



TRABAJO DE FIN DE GRADO DE PSICOLOGÍA.

**ANOREXIA NERVIOSA EN
ADOLESCENTES: FACTORES DE RIESGO,
EVALUACIÓN Y TRATAMIENTO.**

Patricia Cabrera Cabrera

Tutores: Pablo García Medina & María Concepción Cristina Ramos Pérez.

Departamento: Psicología Clínica, Psicobiología y Metodología.

Área de Conocimiento: Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos.

Curso académico: 2018/2019

Resumen

La Anorexia Nerviosa es un Trastorno de Conducta Alimentaria cuya incidencia ha aumentado de forma notable en las últimas décadas. Tal información ha generado una alarma importante en la sociedad, lo que no es de extrañar si tenemos en cuenta que estamos ante uno de los trastornos mentales con tasas de mortalidad más altas. Aunque los problemas de alimentación suelen gestarse desde la infancia, la adolescencia es el periodo por excelencia donde se desencadena, lo que complica bastante el diagnóstico al estar ante uno de los sectores de la población más frágiles y vulnerables a cualquier alteración física, psíquica o biológica.

Se ha considerado conveniente, dado que estamos ante un trastorno multicausal, llevar a cabo una revisión de los factores de riesgos desencadenantes y precipitantes con el objetivo de intentar promover una adecuada prevención en diferentes ámbitos. Asimismo, se procede a establecer diferentes métodos de evaluación y una posible intervención ajustada al colectivo de mayor prevalencia en el trastorno.

Palabras clave: trastorno de conducta alimentaria, anorexia nerviosa, adolescencia, terapia específica familiar, técnicas virtuales.

Abstract

Anorexia Nervosa is an Eating Disorder whose incidence has increased notably in recent decades. Such information has generated an important alarm in society, which is not surprising if we consider that we are facing one of the mental disorders with higher mortality rates. Although this problems usually gestate from childhood, adolescence is the period par excellence where it is triggered, which complicates the diagnosis by being in front of one of the most fragile sectors of the population and being vulnerable to any physical, psychological or biological alteration.

Due to the fact that we are dealing whit a multicausal disorder, it has been considered convenient to carry out a review of the triggering and precipitating risk factors with the aim of trying to promote adequate prevention in different areas. In addition, we proceed to establish different evaluation methods and a possible intervention adjusted to the group with the highest incidence in the disorder.

Keywords: eating disorders, anorexia nervosa, adolescence, specific family therapy, virtual techniques.

Índice

Introducción.....	4
Anorexia nerviosa.....	6
Factores de riesgo	8
- Factores personales.....	9
- Factores familiares.....	10
- Factores socioculturales.....	11
Evaluación	13
- Entrevista clínica	13
- Cuestionarios, inventarios y escalas	14
- Autorregistros.....	17
- Observación.....	17
Tratamiento.....	19
Conclusiones.....	25
Referencias	27

1. Introducción

La adolescencia es una etapa del desarrollo humano caracterizada por una serie de cambios físicos y psicológicos. Generalmente, abarca desde los doce hasta los dieciocho años, pero no pueden fijarse unos límites precisos. Comienza con la pubertad y finaliza cuando se alcanza la madurez adulta.

El concepto de adolescencia ha sufrido numerosas modificaciones desde su etiología. En sus inicios, Stanley Hall (1904) hablaba de esta etapa como un periodo tormentoso donde predominaban el estrés y los conflictos. Durante mucho tiempo sostuvo que las contradicciones, los pensamientos cambiantes y las emociones intensas características de esta edad, estaban asociadas de forma natural a los cambios fisiológicos producidos en los jóvenes, haciendo necesariamente de ésta una etapa dura y complicada.

Fue Margaret Mead (1972) quien años más tarde se negó a aceptar este patrón universal que se había establecido sobre la adolescencia y que no tenía en cuenta ningún factor externo. Su desconformidad ante tales hipótesis le llevó a realizar diferentes investigaciones con las que pudo concluir que, efectivamente, aunque durante este proceso biológico puedan manifestarse diversos conflictos, estos no son producto de que la adolescencia sea por naturaleza un periodo difícil de entender y tolerar, sino del ambiente social en el que se desarrollan las personas desde su nacimiento.

Dichos supuestos establecidos por la antropóloga no solo se han mantenido a lo largo de los años, sino que, además, también han sido estudiados y apoyados por otros ámbitos. En psicología, figuras destacables como la de Bandura (1980) confirman la influencia del ambiente en las conductas de las personas, sobre todo, en las de los adolescentes.

El afecto, la vida familiar, las relaciones sociales y la autoestima, entre otros, son algunos de los factores que están a la base de los distintos tipos de problemas que, aunque se hagan más notables o salgan a la superficie en esta etapa, se van gestando desde la infancia. Los Trastornos de Conducta Alimentaria (TCA) son un buen ejemplo de ello, pues el comer y el modo en que se come son hábitos que se enseñan a los niños desde muy pequeños (Aguirre & Hadad, 2017).

Las conductas alimentarias de riesgo son acciones dirigidas a controlar o reducir el peso corporal que surgen de las preocupaciones excesivas por la comida e incluyen una amplia gama de comportamientos negativos y perjudiciales para el individuo (Altamirano, Vizmanos & Unikel, 2011). La Anorexia Nerviosa es una de estas conductas de riesgo que empieza a identificarse como trastorno a mediados del siglo XX (Baile & González, 2010).

Una de las características principales de las personas que la padecen es la insatisfacción con la imagen personal, por lo que la antigüedad del trastorno no debería resultar extraña si tenemos en cuenta que, desde hace décadas, los jóvenes crecen en un mundo rodeado de estereotipos: mantenerse en forma y tener un “peso ideal” parece considerarse a esta edad lo más importante, pues se asocia delgadez con popularidad, éxito e inteligencia (Morandé, 1990).

El problema surge cuando, con el paso de los años, tales pensamientos siguen vigentes, e incluso, se han agravado con la introducción de las nuevas tecnologías.

Se manipulan, se editan y se retocan constantemente las imágenes que se publican en revistas o vallas publicitarias haciendo que la sociedad acepte y normalice cánones de belleza que son irreales, llegando a convertir en ideales estéticos algo imposible e inalcanzable (Maluenda, 2010).

Estos valores respecto a la aceptación social, la belleza o el cuerpo ideal (“sano y fuerte”) se sostienen día tras día por los medios de comunicación, quienes ejercen una importante presión social sobre los más jóvenes (Eguiarte, 2015).

Si tenemos en cuenta que es en la adolescencia cuando los menores se vuelven mucho más vulnerables e influenciados por las cosas que ven o los juicios y comentarios que escuchan, no debe ser extraño entonces, por un lado, que sea a esta edad cuando comience a manifestarse más notablemente el trastorno mencionado, siendo infrecuente encontrar esta alteración por encima de los 40 (APA, 2014) y, por otro lado, que transmitiendo los medios de comunicación informaciones como estas, de la mano de las nuevas tecnologías venga un aumento notable y desmesurado de la incidencia.

Este hecho debería ser alarmante y preocupante para todos si consideramos que aproximadamente 9 de cada 100 casos acaban con la muerte de las pacientes (Buela-Casal, 2004).

Se hace referencia a “las pacientes” en femenino debido a la elevada diferencia en la tasa de prevalencia, pues nos encontramos ante un trastorno mucho más común entre las mujeres que entre los hombres. La población clínica refleja una proporción de aproximadamente 10:1, lo que nos informa de que por cada 10 mujeres que sufren anorexia, solo hay un hombre que la padece. (APA, 2014).

Teniendo en cuenta estos datos se considera conveniente optar por el femenino en este artículo, aunque no por ello deben obviarse los casos padecidos por varones.

2. Anorexia nerviosa

Son numerosas las creencias erróneas que hay actualmente en la sociedad acerca de este trastorno, pues tal y como establece Monro (2002), “la anorexia no es simplemente un caso de dieta rigurosa y adelgazamiento”, sino que va mucho más allá de eso.

Si definiésemos la Anorexia solo como la falta o disminución del apetito no podríamos hablar de trastorno, por eso se alude a este concepto como “Anorexia Nerviosa”, pues es esta última palabra la que nos indica la patología psicológica, lo relacionado con los nervios (González, Hidalgo, Hurtado, Nova & Venegas, 2002).

Las pacientes anoréxicas se caracterizan por tener una imagen distorsionada de su cuerpo: lo perciben más grueso de lo que realmente es. Se trata de personas que muestran una enorme obsesión en todo lo relativo a la masa corporal, por lo que, aun estando delgadas e incluso demacradas, se ven obesas y se sienten aterrorizadas ante la idea de engordar. Este miedo intenso provoca el deseo constante de mantener un peso significativamente inferior al adecuado para su edad, sexo, salud física y fase de desarrollo, sin importar las consecuencias que ello suponga. Tales pensamientos y sentimientos son los que llevan a este grupo a adoptar estrategias inadecuadas con el objetivo de prevenir dicho aumento: la restricción drástica de la ingesta de alimentos es la táctica más común dentro de este colectivo, pero también emplean otras como la actividad física vigorosa, los atracones y/o las conductas purgativas (vómitos, laxantes, diuréticos o enemas) (Portela, da Costa, Mora & Raich, 2012).

La importancia que tiene para la persona anoréxica la delgadez y el aspecto esbelto en su valía personal es tal, que el logro de este objetivo acaba por dominar todos sus esfuerzos, sus actividades, sus relaciones, su autoestima y su vida en general (Heliodoro, Botella & Perpiñá, 2006).

El término de Anorexia Nerviosa (AN) se ha venido asumiendo desde las primeras ediciones del manual *The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM)* hasta hoy en día. En la actualidad está incluida en la quinta edición del sistema de clasificación (DSM-V) junto a otros cuatro trastornos (pica, trastorno de rumiación,

trastorno de evitación/restricción de la ingestión de alimentos, bulimia nerviosa y trastorno por atracón). Todos ellos se caracterizan por el logro o la persistencia de la delgadez y se encuentran localizados bajo el epígrafe “Trastornos alimentarios y de la ingestión de alimentos” (APA, 2014). En la edición anterior del manual (DSM-IV-TR), la AN se encontraba situada en un apartado distinto al de ahora: “Trastornos de inicio en la infancia, la niñez y la adolescencia”. Este cambio en la ubicación se debe a que los casos demuestran que, aunque la incidencia de la enfermedad sea baja después de la edad adulta, realmente puede aparecer en cualquier momento del ciclo evolutivo (APA, 2002).

Debido a la heterogeneidad del grupo, a la hora de hacer el diagnóstico ambos manuales nos indican la necesidad de clasificar a la persona con anorexia en dos subtipos: restrictivo (ausencia de atracones o purgas) o purgativo (presencia de atracones o purgas). El cambio entre los subtipos a lo largo de la enfermedad es frecuente.

Con el paso de los años ha quedado claro que las actitudes, pensamientos y temores impregnados en las pacientes no surgen de la nada, por lo que no pueden entenderse los problemas en el ámbito alimentario sin considerar determinados fenómenos que tienen lugar en el mundo social en el que se envuelven diariamente (Ballester & Guirado, 2003).

3. Factores de riesgo

La AN ha dejado de afectar a casos aislados y ha pasado a convertirse en todo un fenómeno social y cultural cuya comprensión requiere la búsqueda de múltiples causas y el estudio de diversos ámbitos más allá del estrictamente sanitario (moda, medios de comunicación, influencia familiar, etc.) (García, 2018).

Por tanto, debido a la gran variabilidad que muestra este trastorno resulta imprescindible hablar de explicaciones multifactoriales cuando se hace referencia a ellos,

pues surgen distintos planteamientos terapéuticos en relación a su etiología y tratamiento (Gómez et al. 2018).

Ya desde 1993, Garner estableció los factores predisponentes (individuales, familiares y socioculturales), precipitantes y consolidantes del trastorno. Actualmente la clasificación que realizó sigue siendo válida y útil a la hora de entender los factores de riesgo de la AN, por ello, en este artículo se va a usar la misma para abordarlos.

3.1 Factores personales

Las personas anoréxicas suelen caracterizarse, entre algunos otros factores, por ser obsesivas, compulsivas y perfeccionistas, así como por evitar el daño y no buscar lo novedoso (Perpiñá, 2014), por lo que hay que estar atentos cuando se manifiestan rasgos como estos en adolescentes con problemas de alimentación.

La intolerancia a la emoción es otro de los aspectos destacables en las jóvenes que padecen la enfermedad. Se ha podido detectar en las pacientes, actitudes y percepciones negativas hacia la expresión emocional, así como dificultad para procesar e identificar tales emociones. Además, las personas cuyo estado de ánimo se ve condicionado por la alimentación, la figura corporal y el peso son más propensas a padecer AN que el resto (Pascual, Etxebarria & Echeburúa, 2011).

La baja autoestima y la insatisfacción con la imagen corporal también son característicos de este colectivo. Nos enfrentamos a personas cuyo amor propio y respeto a sí mismas es escaso: no se aceptan tal y como son, lo que las lleva a adoptar una visión distorsionada de su cuerpo y su persona (falta de autoconcepto). Del mismo modo, no son capaces de hacer buenas autocríticas sobre sus actuaciones, pues se sienten devaluadas e indeseables (falta de autoevaluación). Asimismo, es tal la necesidad de encajar en la sociedad para ser aceptadas por sus semejantes, que le dan excesiva importancia a los

juicios de los demás, sintiéndose inferiores, inseguras y llenas de prejuicios (falta de identidad del yo) (Rosas, 2015). El malestar con su físico suele ser tan grande que genera emociones de asco, rabia, ansiedad e incluso rechazo ante el mismo. Estas sensaciones son las que suelen llevarlas a evitar situaciones en las que su cuerpo pueda estar expuesto ante los demás y ser objeto de burlas y críticas (ir a la playa, vestir con ropa corta, etc.) (Heliodoro, Botella & Perpiñá, 2006).

Lo curioso de estos rasgos es que, aun cuando la paciente ya se ha recuperado de la enfermedad, muchos de ellos siguen permaneciendo, lo que indicaría, tal y como establece Perpiñá (2014), “una personalidad premórbida que hace a estas personas susceptibles”.

3.2 Factores familiares

Desde que nacemos, estamos constantemente aprendiendo cosas a partir de aquellos que nos rodean, por lo que el ambiente familiar en el que uno crece, determina el inicio de nuestra personalidad. Aunque en la adolescencia las jóvenes empiecen a experimentar autonomía e independencia, los valores sociales que sustenta el núcleo familiar pueden suponer un factor de riesgo a la hora de desarrollar problemas alimentarios.

Si las hijas están constantemente expuestas a situaciones donde se pone énfasis en la delgadez, el atractivo físico, las dietas o la búsqueda de una imagen ideal, cuando crezcan pueden desarrollar conductas inclinadas a tales creencias. Se comprobó a través de diferentes estudios cómo los comentarios negativos por parte de los familiares respecto al aspecto físico son el mayor predictor de conductas bulímicas y anoréxicas (Crowther, Kichler, Sherwood & Kuhnert, 2002).

Además, en ocasiones, en el contexto familiar, no solo no se frenan las conductas inadecuadas respecto a la alimentación, sino que encima se estimulan y apoyan los intentos de la paciente dirigidos a bajar de peso, e incluso, se elogian los esfuerzos que realiza por adelgazar cuando ya se muestran signos de un mal funcionamiento corporal (Perpiñá, 2014). Las investigaciones muestran que el reñir a las hijas por su falta de apetito o el fomentar la realización de ejercicio con el objetivo de “quemar calorías” también influye en la adquisición de actitudes alimentarias problemáticas (Ballester & Guirado, 2003).

Del mismo modo, Eguiarte (2015) estableció que tanto el perfeccionismo como las altas expectativas de los padres respecto a las adolescentes fomentan que también éstas desarrollen expectativas exageradas sobre sí mismas, entre las cuales se incluye el cuerpo.

3.3 Factores socioculturales

El contexto cultural y social se vuelve fundamental en la adolescencia para agravar o perpetuar una condición ya existente de insatisfacción con la figura corporal (Zuckerfeld, Zonis-Zuckerfeld & Quiroga, 2000), pues fomenta continuamente un ideal de belleza inalcanzable para la mayoría.

La sociedad actual, reforzada por los medios de comunicación y la cultura en general, promueve un modelo estético caracterizado por una figura ultradelgada, angular y poco curvilínea que propicia el surgimiento de conductas y actitudes anómalas hacia el peso y la comida (Ramos, Rivera, Pérez, Lara & Moreno, 2016).

Además, la publicidad, tal y como establece Dulanto (2000) “lejos de favorecer una nutrición balanceada fomenta prácticas alimenticias inadecuadas a fin de conseguir una imagen ideal o alcanzar estereotipos de belleza y éxito tanto para hombres como para mujeres”.

Las niñas reciben día a día cantidad de información opuesta por parte de los medios de comunicación: mientras por un lado se alardea de lo “bonito” que es ser delgado, incitando a las jóvenes a desarrollar estrategias para lograr el nivel de belleza establecido, por otro, se exponen constantemente imágenes de alimentos atractivos y deseables, pero insanos, con el objetivo fomentar su consumo. Teniendo en cuenta tales contradicciones, no es de extrañar que se acabe provocando en las adolescentes un estado de confusión sobre la imagen corporal, la salud y el comportamiento alimentario (Corsica & Hood, 2011).

Los estudios realizados en este ámbito muestran una asociación entre anorexia y medios de comunicación: se descubrió que el mayor predictor de insatisfacción con la imagen corporal en chicas era el uso de la televisión (Schooler & Trinh, 2011), así como que solo las redes sociales de exposición a los medios se relacionan con indicativos de trastornos de conducta alimentaria (Becker et al., 2011), o que presentan mayor riesgo de atracones y estrategias extremas para controlar el peso las niñas que quieren parecerse a las mujeres que aparecen en los medios de comunicación (Field et al., 2008).

Asimismo, las firmas comerciales crean constantemente prendas de vestir cuyas tallas reducidas generan desconcierto y confusión en las jóvenes, incitándoles de forma indirecta a mantener una figura delgada como sinónimo de belleza. La moda es otro de los espacios donde se promocionan continuamente cánones de belleza irreales utilizando maniqués con una constitución y peso por debajo de los límites saludables (García, 2018).

Una vez adquirida esta información general acerca de los factores de riesgo que pueden promover la aparición de la AN, resulta conveniente conocer distintos métodos de evaluación que nos pueden aportar datos específicos sobre el caso.

4. Evaluación

Antes de poner en marcha cualquier tratamiento es necesario llevar a cabo una evaluación psicológica que nos aporte información específica sobre el problema de la persona anoréxica. De esta forma se podrá establecer un diagnóstico diferencial, un pronóstico y una intervención lo más individualizada y acertada posible.

Cuando se habla de evaluación psicológica, se hace referencia a la aplicación de un conjunto de instrumentos objetivos útiles para identificar aspectos específicos de la paciente, de su ambiente, de la relación existente entre ellos, del área familiar o de la posible comorbilidad con otras psicopatologías (Nunes, Garcia & Scortegagna, 2006).

Por tanto, se hace necesaria una evaluación a través de la familia, de los amigos, del ámbito médico y, por supuesto, de la afectada, pues cuando se controla el entorno, la fiabilidad y la validez del diagnóstico aumentan, y, por tanto, la probabilidad de tener éxito en la recuperación es mayor.

Para analizar todos estos aspectos contamos con distintos métodos: entrevistas clínicas, cuestionarios, inventarios, escalas, autorregistros y observaciones.

4.1 Entrevista clínica

Una de las principales dificultades que se suelen encontrar a la hora de llevar a cabo esta exploración inicial es la ausencia de motivación para el cambio, el rechazo a la ayuda psicológica o psiquiátrica y la negación del problema encontrado, por lo que no sería de extrañar la ocultación o el engaño en alguna de las áreas que se vayan a evaluar (Heliodoro, Botella & Perpiñá, 2006).

Sierra, Casal y Ambrosio (2004), establecen que esta incapacidad de aceptar el trastorno suele ser producto de las creencias instauradas en las personas anoréxicas sobre

los profesionales, a quienes ven como enemigos cuyo único fin es hacerles comer o engordar.

Por ello, una buena relación terapéutica basada en la empatía y la confianza determinará, en gran medida, que la adolescente sea capaz de aceptar el problema y revelar libremente las conductas inadecuadas que desempeña y los posibles motivos de esta, así que es preciso invertir la cantidad de sesiones necesarias para forjar una alianza adecuada.

La entrevista clínica, a pesar de ser uno de los métodos más antiguos también es considerado uno de los más eficaces, por lo que suele ser el primer paso de casi toda evaluación psicológica.

Aunque la entrevista principal se lleve a cabo con la paciente, realizar alguna entrevista estructurada con padres, familiares o amigos cercanos es de gran utilidad en casos como estos, pues nos va a garantizar el diagnóstico y la capacidad del entorno de modular el trastorno.

En la tabla 1 que aparece posteriormente se muestran tipos de entrevistas a realizar por profesionales clínicos que tratan con la adolescente anoréxica y su entorno más cercano para obtener información sobre esta y su particular problema.

4.2 Cuestionarios, inventarios y escalas

Una vez se haya realizada la entrevista clínica será conveniente el pase de cuestionarios, inventarios o escalas como las establecidas en la tabla 2 que viene a continuación para poder detectar algunos aspectos relacionados con patologías más específicas, síntomas que tiene la menor, actitudes hacia la comida, etc.

Tabla 1

Entrevistas para la AN. Elaboración propia recogida de Muñoz, Roa, Pérez, Santos-Olmo & Vicente (2002); Caballo (2005).

ENTREVISTAS

<p>Entrevista para el Diagnóstico de los Desórdenes Alimenticios. <i>Interview for Diagnostico of Eating Disorders (IDED)</i> (Williamson, Davis, Duchmann et al., 1990).</p>	<p>Entrevista estructurada para la detección y el diagnóstico de trastornos de alimentación. Evalúa aspectos relacionados con: el control del peso, el miedo a engordar, los factores que empeoran o mejoran las conductas alimentarias desadaptadas y la frecuencia y el tipo de conductas purgativas.</p>
<p>Examen de los trastornos de Alimentación. <i>Eating disorder Examination (EDE – 12.01)</i> (Fairburn & Cooper, 1993).</p>	<p>Entrevista formada por 4 subescalas. No debe utilizarse exclusivamente para el diagnóstico. Se debe completar con otras técnicas. Evalúa las restricciones alimentarias y la preocupación por la conducta de ingesta, el peso y la figura corporal (cuatro subescalas).</p>
<p>Instrumento de detección de los Trastornos de Alimentación. <i>Screening for Disordered Eating</i> (Anstine & Grinenko, 2000).</p>	<p>Instrumento formado por cuatro preguntas. Es útil para detectar mujeres adolescentes con riesgo de padecer trastornos alimentarios.</p>
<p>Entrevista diagnóstica DISC-IV, versión para padres (DISC-P). <i>Diagnostic Interview Schedule for Parents</i> (Shaffer et al., 2000).</p>	<p>Entrevista altamente estructurada para padres acerca de las situaciones o problemas presentes en los últimos 6 meses en sus hijos. Ha sido diseñada con el objetivo de realizar diagnósticos.</p>

Tabla 2

Cuestionarios para la AN. Elaboración propia recogida de González, Fernández, Pérez & Santamaría (2004); Caballo, Salazar & Carrobles (2014).

CUESTIONARIOS, INVENTARIOS Y ESCALAS

<p>Sistema de evaluación de la conducta en niños y adolescentes. <i>Behavuirak Assesment System for Children (BASC)</i> (Reynolds & Kamphaus, 2004). Adaptación española de González et al. (2004).</p>	<p>Escala empleada para la evaluación de varias dimensiones patológicas (problemas de personalidad, problemas de conducta, trastornos emocionales, etc.) y adaptativas (liderazgo, autoestima, etc.) realizada a través de tres. Esta evaluación se realiza a través de padres, tutores y el propio sujeto.</p>
<p>Test de actitudes alimentarias. <i>Eating Attitudes Test (EAT)</i> (Garner y Garfinkel, 1979). Adaptación española de Castro, Toro, Salamero & Guimerá (1991).</p>	<p>Instrumento capaz de detectar síntomas característicos de la anorexia. Evalúa las actitudes y conductas asociadas a la anorexia nerviosa como el miedo a perder peso, el impulso a adelgazar, las conductas alimentarias o los patrones alimentarios restrictivos.</p>
<p>Inventario del malestar provocado por las situaciones relacionadas con la imagen corporal. <i>Situational Inventory of Body-Image Dysphoria (SIBID)</i>. (Cash, 1994). Adaptación española de Gallego, Perpiñá, Botella & Baños (2006).</p>	<p>Diseñado para evaluar aspectos relacionados con las reacciones de malestar e insatisfacción con la figura corporal provocadas por determinadas conductas, situaciones o contextos.</p>
<p>Inventario de trastornos alimentarios-3. <i>Eating Disorder Inventory-3 (EDI-3)</i> (Garner, 2004).</p>	<p>Autoinforme que evalúa los aspectos cognitivos y conductuales de la AN en relación a las actitudes de la paciente respecto a la comida, el peso y la imagen corporal.</p>
<p>Escala autoaplicada de adaptación social. <i>The Social Adaptation Self-evaluation Scale (SASS)</i>. (Bosc et al., 1997). Adaptación española de Bobes et al. (1999).</p>	<p>Evalúa la conducta y la motivación social explorando el funcionamiento de la paciente en distintas áreas como la académica, la laboral, la familiar, las relaciones sociales, los intereses, etc., así como las actitudes psicológicas generales.</p>

4.3 Autorregistros

El autorregistro suele ser otra de las técnicas fundamentales en cualquier evaluación psicológica. Es de especial utilidad, pues nos permite obtener conocimientos que solo puede aportarnos la persona que padece el problema, aspectos inobservables a simple vista como los pensamientos o sentimientos.

Aunque cierto es que esta información puede estar sesgada ya que nadie nos garantiza la plena sinceridad de la paciente, a través de los autorregistros es posible sacar algunas conclusiones relevantes para cada caso, de ahí la importancia de su aplicación.

Además, son de utilidad para aumentar la comprensión del modelo de intervención y para que la persona se haga consciente de las conductas inadecuadas que lleva a cabo, así como de los progresos que consigue en ellas.

A las pacientes anoréxicas suelen pedírseles aspectos relacionados con la topografía de la ingesta, el estado de ánimo antes y después de tal conducta, la cantidad de hambre, la evitación de algunos tipos de alimentos, etc. (Sierra, Casal & Ambrosio, 2004).

4.4 Observación

También se suelen llevar a cabo técnicas de observación en cualquier evaluación psicológica.

Hay ocasiones en las que, en vez de ser la persona que padece el problema la que registre determinadas conductas relacionadas con el trastorno, es el propio terapeuta, los familiares o personas cercanas a la paciente quienes desempeñen tal labor, pues la fiabilidad en estos casos es mayor.

La observación directa nos permite ver las actitudes y los comportamientos que adoptan las adolescentes para perder peso, así como si hay periodos de tiempo en los que intentan no comer o si prefieren no ingerir algunos tipos de alimentos específicos.

Por tanto, de la misma manera que se llevan a cabo los autorregistros, es conveniente que personas cercanas a la adolescente anoréxica realicen una observación directa de las conductas a través de alguno de los métodos establecidos en la tabla 3. De esta forma, es posible comparar el material obtenido por parte de la paciente con la información aportada por profesores, padres, familiares o amigos, detectando así las incongruencias y destacando aquellos aspectos donde puede ser interesante centrar el tratamiento.

Tabla 3

Técnicas de observación para la AN. Elaboración propia recogida de Muñoz, Pérez, Santos-Olmo & Vicente (2002); Caballo (2005).

OBSERVACIÓN	
<p>Método de Bob y Tom para la evaluación de la Nutrición. <i>Bob and Tom's Method of Nutrition (BATMAN)</i> (Klesges, Coates y Brown, 1983).</p>	<p>Se registra durante la comida las conductas del niño, la interacción de este con los padres y las variables físicas y ambientales destacables. Se observa a los padres y al niño durante 10 segundos y luego se registra durante los siguientes 10 segundos.</p>
<p>Test de Comidas. (Perpiñá, 1996).</p>	<p>Se observa de forma directa al paciente durante la comida con el fin de registrar la cantidad ingerida, el tipo y el nivel de ansiedad experimentado ante el estímulo.</p>
<p>Procedimiento rápido para evaluar interacciones madre-hijo en situaciones artificiales. (Toub, 1978).</p>	<p>Recoge las distintas categorías de respuesta tanto de la madre como del hijo (órdenes, preguntas, negociación, obediencia, interacción, ausencia de respuesta, etc.)</p>

Una vez realizada la evaluación y siendo conscientes de los aspectos particulares del caso, se procede a relacionar toda la información para establecer un diagnóstico y llevar a cabo un plan terapéutico lo más individualizado y adaptado posible a las necesidades de la anoréxica.

5. Tratamiento

Son escasos los datos que existen actualmente sobre la eficacia de los diferentes tipos de tratamientos para la AN. Esta información resulta comprensible si tenemos en cuenta la cantidad de pacientes que, o bien no suelen reconocer el problema o si lo reconocen no suelen pedir ayuda, y en el supuesto caso de pedir ayuda para recuperarse, debido a la singularidad y gravedad del trastorno, abandonan las intervenciones impidiendo que se lleve a cabo un seguimiento real de sus efectos (Calderón & Ayensa, 2014).

Teniendo en cuenta esto y basándonos además en las revisiones de la literatura científica realizadas por Saldaña (2010), Brown y Keel (2012), se llega a la conclusión de que no hay un consenso válido acerca de cuál es la mejor terapia para dicho trastorno.

Una de las características principales de la AN es la alteración psicológica que se sufre tanto en el origen como en el mantenimiento de la enfermedad, por lo que la figura del psicólogo es imprescindible en cualquier intervención con este tipo de pacientes. Aunque en ningún momento se pone en duda la necesidad de éste en el tratamiento, hay autores que consideran el acercamiento multidisciplinar como el más conveniente para tratar de forma integral “un problema que presenta facetas tanto biomédicas como psicológicas y psicosociales”. Por tanto, el médico, el nutricionista o el trabajador social, entre otros, deberían ser también, según algunos expertos, profesionales que estén presentes en la intervención (Calderón & Ayensa, 2014).

En cuanto a los tratamientos psicológicos, nos encontramos, por un lado, quienes plantean la terapia familiar como la más adecuada cuando se trabaja con niñas de pequeña edad o adolescentes y, por otro, quienes señalan la perspectiva cognitivo-conductual como la más conveniente cuando el problema proviene de mujeres jóvenes o adultas (Fairburn & Harrison, 2003). Como este trabajo está orientado a pacientes anoréxicas adolescentes, nos apoyamos en la intervención específica familiar como la más efectiva para este colectivo.

A diferencia de otros tratamientos, este se opone a la idea de ver a los padres como culpables del desarrollo de la AN, de hecho, va mucho más allá de eso: considera que las familias son un recurso esencial para que la recuperación de estas pacientes tenga éxito (Le Grange & Lock, 2005).

La aproximación Maudsley (Le Grange & Lock, 2005), es un acercamiento al modelo Maudsley con base en la familia (Russell, Szumaker, Dare & Eisler, 1987). Se trata de “un tratamiento intensivo para pacientes egresadas, en el cual los padres de familia sostienen un papel activo y positivo”. Se lleva a cabo con los objetivos de impedir la hospitalización, ayudar a las jóvenes a recuperar un peso adecuado en función a determinados parámetros, devolver el control sobre los alimentos y las comidas para que pueda iniciar una vida estable y respaldar el desarrollo normal de la adolescente, libre de las cadenas que han podido suponer el trastorno (Le Grange & Lock, 2005).

Cabe mencionar que, antes de empezar cualquier terapia psicológica, es necesario comprobar que la paciente tiene unos parámetros de peso normales, pues, sino es así, este debe convertirse inmediatamente en el objetivo prioritario, ya que una pérdida elevada de peso implica una alteración de las funciones psicológicas básicas (concentración,

atención, capacidades cognitivas, etc.) necesarias para que el tratamiento tenga algún efecto (Calderón & Ayensa, 2014).

En casos muy graves de AN es necesario que la paciente sea hospitalizada para llevar a cabo desde allí el tratamiento pertinente, mientras que en casos donde la pérdida de peso no es tan patológica, la terapia puede ser ambulatoria.

La Aproximación de Maudsley está formada por tres fases que concuerdan con los objetivos mencionados anteriormente. Le Grange y Lock (2005) establecieron a modo de resumen los procedimientos característicos de cada una de ellas:

- La primera fase consiste en la recuperación del peso. Durante estas sesiones el terapeuta se enfocará en hacer consciente a la paciente de los peligros relacionados con la enfermedad y los cambios producidos a raíz ella. Además, deberá entrenar a los padres (y hermanos también en caso de que haya) y llevar a cabo una evaluación de los patrones típicos de interacción de la familia con respecto a sus hábitos alimenticios. Es fundamental que el terapeuta, en todo momento, apoye a los progenitores en sus esfuerzos por animar a la adolescente a iniciar el proceso de recuperación de peso, así como que inculque en ellos una postura en la que no se critique ni se juzgue las conductas de la menor.
- La segunda fase consiste en devolver a la joven el control sobre lo que come, por lo que su comienzo lo marca la aceptación de las exigencias paternas. Cuando la menor acata las demandas impuestas se empieza a producir un aumento del consumo de alimentos y una subida constante del peso, lo que genera un cambio en el estado de ánimo de toda la familia, pues las preocupaciones disminuyen y la satisfacción por la mejora se hace notable. El

tratamiento se centrará en animar y aconsejar a los padres en sus conductas para que la salud física de su hija vuelva a tener parámetros normales. También es en este momento donde se abordarán todas aquellas cuestiones generales que preocupen tanto a la familia como a la persona anoréxica en relación con el objetivo principal que marca este periodo: rumiaciones diarias de la adolescente o los padres, aspectos inquietantes de la relación familiar, etc. Por ejemplo, puede darse el caso de que la menor quiera cenar fuera de casa con sus amigas y luego ir al cine, sin embargo, los padres tienen dudas acerca de si será adecuado o no porque no podrán estar presentes para controlar aquello que come o deja de comer su hija.

- En la tercera fase del tratamiento se empieza a abordar el impacto que ha provocado la enfermedad sobre la capacidad de la paciente para establecer una identidad adolescente saludable. Por tanto, esta última etapa pretende retomar la vida que tenía la familia antes de que el trastorno estuviera presente: otorgar cada vez una autonomía personal mayor a los hijos, recuperar la vida de pareja, empezar a atender áreas no relacionadas con la enfermedad, establecer aspiraciones futuras, etc. Solo se dará inicio a esta fase cuando se haya conseguido un peso superior al 95% en relación al ideal para su estatura, edad y características individuales, es decir, cuando haya finalizado el estado de extrema debilidad y desnutrición por la falta de alimentos (autoinanición).

A pesar de los diferentes tipos terapias existentes, hay una serie de objetivos que, según las aportaciones procedentes de diversos estudios realizados en la práctica clínica, deberían estar incluidos en todo tratamiento: en primer lugar, la psicoeducación; en segundo lugar, la modificación, tanto de pensamientos, actitudes y sentimientos, como de

hábitos de alimentación y de actividad física; y, en tercer lugar, el tratamiento, no solo con respecto a la psicopatología asociada, sino también en el núcleo familiar del paciente (Calderón & Ayensa, 2014).

Como bien se puede observar, intervenir solo con la familia no es suficiente en la mayoría de los casos para lograr un cambio total en la adolescente, por tanto, también se deben llevar a cabo sesiones específicas centradas en los aspectos más deficitarios de esta. Obviamente, la eficacia o no de una terapia dependerá de muchos factores como la gravedad del problema, la motivación de la familia y la joven anoréxica, el tiempo de cronicidad, la comorbilidad con otros trastornos, etc.

Perpiñá, Botella y Baños (2000) proponen un tratamiento de la imagen corporal a través de técnicas virtuales, pues consideran que el cambio de actitudes y creencias sobre el cuerpo es una de las bases fundamentales para aumentar la autoestima y dejar atrás la AN. En la tabla 4 que aparece a continuación se ve como estas autoras dividen el procedimiento en 6 etapas, cada una de ellas corresponde con una zona diferente de trabajo en el programa virtual.

Tabla 4

Tratamiento de la imagen corporal a través de técnicas virtuales. Elaboración propia, recogido de Perpiñá, Botella y Baños (2000).

ZONAS DE TRABAJO	EXPLICACIÓN Y OBJETIVOS
1. Aprendizaje del sistema	Es necesario que la paciente se familiarice con lo que es un escenario de realidad virtual y aprenda a moverse por él.
2. Balanza y cocina virtual	En este escenario nos encontramos una báscula digital (donde aparece el peso real y el peso saludable de la adolescente) y un banco de cocina (donde podrá elegir los alimentos que desea ingerir). El objetivo de esta fase es aprender a distinguir entre peso real, saludable, subjetivo y deseado para empezar a ser conscientes de la sobreestimación del peso y la relación que hay entre esta y el malestar corporal.
3. Zona de las fotografías	Se trata de un escenario donde se exponen imágenes de diferentes tipos de cuerpos con sus alturas pertinentes para que la paciente estime su peso. El objetivo es darse cuenta de que muchas veces los kilogramos van asociados a otras variables: constitución física, sexo, masa corporal, etc.
4. Zona de los dos espejos	En este escenario se presentan dos figuras tridimensionales: una modificada por la adolescente para recrear cómo se ve y otra sin modificar donde se refleja su aspecto real. Se pone una figura sobre la otra para poder observar las diferencias entre la percepción subjetiva y la real de la imagen corporal y que, de esta manera, la paciente se concencie de la discrepancia encontrada. El objetivo es poder corregir esta sobredimensión y valorar la relación que tiene tales cogniciones con las actitudes y sentimientos acerca de su figura.
5. El cuerpo en el espacio	En esta zona nos encontramos una figura que representa a la paciente detrás de una puerta formada por tablas rectangulares de diferentes colores. La tarea consiste en quitar el número de tiras exactos para que el cuerpo pueda pasar por la puerta. Al igual que en el punto anterior, el objetivo principal es que la paciente se dé cuenta de la sobreestimación que suele hacer sobre su cuerpo vista de perfil.
6. Distintas versiones del propio cuerpo	Para que la adolescente empiece a ser consciente de las discrepancias existentes entre su figura ideal, real y saludable, lo que se hace es representar estas diferentes versiones, pero no solo desde su punto de vista, sino también desde el punto de vista de otras personas hacia ella.

6. Conclusiones

La AN es uno de los Trastorno de Conducta Alimentaria que está aumentando de forma notable durante los últimos años: aunque es en las mujeres adolescentes donde más se desarrolla, los casos en varones y adultos cada vez se presentan con más frecuencia (Sierra, Casal & Ambrosio, 2004). Esta información hace necesario cuestionarse si realmente se trabaja en la prevención de conductas alimentarias para conseguir que tanto la anorexia como el resto de problemas de este ámbito puedan llegar a disminuir.

Si tenemos en cuenta que estamos ante un trastorno de origen multicausal, es decir, cuya etiología suele proceder de diferentes fuentes (comentarios familiares acerca del peso, anuncios televisivos, rasgos de personalidad, excesiva importancia de la imagen corporal, baja autoestima, etc.), es necesario que la prevención, para que sea eficaz, aborde más de un solo ámbito. En este caso solo se hará referencia al entorno escolar, pero no por ello deben descartarse los demás mencionados.

El entorno escolar es una de las principales áreas donde se debe intervenir, pues teniendo en cuenta que la educación primaria es obligatoria, de esta manera se asegura el llegar de forma rápida a un colectivo amplio. Esperar a la adolescencia para enseñar a las jóvenes hábitos alimentarios adecuados puede ser demasiado tarde, por lo que es necesario prevenir desde que las niñas tienen capacidad suficiente para pensar por sí solas.

Presentar únicamente información sobre el origen, los factores de riesgo y las consecuencias de las conductas alimentarias peligrosas a veces no es bueno ni suficiente, ya que puede crear en las menores un efecto rebote que provoque en ellas la llamada de atención y el conocimiento más profundo sobre estos trastornos (Mérida, 2006).

Por tanto, es necesario ir mucho más allá y concienciarlas acerca de las creencias erróneas sobre la nutrición, las dietas, la imagen corporal, los cánones de belleza y los mensajes de los medios de comunicación, entre otros.

Introducir una asignatura obligatoria donde se imparta temario relacionado con el desarrollo del autoconcepto, de la autoestima, los estereotipos de la imagen corporal y la relación existente entre rendimiento y hábitos saludables, por ejemplo, podría ser útil para que las jóvenes consoliden conocimientos adecuados que les permitan hacer frente a los posibles factores de riesgo de la anorexia en caso de que aparezcan.

Si la psicoeducación impartida no es efectiva y la adolescente cae de lleno en el trastorno, la intervención temprana será fundamental para paliar el agravamiento de los síntomas e intentar impedir la hospitalización.

Si no se propone la interdisciplinariedad en la evaluación, sino que, por el contrario, se valora el trastorno desde una única perspectiva, probablemente estemos ante un caso abocado al fracaso. La actuación conjunta y coordinada resulta la forma más idónea de llevar a cabo una evaluación que tiene como objetivo conseguir resultados lo más individualizados y acertados posibles.

Algo similar ocurre con el tratamiento. A pesar de ser la AN uno de los trastornos mentales que más acaba con la muerte de sus pacientes (Sierra, Casal & Ambrosio, 2004), aun no existen demasiados estudios ni investigaciones probadas acerca de la eficacia y la eficiencia de las diferentes terapias psicológicas (Calderón & Ayensa, 2014). No se debe descartar en ningún momento un enfoque multidisciplinar para hacer frente al problema desde diferentes ámbitos ni un trabajo particular con la persona anoréxica en aquellas áreas más deficitarias. Si se lleva a cabo un tratamiento alejado del entorno y de repente se devuelve a la menor a su ámbito cotidiano sin iniciar ningún cambio en este, la recaída tendrá una probabilidad mayor de aparecer. Por tanto, resulta necesario abordar una terapia desde diferentes áreas donde familia, amigos, escuela y propia paciente, entre otros, estén implicados en el proceso.

7. Referencias

- Aguirre, M. L., y Hadad, M. R. (2017). *Trastornos de alimentación: Bulimia y Anorexia*. Doctoral dissertation.
- Altamirano, M. B., Vizmanos, B. y Unikel, C. (2011). Continuo de conductas alimentarias de riesgo en adolescentes de México. *Revista Panamericana de Salud Pública* 30(5), 401-407.
- American Psychiatric Association (2014). *DSM-5: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (5a ed.). Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Anstine, D. y Grinenko, D. (2000). Rapid screening for disordered eating in college-aged females in the primary care setting. *The Journal of Adolescent Health*, 26(5), 338-342.
- APA (2002). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, DSM-IV-TR*. Barcelona: Masson.
- Baile, J.I y González, M.J., (2010). Trastornos de la conducta alimentaria antes del siglo XX. *Psicología Iberoamericana*, (18) 19-26.
- Ballester, R. y Guirado, M.C. (2003). Detección de conductas alimentarias de riesgo en niños de once a catorce años. *Psicothema*, 4, 556-562.
- Bandura, A. (1987). *Aprendizaje social y desarrollo de la personalidad*. Madrid, España: Alianza.
- Becker, A. E., Fay, K. E., Agnew-Blais, J., Khan, A. N., Striegel-Moore, R. H., & Gilman, S. E. (2011). Social network media exposure and adolescent eating pathology in Fiji. *The British Journal of Psychiatry*, 198(1), 43-50.

- Bobes, J., González, M., Bascarán, M., Corominas, A., Adan, A., Sánchez, J. y Such, P., (1999). Grupo de validación español de la escala de adaptación social. Validación de la versión española de la escala de adaptación social en pacientes depresivos. *Actas españolas de psiquiatría*, 27(2), 71-80.
- Brown, T.A. y Keel, P. (2012). Current and emergin directions in the treatment of eating disorders. *Substance Abuse: Research and Treatment*, 6, 33-61.
- Buela-Casal, G. (2004). *Manual de evaluación y tratamientos psicológicos*. Biblioteca Nueva.
- Caballo, V. E. (2005). *Manual para la evaluación clínica de los trastornos psicológicos: estrategias de evaluación, problemas infantiles y trastornos de ansiedad*. Madrid: Pirámide.
- Caballo, V. E., Salazar, I. C. y Carrobles, J. A. I. (2014). *Manual de psicopatología y trastornos psicológicos*. Pirámide.
- Calderón, M. J. G. y Ayensa, J. I. B. (2014). *Tratando... Anorexia nerviosa*. Ediciones Pirámide.
- Cash, T.F. (1994). The Situational Inventory of Body-Image Dysphoria: contextual assessment of a negative body image. *The behavior Therapist*, 17, 133-134.
- Castro, J., Toro, J., Salamero, M. y Guimera, E. (1991). The Eating Attitudes Test: Validation of the Spanish versión. *Psychological Assesment*, 7(2), 175-190.
- Corsica, J. A. y Hood, M. M. (2011). Eating disorders in an obesogenic environment. *Journal of the American Dietetic Association*, 111(7), 996-1000.
- Crowther, J. H., Kichler, J. C., Sherwood, N. E. y Kuhnert, M. E. (2002). The role of familial factors in bulimia nervosa. *Eating Disorders*, 10(2), 141-151.

- Dulanto, E. (2000). *El adolescente*. México: Mc Graw-Hill Interamericana.
- Eguiarte, B. (2015). Trastornos alimentarios en la adolescencia: un abordaje sistémico-integral. *Psicología de la obesidad*, 147.
- Fairburn , C.G y Harrison, P.J. (2003). Eating disorders. *Lancet* , 361, 407-416.
- Fairburn, C.G. y Cooper, Z. (1993). The Eating Disorder Examination, 12th Edition. En C.G. Fairburn y Z. Cooper (Eds.), *Binge Eating: Nature, Assessment, and Treatment*. New York: Guilford.
- Field, A. E., Javaras, K. M., Aneja, P., Kitos, N., Camargo, C. A., Taylor, C. B. y Laird, N. M. (2008). Family, peer, and media predictors of becoming eating disordered. *Archives of pediatrics & adolescent medicine*, 162(6), 574-579.
- Gallego, M.J, Perpiñá, C., Botella, C. y Baños, R. (2006). Propiedades psicométricas del Inventario de situaciones de malestar acerca de la imagen corporal (SIBID) en población española. *Psicología Conductual*, 14, 19-42.
- García, P. C. (2018). Tratamiento jurídico de una enfermedad social. Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA). *Actualidad jurídica iberoamericana*, (9), 44-85.
- Garner, D.M. (1993). Pathogenesis of anorexia nervosa. *Lancet*, (12), 1631-1635.
- Garner, D.M. (2004). *Inventario de Trastornos Alimentarios-3 (EDI-3)*. Madrid: TEA Ediciones.
- Garner, D.M. y Garfinkel, P.E. (1979). The Eating Attitudes Test: An index of the symptoms of anorexia nervosa. *Psychological Medicine*, 9, 273-279.
- Gómez, C. C., Palma-Milla, S., Miján-de-la-Torre, A., Rodríguez-Ortega, P., Matía-Martín, P., Loria-Kohen, V. y Castro-Alija, M. J. (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. Nutrición Hospitalaria, 35 (2), 489-494.

<https://dx.doi.org/10.20960/nh.1819>

González, J., Fernández, S., Pérez, E., y Santamaría, P. (2004). Adaptación española del sistema de evaluación de la conducta en niños y adolescentes: BASC.

González, L., Hidalgo, M., Hurtado, M., Nova, C. y Venegas, M. (2002). Relación entre Factores Individuales y Familiares de Riesgo para Desórdenes Alimenticios en Alumnos de Enseñanza Media. *Revista de Psicología, 11(1)*, Pág. 91-115.

Hall, G. S. (1904). *Adolescence: Its psychology and its relation to physiology, anthropology, sociology, sex, crime, religion, and education*. Englewood Cliffs: Prentice-Hall.

Heliodoro, J. H., Botella, C. y Perpiñá, C. (2006). Los trastornos alimentarios y las nuevas tecnologías: la utilidad de abordar la imagen corporal utilizando técnicas de realidad virtual. En J.P.E Sánchez, F.J.M Carrillo y M.O. Amorós (coord.), *Terapia psicológica con niños y adolescentes: estudio de casos* (pp. 257-298). Madrid: Pirámide.

Klesges, R. C., Coates, T.J., Brown, G., Sturgeon-Tillisch, J. Moldenhauer-Klesges, L.M., Holzer, B., Woolfrey, K. y Vollmer, J. (1983). Paarental Influences on children's eating behavior and relative weight. *Journal of Applied Behavios Analysis, 16*, 371- 378.

Le Grange, D. y Lock, J. (2005). The dearth of psychological treatment studies for anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders, 37*, 79-91.

- Maluenda, T. (2010). *El cuerpo femenino como fetiche*. España: Universidad de Granada.
- Mead, M. (1972). *Adolescencia, sexo y cultura en Samoa*. Barcelona: Laia.
- Mérida, M. S. (2006). Prevención primaria en trastornos de conducta alimentaria. *Trastornos de la conducta alimentaria*, (4), 336-347.
- Monro, M. (2002). *Hablemos sobre la anorexia*. Editorial Hispano Europea.
- Morandé, G. (1990). *Trastornos del comportamiento alimentario en adolescentes: anorexias nerviosas, bulimias y bulimarexias*. Universidad Complutense de Madrid.
- Muñoz, M., Roa, A., Pérez, E., Santos-Olmo, A. B. y De Vicente, A. (2002). Instrumentos de evaluación en salud mental. *Madrid: Pirámide*, 49.
- Nunes, B. M., García C. C. y Scortegagna, A.S. (2006). Evaluación psicológica en la salud: contextos actuales. *Estudios sociales (Hermosillo, Son.)*, 14(28), 137-161.
- Pascual, A., Etxebarria, I. & Echeburúa, E. (2011). Las variables emocionales como factores de riesgo de los trastornos de la conducta alimentaria. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 11 (2), 229-247.
- Perpiñá, C. (1996). Evaluación de los trastornos alimentarios. En G. Buena-Casal, V.E. Caballo y J.C Sierra (Dirs.), *Manual de Evaluación en Psicología Clínica y de la Salud*, 675-699. Madrid: Siglo XXI de España Editores.
- Perpiñá, C. (2014). Trastornos alimentarios. En V.E. Caballo, I.C. Salazar y J.A.I. Carrobes (coord.) *Manual de psicopatología y trastornos psicológicos* (pp. 571-599). Madrid: Pirámide.

- Portela, M. L., da Costa, H., Mora, M. y Raich, R. M. (2012). La epidemiología y los factores de riesgo de los trastornos alimentarios en la adolescencia: una revisión. *Nutrición hospitalaria*, 27(2), 391-401.
- Ramos, P., Rivera, F., Pérez, R. S., Lara, L. y Moreno, C. (2016). Diferencias de género en la imagen corporal y su importancia en el control de peso. *Escritos de Psicología (Internet)*, 9(1), 42-50.
- Reynolds, C. R., & Kamphaus, R. W. (2004). *BASC: sistema de evaluación de la conducta en niños y adolescentes*. Madrid: TEA.
- Rosas, C. E. B. (2015). *Factores de riesgo e indicadores clínicos asociados a los trastornos de la conducta alimentaria*, 12 (1), 1-38.
- Russell, G.F.M., Szmukler, G.I., Dare, C. y Eisler, I. (1987). An Evaluation of Family Therapy in Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa. *Archives of General Psychiatry*, 44, 1047-1056.
- Saldaña, C. (2010). Tratamientos psicológicos eficaces para trastornos del comportamiento alimentario. En M. Pérez, J.R. Fernández e I. Amigo (coord.), *Guía de tratamientos psicológicos eficaces, I. Adultos* (pp.141-160). Madrid: Pirámide.
- Schooler, D. y Trinh, S. (2011). Longitudinal associations between television viewing patterns and adolescent body satisfaction. *Body Image*, 8(1), 34-42.
- Shaffer, D., Fisher, P., Lucas, C. P., Dulcan, M. K., & Schwab-Stone, M. E. (2000). NIMH Diagnostic Interview Schedule for Children Version IV (NIMH DISC-IV): description, differences from previous versions, and reliability of some common

diagnoses. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 39(1), 28-38.

Sierra, J.S., Buena-Casal, G. y Ambrosio, I. (2004). Evaluación y tratamiento de los trastornos alimentarios. En J.C. Sierra (eds.), *Manual de evaluación y tratamientos psicológicos* (pp.571 – 605). Madrid: Biblioteca Nueva.

Toub, G.S., (1978) A rapid assessment procedure for mother-child interactions, *Journal of Clinical Child Psychology*, 4, 342-352.

Williamson, D.A., Davis, C.J., Duchmann, E.G., McKenzie, S.M. y Watkins, P.C. (1990). *Assessment of eating disorders: obesity, anorexia, and bulimia nervosa*. New York: Pergamon Press.

Zuckerfeld, R., Zonis-Zuckerfeld, R., & Quiroga, S. (2000). Trauma, desesperanza y conducta alimentaria. *Rev Inst Psicósoma*, 7, 65-83.