



COMILLAS
UNIVERSIDAD PONTIFICIA

ICAI

ICADE

CIHS

FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS Y SOCIALES.

REVISIÓN ACTUALIZADA DE LOS TRASTORNOS DE
LA CONDUCTA ALIMENTARIA Y PROGRAMAS DE
PREVENCIÓN EN ADOLESCENTES.

Autora: Xantal Mayoz Fernández.

Directora: Elisa Hormaechea García.

Madrid

2018/ 2019

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN	2
2. DESARROLLO HISTÓRICO.....	2
3. DESCRIPCIÓN DE LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA..	4
3.1.1 Anorexia Nerviosa.....	8
3.1.2 Bulimia Nerviosa	9
3.1.3 Trastorno por atracón.....	9
3.1.4 Trastornos de la conducta alimentaria no especificados.....	10
4. DIFERENCIAS DE GÉNERO.....	11
5. PROGRAMAS DE PREVENCIÓN.....	13
6. CONCLUSIONES	17
7. REFERENCIAS.....	23

1. INTRODUCCIÓN

Este trabajo de fin de grado tiene como objetivo presentar la trayectoria histórica de los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) en adolescentes, así como realizar una revisión bibliográfica actualizada teniendo en cuenta su etiología y prevalencia. Por otro lado, plasmar las diferencias de género y sus causas, y finalmente revisar los programas de prevención en adolescentes. Concluyendo con una posible propuesta de tratamiento en el ámbito escolar.

2. DESARROLLO HISTÓRICO

Los Trastorno de la Conducta Alimentaria parecen haber surgido en nuestra sociedad durante la última década pero, lo cierto es que, ya durante la Edad Media tanto hombres como mujeres realizaban periodos de ayuno de carácter religioso (Bajtin, 2003).

En 1689 un conocido médico inglés, Richard Morton, introdujo el término anorexia nerviosa y lo describió de manera similar a nuestra actual definición de anorexia. La palabra deriva del Griego *orexis* y significa ausencia de apetito (Almenara, 2006). Sin embargo mucho tiempo antes, Hipócrates en su obra *Aforismos*, describía como impuras a aquellas personas que se negaban a ingerir alimentos (Almenara, 2006).

Pasaron muchos años hasta que el Dr. Otto Döerr (1972) introdujo el concepto bulimia nerviosa. Bulimia deriva del Griego *boulimos* y literalmente significa “hambre del buey”.

De aquí en adelante comenzaron muchas especulaciones acerca de cuáles podían ser las causas del trastorno. Los comportamientos de las personas con TCA ya se comenzaron a describir en el siglo XIX, peor no fue hasta más tarde cuando se consideró una psicopatología. No está claro aún si los TCA han existido siempre o han surgido de manera reciente. Generalmente los expertos defienden que siempre han existido pero, debido a sus recientes tasas de crecimiento se ha visto la necesidad de incluirlo como trastorno (Vedul-Kjelsa & Göttestam, 2004).

Dependiendo de la cultura y el momento histórico, la belleza corporal ha ido variando pero ésta siempre ha estado relacionada con el ámbito social. Es verdad que el cuerpo siempre ha recibido importancia a lo largo de la historia pero ha sido a finales del siglo XX y principios del siglo XXI cuando el culto al cuerpo ha incrementado de manera exponencial (Contreras- Hernández et al cols., 2005).

En la actualidad, el culto a la extrema delgadez en mujeres y el cuerpo musculoso en hombres, viene muy influenciado por los medios de comunicación. Los medios no son la causa de los TCA pero sí un factor de riesgo. Schooler y Trich (2011) llevaron a cabo un estudio en el que concluyeron que las niñas que veían la televisión más de 28 horas semanales eran más propensas a estar insatisfechas con su imagen corporal.

Es inevitable hacer comparaciones con modelos, deportistas y personajes públicos que continuamente venden su cuerpo. Esta continua exposición a la publicidad, repercute directamente sobre la autoestima e insatisfacción corporal de las personas y más concretamente de los adolescentes.

La baja autoestima en la adolescencia viene muy relacionada con las hormonas sexuales ya que influyen sobre el estado de ánimo y la conducta de la alimentación. Se ha encontrado que los adolescentes que atraviesan una maduración precoz, tienen mayores riesgo de desarrollar un trastorno. La autoestima baja es un rasgo común entre adolescentes y en gran parte está influenciada por la insatisfacción corporal (Portela de Santana, Costa, Mora & Raich, 2012).

Se llevó a cabo un estudio en Lima, Perú con el fin de analizar la influencia de los medios de comunicación en el desarrollo de algún TCA durante la adolescencia. Efectivamente, se ha demostrado que a mayor exposición a los medios de comunicación, mayor probabilidad de desarrollar un TCA. Esto no es una relación causal pero si probabilística. El problema no viene por estar expuesto a los medios de comunicación, ya que es muy difícil huir de ellos, pero, sería aconsejable que ciertos mensajes no fuesen emitidos o al menos se pudiese filtrar la información que llega en especial a los jóvenes (Lazo, Quenaya, & Maytan-Tristán, 2015).

Existen diferentes teorías socioculturales acerca de los TCA. El conflicto suele surgir a raíz de la discrepancia entre el aspecto físico real (autoimagen) y el ideal. Actualmente los cánones de belleza son muy demandantes. Es decir, para muchas personas poder cumplir con los cánones que nos impone la sociedad supone un gran esfuerzo. Tanto a nivel alimentario, restringiendo sus dietas, como a nivel deportivo, exigiendo muchas horas de ejercicio físico. Esto es algo que no todo el mundo es capaz de lograr, ya sea por tiempo o por el esfuerzo que supone. No solo esto, sino que no todo el mundo tiene la misma constitución y por lo tanto, no es posible lograr el mismo aspecto físico. (Salazar, 2013).

3. DESCRIPCIÓN DE LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

De acuerdo con la quinta edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, más comúnmente conocido como DSM-V, los TCA son un grupo de trastornos mentales caracterizados por una conducta alterada ante la ingesta alimentaria o la aparición de comportamientos de control de peso (*DSM-5, 2013*).

Los TCA son la tercera enfermedad crónica entre mujeres adolescentes más frecuente, después del asma y la obesidad (Gómez- Candela, et al., 2018).

A lo largo del siglo XXI los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) han ganado gran relevancia en nuestra sociedad. Por consiguiente es un área que se encuentra en auge en cuanto a su estudio. Sin embargo, el tipo de investigaciones siguen siendo muy similares a las realizadas años atrás, dejando de lado grupos poblacionales que pueden estar sufriendo alguno de estos trastornos de manera más silenciosa como por ejemplo, los hombres (Strother, Lemberg, Stanford & Turberville, 2012).

A pesar de todos los estudios realizados, la ciencia muestra una gran problemática a la hora de recuperarse de estos trastornos. Es por esto que se están comenzando a estudiar más a fondo los programas de prevención y la detección precoz (Ruíz Lázaro, 2003).

Existe una mayor vulnerabilidad entre las mujeres jóvenes pubescentes de áreas con mayor desarrollo. En los últimos treinta años las cifras de estos trastornos se han incrementado de manera notable. Las tasas de prevalencia son muy diversas dependiendo del estudio y las variables estudiadas pero, según el DSM- V (2013) de las mujeres jóvenes que se encuentran entre los 12 y 21 años, la prevalencia es de 0,4% para la anorexia nerviosa y de entre 1% y 1.4% en bulimia nerviosa. Del porcentaje total de adolescentes, aproximadamente entre un 5% y un 10% son hombres, es decir, la proporción de TCA mujeres/ hombres es de 10:1.

Los trastornos de la conducta alimentaria suelen surgir con mayor frecuencia a lo largo de la adolescencia, pero también hay casos en los que se desarrolla en etapas previas a la adolescencia o en la temprana juventud. Son trastornos que tienden a vetarse en cuanto a su expresión pero, la Organización Mundial de la Salud los registra como el dilema sanitario con mayor relevancia de nuestra sociedad actual. No solo por la cantidad de personas que son afectadas por los TCA sino por todos los fallecimientos que provoca (Oliva, Gandarillas, Ssonego, Díez- Gañán & Ordobás, 2011). El tratamiento para estos trastornos es prolongado en el tiempo debido a la falta de conciencia de enfermedad y además, si no se tratan adecuadamente pueden cronificarse. Existe incluso la posibilidad de que sea comórbida con otras enfermedades (Hudson, Hiripi, Pope, & Kessler, 2012).

En un estudio llevado a cabo por Rebuffo, Siravegna y Medrano (2012), se encontró una clara asociación entre sufrir un TCA y tener síntomas depresivos. En concreto dentro del estudio, el 72.5% de las participantes tenían un diagnóstico de bulimia nerviosa. También se ha encontrado comorbilidad entre los TCA y los trastornos de personalidad. Con respecto a la anorexia nerviosa suele darse comúnmente con trastornos de la personalidad del tipo C, es decir el trastorno dependiente, evitativo u obsesivo. En algunos casos, junto con la anorexia purgativa también puede darse el trastorno límite de personalidad, aunque esta comorbilidad es menos frecuente.

La bulimia suele darse simultáneamente con trastornos del tipo B como el límite y el histriónico (Echeburúa, Marañón & Grijalvo 2002). El hecho de sufrir una patología dual, es decir, una adicción a la vez que un trastorno, hace que el tratamiento sea más complejo además de menos esperanzador. Esto se debe a la complejidad que conlleva tratar dos enfermedades que se retroalimentan.

Los estudios acerca de cuáles son los factores de riesgo en el desarrollo de trastornos de la conducta alimentaria no han sido muy concluyentes hasta el momento. Muchas investigaciones hacen hincapié en ciertos factores que sí parecen ser determinantes, otras consideran solo un género o estudian muestras demasiado pequeñas sin llegar a ser significativas. Lo que sí han podido concluir es que los TCA son de origen multicausal y por consiguiente, no cabe destacar ningún factor como causa principal del desarrollo del trastorno (Portela de Santana, Costa, Mora & Raich, 2012). Por lo tanto podemos concluir que para que se de un TCA tiene que haber:

- Factores predisponentes: son las condiciones que aparecen antes de sufrir el episodio e incrementan la vulnerabilidad de sufrir el trastorno. A la hora de sufrir un TCA son múltiples los factores que te predisponen al riesgo de padecer uno. En primer lugar, el sexo y la edad; ser mujer y adolescente aumenta considerablemente el riesgo. En segundo lugar los factores biológicos; que alguien en tu familia haya padecido un TCA, aumenta el riesgo de padecerlo también. De hecho en la anorexia nerviosa se ha demostrado que la probabilidad es de entre un 50-85% (Portela de Santana, Costa, Mora & Raich, 2012).

Los factores socioculturales también tienen su repercusión a la hora de desarrollar un TCA. Un patrón familiar muy exigente y autoritativo, los medios de comunicación, la moda, etc, incluso la clase social en la que se sitúe o se haya criado la persona, puede repercutir. En la clase alta se encuentran mayores casos de anorexia mientras que en la clase baja de bulimia (Madruga, Leis, & Lambruschini).

Por último, las características individuales también pueden influir; la predisposición psicológica, el nivel de autoestima, la importancia que damos a las críticas o comentarios del resto, etc (Portela de Santana, Costa Ribeiro Junior, Mora, & Raich, 2012).

- Factores desencadenantes: son los estresores que ocurren antes del trastorno. Por ejemplo; acontecimientos vitales estresantes tales como el divorcio de los padres, poco apoyo social, pérdida de algún familiar, primeras relaciones sexuales etc (Rodríguez-Ruiz, Díaz, Ortega-Roldán, Mata, Delgado, & Fernández- Santaella, 2013).

- Factores de mantenimiento o perpetuantes: son aquellos que hacen que el trastorno se mantenga en el tiempo. En muchas ocasiones debido a la preocupación por parte de la familia y la falta de información, se contribuye de forma negativa en la salud del enfermo. También puede darse la iatrogenia, que consiste en hacer el mal cuando intentas ayudar. Es por esto que las relaciones que establecemos con las personal y la calidad de las mismas, se convierte en un factor de mantenimiento para la enfermedad (Portela de Santana, Costa, Mora, & Raich, 2012).

Como ya he mencionado anteriormente, el origen de los TCA es hasta el momento muy difuso. Sabemos que la serotonina en el sistema nervioso central tiene diversidad de funciones pero, entre ellas está la regulación del apetito y la sensación de saciedad. Según los estudios realizados con animales, la introducción de serotonina en el cuerpo elimina las ganas de ingerir alimentos, esto podría estar directamente relacionado con los trastornos. Otros estudios muestran el mal funcionamiento del sistema serotoninérgico en personas con TCA, es por esto que en muchos tratamientos de TCA utilizan inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (Hernández-Muñoz & Camarena- Medellin, 2014).

No todos los seres humanos somos iguales y no a todos los individuos que sufren o han sufrido un TCA se les ha constituido el trastorno de la misma manera, no hay trastornos de la conducta alimentaria iguales sino, trastornos de la conducta alimentaria con trayectorias muy diversas (Hernández & Camarena, 2014).

A continuación voy a mencionar y a explicar brevemente los TCA existentes y sus recientes modificaciones por el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-V, 2013) :

3.1.1 Anorexia Nerviosa

La anorexia nerviosa (AN) se caracteriza por una rigurosa restricción de alimentos, esto conlleva un peso por debajo de lo saludable según la edad y el sexo. Además de esto, tienen un fuerte miedo a coger peso y una imagen muy distorsionada de su silueta.

La manera que utilizan para no ganar peso es mediante el seguimiento de dietas hipocalóricas y/o conductas purgativas caracterizadas por vómitos, laxantes, y excesiva actividad física. Estas personas a pesar de tener un bajo peso, se ven gordas y es por esto que continúan disminuyendo la ingesta de alimentos y llevando a cabo conductas compensatorias.

En la mayoría de los casos es una enfermedad que se da en mujeres pero, en los últimos años se ha registrado un aumento en la cifra de hombres que padecen esta enfermedad también (Salas, Hodgson, Figueros, & Urrejola, 2011).

La enfermedad suele tener su comienzo durante la adolescencia debido a los cambios tanto físicos como psicológicos que se llevan a cabo en este periodo evolutivo. En ocasiones también se puede desarrollar la enfermedad en edades más adultas o incluso en la pre pubertad pero, su frecuencia es significativamente menor. En estos dos últimos casos las causas de su comienzo suelen ser diferentes, no tanto debido a la etapa en la que se encuentran sino más relacionado con situaciones o circunstancias concretas que está viviendo la persona, generalmente acontecimientos vitales estresantes.

Las personas que sufren este trastorno pueden ser divididas en dos subgrupos dependiendo del método que utilicen para perder peso. Por un lado está la anorexia restrictiva y por el otro la anorexia purgativa. El primero de ellos consiste en ingerir pocos alimentos, ayunar o hacer excesivo ejercicio mientras que la segunda consiste en recurrir al vómito, laxantes y demás, después de haber sufrido un atracón.

En este trastorno, un comienzo temprano y de corta duración es un buen pronóstico mientras que los individuos con trayectorias más duraderas marcadas por grandes pérdidas de peso suelen tener un peor pronóstico a la hora de la recuperación (Fairburn y Harrison, 2003).

3.1.2 Bulimia Nerviosa

La bulimia nervosa (BN) se caracteriza por atracones reiterados en los cuales se ingiere más comida de la que uno necesita a escondidas de los demás, en un corto periodo de tiempo y seguidas de conductas compensatorias.

La detección de esta enfermedad suele ser complicada ya que, así como en la anorexia la disminución de peso es notable, la bulimia no siempre se caracteriza por un bajo peso, sino que pueden tener obesidad, normo peso o bajo peso. Suele ser incluso extraño que

tengan un peso inferior al recomendable ya que a pesar de vomitar, en el periodo de tiempo previo al vómito el cuerpo es capaz de asimilar parte de los nutrientes.

El inicio de esta enfermedad es similar a la de la anorexia pero, el trascurso es diferente, la mortalidad es más elevada debido a los intentos de suicidio que pueden tener estos individuos (Rodríguez, Rodríguez, Gempeler, & Garzón).

3.1.3 Trastorno por atracón

Esta enfermedad es conocida en inglés como *binge eating disorder* y suele presentarse en el 30% de pacientes que se encuentran en programas de pérdida de peso (Baldares, 2013).

Se caracteriza por episodios recurrentes de ingesta de comida excesiva sin mostrar conductas compensatorias. Generalmente comen cuando no tienen hambre hasta que se sienten físicamente incómodos y muchas veces lo hacen en solitario. Esto provoca sentimientos de culpabilidad y malestar. La característica principal es la pérdida de control sobre lo que se ingiere (Baile, 2014). Se diferencia de la BN en que no tienen conductas compensatorias una vez pasado el atracón.

Este trastorno suele comenzar generalmente durante la adolescencia pero, es frecuente que su inicio se de en la edad adulta también.

3.1.4 Trastornos de la conducta alimentaria no especificados

Los Trastornos de la Conducta Alimentaria no Especificados (TCANE) son trastornos similares a los anteriores pero que no cumplen con los criterios suficientes para ser diagnosticados como anorexia o bulimia (Serra, 2015).

Keski-Rahkonen y Mustelin (2016) estudiaron la prevalencia de los trastornos de la conducta alimentaria en Europa. Dentro del grupo de mujeres entre un 1% y un 4% declaran sufrir anorexia, entre un 1% y 2% bulimia nerviosa y entre un 1% y 4% trastorno por atracón. En el grupo de hombres, entorno a un 0.3% y 0.7% manifiestan padecer trastornos alimentarios. A lo largo de los años los porcentajes de anorexia no han variado mientras que la bulimia parece estar disminuyendo.

Aunque el número de individuos en tratamiento ha aumentado, tan solo 1/3 es detectado por la atención médica. Más del 70% de las personas con trastornos de la conducta de la alimentación informan tener otros trastornos como ansiedad, trastornos del estado de ánimo, autolesiones y consumo de sustancias (Portela de Santana, Costa, Mora, & Raich, 2012).

Actualmente la recuperación a largo plazo de la anorexia nerviosa es generalmente favorable, pero sigue habiendo una pequeña parte que sufre síntomas de larga duración y problemas somáticos (Padierna, Quientana, Horca, Madrazo, & Ecenarro, 2004).

Con la actualización del manual, han surgido grandes discrepancias con respecto a los porcentajes de personas afectadas por cada trastorno. Es por esto que en agosto de 2015 se llevó a cabo un estudio en el que se revisó la literatura sobre la prevalencia de los TCA entre los años 1994 y 2013. Los resultados encontrados fueron muy diferentes dependiendo de; el diseño del estudio, los instrumentos de evaluación utilizados y las características de la muestra. Es por esto que los aspectos metodológicos que sesgan los resultados deberán tenerse en cuenta al interpretar las tasas de prevalencia de los trastornos de la conducta alimentaria (Dahlgren y Wisting, 2016).

4. DIFERENCIAS DE GÉNERO

Socialmente relacionamos los TCA al género femenino. Ciertamente son las mujeres las que más lo padecen pero, esto no implica que el problema no exista entre varones.

Un estudio realizado por Trujano et al. (2010) intenta analizar las diferencias de género relacionadas con los estereotipos de extrema delgadez entre niños y niñas pre adolescentes. Los resultados muestran que efectivamente son las niñas las que tienen menor puntuación en la autoestima general, la imagen corporal, la imagen ideal y futura de su físico. Pero en la imagen real y en la imagen social, no se han encontrado diferencias estadísticamente significativas.

En otro estudio se compara un grupo de mujeres y de hombres que recibieron el mismo tratamiento en el mismo periodo de tiempo. Los hombres del estudio eran más jóvenes que las mujeres y mostraron inicios más tempranos. A pesar de mostrar inicios más precoces, los hombres eran menos propensos que las mujeres a recibir un tratamiento de bulimia o anorexia nerviosa. (Coelho et al., 2018)

Las diferencias de género son visibles mayoritariamente en estudios realizados en universidades. Generalmente los hombres tienen una imagen más ajustada a la real acerca de su cuerpo, mientras que las mujeres suelen estar más insatisfechas con su físico. Es por esto que son más propensas a hacer dietas hipocalóricas, mucho deporte, etc (Ramos, Rivera de los Santos, & Moreno, 2010).

En un estudio realizado en la Universidad de Burgos se analizó la diferencia de género a la hora de desarrollar un TCA. El estudio, concluyó que las mujeres tienen una mayor discordancia entre su peso real y el ideal, pero en los hombres, aunque en menor medida, también existe esta insatisfacción. En cuanto a la obsesión por la delgadez fueron las mujeres las que presentaron en mayor medida su descontento, con una diferencia del 9.2%. También encontraron que las conductas bulímicas están más presentes en mujeres y generalmente en aquellas que tienen menos de 20 años (Martínez, Escolar, González, Medina, & Mercado, 2017).

La insatisfacción corporal estuvo presente de forma moderada en un 37.4% en mujeres y en un 21.2% en hombres, estas cifras son preocupantes ya que la insatisfacción corporal es un factor de riesgo a la hora de desarrollar un TCA (Carretero, Sánchez, Rusiñol, Raich, & Sánchez, 2009).

No se encontraron diferencias de género a la hora de practicar conductas extremas con el fin de controlar el peso. Estas conductas de riesgo son un fuerte indicador de la presencia de un TCA. Los varones hacen más uso del deporte para bajar de peso que las mujeres, éstas suelen realizar otro tipo de conductas como restringir ciertos alimentos o comer porciones de comida más pequeñas (Escolar-Llamazares, Martínez, González, Medina, Mercado & Lara, 2017).

Otro estudio llevado a cabo por Mc Cabe y Ricciardelli (2004), afirma que no existen grandes diferencias entre los niveles de insatisfacción corporal entre hombres y mujeres. Durante la adolescencia algunos hombres quieren perder peso porque se han desarrollado antes que el resto de iguales y otros quieren ganar peso porque no se han desarrollado al mismo tiempo que los demás. Los estudios dirigidos exclusivamente a hombres son muy escasos, la mayoría de los estudios van dirigidos a mujeres pero hay una necesidad de poner una mirada sobre los varones a la hora de hablar de trastornos de la conducta alimentaria. Al ser una enfermedad mayoritariamente femenina incluso los profesionales hacen diagnósticos diferentes cuando los síntomas son iguales en ambos sexos.

De acuerdo con el estudio de Swanson, Crow, Le Grande, Swendsen & Merikangas en 2017 no se han encontrado diferencias de género en la anorexia nerviosa entre sexos mientras que la bulimia nerviosa y el trastorno por atracón si han mostrado ser más prevalentes en mujeres.

Con toda esta información podríamos concluir que los estudios muestran una mayor prevalencia de los trastornos en mujeres pero, esto no implica que no exista en hombres también. La figura del varón está mucho más invisibilizada y es tarea nuestra, como profesionales, el hacerla visible y promover su prevención también en este género.

5. PROGRAMAS DE PREVENCIÓN

En los casos clínicos más graves de anorexia lo primero que se hace es intentar recuperar peso y nutrientes. En casos extremos el ingreso involuntario es necesario debido a la falta de conciencia de enfermedad. Pero si la situación es menos grave se suele realizar terapia individual a la vez que se trabaja con la familia (Salgueiro, & Kirszman, 2012).

Tanto con la anorexia como con la bulimia, el uso de medicación es importante para reducir los niveles de ansiedad e impulsividad por los alimentos. Además de esto, la terapia de grupo es muy importante, en estos encuentros se tratan; hábitos saludables emociones negativas, distorsiones físicas, etc. (Escobar, & Uribe, 2014).

Pero para evitar tener que llegar al tratamiento, es muy importante trabajar desde la prevención.

La prevención es una idea muy interesante pero en ocasiones muy difícil de llevar a cabo. Los síntomas de inicio no son nada claros, si es cierto que la negación, el ejercicio excesivo o las dietas pueden ser un indicador de un posible desarrollo de la enfermedad. El problema es que hoy en día hacer dieta y ejercicio es visto como algo “normal” en nuestra sociedad.

Los resultados no son muy prometedores, la tasa de abandono de tratamiento es elevada y no suele iniciarse un tratamiento apto hasta pasado el año en el caso de la anorexia nerviosa y hasta los cuatro años en la bulimia nerviosa (debido a la dificultad de detección del trastorno) (Vellisca, Latorre, Orejudo, Gómes del Barrio, moreno & Checa, 2016). Es por esto, que la prevención cobra mucha importancia. Si la prevención es llevada a cabo de manera correcta y conseguimos resultados significativos, no será necesaria la intervención desde el tratamiento sino desde la prevención.

Los adolescentes pasan la mayor parte del día en el colegio, por lo tanto sería un buen lugar para llevar a cabo los programas de prevención. Además de esto, el comienzo de la adolescencia parece ser el momento donde mayor riesgo hay de desarrollar un trastorno de la conducta alimentaria (Castro- Fornieles, 2015).

A la hora de tratar un TCA en adolescentes hay dos aspectos fundamentales a tener en cuenta: en primer lugar los aspectos biopsicosociales y los cambios de la etapa evolutiva en la que se encuentran. Actualmente la mayoría de programas tienen una visión interdisciplinar, es decir, hay un equipo formado por distintos especialistas. En este equipo interdisciplinar se analiza el trastorno y sus efectos orgánicos. El equipo de profesionales incluye dentro del proceso a los familiares del paciente que consideren que puede colaborar en la recuperación del mismo (Bermúdez, Machado y García, 2016).

Dentro de los programas de prevención debemos diferenciar entre la prevención primaria, secundaria y terciaria:

La prevención primaria consiste en informar y educar al adolescente acerca de la importancia de mantener una vida saludable, llevar una buena alimentación, practicar deporte y aprender a respetar nuestro cuerpo tal y como es. El fin de esta prevención es reducir o eliminar el riesgo de desarrollar algún trastorno (López- Guimerá, Sánchez- Carracedo y Fauquet, 2011).

En ocasiones, los médicos de familia no tienen los conocimientos suficientes para diagnosticar a sus pacientes con algún trastornos de la conducta alimentaria pero, gracias a los avances tecnológicos como por ejemplo foros, consultas virtuales, encuestas, etc, podemos hacer que llegue más información a la población a cerca del trastornos y sus primeros síntomas. Actuar en la prevención primaria es complicado ya que no existen síntomas específicos pero, una adecuada psicoeducación podría disminuir las tasas de estos trastornos. Con este tipo de prevención se corre un riesgo importante, por un lado puede aumentar la posible conciencia de enfermedad pero por otro puede crear angustia y obsesión. Estas intervenciones suelen ser de carácter universal, es decir la información va dirigida a todo el mundo por igual (Villena & Castillo, 1999).

La prevención secundaria consiste en detectar lo antes posible algún tipo de comportamiento o conducta inadecuada con la comida, en el caso de realizar una detección precoz es más fácil intervenir. La principal función es actuar sobre los primeros síntomas con un tratamiento adecuado antes de que avance la enfermedad (Casado, 2008).

La prevención terciaria tiene como fin, disminuir los síntomas y evitar la cronicidad de la enfermedad. Este tipo de prevención se lleva a cabo después de un tratamiento, es decir, previene las recaídas. Este tipo de prevención a diferencia de la primaria, va dirigida a personas concretas, con conductas específicas previamente estudiadas y analizadas que padecen el trastorno (Julio, Vacarezza, Álvarez, & Soca, 2011).

Si hablamos de la prevención de TCA desde sus inicios surge un debate un tanto controvertido. Cuando comenzaron los programas preventivos a principios de los 80, se optaba por la psicoeducación pero, los resultados no parecen ser muy satisfactorios, incluso llegando a ser perjudiciales incitando o sobre preocupando a los jóvenes acerca de la alimentación. Sin embargo, ahora se está optando por educar desde la salud, no solo

educando desde la enfermedad. Una educación más centrada en los potenciales individuales, la autoestima y la propia imagen corporal de cada uno (Martínez., et al, 2007).

Existen multitud de programas a la hora de intervenir. Unos más eficaces que otros y es por esto que voy a organizar los programas de acuerdo con el tipo de intervención que realizan:

A la hora de abordar la prevención primaria existen dos estrategias principales; por un lado la estrategia poblacional y por el otro, la estrategia del alto riesgo. La primera está dirigida a toda la población de manera informativa para disminuir el riesgo de aparición del trastorno. La segunda sin embargo, está dirigida a grupos de individuos con mayor vulnerabilidad a la hora de desarrollar un TCA.

Los estudios muestran mayor efectividad en los programas con tareas y ejercicios interactivos enfocados a reducir factores de riesgo que, los programas psicoeducativos (López, Sánchez, & Fauquet, 2011). Además también parece ser más efectivo realizar programas con muchas sesiones mejor que pocas. También se han encontrado diferencias si las sesiones son organizadas por expertos del campo y no profesores, finalmente que vaya dirigido a personas con mayor riesgo de TCA, no a todos por igual (López, Sánchez, & Fauquet, 2011).

La mayoría de programas de prevención llevados a cabo con adolescentes han sido significativos a nivel informativo, pero tan solo un porcentaje muy pequeño de los programas mejora significativamente las actitudes frente a la comida y los comportamientos (Sánchez, López, Fauquet, Barrada, Pámias, Puntí, Querol, & Trepát, 2013).

Más de 60 programas de prevención han sido evaluados por Casado y Helguera (2008) para comprobar su eficacia. La primera generación de programas de prevención eran psicoeducacionales y no reducían el riesgo de padecer un TCA. La segunda generación también era en su mayoría didáctica pero dirigida a factores de riesgo, como por ejemplo la insatisfacción corporal. Estos programas redujeron determinados factores de riesgo, pero en pocas ocasiones evitaba el comienzo de un TCA. La tercera generación se encargó de los factores de riesgo pero, los abarcó de manera interactiva utilizando la persuasión. Los

programas de esta generación redujeron los factores de riesgo, los síntomas y en ocasiones el comienzo de la enfermedad.

De los 60 estudios que fueron revisados, tan solo 6 de ellos redujeron significativamente los síntomas de un TCA y solo 2 redujeron el posible desarrollo de la enfermedad. A continuación voy a detallar en qué consisten dos de ellos: The Body Project y The Healthy Weight intervention.

The Body Project es una intervención grupal basada en la disonancia cognitiva que, consiste en confrontar los ideales de belleza poco realistas y ser capaz de formar una imagen corporal saludable a través de ejercicios verbales y escritos. Se ha demostrado la eficacia de este programa cuando lo aplicamos a un grupo concreto, formado por personas con riesgo de desarrollar un TCA (Stice, Rohde & Shaw, 2013).

The Healthy Weight intervention, promueve una correcta ingesta dietética combinada con actividad física, de manera que los participantes tengan un adecuado equilibrio energético.

Lopez-Guimeram Sanchez-Ceracedo y Fauquet (2011) realizaron otra revisión sobre 47 estudios. Tan solo 9 de ellos han mostrado ser efectivos a largo plazo, en un periodo superior a 6 meses. Se ha demostrado que los programas de prevención universal (los que van dirigidos a todos los públicos) tienen poca eficacia a la hora de disminuir los factores de riesgo. Con estos programas, a corto plazo sí que existen mejoras pero que acaban desapareciendo con el tiempo.

Se llevó a cabo una revisión sistemática para evaluar la eficacia de los programas de prevención de los TCA basado en *mindfulness*, conocido en Español como atención plena. Se revisaron 15 artículos en los que participaron 2173 personas. Se ha concluido que en comparación con los grupos de control, estos programas de atención plena reducen significativamente la preocupación sobre la imagen corporal y mejoran la imagen después del tratamiento considerablemente mejor que los programas de disonancia cognitiva. Solo se han mostrado diferencias en estos dos aspectos pero no hay diferencia en los resultados a largo plazo. Los mejores resultados se observaron en la intervención primaria. Con esto podemos concluir que los tratamientos de atención plena pueden reducir los factores de riesgo y

aumentar los de protección, sobre todo en la atención primaria (Beccia, Dunlap, Hanes, Courneene & Zwickey, 2018)

6. CONCLUSIONES

Desde mi punto de vista y habiendo leído distintos programas preventivos y sus resultados yo propongo lo siguiente:

En primer lugar, considero apropiado que los programas de prevención se lleven a cabo en centros escolares. Eligiendo como población diana la adolescencia y preadolescencia. En ocasiones la pre adolescencia puede ser una etapa demasiado temprana para empezar con la intervención pero, intervenir en la pre adolescencia puede ser beneficioso ya que detecta precozmente si algún adolescente empieza a mostrar sintomatología relacionada con un trastorno de la conducta alimentaria. Prevenir esto a tiempo podría a su vez beneficiar al resto de compañeros, ya que se encuentran en una etapa en la que son extremadamente influenciables por su grupo de iguales.

Antes de comenzar impartiendo charlas informativas acerca de la enfermedad, haría referencia a la importancia de la salud, lo importante que es comer saludable y equilibrado, realizar deporte, evitar conductas de riesgo y demás. Esto creo que podría concienciar a los alumnos pero, sin crear preocupación.

Seguido de esto pasaría el cuestionario *Eating Attitudes Test (EAT)* que fue elaborado por Garner y Garfinkel en 1979, está compuesto por 40 ítems y mide las conductas bulímicas, la imagen corporal, la utilización de laxantes, las conductas purgativas, la restricción de alimentos, la ingesta de alimentos escondidos del resto y la presión percibida al ganar peso. Es un cuestionario relativamente corto y sencillo de responder. Este cuestionario principalmente lo que nos va a aportar es una discriminación entre las personas que pueden tener alguna sintomatología de algún TCA de las que no. Esta discriminación es muy general pero no proporciona datos concreto de cada individuo, por lo que habría que estudiar en profundidad los casos que se salgan de las líneas generales para poder así comenzar una línea de tratamiento.

Paralelamente si sería aconsejable informar a las familiar sobre posibles factores o conductas que puedan estar realizando sus hijos y proporcionarles la ayuda de profesionales en caso de que sea necesario. Además de esto proporcionales información sobre a quién recurrir o a dónde acudir si ven que su hijo/a tiene síntomas de algún tipo de TCA. Es muy importante no sobre preocupar a las familias pero ser capaz de actuar con la mayor brevedad posible. Una temprana detección tiene una recuperación muy prometedora (Madruga, Leir, & Lambruschini). Estas sesiones informativas irían dirigidas a todos los padres, es importante que tomen conciencia acerca de la enfermedad y la frecuencia con la que es desarrollarla en la adolescencia. También se les ofrecería la oportunidad de tener citas individualizadas en caso de que necesitasen información adicional o estuviesen preocupados por conductas concretas de sus hijos.

Así como los padres tienen que estar informados, es de suma importancia que los maestros y el personal del comedor del colegio también lo estén. Al fin y al cabo, los padres solo están con sus hijos un corto periodo de tiempo durante el día, pero la mayor parte de las horas las pasan en el colegio donde también necesitan estar supervisados en el ámbito alimentario. Todo el personal del centro debería estar informado sobre posibles conductas peligrosas a detectar en los alumnos, en caso de que se detectase alguna conducta de riesgo, estos tendrían que informar al psicólogo del centro para tomar las medidas pertinentes y ponerse en contacto con los familiares del alumno en cuestión.

De la mano con la promoción de la salud, es aconsejable trabajar la autoestima de los adolescentes. Es una etapa de muchos cambios en muy poco tiempo y generalmente la insatisfacción es muy grande (Asuero, Avargues, Martín, & Borda, 2012) este descontento con la imagen corporal tiene relación con una baja autoestima. Para trabajar la autoestima se podría hacer uso de una campaña de sensibilización ante los trastornos de la conducta alimentaria como la propuesta en Extremadura; “Vales más de lo que Pesas”. Esta campaña incluye actividades para realizar en el ámbito escolar trabajando con la autoestima de los adolescentes tanto de manera individual como grupal (Silvester, 2008).

De acuerdo con Stice y Shawn (2004) pienso que hay que trabajar con las personas en riesgo de desarrollar un TCA ya que la prevención primaria podría tener un efecto iatrogénico. A la hora de trabajar con las personas más predispuesta a la enfermedad hay que abordar el problema desde la salud, es decir no dirigir la prevención al problema directo. Si

solo nos centramos en el TCA, ponemos a la enfermedad en el centro de sus vida y podría no ser lo más aconsejable. La edad crítica para el desarrollo de estas enfermedades es entre 15-19 años (Lewinsohn, Striegel-Moore y Seeley, 2000).

A la hora de llevar a cabo la intervención es recomendable dividirlo en múltiples sesiones cortas, aproximadamente entre seis y ocho sesiones, más que en largas charlas en periodos más cortos.

Al trabajar indirectamente con los adolescentes tenemos que tener en cuenta que no solo es difícil detectar que algo está ocurriendo sino que el origen de los factores de riesgo pueden ser muy diversos. Sería importante hacer hincapié en esos momentos de malestar a los que se enfrentan con la comida, bien sea ingiriendo más de lo que necesitan o disminuyendo su ingesta. Por otro lado tratar también los cánones de belleza y la presión social.

Sería un programa de aproximadamente 7 sesiones de una hora y media cada una, en las que se trabajaría de manera individual y grupal, enseñándoles correctos hábitos alimenticios y trabajando la atención plena además de la alimentación consciente. Pienso que las charlas deben estar impartidas por profesionales de la salud de la mano de maestros del centro, es decir, trabajar todos conjuntamente como un equipo. De esta manera los alumnos se sentirán más comprendidos y apoyados. Para que las charlas sean eficaces, debemos saber qué sabe cada uno sobre los TCA y la opinión que tienen sobre el peso, las dietas y demás. De esta forma se podrán crear charlas más personalizadas y centradas en los problemas concretos de cada grupo y no crear un modelo único y utilizarlo en todos los adolescentes por igual.

A continuación voy a introducir un cuadro, proponiendo un posible programa de prevención a llevar a cabo entre adolescentes:

SESIONES	CONTENIDO A TRATAR
SESIÓN 1	- Información general sobre TCA. - Inquietudes particulares de cada uno.
SESIÓN 2	- Nutrición. - Deporte.
SESIÓN 3	- Redes sociales. - Autoimagen.
SESIÓN 4	- Autoestima. - Género y sexualidad.
SESIÓN 5	- Aceptación de uno mismo - Técnicas de mindfulness
SESIÓN 6	- Realización un plan de alimentación y ejercicio saludable. - Dudas e información sobre futuras necesidades.
SESIÓN 7	- Sesión con familiares.

Para poder observar la eficacia del programa será necesario pasar un cuestionario previo a las sesiones y otro posterior, con el fin de observar las diferencias y las mejoras antes y después de las sesiones en caso de que existiesen cambios.

Personalmente creo que el mindfulness a pesar de sus escasos estudios debido a su reciente surgimiento, parece tener resultados esperanzadores como complemento de la terapia. Es una forma de trabajar el aquí y el ahora, ser capaz de valorar lo que tienes y lo que has logrado hasta el momento. La frenética sociedad en la que vivimos ahora, no nos permite pararnos a pensar y esto nos proporciona unos minutos al día para centrarnos en nosotros. Esto es algo que implementaría en los colegios como parte de la enseñanza educativa, lo practicaría con todos los alumnos a modo de prevención primaria.

Existe mucha evidencia de que algunos programas son contraproducentes, es por esto que es necesario incorporar actividades de autoaceptación, autoestima, ser capaz de valorar la información que recibimos por parte de las redes sociales y las estrategias de afrontamiento. (Martínez- González & de Irala, 2003)

Una vez propuesto un posible programa, pienso que aún es necesaria mucha investigación en este campo. Los resultados de los estudios son muy diversos y poco concluyentes. Divergen en todos los aspectos, empezando por las diferencias de género pasando por la prevalencia de cada trastorno hasta si los programas de prevención son eficaces o no. (March, Suess, Prieto, Escudero, Nebot, Cabeza, & Pollicer, 2006)

Los trastornos de la conducta alimentaria son un grave problema de salud en las sociedades desarrolladas afectando especialmente al periodo de la adolescencia (Portela de Santana, da Costa Ribeiro Junios, More, & Raich, 2012). Los factores de riesgo son multifactoriales y es por esto que hay que poner una mirada sobre los programas preventivos con el fin de disminuir las cifras (Aguinaga, Fernández, & Varo). Además de esto, intentar que tanto los padres como educadores de la escuela sean informados.

Personalmente y pensando en el futuro, deberíamos plantearnos si las instituciones públicas y los medios de comunicación están transmitiendo el mensaje que queremos, ya que no toda la responsabilidad recae sobre padres y educadores. Por otro lado, también sería interesante el estudio en profundidad de la relación entre ser varón y desarrollar un trastorno de la conducta alimentaria.

7. REFERENCIAS:

Aguinaga, M., Fernández, L.M., & Varo, J. R. (2000). Trastornos de la conducta alimentaria. Revisión y Actualización. *ANALES*, 23(2).

Amaya-Hernández, A., Alvarez-Rayón, G., Ortega-Luyando, M., & Mancilla-Díaz, J.M. (2017). Peer influence in preadolescents and adolescents: A predictor of body dissatisfaction and disordered eating behaviors. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 8(1), 31-39.

American Psychiatric Association., Kupfer, D. J., Regier, D. A., Arango López, C., Ayuso-Mateos, J. L., Vieta Pascual, E., & Bagny Lifante, A. (2014). *DSM-5: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (5a ed.). Madrid [etc.]: Editorial Médica Panamericana.

Asuero, R., Avergues, M.L., Martín, B., & Borda, M. (2012). Precaución por la apariencia física y alteraciones emocionales en mujeres con trastornos alimentarios con autoestima baja. *Scielo*, 5(2), 39-45.

Baile, J.I. (2014). Trastorno por atracón: reconocido oficialmente como el nuevo trastorno del comportamiento alimentario. *Scielo*, 142 (1), 128-129.

Bajtín, M. (2003). *La cultura popular en la Edad Media y en el Renacimiento*. Madrid. Alianza editorial.

Beccia, A. L., Dunlap, C., Hanes, D. A., Courneene, B. J., & Zwickey, H.L. (2018). Mindfulness-based eating disorder prevention programs: A systematic review and meta-analysis. *Elsevier*, 9, 1-12.

Behar, R. A. (2010). La construcción cultural del cuerpo. El paradigma de los trastornos de la conducta alimentaria. *Scielo*, 48 (2), 319-334.

Berger, U., Wick, K., Brix, C., Bormann, B., & Sowa, M. (2011). Primary prevention of eating-related problems in the real world. *Journal of Public Health, Springer Verlag*, 19 (4), 357-365.

Brownell, K. D., & Walsh, T. B. (2018). *Eating Disorders and Obesity* (3rd ed).141-145.

Buitrago, F., Ciurana, R., Chocrón, L., Fernández, M. C., García, J., Montón, C., Tizón, J. L. (2018). Prevención de los trastornos de la salud mental en atención primaria. Actualización PAPPS. *Elsevier*, 50 (Supl 1), 83-108.

Carretero, A., Sánchez, L., Rusiñol, J., Raich, R.M., & Sánchez, D. (2009). Relevancia de Factores de Riesgo, Psicopatología Alimentaria, Insatisfacción Corporal y Funcionamiento Psicológico en Pacientes con TCA. *Scielo*, 20(2), 145-157.

Casado, M.I., & Helguera, M. (2008). Prevención de trastornos alimenticios. Un primer programa de prevención en dos fases. *Scielo*. 19(1), 5- 26.

Castro, J. (2015). Panorama actual de los trastornos de la conducta alimentaria. *Elsevier*, 62 (3), 111-148.

Dahlgren, C.L., & Wisting, L. (2016). Transitioning from DSM-IV To DSM-5: A Systematic Review of Eating Disorder Prevalence Assessment. *International Journal of Eating Disorders*, 49, 975-997.

Echeburúa, E., & Marañón, I. (2001). Comorbilidad de las alteraciones de la conducta alimentaria con los trastornos de personalidad. 513-525.

Escobar, J.M., & Uribe, M. (2014). *Avances en psiquiatría desde un modelo biopsicosocial*. Bogotá, Colombia: Universidad de los Andes.

Escolar-Llamazares, M.C., Martínez, M. A., González, M. Y., Media, M. B., Mecado, E., & Lara, F. (2017). Factores de riesgo de trastornos de la conducta alimentaria entre universitarios: Estimación de vulnerabilidad por sexo y edad. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 8 (2), 105- 112.

Fairburn, C.G., & Harrison, P. J. (2003) Eating disorders. *Lancet*, 361, 407-416.

Gaeted, M.V., López, C., Matamala, M. (2012). Trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes jóvenes. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 23(5), 579-591.

García-Campayo, J., Cebolla, A., & Baños, R. M. (2014). Trastornos de conducta alimentaria y atención primaria: el desafío de las nuevas tecnologías. *Elsevier Doyma*, 46 (5), 220-230.

Gómez-Candela, C., Palma-Mila, S., Miján de la Torre, A., Rodríguez- Ortega, P., Loria-Kohen, V., Campos del Portillo, R., ... Martín, P. (2018). Consenso sobre la evaluación y el tratamiento nutricional de los trastornos de la conducta alimentaria: anorexia nerviosa, bulimia nerviosa, trastorno por atracón y otros. Resumen ejecutivo. *Scielo*, 35 (2), 489- 494.

Gómez, G., León, R., Platas, S., Lechuga, M., Cruz, D., & Hernández, A. (2013). Virtual Reality and Psychoeducation. Selective Prevention Formats in Eating Disorders. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 4(1), 23-30.

González, A., Kohn, M.R., & Clarke, S.D. (2007). Eating disorders in adolescents *Australian Family Physician*, 36 (8), 614-619.

Hernández, J. (1993). Alimentación y cultura. *Dialnet*. 2, 42-51.

Hernández- Muñoz, S., & Camarena- Medallin, B. (2014). El papel del gen del transportador de serotonina en los trastornos de la conducta alimentaria. *Elsevier*, 43 (4), 175-228.

Hudson, J. I., Hiripi, E., Pope, H. J., & Kessler, R. C. (2012). The Prevalence and COrrelates of Eating Disorders in the National COmorbidty Survey Replication. *Elsevier*, 61 (2), 348-358.

Julio, V., Vacarezza, M., Álvarez, C., & Sosa, A. (2011). Niveles de atención, de prevención y atención primaria de salud. *Scielo*, 33 (1), 11-14.

Keski-Rahkonen, A., & Mustelin, L. (2016). Epidemiology of eating disorders in Europe: prevalence, incidence, comorbidity, course, consequences, and risk factors. *Current Opinion in Psychiatry*, 6 (29), 340-345.

Lazo, L. Y., Quenaya, L. C., & Maytan-Tristán, P. C. (2015). Influencia de los medios de comunicación y el riesgo de padecer trastornos de la conducta alimentaria en escolares mujeres en Lima, Perú. *Scielo*, 113 (6).

Lopez-Guimeram, G., Sanchez-Ceracedo, D., & Fauquet, J. (2011). Programas de prevención universal de las alteraciones alimentarias: metodologías de evaluación, resultados y líneas de futuro. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 2, 125-147.

Madrugá, D., Leir, R., & Lambruschini, N. Trastornos del comportamiento alimentario: Anorexia nerviosa y bulimia nerviosa. *AEP*. 325- 339.

March, J.C., Suess, A., Prieto, M. A., Escudero, M.J., Nebot, M., Cabeza, E., & Pollicer, A. (2006). Trastornos de la conducta alimentaria: Opiniones y expectativas sobre estrategias de prevención y tratamiento desde la perspectiva de diferentes actores sociales. *Scielo*. 21(1).

Markey, C.M. (2010). Why Body Image is Important to Adolescent Development. *Journal of Youth Adolescence*, 39(12), 1387- 1391.

Martínez- González, L., Fernández Villa, T., Molina de la Torre, A. J., Ayán, C., Capelo, R., Mateos, & Martín, V. (2014). Prevalencia de los trastornos de la conducta alimentaria en universitarios españoles y factores asociados: proyecto uniHcos. *Scielo*, 30 (4), 927- 934.

Martínez-Martín, M. A. (2015) Todo sobre los trastornos de la conducta alimentaria: Una visión multidisciplinar desde la experiencia y la evidencia científica. Tarragona: *Altaria*.

Martínez, M.A., & de Irala, J. (2003). Los trastornos del comportamiento alimentario en España: ¿estamos preparados para hacerles frente desde la salud pública?, 17 (5), 347-350.

McCabe, M.P., & Ricciardelli, L.A. Body image dissatisfaction among males across the lifespan: A review of the past literature. *Journal of Psychosomatic Research*, 56 (6), 675- 685.

Oliva, L., Gandarillas, A., Ssonego, M., Díez, L., & Ordabás, M. (2011). Vigilancia epidemiológica de los trastornos del comportamiento alimentario y conductas relacionadas, Comunidad de Madrid. *Dirección General de Atención Primaria*.

Padierna, A., Quientana, J.M., Horca, M.J., Madrazo, A., & Ecenarro, E. (2004) Cronicidad y calidad de vida en los trastornos de la conducta alimentaria. *Anales de Psiquiatría*, 20(1), 16-21.

Peláez, M. A., Raich, R. M., & Labrador, F. J. (2010). Trastornos de la conducta alimentaria en España: Revisión de estudios epidemiológicos. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 1(1), 62-75.

Portela de Santana, M. L., Costa Ribeiro Junior, H., Giral, M. M., & Raich, R.M (2012). La epidemiología y los factores de riesgo de los trastornos alimentarios en la adolescencia; una revisión. *Scielo*. 27 (2), 391- 401.

Portela de Santana, M.L., da Costa, H., Mora, M., & Raich, R.M. (2012). La epidemiología y los factores de riesgo de los trastornos alimentarios en la adolescencia; una revisión. *Scielo*. 27 (2), 391- 401.

Ramos, P., Rivera de los Santos, F., & Moreno, C. (2010). Diferencias de sexo en imagen corporal, control de peso e índice de masa corporal en adolescentes españoles. *Psicothema*, 22(1), 77- 83.

Rebuffo, M., Siravegna, M.I., & Medrano L.A. (2012). Comorbilidad depresiva en mujeres con trastornos de la conducta alimentaria. *Psicología y Salud*, 22 (2), 215-224.

Rodríguez, M., Rodríguez, N., Gempeler, J., & Garzón, D.F. (2013). Factores asociados con intento de suicidio y comportamientos de autolesión no suicida en pacientes con trastornos del comportamiento alimentario. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 43(1), 19-26.

Ruiz, P.J. (2003). Prevención de los factores de riesgo de los trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes: un reto para la atención primaria. *Atención Primaria*. 32 (7), 403-409.

Salas, F., Hodgson, M. I., Figueros, D., & Urrejola, P. (2011) Características clínicas de adolescentes de sexo masculino con trastornos de la conducta alimentaria. Estudio de casos clínicos. *Scielo*. 139(2), 182-188.

Salazar, Z. (2007). Imagen corporal femenina y publicidad en revistas. *Revista Ciencias Sociales*, 116, 71-85.

Salgueiro, M. C., & Kirszman, D. (2012). Intervención Multinivel en el Tratamiento de los Trastornos de la Conducta Alimentaria: El rol de la familia. *Revista Argentina de Clínica Psicología*, 21(2), 161- 171.

Sidani, J. E., Shensa, A., Hanmer, J., & Primack, B.A. (2017) The Association between Social Media Use and Eating COncerns among U.S Young Adults. *Elsevier*, 116 (9), 1465-1472.

Silva-Escorcía, I. (2015). Autoestima, adolescencia y pedagogía. *Revista Electrónica Educare*, 19(1), 241-256.

Schooler D, Trinh S. (2011). Longitudinal associations between television viewing patterns and adolescent body satisfaction. *Body Image*, 8 (1), 34-42.

Silvestre, J. (2016) Una guía para la prevención. Insatisfacción corporal y Trastornos de la conducta alimentaria. *Consejo de la Juventud de Extremadura*.

Stice, E., Becker, C.B., & Yokum, S. (2013). Eating Disorder Prevention: Current Evidence-Base and Future Directions. *International Journal Eating Disorders*, 46 (5), 478- 485.

Stice, E., & Shaw, H. (2004). Eating disorder prevention programs: a meta-analytic review. *PubMed*. 130 (2).

Strother, E., Lemberg, R., Stanford, S. C., & Turberville, D. (2012). Eating Disorders in Men: Underdiagnosed, Undertreated, and Misunderstood. *Eating Disorders*, 20(5), 346- 355.

Swanson, S.A., Crow, S.J., Le Grange, D., Swendsen, J., & Merikangas, K.R. (2011). Prevalence and Correlates of Eating Disorders in Adolescent. *Arch Gen Psychiatry*, 68 (7), 714-723.

Trujano, P., Nava, C., Gracia, M., Limón, G., Alatríste, A.L., & Merino, M.T. (2010). Trastorno de la imagen corporal: Un estudio con preadolescentes y reflexiones desde la perspectiva de género. *Anales de Psicología*, 26(2), 279-287.

Vedul-Kjelsas, E., & Gøtestam, K.G. (2004). Eating disorders in historical perspective. *PubMed*, 124 (18).

Vellisca, M.Y., Latorre, J.I., Orejudo, S., Gómez del Barrio, A., Moreno, L., & Checa, I. (2016). Motivo de abandono del tratamiento desde la perspectiva del paciente con un trastorno de la conducta alimentaria. *Universitas Psychologica*. 15(4).

Villena, J. y Castillo, M. (1999). La prevención primaria de los trastornos de alimentación. *Anuario de Psicología*, 30 (2), 131-143.