y ha subrayado la enorme importancia del mismo para poder entender cómo los sujetos regulan su conducta en multitud de contextos (familiar, social, académico y emocional). El auto-concepto determina en gran medida el bienestar de los sujetos y es un aspecto clave durante la formación de la identidad en la adolescencia. El AF5 (Auto-concepto Forma 5) surge como versión ampliada y actualizada de otra prueba ya existente, el Auto-concepto Forma A (AFA). El cuestionario compuesto por 30 elementos evalúa 5 dimensiones diferentes del auto-concepto presente en el sujeto: Auto-concepto académico/laboral, social, emocional, familiar y físico. Esta última dimensión, que no estaba presente en el test anterior, permite al evaluador recoger información adicional y sin duda muy útil del modo en que el sujeto se auto-percibe. Es de fácil aplicación, individual o colectiva, y el minucioso trabajo realizado durante la creación y selección de los elementos ha permitido disponer de un cuestionario sencillo que se puede aplicar tanto a niños (a partir de 5? de Educación Primaria) como a adultos.

Análisis de datos: Se realizó el análisis estadístico con el paquete SPSS para PC. Se realizaron pruebas descriptivas, t-test, correlaciones y regresiones.

#### 3.4.4 Resultados

De los 322 adolescentes estudiados, el 28,3 % superó el punto de corte, situándose en condición de riesgo de padecer un trastorno alimentario. La puntuación media en el riesgo de trastorno alimentario fue de 16,22 puntos (SD=9,9). Las puntuaciones oscilaron entre 0 y 50 puntos (la puntuación máxima posible era de 120). La media del Índice de estructuración del trastorno alimentario, fue 1,10 puntos (SD=1,9). La puntuación mínima fue de 0 y la máxima de 9, siendo la puntuación máxima posible de 21.

No hay diferencias en el riesgo en función del sexo pero si respecto las habilidades emocionales y el autoconcepto. Las chicas informan de mejores habilidades tanto en inteligencia emocional (103.01 vs 96.83;  $P>0.01$ ), componentes intrapersonales (102.03 vs 97.99;  $P<0.05$ ); componentes interpersonales (103.6 vs 96.25;  $P<0.001$ ), como en componentes de adaptabilidad (102.28 vs 97.54;  $P<0.05$ ). Con respecto al test del autoconcepto, los chicos mostraron un autoconcepto emocional mejor que las chicas (19.01 vs 17.95;  $P<0.01$ ), pero no se hallaron diferencias en las otras dimensiones del autoconcepto, o en el índice global.

#### Riesgo de TCA, Índice de estructuración del trastorno y habilidades emocionales

Se observa una correlación inversa y significativa entre el riesgo de trastorno de conducta alimentaria (TCA) y los componentes de gestión del estrés y ( $r= -0.38$ ;  $P<0.001$ ). Las otras habilidades no se relacionaron con el riesgo de TCA, a excepción del estado afectivo, que mostró una relación débil e inversa con el riesgo ( $r=-0.15$ ;  $P<0.05$ ).

Al ser analizadas las relaciones entre el Índice de estructuración del TCA y los diferentes ámbitos de la inteligencia emocional, nuevamente, los componentes de gestión del estrés son los que muestran mayor impacto en el mismo ( $r=-0.36$ ;  $P<0.001$ ) así como los componentes generales del estado afectivo ( $r=-0.22$ ;  $P<0.01$ ).

El análisis de regresión indica que las habilidades emocionales explicarían el 21.3% de la variabilidad del riesgo de TCA ( $R^2$  corregida=21.3;  $F(6, 151)=8.01$ ;

$p < 0.001$ ). Los componentes que fundamentalmente contribuyen a explicar las puntuaciones obtenidas son: la gestión del estrés (en sentido negativo) ( $\beta = -0.430$ ;  $p < 0.001$ ) y los componentes de adaptabilidad (en sentido positivo) ( $\beta = 0.237$ ;  $p < 0.01$ ).

Por su parte el EQi (test de competencia emocional) explicaría el 17.4% de la varianza del Índice de estructuración del trastorno ( $F(6,166) = 7.04$ ;  $P < 0.001$ ); y los componentes que intervendrían en ese modelo serían: la gestión del estrés ( $\beta = -0.380$ ;  $p < 0.001$ ) y los componentes generales del estado afectivo ( $\beta = -0.18$ ;  $p < 0.05$ ).

#### Relación entre el Riesgo e Índice de estructuración del TCA y las Habilidades Emocionales por grupos de sexo.

Cuando miramos las correlaciones de forma separada por chicos y chicas encontramos que en ambos sexos hay una correlación inversa significativa ( $P < 0.001$ ) con la gestión del estrés... aunque esta correlación es más intensa en el caso de los chicos ( $r = -0.40$ ) que las chicas ( $r = -0.36$ ). No obstante solo se encontró una correlación negativa muy débil con el estado afectivo en el caso de las chicas ( $r = -0.18$ ;  $P = 0.08$ ) de forma casi significativa.

En el caso del índice de estructuración patológico encontramos la misma relación. Tanto en chicos como chicas se halla una correlación inversa entre gestión del estrés y el índice de estructuración del trastorno ( $r = -0.33$  y  $r = -0.37$ ;  $P < 0.001$ ) pero el efecto del estado afectivo fue solo significativo en el caso de las chicas ( $r = -0.37$ ;  $P < 0.001$ ). Sin embargo solo en los chicos se observó una correlación significativa del índice global de inteligencia emocional ( $r = 0.22$ ;  $P < 0.05$ ).

Cuando realizamos un análisis de regresión para ver que contribución tiene cada componente del test al riesgo observamos que las competencias explican una proporción mayor de varianza del riesgo en el caso de las chicas que de los chicos (21.2% vs 14.2%) ( $F(6,74) = 4.58$ ;  $P < 0.01$  y  $F(6,69) = 3.06$ ;  $P < 0.01$ ). En ambos casos el componente que más contribuiría sería la gestión del estrés adaptabilidad ( $\beta = 0.22$  y  $\beta = -0.24$ ); de forma casi significativa ( $p = 0.08$  y  $p = 0.09$ )

Cuando realizamos el análisis de regresión de la variable estructuración del entorno encontramos que en el caso de los chicos las puntuaciones obtenidas en el test de competencias socioemocionales solo explicaba el 8.5% de la variabilidad ( $F(6,74)= 2.24$ ;  $P<0.05$ ), y el único componente que intervendría en el modelo es la gestión del estrés ( $\beta=-0.37$ ;  $p<0.01$ ).

Pero en el caso de las chicas la variabilidad explicada sube al 20% ( $F(6,84)= 4.76$ ;  $P<0.001$ ) y al igual de lo que observamos en el caso del riesgo a parte de la gestión del estrés ( $\beta=-0.10$ ;  $p<0.001$ ), también interviene el estado afectivo general ( $\beta=-0.24$ ;  $p<0.05$ ).

Riesgo de TCA y Nivel de adecuación del auto-concepto (global y de sus distintas dimensiones)

Se constatan correlaciones negativas moderadas entre el nivel de riesgo de TCA y el Índice global de adecuación del auto-concepto ( $r=-.32$ ;  $P<0.001$ )

**Correlaciones**

		risc1	pato1
autocon	Correlación de Pearson	-,320	-,343
	Sig. (bilateral)	,000	,000
	N	163	172
acade	Correlación de Pearson	-,114	-,141
	Sig. (bilateral)	,136	,056
	N	173	185
social	Correlación de Pearson	-,203	-,234
	Sig. (bilateral)	,008	,002
	N	170	180
emocio	Correlación de Pearson	-,260	-,207
	Sig. (bilateral)	,001	,005
	N	172	182
famili	Correlación de Pearson	-,374	-,443
	Sig. (bilateral)	,000	,000
	N	175	187

También se observan correlaciones negativas moderadas entre el nivel de riesgo de TCA y el grado de adecuación del autoconcepto familiar ( $r=-0.37$ ;  $P<0.001$ ), del autoconcepto emocional ( $r=-0.26$ ;  $P<0.01$ ) y del autoconcepto social ( $r=-0.20$ ;  $P<0.01$ ). La única dimensión que no se relacionó con el riesgo fue la adecuación del autoconcepto académico.

Se evidencian correlaciones negativas moderadas entre el Índice de estructuración del trastorno y el Índice global de adecuación del autoconcepto ( $r=-0.34$ ;  $P<0.001$ ) la adecuación del autoconcepto familiar ( $-0.44$ ;  $P<0.001$ ) del autoconcepto emocional ( $r=-0.21$ ;  $P<0.01$ ) y de la adecuación del autoconcepto social ( $r=-0.23$ ;  $P<0.01$ ). La adecuación del autoconcepto académico presentó una correlación muy débil de forma cercana a la significación estadística ( $r=-0.14$ ;  $P=0.06$ ) con el índice de estructuración del trastorno.

El grado de adecuación de las diferentes autoconceptos explican un 15.1% ( $F(4,158)=8.18$ ;  $P<0.001$ ) de la varianza del riesgo de TCA y los subtest que se incluirían en el modelo serían la adecuación del autoconcepto familiar ( $\beta=-0.35$ ;  $P<0.001$ ) y la adecuación del autoconcepto emocional ( $\beta=-0.16$ ;  $P<0.05$ ).

Cuando el análisis de regresión se realiza con el Índice de estructuración del trastorno, puede observarse que la adecuación del concepto familiar explica el 20% de la varianza del Índice de estructuración del trastorno ( $F(4,167)=11.66$ ;  $P<0.001$ ). La única dimensión que intervendría en el modelo ( $\beta=-0.43$ ;  $P<0.001$ ) sería precisamente la adecuación del autoconcepto familiar.

#### Comportamiento por grupo de Sexo de la relación entre, el Riesgo de TCA y el Nivel de adecuación del auto-concepto (global y de sus distintas dimensiones)

En el grupo de chicos el riesgo de TCA, correlacionó con el índice global de adecuación del autoconcepto ( $r=-0.24$ ,  $P<0.05$ ) y con la adecuación de algunas de sus dimensiones, tales como la familiar ( $r=-0.37$ ;  $P<0.01$ ) y la emocional ( $r=-0.27$ ;  $P<0.05$ ) no así con las dimensiones social y académica.

En los chicos, el Índice de estructuración del trastorno correlacionó significativamente con la adecuación del autoconcepto global ( $r=-0.33$ ,  $P<0.01$ ), del familiar ( $r=-0.43$ ;  $P<0.001$ ), del social ( $r=-0.31$ ;  $P<0.01$ ) y del emocional ( $r=-0.21$ ;  $P=0.05$ ); pero no correlacionó con la adecuación del autoconcepto académico.

En las chicas el riesgo de TCA correlacionó tanto con el índice global de adecuación del autoconcepto ( $r=-0.35$ ;  $P<0.01$ ) como con la adecuación de todas sus dimensiones: familiar ( $r=-0.38$ ;  $P<0.001$ ), social ( $r=-0.23$ ;  $P<0.05$ ), emocional ( $r=-0.22$ ;  $P<0.05$ ), y académica ( $-0.22$ ;  $P<0.05$ ).

En las chicas el Índice de estructuración del trastorno también correlacionó significativamente con la adecuación del autoconcepto global ( $r=-0.33$ ;  $P<0.01$ ) y la adecuación del autoconcepto familiar ( $r=-0.46$ ;  $P<0.001$ ) y a diferencia de los chicos, este índice de estructuración del trastorno mostró una relación significativa con la adecuación del autoconcepto académico ( $r=-0.20$ ;  $P<0.05$ ) y de forma casi significativa con la adecuación del autoconcepto social ( $r=-0.19$ ;  $P=0.07$ ).

Cuando miramos los análisis de regresión para la variable riesgo de TCA dentro de cada sexo no observamos diferencias importantes ni respecto a las variables que intervendrían ni respecto a la proporción de variabilidad explicada.

En el caso del modelo de regresión aplicado al Índice de estructuración del trastorno, se observa que en el caso de los chicos explicó el 20.7% de la varianza ( $F(4,75)=6.16$ ;  $P<0.001$ ) y en el caso de las chicas la varianza explicada fue menor 17.6% ( $F(4,86)=5.79$ ;  $P<0.001$ ). Cuando miramos los coeficientes observamos que la variable que mayor peso tiene es el autoconcepto familiar tanto en chicos ( $\beta=-0.44$ ;  $P<0.001$ ) como en chicas ( $\beta=-0.46$ ;  $P<0.001$ ). Sin embargo en el caso de los chicos el autoconcepto social intervendría de forma casi significativa ( $\beta=-0.202$ ;  $P=0.07$ ); cosa que no sucede en el caso de las chicas. Con respecto al test del autoconcepto, los chicos mostraron un autoconcepto emocional mejor que las chicas (19.01 vs 17.95;  $P<0.01$ ), pero no se hallaron diferencias en las otras dimensiones del autoconcepto, ni tampoco en el autoconcepto global.

### 3.4.5 Discusión

Un 28,3 % de los 320 adolescentes estudiados, algo más de una cuarta parte de una población supuestamente sana, se encuentra en riesgo de TCA. Ello explica la preocupación expresada por las autoridades de esta zona barcelonesa para evitar, que estos altos porcentajes de adolescentes en riesgo, terminaran desarrollando la enfermedad.

Vale destacar, que nuestro estudio viene a confirmar la acelerada tendencia, ya anunciada por otros investigadores (Crisp, 2006) (Lavender and Anderson, 2010) al cada vez más rápido incremento en varones del riesgo de TCA, hasta situarse en porcentajes, que no difieren significativamente de los observados en chicas.

La correlación significativa e inversa entre el riesgo y la capacidad para gestionar el estrés, pone de manifiesto la relevancia, de este ámbito específico de la competencia emocional, en el proceso de evolución hacia un TCA en los adolescentes estudiados de ambos sexos.

Es presumible que los adolescentes situados más cerca de la frontera de desarrollar un TCA, se sientan sobrepasados por las exigencias impuestas a su edad, sufriendo serias dificultades para gestionar tanto el estrés generado, como sus propias emociones, sumergiéndose en un estado afectivo negativo, más o menos fluctuante. Ello explicaría la correlación negativa y significativa de tales dimensiones emocionales, tanto con el riesgo de TCA, como con el Índice operacional de estructuración del trastorno; como se encuentran señalando otros investigadores (Waxman, 2009; Fox and Power, 2009; Hartmann, et al, 2010).

Por otra parte, si se atiende a la similitud en las puntuaciones medias en lo que al estado afectivo, se refiere de los grupos con y sin riesgo de TCA, podría inferirse que, un estado emocional negativo, en sí mismo, no podría considerarse precursor, ni mucho menos indicativo de riesgo de TCA, más bien, tal estado emocional negativo, precisaría asociarse a una conflictividad emocional de carácter transaccional

(demanda-respuesta) que se encuentra en la base de la gestión del estrés, claramente no atribuibles a estados emocionales de carácter agudo, reactivos o asociados a un evento vital en concreto, sino, más bien relacionados con la capacidad de adaptabilidad, que, tal y como muestran nuestros resultados, podría explicar hasta un 20 % de la variabilidad del riesgo de TCA.

Como era de esperar, los adolescentes con niveles más altos de competencia emocional, en las subescalas del Estado Afectivo general y la Gestión del estrés, resultarían menos vulnerables a padecer un trastorno de la conducta alimentaria. Esta evidencia, confirma los trabajos de Fox and Power (2009) y Lavender and Anderson, (2010) y resultan interesantemente coherentes con la supuesta capacidad protectora de la salud de los altos niveles de competencia emocional, así como la actitud optimista, feliz, tan desarrollada en investigaciones recientes relacionadas con el concepto de Una llamada “Resiliencia”, entendida como la capacidad que posee un individuo frente a las adversidades, para mantenerse en pie de lucha, con dosis de perseverancia, tenacidad, actitud positiva y acciones, que permiten avanzar en contra de la corriente y superarlas. (Chávez e Yturralde, 2006; Solveig y colaboradores, 2010).

Dentro del área personal de los adolescentes en riesgo de TCA, podría comenzar a ponerse de manifiesto, ciertos desórdenes de carácter emocional, que a través de determinado mecanismo funcional, aún no determinado, comenzaran a entretorse con las actitudes y conductas de riesgo de TCA. De hecho, encontramos algunas referencias en este sentido, en los muy recientes trabajos (Wildes, et al, 2010) en los que se plantea cómo un insuficiente desarrollo de la competencia emocional, expresado en un inadecuado manejo de las emociones, por ejemplo, la evitación o evasión de la emoción por parte del sujeto, crea, un terreno sumamente propicio para la aparición y estructuración de la sintomatología de carácter psicopatológico y en particular el TCA. (Swanson et al, 2010).

Cuando se analiza la relación entre el Riesgo e Índice de estructuración del TCA y las Habilidades Emocionales por grupos de sexo, se observa que la fuerte relación del riesgo de TCA y el Índice de estructuración del trastorno con la Gestión del estrés, se pone de manifiesto en ambos sexos, lo que confirma, la relevancia generalizada de los

componentes de gestión del estrés en la aparición del riesgo y el comienzo del desarrollo del TCA, como venían señalando Davey y Chapman, L. (2009). Aunque, en nuestro caso, en los chicos, toma aún mayor relevancia en comparación con las chicas. Esta connotación mayor de la gestión del estrés sobre el riesgo de TCA en chicos pudiera explicarlo, el hecho de que en ellos, no gestionar adecuadamente el estrés, constituiría una condición añadida a otros desajustes personales, tales como problemas de identidad, trastornos psiquiátricos, dificultades importantes en el entorno familiar, entre otros (Lavender and Anderson, 2010; Crisp et al, 2006) El mayor nivel de conflictividad de los chicos en comparación con las chicas, podría hacer que una disminuida capacidad de gestión del estrés aumente su potencial favorecedor tanto del riesgo, como del inicio mismo del trastorno alimentario, en comparación con las chicas.

La especial fuerza del Estado afectivo sobre el riesgo de TCA entre las chicas, en comparación con los chicos, pudiera estar reflejando las conocidas diferencias culturales en cuanto al modo en que se expresan las emociones en los diferentes grupos de sexo. La mayor tolerancia de la sociedad ante las manifestaciones emocionales negativas en mujeres, podría estar generando un ambiente más tolerante entre las chicas, ante la aparición de estados de discomfort emocional, apareciendo estos, de un modo más palpable y bastante más tempranamente, en las chicas, en comparación con los chicos, dentro del proceso que los aproxima al riesgo o al inicio del trastorno alimentario.

Los reportes de los análisis de regresión, en relación con la bastante mayor explicabilidad tanto del riesgo, como del índice de estructuración del TCA en chicas, atendiendo a determinados componentes de la competencia emocional, lo atribuimos por una parte a que en el grupo de chicas, no solo adquiere relevancia la mayor o menor capacidad de gestionar el estrés, sino además el Estado afectivo y, por otra parte, no puede perderse de vista la mayor capacidad de las chicas para identificar y comunicar los aspectos concernientes a la competencia emocional, lo que podría aumentar de forma complementaria, la presencia de tales aspectos en el análisis global.

Estos resultados confirman las conclusiones de Pascual y colaboradores (2011) que llegan a considerar las variables emocionales como factores de riesgo de los Trastornos de la Conducta Alimentaria. La relevancia de este aspecto es tal, que se llega a considerar que, en los casos en los que el individuo desarrolle el Trastorno de la Conducta Alimentaria, las peculiaridades emocionales, podrían tener mucho que ver con el Tipo de Trastorno que termine desarrollando (Pascual, Etxebarria y Cruz, 2011).

Las correlaciones negativas observadas entre la adecuación del auto-concepto global y el riesgo de TCA, coincide con los trabajos (Katsounari, 2009; Aila, et al, 2008) que señalan la importancia de la autoestima. Como señalaran estos autores los problemas de autoestima y de un estado emocional negativo, podrían estar teniendo presumiblemente un peso específico mayor, en cuanto a fuerza favorecedora del trastorno, en comparación con las fuertes presiones culturales y sociales, presentes en las sociedades occidentales.

La inadecuación del autoconcepto en su ámbito académico, social y familiar, asociada al riesgo, observada en nuestro estudio, podría tener en su base en lo planteado por algunos autores en relación con los altos estándares personales expresadas de forma competitiva, específicos para las jóvenes con TCA, acompañados de mucho más percepción de la delgadez y una mayor autoevaluación negativa. Hecho que también se pone de manifiesto en personas con otros problemas psicosociales (no precisamente sanas) (Aila et al, 2008) Nuestro estudio confirma, tal y como se señalaran los trabajos de Stein and Corte (2007) que las dificultades en el desarrollo de la identidad y las valoraciones sobre si mismo contribuyen de forma importante a la aparición de sintomatología de los TCA.

La connotación alcanzada por la adecuación del auto-concepto en sus diferentes ámbitos, se encontrarían reflejando la propia relevancia de tales áreas, en el equilibrio personal de los adolescentes, en especial, la forma en que el adolescente se valore en relación con la familia, no solo en la aparición de los TCA, sino de otros situaciones de conflicto en la adolescencia. En nuestro estudio, se confirma además, que cuando las valoraciones propias inadecuadas, se sitúan en el área familiar (auto-concepto familiar) se observa una asociación mayor con las conductas y actitudes de riesgo. Esta

evidencia, resulta fuertemente coherente con los estudios que revelan niveles significativamente más bajos de atención de los padres dentro del grupo de pacientes con TCA, en comparación con un grupo control, asociado además a dificultades en el ámbito emocional, tales como: utilizar un estilo más negativo y de evitación, técnicas inadaptativas o inadecuadas de resolución de problemas (Swanson, et al 2010).

Es importante el modo en que los adolescentes perciben e interpretan los mensajes provenientes de la familia. Los datos disponibles sugieren que los padres son los comunicadores más fuertes de las presiones socioculturales relativas a las preocupaciones del cuerpo y las conductas alimentarias. Tanto las madres como los padres, con frecuencia mediante el efecto del modelado se convierten en importantes fuentes de influencia para sus hijos en el ámbito de la alimentación y el culto al cuerpo (Rodgers and Chabrol, 2009).

Entre los elementos precursores de los cuadros de Bulimia Nerviosa, se encuentran: un elevado y desmedido control psicológico materno, que conduce a una disminución de la competencia personal del adolescente, que a su vez terminará prediciendo la aparición de los síntomas bulímicos (Salafia et al, 2009).

Los autores consideran que el Índice de estructuración del trastorno alimentario, correlaciona negativamente con la adecuación del auto-concepto familiar, precisamente, porque esta área de la vida del adolescente, se encuentra incidiendo de un modo importante en su desarrollo, lo que sostiene la hipótesis de que las relaciones familiares negativas pueden aumentar el riesgo a los trastornos alimentarios, como lo refieren los autores antes mencionados.

#### 3.4.6 Conclusiones:

- Una tercera parte de los chicos de 13-14 años de la población barcelonesa de Cornellá de Llobregat, se encuentran en riesgo de padecer trastornos alimentarios.

- Las competencias emocionales que mostraron relación con el riesgo de trastorno alimentario y en especial con el índice de estructuración del trastorno fueron: los componentes generales del Estado afectivo, los componentes de la Gestión del estrés. El riesgo a padecer TCA, se asocia especialmente a un Estado Afectivo Negativo y a la Falta de competencia para afrontar las situaciones estresantes.
- No hay diferencias en el riesgo en función del sexo pero si respecto a las habilidades emocionales y el autoconcepto. En las chicas, el Estado Afectivo negativo, muestra una asociación mayor con el riesgo de TCA en comparación con los chicos. En los chicos la falta de competencia para la gestión del estrés, muestra una asociación mayor con el riesgo en comparación con las chicas.
- Se mostró una correlación NEGATIVA Y SIGNIFICATIVA entre la adecuación del auto-concepto y el riesgo de trastorno alimentario, en especial el auto-concepto social ( $r=0,25$ ;  $P<0,01$ ) y el autoconcepto familiar ( $r=0,21$ ;  $P<0,05$ ) Los problemas en la formación del autoconcepto, su inadecuación en relación con la etapa del desarrollo, se asocian con el riesgo de TCA y con el Índice de estructuración del trastorno alimentario. La adecuación del auto-concepto global mostró una relación NEGATIVA Y SIGNIFICATIVA con el Índice operacional de estructuración del trastorno alimentario. La inadecuación del auto-concepto académico, muestra un peso específico mayor, en relación con el índice de estructuración del TCA. La inadecuación del auto-concepto familiar, explica, parte importante del riesgo de TCA y del índice de la estructuración del trastorno. Confirmándose la importancia del área familiar, en la evolución hacia un TCA.
- Los niveles más altos de habilidad emocional parecen mostrarse como elementos protectores del riesgo de TCA, haciendo menos probable además, la propia estructuración de este trastorno.

### **3.5 ESTUDIO 3: RELACIÓN DEL RIESGO DE TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA Y LAS DIMENSIONES PSICOPATOLÓGICAS**

#### **3.5.1 Introducción**

Durante las últimas décadas se viene observando un incremento de los trastornos de la conducta alimentaria y su diversidad. No se discute hoy la importancia de detectar e intervenir lo más precozmente posible. Sin embargo, ello exige el conocimiento sobre la etapa que precede a la aparición de los trastornos de la conducta alimentaria, en particular, sobre cómo los adolescentes llegan a situarse en una condición de riesgo.

El presente estudio pretende describir la relación entre el riesgo de padecer un trastorno alimentario y determinadas dimensiones psicopatológicas así como determinar cuáles de estas dimensiones contribuyen a que los sujetos se sitúen en una situación de riesgo de enfermar. Para ello, fueron estudiados un total de 404 sujetos, residentes en Barcelona, España, con edades comprendidas entre los 12 y los 20 años. A los sujetos le fueron aplicados el Eating Attitudes Test y El Symptom Checklist 90 Revised y un cuestionario de datos sociodemográficos y familiares. Se detecta un 25.2% de riesgo de TCA, significativamente mayor en chicas entre 12 y 15 años, aunque una elevada presencia de riesgo de TCA masculino, en relación con estudios precedentes. Pudo observarse que el grupo de adolescentes en riesgo de sufrir TCA tienen niveles significativamente superiores en todas las dimensiones psicopatológicas, fundamentalmente, la ansiedad fóbica y la sensibilidad interpersonal y la somatización.

#### **3.5.2 Objetivos**

1-Describir la relación entre el riesgo de padecer un trastorno alimentario y determinadas variables socio-demográficas

2- Identificar la relación entre riesgo de TA y determinadas dimensiones psicopatológicas (definidas por Derogatis, 1983)

3- Precisar cuáles de estas dimensiones contribuyen a que los sujetos rebasen el punto de corte y se sitúen en una situación de riesgo de enfermar.

### 3.5.3 Material y Método

#### Muestra

La muestra de este estudio es una muestra oportunidad formada por 404 sujetos procedentes de 2 centros educativos con estudios de todas las etapas educativas procedentes de población de Sabadell y Barcelona, España. Se recogieron los datos de los jóvenes de este centro a partir de los 12 años, hasta los 20. Así la muestra quedó conformada por 150 jóvenes con edades comprendidas entre los 12 y 14 años, 203 jóvenes entre los 15 y 17 años, y 49 jóvenes entre 18 y 20 años. La muestra estuvo conformada por 207 chicos y 196 chicas. La mayor parte de los jóvenes estaban cursando ESO (240), 98 jóvenes se hallaban cursando bachillerato y 65 formación profesional.

#### Instrumentos

1-Eating Attitudes Test 40 items) (Garner y Garfinkel, 1979). validado para población española (Castro, J. y cols 1991). Este test de 40 ítems identifica la presencia de riesgo de TCA. Los autores originales propusieron 29/30 como punto de corte para considerar que existe riesgo de padecer un trastorno de conducta alimentaria. Para el estudio se consideró 19/20, como punto de corte, como sugiere la versión validada para España de Castro y cols 1991. El análisis de contenido de los ítems del EAT, nos permitió identificar un subgrupo de ítems (13, 14, 17, 25, 28, 38 y 40) que describían conductas, que, sin necesariamente suponer, la presencia de Anorexia o Bulimia u otro TCA, anunciaban, la fase inicial de patología dentro de la conducta alimentaria. Es por ello

que la presencia de tales conductas, fue considerada operacionalmente por los autores, como constitutivas o integradoras de un Indicador de Inicio de Estructuración del TCA.

2- Symptom Checklist 90 Revised Derogatis (SCL-90-R) (Derogatis, Leonard R. Ph.D 1983). Este test de 90 síntomas, adaptado para población española (González de Rivera, J. L y cols 2002) recoge información sobre 10 tipos de sintomatologías: somatización, obsesión-compulsión, sensibilidad Interpersonal, depresión, ansiedad, hostilidad, ansiedad fóbica, ideación paranoide, psicoticismo, y una escala adicional (con 7 ítems que desde el punto de vista psicométrico no pueden ser asignados a ninguna dimensión)

3- Cuestionario de datos socio-demográficos y familiares (edad, sexo, curso escolar, colegio, población).

#### Análisis de datos:

Se realizó el análisis estadístico con el paquete SPSS para PC. Se realizaron pruebas descriptivas, t-test, análisis de la variancia, correlaciones y regresiones.

#### 3.5.4 Resultados

##### Riesgo de Trastorno alimentario

Considerando el punto de corte 20 establecido por Castro et al. 1991, se halló que el 25.2% de la muestra se encontraría en riesgo de padecer un trastorno alimentario, y un 74.8% no.

Las chicas presentaron puntuaciones más altas en el EAT (14.64) y el indicador de estructuración (1.54) que los chicos (11.28 y 0.65, respectivamente) ( $P < 0.001$ ). Un

mayor número de chicas (36.6%) que de chicos (13.6%) superan el punto de corte de 20 que señalaría que se hallan en riesgo de padecer el trastorno ( $\chi^2 = 22.86$ ;  $P < 0.001$ ).

Se observó una correlación negativa extremadamente débil entre la edad y el riesgo ( $r = -0.12$ ,  $P < 0.05$ ); así como una positiva entre curso y el indicador de estructuración del trastorno ( $r = 0.11$ ,  $P < 0.05$ ). Pero estas correlaciones tienen un peso insignificante.

La media de la masa corporal oscilaba entre 12.55 y 37.65 (media 21.97 y SD 3.49). Se hallaron correlaciones débiles entre el IMC y el nivel de riesgo ( $r = 0.20$ ;  $P < 0.001$ ) y también con el nivel de estructuración del trastorno ( $r = 0.17$ ;  $P < 0.01$ ).

El análisis de la variancia indicó la existencia de diferencias significativas en la puntuación de riesgo y de estructuración del riesgo en función los diferentes estudios, así los estudiantes de ESO tuvieron puntuaciones superiores ( $x = 15.7$  y  $x = 1.3$ , respectivamente), que los estudiantes de ciclos formativos ( $x = 12.6$  y  $x = 0.8$ ) y los de bachillerato ( $x = 11.7$  y  $x = 0.8$ ) ( $P < 0.05$ ).

#### Riesgo De Trastorno Alimentario Y Dimensiones Psicopatológicas

Tanto el nivel de riesgo como el indicador de estructuración de trastorno alimentario correlacionaron de forma intensa con el índice global de sintomatología ( $r = 0.47$  y  $r = 0.41$ ,  $P < 0.001$ , respectivamente) y con todos los tipos de sintomatologías. La escala adicional fue la que más correlación tuvo, pero considerando que en ella se incluyen preguntas que tienen que ver con la ingesta de comida, no fue considerada para la interpretación de los resultados. Las correlaciones más intensas con el riesgo general se observaron en la sensibilidad interpersonal ( $r = 0.46$ ,  $P > 0.001$ ), la ansiedad fóbica ( $r = 0.45$ ,  $P > 0.001$ ), y la somatización ( $r = 0.45$ ,  $P > 0.001$ ). Las correlaciones más intensas con el indicador de estructuración del trastorno fueron respecto a la sensibilidad interpersonal ( $r = 0.40$ ,  $P > 0.001$ ), obsesión compulsión ( $r = 0.39$ ,  $P > 0.001$ ) y la somatización ( $r = 0.38$ ,  $P > 0.001$ ) (ver figura 1).

Asimismo la prueba de comparación de medias nos indicó que el subgrupo de riesgo (que superan el punto de corte 20), presentaba con más frecuencia todas las sintomatologías incluidas en la prueba ( $P < 0.001$ ) (ver figura 2).

Los análisis de regresión indicaron que el 32.3% de la variabilidad del riesgo de los trastornos alimentarios medidos con el EAT era explicado por el conjunto de dimensiones psicopatológicas del test SCLD ( $R^2$  corregida=32.3;  $F(10, 268)=14.25$ ;  $p < 0.001$ ) lo que confirma el peso específico de la psicopatología en la aparición y posterior desarrollo del TA. Los componentes que más contribuyen a explicar las puntuaciones obtenidas son: la ansiedad fóbica, sensibilidad interpersonal, somatización y depresión. Estas cuatro dimensiones sintomatológicas explicarían el 27.6% de la variabilidad de la variable riesgo, y la ansiedad fóbica por si sola, explicaría el 22.5% de la variabilidad.

El análisis de regresión también puso de manifiesto que las puntuaciones obtenidas en los subtests del SCLD explicaban el 22.5% de la variabilidad observada en el Índice de Estructuración del Trastorno ( $R^2$  corregida=22.5;  $F(10, 317)=10.48$ ;  $p < 0.001$ ). Las dimensiones sintomatológicas que más contribuirían a explicar los resultados en este indicador serían la ansiedad fóbica y la escala adicional. La ansiedad fóbica explicaría el 22.2% de la variabilidad.

### 3.5.5 Discusión

#### Constatación de los niveles de riesgo de TCA

Nuestros sujetos en riesgo, constituyen el 25 % del total de la muestra. Dentro de ese 25 %, aproximadamente un 17% es atribuible a las chicas y alrededor de un 8 % a los chicos, lo que refleja una fuerte aproximación a la prevalencia global de riesgo de TCA en otras poblaciones españolas y europeas (Roy, López, Galán, Del Castillo. 2004; Ruiz, 2005). De hecho, la incidencia entre las chicas de 15 a 19 años de edad casi se duplicó en una década, pasando de 56.4 a 109.2 por 100.000 (Van Son, van Hoeken, Bartelds, Van Furth, Hoek, 2006). Varios investigadores han alertado de su sucesivo incremento

no solo en clases medias o medias altas, sino también en estratos socioeconómicos más bajos (Gentile, Raghavan, Rajah, Gates, 2007; Power, Power, Canadas, 2008; Van, Veling, Smink, Hoek, 2010) y otras culturas como la China (Tao, 2010).

### Riesgo de TCA y Sexo

Aunque las chicas casi triplican el porcentaje de riesgo de TCA, el porcentaje de chicos en riesgo resulta marcadamente alto en relación con estudios precedentes en España (ya mencionados) y Estados Unidos (Strober, et al, 2006). Esto muestra que, la vulnerabilidad masculina al TCA, se hace especialmente alta en la muestra estudiada. Esta tendencia al alza en chicos, venía siendo referida por otros investigadores. (Roy, et al, 2004; Crisp, et al., 2006; Lavender and Anderson, 2010).

En la literatura científica, se refiere, que en casi todos los aspectos hay pocas diferencias entre los sexos en cuanto al modo de sufrir la patología alimentaria. Solo se destaca que en los chicos tales trastornos parecen venir precedidos de perturbaciones de carácter psiquiátrico asociadas a manifestaciones de sobreprotección y conflictos familiares (estos últimos, también presentes en las chicas), así como conflictos de identidad de género, que suelen enmascararse con la patología alimentaria (Crisp, et al., 2006; Strober, et al., 2006; Wichstrøm, 2006). Teniendo en cuenta tales referentes, resulta especialmente interesante que en el mismo grupo de adolescentes en el que observamos un alto porcentaje de riesgo alimentario en chicos, también se encuentre abundante sintomatología psicopatológica asociada al riesgo de TCA.

### Riesgo de TCA (EAT) y Sintomatología Psicopatológica (SCLD)

En el presente estudio hemos confirmado la relación entre el riesgo de padecer una patología alimentaria y la vulnerabilidad psicopatológica (generalizada e inespecífica). Se constata en el subgrupo de adolescentes en riesgo de TCA (dentro de una población

supuestamente sana) tiene niveles significativamente superiores en todas las dimensiones psicopatológicas en comparación con los que no se encuentran en riesgo.

Se observa una marcada presencia de ansiedad, especialmente fóbica, en los adolescentes en riesgo de TCA. Estos resultados son coincidentes con los que hallaban dichos signos psicopatológicos en presencia del trastorno (Godart, et al., 2006; Procopio, et al., 2006; Strober, et al., 2007; McLean, et al. 2007; Swinbourne, Touyz, 2007). De hecho, algunos investigadores afirman que cuando las adolescentes, ponen en marcha una dieta guiada por sentimientos de ansiedad y angustia, el riesgo de TCA, se eleva notablemente (Isomaa, Isomaa, Marttunen, Kaltiala-Heino, Björkqvist, 2010).

Así mismo la relación encontrada en este estudio entre la presencia de síntomas de obsesión-compulsión en adolescentes en riesgo y en los TCA, también coinciden con el hallazgo de estos síntomas en personas con el trastorno alimentario (Crane, et al. 2007; Sallet, et al. 2010). Lo mismo sucede con la sensibilidad interpersonal, también referida en los TCA por Gerner y Wilson, 2005.

La combinación de la ansiedad y la depresión en presencia de sobrepeso había sido señalada como favorecedora de la aparición de los TCA (Goossens, Braet, Van Vlierberghe, Mels, 2009). Según Godart et al. (2006) los síntomas depresivos sobrevienen con la instalación del trastorno, teniendo muy baja intensidad en el período de riesgo de contraerlo, en cuya etapa se centró el presente trabajo, lo que explicaría el sentido negativo de la contribución de la depresión en la aparición del riesgo encontrado por los autores. La presencia de depresión en los TCA, parece depender mucho de la edad del adolescente y del tiempo de evolución del trastorno, que una vez instalado, hace que la depresión, cobre mayor responsabilidad en su variabilidad, contribuyendo recíprocamente el uno al otro. (Green et al. 2009; Presnell, et al. 2009) aún más, cuando los adolescentes, además de estar deprimidos, no se aceptan a sí mismos. Sawdon, et al. (2007) y Sallet, et al. (2010) encuentran evidencias de una gran comorbilidad (obsesivo-ansiosa-depresiva) una vez que el TCA se encuentra estructurado, y, Finzi-Dottan and Zubery (2009) señalan que tal comorbilidad, exigiría de un tiempo de estructuración, por lo que tal variedad sintomatológica se desarrollaría desde antes y continuaría después de diagnosticado el

TCA. Esto resulta coherente con el llamado afecto negativo dirigido hacia el cuerpo, que forma parte de la referida comorbilidad señalado en los trabajos de McLean, et al. (2007) y más recientemente por un equipo de científicos españoles (Calero, et al, 2009). En este sentido algunos estudios han relacionado este trastorno con el afecto negativo y las dificultades en el manejo, regulación y/o la inhibición de las emociones (Lavender and Anderson, 2010; Fox and Power, 2009; Czaja, Rief and Hilbert, 2009).

La relevante relación de una aumentada sensibilidad interpersonal, con el riesgo de TCA, sobre todo si se ve acompañada de otras manifestaciones psicopatológicas, para los autores, es indicativa de una posible carencia, en este grupo de adolescentes, de recursos específicos para desarrollar buenas relaciones interpersonales, en su grupo de referencia. Las dificultades en el funcionamiento psicosocial encontradas en casos clínicos con trastorno alimentario, avalarían la necesidad de intervenciones sobre las relaciones interpersonales de los adolescentes (Carretero et al., 2009).

La contribución de la somatización en la aparición del riesgo de TCA, evidenciaría por su parte, un posible inadecuado manejo de las emociones, hecho que precede la aparición del trastorno, como señalaran (Fox, and Power, 2009; Czaja, et al. 2009; Lavender and Anderson, 2010). No serían las manifestaciones somáticas en sí mismas las generadoras del riesgo, sino la ausencia de una adecuada regulación emocional, que subyace en las mismas, explicando precisamente la alteración somática ante una situación de conflicto, también asociada con una fuerte insatisfacción corporal y la expectativa de ajuste a un modelo estético corporal (Carretero, et al, 2009; Jiménez and Silva, 2010). Los autores afirman que la aparición de riesgo de TCA, en la muestra estudiada se ve explicado en un 32.3% por la presencia de desordenes psicopatológicos diversos, tales como: ansiedad, anomalías en las relaciones interpersonales y somatización, en presencia de bajos niveles de depresión.

### 3.5.6 Conclusiones:

- 1- En nuestro estudio encontramos un 25.2% de riesgo de TCA, en centros escolares con adolescentes entre 12 y 15 años, con un porcentaje

significativamente mayor de chicas en riesgo de padecer un TCA. No obstante, se evidencia una elevada presencia de riesgo de TCA masculino, en relación con estudios precedentes.

- 2- El grupo de adolescentes en riesgo de sufrir TCA, tienen niveles significativamente superiores en todas las dimensiones psicopatológicas. Los análisis de regresión indican que el 32.3% de la variabilidad del riesgo de TCA, es explicado por las diferentes dimensiones psicopatológicas del test SCLD. Los componentes que fundamentalmente contribuyen a explicar las puntuaciones obtenidas son: la ansiedad fóbica y la sensibilidad interpersonal (en sentido positivo) y de forma casi significativa y también en sentido positivo, la somatización, y la depresión (en sentido negativo).
- 3- También la variabilidad observada en el Índice Operacional indicativo del inicio del Trastorno de la Conducta Alimentaria, es explicada en un 22, 5% por las puntuaciones obtenidas en los subtests del SCLD, según el análisis de regresión.
- 4- Los autores destacan, un posible proceso personal, que se inicia con fallas en la autoestima, en el manejo de las emociones y de las relaciones interpersonales, para darle paso a la presencia de sintomatología psicopatológica, ya sea de corte ansioso, obsesivo-compulsivo o fóbico, en cuya dinámica, se haría más probable la aparición de actitudes y conductas de riesgo de TCA. (Skårderud, 2009)
- 5- Dentro del enfoque multifactorial, dinámico e integrador de los TCA, los autores, destacan la relevancia de la vulnerabilidad psicopatológica en el período de riesgo, asociada a la exposición a una fuerte influencia mediática demandando un modelo estético corporal, como vienen señalando numerosos investigadores, durante los últimos años y más recientemente (Ahern, Bennett, Hetherington, 2008; Calado, Lameiras, Sepulveda, Rodríguez, Carrera, 2010).

## **3.6 PROPUESTA DE UN SISTEMA DE VIGILANCIA E INTERVENCIÓN EDUCATIVA PRECOZ PARA REDUCIR EL RIESGO DE TRASTORNO DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA**

### **3.6.1 Introducción**

El presente trabajo describe un Sistema de Vigilancia e intervención epidemiológica, dirigido a reducir la incidencia de los Trastornos de la Conducta Alimentaria en una población determinada.

Nos apoyamos en:

- los hallazgos científicos recientes, en relación con la base personal, que favorece la aparición de los Trastornos de la Conducta Alimentaria, así como,
- en las experiencias de otros investigadores, implicados en las tareas de prevención y promoción de salud y
- en nuestras propias experiencias, extraídas del trabajo directo dentro de una comunidad en diferentes centros escolares y con diferentes instituciones radicadas en ella.

Partiendo de ello, se unifican y sistematizan un conjunto de ideas acerca de cómo proceder desde dentro de la propia comunidad de forma integrada, para intervenir precozmente y conseguir, un verdadero frenazo de las tendencias cada vez más alcistas de los Trastornos de la Conducta Alimentaria en nuestra población adolescente.

En una primera parte se realiza una amplia revisión teórica, para más adelante describir desde los aspectos metodológicos generales, hasta los procedimientos más específicos, incluido el proceso de preparación y formación del personal que ejecutaría

el programa, los pasos a seguir en los ámbitos académico, familiar y comunitario y un protocolo de actuación para los casos en los que persista el riesgo de TCA, aún después de la ejecución del programa.

Se describe una propuesta identificada como sistema, dada la necesaria y estrecha interrelación que deberá producirse entre todos sus componentes, como garantía de su efectividad. Está concebido para que funcione de forma continua y vigilante ante la aparición del riesgo de Trastorno de la Conducta Alimentaria, de forma que permita intervenir, mediante la puesta en marcha de acciones educativas que eviten la aparición de estos trastornos, justo en el período de mayor vulnerabilidad.

La propuesta que desarrollamos en este trabajo, tiene la peculiaridad de incluir diferentes ámbitos de acción, así como de prolongar su ejecución cuando persiste el riesgo de contraer un Trastorno de la Conducta Alimentaria. Los Ámbitos de actuación que forman parte de esta propuesta de programa son:

1. El Ámbito Escolar, en cuyo contexto, tendrán que desarrollarse 4 Grandes Fases:
  - 1.1 Fase Organizativa y de Formación de Formadores
  - 1.2 Fase de Cribado, para la identificación de los grupos de riesgo de TCA
  - 1.3 Fase de Intervención
  - 1.4 Fase de Dictamen de impacto
  
2. El Ámbito Familiar, que incluye sesiones de trabajo con los padres de los adolescentes que están siendo objeto del programa.

3. El Ámbito de la Comunidad, a través de la organización de actividades con empresas de servicios, culturales, de ocio y tiempo libre, radicadas en la comunidad, cuyos contenidos favorezcan el alcance de los objetivos del programa.

Se garantiza la prolongación del programa cuando persiste el riesgo de Trastorno de la Conducta Alimentaria, a través de la ejecución de un protocolo de actuación para estos casos. También se explica cómo evaluar la efectividad del programa, ofreciendo la posibilidad a sus ejecutores de aportar las experiencias que a nivel personal, consideren útiles, a través de la elaboración por parte del educador de su informe final, con sus conclusiones y recomendaciones.

### 3.6.2 Fundamentación Teórica de la Propuesta de Programa.

Toda la sociedad, también algunos líderes políticos territoriales, se encuentran dando muestras de sensibilidad ante los problemas de salud que, sufren hoy, determinados grupos de adolescentes, dado su especial impacto personal y familiar. Se extiende, además y cada vez más una visión integral, de carácter bio-psico-social en el análisis y comprensión de los diferentes problemas de salud, que aquejan a nuestras poblaciones más jóvenes.

Es precisamente esta visión más avanzada y científica de los problemas de salud, lo que ha permitido que un tipo de problema de salud, como los Trastornos de la Conducta Alimentaria, que no genera actos vandálicos, como el consumo de drogas, ni constituyen una amenaza de expansión epidémica del HIV como la promiscuidad sexual; se encuentren en el foco de atención de gran número de profesionales. Este hecho en sí mismo es un reconocimiento al elevado potencial de daño de estos trastornos, no solo, porque puedan conducir a un profundo grado de desnutrición y a la muerte, sino además, por sus consecuencias en el interior de la familia y a nivel

personal, áreas tradicionalmente menos valoradas desde la perspectiva de las instituciones políticas, educativas y sanitarias.

Por otra parte, desde el ámbito propiamente científico, vienen reportándose numerosas investigaciones en torno a la prevalencia de los Trastornos de la Conducta Alimentaria, tanto en las poblaciones de Catalunya, como de España y de todo el mundo desarrollado en general. Se destaca cada vez con más fuerza la asociación de estos trastornos con alteraciones de carácter psicopatológico, situaciones familiares desfavorables o con una marcada carencia de recursos para la solución de conflictos.

Fernández, D., en el Diario Digital 20 minutos el 22 de Octubre de 2008 afirmaba: "La Policía ficha 150 Webs "pro anorexia" por inducir al suicidio y a autolesionarse. Fueron remitidas a la Fiscalía, ofrecían dietas rápidas, laxantes y medicinas; consejos para engañar a los padres y aprender a vomitar, relación de calorías de los alimentos, 'carreras de kilos' para competir en perder peso, y lo más preocupante de todo, referencias al suicidio, fotos y relatos de autolesiones "porque el dolor adelgaza". Las Webs pro anorexia están generando un movimiento social, una consciencia de grupo con toda su simbología y parafernalia", explica Guillermo Canovas, portavoz de la Asociación *Protégeles*. Los datos son más que alarmantes a este respecto. Las webs que hacen apología de la Anorexia y la Bulimia han crecido un 470% en los dos últimos años.

Se presume que, sufrir Obesidad, Anorexia o Bulimia durante más de diez años, podría llegar a afectar la capacidad de procesar información. El 15% de la población infantil y juvenil con trastornos de alimentación presenta también un trastorno de conducta asociado. También pueden verse afectadas la memoria inmediata, la atención y las funciones ejecutivas. Según un estudio elaborado por el Instituto de Trastornos Alimentarios (ITA) de Barcelona, el paciente multiplica por 1,4 veces la posibilidad de presentar un deterioro de estas funciones.

(Según el Diario 20 Minutos.es 10.07.2011 - 09.26h) Según datos del Instituto de Trastornos Alimentarios (ITA) la incidencia de los trastornos de conducta alimentaria afecta al 6% de la población, si bien en los pacientes jóvenes la mayoría se debe a la

Anorexia, y entre los adultos es común la convivencia con otros trastornos como la depresión, ansiedad y toxicomanías, entre otros. (Según el Diario 20 Minutos. es el 10.07.2011 - 09.26h)

Según ha explicado el presidente de la Asociación, Luis Miguel Alonso, la anorexia y la bulimia nerviosas no son un estilo de vida, ni "una moda pasajera", sino enfermedades graves que producen numerosos problemas y un intenso sufrimiento a quien las padece y a su entorno familiar. Al respecto, manifestó que en los últimos tiempos también se ha incrementado el número de varones afectados, dos por cada ocho mujeres y el rango de edad al que más afecta también se ha dilatado, desde los 12 años hasta los 35. Luis Miguel Alonso realizó estas declaraciones en León, donde se presentó el programa de prevención de los trastornos de la conducta alimentaria 'No te dejes arrastrar. Pide ayuda', un acto en el que estuvo acompañado por la coordinadora de esta iniciativa, Isabel Revilla y por la edil de Bienestar Social, Mujer y Escuelas Infantiles, Teresa Gutiérrez. (Europa Press. 2011 Abr. Diario Digital 20 minutos)

Frente a este panorama no son pocos los investigadores, que han puesto en marcha diversos programas, dirigidos a reducir no solo los Trastornos de la Conducta Alimentaria, sino diversos trastornos situados en el ámbito de la alimentación; así por ejemplo encontramos el trabajo llevado a cabo por el Grupo de Trabajo para la elaboración de la Guía de Práctica Clínica sobre la Prevención y el Tratamiento de la Obesidad Infantojuvenil en 2009 (Haines y Neumark-Sztainer, 2006; Haines, Neumark-Sztainer, Perry, Hannan y Levine, 2006).

Resulta particularmente destacable el trabajo que se viene realizando, durante los últimos años, dentro del llamado el llamado Proyecto EPODE, que se encuentra especialmente dirigido a la prevención de la Obesidad. Dada la trascendencia científica, educativa y sanitaria alcanzada por este proyecto, el mismo constituye referente fundamental de todos los profesionales que trabajan por la prevención de trastornos relacionados con la alimentación. (Ramos, Rivera y Moreno, 2010).

En esta misma dirección se encuentran los trabajos elaborados por colaboradores del Departamento de Ensenyament de la Generalitat con la Guía de salud y desarrollo personal en la ESO, en su versión traducida de la guía elaborada por el Gobierno de Navarra en 1995) (Bodoque, Fernández, Soler, Urizar, 1998; Ruiz-Lázaro, 2002). También constituyen referentes destacables el Programa nacional Thao-salud infantil (Estévez-Santiago, Martínez-Galdeano, Beltrán de Miguel, Ávila-Torres, Cuadrado, Ruiz-Moreno y Casas, 2010).

Nuestra propuesta, se apoya en gran medida en los trabajos de Díaz, Rodríguez, Martín y Hiruela, (2003) que ya proponían identificar los grupos de riesgo y trabajar sobre los estereotipos culturales y el negocio en torno al cuerpo, modificar conductas precursoras de la enfermedad (por ejemplo las dieta sin motivo justificado) el hecho de prestar atención a puntales básicos, tales como: la Autoestima, la Comunicación interpersonal e integración social y juicios críticos ante los modelos culturales y mensajes de los medios de comunicación.

Estos autores, plantean la importancia de formar a los profesionales de la educación y no separar el trabajo preventivo de los TCA, del resto de la Educación para la Salud, relacionado con información nutricional, la salud mental y emocional, la afectividad dentro de la sexualidad y la promoción del desarrollo personal y social en general. Insistiendo en la necesidad de enfoques globales de prevención en la adolescencia.

Con propósitos similares se encuentran trabajando otros investigadores catalanes, entre los que se encuentran: los trabajos de Raich, Sánchez-Carracedo y López-Gimerá (2008). Estos autores consiguieron reducir de forma significativa la influencia del ideal estético corporal y mejorar los conocimientos sobre aspectos nutricionales; sin embargo, muestran sus reservas en cuanto a la durabilidad de estos efectos en períodos prolongados de tiempo.

En este ámbito de trabajo, merecen destacarse los trabajos de Russell-Mayhew, Shelly and Arthur, (2007) quienes, a través de su programa, consiguieron incidir positivamente sobre el auto-concepto y las actitudes hacia la alimentación, aunque, según ellos, gracias a la implicación de padres y maestros en la ejecución del

programa. Su intervención estaba dirigida a potenciar bienestar e implicaron a estudiantes, padres y profesores. Este estudio examinó la eficacia de un programa de prevención de salud basados en la imagen corporal de los alumnos de primaria y secundaria, las actitudes personales y las conductas alimentarias.

Los investigadores coinciden, en las serias dificultades de conseguir cambios efectivos, permanentes y a largo plazo, a través de unos u otros programas de intervención, reconociéndose la enorme complejidad, que entraña la ejecución de los mismos. Así también lo confirman Fingeret, et al, (2006) quienes tras realizar un meta-análisis destacan los resultados contradictorios y polémicos de los mismos. No obstante, admiten la presencia de resultados en cuanto al conocimiento, cambios en las actitudes y comportamientos hacia la alimentación, sobre todo cuando se incidía en grupos con mayor riesgo de desarrollar un trastorno. Alertan de que sus datos no permiten realizar afirmaciones concluyentes en relación al posible efecto iatrogénico, referido por otros autores, cuando se intentan introducir programas psico-educativos sobre temas de alimentación (Fingeret, et al, 2006).

Por otra parte, algunos investigadores, indican la importancia de trabajar en la promoción de la salud, con el objetivo de potenciar los factores protectores, sin realizar intervenciones más específicas. En este sentido, Acosta, Dueso y Ceinos (2002) señalaban que es importante diferenciar entre programas de promoción de la salud y aquellas intervenciones realizadas para la detección precoz (prevención secundaria), con el fin de evitar alarmismos y falsos diagnósticos.

Otros autores señalan que la prevención primaria y secundaria pueden estar presentes al mismo tiempo, siempre y cuando se contraste la evaluación de los síntomas de riesgo con una entrevista individualizada y se realice la derivación a los servicios asistenciales especializados, si fuera necesario (Petit, et al, 2002)

El ámbito escolar, también es reconocido (aunque no de forma absoluta) como escenario adecuado de las intervenciones, en tanto su carácter ideal para organizar su ejecución, además de otros entornos también de gran importancia para emprender acciones educativas no propiamente académicas, como son: las actividades

socioculturales y de tiempo libre; preservando la importancia de implicar al profesorado, la familia e incluso a los profesionales del ámbito de la salud, si se hiciera necesario (IFIIE. El tren de la salud, 2009) (Salvador et al, 2009)

Otro tema que se debate, es si se incide sobre la totalidad de una población supuestamente sana, para evitar el etiquetado y beneficiarse de la influencia y los comportamientos de adolescentes con comportamientos saludables, o si trabajar directamente con los adolescentes, portadores de determinados factores de riesgo. A pesar de lo razonable de la primera línea de actuación, nuestra propuesta se decanta por el trabajo con adolescentes en condición de riesgo, porque además de necesitar menos recursos económicos, nos aseguramos de actuar, con el menor gasto posible, sobre los subgrupos, que sabemos que más lo necesitan, convirtiendo en un reto, evitar el llamado etiquetado.

De hecho, se han venido desarrollando acciones preventivas de los TCA, tratando temas tales como: la resolución de conflictos, autoestima, imagen corporal, medios de comunicación y hábitos alimentarios (Steiner, et al, 2002) (Solano y Pinto, 2004) en otras zonas de España, llevando a cabo intervenciones dentro del ámbito escolar, implicando a los adolescentes, profesores y familia, tratando temas como las creencias erróneas asociadas a la alimentación el afrontamiento de las burlas, la autoestima, publicidad, valores, pensamientos, emociones y la expresión de la ira.

Wade et al (2003) realizó un estudio comparando la eficacia entre Talleres dirigidos a fomentar la autoestima y talleres que intervenían sobre factores de riesgo específicos y generales asociados con los trastornos de la conducta alimentaria, concluyendo que son más eficaces estos últimos.

Se reportan en la literatura programas informáticos (vía Internet) relacionados con la prevención de Trastornos alimentarios entre mujeres universitarias, con resultados prometedores, entre estos intentos se encuentran los Programas de prevención Student Bodies, que dicen incluir una intervención asíncrona y otra sincrónica, así como una sala de chat, aunque reconocen, que aún deben ser analizados los modos de

interacción para hacerlos cada vez más efectivos. (Zabinski, Celio, Jacobs, Manwaring, Wilfley, 2003)

Más recientemente Yager y O´Dea, 2008, han realizado una revisión de las intervenciones que se han centrado en la imagen corporal, como modo de prevenir los trastornos de la alimentación. Muchas de estas acciones, alcanzan a producir cambios positivos, pero se hace particularmente complicado, establecer, hasta qué punto, los efectos del programa, generan un efecto protector o de evitación del trastorno.

Sin embargo, a pesar de los significativos avances en el pensamiento científico de los profesionales que toman parte de una u otra manera en todo lo relativo a la salud y al adecuado desarrollo de adolescentes y jóvenes; se hace especialmente notable, la ausencia de estrategias y procedimientos concretos, para hacerle frente al acelerado incremento de los Trastornos de la Conducta Alimentaria, más aún, desde el seno mismo de la Comunidad.

Estos trabajos ponen de manifiesto, los acentuados intentos de la comunidad educativa y científica, por emprender acciones dirigidas a reducir los Trastornos de la Conducta Alimentaria; sin embargo, predomina en ellos, el énfasis en los aspectos de contenido relacionados con la alimentación y la aparición y el desarrollo del trastorno alimentario (atención a conductas de riesgo) y bastante menos atención a la competencia emocional y a la consolidación del auto-concepto, como núcleo personal central, básico y fundamental para el crecimiento personal.

El programa de intervención que conforma esta propuesta, se ha sustentado en los principios generales de la Educación para la salud, desarrollados por autores, de reconocimiento internacional, tales como: Costa y López, (1991) entre otros. Estos autores defienden la importancia de atender a los siguientes aspectos:

1. -Sin fatalismo profesional atender al contexto socio económico, legal, cultural y ético. --Ofrecer en el programa múltiples caminos o alternativas, como forma de respeto a la libertad individual.
2. Ofrecer bases generales aplicables a distintas situaciones de conflicto: habilidades sociales y procedimientos para la solución de conflictos.

3. Identificar redes de comportamiento e identificar la conducta principal diana del programa (sin olvidar los componentes racionales y emocionales de las mismas).
4. Distinguir la promoción de salud de la educación para la salud. La primera se refiere a las determinantes personales, ambientales, económicas, sociales, legales, éticas, mientras que la educación para la salud constituye un instrumento de la promoción de salud, es un proceso de enseñanza-aprendizaje para aumentar las prácticas de salud y reducir el riesgo.

Otro importante referente de nuestra propuesta de intervención lo constituyen los trabajos de Weare y Gray (1994) sobre la Promoción de la Salud Mental y Emocional en la Red Europea de Escuelas promotoras de salud de la Unidad de Educación para la salud de la Universidad de Sothampton y Oficina Europea de la OMS.

Estos trabajos, realizan importantes aportes generales para la educación para la salud, proponen y elaboran procedimientos para el trabajo de la autoestima y las emociones, de modo participativo, en el contexto escolar y con el apoyo del grupo de iguales; todo ello de gran utilidad teórico-práctica para la educación emocional, por lo que convierte sus aportaciones en auténticos referentes metodológicos dentro del ámbito de la educación emocional en la escuela. Es por ello, que la Propuesta de intervención, desarrollada en este trabajo, se presenta como una herramienta de trabajo más, que aunque mejorable y abierta a las condiciones específicas de los territorios y a las aportaciones de los profesionales implicados, pueda constituirse en sendero de acción, entre muchos otros, procedentes de diversos ámbitos.

Nuestra propuesta se define como una intervención de carácter preventivo y específico, en tanto se dirige a evitar, frente a una condición de riesgo, que se desencadene un tipo específico de problema de salud: el Trastorno de la Conducta alimentaria, haciendo desaparecer tal condición de riesgo. Sin embargo, dada la naturaleza misma de la intervención que forma parte de nuestra propuesta, no alusiva en modo alguno al Trastorno de la Conducta Alimentaria en sí mismo, sino al trabajo

sobre la base personal; algunos podrían considerar nuestra intervención de un carácter inespecífico, donde habitualmente son incluidas las acciones educativas dirigidas hacia la autoestima y las habilidades sociales.

Es por ello que defendemos el carácter preventivo y específico de nuestra propuesta, al mismo tiempo que inespecífico, en cuanto a sus procedimientos, centrados en el trabajo con el adolescente a nivel personal general.

La principal interrogante que se plantea ante nosotros con la elaboración de esta propuesta de intervención es si ¿Es posible emprender determinadas acciones que favorezcan la adecuación del auto-concepto, las habilidades sociales y las habilidades sociales y con ello reducir el riesgo de padecer un Trastorno de la Conducta Alimentaria?

Consideramos que las acciones educativas podrían, efectivamente, asociarse a cambios favorables en la adecuación del auto-concepto, las habilidades sociales, la elaboración de juicios críticos sobre la influencia mediática y con ello reducir el riesgo de TCA. Si esto sucede podríamos afirmar que el programa de intervención puesto en marcha, coadyuvó a la reducción del riesgo de Trastorno de la Conducta Alimentaria.

Se parte del presupuesto de que un grupo de adolescentes, en riesgo de TCA, que integren de forma activa y reflexiva creencias y valoraciones que favorezcan el desarrollo de la autoestima y sus habilidades sociales, acompañadas de la creación de juicios críticos ante el modelo estético corporal, impuesto por el influjo mediático, reducirán el riesgo de contraer un Trastorno de la alimentación, detectado antes de la ejecución del programa

El programa se fundamenta en la necesidad de reafirmación personal de las personas usuarias (adolescentes entre 12 y 15 años) así como en la aidez de recursos útiles en las relaciones interpersonales con los iguales característica de esta etapa. La presencia de tales necesidades, asociado al apoyo institucional, deberá favorecer la motivación de las personas usuarias a tomar parte en el programa, en tanto, se integre como una experiencia de crecimiento personal.

Si la presentación del programa se realiza en los términos adecuados, será percibido e integrado, dentro del contexto educativo actual, como acciones favorecedoras de la propia labor que el propio profesorado intenta llevar a cabo, desde el terreno propiamente académico, pero con limitaciones de tiempo y formación. Estos profesionales, se encuentran persuadidos de la incuestionable influencia de los problemas relativos a la competencia emocional de sus estudiantes, en el ámbito académico y del comportamiento.

Nos apoyamos además, en el presupuesto teórico de la Psicología positiva, que parte de identificar y promover los aspectos saludables y de considerar que el fortalecimiento de lo positivo debilita lo disfuncional y lo negativo. (Seligman, Parks, Steen, 2006). La propuesta se integra en los paradigmas positivos y de enfermedad en la prevención de los trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes, ya referidos por otros investigadores (Góngora y Casullo, 2008). Se intenta elevar la sensación de bienestar subjetivo, sin perder de vista la importancia de atender a las conductas de riesgo, pues ambos modelos son complementarios y en ninguna medida, excluyentes.

### 3.6.3 Objetivos Generales del Sistema de Vigilancia e Intervención Precoz en TCA

1. Diseñar un sistema de acciones y comportamientos para la vigilancia y prevención de los Trastornos de la Conducta Alimentaria, aplicable en una comunidad determinada.
2. Mejorar la adecuación del auto-concepto, las habilidades sociales y los juicios críticos ante la influencia mediática, en adolescentes en riesgo de sufrir un Trastorno de la Conducta Alimentaria en una comunidad determinada.
3. En la Comunidad en la que se llevara a cabo el programa, reducir los porcentajes de adolescentes en riesgo de Trastorno de la Conducta Alimentaria.

La propuesta de programa que desarrollamos en este trabajo, aunque tiene como escenario principal la escuela, su ejecución lleva implícito la intervención en diferentes ámbitos de acción:

### 3.6.4 Ámbitos de Acción del Programa

3.6.4.1- Dentro del Ámbito Escolar.

3.6.4.2 -Dentro del Ámbito Familiar.

3.6.4.3 -Dentro del Ámbito de la Comunidad.

3.6.4.1 *Dentro del Ámbito Escolar.* Las acciones del programa que deberán ser llevadas a cabo en el ámbito escolar, deberá atender a las siguientes fases:

*Fases Generales del Programa dentro del Ámbito Escolar:*

3.6.4.1.1 - Fase Organizativa y de Formación

3.6.4.1.2 - Fase de Cribado que incluye: 1 sesión de evaluación a nivel poblacional para la identificación de los grupos de riesgo de Trastorno de la Conducta Alimentaria.

3.6.4.1.3 - Fase de Intervención que incluye: un total de 9 sesiones

- 2 sesiones para la Evaluación Inicial de los usuarios del programa
- 1 Sesión Introductoria y de Motivación hacia el programa.
- 2 Sesiones para trabajar la Unidad Temática: El Auto-concepto.
- 2 Sesiones para trabajar la Unidad Temática: Las Habilidades sociales.

- 2 Sesiones para trabajar la Unidad Temática: Los Juicios Críticos hacia el Modelo estético corporal y la Influencia mediática.

3.6.4.1.4 - Fase de dictamen de impacto que incluye: 2 Sesiones para la evaluación final de los usuarios del programa, así como la elaboración de Conclusiones y Recomendaciones.

3.6.4.1.1 - La Fase Organizativa y de Formación dentro del Ámbito Escolar.

Esta fase incluiría un grupo indeterminado de sesiones informativas y de coordinación entre las instituciones participantes en el Programa (técnicos y/o directivos de los Ayuntamientos, miembros de los equipos directivos de los institutos u otros).

La Fase Organizativa y de Formación se agotará, una vez que se hayan cumplido los siguientes objetivos:

- Proporcionar información general sobre la propuesta de intervención a todas las instituciones, organismos u organizaciones participantes.
- Determinar qué personas tomarán la responsabilidad de llevar a cabo el programa (personal del Ayuntamiento, profesores, voluntarios, estudiantes universitarios de las carreras de Psicología o Pedagogía u otros).
- Determinar la distribución horaria de cada una de las sesiones previstas en el programa.
- Garantizar la correcta formación del personal que ejecutará el programa de intervención: Curso de entrenamiento, revisión del material, formularios, aclaración de dudas y la coordinación, entre los miembros del equipo. Este entrenamiento ha de tener validez curricular.

*La Formación del personal que llevará a cabo el programa.*

El personal seleccionado para la ejecución del programa, deberá estar plenamente identificado con los objetivos del mismo, apoyando su ejecución, guiados por una vocación de servicio y con una actitud favorecedora de la organización horaria de las sesiones. Cada profesor o miembro del equipo técnico de los Ayuntamientos o de cualquier otra institución, que se proponga la puesta en marcha del programa en una comunidad, deberá recibir un Curso de entrenamiento que lo prepare para la correcta ejecución del programa de intervención, con una duración de 28 horas, distribuidas a lo largo de 3 meses, con una frecuencia mínima de 2 horas semanales.

El curso de entrenamiento dirigido a los ejecutores del programa tendrá una duración del doble de horas del programa de intervención dirigido a los estudiantes, pues, además de los contenidos específicos del programa de intervención, abarcará los siguientes aspectos:

1. Contexto socio-político: Las actuales estrategias de la Organización Mundial de la Salud. Contextualización de todo lo relativo a la promoción de salud y a los programas de Educación para la salud.
2. Contexto socio-económico: Lo relativo a la influencia mediática, la familia, la escuela, los valores y la necesidad de intervenir urgentemente, atendiendo a objetivos propiamente sociales y humanos.
3. Contexto teórico y científico: La ruptura del modelo médico tradicional y el desarrollo de los enfoques interdisciplinarios, con mención a la Psicología de la Salud y a la importancia de favorecer el proceso de concientización del hecho de que estamos haciendo educación para la salud desde las escuelas. Definición y caracterización de los Trastornos de la Alimentación, mostrando ejemplos concretos, a través de los cuales puedan apreciar las duras consecuencias de este tipo de enfermedad y los factores que se asocian a ella.

*Bases Metodológicas generales del curso de formación del personal que llevará a cabo el programa.*

El curso abordará los aspectos que se trabajaran en el programa, con una metodología participativa y vivencial. Las exposiciones teóricas serán alternadas con ejercicios prácticos (fase participativa) que exigirán de una inevitable implicación personal, sin la cual no se puede llevar adelante este trabajo, pues solo desde esta perspectiva, los formadores podrán conseguir realizar una intervención de un alto nivel de efectividad.

Serán realizados ensayos sobre la forma en que cada profesor conducirá la sesión grupal, utilizando grupos de estudiantes que no formarán parte de la población objeto de las futuras intervenciones. Una vez concluido cada ensayo, se comentarán los resultados en el grupo. Cada profesional deberá realizar, como mínimo, una sesión práctica con un grupo de adolescentes con la participación del resto de los profesores que participarán en el curso. La impartición del curso deberá ofrecer a los formadores, instrucciones precisas sobre el modo de conducir las sesiones previstas en el programa, utilizando el rol playing y el modelado.

## *2. La Fase de Cribado dentro del Ámbito Escolar.*

Esta fase consiste en una evaluación poblacional Inicial para la identificación de los posibles usuarios del programa. Se inicia con la realización de un pesquisaje masivo poblacional, dirigido a identificar los adolescentes en riesgo de sufrir un Trastorno de la conducta alimentaria y en el que serán aplicados los siguientes instrumentos:

1. Un Cuestionario de datos socio-económicos, demográficos y de salud, de carácter general.
2. EAT-40 (Eating Attitudes Test) con los criterios de la validación española para evaluar la presencia de riesgo Trastorno de la Conducta Alimentaria (Castro y colaboradores, 1991).

El procesamiento de la información, permitirá la elaboración de un primer informe con datos de carácter poblacional, que permitirá la identificación de los adolescentes en

riesgo de TCA, así como llevar a cabo su distribución por grupos para su incorporación al programa de intervención.

*Características generales de las personas usuarias o receptores de programa.*

Adolescentes entre 12 y 15 años de edad, residentes en una población o comunidad determinada, cursando los estudios de la Enseñanza Superior Obligatoria y que se encuentran en riesgo de sufrir un Trastorno de la Conducta Alimentaria, distribuidos en pequeños grupos entre 7 y 15 participantes como máximo.

*3. La Fase de intervención dentro del Ámbito Escolar.*

Esta fase consistirá en la puesta en marcha de un grupo de sesiones de trabajo directo con cada uno de los grupos de adolescentes que se encuentren en condición de riesgo de Trastorno de la Conducta Alimentaria. La principal finalidad de esta fase será reducir este riesgo.

*Objetivos específicos de la Fase de intervención:*

1. Motivar a los Adolescentes a participar en el programa.
2. Potenciar el desarrollo del auto-concepto, mejorando su nivel de adecuación
3. Desarrollar las habilidades sociales, elevando el nivel de asertividad
4. Fomentar actitudes críticas y reflexivas ante el modelo estético corporal y la influencia mediática, reduciendo la vulnerabilidad personal hacia tal modelo.

*Metodología General de la Fase de intervención en el Ámbito Escolar.*

La intervención se apoya en una Metodología Participativa, de manera que, los contenidos irán siendo incluidos en la medida que los propios adolescentes los vayan aportando, como parte de la realización de diferentes actividades.

El adolescente deberá percibir que la ejecución de las actividades atañe a aspectos de su vida que pueden cambiar (Costa i López, 1991; Serrano, 2002). El Modelo que sirve de base al programa es el Modelo de Competencia o Empowerment por lo que el adolescente, a lo largo de las 7 sesiones que incluye esta fase habrá de ir formulando sus propios objetivos vitales, habrá de elaborar su propio concepto de sí mismo, evaluando sus puntos fuertes y débiles, al mismo tiempo que identifica las emociones positivas y negativas que van emergiendo asociadas a las evaluaciones que hace de sí mismo. Finalmente deberá valorar cómo las peculiaridades de su auto-concepto se encuentran pautando la relación con los demás.

Siguiendo esta línea y una vez trabajado el auto-concepto, también será el mismo adolescente, quien identificará su particular estilo de relación con los demás y el modo de mejorar este; además de reconocer, a través de su reflexión individual, sus propias reacciones ante el influjo mediático y su actitud personal frente al mismo.

#### *Las Sesiones de trabajo de la Fase de Intervención en el Ámbito Educativo.*

La Fase de intervención incluye un total de 9 sesiones de trabajo.

- 2 Sesiones iniciales dirigidas a realizar las evaluaciones de los usuarios del programa, antes de comenzar su ejecución.
- 1 Sesión de 1 hora: Para el establecimiento del rapport, introducir y motivar a los adolescentes a participar en el programa.
- 6 Sesiones de 2 horas cada una, directamente focalizadas hacia ámbitos específicos. Se distribuyen en Tres Unidades Temáticas:

- 2 Sesiones de 2 horas cada una irán dirigidas a la Unidad Temática del Auto-concepto.
- 2 Sesiones de 2 horas cada una irán dirigidas a la Unidad Temática de las Habilidades Sociales.
- 2 Sesiones de 2 horas cada una irán dirigidas a la Unidad Temática de los Juicios críticos: Modelo estético corporal e Influencia mediática

*Las 2 sesiones iniciales dirigidas a realizar las evaluaciones de los usuarios del programa, dentro de la Fase de Intervención*

Durante estas sesiones serán aplicados los siguientes instrumentos:

1. Test de Auto-concepto de Musitu para evaluar la Adecuación del Autoconcepto en diversos ámbitos de la vida (Musitu y colaboradores, 2001).
2. Formulario EQ para determinar Índice general de competencia emocional y especialmente el ámbito de las Habilidades Sociales (Bar-On, 2000)
3. Test de Vulnerabilidad al Modelo Estético Corporal: CIMEC-V para evaluar el Grado de impacto del modelo estético corporal (Toro Salamero, Martinez, 1994).

Los formadores tomarán la responsabilidad de la confección de las bases de datos específicas de su grupo de trabajo. Las bases de datos específicas, correspondientes a cada formador, permitirán que el propio ejecutor del programa, pueda reflejar en ellas, no solo las evaluaciones anteriores y posteriores al programa, sino además, analizar personalmente la efectividad del programa, elaborar su propio informe, con sus propias conclusiones y recomendaciones.

*La Sesión de 1 hora: Para el establecimiento del rapport, introducir y motivar a los adolescentes a participar en el programa.*

A lo largo de 1 hora, deberán desarrollarse 3 momentos claves:

Tomando como punto de partida un vídeo, fragmento de una serie o de una película, durante la primera parte, dirigirá la atención del grupo hacia la identificación de las señales, signos o manifestaciones de nuestra vida emocional, distinguiéndolas de los indicadores relativos a la salud física y destacando la existencia del mundo emocional como un universo propio, con su propia peculiaridad.

Una vez identificadas las expresiones de nuestras emociones, el educador deberá pasar a una segunda parte, dirigida a analizar la posibilidad que tenemos los individuos de influir sobre estas expresiones que atañen a nuestra vida emocional. El educador podrá esbozar algunas de las alternativas que se muestran ante nosotros, cuando nos encontramos frente a nuestras reacciones emocionales, por ejemplo, dejarse llevar o implicarse responsablemente en lo que atañe a nuestra vida y en particular a esta área de la vida.

*La tercera parte* deberá dirigirse a mostrar la existencia de recursos concretos para participar en nuestra vida emocional y sentimental y de la posibilidad que tenemos de convertirnos en entes activos, que deciden construir su propio proyecto de vida, sus modos de ver el mundo, de modo responsable, para evitar que nuestra vida la construyan otros.

Será preciso destacar la necesidad de comenzar por el conocimiento de nosotros mismos y a partir de ahí, construir estrategias para conseguir buenas relaciones con los amigos y protegernos de la manipulación mediática. En la medida que nos conocemos mejor aumenta la confianza que tenemos en nosotros mismos, adquirimos una mayor eficacia en la regulación de nuestras emociones y por tanto estaremos más preparados para entender a los demás y relacionarnos mucho mejor con ellos. También le

haremos más difícil a las empresas apoyarse en nuestras reacciones emocionales para vendernos algo.

Las próximas sesiones de trabajo serán anunciadas como sesiones de Tutorías Externas, que tendrán como finalidad conocer nuestras emociones, conocernos a nosotros mismos y analizar cómo todo ello puede servirnos para mejorar nuestras relaciones con nuestros familiares y amigos y para protegernos de los intentos de manipulación vengan de dónde vengan, con frecuencia procedentes de los mensajes mediáticos.

*Las 6 Sesiones de la Fase de intervención, directamente focalizadas hacia ámbitos específicos, distribuidas en Tres Unidades Temáticas.*

*Cada una de las 6 sesiones dirigidas a la intervención propiamente dicha, tendrán una duración de 2 horas, se realizarán con pequeños grupos, con un máximo de 15 adolescentes y atendiendo a los diferentes pasos y procedimientos que se describen a continuación.*

#### *Cronología Interna y Desarrollo de las Sesiones dirigidas a la intervención*

Cada sesión de trabajo de la fase de intervención constará de 3 pasos de carácter general:

1. Tomar parte en una experiencia que exija de implicación personal, especialmente, del ámbito emocional.
2. Reflexionar sobre la propia implicación emocional que se tuvo en esta experiencia.
3. Compartir ideas e intercambiar con el grupo.

Para provocar la activación emocional inicial, el educador podrá auxiliarse de diversos *procedimientos participativos de carácter dinámico*, entre los que podrían encontrarse:

1. Fragmentos de una película.
2. Vídeos musicales.
3. Vídeos cortos con situaciones de la vida real.
4. Canciones de corte existencial: Se repartirá el texto escrito de la canción, siguiendo el texto el grupo deberá escuchar atentamente la canción, podrá cantar y bailar el que lo desee.
5. Cuento en forma de rol playing: se explicará el texto, se seleccionarán los personajes y después se llevará a cabo el rol playing.
6. Frases de grandes pensadores (se proyectarán las frases de contenido emotivo en forma de cartel, emotivas, cuando todos las hayan leído, el educador promoverá el debate.
7. El educador también podrá apoyarse en la escenificación de distintos roles, relacionados con situaciones creadas por los miembros del grupo o siguiendo un guión escrito que el educador lleve ya preparado y reflejado en pequeñas tarjetas.
8. Mail- mensajes con texto, música e imagen, una vez proyectados y leídos por el grupo.
9. Identificación de estados emocionales y pensamientos propios.
10. Creación de una imagen de nuestra vida futura: se le dará la tarea al grupo de que cada uno de sus miembros de forma individual, cree en su imaginación una situación que considere que formará parte de su vida futura.

Una vez finalizada esta parte (ya sea por la observación de un material audiovisual, como de la escenificación de diversos roles, o de cualquier otro de los procedimientos antes mencionados) a través de la formulación de preguntas se abrirá un momento de reflexión, reservándose un período de tiempo para la reflexión individual, exigiendo al grupo guardar absoluto silencio.

Después del espacio individual de reflexión, en algunas sesiones, cada adolescente deberá intercambiar sus reflexiones personales, primero, con un pequeño grupo de compañeros afines, del que se sienta parte; en otros casos, transcurrido el momento

de análisis personal se pasa directamente al intercambio con todo el grupo en su conjunto.

Cuando, durante las sesiones se trabaje en pequeños grupos, se solicitará que cada uno de estos subgrupos, comunique, a la totalidad del grupo, de forma resumida, los aspectos que fueron discutidos y los puntos de vistas relevantes. Los grupos pequeños serán organizados atendiendo a las preferencias personales de sus miembros.

A partir de este momento se crea un espacio de diálogo entre todos los miembros del grupo y el educador, quien deberá agrupar la información, resumirla y apoyarla con los contenidos relativos a cada módulo del programa. De modo paralelo, el educador deberá generar nuevas interrogantes que permitan mantener un elevado nivel de motivación para continuar tomando parte en el programa.

Dada la naturaleza del programa, en el que se exige de ejercicios de reflexión, auto-observación con implicación emocional e intercambios grupales, las sesiones han de ser obligatoriamente distendidas. (Serrano, 2002). Se integrarán espacios verdaderamente favorecedores de la reflexión individual, trabajo en pequeños grupos y espacios de encuentro con el grupo en general, en los que se abordará tanto lo tratado en los pequeños grupos de trabajo, como cualquier observación o reflexión que quiera compartir cualquier integrante del grupo con todo el grupo en su conjunto.

El educador deberá crear un ambiente cooperativo (en contraposición al ambiente competitivo) como forma fundamental de potenciar el crecimiento personal, destacando, el principio de intentar superarnos a nosotros mismos en vez de intentar superar a los demás. Para ello podrá intercalar una actividad de tipo lúdica, que permita la expresión corporal con uso de técnicas participativas, que favorezcan la buena relación entre los miembros del grupo, cuestión que en su momento, actuará como elemento reforzador de los comportamientos positivos.

Es importante destacar que carece de sentido, compararnos con los demás en tanto el ritmo y la forma de maduración es un proceso estrictamente individual, único, irrepetible y apoyado en nuestras propias vivencias y experiencias de la vida. Si alguno de los participantes, se sintiera especialmente incómodo por alguna situación, deberá

saber que tiene la posibilidad de comunicarlo al educador; así como si deseara realizar cualquier proposición. El educador ha de hacer prevalecer un ambiente de respeto hacia las opiniones y sentimientos expresados por cualquier miembro del grupo.

*Las 2 Sesiones de la Fase de intervención, dirigidas a la 1ra Unidad Temática: Potenciando el Desarrollo del Auto-concepto, tendrán los siguientes objetivos*

1. Formular objetivos propios como parte del proceso de reconocimiento de nuestra propia identidad.
2. Identificar los aspectos más fuertes y desarrollados de sí mismos y los que deben ser atendidos y ser mejorados o desarrollados.
3. Reconocer cómo la valoración que vamos haciendo de nosotros mismos va teniendo un impacto en nuestras relaciones interpersonales y en la forma en que integremos cualquier experiencia o situación de nuestro entorno.
4. Comprender la necesidad de contar con recursos concretos que nos permitan construir una imagen ajustada y positiva de nosotros mismos y mejorar las relaciones con nuestro.

*Las 2 Sesiones de Trabajo de la Fase de intervención dirigidas a la Unidad Temática: Potenciando el Desarrollo del Autoconcepto, deberán tratar los siguientes contenidos*

1. ¿Qué niveles están presentes en el ser humano? Es necesario distinguir tres niveles básicos que se integran de forma dinámica y sistémica en cada persona: lo biológico, relativo a nuestra anatomía, fisiología, nuestras reacciones metabólicas, los diferentes sistemas que garantizan las funciones digestivas, respiratorias, cardiovascular, renales, etc. y otros niveles tales como el psicológico y social.
2. Cada uno de estos niveles constituye un pequeño mundo, así por ejemplo en la formación del ser humano, se le presta atención a un aspecto importante del mundo psicológico: la posesión de conocimientos, el desarrollo de capacidades para la ejecución de diferentes labores manuales e intelectuales, sin embargo, un aspecto del universo psicológico ha sido tradicionalmente menos atendido,

pero no por ello menos importante, este aspecto es el relativo a nuestra vida emocional y al proceso mismo de irnos construyendo como persona.

3. Todo el mundo nos habla de que hay que madurar, que debemos confiar más en nosotros mismos, que debemos saber lo que queremos, pero nadie nos dice cómo conseguirlo, cómo constituir nuestro propio proceso de madurez, como un resultado de nuestra propia obra y no confundirlo con un amasijo de conductas esperadas por los que nos rodean.
4. Existen signos concretos de madurez emocional, que pueden ser identificados a través de determinadas conductas, claramente distintas de los indicadores físicos, que muestran el crecimiento biológico.
5. Tenemos la opción de participar o no en este proceso, a través de valoraciones positivas de modos de comportamientos que indican compromiso personal con lo que nos acontece a nosotros mismos.
6. Valorar el elevado potencial de cambio positivo de estos modos de conducta para alcanzar lo que deseamos en la vida, los costes del pasotismo, de ser esclavo del azar, de lo fortuito, en ocasiones desfavorecedor.
7. Es vital en nuestro proceso de reconocimiento como seres humanos, identificar qué nos importa, qué nos moviliza y a partir de ahí imprimir un sello direccional a nuestra vida, que constituirá un sello absolutamente individual.
8. Que expongan distintos tipos de metas y hacerlos capaces de distinguirlas por su grado de generalidad o concreción y por su grado de inmediatez y dilación, así como por la necesidad personal a la que responde.
9. El planteamiento de estas metas se encuentra estrechamente relacionado con el grado de compromiso individual que asumimos en la vida.
10. Hemos de constituirnos en parte activa de él, para asegurar que tomen la dirección más compatible con nuestros deseos y necesidades más profundas como ser humano.
11. Crecemos físicamente y también humanamente, en la medida que cambiamos físicamente, vamos construyéndonos como persona. Crece el cuerpo y también el alma.
12. Existen distintos tipos de metas y objetivos. Existen las metas relacionadas con nuestro quehacer cotidiano, con la satisfacción de nuestras necesidades

básicas, de alimento, sueño, higiene u otras que forman parte de una cadena de hábitos y costumbres; sin embargo, nos preguntamos alguna vez ¿Hacia dónde vamos? ¿Qué nos proponemos conseguir en la vida? ¿Qué hace que queramos vivir? ¿Vale la pena crear un proyecto de vida?

13. La respuesta a estas preguntas está muy relacionada con el grado de participación que asumamos en el curso de nuestra propia existencia. El establecimiento de objetivos esenciales de la vida, expresa el deseo, la intención de luchar por algún sueño, por alguna ilusión, por algo que consideremos verdaderamente relevante, sea por la razón que sea.
14. Cuando aún no tenemos elaborados algunos de estos objetivos, nuestra vida se encuentra en gran medida a merced de las circunstancias, de hechos fortuitos, no siempre favorecedores de nuestro propio desarrollo como personas.
15. El establecimiento de estos objetivos constituye un camino en la búsqueda de nuestra propia identidad, de lo que nos hace peculiar, únicos e irrepetibles como seres humanos.
16. Al mismo tiempo el desarrollo de nuestra propia identidad favorece el proceso dinámico de establecimiento de nuevas metas y objetivos de vida (análisis de la doble relación entre la identidad como premisa y consecuencia de los objetivos generales de la vida)
17. El auto-concepto y la autoestima, como aspectos claves de la competencia emocional. Cuándo sabemos quiénes somos y hacia dónde vamos, es como gozar de un espacio propio a partir del cual nos relacionamos con los demás.

*Las 2 Sesiones de la Fase de intervención, dirigidas a la 2da Unidad Temática: Potenciando el Desarrollo de Las Habilidades Sociales, tendrán los siguientes objetivos:*

1. Comprender la estrecha relación entre la forma en la que nos relacionamos con los demás y el modo en el que nos reconocemos como individuos.
2. Distinguir los estilos de relación basados en la agresividad, el control y la manipulación, así como los que se sustentan en el temor al rechazo, la pasividad y la anulación personal.

3. Entender la base de los comportamientos socialmente competentes y asimilar y entrenar recursos para su desempeño en nuestra vida social.

*Las 2 Sesiones de Trabajo de la Fase de intervención dirigidas a la Unidad Temática: Potenciando el Desarrollo de Las Habilidades Sociales, deberán tratar los siguientes contenidos.*

1. Cuándo sabemos quiénes somos y hacia dónde vamos, es como gozar de un espacio propio a partir del cual nos relacionamos con los demás; pero ¿cómo hacerlo? ¿Cómo conseguir que los demás nos respeten y nos valoren sin dejar de ser nosotros mismos? ¿Cómo reaccionar ante señales abiertamente agresivas e irrespetuosas hacia nuestra propia identidad? ¿Cómo reaccionar ante las personas que se pliegan a las demandas de los demás con tal de no perder su aprobación?
2. Los seres humanos tenemos la necesidad de ser valorados y queridos por nuestros familiares y amigos; al mismo tiempo que tenemos la necesidad de ser nosotros mismos.
3. Existe una estrecha relación que existe entre el concepto e imagen de nosotros mismos y la forma en la que nos relacionamos con los demás.
4. Es importante saber distinguir la conducta agresiva y manipuladora, la conducta tímida y retraída y los modos asertivos de comportamiento social.
5. Tras los comportamientos agresivos, tímidos o asertivos, se encuentran reacciones emocionales, sentimientos e ideas.
6. Con frecuencia las conductas agresivas solapan sufrimiento, angustia, dolor y falta de confianza en sí mismo.
7. El egoísmo a ultranza evita desarrollar auténticos lazos de empatía y cariño, por lo que con frecuencia aparecen conductas manipuladoras y de dominio.
8. Es importante identificar estos modos de proceder para evitar ser manipulados o presionados a llevar a cabo modos de conducta con los que no nos sentimos identificados.

9. La conducta tímida por su parte puede constituirse en un fuerte freno para el desarrollo individual e incluso llegar a anularlo.
10. Existen modos de conducta que nos permiten respetar a los demás y no dejar de ser nosotros mismos. Identificar estas formas de interacción, constituye la base para poner en marcha una conducta asertiva.
11. La conducta asertiva como expresión del respeto a sí mismo y a los demás.
12. La experiencia de saber que algún amigo no ha conseguido protegerse de la fuerte presión de un grupo, cuyos valores distan de los propios.
13. Solo conseguimos protegernos pertrechados de recursos interactivos que pongan en marcha una actitud activa, reflexiva, ante determinados coetáneos que no han conseguido consolidar su identidad y se convierten en activos agentes de los valores impuestos por otros grupos o por la influencia mediática.
14. La conducta asertiva como expresión del respeto a sí mismo y a los demás.
15. Nuestra propia identidad puede desarrollarse o anularse, según sea la forma en la que nos relacionemos con los demás.
16. Cuando se desarrollan y consolidan recursos concretos de interacción interpersonal, se favorece el desarrollo de nuestro auto-concepto.

*Las 2 Sesiones de la Fase de intervención, dirigidas a la 3ra Unidad Temática: Potenciando el Desarrollo de Juicios críticos frente a la influencia mediática, tendrán los siguientes objetivos:*

1. Provocar la toma de consciencia de respuestas automatizadas e inmediatas versus respuestas mediatizadas por una valoración personal.
2. Activar una mirada aguda y crítica hacia el entorno y en particular hacia la influencia mediática, apoyados en el auto-concepto.
3. Fomentar actitudes críticas elaboradas y sólidas frente al Modelo Estético Corporal.

*Las 2 Sesiones de Trabajo de la Fase de intervención, dirigidas a la Unidad Temática: Potenciando el Desarrollo de Juicios críticos frente a la influencia mediática, deberán tratar los siguientes contenidos:*

1. Hacer explícita la coherencia global entre los contenidos que han sido abordados por el programa, hasta llegar a las sesiones de trabajo relacionadas con la influencia mediática.
2. *Nuestra individualidad se encuentra interactuando dentro de un amplio diapasón, mucho más grande del que imaginamos. Llegan a nosotros contenidos que trascienden nuestros grupos de pertenencia (escuela, barrio, familiares, amigos)*
3. *Nuestra individualidad se encuentra expuesta a la influencia de múltiples fenómenos, en muchos casos, apenas perceptibles y no relacionados con la escuela, la familia y el grupo de amigos, sino más bien con los mensajes que la presencia mediática, decide situar en el centro de nuestra atención.*
4. Nuestro proceso de crecimiento personal tiene lugar en un contexto, en unas condiciones sociales; algunas veces estas condiciones pueden tornarse hostiles, engañosas y no precisamente favorecedoras.
5. Los mensajes mediáticos, pueden albergar un potencial de daño, en particular cuando tales mensajes aparecen en forma de avalancha, con carácter reiterado y fuertemente dirigidos a provocar cambios a nivel de nuestras emociones, actitudes y comportamientos.
6. El mantenimiento de una actitud activa y reflexiva (contraria: pasiva) no permite que determinados estímulos de nuestro entorno consigan interrumpir o desviar rápidamente la consecución de nuestros propios objetivos de vida. Esta actitud actuará como coraza tanto de la influencia mediática como de compañeros de grupo, que no han conseguido consolidar su propia identidad, lo que los hace convertirse en agentes de valores impuestos por la influencia mediática.
7. Cuando los mensajes mediáticos, comienzan a hacerse un espacio, dentro de

nuestro ámbito más personal, aumenta considerablemente su capacidad de influir en nuestro equilibrio personal, dado la rigurosa profesionalidad con que se encuentran diseñados

8. La importancia de potenciar la reflexión de modo continuo y sistemático, ante los diversos contenidos procedentes de los medios masivos de difusión, en tanto existen profesionales trabajando arduamente para hacernos perder el norte o al menos olvidarnos de nuestros propios fines.
9. Las personas que no reservan un espacio a la reflexión o que, por las circunstancias que fuera, no han conseguido consolidar su propia identidad, podrán, fácilmente constituirse en blanco directo de los medios masivos de difusión. Es por esto que hemos de andar pertrechados de recursos propios para reconstruirnos cada día como personas sobre la base de nuestras experiencias individuales de vida.
10. Cuando nos convertimos en objeto diana de la influencia mediática (sin apenas ser consciente de ello) promovemos sus valores y objetivos.
11. Es positivo, desarrollar y consolidar juicios críticos ante el modelo estético corporal, en tanto, este estereotipo de imagen obedece a intereses económicos y comerciales.
12. Existe una estrecha relación entre nuestras metas personales, el modo y el cómo nos reconocemos y percibimos como personas y la forma en la que procesamos los mensajes provenientes de la avalancha informativa a la que nos encontramos expuestos.
13. Es importante identificar, concientizar los mecanismos espontáneos e intuitivos que ya se encuentran utilizando los adolescentes en este momento, como forma de protegerse a nivel individual de estos fuertes influjos; una vez identificados estos, se enfatizará en la importancia de integrar nuevos y efectivos recursos, que se conviertan en puntos de apoyo para la defensa de nuestra propia identidad.
14. Es necesario transmitir que los anuncios que vemos, se encuentran actuando sobre nuestras emociones y lo útil que puede resultar identificar tales reacciones, en el momento en el que se producen, por ejemplo, durante o inmediatamente después de la exposición al anuncio.

15. Debemos distinguir parar las reacciones racionales de las emocionales, las de agrado y desagrado, el carácter involuntario, de estas.
16. Hay que ver los mensajes procedes de la publicidad como productos cuidadosamente elaborado por profesionales altamente cualificados y cómo se trabaja para distanciar la atención de los elementos falsos.
17. La utilidad del debate y el diálogo sobre a quiénes favorece el buen trabajo realizado por los publicistas, qué otros intereses se encuentran en juego.
18. Cuando aparezcan afirmaciones a favor de la publicidad y sus mensajes relacionados con el culto al cuerpo, se deberá introducir la siguiente interrogante: cómo saber si la idea o creencia que estamos sosteniendo, es fruto de nuestra experiencia individual o si ha sido integrada, como resultado de la influencia mediática.
19. Los propios ejercicios prácticos, conducidos a partir de los anuncios presenciados, serán el escenario ideal para mostrar cómo el solapamiento de determinada información puede conducirnos a juicios erróneos, que terminan favoreciendo intereses lucrativos.
20. Referencias reiteradas a la importancia del debate, de la comunicación con los demás, al mismo tiempo, que se hace referencia al sentido de la propia vida, la importancia de ser uno mismo, que terminarán siendo herramientas claves para la protección de la influencia mediática.
21. Constituye todo un reto a nivel personal, conseguir abortar, detener nuestras reacciones automáticas, frente a uno u otro influjo mediático.

#### *3.6.4.1.4. La Fase de Dictamen de Impacto en el Ámbito Escolar.*

Esta fase incluye la evaluación final de los usuarios del programa, confección de informe, conclusiones y recomendaciones. En la misma deberán realizarse las siguientes tareas:

1. Evaluación Final de las personas usuarias o receptores del programa.

2. Actualización de las bases de datos, con los resultados obtenidos en las evaluaciones finales de cada uno de los participantes.
3. Procesamiento estadístico dirigido a realizar un análisis comparativo de las evaluaciones iniciales y finales de cada uno de los participantes en el programa.
4. Elaboración de Informe Final sobre la realización del programa, por grupo y educador responsable, incluyendo principales resultados, Conclusiones y Recomendaciones.

#### 3.6.4.2 La Acción del Programa: Dentro del Ámbito de la Familia

Una vez identificados los grupos de riesgo de Trastorno Alimentario, cada educador, tendrá la responsabilidad de citar a la totalidad de los padres de los adolescentes incluidos en su grupo. El educador deberá ser consciente de que el trabajo con el grupo de padres que le corresponde, deberá realizarse de modo paralelo al que llevará a cabo con los adolescentes en la escuela.

*Objetivos del trabajo con los padres de los Adolescentes en riesgo de Trastorno de la Conducta Alimentaria:*

1. Informar a los padres sobre la ejecución del Programa, sus objetivos, contenidos, número de sesiones, así como de la importancia de su apoyo y participación, a través del refuerzo de las conductas trabajadas por el programa.
2. Partiendo de las inquietudes expuestas por los padres, en relación con la formación de sus hijos, orientarles sobre los diversos modos de contribuir en sus hijos, al desarrollo de su auto-concepto, sus habilidades sociales y los modos de protección de la influencia mediática.

Desde la primera sesión con los padres, que será de carácter informativa, el educador, deberá concederles el estatus de de colaboradores esenciales y determinantes para el éxito del programa educativo que se emprenderá con sus hijos. Es preciso

comunicarles, que, sin su colaboración, de nada servirán los esfuerzos y las numerosas sesiones de trabajo previstas por el programa.

### *Las Sesiones de Trabajo con los padres*

Serán realizadas un total de 8 sesiones de trabajo con el grupo de padres de 2 horas cada una. Exceptuando la primera sesión informativa y la última sesión de resumen y conclusiones; cada sesión de trabajo con los padres deberá coincidir y realizarse durante la misma semana, en la que se lleve a cabo cada sesión con el grupo de adolescentes en riesgo de TCA. Proponemos llevar a cabo estas sesiones en el Centro de estudios, en horario no laborable y a través de técnicas participativas, como por ejemplo el rol playing.

### *Sobre la primera sesión informativa con los padres*

*Durante esta primera sesión, deberán ser explicados los siguientes contenidos:*

- 1- El significado de la condición de riesgo de Trastorno de la Conducta Alimentaria, como señal de alarma, que al mismo tiempo que no debe ser desatendida, tampoco deberá ser sobrevalorada.
- 2- El privilegio de encontrarse entre las familias que reciban este programa, pues los hospitales están llenos de chicas que no tuvieron esa oportunidad.
- 3- Sus hijos serán evaluados antes del programa y después del programa, para asegurarnos de que reducimos sensiblemente el riesgo de contraer el trastorno.
- 4- El trabajo que se realizará, no será puntual, ni en una sesión, sino que se desarrollará a lo largo de varios meses, a través de sesiones de trabajo.
- 5- Se realizarán un total de 7 sesiones de trabajo con sus hijos, cuyos detalles, podrán conocer a través de las sesiones de trabajo que tendrá

el grupo de padres con el educador, la mismas semanas en las que se realice la sesión educativa con sus hijos.

- 6- Durante las sesiones de trabajo con el educador, serán informados de los detalles del trabajo realizado en cada sesión, al mismo tiempo que podrán formular preguntas.
- 7- En cada sesión de trabajo con los padres, estos serán informados sobre las formas concretas de reforzar en sus hijos, los aspectos tratados en cada una de las sesiones, al mismo tiempo que se atenderán sus dudas y preocupaciones para llevarlo a cabo.

*A partir de la sesión informativa, durante las próximas 7 sesiones de trabajo con los padres, el educador deberá garantizar 3 aspectos fundamentales:*

1º Mantener la motivación de los padres hacia la participación en las sesiones, no solo por la gran relevancia que tendrá su participación para el éxito del programa, sino por la oportunidad de conocer cuestiones que no se enseñan en ninguna otra parte y que son de gran importancia no solo para la educación de sus hijos, sino para la propia vida en general, como por ejemplo: cómo formar hijos con una alta confianza en si mismos, que vayan a por el éxito, capaces de relacionarse adecuadamente con sus compañeros, autónomos, responsables, afectuosos y con valores.

2º Informar todo lo detalladamente que sea capaz del desarrollo de la sesión de trabajo con sus hijos, correspondiente a la sesión de trabajo de padres. Haciéndolos conscientes de la complejidad de la tarea, se eleva sustancialmente la probabilidad de convertirlos en co-partícipes reales durante la ejecución del programa.

3º Responder de forma comprometida, responsable y rigurosa a las dudas, miedos, preguntas y/o conflictos que puedan estar enfrentando los padres en su intento de reforzar las acciones del programa en el ámbito de la familia u otras, que por su contenido emocional, podrían estar afectando el éxito del programa.

### *Sobre la última sesión del trabajo con los padres: resumen y conclusiones*

El educador deberá acudir a esta sesión con el análisis comparativo de las evaluaciones anteriores y posteriores al programa, proporcionando un primer elemento de feedback a un trabajo que se viene realizando conjuntamente entre el grupo de padres y el educador. Deberá comenzarse por valorar juntos lo que hemos conseguido.

En segundo lugar, intentar, resumir los aspectos abordados en las diferentes sesiones y, con la participación del grupo de padres, elaborar las conclusiones que ellos mismos han extraído, después de participar en las sesiones de trabajo con el educador.

Reforzarles lo marcadamente importante de su participación, en los casos de cambios positivos para mantenerlos y en los casos que no conseguimos cambios, asumir la importancia de continuar trabajando en esta dirección, desde dentro de la familia, para asegurarnos de que en la segunda oportunidad, proporcionada por el protocolo para los casos en los que persiste el riesgo; se consigan cambios sustanciales.

#### 3.6.4.3- La Acción del Programa en el Ámbito de la Comunidad

Autores españoles, ya venían destacando la idea de desarrollar un entorno inteligente para la prevención de los Trastornos de la Conducta Alimentaria (Moreno- Villares, Oliveros-Leal y Solano-Pinto, 2003) dejando claro el referente de atender a aspectos que van más allá del trastorno mismo, que tienen un carácter más general, contextual, dentro de la compleja tarea de prevenir eficazmente los trastornos que atañen a la alimentación. Esto último también ha sido señalado, desde las propias instituciones, como el Ministerio de Sanidad y Consumo (2007).

*El rol de la comunidad, a través de las empresas del ámbito del deporte, la cultura y el tiempo libre.*

Consideramos necesario, como tarea relevante para el éxito mantenido de las acciones educativas, desarrolladas dentro de nuestra propuesta de programa, que, con la colaboración de las autoridades políticas de la comunidad, sean identificadas empresas de servicios, relacionadas con el deporte, la cultura y el tiempo libre, interesadas en prestar sus servicios a adolescentes entre 12 y 15 años.

Una vez identificadas este tipo de empresas que ya se encuentran radicadas en la comunidad, el Ayuntamiento, a través de la negociación y el diálogo respetuoso de los intereses de ambas partes, podría desarrollar convenios de colaboración promocional sobre la base de los siguientes supuestos: la empresa ofrece servicios que estimulen el desempeño de los adolescentes en los ámbitos del deporte, el arte y la cultura en general y el Ayuntamiento por su parte, le otorgaría a estas empresas la gestión y organización de las actividades lúdicas, que deberán realizarse a lo largo del programa, de modo concomitante al trabajo en los ámbitos escolar y familiar.

De la misma forma, que, durante la misma semana en la que se realiza cada sesión grupal del programa, se realiza una sesión con los padres; con la colaboración de las empresas antes mencionadas, serían organizadas tipos específicos de actividad, en cuya realización, se anime y estimule al consumo de servicios de carácter cultural, como por ejemplo: el aprendizaje de instrumentos musicales, el desarrollo de dotes literarias, para la pintura, el baile en sus diversos tipos, el reconocimiento de figuras emblemáticas de la música y la literatura, la práctica de cualquier tipo de deporte, grupos de encuentro por temas de interés común, etc.

A continuación solo algunos ejemplos, entre el amplio espectro de actividades que podrían organizarse siguiendo los supuestos antes mencionados:

- Concursos de canto, de baile.
- Organización de representaciones teatrales.

- El día del violín o del piano o de cualquier otro instrumento musical, en el que cada adolescente, con conocimientos, aunque fuesen básicos del instrumento, tenga la oportunidad de participar.
- Encuentros de guitarra.
- El día del amor, con actividades lúdicas, que permitan la expresión de sentimientos, poemas, cantar.

Estas actividades, deberán garantizar, que la participación de los adolescentes, vaya acompañada de una experiencia agradable, satisfactoria y sobre todo, que lleve implícito el reconocimiento de los iguales, ya sea por la entrega de premios por equipos, por el reconocimiento público al buen desempeño, etc.

La realización de este tipo de actividades con el patrocinio de las empresas de la comunidad, es un modo de fomentar nuevas formas de disfrute y de valoración personal entre los adolescentes, en las que se comience a fomentar el disfrute del diálogo, del encuentro cultural y de valores humanos universales, bastante alejados del culto a la imagen y al cuerpo.

### 3.6.5 - Un protocolo de actuación para usuarios en los que persiste el riesgo de Trastorno de Conducta Alimentaria.

Dado que es posible que una vez realizado el programa, en algunos adolescentes, persista el riesgo de TCA. Para estos casos se define un protocolo de actuación, cuya elaboración nace de la responsabilidad contraída por la comunidad educativa, de una vez, que ha identificado los adolescentes que se encuentran en riesgo, no detener la acción educativa y perseverar en nuestra intención de cambio.

Objetivos específicos de este protocolo:

1. Conocer con mayor profundidad las individualidades, portadoras de riesgo.

2. Evitar que las conductas de riesgo evolucionen hacia un trastorno de la conducta alimentaria.

*¿Qué hacer con los adolescentes, en los que aún después de recibir el programa, persiste el riesgo de TCA? Protocolo de Actuación*

Primer paso: Realización de un dictamen no solo descriptivo y cuantitativo (puntaje obtenido en el EAT) sino además un análisis de contenido de los ítems del EAT.

Siguiendo el modelo de educación para la salud PRECEDE el educador realizará un análisis de contenido del EAT, de carácter integral, registrando no solo las conductas indicativas de desajuste alimentario, sino las actitudes y conductas positivas.

Una vez realizada esta valoración cualitativa inicial el educador, llevará a cabo las siguientes sesiones de trabajo. Cada educador realizará 4 sesiones individuales con cada uno de los adolescentes en riesgo que se encuentran en su grupo.

Sesión Nº 1 Consistirá en la realización de una entrevista semi-estructurada, que tendrá como objetivo, recabar información específica, personal, relacionada con las actitudes y conductas de riesgo. Durante la misma será preciso motivar al adolescente a participar en las próximas sesiones, ofreciéndole apoyo e indicándole la realización de un registro conductual de las conductas de riesgo previamente identificadas mediante el análisis cualitativo del EAT.

Sesiones Nº 2, Nº 3 y Nº 4: Se realizará la revisión del registro. Análisis de juicios y estados emocionales, vinculados a las actitudes y conductas de riesgo, así como al concepto que tiene de sí mismo, sus habilidades sociales y la actitud ante la influencia mediática, dentro de un contexto personal, favorecedor del cambio.

*Desarrollo de la Sesión individual Nº 1*

- 1º Establecimiento del rapport (saludo, presentación)
- 2º Dar inicio a La entrevista semi-estructurada (base para conducir el proceso de cambio)
- 3º Indicación del Registro Conductual de las actitudes y conductas de riesgo de TCA.

La entrevista semi-estructurada.: Incluirá algunos aspectos de la historia de vida que permitan, a partir del método cualitativo, conocer con mayor profundidad las características individualidades, relacionadas con el riesgo alimentario.

*La Guía para la realización de la Entrevista Semi-estructurada.*

1. ¿Cómo te llamas?
2. ¿Qué edad tienes?
3. ¿Con qué personas vives?
4. ¿Tienes hermanos? ¿Qué lugar ocupas entre ellos?
5. ¿Qué ha sido lo más doloroso que te ha ocurrido en la vida?
6. ¿Qué ha sido lo más grato que te ha ocurrido en la vida?
7. ¿Durante los últimos 2 años ha ocurrido algo que te hiciera sentir especialmente triste?
8. ¿Cómo te sientes en este momento?
9. ¿Cómo te has sentido durante los últimos días y meses?
10. ¿Qué cambiarías en tu relación con los demás?
11. ¿Te consideras una persona feliz? ¿Por qué?
12. ¿Qué sueño te gustaría alcanzar?
13. ¿Con qué aspecto de ti mismo te sientes más contento?
14. ¿Qué aspecto de ti mismo te agobia?
15. ¿Qué cambiarías de ti mismo si pudieras?

16. ¿Si tuvieras el mágico poder de influir sobre la conducta de otras personas?  
¿Qué harías?
17. ¿Qué haces habitualmente durante el tiempo que estás fuera del instituto?
18. ¿Qué te gusta hacer en tu tiempo libre?
19. ¿Cuál es tu pasatiempo favorito?
20. ¿Qué es lo que más admiras de las personas?
21. ¿Qué es lo que más rechazas de las personas?

Desarrollo de las Sesiones individuales Nº 2, Nº 3 y Nº4:

Tomando como base el registro conductual y siguiendo el objetivo fundamental de reducir, hasta eliminar las actitudes y conductas de riesgo, el educador, a lo largo de las sesiones 2, 3 y 4 intentará, permanentemente, interrelacionar los siguientes aspectos:

1. Las conductas y actitudes de riesgo de TCA, que desean ser eliminadas.
2. Los aspectos trabajados durante las sesiones grupales (su autoconcepto, habilidades sociales y actitud ante la influencia mediática).
3. Las peculiaridades personales.

Cada una de estas sesiones (2, 3 y 4) deberá, dirigirse a determinadas actitudes y conductas dianas. Es precisamente en esta etapa en la que corresponde tener bien identificadas las redes de conductas y la conducta diana sobre la que trabajaremos.

La descripción de las redes conductuales y de la conducta diana ha de extraerse del análisis de contenido, de tipo cualitativo de los ítems del EAT 40, de los escolares que alcancen puntajes considerados de riesgo, por ejemplo: conducta de riesgo: realizar dietas innecesarias. El entrevistador deberá identificar las creencias y emociones asociadas a las conducta dianas e incentivar cualquier reflexión del adolescente en la que, se exprese relación entre las creencias y reacciones emocionales vinculas a la conducta diana y cualquiera de los aspectos que fueron trabajados durante las

sesiones grupales del programa, tales como: sus objetivos en la vida, conocimiento y control de las emociones, auto-concepto, habilidades sociales y protección de la influencia mediática.

#### Pasos a seguir en las sesiones 2, 3 y 4

1. Solicitar el registro conductual de las actitudes y conductas de riesgo.
2. Análisis del registro: atendiendo al aspecto personal, más fuertemente vinculado a las creencias y emociones que subyacen en la conducta diana.
3. Seleccionar la actividad práctica que se realizará en la sesión.
4. Una vez ejecutada la actividad práctica que corresponda, hemos dejar un espacio de reflexión individual de 15 o 20 minutos.
5. Transcurrido el tiempo de reflexión personal, se reanuda la comunicación con el adolescente, haciéndolo partícipe del análisis acerca de su modo de percibir y reflexionar sobre la actividad recientemente ejecutada, intentando la eliminación de las conductas de riesgo y la elaboración de actitudes y conductas favorecedoras de su crecimiento personal.

Ej. conducta de riesgo: realizar dietas innecesarias.

1. A través del registro conductual, identificamos juicios, valoraciones y emociones relacionadas con los valores y contenidos importantes de la vida, concretamente, el culto al cuerpo versus valor emocional, ético, profesional o social como individuo.
2. Se realiza una de entre las numerosas actividades que se proponen en el programa para provocar la implicación emocional del adolescente, por ejemplo: el educador junto al adolescente, escucharán, una canción cuyo contenido sea de corte existencial, cantarla juntos guiados por el texto e instar al adolescente a reflexionar sobre su contenido más profundo, para después vincularlo a sus propios valores o objetivos en la vida.

3. Si el tipo de actividad seleccionada es de carácter individual, transcurrido los 15 o 20 minutos de trabajo individual, se da inicio al dialogo educativo. El educador tendrá que identificar, con la activa participación del adolescente, qué se propone en la vida o al menos los aspectos de mayor relevancia personal.
4. Se reforzarán los contenidos positivos y desarrolladores en confrontación con los negativos, entendiendo estos últimos como las ideas y emociones que sirven de base argumental para perseverar en la realización de dietas innecesarias, que es el ejemplo que nos ocupa.
5. Se activará la reflexión en relación con estas ideas y estados emocionales y la conducta de riesgo de perseverar en la realización de las dietas, apoyándonos en todo momento en la necesidad de autonomía, de independencia y de reafirmación personal que se desarrolla en la adolescencia.
6. Elaboración o definición por parte del adolescente de 2 o 3 nuevas conductas sustitutas de las existentes con anterioridad.

### 3.6.6 Conclusiones y Reflexiones finales sobre nuestra propuesta del Sistema de Vigilancia e Intervención Precoz en Riesgo de Trastorno de la Conducta Alimentaria.

La elaboración de esta propuesta, ha tenido como principal finalidad, proporcionar una herramienta de trabajo, a las instituciones y profesionales, que desde dentro de cada comunidad, desean actuar, intervenir e implicarse seriamente en la lucha por detener la cada vez más creciente tendencia al aumento de los Trastornos de la conducta alimentaria.

Concedores de la necesidad de identificar y trabajar con los grupos más vulnerables, de la forma más eficiente y económica posible, se detallan los procedimientos necesarios para, partiendo de una evaluación poblacional, centrar los esfuerzos en los que más los necesitan.

Esta propuesta, la consideramos resultado de la sistematización y estructuración del trabajo de un elevado número de investigadores, tanto del ámbito de la Comunidad

Económica Europea, como de trabajos y recomendaciones de un gran número de profesionales españoles, catalanes, algunos situados en las Universidades y otros que realizaron sus aportaciones a partir de su colaboración con diferentes órganos del gobierno y desde el seno mismo de la comunidad.

Hemos considerado un paso necesario, la sistematización de todas esas ideas en una propuesta concreta y lista para su ejecución inmediata, tal y como lo demandan la comunidad educativa, las autoridades políticas, sanitarias, las familias y la sociedad en su conjunto.

Consideramos que la correcta aplicación de los procedimientos metodológicos que se detallan en esta propuesta, asegura, un nivel de impacto en la comunidad. Su carácter sistémico, dado por la estrecha interrelación entre sus diferentes ámbitos, etapas y procedimientos, aseguran un efecto global en la comunidad, muy especialmente en los beneficiarios del programa.

Reiteramos la importancia de atender al principio de evaluación de todo el sistema y en particular del programa, no solo, por el impacto, que tendrá sobre la reducción del riesgo de Trastorno de la Conducta Alimentaria, sino además, por los cambios experimentados por el adolescente, en la elaboración de su auto-concepto, las habilidades sociales y los juicios críticos frente a la influencia mediática.

Gran número de investigadores (tal y como se expone en la Fundamentación teórica de este trabajo) consideran como elementos ineludibles para la reducción del riesgo de Trastorno de la Conducta Alimentaria muchos de los aspectos incluidos en nuestra propuesta. Es por ello que la elaboración y futura ejecución de este programa, es también un reconocimiento a las ideas consensuadas por la comunidad científica a este respecto, poniéndolas de modo estructurado y sistémico al servicio de la comunidad, en la lucha para detener el acelerado incremento de los Trastornos de la Conducta Alimentaria en nuestra población adolescente.

## 4. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

### 4.1- CONCLUSIONES GENERALES

1º Los dos grupos poblacionales estudiados, conformados por adolescentes supuestamente sanos residentes en diferentes zonas de Catalunya, muestran un porcentaje de riesgo de Trastorno de la Conducta Alimentaria entre un 23 y un 29 %.

2º En uno de los estudios pudo observarse una marcada mayoría de chicas dentro de los grupos en riesgo de Trastorno de la Conducta Alimentaria, sin embargo, en el otro subgrupo poblacional, ya comienza a observarse un marcado incremento del número de chicos en peligro de contraer el trastorno.

3º Los niveles más altos de competencia emocional parecen mostrarse como elementos protectores del riesgo de TCA, haciendo menos probable además, la propia estructuración de este trastorno. Los componentes generales del Estado afectivo, en especial un estado afectivo negativo y los componentes de la Gestión del estrés, específicamente la falta de competencia para hacer frente a situaciones potencialmente estresantes, constituyen los aspectos socio-emocionales más fuertemente relacionados con la condición de riesgo de Trastorno de Conducta Alimentaria.

4º Los problemas en la formación del auto-concepto, su inadecuación en relación con la etapa del desarrollo, se asocian con el riesgo de TCA y con el Índice operacional de estructuración del trastorno alimentario.

5º El grupo de adolescentes en riesgo de sufrir TCA, tiene niveles significativamente superiores en todas las dimensiones psicopatológicas. Los análisis de regresión indican que el 32.3% de la variabilidad del riesgo de TCA, es explicado por las diferentes dimensiones psicopatológicas del test SCLD. También las variaciones en el índice de estructuración del trastorno alimentario, puede ser explicado por la presencia de tales síntomas, solo que en un 25 %. Los componentes que fundamentalmente contribuyen a explicar el riesgo de Trastorno de Conducta Alimentaria son: la ansiedad fóbica y la

sensibilidad interpersonal (en sentido positivo) y de forma casi significativa y también en sentido positivo, la somatización y la depresión (en sentido negativo).

8º Estamos frente a un fenómeno de carácter multifactorial, por lo que el análisis de los diferentes aspectos, deberá realizarse dentro del contexto de la multi-causalidad que envuelve estos trastornos. Es de gran importancia para el avance en este terreno de investigación, mantener este enfoque dinámico e integrador para su adecuada comprensión.

## **4.2- RECOMENDACIONES GENERALES**

1º Consideramos necesaria la creación de protocolos de colaboración entre las Universidades y las estructuras de la Administración Pública, enclavadas en la comunidad, que permitan, la realización de pesquisajes masivos para identificar y trabajar con los grupos en riesgo de Trastorno de la Conducta Alimentaria.

2º Se deberá profundizar en el conocimiento de las competencias socioemocionales de los grupos en riesgo de Trastorno de la Conducta Alimentaria, en especial el auto-concepto, del que se precisa conocer no solo su nivel de adecuación, sino además, sus contenidos esenciales, su grado de estructuración y el modo en que se encuentra regulando la conducta.

3º Resulta necesario establecer, el modo en el que, se relacionan diferentes manifestaciones psicopatológicas, dentro del proceso de transito de la condición de riesgo a padecer el Trastorno de la Conducta Alimentaria.

4º Los Departamentos de Sanidad de las instituciones públicas enclavadas en la comunidad, deberán conocer los porcentajes de adolescentes en riesgo de Trastorno de la Conducta Alimentaria de la población adolescente que reside en ella.

5º Cualquier proyecto comunitario, dirigido a prevenir los Trastornos de la conducta alimentaria, deberá contemplar la participación de otras instituciones y empresas, situadas dentro de la comunidad, cuya función o servicios, resulten compatibles con los estilos de vida saludables y desfavorecedores de la aparición del trastorno.

6º Dado el fuerte impacto de la influencia mediática en los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) deberá ser atendido cuanto antes, el reto político, profesional, educativo y humano de conseguir poner el arrollador y potente trabajo de los profesionales de la publicidad al servicio de los intereses de salud.

### **4.3- GENERAL CONCLUSIONS**

**1<sup>st</sup>**- The two population groups studied, formed by supposedly healthy adolescents living in different areas of Catalunya, show a risk percentage of eating behaviour disorder between 23 and 29%.

**2<sup>nd</sup>**- In one of the studies was observed a marked majority of girls within the groups in risk of Eating Behavior Disorders, however in the other population subgroup it begins to be observed a marked increase in the number of boys at risk from the disorder.

**3<sup>rd</sup>**- Higher levels of emotional competencies seem to function as protective elements of the risk of ED, making also less likely the very structuring of this disorder. General components of affective state especially a negative affective state, and stress management components specifically the lack of competence to deal with potentially stressful situations, are the socio-emotional aspects more strongly related to risk status eating disorder.

**4<sup>th</sup>**- Problems in forming the self-concept and its inadequacy in relation to the stage of development are associated with ED risk and with the operational structuring index of the eating disorder.

**5<sup>th</sup>**- The group of adolescents at risk for ED have significantly higher levels in all psychopathological dimensions. Regression analyzes indicate that 32.3% of the variability in risk of ED is explained by the different psychopathological dimensions of test SCLD. Also variations in the structuration index of the eating disorder can be explained by the presence of such symptoms, but only a 25%. The components that mainly contribute to explain the risk of eating disorder are: phobic anxiety and interpersonal sensitivity (in a positive sense) and almost significant and in a positive sense, somatization and depression (in the negative).

**6<sup>th</sup>**- We are facing a multifactorial phenomenon so the analysis of different aspects must be done within the context of the multi-causality involving these disorders. It is of great

importance for advancing research in this area to maintain this dynamic and inclusive approach for proper understanding.

## 5. REFERENCIAS

Acosta, M., Díaz, C., Gómez, B., Núñez, A. y Ortiz-Hernández, L. (2006). Percepción de la imagen corporal, consumo de alimentos y actividad física en estudiantes de un colegio de bachilleres. *Revista Española de Nutrición Comunitaria*, 12(3), 161-171.

Acosta, E., Dueso, C., Ceinos, M. (2002). Anorexia y bulimia: necesidad de diferenciar la prevención primaria de la detección precoz en el contexto de la educación para la salud en los centros de enseñanza. 3º Congreso Virtual de Psiquiatría. [www.psiquiatría.com/interpsiquis](http://www.psiquiatría.com/interpsiquis).

Adair, C. E., McVey, G., de Groot, J., McLaren, L., Gray-Donald K., Plotnikoff, R., Marcoux, G. y Linder, J. (2008). Obesity and eating disorders: Seeking common ground to promote health. A National meeting of researchers, practitioners, and policy makers Final Discussion Document. Calgary, Alberta, Canadá. Disponible en: [www.obesityandeatingdisordersymposium.ca/downloads/OBED%20Symposium%20Discussion%20Document.pdf](http://www.obesityandeatingdisordersymposium.ca/downloads/OBED%20Symposium%20Discussion%20Document.pdf).

Agencia española de Seguridad y Nutrición del Ministerio de Sanidad y Política Social (2005). Estrategia NAOS. Invertir la tendencia de la obesidad. Estrategia para la Nutrición, Actividad Física y Prevención de la Obesidad. AESA, Ministerio de Sanidad y Política Social: Madrid. Disponible en [www.naos.aesan.Msp.es/naos/ficheros/estrategia/estrategianaos.pdf](http://www.naos.aesan.Msp.es/naos/ficheros/estrategia/estrategianaos.pdf).

Ahern, Amy L., Bennett, Kate M., Hetherington, Marion M. (2008). Internalization of the Ultra-Thin Ideal: Positive Implicit Associations with Underweight Fashion Models are Associated with Drive for Thinness in Young Women. *Journal of Eating Disorders*, (16): 294–307.

Ahrén-Moonga, J., Holmgren, S., Knorring, L. & Klinteberg, B. (2008). Personality traits and self-injurious behaviour in patients with eating disorders. *European Eating Disorders Review* (16): 268–275.

Aila Gustafsson, S., Edlund, B., Kjellin, L. and Norring, C. (2008), Personal standards, self-evaluation and perceived benefits of thinness in girls and young women with disturbed eating. *European Eating Disorders Review*, (16): 463–471.

American Dietetic Association (2006). Position of the American Dietetic Association: individual-, family-, school-, and community-based interventions for pediatric overweight. *Journal of the American Dietetic Association*, 106, 925-945.

American Psychiatric Association (2002). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (4ª ed., texto revisado; DSM-IV-TR). Barcelona: Masson

American Psychological Association (2008a). Written Statement from the American Psychological Association for the Senate Committee on Health, Education, Labor, & Pensions Subcommittee on Children and Families on Childhood Obesity: The Declining Health of America's Next Generation. July 23, 2008. Disponible en: [www.apa.org/about/gr/pi/advocacy/2008/child-obesity.pdf](http://www.apa.org/about/gr/pi/advocacy/2008/child-obesity.pdf).

American Psychological Association (2008b). *APA Government Relations, Public Interest Policy: Eating Disorders and Obesity Prevention Advocacy Activities*. Se encuentra disponible en: [www.apa.org/about/gr/pi/advocacy/2008/eating-disorders.aspx](http://www.apa.org/about/gr/pi/advocacy/2008/eating-disorders.aspx).

Anestis, M. D., Peterson, C. B., Bardone-Cone, A. M., Klein, M. H., Mitchell, J. E., Crosby, R. D., Wonderlich, S. A., Crow, S. J., le Grange, D. and Joiner, T. E. (2009), Affective lability and impulsivity in a clinical sample of women with bulimia nervosa: The role of affect in severely dysregulated behavior. *International Journal of Eating Disorders* (42): 259–266.

Bachar, E., Gur, E., Canetti, L., Berry, E. and Stein, D. (2010). Selflessness and perfectionism as predictors of pathological eating attitudes and disorders: A longitudinal study. *European Eating Disorders Review* (18:) 496–506.

Baile, J.I.; Garrido, E. (1998-1999) Hiperactividad en Anorexia Nerviosa. Revisión Huarte de San Juan. *Psicología* (4-5): 149-158.

Bardone-Cone, A. M., Harney, M. B., Maldonado, C. R., Lawson, M., Robinson, D. P., Smith, R. y Tosh, A. (2010). Defining recovery from an eating disorder: Conceptualization, validation and examination of psychosocial functioning and psychiatric comorbidity. *Behaviour Research and Therapy*, 48 (3): 194-202.

Bar-On, R. y Parker, J.D.A. (2000). *The Handbook of Emotional Intelligence. Theory, Development, Assessment, and Application at Home, School, and in the Workplace*. San Francisco, CA: Jossey-Bass.

Bar-On, R. (1997) *The emotional quotient inventory (EQ-i): A test of emotional intelligence*. Toronto, Multi-Health Systems Inc.

Bar-On, R. (2000). Emotional and social intelligence: insights from the emotional quotient inventory. In R. Bar-On & J.D.A. Parker (eds.): *Handbook of Emotional Intelligence* (pp. 363-388).

Bar-On, R. (2006). The Bar-On model of emotional-social intelligence (ESI). *Psicothema, supl., (18): 13-25*.

Bell, B. T., Lawton, R. y Dittmar, H. (2007) The impact of thin models in music videos on adolescent girls' body dissatisfaction. *Body Image (4) 137-145*.

Belloch, A., Sandín. B. y Ramos, F. (2008). *Manual de psicopatología*. Madrid: McGraw-Hill.

Berg, K. C., Frazier, P. e Iser, L. (2009). Change attitudes and behavior of eating disorder in college women: prevalence and predictors. *Eating Behaviors, 10 (3): 137-142*.

Behar R., (2010) Quince años de investigación en Trastornos de la Conducta Alimentaria. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatria 48 (2): 135-146*

Birch, L. L. y Fisher, J. O. (1998). Development of eating behaviors among children and adolescents. *Pediatrics, 8 (101): 539-549*.

Bodoque Martínez, José Luis; Fernández Gil, Patxi; Soler Ardanaz, M<sup>a</sup> José; Urizar Calvo Fernando (1998) *El mundo de Momo. Material para el fomento de comportamientos cívicos y la elección responsable de valores, hábitos y formas de vida que favorezcan el desarrollo integral de las personas. Materiales Didácticos para la A.E.O.(1.er ciclo de E.S.O.)*. Editado por Departamento de Educación y Cultura del Gobierno de Navarra. Estafeta, 60-62 2.º Teléfono 22 58 07 e-mail pretexto@mail.sendanet.es Imprime: Gráficas Ona. I.S.B.N.: 84-235-1695-4. D.L.: 469/1998 comprende 6 unidades didácticas y está destinado a alumnos de 1er ciclo de la ESO. Formato: PDF.

BodyWise and BodyWorks (2005). *Eating Disorders and Obesity: How Are They Related? U.S. Department of Health and Human Services Office on Women's Health*. Disponible en: [www.4woman.gov/bodyimage/kids/bodyworks/CompanionPiece.pdf](http://www.4woman.gov/bodyimage/kids/bodyworks/CompanionPiece.pdf).

Borda, M., Torres, I. y Del Río, C. (2008). Dysthymia in anorexia nervosa and bulimia nervosa. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 8, 65-75.

Borda M., Avargues, M.L., López, A.M., et.al, (2011). Personality traits and eating disorders: Mediating effects of self-esteem and perfectionism. *International Journal Of Clinical And Health Psychology*. (2): 205-227.

Bleich, S., Cutler, D., Murray, C. y Adams, A. (2007). Why is the developed world obese? *National Bureau of Economic Research. Working Paper, N° 12954*.

Blodgett, E., Gondoli, M., Corning, A., Bucchianeri, M., Godinez, N. (2009). Longitudinal examination of maternal psychological control and adolescents' self-competence as predictors of bulimic symptoms among boys and girls. *International Journal of Eating Disorders* ( 42): 422-428.

Brackett, M.A. & Salovey, P. (2006). Measuring emotional intelligence with the Mayer-Salovey-Caruso Emotional Intelligence Test (MSCEIT). *Psicothema* supl., (18): 34-41.

Büyükgöze-Kavas, A. (2007). Eating Attitudes and Depresión in a Turkish Sample. *European Eating Disorders Review*, 15, 305–310.

Cahill, S. y Mussap, A. J. (2007). Emotional reactions following exposure to idealized bodies predict unhealthy changes in attitudes and behaviours of men and women body. *Journal of Psychosomatic Research*, 62(6): 631-639.

Calado, M., Lameiras, M., Sepulveda, A. R., Rodríguez, Y. and Carrera, M. V. (2010). The mass media exposure and disordered eating behaviours in spanish secondary students. *European Eating Disorders Review* (18): 417–427.

Calero-Elvira, A., Krug, I., Davis, K., López, C., Fernández-Aranda, F., Treasure, J. (2009) Meta-analysis on drugs in people with eating disorders. *European Eating Disorders Review* (17): 243–259.

Calvo Sagardoy, R. (1992) Problemas de ansiedad en los trastornos de la alimentación: Tratamiento cognitivo conductual en grupo en anorexia nerviosa. Análisis y Modificación de Conducta 18 (57): 37-52.

Carter, F. A. y Bulik, C. M. (2008). Childhood obesity prevention programs: How do they affect eating pathology and other psychological measures? *Psychosomatic Medicine*, (70): 363–371.

Carretero, A., Sánchez, L., Rusiñol, J., Raich, R.M. and Sánchez, D. (2009). Relevancia de factores de riesgo, psicopatología alimentaria, insatisfacción corporal y funcionamiento psicológico en pacientes con TCA. *Revista de Psicología clínica y salud*, (20): 145-157.

Carta, I., Zappa, L. E., Garghentini, G. y Caslini, M. (2008). Body image: A preliminary study of the administration of the Body Uneasiness Test (BUT) to investigate specific features of eating disorders, anxiety, depression, and obesity. *Giornale Italiano di Psicopatologia*, 14(1): 23-28.

Casas, R. (2011) Entrevista a Rafael Casas, Director Científico de la Fundación Thao. “La Psicología es fundamental para promover los cambios de actitudes y comportamientos.” *Infocop* Nº 52. Marzo-Mayo 2011.

Castanyer, O. (2002): *La asertividad: expresión de una sana autoestima*. Bilbao: Desclée de Brouwer.

Castillo Mayén, R.; Jiménez Melero, M. D.; Cuadrado Navarrete, V.; Moga Paredes, G.; Ortiz Padilla, S.; Garrancho Segura, M D.; García León, A.; Muela Martínez, J.A.; y Salido Mota, R. (2002). Conceptualización de la personalidad resistente y su relación con las estrategias de afrontamiento. II Simposio de la Asociación de Motivación y Emoción, celebrado en Salamanca (Spain) los días 25, 26 y 27 de abril de 2002. *Revista Electrónica de Motivación y Emoción Vol 5, Nº 10*.

Castro, J., Toro, J., Salamero, M. y Guimerá, E. (1991). The Eating Attitudes Test: validation of the Spanish versión. *Psychological Assessment (7)*: 175-190.

Cervera, M. (1996). *Riesgo y prevención de la anorexia y la bulimia*. Barcelona. Martínez Roca.

Cervera-Enguix, S., Quintanilla, B. (1991-1992) Anorexia Nerviosa: Manifestaciones psicopatológicas fundamentales. *Comunicación Psiquiátrica (17)*: 143-161.

Chávez, E y Yturralde, E, (2006): *Estado Mental*. BuenasTareas.com. Disponible en Wikipedia

Chinchilla, A., (2003) *Trastornos de la conducta alimentaria. Anorexia y Bulimia Nerviosas, Obesidad y Atracones*. Ed Masson. Barcelona.

Costa, E. y López, E. (1991): *Manual para el educador social*. Madrid: Ministerio de Asuntos sociales.

Collins, V.L. (2001). *Emotional intelligence and leadership success*. Unpublished Doctoral Dissertation, University of Nebraska, Lincoln, NE.

Crane AM., Roberts ME., Treasure J. (2007). Are Obsessive-Compulsive Personality Traits Associated with a Poor Outcome in Anorexia Nervosa? A Systematic Review of Randomized Controlled Trials and Naturalistic Outcome Studies. *International Journal of Eating Disorders(40)*: 581–588.

Crisp, A., Gowers, S., Joughin, N., McClelland, L., Rooney, B., Nielsen, S., Bowyer, C., Halek, C. and Hartman, D. (2006). Anorexia Nervosa in Males: Similarities and Differences to Anorexia Nervosa in Females. *European Eating Disorders Review* (14): 163–167.

Cunha, A.I., Relvas, A.P. y Soares, I. (2009). Anorexia nervosa and family relationships: Perceived family functioning, coping strategies, beliefs, and attachment to parents and peers. *International Journal of Clinical and Health Psychology* (9): 229-240.

Czaja, J., Rief, W., Hilbert, A. (2009). Emotion regulation and binge eating in children. *International Journal of Eating Disorders* (42): 356-362.

Davey, G.C.L. y Chapman, L. (2009). Disgust and eating disorder symptomatology in a non-clinical population: The role of trait anxiety and anxiety sensitivity. *Clinical Psychology and Psychotherapy* (16): 268-275.

Day, J., Ternouth, A. y Collier, D. A. (2009). Eating disorders and obesity: two sides of the same coin? *Epidemiologia e Psichiatria Sociale*(18): 96-100.

Delors, J. (1996). La Educación encierra un tesoro. Madrid: Santillana.

De Sousa, S. M. (2008). Body image and obesity in adolescence: a comparative study of the socio-demographic, psychological and behavioral problems. *Spanish Journal of Psychology*, 11(2): 551-563.

Derogatis, L.R. (1983). Cuestionario de 90 síntomas SCL-90-R. Administration Scoring and procedures manual. 2ª Edition. Baltimore. *Editorial Clinical Psychometric Research*.

Díaz Benavente, M; Rodríguez Morilla, F; Martín Leal, C; Hiruela Benjumea, M.V. (2003). Risk Factors Related With Eating Disorders in a Community of Adolescents. *Atención Primaria*. (32): 403-407.

Diario Digital 20 minutos el 22 de Octubre de 2008, Fernández, D., afirmaba: "La Policía ficha 150 Webs "pro anorexia"

Diario 20 Minutos.es 10.07.2011 - 09.26h afirmaba: Según datos del Instituto de Trastornos Alimentarios (ITA) la incidencia de los trastornos de conducta alimentaria afecta al 6% de la población.

Domínguez Carmona M. (1998) Concepto de Salud y Enfermedad en el libro de Piedrota G. *Medicina Preventiva y Salud Pública*. España. Salvat Editores, S.A. 15-31

Dorian, L. y Garfinkel, P. E. (2002). Culture and body image in Western society. *Culture and Body Image in Western Culture, 7(1), 1-19.*

Downs, D. S., DiNallo, J. M., Savage, J. S. y Davison, K. K. (2007). Determinants of the attitudes of food among overweight adolescents and overweight. *Journal Adolescence Health, 41(2): 138-145.*

Eidem, B., Cetta, F., Webb, J., Graham, L., (2001). Early detection of cardiac dysfunction: Use of the myocardial performance index in patients with anorexia nervosa. *Journal of Adolescent Health Vol. 29 (4): 267-270.*

Ekman, Paul, *Holt, Henry & Co.*, Emotions Revealed, 2003, New York.

Estévez-Santiago, R., Martínez-Galdeano, L., Beltrán de Miguel, B., Ávila-Torres, J. M., Cuadrado, C., Ruiz-Moreno, E. y Casas, R. (2010). Prevalencia de sobrepeso y obesidad en los participantes en el programa nacional Thao-salud infantil. I Congreso de la Federación Española de Sociedades de Nutrición, Alimentación y dietética / FESNAD. Hacia una alimentación responsable. 3-5 Marzo de 2010, Barcelona.

Esturgo-Deu, M.E.; Sala-Roca, J. (2010). Disruptive behaviour of students in primary education and emotional intelligence. *Teaching and Teacher Education, Volume (26): 830-837.*

Etxebarria, I., Apodaca, P., Eceiza, A., Fuentes M.J. y Ortiz, M.J. (2003) Diferencias de género en emociones y en conducta social en la edad escolar. *Infancia y Aprendizaje, 26 (2): 147-161.*

Extremera, N., Fernández-Berrocal, P., Salovey, P. (2006). Spanish version of the Mayer-Salovey-Caruso Emotional Intelligence Test (MSCEIT). Version 2.0: reliabilities, age and gender differences. *Psicothema* (18): 42-48.

Fairburn, C. G., Welch, S. L., Doll, H. A., Davies, B. A. y O'Connor, M. E. (1997). Risk factors for bulimia nervosa: a community-based case control study. *Archives of General Psychiatry*, 54(6), 509–517.

Faya M., Martínez C., (2011) Programa de Hospital de Día (tarde) para adolescentes con anorexia nerviosa. Interpsiquis. *Comunicación al 12º Congreso Virtual de Psiquiatría y Neurociencias*.

Fernández, F., Ayats, N., Jiménez, S., Saldaña, C., Turón, J.V., Vallejo, J. (1997) Entrenamiento en habilidades conversacionales en un grupo ambulatorio de pacientes anoréxicas. Un diseño de líneas de base múltiple. *Análisis y Modificación de Conducta* 23 (87): 5-22.

Fening, S. y Hadas, A. (2010). Suicidal behavior and depression in adolescents with eating disorders. *Journal of Psychiatry*, 64(1), 32-39.

Fernández-Berrocal, P and Extremera, N. (2006). Emotional intelligence and emotional reactivity and recovery in laboratory context. *Psicothema* 2006. Vol. 18, supl., pp. 72-78.

Fernández-Berrocal, P and Extremera, N (2006) Special issue on emotional intelligence: An overview. *Psicothema* 2006. Vol. 18, supl., pp. 1-6.

Fernández-Berrocal, P and Extremera, N (2006) Emotional intelligence: A theoretical and empirical review of its first 15 years of history. *Psicothema* Vol. 18, supl., pp. 7-12.

Field, A.E., Austin, S.B., Taylor, C.B., Malspeis, S., Rosner, B., Rockett, H.R., Millman, M.W. y Colditz, G.A. (2003). Relation between dieting and weight change among preadolescents and adolescents. *Pediatrics*, 112(4), 900–906.

Fingeret, M. C., Warren, C. S., Cepeda-Benito, A. y Gleaves, D. H. (2006). Eating disorder prevention research: a meta-analysis. *Eating Disorders*, 14, 191–213.

Finzi-Dottan, R., Zubery, E. (2009) The Role of Depression and Anxiety in Impulsive and Obsessive-Compulsive Behaviors Among Anorexic and Bulimic Patients. *International Journal of Eating Disorders*, 17, 162–182.

Fisher, J. O. y Birch, L. L. (1999). Restricting access to palatable foods affects children's behavioral response, food selection, and intake. *American Journal of Clinical Nutrition*, 69, 1264–1272.

Fletcher, B.C, Kupshik ,G.A, Uprichard, S., Shah, S., Nash, A.S. (2008). Eating disorders and concurrent psychopathology: a reconceptualisation of clinical need through Rasch analysis. *European Eating Disorders Review*, 16, 191-198.

Fox, A. P. and Leung, N. (2009) Existential well-being in younger and older people with anorexia nervosa—a preliminary investigation. *European Eating Disorders Review*, 17: 24–30. doi: 10.1002/erv.895.

Fox JR., Power MJ. (2009). Eating disorders and multi-level models of emotion: An integrated model. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 16, 240-267.

Furnham, A. and Calnan, A. (1998). Eating disturbance, self-esteem, reasons for exercising and body weight dissatisfaction in adolescent males. *European Eating Disorders Review*, 6: 58–72.

Gallegos Díaz Juan Jesús. (2008). Factores de riesgo para el consumo de drogas. Tesis doctoral enero de 2008. [http://www.psiquiatria.com/documentos/psiq\\_general\\_y\\_otras\\_areas/otras\\_areas/tesis/7071](http://www.psiquiatria.com/documentos/psiq_general_y_otras_areas/otras_areas/tesis/7071).

Gandarillas, A. y Febrel, C. (2000). Encuesta de prevalencia de trastornos del comportamiento alimentario en adolescentes escolarizados de la Comunidad de Madrid. Dirección General de Salud Pública. Consejería de Sanidad. Comunidad de Madrid. *Documentos Técnicos de Salud Pública*.

Garner, D.M. y Garfinkel, P.E. (1979). The Eating Attitudes Test: an index of the symptoms of anorexia nervosa. *Psychological Medicine*, 9, 273-279.

Gómez, J. A., García, M. y Corral, L. P. (2009). *Convivir con los Trastornos de la Conducta Alimentaria: Anorexia, Bulimia y Trastorno por atracón*. Madrid: Médica Panamericana.

Gonzalo, D. (2001) El cuerpo anoréxico. *Archivos de Psiquiatría* 64. (1): 21-36.

González de la Rivera J.L., De Las Cuevas C., Rodriguez M., Rodriguez F. (2002). *Cuestionario de 90 Síntomas SCL-90 de Derogatis, L. Adaptación Española*. TEA, Madrid.

Gentile, K., Raghavan, C., Rajah V., Gates, K. (2007). It Doesn't Happen Here: Eating Disorders in an Ethnically Diverse Sample of Economically Disadvantaged, Urban College Students. *International Journal of Eating Disorders*, 15, 405-425.

Gerner, B., Wilson PH. (2005). The relationship between friendship factors and adolescent girls' body image concern, body dissatisfaction, and restrained eating. *International Journal of Eating Disorders*, 37, 313-320.

Godart, N., Berthoz, S., Rein, Z., Perdereau, F., Lang, F., Venisse, JL., Halfon, O., Bizouard, P., Loas, G., Corcos, M., Jeammet, P., Flament, M., Curt, F. (2006). Does the Frequency of Anxiety and Depressive Disorders Differ Between Diagnostic Subtypes of Anorexia Nervosa and Bulimia? *International Journal of Eating Disorders*, 39, 772-778.

Godley, J., Tchanturia, K., Macleod, A., Schmidt, U., (2001). Future directed thinking in eating disorders. *British Journal of Clinical Psychology* Vol. 40 (3): 281-295.

Góngora, V.C., Casullo, M. M. (2008). Conductas y cogniciones relacionadas con los trastornos de la conducta alimentaria en estudiantes universitarios. *Revista Argentina de Psicología Clínica*, 17, 265-272.

Goossens, L., Braet, C., Van Vlierberghe, L., Mels, S. (2009). The role of anxiety, depression and emotional eating. *European Eating Disorders Review*, 17, 68-78.

González de Rivera, J. L y cols. (2002) Cuestionario de 90 síntomas SCL-90-R. Adaptación española. Madrid. *TEA Ediciones*.

Gowers, S., Edwards, V., Fleminger S., Massoubre, C., Wallin, U., Canalda, G., Starkova, L., Hannesdottir, H., Almquist, F., Aronen, P., Scholz, M., Hoerder, K., Skarderud, F., Boyadjieva, S. (2002) Treatment Aims and Philosophy in the Treatment of Adolescent Anorexia Nervosa in Europe. *Eur. Eat. Disorders Rev.* 10, 271–280.

Goleman, D. (1995). *Inteligencia emocional*. Barcelona: Kairós.

Goleman, D. (2001). Emotional intelligence: issues in paradigm building. In Cherniss, C. & Goleman, D. (eds): *The emotionally intelligent workplace. How to select for, measure and improve emotional intelligence in individuals, groups and organizations* (pp. 13-26). San Francisco: Jossey-Bass.

Goleman, D., Boyatzis, R., McKee, A. (2002). *Primal leadership: realizing the power of emotional intelligence*. Harvard Business School

Press: Boston.

Grabe S., Ward, L.M., Hyde, J.S. (2008). The rol of the media in body image concerns among women: A meta-analysis of experimental and correlational studies. *Psychological Bulletin*, 134 (3) 460-476

Green, M.A., Scott, N.A., Cross, S.E., Liao, K.Y., Hallengren, J.J., Davids, C.M., Carter, L.P., Kugler, D.W., Read, K.E., Jepson, A.J. (2009) Eating disorder behaviors and depression: a minimal relationship beyond social comparison, self-esteem, and body dissatisfaction. *Journal of Clinical Psychology*, 65, 989-999.

Grossbard, R., Lee M., Neighbors, C., Larimer, E, M. (2009)- Body Image Concerns and Contingent Self-Esteem and Female College Students. *Sex Roles* 60 198-207. DOI 10.1007/s 11199-008-9535.

Gandarillas, A. y Febrel, C. (2000). Encuesta de prevalencia de trastornos del comportamiento alimentario en adolescentes escolarizados de la Comunidad de Madrid. Madrid: Consejería de Sanidad.

Gil-Olarte, P., Palomera, R. and Brackett, M.A. (2006). Relating emotional intelligence to social competence and academic achievement in high school students. *Psicothema* Vol. 18, supl., pp. 118-123

Giménez, M; Quintanilla, L. (2009). Social "competence", emotional "competence": A proposal for early Childhood Education. *Infancia y Aprendizaje, Volume 32, Number 3, September 2009* , pp. 359-373(15)

Haines, J. y Neumark-Sztainer, D. (2006). Prevention of obesity and eating disorders: a consideration of shared risk factors. *Health education Research*, 21(6), 770-782.

Haines, J., Neumark-Sztainer, D., Perry, C. L., Hannan, P. J. y Levine, M. P. (2006). V.I.K. (Very Important Kids): a school-based program designed to reduce teasing and unhealthy weight-control behaviors. *Health Education Research. Theory and Practice*, 21(6): 884-895.

Hartmann, A., Zeeck, A. and Barrett, M. S. (2010), Interpersonal problems in eating disorders. *Int. J. Eat. Disord.*, 43: 619–627. doi: 10.1002/eat.20747

Harter, S., (1999) The constructions of the self. A developmental perspective. New York The Guilford Press

Herpertz Dahlmann, B. Mueller, B. ; Herpertz, S. ; Heussen, N. ; Hebebrand, J. ; Remschmidt, H.(2001) Prospective 10 years follow-up in adolescent anorexia nervosa: course, outcome, psychiatric comorbidity, and psychosocial adaptation. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines* Vol. 42 (5): 603-612.

Hill, A. J. (2007). Obesity and eating disorders. *Obesity reviews*, 8(1), 151-155.

Holt, K. E. y Ricciardelli, L. A. (2008). Weight concerns among elementary school children: A review of prevention programs. *Body Image*, 5, 233-243.

Ioannou, K. y Fox, J.R.E. (2009). Perception of threat from emotions and its role in poor emotional expression within eating pathology. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, (16): 339-347.

IFIIE: Instituto de Formación del Profesorado, Investigación e Innovación Educativa El tren de la salud. (2009) Madrid.

Irving, L. M. y Neumark-Sztainer, D. (2002). Integrating the prevention of eating disorders and obesity: Feasible or futile? *Preventive Medicine*, 34, 299-309.

Isomaa, R., Isomaa, A.-L., Marttunen, M., Kaltiala-Heino, R. and Björkqvist, K. (2009). The prevalence, incidence and development of eating disorders in Finnish adolescents—a two-step 3-year follow-up Study. *European Eating Disorders Review*, 17: 199–207. doi: 10.1002/erv.919

Isomaa, R., Isomaa, A.L, Marttunen, M., Kaltiala-Heino, R., Björkqvist, K. (2010). Psychological distress and risk for eating disorders in subgroups of dieters. *European Eating Disorders Review*, 18, 296–303.

Ishikawa, Y., Honjo, S. (1999) Assessment of Twenty Years of Treating Anorexia Nervosa at a Child Psychiatry Department. *Japanese Journal of Child and Adolescent Psychiatry* (40) 444-451.

Jiménez, S., Raich, R. M. (2002) Trastorno obsesivo-compulsivo y trastornos de la alimentación: Estudio comparativo de casos. Tesina de Licenciatura. Facultad de Psicología. Universidad Autónoma de Barcelona.

Jimenez, S., (2008) Espectro obsesivo compulsivo correlatos clínicos y eficacia del Tratamiento Cognitivo Conductual. Tesis Doctoral del Departamento de Psiquiatría y Medicina Legal del Ciclo de Doctorado Psiquiatría y Psicología Clínica.

Jiménez, B.E., Silva, C. (2010). Risk for eating disorders, anxiety, depression and other emotions related to publicity images exposure. *Anales de Psicología*, 26, 11-17.

Jimerson, S., Pavelski, R. (2000). The school psychologist's primer on anorexia nervosa: A review of research regarding epidemiology, etiology, assessment, and treatment. *California School Psychologist*, 5(1), 65-77.

Johnson, F. y Wardle, J. (2005). Dietary restraint, body dissatisfaction, and psychological distress: a prospective analysis. *Journal of Abnormal Psychology*, 114(1), 119-125.

Kaluski, D.N., Natamba, B.K., Goldsmith, R., Shimony, T., Berry, E.M. (2008). Determinants of Disordered Eating Behaviors among Israeli Adolescent Girls. *International Journal of Eating Disorders*, (16): 146-159.

Katan, M. B. (2009). Weight-loss diets for the prevention and treatment of obesity. *New England Journal of Medicine*, 360(9), 923-925.

Katsounari, I. (2009), Self-esteem, depression and eating disordered attitudes: A cross-cultural comparison between Cypriot and British young women. *European Eating Disorders Review*, 17: 455–461. doi: 10.1002/erv.946.

Keel, P. K. and Brown, T. A. (2010), Update on course and outcome in eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 43: 195–204. doi: 10.1002/eat.20810

Kobasa S.C., Maddi, S.R., Kahn (1993): Hardiness and Health: A prospective study: Clarification. *Journal of Personality and Social Psychology* 65 (1), 207.

Kortabarria, L., Maganto, C., Iriondo, G. y Macias, A. (2010). Obesidad y emociones positivas y negativas. Comunicación presentada al VII Congreso Iberoamericano de Psicología. Oviedo: Libro de Abstract.

Lavender, J. M. and Anderson, D. A. (2010). Contribution of emotion regulation difficulties to disordered eating and body dissatisfaction in college men. *International Journal of Eating Disorders*, 43: 352–357. doi: 10.1002/eat.20705.

Lázaro L., Font E., Moreno E., Calvo R., Vila M., Andrés-Perpiñá S., Canalda G., Martínez E., Castro-Fornieles J. (2010). Effectiveness of self-esteem and social skills group

therapy in adolescent eating disorder patients attending a day hospital treatment programme. *Eur Eat Disord Rev.* (27) 10/; DOI: 10.1002/erv.1054.

Levine, M. P. y Smolak, L. (2006). *The prevention of eating problems and eating disorders: Theory, research, and practice*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.

López-Guimerà, G. (2010). What Do Transdisciplinary Approaches Bring to the Integrated Prevention of Obesity and Disordered Eating? (Special Interest Group –SIG- Discussion Panel; Austin, B., Levine, M.P., López-Guimerà, G., Piran, N., Wimmer-Puchinger, B.). Comunicación invitada. *2010 International Conference on Eating Disorders*. Organizado por la Academy for Eating Disorders (AED). Salzburg (Austria), 11 de Julio de 2010. Citado en la *Revista del Colegio Oficial de Psicólogos de Catalunya*. Nº 52 de Marzo-Mayo 2011.

López –Guimerá. G y Sánchez- Carracedo. D. (2010). *Prevención de las alteraciones alimentarias. Fundamentos teóricos y recursos prácticos*. Madrid: Pirámide.

Luna, I., (2007). Los mártires de la belleza: Suicidio y psicopatología asociada a la imagen corporal. *Intersalud. Interpsiquis 2007. 8º Congreso Virtual de Psiquiatría*

Maganto, C. y Cruz, S. (2002). La insatisfacción corporal como variable explicativa de los trastornos alimenticios. *Revista de Psicología*, 20(2):197-223.

Maganto, C. y Cruz, S. (2008). *TSA. Test de Siluetas para Adolescentes*. Madrid: TEA Ediciones.

Maganto, C., Cruz, S. y Etxebarria, A. (2003). Autoconcepto negativo y alteraciones de la conducta alimentaria en adolescentes. *Interpsiquis*, 1-5.

Maganto, C., Garaigordobil, M. y Maganto, J. M. (2010). *Obesidad y dietas en adolescentes y jóvenes*. Comunicación presentada al VII Congreso Iberoamericano de Psicología Oviedo: Libro de Abstract.

Martínez, M.A., Gual, P., Lahortiga F., Alonso Y., de Irala-Estevez, J., Cervera, S. (2003). Parental factors, mass media influences, and the onset of Eating Disorders in a prospective population-based cohort. *Pediatrics* 111 (2): 315-320.

Martínez, G. (2009). En el último año la incidencia de la anorexia se multiplica por tres, la de la bulimia se duplica y la edad de inicio baja hasta los diez años. *Europa Press. Enero Intersalud. Psiquiatria.com*

Mancilla, J.M., Vilaclara, G. (1999). Dinámica familiar de jóvenes con sintomatología de trastorno alimentario: cohesión y adaptabilidad. *Revista Psicoterapia y Familia*, 14 (1): 56-68.

McLean, C.P., Miller, N.A., Hope, D.A. (2007). Mediating Social Anxiety and Disordered Eating: The Role of Expressive Suppression. *Eating Disorders* (15): 41-54.

McVey, G., Adair, E., de Groot, J., McLaren, L., Plotnikoff, R. y Gray-Donald K. (2007) Obesity and eating disorders: Seeking common ground to promote health. A National meeting of researchers, practitioners, and policy makers Final Report. Calgary, Alberta, Canadá. Disponible en: [www.obesityandeatingdisordersymposium.ca/downloads/OBED2007%20Final%20Report.pdf](http://www.obesityandeatingdisordersymposium.ca/downloads/OBED2007%20Final%20Report.pdf).

Moreno, M.E. (1999) El impacto de los factores socio-culturales en los trastornos alimentarios. *Información Psicológica* (70): 50-54.

Morgan, J.C., Wolfe, B.E., Metzger, E.D., Jimerson, D.C. (2007). Obsessive-Compulsive Characteristics in Women Who Have Recovered from Bulimia Nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 40, 381–385.

Mayer, J.D., DiPaolo, M.T., Salovey, P. (1990). Perceiving affective content in ambiguous visual stimuli: a component of emotional intelligence. *Journal of Personality Assessment*, 54, 772-781.

Mayer, J.D., Salovey, P. (1997). «What is emotional intelligence?» In P. Salovey & D. Sluyter (eds.): *Emotional development and emotional intelligence: implications for educators* (pp. 3-31). New York: Basic.

Morandé G., Celada, J., Casas J.J. (1999). Prevalence of eating disorders in a spanish school-age population. *J Adolesc Health* 24 (3): 212-219.

Morandé, G. (2006). Trabajo con la familia en el Hospital de Día de Trastornos Alimentarios en Adolescentes. 7º Congreso Virtual de Psiquiatría. *Interpsiquis Febrero 2006. Psiquiatria.com*

Morandé, G (2009). Valoración Familiar em Trastornos Alimentarios. 10º Congreso Virtual de Psiquiatria. *Revista Interpsiquis 1.*

Moreno, B., Garrosa, E. y González J.L. (2000). Personalidad. Resistente, Burnout y Salud. *Escritos de Psicología, (4): 64-77*

Musitu, G., García, F., Gutierrez M., (2001) AFA: Autoconcepto forma A. Test autoestima. ISSN/ISBN 84-7174-321-3. (4º edición) TEA Ediciones S.A. Madrid, España

Muñoz J. M., Ruiz, A., (2008). Nivel de autoestima y correlación con comportamientos de riesgo en alumnos de la Universidad de Almería. *Enfermería Clínica. 2008 Mar;18(2). VERSIÓN WEB: <http://www.psiquiatria.com/articulos/adicciones/drogas/36082/>*

National Institute for Clinical Excellence (NICE). (2006). Obesity: the prevention, identification, assessment and management of overweight and obesity in adults and children. Disponible en: [www.nice.org.uk/guidance/CG43](http://www.nice.org.uk/guidance/CG43).

Neumark-Sztainer, D. (2003). Obesity and eating disorder prevention: An integrated approach? *Adolescent Medicine, 14(1): 159-173.*

Neumark-Sztainer, D. (2005). Can we simultaneously work toward the prevention of obesity and eating disorders in children and adolescents? *International Journal of Eating Disorders* (38): 220-227.

Neumark-Sztainer, D. (2007). Addressing the spectrum of adolescent weight-related problems: engaging parents and communities. *The Prevention Researcher*, 14(3): 11-14.

Neumark-Sztainer, D. (2009). Preventing obesity and eating disorders in adolescents: what can health care providers do? *Journal of Adolescent Health* (44): 206–213.

Neumark-Sztainer, D., Friend, S. E., Flattum, C. F., Hannan, P. J., Story, M. T., Bauer, K. W., Feldman, S.B. y Petrich, C. A. (2010). New Moves— Preventing Weight-Related Problems in Adolescent Girls: A Group-Randomized Study. *American Journal of Preventive Medicine*(39): 421–432.

Neumark-Sztainer, D., Story, M., Hannan, P. J., Perry, C. L. e Irving, L. M. (2002). Weight-related concerns and behaviours among overweight and non-overweight adolescents: Implications for preventing weight-related disorders. *Archives of Pediatric Adolescent Medicine* (156): 171-178.

Neumark-Sztainer, D., Wall, M., Guo, J., Story, M., Haines, J. y Eisenberg, M. (2006). Obesity, disordered eating, and eating disorders in a longitudinal study of adolescents: how do dieters fare 5 years later? *Journal of the American Dietetic Association*, 106 (4): 559-568.

Neumark-Sztainer, D. R., Wall, M. M., Haines, J. I., Story, M. T., Sherwood, N. E. y Van den Berg, P. A. (2007). Shared risk and protective factors for overweight and disordered eating in adolescents. *American Journal of Preventive Medicine*, 33(5): 359-369.

Needham, B. L. y Crosnor, R. (2005). Overweight status and depressive symptoms during adolescents. *Journal of Adolescent Health*, 36(1), 48-55.

Neiderman, M., Farley, A., Richardson, J., Lask B., (2001) Nasogastric feeding in children and adolescents with eating disorders: toward good practice. *International Journal of Eating Disorders Vol. 29 (4): 441-448.*

Nilsson, K., Sundbom, E., Hägglöf, B. (2008) A longitudinal study of perfectionism in adolescent onset anorexia nervosa-restricting type. *European Eating Disorders Review, (16): 386-394.*

Ogden, J. (2003). *The Psychology of Eating from Healthy to Disordered Behaviour.* Blackwell Publishers, ISBN 0-631-23374-1. Dhanjal, R., (2004) *Book Review Eur. Eat. Disorders Rev. 12, 273.*

Olesti, M., Piñol, J. L., Martín, N., García, M. F., Riera, A., Bofarull, J. M. y Ricomá de Castellarnau, G. (2008). Prevalencia de anorexia nerviosa, bulimia nerviosa y otros TCA en adolescentes femeninas de Reus. *Anales de Pediatría, 68, 18-23.*

Oliva, A y Parra, A. (2001) Autonomía emocional durante la adolescencia. *Infancia y Aprendizaje 24 (2), 181-196.* by *Fundación Infancia y Aprendizaje, ISSN: 0210-3702*

Pamies, L., Quiles, Y. (2012). Estrategias de afrontamiento evitativas y riesgo de desarrollar un trastorno de la conducta alimentaria en adolescentes. *Psicothema. 24 (2):230-235.*

Pamies, L., Quiles, Y. Bernabé, M. (2011). Conductas alimentarias de riesgo en una muestra de 2.142 adolescentes. *Medicina clínica. 136 (4): 139-143.*

Pascual, A., Etxebarria, I., Cruz, M.S., Echeburúa, E. (2011). Las variables emocionales como factores de riesgo de los trastornos de la conducta alimentaria. *International Journal Of Clinical And Health Psychology. 11 (2): 229-247.*

Pascual, A., Etxebarria, I. y Cruz, M. S. (2011). Emotional differences between women with different types of eating disorders. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy (11): 1-11.*

Pastor, Y., Balaguer, I., García-Merita, M., (2006). Relación entre el Autoconcepto y el estilo de vida saludable en la Adolescencia. *Psicothema*. Vol (18): 18-24.

Paterson, G., Power, K., Collin, P., Greirson, D., Yellowlees, A. and Park, K. (2011), A mediational model of self-esteem and social problem-solving in anorexia nervosa. *European Eating Disorders Review*, 19: 112–120. doi: 10.1002/erv.1021.

Pedriola, G. (1988) Medicina Preventiva y Salud Pública. España. Salvat Editores.

Peláez M.A., Labrador, F.L., Raich, R.M. (2005). Prevalencia de los Trastornos de la Conducta Alimentaria. Consideraciones Metodológicas. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy* (5): 131-144

Perpiña, C., Leonard, T., Treasure, J., Bond, A., Baños, R. (1998) Procesamiento selectivo de la información relacionada con comida, cuerpo y activación autonómica en pacientes con trastornos alimentarios. *Revista Española de Psicología* 1 (1): 3-10.

Petrie, T.A., Greenleaf, C., Reel, J., Carter, J. (2009) Personality and Psychological Factors as Predictors of Disordered Eating Among Female Collegiate Athletes. *International Journal of Eating Disorders*, 17, 302-321.

Petit, M.J., De la Corte, J., Astray, J. (2002). Programa de detección precoz y prevención de trastornos de la alimentación (anorexia y bulimia) con adolescentes 12- 14 años escolarizados en IES públicos de Getafe (Madrid). 3º Congreso Virtual de Psiquiatría. [www.psiquiatría.com/interpsiquis](http://www.psiquiatría.com/interpsiquis).

Piran, N., Robinson, S.R., Cormier, H.C. (2007). Disordered Eating Behaviors and Substance Use in Women: A Comparison of Perceived Adverse Consequences. *International Journal of Eating Disorders*, (15): 391-403.

Pena M., Repetto, E. (2008) Estado de la investigación en España sobre Inteligencia Emocional en el ámbito educativo. *Revista Electrónica de Investigación Psicoeducativa*. Nº 15, Vol 6 (2) pp 400-420.

Peñacoba, C. y Moreno, B. (1998). El concepto de Personalidad Resistente. Consideraciones Teóricas y Repercusiones Prácticas. *Boletín de Psicología, Nº58, Marzo 1998, 61-96.*

Polivy, J., Coleman, J. y Herman, C. P. (2005). The effects of deprivation on food craving and eating behaviour in restrained and unrestrained eater. *International Journal of Eating Disorders, 38, 301-309.*

Power, Y., Power, L., Canadas, M.B. (2008). Low Socioeconomic Status Predicts Abnormal Eating Attitudes in Latin American Female Adolescents. *International Journal of Eating Disorders (16): 136-145.*

Presnell, K., Stice, E., Seidel, A., Madeley, M.C. (2009). Depression and eating pathology: Prospective reciprocal relations in adolescents. *Clinical Psychology & Psychotherapy, 16, 357-365.*

Presnell, K., Pells, J., Stout, A. y Musante, G. (2008) Sex differences in the relation of weight loss self-efficacy, binge eating, and depressive symptoms to weight loss success in a residential obesity treatment program. *Eating Behaviours, 9(2): 170-180.*

Procopio, C.A., Holm-Denoma, J.M., Gordon, K.H., Joiner, T.E. (2006). Two–Three-Year Stability and Interrelations of Bulimotypic Indicators and Depressive and Anxious Symptoms in Middle-Aged Women. *International Journal of Eating Disorders (39) 312–319.*

Pubill, M.J., (1997). Cambios conductuales, emocionales, cognitivos y fisiológicos en la Anorexia Nerviosa. *Revista de Psicoterapia 8 (30-31): 5-18.*

Rasmus, I., Anna-Lisa, I., Mauri, M., Riittakerttu, K.-H. and Kaj, B. (2010), Psychological distress and risk for eating disorders in subgroups of dieters. *European Eating Disorders Review, (18): 296–303.*

Ramos, P., Rivera, M. y Moreno, C. (2010). Diferencias de sexo en la imagen corporal, control del peso y el IMC de los adolescentes españoles. *Psicothema, 22(1): 77-83.*

Raich, R. M., Deus, J., Muñoz, M. J., Pérez, O., Requena, A. (1991). Estudio de las actitudes alimentarias en una muestra de adolescentes. *Revista de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona*, (18): 305-315.

Raich, R.M., Herrera, S., Rovira, T., Torres, J. (1997). Evaluación de la imagen corporal en estudiantes universitarias. *Cuadernos de Medicina Psicosomática*. (41): 6-14.

Raich, R.M., (2000) Imagen corporal: conocer y valorar el propio cuerpo. Madrid: Pirámide

Raich.R.M., Sánchez-Carracedo, D., López-Guimerá. G., Portell, M. , Moncada. A. y Fauquet, J. (2008). A controlled assessment of a school-based preventive program for reducing eating disorders risk factors in adolescent Spanish girls. *Eating Disorders: The Journal of Treatment and Prevention*. (16): 255-272.

Raich.R.M (2011) Anorexia, Bulimia y otros Trastornos Alimentarios. Madrid: Pirámide.

Ravi, S., Forsberg, S., Fitzpatrick, K., Lock, J. (2008). Is There a Relationship Between Parental Self-Reported Psychopathology and Symptom Severity in Adolescents with Anorexia Nervosa? *Eating Disorders: The Journal of Treatment & Prevention*. (17): 63-71.

Rey, M., Blasco, T., y Borrás, F. (2000). Efectos de un procedimiento de inducción de estados de ánimo sobre la autoeficacia. *Anales de Psicología*, 16, (1): 33-40.

Rice, C.L. (1999). A quantitative study of emotional intelligence and its impact on team performance. Unpublished Master's Thesis, Pepperdine University.

Ruiz-Lázaro, P.J. (2002) Prevención primaria de los trastornos de la conducta alimentaria a través de la educación para la salud comunitaria. *3º Congreso Virtual de Psiquiatría* .[www.psiquiatria.com/interpsiquis](http://www.psiquiatria.com/interpsiquis).

Ruiz-Lázaro, P. M., Comet, M. P., Calvo, A. I., Zapata, M., Cebollada, M., Trébol, L., Lobo, A., (2010). Prevalencia de trastornos alimentarios en estudiantes adolescentes tempranos. *Actas Españolas de Psiquiatría*. (4):204-211.

Rodgers, R. and Chabrol, H. (2009). Parental attitudes, body image disturbance and disordered eating amongst adolescents and young adults: A review. *European Eating Disorders Review*, (17): 137–151.

Rodriguez, Ramirez, M. C. (1998) Sintomatología clínica en jóvenes que realizan dietas alimentarias. *Clínica y Salud* 9 (3): 597-606.

Roy, R.M., López, M.A., Galán, S.C., Del Castillo, A. (2004). Estudio del riesgo de trastorno del comportamiento alimentario de la población adolescente escolarizada de seis zonas básicas de salud de Gran Canaria. *5º Congreso Virtual de Psiquiatría. Interpsiquis Febrero 2004. Psiquiatría.com*

Romon, M., Lommez, A., Tafflet, M., Basdevant. A., Oppert, J. M., Bresson, J. L., Ducimetière, P., Charles, M. A. y Borys, J. M. (2009) Downward trends in the prevalence of childhood overweight in the setting of 12-year school- and community-based programmes. *Public Health Nutrition*, 12(10): 1735-1742.

Rosen, J.C., Reiter J.T., Orosan, P. (1995). Assessment of body image in eating disorders with the Body Dysmorphic Disorder Examination (BDDE). Special Section: The assessment of eating disorders. *Behavior Research and Therapy*, 33 (1): 77-84.

Russell-Mayhew, Shelly and Arthur, N. (2007) 'Targeting Students, Teachers and Parents in a Wellness-Based Prevention Program in Schools. *Eating Disorders*, 15:(2): 159 – 181.

Ruiz, P.M. (2005). Actualización en la epidemiología de los trastornos alimentarios. *6º Congreso Virtual de Psiquiatría. Interpsiquis Febrero 2005. Psiquiatría.com*.

Salvy, S. J., Elmo A., Nitecki, L. A., Kluczynsky, M. A. y Roemminch, J. N. (2011). Influence of parents and friends on children's and adolescents food intake and food selection. *American Journal of Clinical Nutritien*, 93(1): 87-92.

Salafia, E. H. B., Gondoli, D. M., Corning, A. F., Bucchianeri, M. M. and Godinez, N. M. (2009). Longitudinal examination of maternal psychological control and adolescents'

self-competence as predictors of bulimic symptoms among boys and girls. *International Journal of Eating Disorders* (42): 422–428. doi: 10.1002/eat.20626.

Sánchez, R. y Maganto, C. (2011). Evolución de la satisfacción corporal y vital durante la madurez y la vejez. *Infocop Online*, 4-2-2011.

Sánchez-Carracedo y López Guimerá (2011) Hacia la prevención integrada de la obesidad y los Trastornos de la Conducta Alimentaria. *Infocop Nº 52. Marzo-Mayo 2011*.

Santos, M., Richards, C. S. y Bleckley, M. K. (2007). The comorbidity between depression and eating disorders in adolescents. *Coma Behavior*, 8(4): 440-449.

Sánchez, A. y Capataz C. (2002) Selectividad atencional y vulnerabilidad a trastornos alimenticios: aspectos transculturales. *Revista Electrónica de Motivación y Emoción* Vol 5, Nº 10. II Simposio de la Asociación de Motivación y Emoción, celebrado en Salamanca (Spain) los días 25, 26 y 27 de abril de 2002.

Sánchez J., y Gaya, J. (2006). La Inteligencia Emocional en la Docencia. Conferencia Inteligencia Emocional y Formación del Profesorado. Programa CHAEA Estilos de Aprendizaje, celebrado el 4 de diciembre de 2006.

Sala, F. (2001a). It's lonely at the top: executives' emotional intelligence

self [mis] perceptions. Website: <http://eiconsortium.org>.

Sala F. y Abarca, M. (2001) La Educación Emocional en el Currículum. Ediciones Universidad de Salamanca. *Teor. educ. (13): pp. 209-232*

Salovey, P. & Mayer, J.D. (1990). Emotional intelligence. *Imagination,*

*Cognition and Personality* (9): 185-211.

Salovey, P., Hsee, C., & Mayer, J.D. (1993). Emotional intelligence and the

self-regulation of affect. In D.M. Wegner and J.W. Pennebaker (eds.)

Sallet, P.C., de Alvarenga, P.G., Ferrão, Y., de Mathis, M.A., Torres, A.R., Marques, A., Hounie, A.G., Fossaluzza, V., do Rosario, M.C., Fontenelle, L.F., Petribu, K., Fleitlich-Bilyk, B. (2010) Eating disorders in patients with obsessive-compulsive disorder: Prevalence and clinical correlates. *International Journal of Eating Disorders* (43): 315–325.

Salvador, T., Suelves J. M. (2009). Ganar salud en la escuela. Guía para conseguirlo. IFIE Instituto de Formación del Profesorado, Investigación e Innovación Educativa. Madrid.

Salvatierra, V. (1999) Aspectos psicológicos de las amenorreas por adelgazamiento. *Cuadernos de Medicina Psicosomáticas y Psiquiatría de –Enlace* (49/50): 40-47.

Sansinenea, E., Valencia, J.F. (1998) Atribución y estigmas sociales: Anorexia y abuso sexual infantil. *Revista de Psicología Social* 13 (2): 311-320.

Saya, A.; Tenaglia, T. (2001) Anorexia tra autismo e delirio / Anorexia between autism and delirium. *Minerva Psichiatrica Vol 42* (2): 141-146.

Seligman, M, E. P., Parks, A. C., Steen, T. (2006) A balanced psychology and a full life. En H. Huppert, B. Keverne, N. Baylis (Eds), *The Science of well –being* . Oxford: Oxford University Press.

Shaw, H., Ng, J. y Stice, E. (2007). Integrating eating disorder and obesity prevention programs for adolescents. *The Prevention Researcher*, 14(3): 18-20.

Spindler, A. y Milos, G. (2007). Links between eating disorder symptom severity and psychiatric comorbidity. *Eating Behaviors* 8(3): 364-373.

Stice, E. y Shaw, H. (2004). Eating disorder prevention programs: A meta-analytic review. *Psychological Bulletin*, 130(2): 206-227.

Stice, E., Shaw, H. y Marti, C. N. (2007). A meta-analytic review of eating disorder prevention programs: encouraging findings. *Annual Review of Clinical Psychology*, (3): 207-231.

Stock, S., Miranda, C., Evans, S., Plessis, S., Ridley, J., Yeh, S. y Chanoine, J. P. (2007). Healthy buddies: A novel, peer-led health promotion program for the prevention of obesity and eating disorders in children in elementary school. *Pediatrics (120)*: 1059-1068.

Storvoll, E. E., Strandbu, A. y Whistrom, L. (2005). A cross-sectional study of changes in Norwegian adolescents' body image from 1992 to 2002. *Body Image, 2(1)*: 5-18.

Sawdon, A.M., Cooper, M., Seabrook, R. (2007). The Relationship between Self-Discrepancies, Eating Disorder and Depressive Symptoms in Women. *European Eating Disorders Review (15)*: 207-212.

Skårderud, F. (2009). Bruch Revisited and Revised. *European Eating Disorders Review, (17)*: 83-88.

Stein, K. F. and Corte, C. (2007). Identity impairment and the eating disorders: content and organization of the self-concept in women with anorexia nervosa and bulimia nervosa. *European Eating Disorders Review (15)*: 58-69.

Strober, M., Freeman, R., Lampert, C., Diamond, J., Teplinsky, C., DeAntonio, M. (2006). Are There Gender Differences in Core Symptoms, Temperament, and Short-Term Prospective Outcome in Anorexia Nervosa? *International Journal of Eating Disorders, (39)*: 570-575.

Strober, M., Freeman, R., Lampert, C., Diamond, J. (2007). The Association of Anxiety Disorders and Obsessive Compulsive Personality Disorder with Anorexia Nervosa: Evidence from a Family Study with Discussion of Nosological and Neurodevelopmental Implications. *International Journal of Eating Disorders (40)*: 46-51.

Solveig E; Rodríguez K; Pérez I, V; Díaz, N, D. (2010) Factores de resiliencia y consumo de drogas entre estudiantes de educación media básica. *Revista de toxicomanías y Salud Mental (R.E.T). (59)*:18-28.

Steiner- Adair, C.; Sjostrom, L; Franko D.L.; Pai S.; Tucker, R.; Becker, A.E.; Herzog D.B. (2002). Primary prevention of risk factors for eating disorders in adolescent girls: learning from practice. *International Journal of Eating Disorder*(32): 401-411.

Sung K.M. (2011). Self-Concept and Coping Skills of Female Early Adolescents in South Korea. *J Sch Nurs. May 19. PMID: 21597114. [PubMed - as supplied by publisher]*

Swanson, H., Power, K., Collin, P., Deas, S., Paterson, G., Grierson, D., Yellowlees, A., Park, K. and Taylor, L. (2010), The relationship between parental bonding, social problem solving and eating pathology in an anorexic inpatient sample. *European Eating Disorders Review* (18): 22–32.

Swinbourne, J.M, Touyz, S.W. (2007). The co-morbidity of eating disorders and anxiety disorders: a review. *European Eating Disorders Review* (15): 253–274.

Szydlo, D. y Woolston, J. (2006). Bulimia nerviosa. En J. Wiener y M. Dulcan Tratado de psiquiatría de la infancia y la adolescencia (pp. 693-705). Barcelona: Masson.

Tao, Z. (2010). Epidemiological risk factor study concerning abnormal attitudes toward eating and adverse dieting behaviours among 12- to 25-years-old Chinese students. *European Eating Disorders Review* (18): 507–514.

Tenenbaum, G. (2009). The Study of Perception: From the Perceptions of Traits and States to the Perceptions of Effort, and the Perceptual-Cognitive-Emotion-Motor Linkage. Keynotes Lectures. Abstract 12º ISSP World Congress of Sport Psychology. Marrakech. IV Congreso de la Asociación Española de Ciencias del Deporte (pp. 729-735). A Coruña: Asociación Española de Ciencias del Deporte.

Travis R. Bradberry and Lac D. Su (2006) Ability-versus skill-based assessment of emotional intelligence. *Revista Psicothema. (18): 59-66.*

Trujillo, M.M. y Rivas, L.A. (2005). Orígenes, evolución y modelos de inteligencia emocional. *Revista de Ciencias Administrativas y Sociales de la Universidad Nacional de Colombia. Enero a Junio de 2005.*

Toro, J., Vilardell, E., (1987). Anorexia Nerviosa. Barcelona. Martínez Roca.

Toro, J. (1996). El cuerpo como delito: Anorexia, bulimia, cultura y sociedad. Barcelona: Ariel Ciencia.

Toro, J. (2004). Riesgo y Causas de la anorexia nerviosa. Barcelona: Ariel.

Toro, J. (2010). El adolescente en su mundo: riesgos, problemas y trastornos. Madrid: Pirámide.

Turón, V. J., Turón, L. (2001) ¿Qué son los Trastornos de la Alimentación? Los Trastornos de la Conducta Alimentaria. *Revista Salud Global Nº 4.*

Turón, Vicente, Sánchez, Montse, Faust, Gustavo, Grau, Toni. (2011) Atención a la cronicidad en los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA). *Interpsiquis 2: 12º Congreso Virtual de Psiquiatría y Neurociencias.*

Torres, S., Guerra, M. P., Lencastre, L., Roma-Torres, A., Brandão, I., Queirós, C. and Vieira, F. (2011), Cognitive processing of emotions in anorexia nervosa. *European Eating Disorders Review (19): 100–111.*

Treasure, J., Campbell, I. (1994). The case for biology in the aetiology of anorexia nervosa. *Psychological Medicine (24): 3-8.*

Turner, J.M., Bulsara, M.K., McDermott, B.M., Byrne, G.C., Prince, R.L, Forbes, D.A. (2001). Predictors of low bone density in young adolescent females with anorexia nervosa and other dieting disorders. *International Journal of Eating Disorders Vol. 30 (3): 245-251.*

Van Hoeken D, Veling W, Smink FR, Hoek HW. (2010). The incidence of anorexia nervosa in Netherlands Antilles immigrants in the Netherlands. *European Eating Disorders Review* (18): 399–403.

Van Son GE, van Hoeken D, Bartelds AI, van Furth EF, Hoek HW. (2006). Time Trends in the Incidence of Eating Disorders: A Primary Care Study in the Netherlands. *International Journal of Eating Disorders* (39): 565–569.

Vera Guerrero, M.N. (1998) El cuerpo, ¿culto o tiranía? *Psicothema* 10 (1): 111-125.

Wade, T.D., Davidson, S. y O’Dea, J.A. (2003). A preliminary controlled evaluation of a school- based media literacy program and self- esteem program for reducing eating disorder risk factors. *International Journal of Eating Disorders*, 33 (4): 371-383.

Walitza, S. Schulze, U. ; Warnke, A. (2001) Differences between female patients with anorexia nervosa and bulimia nervosa in respect to psychological and psychosocial features. *Zeitschrift fuer kinder und jugendpsychiatrie und psychotherapie* Vol. 29 (2): 117-125.

Waxman, S. E. (2009) A systematic review of impulsivity in eating disorders. *European Eating Disorders Review*, (17): 408–425.

Weare, K. and Gray, G. (1994) Promoting mental and emotional health in the European Network of health promoting schools: a training manual for teachers and others working with young people. WHO Regional Office for Europe.

Wiseman, C. V., Sunday, S. R. y Becker, A. E. (2005). Impact of the media on adolescent body image. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 14 (3): 453-471.

Wildes, J. E., Ringham, R. M. and Marcus, M. D. (2010) Emotion avoidance in patients with anorexia nervosa: Initial test of a functional model. *International Journal of Eating Disorders* (43): 398–404.

Wichstrøm L. (2006). Sexual orientation as a risk factor for bulimic symptoms. *International Journal of Eating Disorders* (39): 448–453.

World Health Organization (2004) Prevención de los trastornos mentales. Intervenciones efectivas y opciones de políticas. WHO: Ginebra. Disponible en: [www.who.int/mental\\_health/evidence/Prevention\\_of\\_mental\\_disorders\\_spanish\\_version.pdf](http://www.who.int/mental_health/evidence/Prevention_of_mental_disorders_spanish_version.pdf)

World Health Organization (2010) Population-based prevention strategies for childhood obesity. WHO: Ginebra. Disponible en [www.who.int/dietphysicalactivity/childhood/child-obesity-eng.pdf](http://www.who.int/dietphysicalactivity/childhood/child-obesity-eng.pdf)

Wals, J., Wheat, M., Freund, K. (2000) Detection, Evaluation and Treatment of Eating Disorders. *J. Gen. Intern. Med.* (15): 577-590.

Yager, Z., O'Dea, J.A. (2008). Prevention programs for body image and eating disorders on University campuses: a review of large, controlled interventions. *Health Promotion International* (23): 173-189.

Zabinski, M.F.; Celio, A.A.; Jacobs, M.J.; Manwaring, J.; Wilfley D.E. (2003). Internet-based Prevention of Eating Disorders. *European Eating Disorders Review* (11): 183–197.

## **6. ANNEXOS**

### **6.1. CUESTIONARIO DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS**



## 6.2. EAT



### **6.3. SCL**











## 6.4. EQIV





## **6.5. TEST DE AUTOCONCEPTO DE MUSITU**