

PREVALENCIA DE LA INSATISFACCIÓN CORPORAL EN UN GRUPO DE ESCOLARES DE PRIMERO DE E.S.O.

**Propuesta de un Programa Cognitivo-Conductual para la Prevención de los
Trastornos del Comportamiento Alimentario**

Aguado Romo, Roberto
Ferrer Gómez, María Amparo

Curso de Experto en Trastornos del Comportamiento Alimentario

Prof. AGUADO

INSTITUTO EUROPEO DE PSICOTERAPIAS DE TIEMPO LIMITADO
2006

El presente estudio fue diseñado con el objetivo de corroborar la prevalencia de preocupación excesiva por el peso e imagen corporal en población normal española. Se pretendía demostrar que sujetos sin trastorno del comportamiento alimentario manifiesto presentaban niveles de insatisfacción por encima del perfil clínico, y que estos niveles afectan a edades cada vez más tempranas. Para ello se aplicó como medida de “screening” el Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria (EDI.-2; Garner, 1991; versión adaptada a la población española por Corral, González, Pereña y Seisdedos, 1998) a una muestra de escolares de 1º de E.S.O. formada por 19 niños y 20 niñas con edades comprendidas entre los 12 y 13 años. Tras un análisis pormenorizado de los datos de evaluación, nos encontramos en disposición de indicar que un porcentaje significativo de los sujetos normales se sienten insatisfechos con su propio cuerpo. Estos resultados apoyan la idea de establecer medidas de prevención primaria que no sólo contemplen el conocimiento de los aspectos nutricionales y de lo que nuestro cuerpo necesita para vivir, sino que también estén dirigidas hacia el aprendizaje de un mayor autocontrol de nosotros mismos, hacia el logro de una mayor autonomía e independencia del ambiente y hacia el alcance de una estabilidad emocional. De ahí, la propuesta de un programa cognitivo-conductual para la prevención de trastornos de la conducta alimentaria.

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN

2. OBJETIVOS E HIPÓTESIS

2.1. Objetivos

2.2. Hipótesis

3. PROCEDIMIENTO DE EVALUACIÓN Y SELECCIÓN DEL GRUPO DE RIESGO

3.1. Descripción del instrumento de evaluación

3.2. Criterios de selección

3.3. Sesiones

4. MUESTRA

4.1. Características generales de la muestra evaluada

4.2. Características específicas del grupo seleccionado

4.2.1. *Tabla y perfiles*

4.3. Descripción del grupo de sujetos no seleccionados

4.3.1. *Tabla y perfiles*

4.4. Comentarios

5. PROPUESTA DE UN PROGRAMA PREVENTIVO

5.1. Objetivos

5.2. Descripción del programa

5.2.1. *Fases*

5.2.1.1. *Fase de Evaluación Pre-tratamiento*

5.2.1.2. *Fase de Tratamiento*

5.2.1.3. *Fase de Evaluación Post-tratamiento*

5.3. Sesiones

6. BIBLIOGRAFÍA

1. INTRODUCCIÓN

Hasta hace unos pocos años resultaba extraño oír hablar de anorexia nerviosa o de bulimia. Como señala Ochoa (1996), ni la psicología clínica, ni la psiquiatría, ni tampoco la endocrinología trataban los trastornos del comportamiento alimentario, y cuando lo hacían se dirigían a ellos, en letra "pequeña", considerándolos como trastornos muy poco frecuentes.

Kendell, Hall, Halley y Babigan (1973) señalan que la incidencia de la anorexia nerviosa (nuevo número de pacientes por año por cada 100.000 habitantes) era de 0,37 en la década de los sesenta. Estos valores cambiaron a 0,64 en los setenta (Jones, Fox, Babigan y Hutton, 1980), y a 6,3 en la década de los ochenta (Hoek, 1991). Lo cual implica, en la última década, valores alrededor de 34 nuevos casos por año por cada 100.000 habitantes en mujeres con edades entre 15 y 29 años (Hall, 1991).

Connors y Johnson (1987) llevaron a cabo una revisión de los estudios epidemiológicos sobre la bulimia nerviosa, encontrando que la prevalencia de esta patología variaba del 1 al 20% en mujeres y del 0 al 5% en varones.

El aumento de la incidencia de estas patologías en los últimos años queda reflejada de forma indirecta en el número de casos atendidos en áreas especializadas (Turón, Fernández y Vallejo, 1992). Asimismo, se estima desde la observación clínica que se está reduciendo la edad de inicio para la anorexia y la bulimia, y que la mayoría de las personas afectadas son mujeres adolescentes, aunque cada vez más los hombres y adultos participan en esta epidemia.

La llegada de los años sesenta supuso también la llegada del fenómeno "Twiggy", que no hizo sino encarnar un fenómeno social de indudable relevancia (Toro, 1996). Twiggy fue una modelo inglesa que a sus 17 años logró triunfar en el mundo de la moda americana y europea. Sus escuálidas medidas (79-56-81) se difundieron de la mano de revistas de moda de gran renombre a todo el mundo occidental. Su peculiar imagen corporal creó tal impacto en el universo femenino que muchas feministas afirman que su aparición en el mundo de la moda supuso un hito importante de cara a entender el

incremento epidémico de los trastornos del comportamiento alimentario (Fallon, 1990, citado en Toro, 1996).

A partir de entonces se produjo un marcado cambio en los gustos y preferencias por la estética corporal que todavía hoy persisten. Cada vez más se rinde culto entre las más jóvenes a la "silueta andrógina", particularmente de la cintura hacia abajo. Se da importancia extrema a que las caderas sean estrechas (como las de los hombres), que los muslos no sean gruesos y las piernas delgadas, desvalorizando el antiguo ideal de mujer con "forma de pera" cuando, paradójicamente, esta figura científicamente hoy se ha asociado con salud óptima y bajo riesgo de enfermedad (Schmit, y Treasure, 1996).

Esos gustos y preferencias tan arraigados han llegado a provocar una alteración de la imagen corporal que, si bien también está presente entre la población general adolescente, es mucho más acentuada y se da con mayor frecuencia en las personas que padecen anorexia o bulimia (Cervera, 1996).

Wooley y Wolley (1984), y Buttens y Cash (1987) señalan que la perturbación en la imagen corporal no sólo forma parte de los criterios diagnósticos de la anorexia y bulimia nerviosas, sino que constituye la primera manifestación del trastorno. En la misma línea, Raich (1997) considera la imagen corporal como una variable muy importante en la aparición, mantenimiento y recaída de los trastornos de la conducta alimentaria.

En la actualidad, son muchas las líneas de investigación que abogan por una política de prevención primaria consistente en desarrollar programas que incidan en la modificación de las conductas que se han demostrado precursoras de los trastornos alimentarios: variación de la dieta libremente y sin control o práctica de dietas restrictivas a espaldas o con ausencia de la familia (Button, Sonuga-Barke, Davies y Thompson, 1996), así como presentar problemas con la aceptación de la figura (Carter, Stewart, Dunn y Fairburn, 1997). En este sentido, resulta de gran interés detectar de manera precoz grupos de riesgo y trabajar específicamente con ellos.

Sin embargo, y a pesar de las aportaciones teóricas de los entendidos en la materia, no se conocen programas preventivos que pongan de manifiesto la superioridad

y efectividad de una intervención cognitivo-conductual en la reducción de la incidencia de este trastorno.

Sea como fuere, queda científicamente demostrado que dos de los rasgos más característicos en los pacientes con trastorno de la alimentación (realización de dietas extremas y preocupación excesiva por el peso y la imagen corporal) constituyen en nuestra cultura una práctica generalizada. De manera que está incrementando el número de adolescentes normales que sintiéndose insatisfechos con su figura, restringen su ingesta de un modo más o menos sistemático. En general, aportaciones teóricas recientes consideran, a pesar de que la mayor parte de los modelos explicativos de la anorexia y la bulimia nerviosas describen la etiología de estos trastornos como multifactorial, la conducta de dieta como el primer paso para llegar a desencadenar un trastorno tal (Hsu, 1991) y la insatisfacción con la imagen corporal como la primera manifestación del mismo (Wooley y Wooley, 1984; Buttens y Cash, 1987; Raich, 1997). De ahí la importancia del trabajo que de seguido se muestra: un intento por aportar datos significativos a este tipo de investigaciones, así como proponer un programa cognitivo-conductual de prevención de trastornos del comportamiento alimentario¹, en un esfuerzo por contribuir a promover el empleo del mismo.

Por ello, a continuación, se presenta la evaluación llevada a cabo en un grupo de escolares de 1º de E.S.O., el proceso de selección de un grupo de riesgo entre los mismos y la propuesta de un posible programa preventivo y cognitivo-conductual a aplicar a este tipo de grupo.

¹ En este trabajo nos vamos a referir de forma exclusiva a la anorexia nerviosa y a la bulimia nerviosa; otros trastornos alimentarios, como la ingesta compulsiva o la obesidad, quedarán fuera del contenido del mismo.

2. OBJETIVOS E HIPÓTESIS

2.1. Objetivos

Los principales objetivos planteados en este estudio son los que se detallan a continuación:

1. Realizar un estudio observacional descriptivo o de prevalencia.
2. Diseñar un proceso de detección precoz de grupos de riesgo.
3. Elaborar un programa preventivo para grupos de riesgo.

2.2. Hipótesis

Las hipótesis que nos planteamos en este estudio son expuestas a continuación:

- A. Partimos de la hipótesis que predice una preocupación excesiva por el peso e imagen corporal en población normal española.
- B. Partimos de la hipótesis que predice que sujetos sin trastorno del comportamiento alimentario manifiesto presentan niveles de insatisfacción corporal por encima del perfil clínico, afectando estos niveles a edades cada vez más tempranas.

3. PROCEDIMIENTO DE EVALUACIÓN Y SELECCIÓN DEL GRUPO DE RIESGO

Uno de los objetivos de este trabajo se centró en diseñar un proceso de detección precoz de grupos con riesgo de padecer un trastorno del comportamiento alimentario.

A continuación se presenta el procedimiento de selección llevado a cabo con un grupo de escolares de 1º de E.S.O. de un instituto logroñés.

El proceso de evaluación y selección se desarrolló a lo largo de dos sesiones de una hora de duración cada una. En ambas, se aplicó el Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria -E.D.I.-2- de Garner (1991; versión adaptada a la población española, 1998) a población normal española con el fin de identificar posibles casos

sospechosos, es decir, con riesgo de padecer trastornos de la conducta alimentaria. Así, el E.D.I.-2 se revela como un primer sistema de evaluación rápido y económico, en un proceso que puede seguir con la realización de entrevistas y otros cuestionarios a aquellos sujetos que se considere necesario.

De hecho, en la propuesta de programa que desde el presente se oferta, se incluyen pruebas como el Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo en Niños – S.T.A.I.C.- (Spielberger, 1970) y la Escala de Evaluación de la Depresión –E.E.D.- (Del Barrio, Silva, Conesa-Peraleja, Martorell y Navarro) como instrumentos a utilizar en la evaluación pre-tratamiento del grupo de riesgo detectado.

3.1. Descripción del instrumento de evaluación

El instrumento de evaluación que se empleó para la captación del grupo con riesgo de padecer un trastorno de la conducta alimentaria fue el ya mencionado E.D.I.-2, dado que puede ser utilizado como medida de “screening”. En este sentido, se hizo uso de las subescalas de “insatisfacción corporal” e “ineficacia”².

El nombre original de la prueba responde a Eating Disorder Inventory-2 (E.D.I.-2). Este cuestionario proporciona información útil respecto a las dimensiones psicológicas y conductuales características de los trastornos del comportamiento alimentario, especialmente anorexia y bulimia nerviosas.

El E.D.I.-2 incluye las mismas escalas del Eating Disorder Inventory –E.D.I.- (Garner, Olmsted y Polivy, 1983) más otras tres: “ascetismo”, “regulación del impulso” e “inseguridad”.

De este modo, se compone de 11 escalas que son las que a continuación se especifican:

- *“Obsesión por la delgadez” (DT)*

²Ambas subescalas se relacionan con el primer criterio de selección (ver apartado dedicado a este fin). La primera de ellas se escogió por cuestiones teleológicas, y la segunda por el grado de correlación que mantiene con la primera.

Los elementos de esta escala se refieren a la preocupación por el peso, las dietas y el miedo a engordar.

- *“Bulimia” (B)*

Evalúa la tendencia a tener pensamientos o a darse comilonas o atracones de comida incontrolables.

- *“Insatisfacción corporal” (BD)*

Mide la insatisfacción del sujeto con la forma general de su cuerpo o con las partes del mismo que más preocupan a los que padecen trastornos de la conducta alimentaria.

- *“Ineficacia” (I)*

Evalúa sentimientos de incapacidad general, inseguridad, vacío, autodesprecio y falta de control sobre la propia vida.

- *“Perfeccionismo” (P)*

Mide el grado en que el sujeto cree que sus resultados personales deberían ser mejores.

- *“Desconfianza interpersonal” (ID)*

Evalúa el grado de confusión o dificultad para reconocer y responder adecuadamente a los estados emocionales, también se relaciona con la inseguridad para identificar ciertas sensaciones viscerales relacionadas con el hambre y la saciedad.

- *“Miedo a la madurez” (MF)*

Evalúa el deseo de volver a la seguridad de la infancia.

- *“Ascetismo” (A)*

Mide la tendencia a buscar la virtud por medio de ciertos ideales espirituales como la autodisciplina, el sacrificio, la autosuperación y el control de las necesidades corporales.

- *“Impulsividad” (IR)*

Evalúa la dificultad para regular los impulsos y la tendencia al abuso de drogas, la hostilidad, la agitación, la autodestrucción y la destrucción de las relaciones interpersonales.

- *“Inseguridad social” (SI)*

Mide la creencia de que las relaciones sociales son tensas, inseguras, incómodas, insatisfactorias y, generalmente, de escasa calidad.

Esta prueba presenta buena consistencia interna, fiabilidad test-retest y validez. Asimismo, es sensible a los cambios como consecuencia del tratamiento psicológico.

Su aplicación requiere un Cuadernillo y una Hoja de respuesta. El Cuadernillo, que no es fungible, recoge los 91 ítems de que consta la prueba. Los 64 primeros corresponden a la versión original del E.D.I. y los 27 restantes a las tres escalas adicionales.

La aplicación puede ser individual y colectiva, y el tiempo de aplicación de 20 minutos aproximadamente, sin limitación alguna. La edad de aplicación es de 11 años en adelante.

3.2. Criterios de selección

Como criterios de selección de la muestra sobre la que intervenir psicológicamente, se establecieron los siguientes, excluyentes entre sí, a excepción del segundo y el tercero, a saber:

- *Primer criterio*

Puntuar en la escala de BD y/o I por encima del perfil clínico (12 y 9, puntuaciones directas, respectivamente).

- *Segundo criterio*

Dos o más escalas por encima del perfil clínico.

- *Tercer criterio*

Una vez cumplido el criterio anterior, poseer las puntuaciones más altas, entre sus semejantes, en más de dos escalas³.

3.3. Sesiones

A continuación, se ofrece paso a paso la dinámica seguida en las sesiones de selección⁴⁶ de la muestra, veamos:

1ª Sesión de selección

Objetivos:

- Como objetivo general se pretendía, tras la evaluación, detectar y seleccionar un grupo de riesgo.
- Como objetivo específico nos interesaba evaluar el grado de insatisfacción corporal e ineficacia de los alumnos (ambas subescalas del EDI-2).

Procedimiento:

1. Presentación del terapeuta.

2. Empleo del EDI-2

2.1. Explicación de la prueba.

³ Interesaba una muestra final de 15 sujetos (n3= 15) para poder desarrollar de forma eficaz un programa de las características que aquí se especifican (ver apartado de propuesta de un programa), de ahí que se determinara el criterio expuesto en último lugar. Así, de una muestra evaluada y compuesta por 39 sujetos (n1= 39), se seleccionaron, en base al primer y segundo criterio, a 24 sujetos (n2= 24), de los cuales 15 (n3) se consideraron susceptibles de un programa tal mientras que los 9 restantes (n4) entraron a formar parte de una lista de espera ante posibles bajas en n3.

⁴ El proceso de selección de la muestra estaba prevista realizarse en una única sesión. Sin embargo, hubo que ampliar el periodo de selección a dos días, a razón de uno por semana, en semanas consecutivas, debido a que, por cuestiones inherentes al centro, uno de los cursos de 1º de E.S.O. (1º A) no pudo ser evaluado en la primera sesión de evaluación y selección de la muestra.

2.2. Cumplimentación de la misma.

3. Cierre y agradecimiento por la presencia y colaboración.

Observaciones:

- Únicamente pudo evaluarse a 1ºB y 1ºC de E.S.O. 1ºA no fue susceptible de evaluación por cuestiones inherentes al centro.
- De los sujetos evaluados no todos lograron cumplimentar el inventario dentro de la hora de la que se dispuso para hacerlo. Asimismo, se observó cierta dificultad de comprensión de algunos ítems y, más concretamente, algunas palabras como: “atracción”, “abnegación”, “eficaz” y “sentimientos”.

2ª Sesión de selección

Objetivos:

- El principal objetivo principal fue terminar de evaluar a 1º de E.S.O., en concreto evaluar a 1ºA y a los sujetos de 1ºB que en la sesión anterior no lograron cumplimentar el inventario.
- Terminar de seleccionar la muestra.
- Evaluar el nivel de insatisfacción corporal e ineficacia del grupo.

Procedimiento:

1. Presentación del terapeuta.

2. Empleo del EDI-2

2.1. Explicación de la prueba.

2.2. Cumplimentación de la misma.

3. Cierre y agradecimiento por la presencia y colaboración.

Observaciones:

- Los sujetos de 1°C que no terminaron de rellenar la prueba en la sesión anterior no pudieron disfrutar de una segunda oportunidad para ello debido a que el tiempo reservado al respecto no coincidió con su hora de tutoría.
- Nuevamente, se necesitaron más de 20 minutos (tiempo de aplicación estimado en la ficha técnica del inventario que nos ocupa) para la cumplimentación del cuestionario. En concreto, se empleó 1h.

4. MUESTRA

En este apartado describiremos, en primer lugar, la muestra con la que inicialmente se contó para someter a evaluación, aludiendo, en un segundo momento, a aquella proporción de la misma que fue seleccionada como grupo de riesgo, para finalmente dedicar unas líneas al grupo de sujetos no seleccionados.

Asimismo, se ofrecerá un espacio con los perfiles comparativos del E.D.I-2 para el grupo de riesgo y grupo no seleccionado, lo que nos permitirá establecer algunos comentarios de interés.

4.1. Características generales de la muestra evaluada

El grupo de evaluación estuvo constituido en sus inicios por 39 sujetos ($n_1 = 39$) con edades comprendidas entre los 12 y 13 años. De éstos el 51,28% eran de sexo femenino, siendo el 48,71% restante varones.

De las féminas, el 75% tenía 12 años y el 25% ya había cumplido los 13, mientras que de los varones el 73,68% tenía 12 años y el 26,31% restante 13.

En este trabajo se ha entendido por muestra evaluada aquella que cumplía los criterios de aplicación (población española normal, a partir de 11 años) y cumplimentó

correctamente la prueba, excluyendo, por tanto, de la muestra de evaluación los test que, posteriormente a su aplicación, se invalidaron por las siguientes razones: a.- no estar cumplimentados de modo adecuado, b.- tratarse de sujetos con nacionalidad no española y c.- presentar retraso escolar, impidiendo esto la comprensión de los ítems. Del total de ítems invalidados (22), el 72,72% se ceñía al criterio b, el 18,18% al criterio a y el 9,1% restante al c.

4.2. Características específicas del grupo seleccionado

El 61,53% de los sujetos evaluados fueron seleccionados. Este porcentaje cumplía al menos uno de los tres criterios de selección mostrados anteriormente.

De los sujetos seleccionados ($n_2=24$), el 41,66% eran varones y el 58,33% mujeres. El 70% de los sujetos masculinos tenía 12 años y el 30% restante 13, mientras que el 64,28% de las mujeres contaba con 12 años y el 35,71% con 13.

A pesar de todo, fueron 15 ($n_3=15$), de los 24 sujetos seleccionados, los que conformaron el grupo definitivo de riesgo susceptible de aplicación de un programa de índole preventivo y cognitivo-conductual. Los 9 sujetos restantes ($n_4=9$) entraron a formar parte de una lista de espera, tal y como se especificó, a modo de nota al pie de página, al hablar del tercer criterio de selección.

De los 15 individuos definitivamente seleccionados, el 53,33% eran mujeres y el 46,66% varones. Del resto de sujetos (9), el 66,66% eran de sexo femenino y el 33,33% masculino.

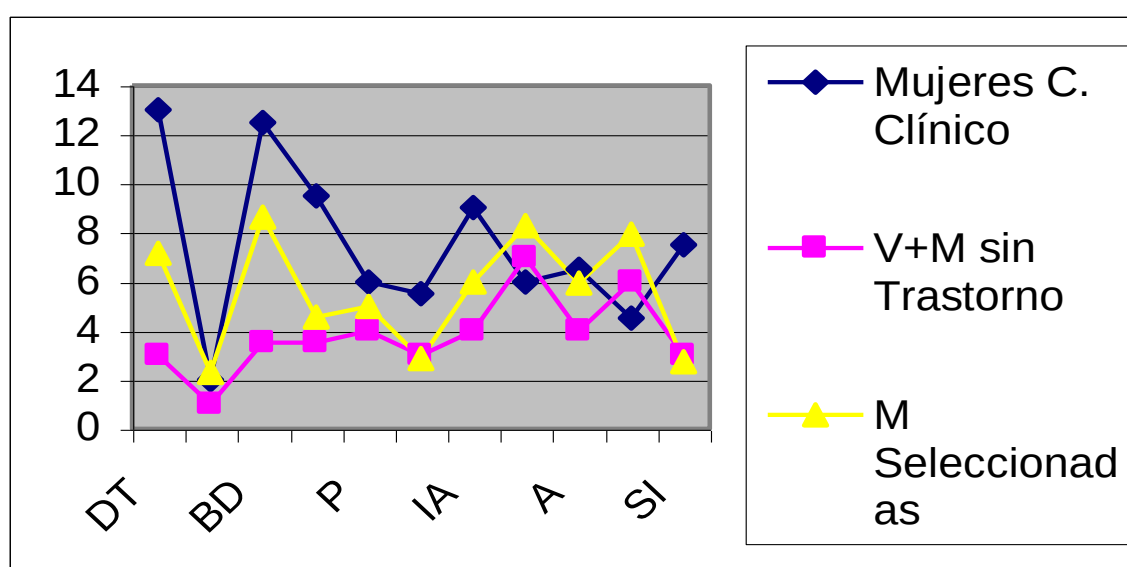
Dicho lo cual, se presentan seguidamente las puntuaciones medias que los sujetos femeninos y masculinos obtuvieron en cada una de las escalas del E.D.I.-2, así como los perfiles, en función del sexo, del grupo muestral seleccionado ($n_2= 24$) junto al perfil de mujeres de caso clínico y al de varones y mujeres sin trastorno de la conducta alimentaria.

4.2.1. Tabla y perfiles

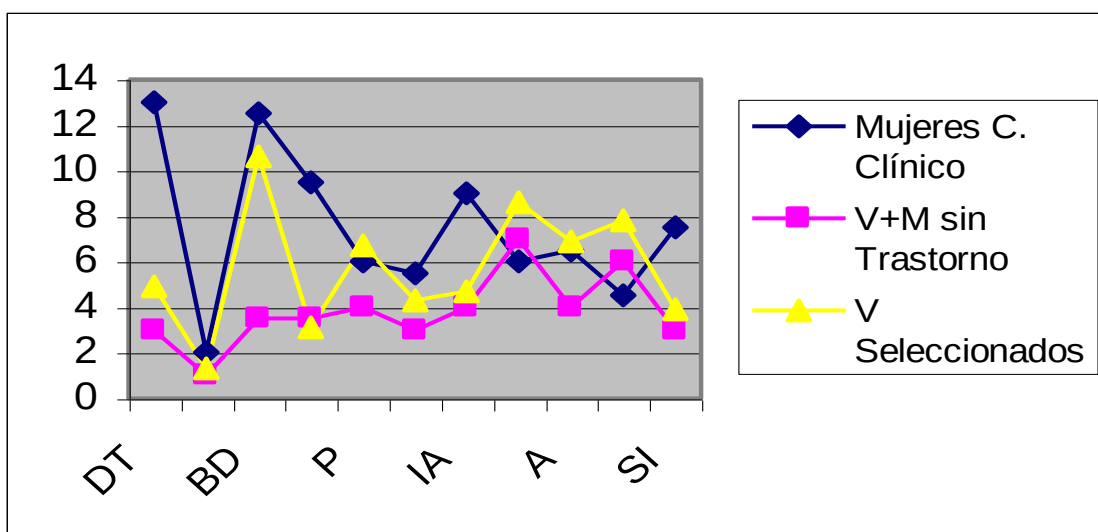
TABLA 1. Puntuaciones directas y centiles del grupo de sujetos *seleccionados* en el EDI-2.

	MUJERES		VARONES	
	PD	PC	PD	PC
DT	7.14	62	4.9	82
B	2.28	69	1.3	54
BD	8.64	57	10.6	91
I	4.57	70	3.1	67
P	5	68	6.7	76
ID	2.85	57	4.3	64
IA	6	66	4.7	68
MF	8.28	65	8.6	65
A	5.92	73	6.9	85
IR	7.92	68	7.8	71
SI	2.71	54	3.9	67

Gráfica 1: Perfil de los sujetos femeninos seleccionados en el EDI-2.



Gráfica 2: Perfil de los sujetos masculinos seleccionados en el EDI-2.



4.3. Descripción del grupo de sujetos no seleccionados

No fueron seleccionados 15 de los sujetos evaluados ($n_5 = 15$), lo que supone un 38,46% de la muestra inicial de evaluación (recuérdese, $n_1 = 39$).

De éstos, 6 sujetos (40%) presentaron un perfil en el E.D.I.-2 dentro de la norma poblacional, motivo éste de no selección. De los 6 sujetos, un 50% eran varones y el otro 50% mujeres.

Asimismo, 9 de los individuos (60%), de los cuales 3 eran de sexo femenino (33,33%) y 6 masculinos (66,66%), mostraron únicamente una escala por encima del perfil clínico, razón también ésta de no selección.

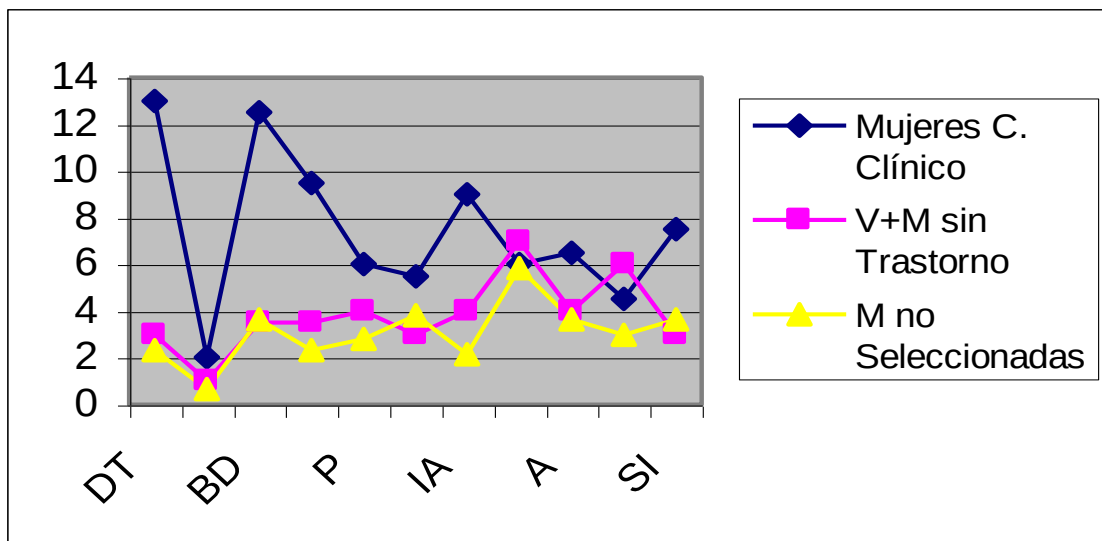
Seguidamente, se muestran las puntuaciones grupales (directas y centiles) que los sujetos no seleccionados tuvieron en las once escalas del E.D.I.-2, y los perfiles masculinos y femeninos a comparar con el perfil de mujeres de caso clínico y con varones y mujeres sin trastorno de la conducta alimentaria.

4.3.1. Tabla y perfiles

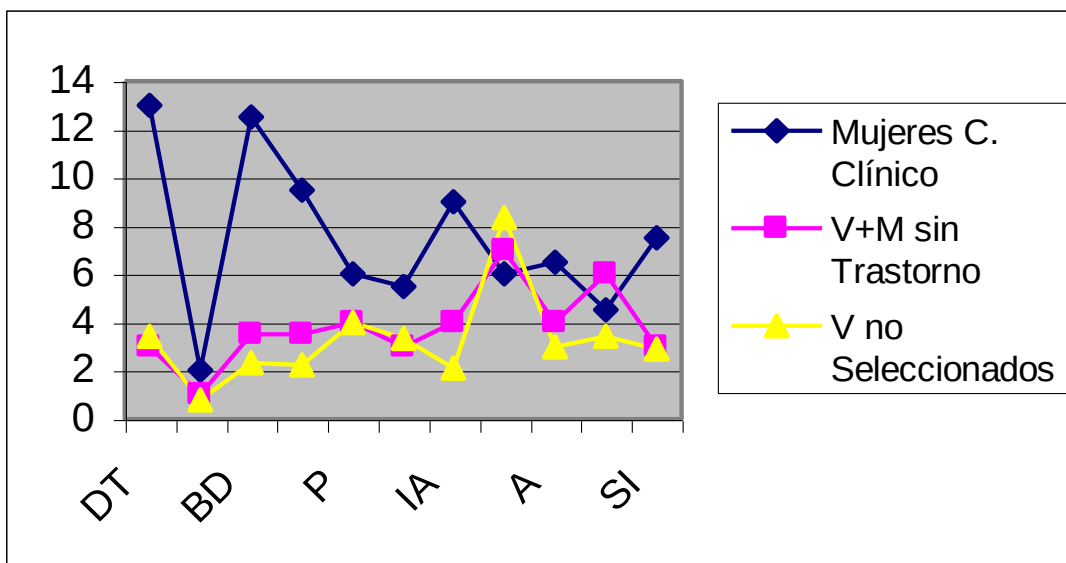
TABLA 1. Puntuaciones directas y centiles del grupo de sujetos *no seleccionados* en el EDI-2

	MUJERES		VARONES	
	PD	PC	PD	PC
DT	2.33	34	3.44	72
B	0.66	57	0.77	54
BD	3.66	37	2.33	44
I	2.33	44	2.22	55
P	2.83	51	4	48
ID	3.83	66	3.33	52
IA	2.16	31	2.11	39
MF	5.83	47	8.33	57
A	3.66	51	3	48
IR	3	35	3.44	36
SI	3.66	63	2.88	57

Gráfica 3: Perfil de sujetos femeninos no seleccionados en el EDI-2.



Gráfica 4: Perfil de sujetos masculinos no seleccionados en el EDI-2.



4.4. Comentarios

En base a los datos de evaluación presentados anteriormente, tanto en forma de tablas como de gráficas, se observa como en el grupo de sujetos seleccionados la puntuación masculina (directa de 10.6 y centil de 91) en la escala de insatisfacción corporal supera a la femenina (directa de 8.64 y centil de 57) y se aproxima a la puntuación del perfil de mujeres de caso clínico en esta escala (directa de 12.5).

Esto podría, de alguna manera, estar apuntando a la confirmación de las tendencias epidemiológicas en boga actualmente, las cuales indican no sólo que se está reduciendo la edad de inicio de los trastornos de la conducta alimentaria, sino que cada vez más los varones participan de esta epidemia y cuando lo hacen cursan con peor pronóstico que las mujeres.

En esta línea, y enlazando con uno de los objetivos principales del presente estudio, en concreto, corroborar la prevalencia de preocupación excesiva por la imagen corporal en población normal (sin trastorno de la conducta alimentaria) española, intentando demostrar que sujetos sin trastorno del comportamiento alimentario

manifiesto presentan niveles de insatisfacción por encima del perfil clínico, afectando cada vez a edades más tempranas, cabe destacar el porcentaje de sujetos de la muestra seleccionada que presentan niveles de insatisfacción corporal por encima del perfil mencionado.

Así, 8 de los 39 sujetos inicialmente evaluados, es decir, el 20.51%, reflejaron unos niveles de insatisfacción corporal superiores al criterio clínico. Es más, de los ocho sujetos citados, el 62.5% fueron varones, lo cual supone un dato cuya importancia merece el desarrollo de futuras investigaciones centradas en este aspecto.

En último término, otro de los datos, nuevamente, fruto de la comparación intersexos procede de la muestra no seleccionada y alude a niveles en la escala de miedo a la madurez en varones (puntuación directa de 8.33 y centil de 57) superiores a las mujeres (puntuación directa de 5.83 y centil de 47). Aún cuando la interpretación de estos datos excede a los objetivos del presente trabajo, nos aventuramos a hipotetizar que este miedo a la madurez, o tendencia a evitar la madurez psicobiológica, aspecto éste relacionado desde la literatura especializada con la anorexia nerviosa, podría estar apuntando a cierto factor de vulnerabilidad hacia la anorexia en los varones, en detrimento de la bulimia.

Sea como fuere, y en vista de los comentarios y conclusiones acerca de los datos, damos por confirmadas las dos hipótesis planteadas.

5. PROPUESTA DE UN PROGRAMA PREVENTIVO

5.1 Objetivos

Objetivo general:

- *Detectar de forma precoz grupos de riesgo y trabajar específicamente con ellos.*

- Intervenir en aquellos aspectos que facilitan el desarrollo de este tipo de trastorno para *reducir la incidencia* del mismo.

Objetivos específicos:

- *Informar y educar* al grupo de riesgo sobre *hábitos de alimentación adecuados* con el fin de *modificar conductas precursoras* del trastorno como es variar la dieta libremente y sin control.
- *Detectar y modificar pensamientos negativos* sobre la propia imagen corporal y el concepto de sí mismos, así como expectativas falsas y atribuciones erróneas acerca del peso y la figura.
- *Actuar* sobre los *estereotipos culturales* intentando sensibilizar al grupo de riesgo de los peligros que conlleva la actual presión cultural. Hacerles conscientes de que la apariencia física no es suficiente para alcanzar las metas que nos proponemos, ni es sinónimo de felicidad.
- *Entrenar* al grupo en *habilidades específicas de relación interpersonal*.
- *Dotar* al grupo de riesgo de *estrategias para la toma de decisiones y solución de problemas cotidianos*.

5.2. Descripción del programa

Este apartado se centra en la descripción del programa a través de la presentación de las fases a seguir en su realización, así como en las técnicas a aplicar en la fase de tratamiento propiamente dicha. Los objetivos y el procedimiento de cada una de las sesiones a desarrollar también se describen.

Antes de proceder a explicar las principales fases, se facilita una visión global del programa a modo de calendario.

PROCESO	SESIÓN	ACTIVIDAD
EVALUACIÓN	1ª	SELECCIÓN DE LA MUESTRA
	2ª	SELECCIÓN DE LA MUESTRA
	3ª	PRESENTACIÓN DEL PROGRAMA EVALUACIÓN PRE-TRATAMIENTO
TRATAMIENTO	4ª	INFORMACIÓN EDUCATIVA NUTRICIONAL
	5ª	REESTRUCTURACIÓN COGNITIVA-I (Creencias irracionales)
	6ª	REESTRUCTURACIÓN COGNITIVA-II (Autoestima)
	7ª	REESTRUCTURACIÓN COGNITIVA-III (Estereotipos culturales)
	8ª	HABILIDADES SOCIALES-I (Asertividad)
	9ª	HABILIDADES SOCIALES-II (Recibir/hacer críticas, hacer/recibir alabanzas)
	10ª	SOLUCIÓN DE PROBLEMAS-I RELAJACIÓN Y RESPIRACIÓN ABDOMINAL
	11ª	SOLUCIÓN DE PROBLEMAS-II REPASO GRAL PROGRAMA
	12ª	EVALUACIÓN POST-TRATAMIENTO DESPEDIDA
SEGUIMIENTO	-	SE REALIZARÁ TRAS EL VERANO

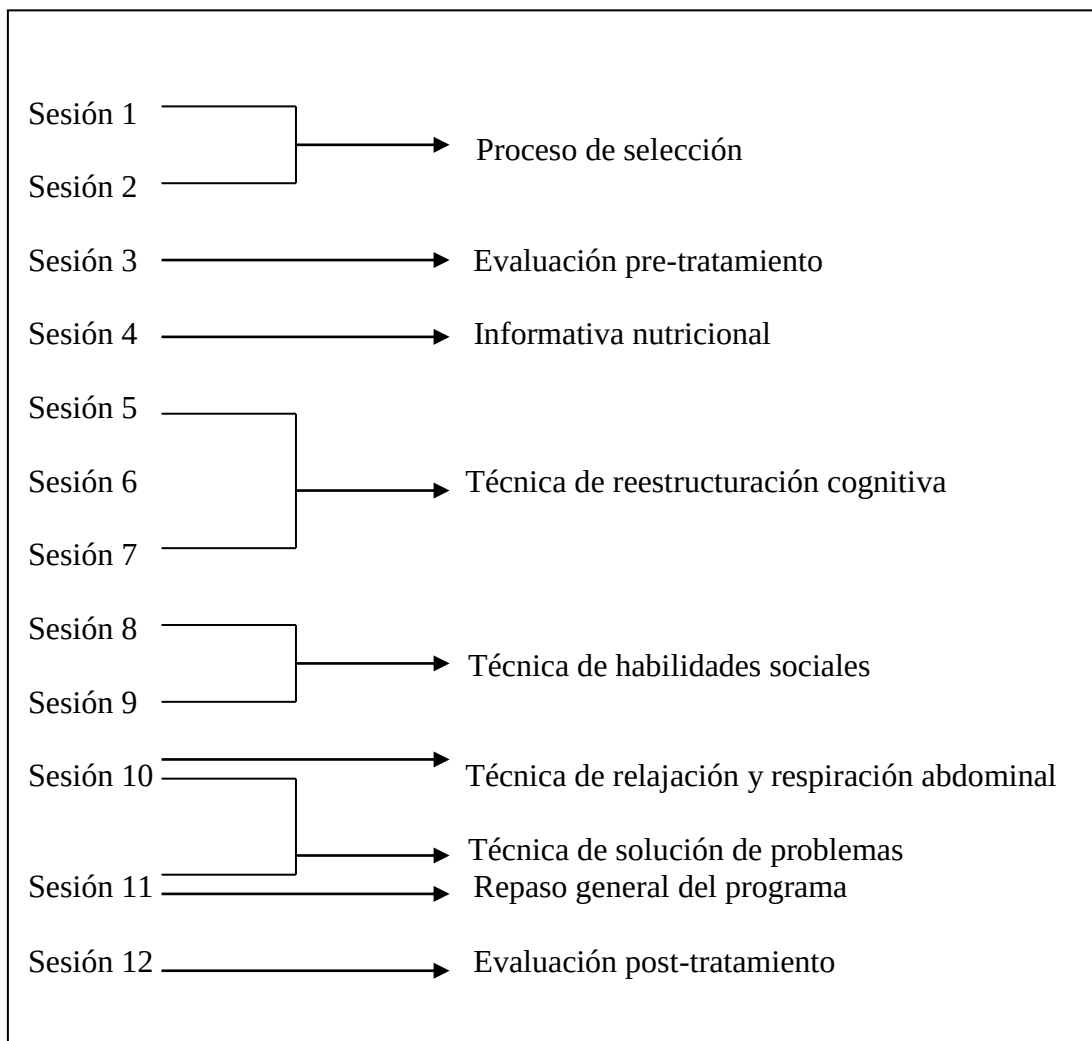
5.2.1. Fases

El programa se estructura en tres fases principales tras las cuales se ha planificado la realización de tres seguimientos, concretamente a los 3, 6 y 12 meses después de finalizada la intervención. Dichas fases se presentan a continuación de forma esquemática.

I. FASE DE SELECCIÓN	1.1.Presentación de terapeutas y motivo de evaluación 1.2.Evaluación y selección
-----------------------------	---

	- EDI-2
II. FASE DE EVALUACIÓN PRE-TRATAMIENTO	2.1. Presentación del programa 2.2. Evaluación pre-tratamiento - EDI-2 - STAIC - EED - FICHA PERSONAL - ÍNDICE DE MASA CORPORAL
III. FASE DE TRATAMIENTO	3.1. Información educativa nutricional 3.2. Reestructuración cognitiva - Creencias irracionales - Autoimagen y autoestima - Estereotipos culturales 3.3 Habilidades sociales - Asertividad - Recibir/hacer críticas y hacer/recibir alabanzas 3.4. Solución de problemas 3.5. Relajación y respiración abdominal 3.6. Repaso general del programa
IV.FASE DE EVALUACIÓN POST-TRATAMIENTO	4.1. Evaluación post-tratamiento - EDI-2 - STAIC - EED - FICHA PERSONAL - ÍNDICE DE MASA CORPORAL
V. SEGUIMIENTO	A tres, seis y doce meses

Cada fase posee una serie de apartados, pero para la realización del programa éstos se presentan de forma intercalada en cada sesión. El desarrollo del programa, por tanto, queda tal y como se reseña en el siguiente cuadro. Un análisis más pormenorizado puede verse en el desarrollo sesión a sesión en el punto 5.3.



- **5.2.1.1. Fase de Evaluación Pre-Tratamiento**

Una vez seleccionados los sujetos, tal y como se especificó anteriormente, se iniciaría la fase de evaluación pre-tratamiento, cuyo objetivo se dirige a evaluar diferentes aspectos emocionales de los sujetos con el fin de poder analizar, una vez finalizada la intervención, si ha habido cambios y cuál ha sido la naturaleza y dirección de los mismos.

Así, se propone utilizar en esta fase los siguientes instrumentos y medidas de evaluación:

⇒ *Inventario de trastornos de la Conducta Alimentaria -EDI 2-* de Garner (1991).

⇒ *Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo en Niños -S.T.A.I.C.-* (Spielberger, 1970).

Este cuestionario permite la autoevaluación de la ansiedad en niños y adolescentes (de 9 a 15 años) como estado transitorio y como rasgo latente.

La prueba, de aplicación colectiva y tiempo de aplicación entre 15 y 20 minutos, consta de dos partes, con 20 ítems cada una, mediante las cuales el sujeto puede expresar “como se siente en un momento dado” (ansiedad estado) y “como se siente en general” (ansiedad rasgo).

⇒ *Escala de Evaluación de la Depresión (EED)* de Del Barrio, Silva, Conesa-Peraleja, Martorell y Navarro.

Es una escala de autoinforme aplicable entre 10 y 18 años. Presenta como objetivo primordial lograr un cribado adecuado de los niveles de depresión en población infantil y juvenil y la evolución de los sujetos sometidos a tratamiento.

La escala se compone de 39 ítems: unos preguntan sobre sentimientos y actos relacionados con optimismo y felicidad (“me siento alegre”) y otros se refieren a sentimientos y conductas de tipo negativo (“me odio a mí mismo”). La ponderación de estas cuestiones se gradúa de cero a tres en función de la frecuencia con que aparece el sentimiento a la conducta descrita en el ítem.

⇒ *Ficha Personal*

Este cuestionario, a elaborar por los propios terapeutas, tiene el objetivo de obtener información en referencia a las relaciones sociales mantenidas por estos sujetos, hobbies y aspectos biográficos como número de hermanos, lugar que se ocupa entre ellos, y número total de integrantes del hogar familiar.

Asimismo, nos interesaba conocer toda una serie de aspectos relacionados con el peso y las actitudes hacia la comida. En concreto, se pretende saber si habían realizado dieta alguna vez o si, de hecho, la estaban realizando en el mismo momento de la evaluación.

⇒ *Índice de Masa Corporal (IMC).*

También denominado Índice de Quetelet (IQ). Este índice tiene en cuenta el peso (P, en kilos) y la estatura (E, en metros) y se calcula con la siguiente fórmula: $IQ = P/E^2$. Según la O.M.S. (Organización Mundial de la Salud), la normalidad se encuentra entre los índices 20 y 24; por encima de estos valores se sitúan los grupos que incluyen casos clasificados como sobrepeso (24-30), obeso (30-40) y peso mórbido (40-50); situándose por debajo de los mismos los grupos categorizados como infrapeso (< 20).

Se ha pensado en el empleo del IMC en virtud de una de sus grandes ventajas: indicador general del estado de nutrición del sujeto, teniendo siempre en mente relativizar esta información para evitar posibles subestimaciones o sobreestimaciones de los valores obtenidos, por el hecho de que los sujetos a someter a tratamiento, a juzgar por su edad, están en proceso constante de crecimiento.

- **5.2.1.2. Fase de Tratamiento**

Una vez evaluados los sujetos se iniciaría la fase de intervención propiamente dicha, la cual se apoya en la aplicación de los módulos especificados anteriormente, y cuyos objetivos y procedimiento se detallan en el apartado 5.3.

- **5.2.1.3. Fase de Evaluación Post-tratamiento**

Con el fin de evaluar la eficacia de la intervención realizada, y en la línea de conocer si en base a la misma se han producido cambios significativos, se volvería a aplicar la batería de pruebas, y ello en el mismo orden.

5.3. Sesiones

Sesión de evaluación pre-tratamiento

Objetivos:

- Dar la bienvenida al grupo.
- Informar sobre los objetivos del programa y cómo conseguirlos.
- Obtención de datos biográficos y otros datos personales de interés.
- Evaluar los niveles de ansiedad de los alumnos.
- Evaluar los niveles de depresión de los mismos.
- Obtención del Índice de Masa Corporal (I.M.C.) o Índice de Quetelet (I.Q.) de cada uno de los miembros del grupo.

Procedimiento:

1. Presentación del terapeuta.
2. Presentación de los miembros del grupo.
3. Exposición de los objetivos del programa, técnicas que a emplear y duración del mismo.
4. Complimentación de la ficha de datos personales.
5. Empleo del STAIC
 - 5.1. Explicación de la prueba.
 - 5.2. Complimentación de la misma.
6. Empleo del EED
 - 6.1. Explicación de la prueba.
 - 6.2. Complimentación de la misma.
7. Solicitación, como tarea para casa, del peso (Kg.) y la altura (m) por escrito a través del “ticket” de la farmacia más próxima.

1ª Sesión de tratamiento

Objetivos:

- Informar sobre las ventajas de una adecuada alimentación.
- Informar sobre los peligros de una dieta sin control.

Procedimiento:

1. Revisión de las tareas para casa.
 - 1.1. Recoger el “ticket” con el peso y la altura a cada miembro.
2. Módulo de Información Educativa Nutricional.
 - 2.1. Charla de los terapeutas: Explicación de los principales nutrientes, destacando la importancia de una alimentación sana y equilibrada, así como los peligros de una dieta restrictiva y sin control.
 - 2.1. Opiniones grupales.
 - 2.3. Práctica: Realización de actividades en grupo
 - 2.3.1. Lista de alimentos ingeridos normalmente y clasificación según lo visto.
 - 2.3.2. Elaboración de un menú equilibrado.
 - 2.4. Comentarios del grupo.
3. Tareas para casa:
 - 3.1. Autorregistro de alimentación.
4. Entrega de una hoja resumen sobre una alimentación sana y equilibrada.
5. Cierre de la sesión.

2ª Sesión de tratamiento

Objetivos:

- Reducir las creencias irracionales.
- Dotarles de estrategias de refutación de las mismas.

Procedimiento:

1. Repaso de la sesión anterior.
 - 1.1. Solicitar los autorregistros de alimentación semanal.
 - 1.1.2. Comentarios grupales.
2. Módulo de Reestructuración Cognitiva I: Pensamientos automáticos irracionales.
 - 2.1. Charla de los monitores: Explicación de la relación pensamiento-emoción-conducta y de los principales tipos de pensamientos irracionales.
 - 2.2. Comentarios de los participantes.
 - 2.3. Práxis: Refutación de pensamientos deformados relacionados con el peso y la imagen corporal.
 - 2.4. Opiniones de los miembros grupales.
3. Tareas para casa
 - 3.1. Registrar ideas irracionales intentando sustituirlas por otras más positivas, a través de un registro creado para este fin.
4. Entrega del material correspondiente a esta sesión: Hoja resumen de los principales pensamientos deformados.
5. Cierre de la sesión.

3ª Sesión de tratamiento

Objetivos:

- Especificar el significado de los conceptos de autoestima y autoimagen.
- Dotarles de estrategias para incrementar el nivel de autoestima.

Procedimiento:

1. Repaso de la sesión precedente

- 1.1. Recoger el registro encomendado en la sesión anterior sobre pensamientos negativos.
- 1.2. Comentarios y opiniones grupales.
2. Módulo de Reestructuración Cognitiva II: Autoimagen y autoestima.
 - 2.1. Charla de los terapeutas: Explicación de los conceptos de autoimagen (imagen corporal, imagen de la personalidad e imagen de las aptitudes) y autoestima.
 - 2.2. Comentarios grupales.
 - 2.3. Práctica: Ejercicios para conocernos mejor, aceptarnos y sacarnos el máximo provecho.
 - 2.4. Opiniones por parte de los participantes.
3. Solicitación de tareas para casa
 - 3.1. Preguntar a los miembros familiares, y también a amigos, aquellos aspectos positivos que, a su entender, les caracteriza, y registrarlo.
 - 3.2. Solicitar en “The Body Shop” el eslogan publicitario que trata sobre la imagen corporal.
 - 3.3. Revisar revistas de moda, y recopilar aquellos anuncios que más les agraden y llamen la atención.
4. Cierre de la sesión.

4ª Sesión de tratamiento

Objetivos:

- Informar sobre estereotipos culturales.
- Aprender a desarrollar un sentido crítico hacia mensajes exteriores sobre belleza (medios de comunicación,...).

Procedimiento:

1. Repaso de la sesión anterior
 - 1.1 Revisión de los registros sobre aspectos positivos de uno mismo
 - 1.2. Comentarios grupales.

1. Módulo de Reestructuración Cognitiva III: Estereotipos culturales.
 - 1.1. Charla de los terapeutas: Explicación de la variación de la figura ideal según la cultura y la época.
 - 1.2. Práctica en grupo: Análisis conjunto del eslogan de “ The Body Shop” (*tarea para casa de la sesión anterior*).
 - 1.3. Solicitar los anuncios publicitarios seleccionados
 - 1.3.1. Ejercicio práctico individual.
 - 1.3.2. Exposición al grupo y puesta en común.
 - 1.3.3. Ejercicio en grupo.
 - 1.3.4. Debate.
2. Resumen de las conclusiones más relevantes obtenidas a lo largo de la sesión.
3. Cierre de la sesión.

5ª Sesión de tratamiento

Objetivos:

- Definir qué son las habilidades sociales y para qué sirven.
- Entrenar a los miembros en comportamientos asertivos y a aprender a discriminar éstos de los comportamientos agresivos o pasivos.
- Explicar para qué sirve la comunicación no verbal.
- Entrenar en la habilidad específica de “decir NO”.

Procedimiento:

1. Recordar el contenido principal de la sesión anterior.
2. Módulo de Habilidades Sociales I: Asertividad.
 - 2.1. Charla de los monitores: Explicación teórica
 - 2.2. Comentarios del grupo.

- 2.3. Práctica
 - 2.3.1. Role-playing
- 2.4. Opiniones al respecto
- 3. Tareas para casa
 - 3.1 Anotar tres ejemplos de la habilidad “Decir NO” acontecidos durante la semana.
- 4. Cierre de la sesión.

6ª Sesión tratamiento

Objetivos:

- Entrenarles en la habilidad de “hacer y recibir cumplidos”.
- Entrenarles en la habilidad de “hacer y recibir quejas o críticas”.

Procedimiento:

Revisar el contenido de la sesión anterior y las tareas para casa

- 1.1. Discusión grupal sobre las situaciones de “Decir No” recogidas durante la semana.

Módulo de Habilidades Sociales II: Entrenamiento en la habilidad de hacer/recibir cumplidos y hacer/recibir críticas.

- 2.1. Charla de los terapeutas: Definición de la habilidad. Ventajas y desventajas de hacer y recibir cumplidos.

- 2.1.1 Ejemplos del grupo al respecto y discusión.

- 2.1.2 Puesta en práctica: Ensayos de conducta.

- 2.1.3 Comentarios y opiniones del grupo.

- 2.2. Charla de los terapeutas: Definición de la habilidad. Ventajas y desventajas de hacer/recibir críticas.

- 2.2.1. Ejemplos grupales en esta línea y debate.

- 2.2.2. Práctica: Ensayos de conducta.

- 2.2.3. Opiniones de los miembros.

- 3. Tareas para casa

- 3.1. Hacer un cumplido a un familiar o amigo y registrarlo.

- 3.2. Registrar su comportamiento si reciben un cumplido.
- 3.3. Expresar dos quejas o críticas y registrarlas.
- 3.4. Observar a miembros de la familia expresando quejas, registrando si lo hacen correctamente.
4. Cierre de la sesión.

7ª Sesión tratamiento

Objetivos:

- Explicación de las dos primeras fases de la técnica de solución de problemas.
- Entrenarles en relajación y respiración abdominal.

Procedimiento:

Repaso general de la sesión anterior y revisión de las tareas para casa

- 1.1. Puesta en común de las críticas y los cumplidos recibidos o expresados durante la semana.

Técnica de Solución de Problemas I.

- 2.1. Charla de los terapeutas: Introducción y explicación de las dos primeras fases, identificación del problema y descripción del mismo.
- 2.2. Comentarios y opiniones del grupo.
- 2.3. Práctica en grupo.
- 2.4. Opiniones.
3. Tareas para casa.
 - 3.1. Práctica de lo explicado.
4. Técnica de Relajación y Respiración abdominal.
 - 4.1. Charla de los terapeutas: Introducción y explicación.
 - 4.2. Opiniones.
 - 4.3. Práxis grupal.
 - 4.4. Comentarios y recomendaciones finales.
5. Tareas para casa
 - 5.1. Practicar los dos primeros pasos de la solución de problemas.

6. Cierre de la sesión.

8ª Sesión tratamiento

Objetivos:

- Explicación de las últimas fases de la técnica de Solución de Problemas.
- Aprender a solucionar un problema buscando alternativas y eligiendo la más eficaz, llevándola finalmente a cabo.
- Repasar de forma general el programa.

Procedimiento:

1. Repasar brevemente la sesión anterior y revisar las tareas para casa.
 - 1.1. Puesta en común de las tareas.
 - 1.2. Discusión.
2. Técnica de Solución de Problemas II.
 - 2.1. Charla de los terapeutas: Generación de soluciones alternativas, análisis de consecuencias y toma de decisiones, con ejecución en la realidad.
 - 2.2. Comentarios al respecto.
 - 2.3. Práctica en grupo.
 - 2.4. Opiniones.
 - 2.5. Recomendaciones finales.
3. Repaso general del programa en toda su extensión.
4. Tareas para casa.
 - 4.1. Práctica de la técnica completa.
 - 4.2. Facilitarnos, de nuevo, el peso y estatura a través del “ticket” de la farmacia más cercana.
5. Cierre de la sesión.

Sesión de evaluación post-tratamiento

Objetivos:

- Evaluar el grado de insatisfacción corporal e ineficacia, así como otras dimensiones psicológicas y conductuales con respecto a la comida y la figura.
- Medir el nivel de ansiedad de los miembros del grupo.
- Evaluar el grado de depresión de los participantes.
- Obtención de información biográfica.
- Obtención del I.M.C.
- Cerrar el programa.
- Explicar en que consisten las sesiones de seguimiento.

Procedimiento:

1. Revisión de las tareas encomendadas y repaso grupal de la técnica de solución de problemas
 - 1.1. Exponer al grupo la puesta en práctica semanal.
 - 1.2. Comentarios y discusión.
2. Empleo del EDI-2
 - 2.1. Explicación del cuestionario.
 - 2.2. Complimentación del mismo.
3. Empleo del STAIC
 - 3.1. Explicación de la prueba.
 - 3.2. Complimentación de la misma.
4. Empleo del EED
 - 4.1. Explicación de la prueba.
 - 4.2. Complimentación de la misma.
5. Rellenar Ficha personal.
6. Solicitar peso y altura a cada uno de los miembros grupales.
7. Reemplazar un próximo contacto a las de seguimiento.
7. Cierre final del programa y despedida.

6. BIBLIOGRAFÍA

- Albi, A. (1997). *Tu cuerpo es tuyo*. Madrid: Aguilar.
- Buttens, J. y Cash, T. (1987). Cognitive-behavioral treatment of women's body image satisfaction: A controlled outcome study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55, 8, 889-897.
- Button, E.J., Sonuga-Barke, E.J., Davies, J. y Thompson, M. (1996). A perspective study of self-esteem in the prediction of eating problems in adolescent schoolgirls: questionnaire findings. *British Journal of Clinical Psychology*, 35, 193-203.
- Carter, J.C., Stewart, D.A., Dunn, V.J. y Fairburn, C.G. (1997). Primary prevention of eating disorders: might it do more harm than good?. *International Journal of Eating Disorders*, 22, 167-172.
- Cervera, M. (1996). *Riesgo y prevención de la anorexia y la bulimia*. Barcelona: Martínez Roca.
- Clark, A., Clemes, H. y Bean, R. (1993). *Cómo desarrollar la autoestima en los adolescentes*. Madrid: Debate.
- Connors, D.J. y Johnson. (1987). Epidemiology of bulimia and bulimic behaviors. *Addictive Behaviors*, 12(2), 165-179.
- Dal-Re, M. (1997). *Los alimentos y la salud*. Madrid: Aguilar.
- De la Serna, I. (1998). *Comer no es un placer*. Madrid: Smithline Beecham.
- Fernández, F., Ayats, N., Jiménez, S., Saldaña, C., Turón, J.V. y Vallejo, J. (1997). Entrenamiento en habilidades conversacionales en un grupo ambulatorio de pacientes anoréxicas. Un diseño de línea base múltiple. *Análisis y Modificación de Conducta*, vol. 23 (87), 5-22.
- Fernández, F. y Turón, V.J. (1998). *Trastornos de la alimentación. Guía básica de tratamiento en anorexia y bulimia*. Barcelona: Masson.
- Hall, A., Hay, P.J. (1991). Eating disorder patient referrals from a population region 1977-1986. *Psychological Medicine*, 21, 697-701.
- Hoek, H. (1991). Epidemiological findings in the Netherlands. *Psychological Medicine*, 21, 455-460.
- Hsu, L.G. (1991). *Eating Disorders*. New York: Guilford Press.
- Jones, D.S., Fox, M.M., Babigan, H.M. y Hutton, H.E. (1980). Epidemiology of anorexia nervosa in Monroe County, New York, 1960-1976. *Psychosomatic Medicine*, 42, 551-558.

- Kendell, R.E., Hall, D.I., Halley, A. y Babigan, H.M. (1973). The epidemiology of anorexia nervosa. *Psychological Medicine*, 3, 200-203.
- Ladish, L.C. (1993). *Me siento gorda. Una historia de bulimia y anorexia*. Madrid: EDAF.
- Lindez Borrás, P. (1996). *Prevenir la anorexia y la bulimia*. Revista de treball social, 143, 90-94.
- Michelson, L., Sugai, Don P., Wood, R.P. y Kazdin, A.E. (1987). *Las habilidades sociales en la infancia. Evaluación y tratamiento*. Barcelona: Martínez Roca.
- Moyano Zimmermann, K.G. (1992). *Aprendo a relacionarme*. Valencia: Promolibro.
- Ochoa, E. (1996). *De la anorexia a la bulimia*. Madrid: Aguilar.
- Palmer, P. y Alberti, M. (1992). *Autoestima. Un manual para adolescentes*. Valencia: Promolibro-Cinteco.
- Raich, R. M. (1997). *Anorexia y bulimia: Trastornos alimentarios*. Madrid: Pirámide
- Rodríguez Ramírez, M.C. (1998). Sintomatología clínica en jóvenes que realizan dietas alimentarias. *Clínica y Salud*, vol.9, 3, 597-606.
- Saldaña, C. (1988). *Obesidad*. Barcelona: Martínez Roca.
- Saldaña, C. (1994). *Trastornos del comportamiento alimentario*. Madrid: Terapia de Conducta y Salud.
- Saldaña, C. y Tomás, I. (1998). En F. Palmero y E.G. Fernández-Abascal (Coord.), *Emociones y adaptación*, cap. 4, pp. 85-116. Barcelona: Ariel
- Sánchez-Planell, L. (1991). Trastornos de alimentación. En J. Vallejo Ruiloba, *Introducción a la psicopatología y la psiquiatría* (3ª ed.), cap. 21, pp. 276-295. Barcelona: Masson.
- Schmidt, U. y Treasure, J. (1996). *Aprender a comer. Un programa para bulímicos*. Barcelona: Martínez Roca.
- Toro, J. (1996). *El cuerpo como delito*. Barcelona: Ariel.
- Toro, J. y Vilardell, E. (1987). *Anorexia nerviosa*. Barcelona: Martínez Roca.
- Turón, J., Fernández, F. y Vallejo, J. (1992). Anorexia nerviosa: variables demográficas y clínicas en 107 casos. *Revista de la Cátedra de Psiquiatría del Clínico*.
- Wooley, S. y Wooley, O. (1984). Intensive out-patient and residential treatment for bulimia. En D.M. Garner (Eds.), *Handbook of Psychotherapy for anorexia and bulimia*. Nueva York: Guilford Press.
