

P. M. Ruiz

Prevención de los Trastornos de la Conducta Alimentaria.

Servicio de Psiquiatría y Toxicomanías.
Hospital Real y Provincial de Nuestra Señora de Gracia
de Zaragoza

The Prevention of Eating Disorders

Correspondencia:

P. M. Ruiz
Servicio de Psiquiatría y Toxicomanías.
Hospital Real y Provincial de Nuestra Señora de Gracia
de Zaragoza

RESUMEN

Introducción: los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) parecen ser multicausales, multidimensionales. Las actividades preventivas sólo son efectivas si se conoce la causa. La multifactorialidad revela un cierto desconocimiento de la etiología. Esto dificulta la intervención preventiva pero no la invalida. *Objetivo:* revisar el estado actual de los conocimientos acerca de la prevención de los TCA y desarrollar un programa de intervención como procedimiento terapéutico temprano. *Discusión:* no hay evidencia alguna de que se puedan prevenir los TCA en el momento presente. Se está investigando en ello y hay experiencias muy alentadoras. Se debe intentar actuar sobre las variables que vamos conociendo se interrelacionan para colocar a un individuo en situación de riesgo para desarrollar estas patologías psicósomáticas multideterminadas. Se propone un programa de prevención primaria y secundaria en población adolescente de 1º de Enseñanza Secundaria Obligatoria (ESO) con diseño experimental tipo SOLOMON con seguimiento evolutivo a uno y tres, cuatro años. Se basa en nuestra experiencia y la información disponible sobre el tema en la actualidad. Está dentro del marco teórico de la educación para la salud. Se presta atención a los adolescentes, padres y educadores.

Se trabaja la nutrición, imagen corporal, autoconcepto, autoestima, asertividad y habilidades sociales.

PALABRAS CLAVE

Prevención; trastornos de la conducta alimentaria; adolescentes.

ABSTRACT

Introduction: the eating disorders seem be multicausal, multidimensional disorders. The preventive activities only they are effective if is known the cause. The multifactorialy reveals a certain ignorance of the etiology. This hinders the preventive intervention but it does not annul it. *Objective:* to check the current state of the knowledge about the prevention of the eating disorders and to develop an intervention program as therapeutic procedure early. *Discussion:* there is no evidence some of the fact that they could be prevented the Eating Disorders in the present moment. It is being investigating in this and there are very encouraging experiences. It should be to attempt to act on the variables that we go knowing are interrelated to put to an individual on risk situation to develop these psychosomatics multidetermined pathologies. It is proposed a

primary and secondary prevention program in adolescent population of 1^o of spanish Obligatory Secondary Education (ESO) with experimental design type SOLOMON with evolutionary follow-up to one and three, four years. It is based on our experience and the available information on the topic at present. It is within theoretical framework of the education for the health. It is paid attention to the adolescents, parents and educating. It is worked the nourishment, body image, self-concept, self-esteem, assertiveness and social abilities.

KEY WORDS

Prevention; eating disorders; adolescent.

INTRODUCCIÓN

Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) parecen ser multicausales, multidimensionales con factores individuales biológicos, psicodinámicos, psicológicos, interpersonales, familiares, sociales y culturales implicados en su etiología^{1,2,3,4,5,6,7}. Los factores socioculturales tienen tanta importancia en ellos que la anorexia nerviosa se puede considerar un trastorno asociado a la cultura (culture-bound syndrome) que cumple casi la totalidad de los criterios de "trastorno étnico" establecidos por Devereux y que se distribuye de forma preferente entre las chicas y mujeres occidentales^{5,8,9,10,11,12,13}. Incluso se la ha definido delimitándola culturalmente como un trastorno de la imagen que se produce primariamente en adolescentes caucásicas de nivel socioeconómico medio o superior¹⁴.

Los estudios epidemiológicos demuestran que los trastornos de la alimentación no constituyen una patología "todo o nada" sino que se extienden a lo largo de un "continuum" que iría desde las adolescentes con injustificada preocupación por su peso hasta los casos clínicamente detectables que no son así representativos, ni por su menor prevalencia ni por su mayor gravedad, de los trastornos alimentarios en la comunidad^{15,16}. Algunas actitudes y conductas relacionadas con el cuerpo y la alimentación de los adolescentes españoles, indudables factores de riesgo para la anorexia y la bulimia, son muy semejantes a las de sus coetáneos occidentales¹⁷.

Bases para la prevención: etiopatogenia

Si se considera la anorexia nerviosa como un trastorno plurideterminado se pueden evocar unos factores pre-

disponentes (psiquismo individual, familia y contexto sociocultural), unos factores precipitantes (estrés, régimen y pérdida ponderal) y unos factores de cronificación asociados al entorno¹⁸. Como la mayoría de los casos de anorexia nerviosa ocurren en el grupo de 12 a 25 años parece pertinente centrar nuestra atención en la población normal adolescente, considerarla como el grupo etario de riesgo, particularmente las mujeres¹⁹.

La indudable incidencia de factores socioculturales en el desencadenamiento y mantenimiento de la anorexia nerviosa es algo que no puede olvidarse en cualquier abordaje terapéutico y menos en un enfoque preventivo¹⁴. El énfasis que pone nuestra sociedad y el valor que otorga a los cuerpos delgados y juveniles, especialmente en las mujeres, contribuye probablemente al desarrollo y prevalencia de estos trastornos²⁰. En los países industrializados modernos el ser delgado se asocia con la belleza, la salud y la riqueza. No es de extrañar que una mayoría de chicas adolescentes quieran ser más delgadas²¹. Nunca en la historia la coacción publicitaria y social fue tan avasalladora. Y el mensaje que les llega a las adolescentes es que sólo siendo delgadas serán atractivas, espirituales, competitivas con las demás. Para muchas adolescentes no existe autoestima sin delgadez²². La delgadez extrema, la belleza es esencial para que una mujer triunfe, sea aceptable y exitosa en nuestra sociedad²³. Del mismo modo que durante siglos las chinas ricas vendaban los pies de sus hijas para que cumplieran una norma de belleza, culturalmente definida, la sociedad norteamericana, y por extensión la occidental, impone una norma concreta de apariencia delgada, no mediante la coerción física, sino a través de la socialización²⁴. Estos mensajes culturales los transmiten al parecer la familia, los iguales y la prensa, los medios de comunicación de masas^{20,25,26}. Las revistas femeninas o para adolescentes muestran una intensa presión publicitaria en favor del adelgazamiento. Fomentan la pérdida de peso para buscar el atractivo físico, con una motivación estética. Exhiben modelos femeninos más lineales, con menos curvas. En resumen, contribuyen al medio cultural en que la delgadez es anhelada por la mujer. Esto es especialmente grave porque los estudiantes han identificado a los "mass media", en especial a las revistas, como sus fuentes primarias de información nutricional y la población receptora de ésta publicidad coincide con la que se detecta en la epidemiología de los trastornos alimentarios: femenina, en la adolescencia e inicio de la juventud, de niveles socioeconómicos medios y altos y urbana^{27,28,29}. La cultura anoréxica está influyendo en los hábitos de alimentación a

20 través de los medios de difusión³⁰. Hay muchas instituciones implicadas en regular la imagen corporal occidental, los cánones exigidos por la sociedad, generar y difundir unos usos del cuerpo determinados: medios de comunicación, industrias de moda e imagen, dietética, empresas deportivas, el ámbito médico-sanitario por lo que es necesario no hacer lecturas excesivamente simples respecto a estas cuestiones³¹. La moda se basa en la necesidad del hombre de variar y al ideal de morbidez de otras épocas le ha sucedido el actual período cuyo arquetipo morfológico está representado por la mujer delgada, de líneas rectas y movibles, de trazos casi esqueléticos: una morfología andrógina, intersexual, adolescente³². Los anunciantes no son personas particularmente malvadas empeñadas en engañarnos y embaucarnos. Lo que hacen es proporcionarnos imágenes que ya nos resultan seductoras, dar voz y eco a un sistema de valores que equipara virtud e imagen y exige la delgadez como aspecto correcto. El gran problema es que la mayoría de las mujeres no tiene la forma corporal que la cultura les impone y son vulnerables a estos mensajes³³. Es como si la biología apuntará hacia un lado y la presión estética sociocultural hacia otro. En medio de ese bombardeo se encuentran las mujeres, más afectadas que los hombres por la presión social y cultural, por las contradicciones de la moderna sociedad industrial, más susceptibles a los mensajes externos sobre la belleza y el atractivo, sobre todo las más jóvenes^{34,35,36}.

El deseo de tener el cuerpo ideal promovido por los medios de masas correlaciona consistentemente con las conductas alimentarias alteradas, dietas insanas e imagen corporal distorsionada de las escolares adolescentes. Los factores de motivación para la alimentación alterada y las conductas dietéticas no saludables son la presión de los iguales, de los medios de comunicación y la percepción de las dietas extremas como inocuas³⁷. Las adolescentes mujeres resultan más influidas que los varones por los prejuicios contra la gordura, los falsos mitos, exageraciones y estereotipos negativos que se asocian al peso excesivo, a la obesidad^{8,23,38,39}. Las chicas están más expuestas a mensajes directos acerca de la importancia del aspecto físico. El hecho de ser mujer hace mayor el riesgo de obsesionarse por la apariencia⁴⁰. De acuerdo con varias encuestas aproximadamente un 10 a 20 % de las mujeres en edad escolar en los Estados Unidos y otros países industrializados padecen un trastorno alimentario. Estas cifras probablemente son exageradas pero reflejan la tendencia de las mujeres jóvenes a la preocupación excesiva acerca de su peso⁴¹.

Es preciso indagar en los factores que hacen que los elementos sociales mencionados realmente conduzcan a un caso concreto de anorexia o bulimia nerviosa³⁶. Lo mismo que en cualquier perversión u otra estrategia mental, el origen o etiología primaria de la anorexia es muy poco explicable; sólo cabe conjeturar su probable inicio⁴². Aunque las causas del trastorno alimentario no son tan misteriosas como mucha literatura, científica y no, hace creer⁴³. Así parece aceptado que en la adolescencia, con los cambios morfológicos, se empieza a percibir la valoración de la propia imagen en relación con el grupo de amigos, y a ser más sensibles a las presiones socioculturales, como comentarios de amigos, familia, publicidad, que actualmente promocionan en demasía la delgadez, hacen excesivo hincapié en la fealdad de cualquier sobrepeso y en el culto de la imagen como valor en alza⁴⁴. Y este contexto, con la insistencia casi obsesiva en la esbeltez, la presión colectiva para que la mujer alcance el prototipo, el modelo estético corporal propio de los países desarrollados, prepara el terreno para los trastornos alimentarios^{21,45}. Todos los estudios realizados entre adolescentes en naciones occidentales revelan la misma actitud de insatisfacción con su peso y deseo de adelgazar. No es de extrañar por ello que en la adolescencia, una época de mayor sensibilidad femenina a los estándares de la sociedad y a las opiniones de los otros, muchas chicas estén a dieta, muchas más que varones y se preocupen por el aumento de grasa en la pubertad⁴⁶. Y es aún más probable que suceda así si los padres, y otras figuras de autoridad, no les ayudan a adaptarse a estos cambios puberales, a entender y apreciar el desarrollo normal de su cuerpo, su sexualidad en ciernes^{40,47}. Las dietas restrictivas, el control del peso, la preocupación por la figura, el anhelo de delgadez, el miedo a engordar, son prácticas y actitudes normativas en la población general, son valores y comportamientos profundamente enraizados en nuestra cultura^{5,48}. Una persona en este medio de culto al cuerpo, con algunos rasgos de personalidad que la hacen más sensible a esta presión social, unido a una situación de estrés personal en el estudio, el trabajo o el entorno afectivo, o a una historia personal de trauma sexual infantil, abuso físico (en especial en la bulimia) o con un ambiente familiar más conflictivo probablemente tendrá más riesgo de desarrollar alguna forma de patología alimentaria^{49,50}. Nuestro énfasis cultural en la delgadez proporciona el telón de fondo contra el que los factores intrapersonales e intrafamiliares pueden actuar en un individuo que es biológicamente vulnerable⁵¹.

Los trastornos de la ingesta resultan de la interacción de muchos factores diferentes. Culpar a la familia por el trastorno alimentario de un miembro resulta tan irreal como echar la culpa a toda la sociedad como suponen los que caen en una sociogénesis precipitada olvidando que el discurso de las anoréxicas era el mismo en 1873 (descripción de Lasègue) cuando la delgadez estaba lejos de tener el mismo valor social^{52,53,54,55}. Las diversas explicaciones propugnadas para entender la aparición de los trastornos alimentarios: biológica, genética, fisiológica, de aprendizaje y desarrollo, psicológica y social por sí solas no han resultado definitivas. Es preciso su combinación o interacción^{56,57,58}. Se sitúan en una encrucijada entre la psicología individual, las interacciones familiares, el cuerpo en su aspecto más biológico y la sociedad en general⁵⁹.

Se hace necesario adoptar modelos integradores que den cuenta de la verdadera complejidad de estos trastornos sin caer en modelos etiológicos simplistas ni negativos que atribuyan a un solo factor culpabilizador el origen de los desórdenes de la alimentación^{60,61,62,63}. Hoy día, con la creciente atención que se presta a la anorexia y a los demás trastornos del apetito, la psiquiatría ha ampliado su visión de los factores que la provocan y ha desarrollado unos modelos más complejos que tienen en cuenta una gama más amplia de los significados que la cultura atribuye a la apariencia de la mujer e inscribe en la mente de las jovencitas⁶⁴. No se sabe si un solo factor de riesgo basta, si los factores correlacionan entre ellos, si tienen un solo efecto o si están jerarquizados para que el TCA se produzca, pero sí que hay varias causas que pueden explicarlos⁶⁵. Aunque no se conoce la existencia de una etiología y una patogénesis específica en el desarrollo de los trastornos alimentarios sí hay evidencias que sugieren fuertemente una interacción de factores biopsicosociales que los crea y mantiene^{66,67}. Una prevención que quiera ser eficaz parece debe tratar de atender todos los factores predisponentes, desencadenantes o precipitantes y perpetuadores o de mantenimiento implicados en su producción (socioculturales, individuales, biológicos, psicológicos, consecuencias de la crisis adolescente, familiares) (GRÁFICO 1), no olvidar su aceptada multicausalidad, multidimensionalidad aunque no se conozca exactamente su etiología^{67,68,69,70,71,72,73,74,75,76}. Se debe intentar actuar sobre las variables que vamos conociendo, se interrelacionan para colocar a un individuo en una situación de riesgo para desarrollar esta psicopatología psicósomática multideterminada que constituyen los trastornos de la alimentación⁷⁷.

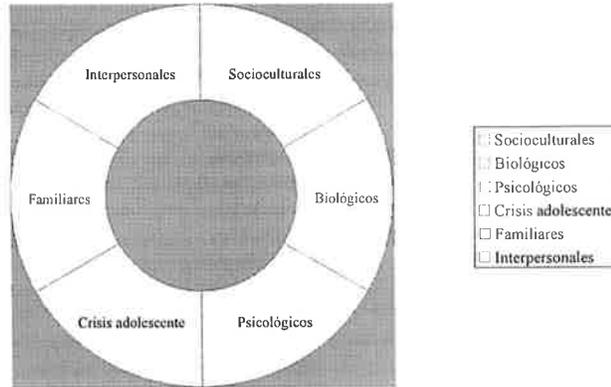


Figura 1. Factores etiológicos de los TCA

Dimensiones cuantitativas del problema

Los trastornos alimentarios considerados mayores (anorexia y bulimia) constituyen desde hacen unos años una auténtica epidemia social⁷⁴. La anorexia ha pasado de ser una oscura enfermedad psiquiátrica a ocupar un lugar en los titulares, en los “tabloides”, prensa y revistas. Es un “boom” anoréxico. Este interés popular refleja la evidencia de un real incremento en los casos de anorexia y bulimia⁷⁸. La anorexia nerviosa en nuestro país, como en otros de nuestro entorno socioeconómico, está alcanzando proporciones epidémicas entre mujeres de 12 a 25 años⁷⁹.

Hay que diferenciar también lo que se llama comportamiento anoréxico de la anorexia propiamente dicha. En el primer caso son niñas que comen poco durante un cierto periodo de tiempo, adelgazan algo, pero al cabo de unos meses se les pasa y recuperan el patrón normal de alimentación. En ellas hay que mantener una vigilancia discreta sin agobiarlas⁷⁹. El temor fóbico a aumentar de peso, la imagen corporal propia agrandada y como resultado el sometimiento a una dieta severa, constituyen los síntomas de una especie de anorexia mental suave o subclínica. Nuestra población juvenil, sobre todo la femenina, está afectada por una auténtica epidemia de este tipo subclínico⁸⁰. Los trastornos alimentarios subclínicos y atípicos constituyen un problema sanitario de importancia creciente que atañe a una población cada vez más numerosa y diversa⁸¹.

Hoy día millones de ciudadanos son serviles esclavos de la dieta, la báscula y el gimnasio, los fármacos, hier-

22 bas, los mejunjes y de los taimados pícaros vendedores de los más estrambóticos métodos anti obesidad por mor de la lipofobia dominante⁸². En los países industrializados existe una preocupación nacional por las dietas y la delgadez en medio de lo que, para mucha gente, es una provisión de alimentos demasiado abundante⁸³. Esto ocurre especialmente en la subcultura de las mujeres con mayor inaceptación del cuerpo en su totalidad por la obesidad, con dismorfia de la corporalidad⁸⁴. La industria de consumo se ha percatado del filón económico tan goloso que ofrecen las adolescentes y su preocupación por la forma de su cuerpo. El mercado rebosa de productos para perder peso, de dietas en libros, revistas, farmacias y tiendas. Las adolescentes experimentan con los alimentos como con la ropa o el estilo de peinado. El flirteo sin control con todo tipo de regímenes suele empezar entre los 13 y 16 años y en algunas chicas termina ocasionando un comportamiento anormal, compulsivo, obsesivo respecto a la comida⁸⁵. Aunque las mujeres de la sociedad americana (y por extensión la occidental) tienen como ideal la delgadez y caen en un continuum o espectro de descontento, insatisfacción corporal normativo algunas tienen una pequeña insatisfacción con su imagen corporal y otras desarrollan trastornos alimentarios⁸⁶. Sólo una pequeña proporción entre el número enorme de chicas occidentales que hacen régimen llegan a ser anoréxicas⁸⁷.

Esta preocupación por el peso y la figura aumenta durante la adolescencia. Entre los niños de 8 a 13 años el 7% se encuentra dentro del rango de puntuación de la anorexia nerviosa en el Eating Attitudes Test (EAT)

(Maloney et al, 1988) mientras que en estudiantes de bachillerato esta proporción aumenta al 25% (Schwartz y Thompson, 1981)⁸⁸. La OMS en un estudio mediante encuestas a estudiantes de 72 países muestra que la proporción de muchachas que están a dieta para perder peso o creen que deberían hacerla es más elevada que la de los jóvenes y aumenta significativamente con la edad. Un 22-44% de las niñas de 11 años están preocupadas por su peso; a los 13 años son el 30-40%, y a los 15 el 37-61%⁸⁹. En Francia Flament et al (1994) encuentran que el 12,4% de los varones y el 37,3% de las mujeres declaran preocuparse en demasía por su peso. El 7,2% de los muchachos y el 9,8% de las muchachas entre once y veinte años presentan crisis regulares de bulimia⁹⁰. La anorexia nerviosa aparece en el 0,5%-1% de las mujeres entre 12 y 18 años⁹¹. Los estudios que usan criterios diagnósticos estrictos dan una prevalencia de 0,28% de anorexia en mujeres jóvenes y de 1% de bulimia⁹².

En nuestro país se han realizado diversos estudios epidemiológicos comunitarios con adolescentes (TABLA 1). Toro y cols en Barcelona (1989) encuentran que en una muestra de 1264 adolescentes de 12 a 19 años de edad superan el punto de corte "patológico" igual o mayor a 30 del EAT el 1,2% (n=8) de los varones y el 9,8% (n=56) de las mujeres^{19,93}. Canals y cols (1990) con el EAT en 520 escolares de Reus de 14 años los varones y 13 las mujeres encuentran puntuaciones medias diferentes de 15,3 en las chicas y de 13,6 en los varones⁹⁴. Raich y cols (1991) en 1.263 mujeres y 1.155 varones entre 14 y 17 años, estudiantes de 1º, 2º de BUP

Tabla 1

Autor	Lugar	Fecha	Curso	Sexo	Edad	Número	Instrumento	1ª fase	2ª fase	Dg
Morandé y cols	Madrid	1985, 1986 1987	Escolares	v y m	X=15	636 m 86 v	EDI, GHQ	sí	sí	sí
Toro y cols	Barcelona	1989	COU, BUP, 7º EGB, 8º EGB	v y m	12-19	848 v 706 m	EAT	sí	no	no
Canals y cols	Reus	1990	Escolares	v y m	13-14	520	EAT	sí	no	no
Carbajo y cols	Reus	1990, 1991	Escolares	v y m	13-15	290 v 225 m	EAT	sí	no	no
Raich y cols	8 ciudades catalanas	1991	BUP, FP	v y m	14-17	1.263 m 1.155 v	EAT, EAV, BSQ	sí	no	no
Raich y cols	5 ciudades catalanas, EEUU	1992	BUP, FP	v y m	14-17	1.041 m 935 v en España	FAT	sí	no	sí
Morandé y cols	Móstoles	1993, 1994	1º BUP, 2º BUP FP	v y m	X=15	725 m 520 v	EDI, GHQ	sí	sí	sí
Loureiro y cols	A Coruña	1996	3º BUP	m	X=16,7	607 m	EAT-40	sí	no	sí
Ruiz y cols	Zaragoza	1997	ESO, FP, BUP, COU, 7º EGB, 8º EGB	v y m	12-18	2.193 m 1.854 v	EAT, EDI, CIMEC, SCAN	sí	sí	sí

y FP de ocho ciudades de Cataluña hallan un 2,6% (n=40) de varones con EAT igual o mayor que 34 y un 7,3% de mujeres (n=110)⁹⁵. De nuevo Raich y cols (1992) en un estudio transcultural con Estados Unidos encuentran mediante la aplicación del EAT, en una muestra de 3.544 adolescentes estudiantes en centros catalanes de BUP y FP, que un 0,1% de los varones y un 0,9% de las mujeres tiene síntomas bulímicos⁹⁶. Carbajo y cols (1995) hallan que entre 515 adolescentes un 8,3% de los varones y un 12,4% de las mujeres supera el punto de corte del EAT (igual o mayor de 30) en un estudio continuación del publicado por Canals y cols^{94,97}. Morandé y cols en 1985, 86 y 87 en población escolar adolescente de Madrid encuentran cifras de un 11,6% de mujeres y un 1,2% de varones pertenecientes al grupo de riesgo. En 1993-94 serían el 17,36% de las mujeres y los porcentajes registrados en varones seguirían siendo minoritarios (un 1,96%). Han podido demostrar un aumento de prevalencia de anorexia en chicas del 0,31% al 0,69% y del 0,9% al 1,24% en el caso de la bulimia. Si se suman cuadros completos y parciales un 4,69% de las chicas y un 1,96% de los chicos padecen trastornos alimentarios. Entre los estudiantes de Madrid el 49% de las mujeres y el 7% de los varones estarían preocupados por adelgazar^{98,99,100,101}. Loureiro y cols (1996) detectan entre una muestra de 607 alumnas de 3º de BUP de A Coruña un 13% con actitudes desordenadas en el comer (con EAT superior a 30) y un 0,25% (1 caso) de anorexia nerviosa¹⁰². Ruiz y cols (1998) en un estudio comunitario en dos fases, en población adolescente de 12 a 18 años escolarizada en 61 centros públicos y privados de Zaragoza, en una muestra representativa de 2193 mujeres y 1854 varones hallamos un 16,32% de mujeres y un 3,3% de los varones que puntúan igual o mayor que 30 en el EAT. En el segundo estadio tras la entrevista clínica (realizada sólo en mujeres) con criterios diagnósticos estrictos DSM-IV presentan F50.0 Anorexia nerviosa un 0,14% (n=3), F50.2 Bulimia nerviosa un 0,55% (n=12) y F50.9 Trastorno de la conducta alimentaria no especificado un 3,83% (n=84).

Estado de los conocimientos sobre prevención

No hay evidencia alguna de que se puedan prevenir los trastornos alimentarios⁹⁹. Tampoco hay pruebas concluyentes de lo contrario. En diversos países se están llevando a cabo estudios para ello que probablemente ratificarán algunas de las hipótesis que actualmente se plantean los clínicos, especialmente las referidas al segui-

miento e intervención sobre grupos de riesgo⁹⁹. Dado las graves consecuencias de la anorexia y bulimia es sorprendente que no se haya prestado más atención a la prevención de estos trastornos en que padres, profesores, educadores y profesionales sociosanitarios pueden desempeñar un papel importante¹⁰³. La prevención del problema radica especialmente en la familia y en el medio escolar, que debería prestar atención a lo que se ha calificado de "epidemia"¹⁰⁴.

Aunque las actividades preventivas sólo son efectivas si se conoce la causa y el aplicar el término multifactorial (sinónimo de desconocido) a la etiología de las enfermedades es una tautología que ha dado lugar a engaños, esperanzas irreales. Además las actividades preventivas tienen mayor probabilidad de ser eficaces cuando no dependen de la modificación de la conducta de los individuos¹⁰⁵. Pese a estas críticas al sofisma de la prevención, a tener muy en cuenta, parece haber un cierto acuerdo en el peso del contexto sociocultural en los trastornos alimentarios y sobre él es posible actuar. La enorme importancia dada por casi todos los autores a la influencia de los factores socioculturales debe hacer tomar una postura reflexiva al respecto y plantear la posibilidad de prevenir estos trastornos desde los centros educativos. Esto podría suponer, entre otras cosas, una información adecuada a los jóvenes sobre nutrición y cambios corporales, educar ciertas ideas y actitudes relativas al cuerpo y la alimentación para su prevención primaria^{106,107}. Se han propuesto programas educativos para enseñar a los jóvenes la realidad pondoestatural antes de que el influjo social alcance excesiva importancia, para que no sucumban ante las aberraciones de la moda. Luka (1988) sugiere organizar en el marco escolar cursos sobre datos alimentarios y pondoestaturales para impedir la fijación en un peso ideal subjetivo inadecuado¹⁸. Kanarek & Marks-Kaufman (1994) consideran que una de las condiciones más decisivas de un programa de intervención reside en aportar información sobre las causas y consecuencias de la anorexia y bulimia con hechos documentados acerca de la alimentación y el peso, cuestionando el papel de los medios de comunicación al fomentar una relación falsa entre delgadez y éxito o felicidad y los peligros de la presión social. Las actividades que realzan la propia imagen también podrían servir como medida preventiva¹⁰³. Estas medidas pueden parecer irrisorias frente a la complejidad psicopatológica de estos trastornos. Sin embargo el innegable papel de la cultura de la delgadez impuesto por la moda parece legitimar este tipo de prevención¹⁸.

Como medida de precaución habría que tratar de no contribuir a la difusión de un modelo patológico listo

24 para servir¹⁸. Conviene evitar el mito de considerar la anorexia nerviosa como una enfermedad de moda, lo que podría hacerla atractiva a algunas adolescentes²². Los fenómenos de emulación y mimetismo son frecuentes en éstas edades. Las adolescentes buscan sus modelos de comportamiento en las otras chicas, primero las más cercanas, luego en las que aparecen en las series de televisión, los anuncios, en las famosas. Por eso puede resultar peligroso y nocivo dar publicidad sensacionalista sobre estos trastornos pues puede actuar como un verdadero semillero de nuevos casos¹⁰⁸. El dar la información pertinente sobre estas enfermedades en lugar de significar una advertencia para el cuidado y la detección temprana puede acabar siendo un modo de aprender cómo hacer para finalmente terminar padeciéndolas¹⁰⁹. Es el riesgo de dar sólo información sin modificar actitudes, sin emplear técnicas de implicación. No basta con impartir contenidos de conocimientos. Es precisa una metodología activa que responda a contenidos de procedimientos y actitudinales¹¹⁰. La mayor información no ha producido aún una reducción de su frecuencia ni en nuestro país ni en otros del mundo occidental. Si no se organiza adecuadamente la prevención en unos años el porcentaje de anoréxicos podría ser más elevado¹¹¹.

Otro de los riesgos al intentar prevenir es el de alertar tanto que se produzca el efecto de pánico, de terminar viendo el problema en todas partes, aun en conductas triviales o pasajeras o propias de una determinada edad y exentas de toda gravedad¹⁰⁹.

Parece difícil, pero no imposible el cambio de las influencias socioculturales como la fascinación por la delgadez¹¹². En nuestra opinión hay que intentarlo, aunque sea un terreno de difícil abordaje y cualquier intervención pueda parecer un torpe intento frente al desmesurado bombardeo adelgazante a que nos somete nuestra civilización finisecular⁹. La dificultad para introducir cambios en la influencia del contexto sociocultural no supone que no haya que luchar por ello, defendiendo otros valores que contribuyan realmente al desarrollo de la personalidad de los jóvenes. Será importante poner en marcha programas educativos, destinados a enseñar a los niños hábitos dietéticos sanos e información fiable sobre parámetros de peso y talla antes de que puedan sucumbir a las aberraciones de las modas¹¹³. La información al ciudadano es el primer paso de la prevención, pero no suficiente si no va acompañada de una acción local, en el centro de salud y en la escuela donde aún queda mucho por hacer. La modificación de creencias y costumbre de una sociedad

donde hacen dieta cada primavera varios miles de personas es un proceso más difícil⁹⁹. Se han propuesto estrategias destinadas a reducir la influencia en los adolescentes de ciertos fenómenos socioeconómicos y sus correlatos culturales que propician desviaciones del comportamiento alimentario y de la actitud hacia el cuerpo. Se recomienda el desarrollo de programas preventivos en el ámbito escolar y académico así como una mayor presencia en los medios de comunicación de profesionales que informen a las familias de los factores de riesgo y primeros síntomas¹¹⁴.

La prevención primaria es la ideal para Fairburn (1995) pero requiere un conocimiento de los procesos implicados en el desarrollo de los trastornos que en la anorexia y bulimia es incompleto. La meta de los programas educativos propuestos hasta la fecha ha sido modificar las conductas precursoras de los trastornos alimentarios (reducir la prevalencia de dietas, control de peso, uso de lavativas, laxantes y vómito autoinducido) en el grupo etario más vulnerable, generalmente en escolares, estudiantes. Los resultados de estos programas han sido decepcionantes, sin cambios en las conductas, pero sí en los conocimientos. Las intervenciones en la escuela se ponen en duda para éste autor que apunta hacia estrategias preventivas diferentes centradas en sujetos con especial alto riesgo y recomienda una investigación de la eficacia antes de su uso¹¹⁵.

Slade (1995) sugiere como primera posible intervención en prevención primaria persuadir a la prensa, en especial la de la mujer y moda, para incluir otros modelos corporales entre sus páginas. El mensaje crucial a transmitir no es que la delgadez es mala, sino que un amplio rango de formas y tallas es aceptable y deseable en nuestra sociedad. El mensaje asociado es oponer a la conformidad con el "ideal de delgadez" los valores "individualidad" y "autoaceptación". Una segunda posibilidad ha sido defendida por Salmons (1987) y Hamilton y Waller (1992) con el uso de la educación para la salud en la escuela tendente a desarrollar el juicio crítico frente a los medios de comunicación, las revistas de mujeres y moda y reconocer lo apropiado o no de sus mensajes. Una segunda tarea sería aumentar el conocimiento del público general respecto a la naturaleza y gravedad de los trastornos alimentarios con informaciones correctas. Una tercera tarea sería ocuparse de la población de riesgo: adolescentes y jóvenes adultos. Crisp (1988) ha sugerido que la intervención ha de dirigirse a los escolares: darles información, técnicas conductuales directas, oportunidades personales, experien-

ciales de autoconocimiento. Carney (1986) en Canadá introdujo un curriculum preventivo estructurado para anorexia y bulimia, mezcla de grupos de discusión y aprendizaje con la experiencia, para cambiar las actitudes hacia la delgadez, dietas, competición y los papeles de las chicas adolescentes y mujeres en nuestra sociedad como objetivos. Hasta la fecha ninguna de estas tres vías sugeridas ha producido cambios. Son precisos estudios prospectivos de seguimiento a largo plazo en los grupos de riesgo tras la intervención¹¹⁶.

En nuestro país Morandé (1995) trabaja con chicos y chicas de 15 y 16 años escolarizados con una preselección, mediante la determinación ponderoestatural y la aplicación del EDI (Eating Disorders Inventory) original y otros cuestionarios, de un grupo de sujetos con ideación anoréxica significativamente alta, rendimiento escolar elevado, IMC sospechoso y red social escasa. Tras una segunda etapa de confirmación diagnóstica se realizan seis sesiones de dos horas de habilidades sociales, relajación, autoestima, información nutricional, proceso de información e información sobre anorexia y bulimia nerviosa. Se evalúa un año después⁹⁹. Líndez (1996) en alumnos de 1º de BUP de institutos de Reus lleva a cabo una actividad desde el programa de educación para la salud para que los chicos y chicas en edad de riesgo de padecer anorexia o bulimia adquirieran un conocimiento más amplio para poder detectarlas precozmente en un compañero y tomar las medidas más adecuadas para iniciar el tratamiento. Proyecta además un taller "Cómo comemos, cómo nos vemos" en adolescentes de 1º de BUP con cuatro sesiones: autoestima, psicología aplicada, expresión y conocimiento corporal y alimentación¹¹⁷. Creemos importante no separar la prevención de los trastornos de la conducta alimentaria del resto de la educación para la salud en alimentación-nutrición. El comer contemporáneo se ha vuelto desocializado e individualizado. El picar en forma de episodios en horarios irregularmente establecidos con ingestas nutricionales impredecibles ha reemplazado la tradición de varias comidas al día con horarios regulares. Estas tendencias son particularmente evidentes entre estudiantes, donde los trastornos alimentarios son relativamente frecuentes⁸. Según la Guía de la American Medical Association para las Actividades Preventivas en el Adolescente (GAPA) el estilo de vida lleno de ocupaciones de los familiares actuales hace que a menudo los adolescentes se salten comidas o que su alimentación básica consista en bocadillos. Las costumbres dietéticas desordenadas, incluida la preocupación por el peso y las

medidas extremas para perderlo son comunes en los adolescentes. Los programas de educación sanitaria dan resultado en ellos, como el de Perry et al (1987) que demuestra que con entrenamiento en destrezas sociales sobre cómo mantener una dieta adecuada en estudiantes de instituto aumenta el conocimiento y las actitudes sobre las elecciones de alimentos saludables¹¹⁸. Prevenir los trastornos alimentarios puede significar la obligación de establecer medidas muy tempranas y los programas de educación alimentaria en las escuelas son un buen medio para prevenirlos. Se ha observado que si se reduce el número de personas jóvenes que hacen dieta de forma innecesaria se reduce la incidencia de anorexia nerviosa (Killen y col, 1993). Por lo tanto, una educación temprana en los aspectos positivos: alimentos, ejercicio, dieta; y negativos: anorexia, bulimia y obesidad, pueden reducir la futura aparición de estas enfermedades. Un programa de prevención primaria completo ha de abordar la sensibilización e información de los sujetos a riesgo y sus familias en primer lugar, y en segundo de la población general; modificar las conductas precursoras de la enfermedad (como dietas sin motivo justificado); identificar los grupos de riesgo y trabajar específicamente con ellos, actuar sobre los estereotipos culturales y el "body business" y dar educación escolar¹¹⁹. Se trataría de actuar en la población infanto-juvenil: favorecer su autoestima, autoimagen, comunicación interpersonal, integración social, juicio crítico ante los modelos culturales y mensajes de los medios de comunicación, disfrute vital. Y también en la familia: sobre la sobreprotección, comunicación, afectividad, valores y control de la televisión, medios de comunicación¹²⁰. Nuestra experiencia personal en el campo del tiempo libre, comedores escolares¹²¹ y centros de enseñanza secundaria¹²² redundaría en este abordaje global dentro de un contexto más amplio: una adecuada educación para la salud, promoción del desarrollo personal y social^{110,123}, educando en alimentación-nutrición, salud mental y emocional, educación afectivo-sexual, en el contexto de la higiene mental¹²⁴.

Piran (1992) trabajando en la prevención de los trastornos de la conducta alimentaria con un ensayo en población de alto riesgo (con una subcultura) ha descubierto que la creación de un ambiente de apoyo a través de intervenciones con adultos previo a intervenir con los niños puede ser crucial en la experiencia de apoyo del niño y facilitar un impacto positivo. Además la disponibilidad personal del educador grupal en la escuela ayuda a la revelación de sintomatología y de una historia de abusos pasados¹²⁵.

26

Gómez (1996) desde la orientación naturista propugna emplear el dinero que la sanidad pública gasta en la asistencia en dar mayor educación sanitaria a la población y educar dietéticamente a las madres. Considera que así se reducirían drásticamente muchos de los casos de anoréxicas y bulímicas¹⁰⁸. Esta afirmación se nos antoja exagerada y sin base empírica. Nos parece importante destinar recursos a la educación para la salud, promoción y prevención de los trastornos alimentarios pero sin caer en el error de olvidar tratar adecuadamente los casos detectados. No se trata de desvestir un santo para vestir a otro. Parece existir preocupación por parte de los políticos ante este problema sociosanitario. Así el 25 de febrero de 1997 el Congreso de los Diputados aprobó por unanimidad una proposición no de ley que exige, con buen criterio, profundizar en los programas de educación sanitaria que promocionen los hábitos de dieta saludables, así como la restricción publicitaria de productos que prometen rebajar peso de forma casi milagrosa pero no olvida una mayor coordinación sanitaria, la elaboración de un protocolo terapéutico y la creación de unidades específicas^{89,101}.

Hoy en día ver si es posible prevenir la aparición de estos trastornos con medidas diseñadas para grupos de riesgo es un área de investigación¹²⁶. Si la prevención primaria parece un sueño todavía lejano, la prevención secundaria es un deseo realista. La detección temprana de pre-anoréxicas se asocia con buenos resultados evolutivos. Parece haber un consenso general entre los estudiosos de esta materia para afirmar que mientras mayor es el intervalo que pasa entre el inicio del desarrollo del trastorno y la intervención terapéutica, peor es el resultado en la evolución y el pronóstico. Es de capital importancia por tanto identificar a los individuos de alto riesgo de desarrollar un trastorno alimentario para poder incidir en las etapas tempranas de la enfermedad y hacer una intervención precoz^{62,127}. Los cuestionarios estandarizados pueden ser instrumentos útiles y económicos para identificar casos de trastornos alimentarios incipientes, en especial en la población a riesgo¹¹². Para la prevención de los trastornos alimentarios sería importante administrar a la población adolescente o preadolescente en el sistema escolar o sanitario cuestionarios autoevaluativos (EAT-40, EDI, BITE) que permitan la valoración sistemática del comportamiento alimentario^{97,119}. La detección de sujetos de riesgo y los estudios longitudinales a largo plazo son fundamentales para una mejor comprensión de la naturaleza del problema y para elaborar programas de prevención⁸⁸.

MEDIDAS DE PREVENCIÓN: UN PROGRAMA DE INTERVENCIÓN COMUNITARIA EN ESCOLARES DE ENSEÑANZA SECUNDARIA OBLIGATORIA

Se propone un programa de prevención primaria y secundaria en población adolescente de 1º de Enseñanza Secundaria Obligatoria (ESO). Se basa en nuestra experiencia^{110,121,122} y la información disponible sobre el tema en la actualidad. Está dentro del marco teórico de la educación para la salud.

Diseño: experimental tipo SOLOMON¹²⁸ con seguimiento evolutivo a uno y tres, cuatro años, en 2º y 4º de ESO, para evitar un gran número de pérdidas por "muerte experimental", al ser obligatoria la escolaridad hasta los 16 años. Para asegurar la equivalencia de los grupos se intenta emplear un procedimiento aleatorio de selección. Se decide el muestreo por conglomerados entre los centros públicos y privados de Enseñanza Secundaria de Zaragoza seleccionando dos aulas de 1º de ESO por centro, que dividiremos en dos grupos al azar. Serían en total cuatro grupos por centro: dos experimentales y dos controles. A uno de los grupos experimentales y a un control se les aplica una medición previa a la intervención. Este diseño aúna las ventajas de diseños de dos grupos con medida postratamiento y de dos grupos con medidas pre y postratamiento y controla el efecto de la aplicación de la medición, de la preintervención o pretratamiento (prevención en este caso)¹²⁸. En los grupos experimentales en los que se realiza la intervención se trabaja igual con la población considerada a riesgo, con puntuación superior a un punto de corte en la versión española del Eating Attitudes Test EAT-40, y con la población considerada sin riesgo, con una puntuación inferior al umbral valorado como posiblemente patológico, lo que nos permitirá descubrir si existen diferencias.

Se puede cuestionar desde la ética el dejar sin intervención a los dos grupos controles. Dado que no está probada la eficacia de un programa preventivo como éste creemos que es importante poder demostrarla de un modo científico, y para hacerlo es preciso que haya grupos de control. Por ello consideramos que no es reprochable la existencia de grupos controles sino todo lo contrario.

La población diana serían adolescentes escolarizados, mujeres y varones, de 12-13 años, de 1º de ESO.

Se presta atención a los adolescentes, sin olvidar a padres y educadores. La edad idónea para fomentar hábitos y actitudes positivas es la escolar, integrando en el proceso de aprendizaje y educación materias de educa-

ción para la salud ; pero simultáneamente se deben conseguir cambios de comportamiento del núcleo familiar, reforzado todo ello por campañas de información dirigidas al público en general²⁹. El tiempo para integrar los valores para educar en la salud descansa sobre tres pilares: tiempo libre, escuela y familia¹⁰.

Se realiza en la comunidad, en el medio escolar porque la escuela reúne varias condiciones que la convierten en un escenario ideal de trabajo como institución de socialización más apropiada para desarrollar intervenciones efectivas^{130, 131}.

Tabla 2

Contenidos	Actividades	Autocuestionarios
Nutrición-Alimentación	Encuesta dietética en pequeño grupo, charla, discusión	Cuestionario conocimientos de nutrición (Ruiz y cols, 1998). EAT-40 (Castro y cols, 1991): actitudes.
Imagen corporal-Sexualidad-Crítica del modelo estético	Peso y talla con cálculo del IMC, dibujo figura humana "ideal", juego de roles "el gordito", diapositivas de publicidad con crítica, dramatización de anuncio	Subescala IA e IC de EDI (Guimerá y cols, 1987), Factor I de CIMEC (Toro y cols, 1994), SATAQ (Heinberg et al, 1994), Escala Analógica Visual (Heinberg & Thompson, 1995)
Autoestima-Autoconcepto	Arbol de autoestima, anuncio publicitario, espejo, "caricias" interpersonales	Escala de autoconcepto (AC) Martolrell y cols (1993), test de Autoestima (Pope et al, 1998)
Asertividad-Habilidades sociales	Juego de roles, expresión de emociones, dinámicas de grupo	Escala de Conducta Asertiva "Pluridimensional" de 16 ítems, SCP de 8 ítems (Gismero, 1996)

El programa se desarrollará por un equipo multidisciplinar (grupo ZARIMA) en colaboración con las instituciones, gobierno regional (DGA), centros sanitarios (Hospital Provincial, Hospital Clínico Universitario de Zaragoza), Unidad Mixta de Investigación Hospital Clínico Universitario - Universidad de Zaragoza, asociaciones de padres y direcciones de centros de enseñanza,

Asociación Aragonesa de Familiares de Enfermos con Trastornos del Comportamiento Alimentario (ARBADA).

Intervención en la familia: 1-charla informativa para padres, con contenidos de conocimientos acerca de los TCA y formas de prevenirlos en familia, indicadores de riesgo, para su detección precoz y un tiempo final para el diálogo, coloquio. Es un método de exposición¹³², el procedimiento directo más utilizado en nuestro medio para dirigirse a grupos¹³¹.

2-Folleto (medio de comunicación de masas) con claves educativas para los padres¹²⁰. Es un método indirecto visual, menos eficaz y eficiente que uno directo, pero útil para informar, interesar y sensibilizar a la población¹³¹.

Intervención en los adolescentes: se trabaja en grupo. Se aprovecha su valor terapéutico y de aprendizaje¹²⁰. Se realiza un taller en una de las aulas seleccionadas en cada centro con cuatro sesiones de una hora, en cuatro clases en horario escolar, con la presencia del profesorado, con contenidos sobre la nutrición, imagen corporal, crítica del modelo estético, autoconcepto, autoestima, asertividad y habilidades sociales (TABLA 2). Se hace fraccionamiento del gran grupo, método de discusión, útil para extraer información de la experiencia, vivencias, saber colectivo^{131,132}. Se realizan técnicas de implicación: con concienciación e implicación emotiva: juego de roles, dramatización, animación teatral, expresión artística mediante el dibujo¹³².

Se realizará asimismo un folleto para los adolescentes con el fin de reforzar la intervención.

Evaluación: con métodos cuantitativos y cualitativos¹³³.

- *Evaluación del impacto y de resultados:* con métodos cuantitativos: medición pretest y postest¹³³ de conocimientos y actitudes mediante cuestionarios autoaplicados antes y después de la intervención, al año y a los tres, cuatro años (a los 16 años, dos fases: con EAT-40 y entrevista).

- *Evaluación del proceso:* con métodos cualitativos: observador externo participante (el docente, profesor o tutor) con observación estructurada y mediante el debate con los participantes¹³⁴.

Se busca que la evaluación sea útil, factible, ética y precisa¹³⁵.

BIBLIOGRAFÍA

1. Garfinkel P E, Garner D M. Anorexia nervosa: a multidimensional perspective. New York: Brunner Mazel Publishers; 1982.
2. Toro J, Salamero M, Martínez M. Assesment of sociocultural influences on the aesthetic body shape model in anorexia nervosa. *Acta Psychiatr Scand* 1994; 89: 147-151.
3. Toro J, Salamero M, Martínez M. Evaluación de las influencias socioculturales sobre el modelo estético corporal en la anorexia nervosa. *Rev Psiquiatría Fac Med Barna* 1995; 22, 7: 205-214.
4. Lázaro L, Toro J, Canalda G, Castro J, Martínez E, Puig J. Variables clínicas, psicológicas y biológicas en un grupo de 108 pacientes adolescentes con anorexia nerviosa. *Med Clin* 1996; 107: 169-174.
5. Toro J. El cuerpo como delito. Anorexia, bulimia, cultura y sociedad. Barcelona: Ariel; 1996.
6. Hoffmann JM, Maldonado JM. Más allá de la nutrición : trastornos de la alimentación desde la primera infancia a la adolescencia. En: Saucedo JM, Maldonado JM : *Temas de Pediatría. Psiquiatría*. México: McGraw-Hill Interamericana ; 1998.p. 69-91.
7. Vidal S: Factores socioculturales y relaciones interpersonales en la anorexia nerviosa. En: Turón V J: *Trastornos de la alimentación, Anorexia nerviosa, bulimia y obesidad*. Barcelona: Masson: 1997. p. 80-91.
8. Gordon R A. Anorexia y bulimia. Anatomía de una epidemia social. Barcelona: Ariel; 1994.
9. Ruiz PM. Anorexia nerviosa, sociedad y cultura. *Trabajo social y salud* 1997; 27: 187-194.
10. Caparrós N, Sanfeliu I. La anorexia. Una locura del cuerpo. Madrid : Biblioteca Nueva ; 1997.
11. Vandereycken W, Van Deth R. From fasting saints to anorexic girls. The history of self-starvation. New York : New York University Press ; 1994.
12. Vandereycken W, Hoek H W. Are eating disorders Culture-Bound Syndromes?. En : Halmi K A, *Psychobiology and treatment of anorexia nervosa*. 1 ed. Washington: American Psychiatric Press 1992: 19-36.
13. Garner DM. Psychoeducational principles in treatment. En : Garner D M, Garfinkel P E. *Handbook of treatment for eating disorders*. 2ª ed. New York: The Guilford Press; 1997. p. 145-177.
14. Toro J. Factores socioculturales en la anorexia nerviosa. *Jano* 1986 , 667 : 2021-2023.
15. Sánchez L. Bulimia nerviosa. En: Vallejo J. *UPDATE Psiquiatría Avances en Medicina*. Barcelona: Salvat; 1992, p. 26-37.
16. Sánchez L. Bulimia nerviosa. *Epidemiología. Monografías de Psiquiatría* 1997; 2: 7-9.
17. Toro J, Castro J, Nicolau R, Cervera M, Toro A, Zaragoza M, Blecua MJ. Estudio descriptivo de 221 pacientes con anorexia nerviosa. *Psiquiatría biológica* 1995; 2 (5): 181-187.
18. Guillemot A, Laxenaire M. Anorexia nerviosa y bulimia. El peso de la cultura. Barcelona, Masson; 1994.
19. Toro J, Castro J, García M, Pérez P, Cuesta L. Eating attitudes, socio-demographic factors and body shape evaluation in adolescence. *British Journal of Medical Psychology* 1989; 62: 61-70.
20. Wicks-Nelson R, Israel AC. *Psicopatología del niño y del adolescente*. 3 ed. Madrid: Prentice Hall; 1997.
21. Berger K S, Thompson RA. *Psicología del desarrollo: infancia y adolescencia*. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 1997.
22. Martínez-Fornés S. La obsesión por adelgazar. *Bulimia y anorexia*. Madrid: Espasa Calpe; 1994.
23. Way K. Anorexia nerviosa. Causas, consecuencias, tratamiento y recuperación. Barcelona: Edicions Bellaterra; 1996.
24. Hyde J SH. *Psicología de la mujer. La otra mitad de la experiencia humana*. Madrid: Ediciones Morata; 1995.
25. Stice E. Review of the evidence for a sociocultural model of bulimia nervosa and an exploration of the mechanisms of action. *Clinical psychological review* 1994; 14: 633-661.
26. Striegel-Moore RH, Kearny-Cooke A. Exploring parent's attitudes and behaviors about their children's physical appearance. *International Journal of Eating Disorders* 1994; 15: 377-385.
27. Guillen EO, Barr SI. Nutrition, dieting, and fitness messages in a magazine for adolescent women, 1970-1990. *Journal of adolescent health* 1994; 15: 464-472.
28. Toro J, Cervera M, Pérez P. Publicidad y anorexia nerviosa. *Rev Neur Psiq Inf* 1988; 12: 139-141.
29. Toro J, Cervera M, Pérez P. Body shape, publicity and anorexia nervosa. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1988; 23: 132-136.
30. García F. *Las adoradoras de la delgadez. Anorexia nerviosa*. Madrid, Díaz de Santos, 1993.
31. Esteban M L. Imagen corporal y alimentación: las mujeres y el miedo al descontrol. *Salud* 2000 1997; 61: 29-31.
32. Cruz J. Alimentación y cultura. *Antropología de la conducta alimentaria*. Pamplona: Eunsa; 1991.
33. Buckroyd J. Anorexia y bulimia. Barcelona : Martínez Roca ; 1997.
34. Gismero E. *Habilidades sociales y anorexia nerviosa*. Madrid: Universidad Pontificia Comillas; 1996.
35. Ochoa E FL. *De la anorexia a la bulimia*. Madrid, Santillana, 1996.
36. Stierlin H, Weber G. ¿Qué hay detrás de la puerta de la familia ? Llaves sistémicas para la apertura, comprensión y tratamiento de la anorexia nerviosa. 2ª de. Barcelona: Gedisa; 1997.
37. Grigg M, Bowman J, Redman S. Disordered eating and unhealthy weight reduction practices among adolescent females. *Preventive Medicine* 1996; 25: 748-756.
38. Goodman W Ch. *The invisible woman. Confronting weight prejudice in America*. Carlsbad: Gürze Books, 1995.
39. Klein R. *¡Coma grasas !*. Barcelona. Edhasa; 1997.
40. Johnston J E. *Por qué no me gusto. Cómo dejar de preocuparnos por nuestro aspecto físico*. Barcelona. Paidós Ibérica; 1996.

41. Van der Broucke S, Vandereycken W, Norré J. Eating disorders and marital relationships. London: Routledge; 1997.
42. Kaplan L J. Perversiones femeninas. Las tentaciones de Emma Bovary. Buenos Aires: Paidós; 1994.
43. Tridenti A, Bocchia S. Il fenomeno anoressico/bulimico. Un tentativo di compresione unitaria dei disturbi del comportamento alimentare. Milano: Masson; 1993.
44. Castro J. La anorexia nerviosa. Medicina Integral 1996; 27(10): 412-418.
45. Bultó L, Salvador G. ¿Sabemos comer? Barcelona: Larousse; 1997.
46. Rodin J. Las trampas del cuerpo. Cómo dejar de preocuparse por la propia apariencia física. Barcelona: Paidós; 1993.
47. Cohen M A. Tostadas y mermelada para el desayuno. Hacer las paces con la alimentación emocional. Barcelona: Pirámide; 1997.
48. Herscovici CR, Bay L. Anorexia nerviosa y bulimia. Amenazas a la autonomía. Buenos Aires: Paidós; 1993.
49. Coll M, Quinn M. Anorexia y bulimia. Un problema actual. Barcelona: Colimbo ediciones; 1995.
50. Schwartz MF, Cohn L, editores. Sexual Abuse and Eating Disorders. New York: Brunner/Mazel ; 1996.
51. Joffe A. Anorexia nerviosa y bulimia. In: Parker S, Zuckerman B, editores. Pediatría del comportamiento y del desarrollo. Manual para la asistencia primaria. Barcelona: Masson-Little Brown; 1996, p.81-89.
52. Tannenhaus N. Anorexia y bulimia. Barcelona: Plaza&Janés Editores; 1995.
53. Brusset B. La expresión somática. La anorexia mental de las adolescentes. En: Levobici S, Diatkine R, Soulé M, editores. Tratado de Psiquiatría el niño y del adolescente. Madrid: Biblioteca Nueva; 1990. p. 185-207.
54. Raimbault G, Eliacheff C. Las indomables. Figuras de la anorexia. Buenos Aires: Nueva Visión; 1991.
55. Brusset B. Psychogenèse de l'anorexie mentale. In: Samuel-Lajeunesse, Foulon Ch. Les conduites alimentaires. Paris: Masson; 1994. p.22-30.
56. Abraham S, Llewelyn-Jones D. Anorexia y bulimia. Desórdenes alimentarios. Madrid: Alianza Editorial; 1994.
57. Abraham S, Llewelyn-Jones D. Eating disorders. The facts. Fourth Edition. New York: Oxford University Press; 1997.
58. Fichter MM. Eating disorders: anorexia nervosa, bulimia nervosa and obesity. In : Seva A, director: The European Handbook of Psychiatry and Mental Health. Barcelona: Anthropos. Pressas Universitarias de Zaragoza; 1991. p. 1523-1531.
59. Agman G, Corcos M, Jeammet Ph. Troubles des conduites alimentaires. Editions Techniques. Encycl Méd Chir (Paris-France), Psychiatrie, 37-350-A-10, 1994, 16p.
60. Vaz FJ, Jarabo Y: Intervención familiar en bulimia nerviosa de evolución crónica. Redes. Revista de psicoterapia relacional e intervenciones sociales 1997; 1: 11-28.
61. Espina A. Anorexia nerviosa y contexto psicosocial. En: Ríos JA: La familia: realidad y mito. Madrid: Editorial Centro de Estudios Ramón Areces; 1998. p. 39-69.
62. Espina A. Anorexia nerviosa y familia. En: Ríos JA: El malestar en la familia. Madrid: Editorial Centro de Estudios Ramón Areces; 1998. p. 147-162.
63. Pearce J. Comer: manías y caprichos. Soluciones para niños que no comen o comen demasiado. Barcelona: Paidós; 1995.
64. Yalom M. Historia del pecho. Barcelona: Tusquets Editores; 1997.
65. Pellet J, Lang F, Estour B, Chazot L, Lafond F. Les troubles du comportement alimentaire. Congrès de Psychiatrie et de Neurologie de langue française. Tome I, Rapport de Psychiatrie.LXXXXI Session 1993. Paris: Masson; 1993.
66. Lucas AR. Anorexia nervosa and bulimia nervosa. In : Lewis M, editor. Child and Adolescent Psychiatry. A comprehensive Textbook. 2ª ed. Baltimore: Wilkins & Wilkins; 1996. p.586-593.
67. Halmi KA. Trastornos de la conducta alimentaria: anorexia nerviosa, bulimia nerviosa y obesidad. In: Hales RE, Yudofsky SC, Talbot JA, editores. Tratado de Psiquiatría, 2ª ed. Barcelona: Ancora; 1996.p.905-924.
68. Muñoz MT, Casa J, Jauregui I, Ceñal M J, López M R. Los trastornos del comportamiento alimentario: aspectos clínicos, orientaciones terapéuticas y sus implicaciones éticas y legales. Rev Esp Pediatr 1997; 53 (2): 172-187.
69. Zuckerfeld, Acto bulimico, cuerpo y tercera tópica. 2ª ed. Buenos Aires: Paidós; 1996.
70. Toro J. Factores psicológicos y sociales en los trastornos del comportamiento alimentario. En: XVII Reunión Nacional de la Sociedad Española de Psiquiatría Biológica. Madrid: Editorial Libro del Año; 1994. p. 276-283.
71. Vila M, Verdeguer M, Livianos L, Rodrigo G, Piles P. Factores predisponentes en la etiopatogenia de la A.N.: una revisión bibliográfica. En: Sevilla 95. La Psiquiatría en la década del cerebro. Madrid: Editorial Libro del Año; 1995. p. 392-395.
72. Migallón P, Gálvez B. Anorexia y bulimia. IAM, Gobierno de Aragón, Instituto de la Mujer, Ministerio de Sanidad y Consumo, COHBR; 1997.
73. Wren B, Lask B. Actiology. In: Lask B, Bryant-Waugh R, editores. Childhood onset anorexia nervosa and related eating disorders. Hove. East Sussex: Psychology Press. 1993. p. 69-89.
74. Chinchilla A. Guía teórico-práctica de los trastornos de conducta alimentaria: anorexia nerviosa y bulimia nerviosa. Barcelona: Masson; 1995.
75. Kröger F. Aspectos del comportamiento alimentario. In: Luban-Plozza B, Pöldinger W, Kröger F, Laederach-Hofmann K, editores. El enfermo psicosomático en la práctica. Barcelona: Herder; 1997. p. 203-226.
76. Ibáñez M. Evaluación médica de la anorexia nerviosa. In: Asociación para el Estudio de los trastornos del Comportamiento alimentario. Asociación en defensa de la atención a la anorexia nerviosa y bulimia. Clínica y Tratamiento de la Anorexia nerviosa en adolescentes. Madrid: AETCA, ADANER; 1996. p.11-29.
77. Feinstein SC, Sorosky AD. Trastornos de la alimentación. Bulimia, obesidad y anorexia nerviosa. Buenos Aires: Nueva Visión; 1988.

78. Mac Sween M. Anorexic bodies. A feminist and sociological perspective on anorexia nervosa. London: Routledge, 1993.
79. Campillo JE. Alimentación: Ciencia, Tradición y salud. "Controla tu peso y en alimentarte pon esmero con la ciencia y el refranero". Madrid: Arán Ediciones; 1997.
80. Alonso-Fernández A. Las otras drogas. Alimento, sexo, televisión, compras, juego, trabajo. Madrid: Temas de Hoy ; 1996.
81. Vaz FJ, Peñas EM, Guisado JA. Identidad clínica y relevancia de los trastornos alimentarios atípicos y subclínicos. *Anales de Psiquiatría* 1998; 14 (1): 8-14.
82. Lacruz J. Madera de pecio. Zaragoza: Mira Editores ; 1998.
83. Frances A, First MB, Pincus HA. DSM-IV. Guía de uso. Barcelona: Masson; 1997.
84. Castilla C. El delirio, un error necesario. Oviedo: Ediciones Nobel; 1998.
85. Vallejo-Nágera A. La edad del pavo. Consejos para lidiar con la rebeldía de los adolescentes. Madrid: Ediciones Temas de Hoy; 1997.
86. Heinberg LJ. Theories of body image disturbance: perceptual, developmental and sociocultural factors. In: Thompson JK, editor. *Body image, eating disorders and obesity. An integrative guide for assessment and treatment*. Washington: American Psychological Association; 1996, p.27-47.
87. Selvini-Palazzoli M. Anorexia nervosa: a syndrome of the affluent society. *Transcultural Psychiatry Research Review* 1985; 22: 199-205.
88. Mardomingo MJ. *Psiquiatría del niño y del adolescente*. Madrid: Díaz de Santos; 1994.
89. Editorial. Anorexia, una estética mortal. *Jano*, 1997; 1.203: 7.
90. Braconnier A. El sexo de las emociones. Barcelona: Editorial Andrés Bello Española; 1997.
91. Cabrera J, Fuertes JC. *Psiquiatría y Derecho: dos ciencias obligadas a entenderse*. Madrid: Cauce Editorial; 1997.
92. Hoek HW. The distribution of eating disorders. In: Brownell KD, Fairburn CG. *Eating disorders and obesity. A Comprehensive handbook*. New York: The Guilford Press, 1995: 207-211.
93. Castro J, Toro J. Anorexia mental. Aproximación psicosocial. *C Med Psicosom Sex* 1989; 9: 37-42.
94. Canals J, Barceló R, Doménech E. Cuestionario de actitudes alimentarias EAT en una población de edad puberal. Resultados. *Rev Psiqu Inf* 1990; 4: 265-268.
95. Raich RM, Deus J, Muñoz JM, Pérez O, Requena A. Estudio de actitudes alimentarias en una muestra de adolescentes. *Rev Psiquiatría Fac Med Barna* 1991,18 (7): 305-315.
96. Raich RM, Rosen JC, Deus J, Pérez O, Requena A, Gross J. Eating disorder symptoms among adolescent in the United States and Spain: a comparative study. *International journal of Eating Disorders* 1992; 11 (1): 63-72.
97. Carbajo G, Canals J, Fernández J, Doménech E. Cuestionario de actitudes alimentarias en una muestra de adolescentes: dos años de seguimiento. *Psiquis* 1995; 16 (4): 21-26.
98. Morandé G. Trastornos de la alimentación en niños y adolescentes. In: Romero AI, Fernández A: *Salud Mental. Formación continuada en Atención Primaria*. Madrid: IDEPSA; 1990, p.121-130.
99. Morandé G. Un peligro llamado anorexia. La tentación de adelgazar. Madrid: Temas de hoy, 1995.
100. Morandé G, Casas J. Trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes. *Anorexia nerviosa, bulimia y cuadros afines*. *Pediatr Integral* 1997; 2 (3): 243-260.
101. Morandé G. Trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes. ¿Una epidemia? *An Esp Pediatr* 1998; 48: 229-232.
102. Loureiro V, Dominguez M, Gestal JJ. Actitudes hacia la dieta y el peso en una población adolescente. *Anales de Psiquiatría* 1996; 12 (6): 242-247.
103. Kanarek RB, Marks-Kaufman R. *Nutrición y comportamiento*. Barcelona: Edicions Bellaterra; 1994.
104. Doy P. *Anorexia y Bulimia. La solución natural*. Barcelona. Tikal; 1997.
105. Skrabanek P, McCormick J. *Sofismas y desatinos en Medicina*. Barcelona: Doyma; 1992.
106. Ortiz-Tallo M. Anorexia y Bulimia nerviosas. In: Jiménez M: *Psicopatología infantil*. Archidona: Ediciones Aljibe; 1995, p.211-221.
107. Piedrafita Z, Monzón P. En: *Apuntes de Enfermería Psiquiátrica*. Zaragoza: Diputación Provincial de Zaragoza. Hospital Provincial N° Sª de Gracia de Zaragoza. Janssen-Cilag; 1997: 49-58.
108. Gómez P. *Anorexia nerviosa: la prevención en familia*. Madrid: Pirámide; 1996.
109. Crispo R, Figueroa E, Guelar D. Anorexia y Bulimia. Lo que hay que saber. Un mapa para recorrer un territorio trastornado. Barcelona: Gedisa; 1996.
110. Ruiz PJ, Ruiz PM. Una nueva posibilidad de educación para la salud: en el tiempo libre. *Atención Primaria* 1998; 21(5): 326-330.
111. Cervera M. *Riesgo y prevención de la anorexia y la bulimia*. Barcelona. Martínez Roca; 1996.
112. Vandereycken W, Meermann R. Anorexia nervosa: is prevention possible? *Int'L J Psychiatry in Medicine* 1984; 14 (3): 191-205.
113. Velilla JM. Anorexia y bulimia nerviosas. *La Carpeta* 1997 ; 45: 8-9.114. *Anuario de la Psiquiatría 1997. Sístole Ciencia y Medicina* 1997; novicmbre.
115. Fairburn CG. The prevention of eating disorders. En : Brownell KD, Fairburn CG . *Eating disorders and obesity. A comprehensive handbook*. New York: The Guilford Press, 1995: 289-293.
116. Slade P. Prospects for Prevention. In: Szmukler G, Dare C, Treasure J, editores. *Handbook of Eating Disorders: Theory, Treatment and Reserch*. Chichester: John Wiley & Sons; 1995.p.385-398.
117. Líndez P. Prevenir la anorexia y la bulimia. *Revista de Treball Social* 1996; 143: 90-94.
118. Elster AB, Kuznets NJ. *Guía de la AMA para actividades preventivas en el adolescente (GAPA)*. Madrid: Díaz de Santos, 1995.
119. Turón VJ. *Prevención y tratamiento de la anorexia nerviosa*. In : Turón

- VJ, editor: Trastornos de la alimentación. Anorexia nerviosa, bulimia y obesidad. Barcelona: Masson, 1997, p. 99-113.
120. Corral MI. La anorexia nerviosa y la bulimia, un problema de salud en crecimiento. In: Serrano MI, coordinadora-editora: La Educación para la Salud del siglo XXI. Comunicación y salud. Madrid: Díaz de Santos; 1998, p.123-141.
121. Ruiz PJ, Ruiz PM. El tiempo libre y la educación para la salud en alimentación-nutrición en comedores escolares y centros de tiempo libre. *An Esp Pediatr* 1995; 43: 447-448.
122. Ruiz PM, Velilla M, Corral C, González S, Seva A. Prevention of eating disorders in a private school. X World Congress of Psychiatry Madrid 1996; 2: 150.
123. López F. Prevención de los abusos sexuales de menores y educación sexual. Salamanca: Amarú Ediciones; 1995.
124. Seva A. Prevention of Mental Disorders. In: Seva A, director. The European Handbook of Psychiatry and Mental Health. Barcelona: Anthropos, Prensas Universitarias de Zaragoza ; 1991. p. 1833-1840.
125. Stermac L, Piran N, Sheridan PM. Sexual Abuse, Eating Disorders, and Prevention: Political and Social Realities. In: Schwartz MF, Cohn L, editores. *Sexual Abuse and Eating Disorders*. New York: Brunner/Mazel; 1996, p.78-87.
126. Bousoño M, González P, Bobes J. Psicobiología de la Bulimia Nerviosa. Barcelona: Laboratorios Dr Esteve; 1994.
127. Cervera S, Quintanilla B. Anorexia nerviosa: Manifestaciones psicopatológicas fundamentales. Pamplona: EUNSA; 1995.
128. Urosa B. Métodos cuantitativos de investigación en educación para la salud. In: Serrano MI, coordinadora-editora. La Educación para la Salud del siglo XXI. Comunicación y salud, Madrid: Díaz de Santos; 1998, p.31-64.
129. Sánchez J, Puche E, Castro B, Pastor R, Martínez R. Evaluación de la influencia de la educación sanitaria en la alimentación. *Atención Primaria* 1991; 8 (11): 938-941.
130. Sánchez A. Indicadores de riesgo en salud mental y estrategias de prevención en la adolescencia. Salamanca: Universidad Pontificia de Salamanca; 1995.
131. Salleras L. Educación Sanitaria. Principios, métodos y aplicaciones. Madrid: Díaz de Santos; 1985.
132. Rochon A. Educación para la salud. Guía Práctica para realizar un proyecto. Barcelona: Masson; 1991.
133. Hawe P, Degeling D, Hall J. Evaluación en promoción de la salud. Guía para trabajadores de salud. Barcelona: Masson; 1993.
134. Viche M. Intervención sociocultural. Valencia : Federación Valenciana de Animación y Cultura Popular; 1989.
135. Joint Committee on Standars for Educational Evaluation. Normas de evaluación para programas, proyectos y material didáctico. México: Trillas, 1988.