

IMAGEN CORPORAL Y HÁBITOS ALIMENTARIOS EN ADOLESCENTES. UN DISPOSITIVO DE INTERVENCIÓN ORIENTADO A LA PREVENCIÓN DE LOS TRASTORNOS ALIMENTARIOS

*Body image and eating habits in adolescents.
A device for intervention aimed at prevention
of eating disorders*

Rutzstein, Guillermina¹; Elizathe, Luciana²; Scappatura, M. Luz³; Murawski, Brenda⁴; Lievendag, Leonora⁵; Leonardelli, Eduardo⁶; Custodio, Jesica⁷; Galarregui, Marina⁸

RESUMEN

Este trabajo tiene por objetivo presentar un dispositivo orientado a la prevención de trastornos alimentarios y promoción de hábitos saludables en adolescentes de la Ciudad de Buenos Aires. El objetivo general del proyecto fue la detección, orientación y/o derivación de adolescentes escolarizados en situación de vulnerabilidad frente a los trastornos alimentarios y el diseño de acciones con el fin de promover hábitos alimentarios saludables, desde un enfoque integral e interdisciplinario. El mismo consistió en una fase de evaluación de los adolescentes y detección de trastornos alimentarios, una fase de orientación y derivación a hospitales públicos de aquellos adolescentes con trastornos alimentarios, y una fase destinada a brindar talleres de prevención en las escuelas. En el presente trabajo se describe cada una de las fases del proyecto y se discuten sus implicancias en la prevención de los trastornos alimentarios.

Palabras clave:

Trastornos Alimentarios - Prevención - Adolescentes

ABSTRACT

The purpose of this paper is to describe a device which has been used for eating disorders prevention and for the promotion of healthy habits in teenagers of the City of Buenos Aires. Our project had the aim of detecting those teenagers whose attitudes and behaviors were associated to eating disorders, so as to offer them and their parents some orientation and an adequate referral to public hospitals. Another objective was the design of actions in order to promote healthy habits from an integral and interdisciplinary approach. The device included a phase of evaluation and detection of eating disorders, a phase of orientation and referral to public hospitals of adolescents with eating disorders, and a phase that included a workshop designed for the prevention of eating disorders. We describe these phases, and we discuss their role related to the prevention of eating disorders.

Key words:

Eating Disorders - Prevention - Adolescents

¹Doctora en Psicología de la Universidad de Buenos Aires. Licenciada en Psicología de la Universidad de Buenos Aires. Profesora Adjunta Regular de la 2º Cátedra de Clínica Psicológica y Psicoterapia, Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires.

Directora del Proyecto UBACyT “Trastornos alimentarios: identificación de factores de riesgo en adolescentes”. Directora del Proyecto de Extensión UBANEX “Trastornos Alimentarios: Detección de riesgo en estudiantes secundarios de la Ciudad de Buenos Aires”. Presidenta Electa del Capítulo Hispano Latinoamericano - Academy for Eating Disorders.

E-Mail: guillermina.rutsztein@gmail.com

²Licenciada en Psicología de la Universidad de Buenos Aires. Becaria Interna Doctoral tipo I del Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET). Investigadora Becaria del Proyecto UBACyT “Trastornos alimentarios: identificación de factores de riesgo en adolescentes”. Ayudante de Trabajos Prácticos de Primera de la 2º Cátedra de Clínica Psicológica y Psicoterapia, Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires. Doctoranda de la Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires.

E-Mail: lucianaelizathe@yahoo.com.ar

³Licenciada en Psicología de la Universidad de Buenos Aires. Investigadora del Proyecto UBACyT “Trastornos alimentarios: identificación de factores de riesgo en adolescentes”. Ayudante de Trabajos Prácticos de Primera de la 2º Cátedra de Clínica Psicológica y Psicoterapia, Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires. Doctoranda de la Facultad de Psicología. Universidad de Buenos Aires.

E-Mail: luzscappatura@hotmail.com

⁴Licenciada en Psicología de la Universidad de Buenos Aires. Becaria Interna Doctoral tipo I del Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET). Investigadora Becaria del Proyecto UBACyT “Trastornos alimentarios: identificación de factores de riesgo en adolescentes”. Ayudante de Trabajos Prácticos de Primera de la 1º Cátedra de Estadística, Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires.

E-Mail: bmurawski@psi.uba.ar

⁵Licenciada en Psicología de la Universidad de Buenos Aires. Profesora Adjunta Regular de la 2º Cátedra de Clínica Psicológica y Psicoterapia, Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires. Investigadora del Proyecto UBACyT “Trastornos alimentarios: identificación de factores de riesgo en adolescentes”. Co- directora del Proyecto de Extensión UBANEX “Trastornos Alimentarios: Detección de riesgo en estudiantes secundarios de la Ciudad de Buenos Aires”.

E-Mail: leolievendag@gmail.com

⁶Licenciado en Psicología de la Universidad de Buenos Aires. Investigador del Proyecto UBACyT “Trastornos alimentarios: identificación de factores de riesgo en adolescentes”. Integrante del Proyecto de Extensión UBANEX “Trastornos Alimentarios: Detección de riesgo en estudiantes secundarios de la Ciudad de Buenos Aires”. Ayudante de Trabajos Prácticos de Primera de 1º y 2º Cátedra de Estadística, Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires. Ayudante de Trabajos Prácticos de Primera de 1º y 2º Cátedra de Metodología de la Investigación, Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires.

E-Mail: eleonard@psi.uba.ar

⁷Licenciada en Psicología de la Universidad de Buenos Aires. Investigadora del Proyecto UBACyT “Trastornos alimentarios: identificación de factores de riesgo en adolescentes”. Integrante del Proyecto de Extensión UBANEX “Trastornos Alimentarios: Detección de riesgo en estudiantes secundarios de la Ciudad de Buenos Aires”.

E-Mail: jesus@hotmai.com

⁸Licenciada en Psicología de la Universidad de Buenos Aires. Integrante del Proyecto de Extensión UBANEX “Trastornos Alimentarios: Detección de riesgo en estudiantes secundarios de la Ciudad de Buenos Aires”. Investigadora del Proyecto UBACyT “Evaluación de una Intervención Psicoeducativa sobre Perfeccionismo en estudiantes universitarios”. Ayudante de Trabajos Prácticos de Primera de la 2º Cátedra de Clínica Psicológica y Psicoterapia, Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires.

E-Mail: mgalarregui@hotmail.com

INTRODUCCIÓN

Relevancia de los trastornos alimentarios

En la actualidad, los trastornos alimentarios y la obesidad constituyen un serio motivo de preocupación en las políticas públicas de salud en diferentes partes del mundo. En nuestro país, la relevancia social de estas temáticas condujo a la promulgación de la Ley 26.396, sancionada por el Congreso de la Nación en el año 2008. En ella se declara la prevención y el control de los trastornos alimentarios como temas de “interés nacional”, entendiendo por trastornos alimentarios a los efectos de esta ley “a la obesidad, a la bulimia y a la anorexia nerviosa, y a las demás enfermedades que la reglamentación determine, relacionadas con inadecuadas formas de ingesta alimenticia” (Congreso de la Nación, 2008). Si bien el estudio de la obesidad se desarrolló por vías distintas e independientes del de los trastornos alimentarios, desde hace unos años el interés por todos estos desórdenes se ha ido articulando, en parte, porque se han ido identificando factores de riesgo comunes a estas problemáticas, que requieren de un tratamiento integral con el fin de proponer programas efectivos de prevención (López-Guimerá, & Sánchez Carracedo, 2010).

Los trastornos alimentarios se caracterizan por la presencia de alteraciones serias de las conductas relacionadas con la ingesta de alimentos, acompañadas por un gran temor a engordar y una excesiva preocupación por la imagen corporal, la comida y el peso. Se trata de enfermedades multideterminadas en las que confluyen factores psicológicos, biológicos y socio-culturales. Diversos estudios indican que los trastornos alimentarios se presentan

cada vez en edades más tempranas y perduran hasta edades cada vez más avanzadas (Rutzstein et al., 2008).

Si bien es cierto que desde hace ya varios años hacer dietas, realizar actividad física y estar pendiente de la comida y el peso son experiencias altamente comunes entre las mujeres jóvenes de la cultura occidental, la pregunta es: ¿cuándo estas conductas tan comunes se convierten en un trastorno alimentario? Dice Herscovici (1996): “*Cuando existe un trastorno alimentario, el problema no es solamente la comida. También los hay de orden psicológico, que no siempre el observador los puede detectar. La persona está obsesionada por la comida y el peso. Esta obsesión puede hacer que tenga atracones, ayunos, vómitos autoprovocados, actividad física compulsiva u otras conductas centradas en la comida. Esto le genera una preocupación constante que tiñe su existencia y condiciona su estado de ánimo. Entonces, lo que indica la balanza o el hecho de haber resistido o sucumbido a la tentación de comer algo determina el estado de ánimo en ese día de la persona. Estamos frente a un trastorno alimentario cuando la actitud hacia la comida y el peso se ha transformado en aquello que rige la conducta*”.

Los primeros estudios acerca de la prevalencia de los trastornos alimentarios, se centraban en la detección de la anorexia y de la bulimia nerviosa. Según la *Practice Guideline for the treatment of patients with eating disorders* (2009), la prevalencia de anorexia nerviosa en mujeres es del 0.3 al 3.7% y de la bulimia nerviosa es del 1 al 4.2% en EEUU. Algunos estudios sugieren que la prevalencia de bulimia nerviosa ha disminuido levemente en los últimos

años, mientras que la anorexia nerviosa ha aumentado, aunque también levemente (American Psychiatric Association [APA], 2006). Sin embargo, más recientemente se ha ido ampliando el foco de interés de los investigadores, incluyendo en los estudios todo un espectro de alteraciones que si bien no cumplen con todos los criterios para ser incluidas en las mencionadas categorías diagnósticas, se consideran igualmente relevantes, dado que pueden mantenerse y agravarse con el tiempo, y se acompañan de padecimiento y merma de la calidad de vida. Por ello, los estudios actuales incluyen a los denominados trastornos alimentarios no especificados, entre los cuales el trastorno por atracón ha generado especial interés, ya que algunos sostienen que al menos un tercio de las personas obesas sufre de dicho trastorno (Saldaña, 2001).

En un estudio realizado en Chile con adolescentes mujeres escolarizadas entre 11 y 19 años, se encontró que el 8.3% de la muestra presentaba riesgo de trastorno alimentario, aunque señalaron como limitación del estudio, no haber realizado entrevista clínica con aquellas que presentaban riesgo, a fin de confirmar o no la presencia de trastorno alimentario (Correa, Zubarew, Silva & Romero, 2006). En Argentina, una investigación realizada en el período 1995/1997, señala que la prevalencia de los trastornos de la alimentación en mujeres alcanzó un 13% (Quiroga, Zonis & Zuckerfeld, 1998). Otro estudio que utilizó cuestionarios autoadministrables, en estudiantes mujeres de entre 13 y 23 años que asistían a escuelas estatales del Distrito de Avellaneda (Pcia. de Buenos Aires), señala que la prevalencia de los trastornos alimentarios alcanzó un 18.8% (Quiroga & Vega, 2003). Un estudio más reciente, realizado con una muestra de

1971 adolescentes (1231 mujeres y 740 varones) entre 10 y 19 años, señala que el 6.95% de los adolescentes argentinos que concurren al consultorio del pediatra presenta algún tipo de trastorno alimentario (Bay, Rausch Herscovici, Kovalskys, Berner, Orellana & Bergesio, 2005). Este último estudio incluye además de los cuestionarios autoadministrables, un cuestionario completado en una entrevista diagnóstica por el pediatra.

En nuestro estudio de doble fase realizado en cuatro escuelas medias de la Ciudad de Buenos Aires y Gran Buenos Aires (dos públicas y dos privadas) con una muestra total de 454 adolescentes entre 13 y 18 años (283 mujeres y 171 varones), se identificó que el 14.1% de las mujeres y en el 2.9% de los varones presentaba trastorno alimentario. En cuanto a las mujeres, el 13.1% de la muestra total presentó trastorno alimentario no especificado, el 0.7% bulimia nerviosa y el 0.4% anorexia nerviosa. Los varones presentaron trastorno alimentario no especificado. También se encontró que una proporción significativamente mayor de mujeres se encontraba insatisfecha con su imagen corporal. El 9.1% de las estudiantes mujeres presentaba un peso para su edad y altura que indica sobrepeso. Sin embargo, el 30.4% se consideraba gorda o con exceso de peso y el 24.7% realizó dietas para adelgazar en el último año. El 7.4% de las estudiantes mujeres se provocaba vómitos, el 3.2% consumía laxantes, el 2.5% pastillas para adelgazar y el 1.4% diuréticos. Todas estas conductas eran realizadas con el fin de no aumentar de peso (Rutzstein, Murawski, Elizathe & Scappatura, 2010).

Por otra parte, la Organización Mundial de la Salud (OMS) considera que la obesidad y el sobrepeso han alcanzado caracteres de epidemia en el ámbito mundial (Aubert,

2006). Según la OMS, más de mil millones de personas adultas tienen sobrepeso y, entre ellas, al menos 300 millones son obesas. La enorme dimensión del problema sólo se comprende si se toman en consideración los problemas de salud que suelen acompañar a la obesidad, entre ellos, diabetes, hipertensión y depresión. En consecuencia, la obesidad puede llegar a reducir la esperanza de vida de una persona hasta en 10 años e incluso ocasionarle la muerte, además de representar una pesada carga económica para la sociedad. El reconocimiento a nivel mundial de esta situación ha llevado a diseñar programas de prevención y lucha contra la obesidad. Por ejemplo, en el año 2000 se firmó el “Acta de Río de Janeiro”, en la que se solicita la intención y el compromiso de los gobiernos latinoamericanos para establecer una lucha contra la obesidad.

La alarmante prevalencia de los trastornos que nos ocupan, así como sus nefastas consecuencias para la salud, dan cuenta de la importancia de llevar a cabo estudios para estimar el alcance de estas patologías en nuestro país, con el fin de implementar políticas de intervención adecuadas. La detección de casos en población no clínica es sin duda de suma importancia. Es frecuente que los adolescentes no adviertan que sus comportamientos y actitudes responden a un trastorno diagnosticable y tratable. Muchos reconocen su problemática luego de varios años de haberse instalado los síntomas, lo cual hace más difícil la recuperación. Existe acuerdo entre los especialistas con respecto a que la intervención precoz, llevada a cabo por medio de un equipo interdisciplinario y especializado en estas patologías resulta indispensable para la recuperación de los pacientes con trastorno alimentario (Rutzstein, 1996, 2005). El diagnóstico temprano y el tratamiento ade-

cuado de los trastornos alimentarios tienen como objetivo disminuir los síntomas, evitar y prevenir las recaídas y por lo tanto modificar el curso de la enfermedad, con posibilidad de revertir o disminuir la gravedad del pronóstico. A su vez, potenciando los trabajos epidemiológicos, se ayudará a delimitar la entidad, valorar la repercusión social, evaluar las dimensiones de estos trastornos y ampliar el conocimiento de los factores de riesgo implicados.

Por otro lado, se observa la necesidad de diseñar acciones específicas orientadas a promover hábitos alimentarios saludables desde un enfoque integral e interdisciplinario. Tales acciones deberían dar satisfacción, al mismo tiempo, a las demandas de prevención de los trastornos alimentarios y de la obesidad, que pueden aparecer como contrapuestas. De hecho se ha observado (López-Guimerá & Sánchez Carracedo, 2010) que puede ser riesgoso realizar un programa de prevención exclusivamente centrado en uno sólo de los objetivos. De allí que parezca adecuada la propuesta de centrarse en la promoción de “conductas saludables” potenciando “agentes naturales”, principalmente escuela, grupos de pares y sistema parental (Colomer & Álvarez-Dardet, 2006).

Por último, teniendo en cuenta que en el mundo una de cada cinco personas es adolescente (Fondo de Población de las Naciones Unidas, 2008) resulta imprescindible el desarrollo de políticas públicas de salud, orientadas a garantizar y mejorar la calidad de vida de los mismos. Se espera que el diseño de programas y campañas de prevención repercuta positivamente en la salud de las generaciones futuras de nuestra sociedad.

Asegurar el derecho a la salud y a la educación en la infancia y en la adolescencia es responsabilidad de todos y es la inver-

sión que cada sociedad debe hacer para generar a través de la capacidad creadora y productiva de los jóvenes, un futuro social y humano sostenible (Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2008).

Prevención en trastornos alimentarios

Según la OMS (2004), la promoción de la salud y la prevención son actividades que se relacionan y superponen: la promoción se ocupa de los determinantes de la salud, mientras que la prevención se enfoca en las causas de la enfermedad. Las intervenciones preventivas en el campo de la Salud Mental son aquellas que tienen el objeto de reducir la incidencia, prevalencia y recurrencia de los trastornos mentales, y el tiempo en que las personas permanecen con los síntomas o la condición de riesgo para desarrollar una enfermedad mental, previniendo o retardando las recurrencias y disminuyendo también el impacto que ejerce la enfermedad.

La prevención fue clasificada por Caplan (1964), en *Principles of preventive Psychiatry*, clásico de referencia en el área, en tres niveles: prevención primaria, secundaria y terciaria. La prevención primaria incluye todas aquellas estrategias efectuadas antes de que se manifieste el trastorno, con el objetivo de reducir la incidencia del mismo en la población general. En cambio, la prevención secundaria alude a la detección de personas que presentan la enfermedad o algunos síntomas, con el fin de brindar tratamiento temprano y evitar que progrese. Por último, la prevención terciaria implica el tratamiento de las personas que ya presentan el trastorno completo, con el fin de minimizar los efectos de éste y evitar recaídas o complicaciones.

Si bien esta clasificación de los niveles de prevención es la más utilizada, en los últimos años se propuso una nueva clasificac-

ción que subdivide a la prevención primaria y secundaria en las siguientes subcategorías: universal (cuando es dirigida a la población general), selectiva (cuando es dirigida a un subgrupo de la población que se considera de mayor riesgo en base a los conocimientos existentes acerca de los factores de riesgo), o indicada/dirigida (cuando es dirigida a un grupo de personas que ya presentan síntomas o signos mínimos que pronostican el inicio de un trastorno mental). Desde esta clasificación, se destaca la importancia de la identificación de los factores de riesgo del trastorno que se pretende prevenir, para poder seleccionar qué tipo de intervención es la más apropiada en función del riesgo del grupo donde se va a trabajar. Asimismo, al focalizarse en los factores de riesgo, quedaría excluida del campo de la prevención, aquello que se consideraba desde la definición tradicional como prevención terciaria. En la actualidad se abren paso nuevas teorías que, siguiendo y ampliando al criterio de “foco”, incluyen factores protectores y de orientación a reforzamiento (empowerment) de agentes comunitarios (Di Clemente, Crosby & Kleger, 2009).

En el campo específico de la prevención de trastornos alimentarios, puede decirse que, si bien todos los dispositivos de intervención tienen como principal objetivo reducir la incidencia de las alteraciones alimentarias, los distintos programas varían considerablemente en el modo en el que intentan conseguir dicho objetivo. Esto se debe, en parte, a que si bien existe un consenso en cuanto a considerar a los trastornos alimentarios como enfermedades multifactoriales, todavía no se han identificado con precisión todos los factores de riesgo que intervienen en el desarrollo de estas alteraciones, así como la interacción que se produce entre ellos (López-Gui-

merà & Sánchez-Carracedo, 2010).

Así, los programas de prevención en trastornos alimentarios han sido desarrollados bajo modelos teóricos diversos y, consecuentemente, se han focalizado en aspectos disímiles para alcanzar sus objetivos. La amplia variabilidad existente en cuanto a estos factores ha dificultado la comparación de los mismos a los fines de determinar qué tipo de intervenciones ofrecen los mejores resultados (Piran, 2005).

Stice y Shaw (2004), han distinguido tres generaciones de trabajos sobre el tema de prevención en trastornos alimentarios, basándose en sus diferencias en cuanto a sus contenidos, modalidades de intervención, población a la que están dirigidos y modelos teóricos en los que se encuentran sustentados.

Según dichos autores, la primera generación de programas, se caracteriza por dispositivos centrados en proporcionar información acerca de los trastornos alimentarios a la población general de adolescentes. Se trata de programas psicoeducativos en los que la estrategia general se basa en proveer a los adolescentes información sobre los trastornos alimentarios y sobre los efectos negativos de llevar a cabo conductas no saludables, asociadas a los trastornos alimentarios. El modelo en el que se sustentan dichos programas se ha denominado modelo informativo o modelo racional, ya que se espera una concordancia entre el conocimiento, las actitudes y la conducta (Becoña, 1999; citado en López-Guimerà & Sánchez-Carracedo, 2010).

La segunda generación de programas de prevención en trastornos alimentarios, se caracteriza por programas también dirigidos a población general de adolescentes y de carácter didáctico, diferenciándose respecto de la primera generación de programas en cuanto a su contenido. En este tipo

de programas se incluye como contenido aspectos vinculados a la presión social hacia la delgadez y el afrontamiento a la misma. Estas intervenciones se sustentan en la asunción de que la presión social juega un papel de suma importancia en la etiología de los trastornos alimentarios al dar lugar a conductas de riesgo por parte de los adolescentes con el objetivo de alcanzar un bajo peso.

Por último, los autores hacen referencia a una tercera generación de programas, que estarían dirigidos únicamente a sujetos de riesgo y centrados específicamente en trabajar con los factores de riesgo que se han revelado determinantes en el desarrollo de estos trastornos.

En relación con lo que Stice y Shaw (2004) han denominado primera generación de programas, los resultados negativos obtenidos en algunos estudios (Carter, Stewart, Dunn & Fairburn, 1997), han despertado interrogantes acerca de la posibilidad de producir efectos iatrogénicos al brindar información a los adolescentes sobre los efectos negativos de los trastornos alimentarios. Aunque un metaanálisis llevado a cabo con el objetivo de examinar si la presentación de material psicoeducativo sobre los trastornos alimentarios en los programas de prevención daba lugar a efectos contraproducentes, encontró que no se producía tal asociación (Cororve Fingeret, Warren, Cepeda-Benito & Gleaves, 2006). Sobre este punto, algunos autores han señalado la importancia de considerar el tipo de información que se brinda en los programas psicoeducativos a los fines de evitar efectos no deseados en los adolescentes. De este modo, se ha sugerido (O`Dea, 2007) que brindar información sobre los síntomas propios de los trastornos alimentarios puede, por ejemplo, traer aparejado el riesgo de introducir a los adoles-

centes en técnicas inapropiadas para el control del peso. Del mismo modo, la utilización de personajes famosos que padecen o padecieron trastornos alimentarios o hacer mención a la utilización extendida de dietas restrictivas para el control del peso, puede acarrear el riesgo de normalizar dichas conductas.

Durante los últimos años y dado el avance en el estudio de los factores de riesgo involucrados en el desarrollo de los trastornos alimentarios (Stice, 2002), los programas de prevención han incluido el trabajo sobre los mismos, teniendo como principal objetivo la reducción de dichos factores, así como el incremento de los que se consideran factores protectores (Smolak, Levine & Schermer, 1998).

Entre los factores de riesgo mayormente trabajados en los programas de prevención pueden mencionarse la presión sociocultural hacia la delgadez, la interiorización del ideal de delgadez, las preocupaciones por el peso, la dieta restrictiva, la insatisfacción con la imagen corporal, el sobrepeso, padecer burlas por el aspecto físico por parte de los pares, el perfeccionismo, la autoesti-

ma y el afecto negativo. Estos programas se proponen como objetivo, no sólo proporcionar información sobre estos temas, sino también modificar las actitudes alimentarias y los comportamientos no saludables para controlar el peso, fomentar la comida saludable y el ejercicio, promover la autoeficacia para hacer frente a la presión hacia la delgadez, enseñar a interpretar y leer los mensajes de los medios publicitarios, y fomentar la aceptación de las diversas medidas corporales, entre otros.

La mayoría de los trabajos se han orientado a adolescentes mujeres, dado que se considera que están en alto riesgo de desarrollar trastornos alimentarios. Esto ocurriría ya que la adolescencia temprana y media constituye una etapa de vulnerabilidad por los cambios y desafíos asociados a este período, como son los cambios físicos, la mayor necesidad de aceptación de los pares, y el desarrollo del autoconcepto, entre otros. Todo esto en las niñas y púberes se suma a la interiorización del ideal de delgadez y a la cultura de la delgadez (para una revisión ver López-Guimerà & Sánchez-Carracedo, 2010.).

DESCRIPCIÓN DEL PROYECTO DE INTERVENCIÓN

Marco del proyecto de intervención

En el presente estudio se describe la implementación de un proyecto de intervención en establecimientos de educación secundaria de la Ciudad de Buenos Aires, que ha sido subsidiado por la Universidad de Buenos Aires en el marco del Programa de Extensión Universitaria UBANEX. El equipo de trabajo estuvo conformado por psicólogos, médicos, nutricionistas y estudiantes avanzados de psicología, en línea con la necesidad de combinar aportes interdisciplinarios. También es importante

mencionar que el equipo cuenta con amplia experiencia en investigación (mediante la consecución de Proyectos UBACyT) y tratamiento de trastornos alimentarios.

Objetivos y procedimientos del proyecto de intervención

El proyecto se orientó a la prevención de los trastornos alimentarios en la etapa del ciclo vital en la cual presentan principalmente su inicio y cuando muchos de los hábitos alimentarios inapropiados que pueden inducir al sobrepeso y a la obesi-

dad, no están instalados aún de manera estable en los individuos.

La intervención se llevó a cabo en instituciones educativas, dado que ellas constituyen un lugar privilegiado para la promoción de hábitos de vida y de alimentación saludables, al ser un ámbito donde se adquieren habilidades para la vida, el autocuidado mutuo y la defensa de los derechos. El ambiente escolar puede resultar adecuado tanto para socializar la problemática del adolescente como para promover el conocimiento de las estrategias y herramientas necesarias para prevenirlas. En este sentido, se articuló el ambiente educativo con servicios de salud de la Ciudad de Buenos Aires, más específicamente con Salud Escolar del Área Programática del Hospital General de Agudos "C. G. Durand" y del Hospital General de Agudos "J. M. Ramos Mejía" para la derivación de aquellos casos que lo requieran. De esta manera, se integra el concepto de Salud Escolar, tal como lo plantea la OPS (2001), al impartir educación integral que fortalezca la autoestima y la capacidad de los jóvenes de formar hábitos y estilos de vida saludables, ejecutar proyectos que lleguen a la escuela y a la comunidad, y también llevar a cabo actividades de promoción de la salud que involucren al personal docente y administrativo.

La propuesta del proyecto consistió en detectar, orientar y derivar a adolescentes escolarizados en situación de vulnerabilidad frente a los trastornos alimentarios, así como también diseñar acciones con el fin de promover hábitos alimentarios saludables desde un enfoque integral e interdisciplinario. Con esta finalidad se evaluó a los adolescentes con técnicas utilizadas para despistaje, se identificó a aquellos en riesgo de padecer un trastorno alimentario y se realizó una entrevista individual semi-

estructurada para su confirmación. Además, se realizaron entrevistas con padres, las cuales tuvieron como propósito asesorar, orientar y derivar al adolescente con trastorno alimentario a tratamiento en centros públicos asistenciales especializados. Finalmente, se realizaron talleres de prevención de trastornos alimentarios en el establecimiento educativo que contribuyeron a promover espacios de reflexión en la comunidad educativa enfocados hacia hábitos relacionados con una alimentación saludable y a fomentar la inclusión de los contenidos de esta temática en los diseños y prácticas curriculares.

Cabe destacar que, si bien los trastornos alimentarios son más frecuentes en mujeres que en hombres -solo un hombre cada 6 a 10 mujeres presenta un trastorno alimentario- (APA, 2006), se optó por trabajar tanto con los varones como con las mujeres. Esta decisión se basa, por un lado, en el mayor interés que ha recibido el estudio de los trastornos alimentarios en varones en los últimos 20 años (Braun, Sunday & Halmi, 1994; Fairburn, Harrison & Brownell, 2003; Striegel-Moore, Leslie, Petrill, Garvin & Rosenheck, 2000). De hecho estudios recientes han demostrado que los hombres también son afectados por las expectativas socioculturales acerca de la forma corporal e intentan cambiar su cuerpo (Alvarez et al., 2004). Por otro lado, realizar intervenciones mixtas en el ámbito escolar nos brinda la oportunidad de modificar la cultura del conjunto de alumnos, favoreciendo el respaldo de los pares a fin de resistir las presiones por alcanzar la delgadez y disminuyendo las burlas por el peso.

Etapas

Primera etapa

En primer lugar, el equipo de trabajo se contactó con las autoridades y profesiona-

les del Área Programática del Hospital General de Agudos “C. G. Durand” y del Hospital General de Agudos “J. M. Ramos Mejía” y con las autoridades de tres escuelas medias afectadas a Salud Escolar correspondientes a la jurisdicción de estos hospitales. También se contó con el acuerdo de las autoridades de una escuela pública dependiente de la Universidad de Buenos Aires para realizar el proyecto. Así es como desde un comienzo, se intentó crear una red entre los centros públicos asistenciales, las escuelas y nuestro equipo de profesionales especializados.

Se informó a las autoridades escolares de todas las escuelas contactadas, a los padres y a los alumnos, el objetivo del proyecto. A través de un consentimiento informado, se solicitó autorización a los padres para la participación de sus hijos y se les informó sobre las características de cada una de las fases del proyecto, asegurando la confidencialidad de los datos obtenidos y el carácter voluntario de la participación. Finalmente, participaron voluntariamente 404 estudiantes (243 mujeres y 161 varones) entre 12 y 21 años.

La evaluación inicial tuvo como propósito la detección de riesgo de trastorno alimentario y se llevó a cabo a través de cuestionarios e instrumentos de evaluación psicológica validados. Se utilizó un protocolo que fue diseñado y adaptado a nuestra población, el cual ha sido utilizado, perfeccionado y demostrado su utilidad en la realización de un proyecto de investigación UBACyT, en el cual se encuentran insertos los integrantes del equipo de este proyecto UBANEX.

Los estudiantes completaron los siguientes instrumentos autoadministrables:

- *Cuestionario sociodemográfico y de sintomatología específica de trastornos de la conducta alimentaria*. Este instrumento

fue diseñado especialmente en el ámbito de investigación y fue utilizado en un proyecto UBACyT. Tiene como propósito recabar información sobre la edad, el nivel de escolaridad y la composición del núcleo familiar. También se indagó acerca de la altura, el peso actual, el peso deseado, los hábitos alimentarios, la realización de dietas, la regularidad de los ciclos menstruales, la percepción de la imagen corporal y la presencia de conductas compensatorias inapropiadas con el fin de bajar o mantener el peso: actividad física excesiva, vómitos autoinducidos, y consumo de laxantes, diuréticos o pastillas para adelgazar.

- *Eating Disorders Inventory-2 (EDI-2)* (Garner, 1991) (Adaptación lingüística y conceptual: Rutzstein et al., 2006). Se trata de un inventario autoadministrable que evalúa la presencia de síntomas asociados con los trastornos alimentarios agrupados en 11 subescalas. Consta de 91 ítems a los que se puede responder con las siguientes 6 posibilidades: *siempre, casi siempre, a menudo, a veces, pocas veces y nunca*. Tres subescalas evalúan actitudes y comportamientos con respecto a la alimentación, el peso y la imagen corporal; ellas son “*Búsqueda de Delgadez*”, “*Bulimia*” e “*Insatisfacción con la Imagen Corporal*”. Las subescalas restantes evalúan rasgos psicológicos asociados a los trastornos alimentarios, que son clínicamente relevantes. El EDI-2 se ha utilizado como instrumento de cribado para detectar población de riesgo.

- *Contour Drawing Rating Scale (CDRS)* (Thompson & Gray, 1995). Se trata de una escala gráfica autoadministrable de siluetas femeninas para las mujeres, y masculinas para los varones, que evalúa el grado de satisfacción con la imagen corporal, al analizar la diferencia entre la imagen corpo-

ral que el sujeto desea tener (Figura deseada) y la que cree tener (Figura percibida). Las siluetas dibujadas son 9 y conforman una graduación que se extiende desde una silueta muy delgada hasta la última que representa un sobrepeso importante.

Estos cuestionarios fueron completados por los estudiantes en grupo, en las aulas de cada una de las instituciones educativas y durante el horario de clase, previa introducción y lectura del instructivo por parte de los profesionales que integran el equipo de este proyecto. Se contó también con la colaboración de los profesionales de Salud Escolar del Área programática de los hospitales participantes, en la escuela correspondiente a su jurisdicción.

Además, se llevó a cabo una evaluación antropométrica de los estudiantes para poder determinar el índice de masa corporal (IMC), que estuvo a cargo de profesionales médicos y/o nutricionistas que integran el equipo de este proyecto. Los participantes fueron pesados y medidos siguiendo las normas antropométricas de medición de la Sociedad Argentina de Pediatría (1986), en forma individual y en un aula diferente a la utilizada para la administración grupal de los cuestionarios.

Se confeccionaron bases de datos computarizadas en donde se ingresaron los datos provenientes de los instrumentos de evaluación completados por cada uno de los estudiantes. Se procesó estadísticamente la información recabada y se analizaron los resultados de las subescalas del *EDI-2*, el *CDRS*, el IMC, las variaciones de peso y la presencia de conductas compensatorias inadecuadas (CCI) para mantener o bajar de peso. Así, en la primera etapa se identificaron aquellos estudiantes con riesgo de presentar trastorno alimentario.

En cuanto a los criterios utilizados para la identificación de casos de riesgo de tras-

torno alimentario, se consideraron los siguientes:

- a. un puntaje igual o superior al punto de corte establecido por Garner (1991) en alguna de las tres primeras subescalas del *EDI-2*: *Búsqueda de Delgadez* (≥ 14), *Bulimia* (≥ 7) o *Insatisfacción con la Imagen Corporal* (≥ 16);
- b. la presencia de conductas purgativas con el fin de bajar o mantener el peso, aunque no alcanzaran el punto de corte establecido en las subescalas del *EDI-2*;
- c. la combinación de diferentes características asociadas a los trastornos alimentarios (tales como amenorrea primaria, amenorrea secundaria, insatisfacción con la imagen corporal, distorsión de la imagen corporal, conducta dietante con el fin de bajar de peso, entre otras), aunque no alcanzaran el punto de corte establecido en las subescalas del *EDI-2* (pero con puntajes muy próximos) ni presentaran conductas purgativas.

Luego de realizar esta primera etapa y completar el análisis de los datos obtenidos, se detectó que el 23.9% de las mujeres (N=58) y el 10.6% de los varones (N=17) presentaba riesgo de padecer alguna problemática alimentaria.

Dado que el principal objetivo del proyecto consistió no sólo en la prevención primaria de estas patologías, sino, a su vez, en brindar un servicio a la comunidad al identificar tempranamente adolescentes en riesgo para su posterior derivación y tratamiento, se utilizó una metodología de doble fase con la inclusión de entrevistas personalizadas. Se utilizó dicha metodología porque una de las principales críticas que han recibido los estudios sobre prevalencia de trastornos alimentarios han sido los instrumentos de preselección o identificación de casos.

Los estudios más recientes se han refina-

do metodológicamente al agregar la entrevista clínica diagnóstica una vez detectados los casos con riesgo por medio de cuestionarios autoadministrables, se trata de los llamados estudios de doble fase. En una primera época, se publicaron numerosos estudios epidemiológicos basados solamente en cuestionarios autoadministrables. Si bien tenían la ventaja de ser económicos, rápidos y además se llevaban a cabo en formato grupal, actualmente existe consenso en la literatura científica sobre la importancia de la entrevista diagnóstica individual “cara a cara” con el sujeto para poder determinar el diagnóstico de trastorno alimentario (Peláez Fernández, Labrador Encinas y Raich Escursell, 2005; Peláez Fernández, 2003).

Segunda etapa

En una segunda fase del proyecto, se realizaron entrevistas individuales con aquellos estudiantes que presentaban riesgo de padecer alguna problemática alimentaria (N=75). También se realizaron entrevistas individuales con un número casi igual de estudiantes sin riesgo (N=76), con el fin de que no sean identificados los primeros y respetar así la confidencialidad. Los estudiantes sin riesgo fueron seleccionados al azar, pero se contempló que presentaran las mismas características en cuanto a sexo, edad, IMC, año y división del curso, que los alumnos en riesgo (de modo apareado). Las entrevistas fueron semiestructuradas y basadas en el *Eating Disorder Examination* (Fairburn & Cooper, 1993). Estas entrevistas fueron anteriormente utilizadas en un proyecto de investigación UBACyT con muy buenos resultados. En las entrevistas se incluyeron preguntas abiertas y cerradas que contemplan los criterios de los sistemas operativos de diagnóstico vi-

gentes (APA, 1994). Estas entrevistas fueron llevadas a cabo por los profesionales que integran el equipo de este proyecto y también se contó con la colaboración de los profesionales de Salud Escolar del Área Programática de los hospitales participantes, en la escuela correspondiente a su jurisdicción. A partir de las 151 entrevistas realizadas en las cuatro escuelas, se confirmó que el 7% de las mujeres (N=17) y el 0.6% de los varones (N=1) presentaba una problemática alimentaria.

Orientación y Derivación

Una vez identificados los adolescentes con desórdenes alimentarios, los padres de esos alumnos fueron citados a través de los psicólogos y/o psicopedagogos de los respectivos gabinetes de las escuelas. En total, asistieron 14 de los 18 padres y/o familiares a cargo citados para la entrevista de devolución.

En ese ámbito, la directora de este proyecto UBANEX mantuvo entrevistas personalizadas con cada uno de los padres y/o familiares a cargo. En dichas entrevistas se les brindó una devolución de la problemática alimentaria detectada y se les dio asesoramiento, orientación y también información sobre la posibilidad de comenzar un tratamiento en el ámbito público hospitalario. De esta manera, se les facilitó el contacto y derivación a centros públicos asistenciales que cuentan con equipos interdisciplinarios especializados en trastornos alimentarios, nucleados en la Red Interhospitalaria en Trastornos Alimentarios de la Ciudad de Buenos Aires.

También se realizaron entrevistas personalizadas con dos alumnas en situación de vulnerabilidad emocional, aunque no relacionada con una problemática alimentaria. Los padres de estas dos alumnas fueron citados a una entrevista personali-

zada con la directora de este proyecto, pero no asistieron.

Talleres

Dado que los factores de riesgo para el desarrollo de los trastornos alimentarios suelen estar presentes entre los adolescentes, se realizaron talleres de prevención en las escuelas participantes. Estos talleres tuvieron diversos objetivos: por un lado, incrementar el conocimiento de los adolescentes sobre el crecimiento y desarrollo normal durante la adolescencia, y, por otra parte, fomentar la reflexión crítica sobre temas fuertemente vinculados con los trastornos alimentarios (cultura de la delgadez, modelos de belleza, diversidad de medidas corporales, influencia de los medios de comunicación).

Se trabajó con dos modalidades diferentes de taller, dependiendo de la capacidad de las aulas y de las posibilidades horarias brindadas por cada una de las escuelas: grupos pequeños (entre 20-25 alumnos) y grupos grandes (80-100 alumnos). En el primer caso, se trabajó con los alumnos agrupados por cada curso y en el segundo caso, se realizó un taller con la totalidad de los alumnos participantes de la escuela. Más allá de las diferencias, ambas modalidades de taller compartieron objetivos y temáticas.

Los talleres fueron llevados a cabo por los integrantes del equipo del proyecto UBANEX. Si bien estos cobraron características singulares en cada uno de los grupos en los que fueron realizados, en todos los casos se intentó promover la participación activa por parte de los adolescentes y enfatizar la idea de construcción de los conocimientos durante el mismo, ya que, como se ha demostrado, los enfoques preventivos que son más interactivos, en los que participan los pares y los líderes, son más

eficaces que aquellos que se centran en el coordinador y no son interactivos ni vivenciales (Levine & Smolak, 2000).

Los contenidos fueron presentados a través de material audiovisual (presentaciones en Power Point, videos, publicidades, por ejemplo) y a través de la utilización de materiales didácticos (cartulinas, recortes de revistas, por ejemplo). Para la ejecución de los talleres se contó con una notebook, una impresora, un proyector (cañón) con pantalla, micrófono y parlantes.

Gran parte de los talleres estuvo destinada al trabajo sobre temas propios de la adolescencia, tales como el desarrollo puberal, las diferencias en el desarrollo de hombres y mujeres y la singularidad en los ritmos de crecimiento y desarrollo. Por otra parte, se trabajó específicamente sobre la promoción de hábitos alimentarios saludables y sobre aquellos factores que incrementan el riesgo de desarrollo de trastornos alimentarios. De este modo, se trabajó, por ejemplo, sobre el impacto de los ideales de belleza sobre el cuerpo, la influencia de los medios de comunicación sobre los ideales estéticos predominantes en nuestra cultura (ideal de delgadez), el carácter cultural de dichos ideales y la presión ejercida por los medios publicitarios para alcanzarlos. El trabajo sobre estas temáticas tuvo como objetivo desarrollar el sentido crítico de los adolescentes en los valores estéticos que existen así como fomentar su propia aceptación y la aceptación de los otros.

A través de la exposición de videos, se intentó que los adolescentes desarrollaran un análisis crítico de las publicidades, fomentando el debate sobre diversos temas como la manipulación de la imagen en los medios de comunicación (a través del uso del photoshop, por ejemplo) y el impacto que esto tiene en los adolescentes, la es-

tigmatización de la obesidad, entre otros. También se trabajó sobre la promoción de hábitos saludables, a través de la exposición de temas vinculados con los requerimientos alimentarios y la actividad física en la adolescencia. Se analizaron mitos y verdades sobre la alimentación y sobre las conductas riesgosas que a veces emprenden los adolescentes por alcanzar el ideal de extrema delgadez.

Como cierre del taller, se distribuyeron cartulinas entre los grupos de alumnos y se les propuso escribir frases o hacer dibujos sobre los temas que se debatieron en el taller. Los alumnos realizaron dibujos que representaban los temas discutidos previamente y utilizaron también palabras o frases cortas señalando el carácter cultural y poco saludable de los ideales de belleza actuales (ejemplo “belleza ¿natural?”, “¿es natural pesar 30kg con 30 años?”, “salud es belleza”).

Posteriormente, se les ofreció presentar lo que trabajaron a sus compañeros y colgar

las cartulinas en la escuela. Esta actividad tuvo por objetivo fortalecer lo aprendido durante el taller y promover la difusión de estos mensajes entre los demás alumnos y docentes, favoreciendo el carácter multiplicador.

Al finalizar el taller, se repartieron trípticos entre los alumnos que fueron diseñados en el marco de este proyecto y que agregan información sobre los temas trabajados durante el mismo, así como también incluyen una dirección de correo electrónico de contacto, para posibles preguntas o inquietudes. Este material fue cuidadosamente elaborado por los integrantes del equipo del proyecto UBANEX de acuerdo a los tres principios que, según Morrison y Bennet (2007), favorecen el impacto de una intervención en salud: maximización de la satisfacción, de la comprensión y del recuerdo.

Una vez finalizado todo el proyecto, se entregó a las autoridades de cada institución educativa un informe de devolución.

CONCLUSIONES

Dado que la prevalencia de los trastornos alimentarios se incrementa y los mismos presentan su inicio cada vez a edad más temprana, trayendo aparejados múltiples riesgos de sufrir enfermedades asociadas, así como el sufrimiento del sujeto y de su familia, la población requiere de acciones que impliquen la prevención. Consideramos que la universidad pública, como ámbito de construcción y transmisión de conocimientos, debe poder responder desde su espacio de injerencia a esta problemática social favoreciendo la aplicación de conocimientos científicos a la asistencia de necesidades sociales.

En relación con los participantes del proyecto, el trabajo conjunto de psicólogos, médicos y nutricionistas fue indispensable al permitir un abordaje interdisciplinario de la problemática ligada a la alimentación, un paradigma de la multicausalidad, tal como se lo reconoce en la práctica clínica y la investigación actual. Asimismo, la participación y capacitación de alumnos de la Licenciatura en Psicología representó una manera de promover la conciencia social de los estudiantes y prepararlos para una práctica más orientada a problemas prevalentes actuales en nuestra comunidad. Por otro lado, la posibilidad de integrar

equipos entre la universidad pública y el hospital público constituyó uno de los puntos fuertes de este proyecto ya que promovió las bases para que se fortalezcan lazos de intercambio entre ambos sectores públicos, articulando la teoría con la práctica profesional. Ese intercambio debería ser fluido en aras de que los ámbitos académicos y asistenciales intercambien mutuamente sus conocimientos asegurando la formación continua junto con la producción de conocimientos. Además, tendió al logro de verdaderas redes de contención, orientación y apoyo social para la comunidad, que en muchísimos estudios se ha mostrado que redundan en beneficios tales como detección precoz de las enfermedades, menor tiempo de evolución con rápida recuperación, menor gravedad de la sintomatología y mejor calidad de vida.

Respecto a los objetivos y procesos del proyecto, se pudieron llevar a cabo satisfactoriamente. Se detectó que el 7% de las mujeres y el 0.6% de los varones presentaba una problemática alimentaria. Además, se pudieron llevar a cabo entrevistas de devolución con el 74% de los padres de estos estudiantes. En dichas entrevistas cuales se brindó asesoramiento, orientación y también información sobre la posibilidad de comenzar un tratamiento en el ámbito público hospitalario. Por otra parte, se realizaron talleres de prevención con todos los estudiantes participantes. En los talleres se brindó información sobre cambios corporales esperables durante la adolescencia, así como de sus necesidades y del momento evolutivo que están transcurriendo, focalizando en la importancia de mantener hábitos alimentarios saludables. A su vez, se intentó fomentar un análisis crítico y reflexivo sobre la cultura de la delgadez imperante, asociado a un ideal de belleza femenino de extrema

delgadez. De este modo, se espera que la reflexión y el debate sobre estos temas hayan contribuido a que los adolescentes se puedan vincular con una imagen corporal más real y aceptar las diversas medidas corporales. Así se desanima la estigmatización y los prejuicios que suelen surgir frente a las diversas medidas corporales, lo que redundará en la eliminación de actitudes discriminatorias y de burla. Consecuentemente, se espera que sean los adolescentes quienes, a partir de distintos disparadores que han sido propuestos por los adultos, se transformen en actores del proceso de enseñanza y de aprendizaje, movilizándolo toda su capacidad creativa y promoviendo grados crecientes de participación e involucramiento en la realidad cotidiana.

Por último, consideramos que el poder informar y abrir la posibilidad de reflexión y debate de los adolescentes y sus familias al tema de los hábitos de la alimentación en relación con la salud y la enfermedad, constituye un intento de compensar o moderar la influencia de las modas, la publicidad, la sociedad de consumo y el sedentarismo que imperan en nuestra sociedad. Esperamos que este proyecto haya contribuido a capacitar al adolescente y sus familias para que puedan transformarse en agentes de cambio para una mejor calidad de vida.

Deseamos agradecer la colaboración de los siguientes profesionales: Tatiana Estefan, Ana María Armatta, Raúl Barrios, Guido Cruz, Marina Diez, Mariana Miracco, Cecilia Amitrano, Celeste Goedelmann, Viviana Jalife, Carolina Monti, Ignacio Constantino, Laura Glinsek, Laura Kasangian; Jullieta López, Ana Inés Pérez, M. del Carmen Cedres, M. Cristina Luppi, Gabriela Marchelli, Andrea Parra y a los estudiantes Carolina Kerikian y Gustavo Ramallo

BIBLIOGRAFÍA

- Alvarez, G., Franco, K., Vázquez, R., Escarria, A. M., Haro, M., & Mancilla, J. M. (2004). Sintomatología de trastorno alimentario: Comparación entre hombres y mujeres estudiantes. *Psicología y Salud*, 3 (2), 245-255.
- American Psychiatric Association. DSM-IV. (1994). Versión española de la obra original en lengua inglesa *Diagnostic, Statistical Manual of Mental Disorders - IV* publicado por la American Psychiatric Association, Washington. Masson.
- American Psychiatric Association (2006). Work Group on Eating Disorders. *Practice Guideline for the treatment of patients with eating disorders*. Third Edition.
- Aubert, G. (2006). *Prevención de la obesidad infantil*. Dirección de Información Parlamentaria - Departamento de Legislación Extranjera de la Honorable Cámara de Diputados del Congreso de la Nación Argentina.
- Bay, L., Rausch Herscovici, C., Kovalskys, I., Berner, E., Orellana, L., & Bergesio, A. (2005). Alteraciones alimentarias en niños y adolescentes argentinos que concurren al consultorio del pediatra. *Archivos Argentinos de Pediatría*, 103 (4), 305-316.
- Becoña, E. (1999). Bases teóricas que sustentan los programas de prevención de drogas. Madrid: Plan Nacional sobre Drogas. Citado en G. López-Guimerà & D. Sánchez-Carracedo (Eds.), *Prevención de las alteraciones alimentarias. Fundamentos teóricos y recursos prácticos*, pp. 117-199, Madrid: Pirámide.
- Braun, D., Sunday, S., & Halmi, K. (1994). Psychiatric comorbidity with eating disorders. *Psychological Medicine*, 24, 859-867.
- Caplan, G. (1964). *Principles of preventive psychiatry*. Oxford, England: Basic Books.
- Carter, J.C., Stewart, A., Dunn, V.J., & Fairburn, C. (1997). Primary prevention of eating disorders: Might it do more harm than good? *International Journal of Eating Disorders*, 22, 167-172.
- Colomer, R. C., & Álvarez-Dardet, C. (2006). *Promoción de la salud y cambio social*. Barcelona: Masson.
- Congreso de la Nación. (2008). Ley N° 26.396 de Trastornos alimentarios. Boletín Oficial de la República Argentina, N° 31481. Buenos Aires, 3 de septiembre de 2008.
- Correa V. M., Zubarew, G., Silva, P., M., & Romero, M. I (2006). Prevalencia de riesgo de trastornos alimentarios en adolescentes mujeres escolares de la Región Metropolitana. *Revista Chilena de Pediatría*, 77 (2), 153-160.
- Cororve Fingeret, M., Warren, C.S., Cepeda-Benito, A., & Gleaves, D.H. (2006). Eating Disorder Prevention Research: A meta-analysis. *Eating Disorders*, 14, 191-213.
- Di Clemente, R., Crosby, R., & Kleger, M. (2009). *Health promotion practice and research*. San Francisco (USA): Jossey-Bass.
- Fairburn, C.G., & Cooper, Z. (1993). The Eating Disorder Examination. En CG. Fairburn & GT. Wilson (Eds.), *Binge Eating: Nature, Assessment and Treatment*. New York: Guilford Press.
- Fairburn, C., Harrison, P., & Brownell, K. (2003). Trastornos de la Alimentación. *The Lancet*, 361, 407-416.
- Fondo de Población de las Naciones Unidas (2008). <http://www.unfpa.org>
- Garner, D.M. (1991). *Eating Disorders Inventory 2*. Odessa, FL: Psychosocial Assessment Resources.
- Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Trastornos de la Conducta Alimentaria (2009). *Guía de Práctica Clínica sobre Trastornos de la Conducta Alimentaria*. Madrid: Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Herscovici, C. R. (1996). *La esclavitud de las dietas*. Buenos Aires: Paidós.
- López-Guimerà, G., & Sánchez-Carracedo, D. (2010). *Prevención de las alteraciones alimentarias. Fundamentos teóricos y recursos prácticos*. Madrid: Pirámide.
- Levine, M. P. & Smolak, L. (2000). Los medios de comunicación y los disturbios de la alimentación: consecuencias en la prevención primaria. En Vandereycken, W. & Noordenbos, G. (Eds.), *La prevención de los trastornos alimentarios. Un enfoque multidisciplinario*, pp. 39-79, Barcelona: Granica, S. A.

- Morrison, V., & Bennet, P. (2007). *Psicología de la Salud*. Madrid: Pearson Prentice Hall.
- O'Dea, J. A. (2007). *Everybody's different: A positive approach to teaching about health, puberty, body image, nutrition, self-esteem and obesity prevention*. Melbourne: Australian Council for Educational Research (ACER).
- Organización Mundial de la Salud (2004). *Promoción de la Salud Mental: conceptos, evidencia emergente, práctica*. Informe compendiado. Un informe de la Organización Mundial de la Salud, Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias en colaboración con la Fundación Victoriana para la Promoción de la Salud (VicHealth) y la Universidad de Melbourne. <http://www.who.int>
- Organización Panamericana de la Salud (2001). *Manual de comunicación social para programas de promoción de la salud de los adolescentes*. División de Promoción y Protección de la Salud. Programa de Salud Familiar y Población. Unidad Técnica de Salud y Desarrollo de Adolescentes. Organización Panamericana de la Salud. Fundación W.K. Kellogg. <http://www.paho.org>.
- Organización Panamericana de la Salud (2008). *Sobre escuelas promotoras de salud*. <http://www.paho.org>.
- Peláez Fernández, M.A (2003). *Estudio epidemiológico de los trastornos de la conducta alimentaria en población escolarizada de la comunidad de Madrid*. Tesis de Doctorado. Facultad de Psicología de la Universidad Complutense de Madrid.
- Peláez Fernández, M. A, Labrador Encinas, F.J., & Raich Escursell, R. M. (2005). Prevalencia de los trastornos de la conducta alimentaria: consideraciones metodológicas. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 5 (2), 135-148.
- Piran, N. (2005). Prevention of eating disorders: A review outcome evaluation research. *The Israel Journal of Psychiatry and related Sciences*, 42, 172-177.
- Quiroga, S., Zonis, R. & Zukerfeld, R. (1998). Conductas alimentarias y factores psicopatológicos en mujeres ingresantes en la Universidad de Buenos Aires. *Revista del Instituto de Investigaciones de la Facultad de Psicología/UBA*. Año3 - N°2.
- Quiroga, S. & Vega, V. (2003). Trastornos alimentarios e imagen corporal en mujeres adolescentes. *Memorias de las X Jornadas de Investigación de la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires*, 1, 113-115.
- Rutzstein, G. (1996.) Anorexia nerviosa: modalidades de tratamiento. *Anuario de Investigaciones - Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires*, 4, 365-377.
- Rutzstein, G. (2005). *Psicoterapeutas cognitivos y psicoanalistas: un estudio comparativo sobre inferencias clínicas centrado en trastornos de la alimentación*. Tesis doctoral. Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires. Buenos Aires. Argentina.
- Rutzstein, G., Armatta, A., Casquet, A., Leonardeilli, E., López, P., Marola, M. E., et al. (2006, junio). Body image and eating disorders in ballet students. Sesión de cartel presentada en la International Conference on Eating Disorders, Barcelona, España.
- Rutzstein, G., Maglio, A. L., Murawski, B., Leonardeilli, E., Sarudiansky, M., Arana, F. et al. (2008). Trastornos de la alimentación: identificación de casos en adolescentes escolarizados de la Ciudad de Buenos Aires. *Memorias de las XV Jornadas de Investigación de la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires y Cuarto Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR*, 1, 74-77.
- Rutzstein, G., Murawski, B, Elizathe, L., & Scappatura, M. L. (2010). Trastornos alimentarios: detección en adolescentes mujeres y varones de Buenos Aires. Un estudio de doble fase. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 1 (1), 48-61.
- Saldaña, C. (2001). Perspectiva global de los trastornos del comportamiento Alimentario. En C. Saldaña (coord.), *Detección y prevención en el aula de los problemas del adolescente*. Madrid: Pirámide.
- Smolak, L., Levine, M. P. & Schermer, F. (1998). A controlled evaluation of an elementary school primary prevention program for eating problems. *Journal of Psychosomatic Research*, 44, 339-353.
- Sociedad Argentina de Pediatría (1986). *Criterios de diagnóstico y tratamiento. Crecimiento y desarrollo*. Buenos Aires: Roemmers.
- Stice, E. (2002). Risk and maintenance factors for eating pathology: a meta-analytic review. *Psychological Bulletin*, 128 (5), 825-848.
- Stice, E., & Shaw, H. (2004). Eating disorder prevention programs: A metaanalytic review. *Psychological Bulletin*, 130 (2), 206-227.
- Striegel-Moore, R. H., Leslie, D., Petrill, S. A., Garvin, V., & Rosenheck, R. A. (2000). One-year use and cost of inpatient and outpatient services among female and male patients with an eating disorder: evidence from a national database of

health insurance claims. *International Journal of Eating Disorders*, 27(4), 381-389.

Thompson, M. A. & Gray, J. J. (1995). Development and validation of a new body image assessment tool. *Journal of Personality Assessment*, 64, 258-269.