

ARTÍCULOS

**Prevención de trastornos de
alimentación. Un primer programa de
prevención en dos fases**

***Eating disorders. A two step prevention
program***

**MARÍA ISABEL CASADO MORALES¹
MAYTE HELGUERA FUENTES¹**

Fecha de Recepción: 25-04-2007

Fecha de Aceptación: 26-03-2008

RESUMEN

Se presenta la elaboración y puesta en marcha de un programa de prevención de trastornos de alimentación. El programa se desarrolla en dos partes, en un primer momento se interviene con un grupo de adolescentes de riesgo y se complementa posteriormente con una intervención con padres. Se trabaja en el marco de la prevención primaria indirecta, siendo éste un elemento a destacar por su importancia en esta área ya que sabemos que estos trastornos son de difícil detección y que por su naturaleza conllevan ocultamiento y rechazo de la ayuda, por lo que resulta mucho más eficaz la prevención que se desarrolla a partir del trabajo con los factores de riesgo asociados a los mismos. Así, el énfasis de este trabajo tanto con adolescentes como con padres, no recae directamente en modificar conductas de riesgo, sino principalmente en proporcionar estrategias personales que minimicen la influencia de los factores de riesgo asociados a los trastornos de alimentación.

ABSTRACT

A program for the prevention of eating disorders was developed and implemented. The program is implemented in two stages, first there is a work with

¹ Departamento de Psicología Básica II (Procesos Cognitivos). Facultad de Psicología. Campus de Somosaguas. Universidad Complutense de Madrid.

a group of high risk teenagers and then it is complemented with parent involvement. The work develops within the framework of indirect primary prevention –a key issue in this area since it is well known that these disorders are difficult to identify and that their nature entails concealment and refusal of help. Hence, prevention is very effective since it addresses the risk factors associated to eating disorders. Therefore, the emphasis of this work with adolescents and parents does not lie directly on modifying the risk behaviour but rather on providing personal strategies to minimize the effect of risk factors associated with eating disorders.

PALABRAS CLAVE

Trastornos de alimentación, Anorexia, Bulimia, Prevención, Factores de riesgo.

KEY WORDS

Eating Disorders, Anorexia, Bulimia, Prevention, Risk factors.

Los aspectos relativos a la prevención de los trastornos de alimentación se han abordado hace relativamente poco tiempo, cuando los profesionales de la salud y la sociedad en general ha tomado conciencia de la magnitud que dichos trastornos estaban adquiriendo como problema sanitario de primer orden. En lo que se refiere a la prevención primaria, es decir, al conjunto de intervenciones que pueden realizarse antes del desarrollo de la enfermedad, se actúa sobre los factores de riesgo, las principales estrategias son de carácter educativo y se han centrado básicamente en los siguientes aspectos:

- a) Información a la población general y en particular a la población de riesgo;
- b) Identificación de grupos de riesgo;
- c) Actuaciones dirigidas a modificar aquellas conductas que podrían favorecer el comienzo de la enfermedad, en particular en relación con la dieta,
- d) Intervenciones sobre los estereotipos culturales, adelgazamiento y belleza.

Los resultados de las medidas de prevención primaria parece que son más eficaces si se combinan con propuestas de prevención secundaria dirigidas al diagnóstico y tratamiento precoz. Desde esta perspectiva habría dos posibles enfoques del diagnóstico precoz: el primero centrado en la detección de signos y síntomas de comienzo y el segundo diri-

gido a las características propias de los individuos de alto riesgo.

Un reciente meta-análisis de los programas de prevención en TCA realizado por Stice y Shaw (2004) distingue tres generaciones de trabajos en prevención:

- Primera generación de programas: centrados en proporcionar información acerca de los trastornos de alimentación a la población general de adolescentes. Este tipo de iniciativas se fundamenta en la idea de que la simple información acerca de las consecuencias de los trastornos detendrá posibles conductas de riesgo.
- Segunda generación de programas: dirigidos también a población general y focalizados igualmente en contenidos exclusivamente de carácter didáctico pero incluyendo aspectos referentes a la resistencia y al afrontamiento de la presión social hacia la delgadez. Estas intervenciones se basaban en la asunción de que la presión social juega un importantísimo papel en la etiología de los trastornos ya que provoca que los adolescentes se embarquen en dietas restrictivas y en otras conductas de riesgo para conseguir bajar de peso.
- Tercera generación de programas: dirigidos únicamente a sujetos de riesgo y centrados expresamente en trabajar con los factores de riesgo que se

han revelado determinantes en el desarrollo de estos trastornos.

En este mismo meta análisis Stice y Shaw (2004) encuentran que las iniciativas de prevención son más eficaces cuando se dirigen exclusivamente a sujetos que presentan alto riesgo de desarrollar un trastorno de alimentación ya que serían sujetos más comprometidos con el desarrollo del programa que cuando se dirige a población general. Pero es importante tener en cuenta que también se ha encontrado que los programas que no son presentados explícitamente como programas de prevención de trastornos de alimentación producen resultados más positivos, de tal forma que la aproximación indirecta a los trastornos evita que aparezcan actitudes defensivas en los adolescentes y facilita su compromiso con el programa (Stice y Ragan, 2002). Además encuentran que los programas más eficaces son aquellos que combinan la psicoeducación con un formato interactivo y práctico, ya que facilitan que los sujetos adquieran nuevos conceptos y herramientas que promueven el cambio actitudinal y conductual. Por otra parte, los programas parecen ser más eficaces cuando se trabaja con mujeres adolescentes de más de 15 años, ya que parece ser el periodo de mayor riesgo de desarrollo de un trastorno de alimentación. Los datos indican que las mujeres adolescentes y jóvenes son la población de riesgo por excelencia en estos trastornos (Newman, Moffitt, Caspi, Magdol, Silva y Stanton, 1996). Algunos estudios han encontrado que dentro de este colectivo la edad de mayor riesgo

para el desarrollo de un trastorno de alimentación es de los 15 a los 19 años (Lewinsohn, Striegel-Moore y Seeley, 2000). Por último, encuentran que los programas más eficaces son los que se desarrollan a lo largo de varias sesiones ya que permiten a los participantes interiorizar mejor los contenidos y practicar las estrategias aprendidas en el periodo entre sesiones.

Siguiendo a Stice y Ragan, (2002), y en consonancia con nuestra experiencia, nosotros consideramos que el trabajo preventivo en trastornos de alimentación ha de hacerse de forma indirecta, ya que acciones preventivas que pretendan trabajar con población de riesgo o directamente con el trastorno corren un alto riesgo de rechazo por parte los sujetos implicados, dadas las siguientes características:

- 1. Refuerzos:** el adolescente que empieza a desarrollar conductas de riesgo obtiene grandes refuerzos sociales y personales con ello. A través del control y manipulación de la comida compensa su falta de valía personal, su baja autoestima, la incapacidad de mantener relaciones interpersonales maduras, la ausencia de identidad propia etc. La delgadez le proporciona una identidad exitosa, recibe atención y alabanzas y suprime con ello, los sentimientos de inseguridad ante los demás.
- 2. Ocultación:** el adolescente que desarrolla un trastorno de ali-

mentación, especialmente en sus primeras fases, oculta los síntomas ya que desea mantener el refuerzo social y personal mencionado anteriormente. Esto hace que la detección y el diagnóstico sea tardío, lo que dificulta la intervención.

3. **Negación:** el adolescente que empieza con las primeras conductas de riesgo niega lo que le sucede a los demás y a sí mismo. La negación es la estrategia que encuentra para resolver la disonancia cognitiva resultante de la discrepancia entre los riesgos que entrañan esas conductas para su salud y la valoración positiva que atribuye al hecho de estar delgado (y que consigue manteniendo esas conductas) (Calvo, 2002).
4. **Difícil detección:** los primeros síntomas de los trastornos de alimentación pasan muy frecuentemente desapercibidos para las personas que rodean al adolescente (familia, amigos, profesores...) durante meses e incluso años en el caso de la Bulimia.

Cuando hablamos de prevención indirecta nuestra propuesta es llegar a los trastornos a partir de los factores de riesgo asociados a ellos. En el caso de los trastornos de alimentación, como sabemos, trastornos multicausales, los factores de riesgo son de muy diversa índole, destacando: perfeccionismo, autoexigencia elevada, déficit de autoestima, déficit de autoreforzamiento, exceso de autocrítica,

impulsividad, intolerancia a la frustración, necesidad de aprobación, insatisfacción corporal, relaciones sociales insatisfactorias, modelos familiares, actitudes hacia la comida... y por supuesto la presión social. La multicausalidad de estos trastornos implica un abordaje terapéutico interdisciplinar, que considere los múltiples componentes y que haga posible la solución de las diversas áreas problemáticas (Saldaña, 1994).

Teniendo como referencia el marco teórico expuesto y con el objetivo de responder y dar cobertura a la problemática social de primer orden que supone el incremento en el número de casos de trastornos de alimentación, desde hace años hemos venido diseñado e implementado un programa de prevención de trastornos de la conducta alimentaria que pasamos a describir detalladamente. Nuestra pretensión no es otra que transmitir nuestra experiencia en este campo, reflejo aplicado de todo lo expuesto anteriormente en el campo de la prevención de estos trastornos. El programa ha sido llevado a cabo distintos centros educativos de Enseñanza Secundaria de Madrid. El programa completo se desarrolla en dos fases consecutivas en el tiempo: (1) la primera enfoca la prevención de forma indirecta con adolescentes en riesgo como población objetivo y (2) la segunda fase enfoca la prevención a través de los padres como agentes de prevención y detección precoz de primera línea.

Para evitar actitudes en contra del programa en la población objetivo, negativas a participar en él y esperan-

do la mayor colaboración e implicación en los centros educativos, se oferta a los adolescentes su participación en un programa denominado **“Educación emocional en la adolescencia”**. El objetivo fundamental de esta primera fase de la intervención es realizar una prevención psico-educativa, dotando a los participantes de la información necesaria acerca de los trastornos de alimentación y de las variables relacionadas con los mismos. Además se trata especialmente de minimizar la vulnerabilidad emocional para desarrollar un trastorno de alimentación proporcionando estrategias de afrontamiento adecuadas en cada una de las áreas relevantes en la aparición y desarrollo de estos trastornos. En el marco de la prevención indirecta, se trabaja con una selección de los factores de riesgo que consideramos relevantes: la adolescencia como etapa vital de cambio, la autoestima, el estilo atributivo, las habilidades sociales, la presión social y los estereotipos. Se conjuga la teoría y la práctica en cada uno de estos puntos. El programa se desarrolla en once sesiones de una hora y treinta minutos de duración, con periodicidad semanal. A cada factor de riesgo se le dedica entre una y dos sesiones; también se incluye en el contenido del programa el Entrenamiento en Relajación Muscular Progresiva de Jacobson, que se completa a lo largo de cinco sesiones.

Finalizado el trabajo con adolescentes se comienza el trabajo con los padres. Esta segunda fase de la intervención se denomina **“Escuela de Padres para la Detección y Prevención de Trastornos de Alimen-**

tación”. En esta ocasión también se trabaja en el marco de la prevención primaria a nivel psico-educativo. El trabajo con padres cubre un doble objetivo: en primer lugar, dotar a los padres de la información y estrategias necesarias para poder detectar aquellos hábitos o conductas que se encontraran dentro de los factores riesgo o estuvieran relacionadas directamente con el trastorno, y saber actuar de la forma más adecuada ante su detección. En segundo lugar, conocer el perfil de conocimientos y actitudes sobre trastornos de alimentación de los padres de adolescentes en riesgo, de cara a diseñar en el futuro acciones preventivas que se ajusten totalmente a las necesidades que presenta esta población. Conocer el perfil de conocimientos y actitudes, por otra parte, permitirá en el futuro evaluar la eficacia de las acciones preventivas comparando el cambio en el perfil, al inicio y al final de cada intervención.

Con los padres se abordan los trastornos de alimentación y todos los factores de riesgo implicados en su origen y desarrollo. Se hace asimismo hincapié en el desarrollo de habilidades sociales para manejar situaciones cotidianas padres-hijos, con el objetivo de favorecer la comunicación y la empatía que facilite la detección precoz por parte de los padres de conductas de riesgo o trastornos incipientes, así como un contexto familiar que actúe en sí mismo como agente protector en el posible desarrollo del trastorno. El programa se desarrolla en ocho sesiones de hora y media de duración, con periodicidad semanal.

**Tabla 1. Cronograma de actividades en el programa
«Educación emocional en la adolescencia»**

ACTIVIDADES	DESCRIPCIÓN
Presentación: Evaluación Pre-programa:	<i>Presentación del programa y de las profesionales. Evaluación previa a la realización del programa</i>
Adolescencia Emociones: cómo reconocerlas y manejarlas (I)	<i>La adolescencia como etapa vital positiva. Comprensión y aceptación de todos los cambios asociados a esta etapa. Reconocimiento de las emociones propias y ajenas. Cómo surgen las emociones y cómo podemos controlarlas</i>
Emociones: cómo reconocerlas y manejarlas (II) Autoestima (I)	<i>La autoestima o valoración de uno mismo más allá de la figura y el peso corporal.</i>
Autoestima (II) Errores cognitivos: explicación y cambio	<i>Análisis de errores o distorsiones cognitivas más frecuentes, cómo un determinado pensamiento genera una emoción concreta.</i>
Locus de control y estilo atributivo Presión social y estereotipos (I) Entrenamiento en relajación (I)	<i>Trabajamos con la atribución causal para consolidar la autoestima. Análisis crítico de los estereotipos estéticos vigentes a través de ejemplos concretos en prensa, televisión etc. Entrenamiento en relajación muscular progresiva</i>
Presión social y estereotipos (II) Análisis de la publicidad Habilidades Sociales (I) Entrenamiento en relajación (II)	<i>Desarrollo de las habilidades sociales a través de dinámicas y juegos.</i>
Habilidades Sociales (II) Trastornos de alimentación como factor de riesgo en la adolescencia (I) Entrenamiento en relajación (III)	<i>Definición de los trastornos de alimentación: tipos y características</i>
Trastornos de alimentación como factor de riesgo en la adolescencia (II) Nutrición Entrenamiento en relajación (IV)	<i>Pautas para una nutrición sana y equilibrada. Desmitificación de dietas restrictivas</i>
“Sesión abierta” Entrenamiento en relajación (V)	<i>Preguntas, dudas</i>
Evaluación Post-programa Conclusiones	<i>Evaluación final</i>

Tabla 2. Cronograma de actividades en el programa «Escuela de Padres para la Detección y Prevención de Trastornos de Alimentación»

ACTIVIDADES	DESCRIPCIÓN
Presentación Evaluación inicial de actitudes y conocimientos La Adolescencia	<i>Evaluación previa al desarrollo del programa para valorar el perfil de partida de los participantes. Presentamos la adolescencia como etapa de cambios positivos y necesarios</i>
Factores de riesgo asociados a los trastornos de alimentación (I): Familiares	<i>Análisis del papel de la familia y los padres en la génesis y desarrollo de los trastornos de alimentación. Pautas de actuación como padres.</i>
Factores de riesgo asociados a los trastornos de alimentación (II): Personales Sociales	<i>Análisis de las variables personales y sociales en la génesis y desarrollo de los trastornos de alimentación. Qué se puede hacer desde la familia para minimizar su influencia.</i>
Entrenamiento en HHSS (I): Técnicas de resolución de conflictos	<i>Entrenamiento en técnicas de comunicación y resolución de conflictos.</i>
Entrenamiento en HHSS (II): Técnicas de comunicación interpersonal Técnicas de negociación	<i>La empatía como herramienta de comunicación padres-hijos</i>
Nutrición	<i>Pautas para una nutrición sana y equilibrada. Desmitificación de dietas restrictivas</i>
Los trastornos de alimentación	<i>Definición de los trastornos de alimentación: tipos y características. Pautas para detectar conductas de riesgo</i>
Evaluación final de actitudes y conocimientos Resolución de dudas	<i>Evaluación final de conocimientos y actitudes, valoración del cambio.</i>

FASE I: EDUCACION EMOCIONAL EN LA ADOLESCENCIA

Método

Esta fase se plantea, como ya se ha comentado, de forma eminentemente práctica ya que el objetivo fundamental es dotar a los adolescentes de estrategias de afrontamiento en los factores de riesgo

asociados con los trastornos de alimentación.

Se lleva a cabo en primer lugar una evaluación previa al programa, para establecer el perfil de ansiedad de cada una de las participantes y el perfil de predisposición o vulnerabilidad hacia los trastornos de alimentación. Posteriormente se desarrollan los contenidos del programa

y se finaliza con la evaluación post programa de las mismas variables evaluadas al inicio del mismo.

En cuanto al desarrollo de los contenidos, se comienza presentando la adolescencia como una etapa vital positiva; una etapa de cambios físicos, sociales y psicológicos que anuncian y sientan las bases de la próxima etapa adulta, por lo que es necesario primero conocer qué cambios van a experimentar o están ya experimentando, por qué se dan y cómo vivirlos con el menor coste emocional posible. Se trabajan las emociones, tanto el reconocimiento como la expresión de las mismas. Antes de abordar los trastornos de alimentación en sí mismos se abordan los factores de riesgo asociados a ellos. En primer lugar los factores de riesgo internos, donde se agrupan la autoestima, el estilo atributivo y las habilidades sociales. Se busca, a través de ejercicios prácticos, la ruptura del círculo vicioso de pensamientos negativos, sentimientos de ineficacia y baja autoestima. Se favorece asimismo el reconocimiento de la valía personal centrada en otros valores diferentes del peso y la figura y se promociona el cambio de atribuciones del valor de uno mismo. Se seleccionan dinámicas y ejercicios que favorezcan el desarrollo de comportamientos asertivos con los iguales, así como técnicas de manejo de conflictos y de comunicación constructiva para dotarles de herramientas para hacer frente a las críticas y los conflictos interpersonales. Además se trabaja la empatía como actitud fundamental para entender a los

demás y establecer relaciones interpersonales satisfactorias y maduras.

Seguidamente se trabajan los factores de riesgo "externos" donde están implicados los medios de comunicación, los cánones de belleza vigentes y las atribuciones que estos llevan asociados. Se enfatiza el rechazo a la presión social arbitraria y el cuestionamiento de estereotipos y modelos sociales que favorezcan conductas de riesgo.

Una vez abordados los factores de riesgo el programa se centra en los trastornos de alimentación, sus síntomas y características. Se analizan en pequeños grupos, varios casos reales de pacientes anoréxicas y bulímicas, haciendo especial hincapié en detectar las primeras conductas de riesgo y los factores personales predisponentes y precipitantes implicados en cada caso.

Para finalizar la intervención se dedica una sesión a la promoción de una nutrición sana y equilibrada. Se trata el tema de las dietas como principal factor de riesgo precipitante en el desarrollo de trastornos de alimentación. Las participantes aprenden a confeccionar dietas sanas, completas y equilibradas.

Se incluye en el programa el entrenamiento en relajación muscular progresiva de Jacobson en la versión abreviada de Wolpe, que se lleva a cabo a lo largo de cinco sesiones. Se plantea la relajación como una estrategia de afronta-

miento más, ya que proporciona autocontrol emocional y puede suponer un factor protector ante el desarrollo de estos trastornos.

Todas las sesiones incluyen una parte de teoría donde se justifica el contenido y una parte práctica donde las adolescentes a través de role-playing, dinámicas de distinto tipo y/o ejercicios específicos trabajan el tema en cuestión.

Muestra

Cada programa se realiza en grupos pequeños. Hemos seleccionado a modo de ejemplo uno de los grupos más recientes en el que se ha aplicado el programa del que pasamos a describir tanto la muestra como los resultados obtenidos.

La muestra participante en el presente programa fue de 9 chicas de edades comprendidas entre los 15 y los 18 años que se encuentran cursando Enseñanza Secundaria Obligatoria y Bachillerato. Las participantes fueron seleccionadas por la orientadora del Centro en colaboración con los tutores de cada curso, en base a criterios como: haber detectado preocupación excesiva por su aspecto físico, evidencia de sobrepeso, cambios bruscos de peso, o peso por debajo de lo esperado según la talla y la edad, y el conocimiento a través de los padres de conductas de riesgo.

El programa se ofreció como un taller donde de forma lúdica iban a aprender a manejar y expresar

mejor sus emociones, aprenderían también a relajarse, a conocerse mejor y a relacionarse mejor con los demás y con ellas mismas. Como ya se ha dicho, la razón de que no se mencionaran los trastornos de alimentación en esta fase responde al hecho de que, por la propia naturaleza de estos trastornos, probablemente hubiera generado actitudes en contra y por extensión negativas a participar.

Los Índices de Masa Corporal (IMC) de las participantes al inicio del programa se situaban entre 18,38 y 31,18; en concreto seis de las participantes se encontraban ligeramente por debajo de los índices fijados por la Organización Mundial de la Salud (1998) como saludables.

Instrumentos

Las participantes son evaluadas antes y después de su participación en el programa a través de dos instrumentos de evaluación, uno que nos permita evaluar una de las variables emocionales más relacionadas con los trastornos alimentarios, la ansiedad; y otro para establecer el perfil de predisposición a desarrollar un trastorno de alimentación. Los instrumentos son:

1. Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad - ISRA- (Miguel Tobal y Cano Vindel, 1986, 1988, 1994) y su versión para adolescentes -ISRA J- (Pollo Pérez, Miguel Tobal y Cano Vindel).

Proporciona la puntuación del sujeto en ocho escalas. Las tres primeras mostrarían la reactividad del sujeto en los tres sistemas de respuesta (C-cognitivo, F-fisiológico y M-motor) ante las distintas situaciones. Por otro lado ofrecería la medida del Rasgo o nivel general de ansiedad. Y finalmente, las cuatro últimas escalas evaluarían el rasgo específico del sujeto en cuatro grandes áreas situacionales: FI (ansiedad ante situaciones de evaluación), FII (ansiedad ante situaciones interpersonales), FIII (ansiedad ante situaciones de tipo fóbico), FIV (ansiedad ante situaciones de la vida cotidiana).

La versión de adolescentes proporciona prácticamente la misma información que la versión de adultos con la excepción de que proporciona una medida conjunta de la respuesta fisiológica y motora (R1), al igual que el ISRA de adultos proporciona una medida de la respuesta cognitiva (R2) y de los factores situacionales, siendo FI-Ansiedad Interpersonal, FII-Ansiedad Cotidiana, FIII-Ansiedad Fóbica y FIV-Ansiedad de Evaluación.

2. Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria -EDI 2- (Garner, 1990)

Evalúa los síntomas que acompañan a la Anorexia Nerviosa y Bulimia Nerviosa. Puede utilizarse para detectar a las personas que presentan un trastorno de alimentación o que tienen el riesgo de desarrollarlo en un futuro. Aunque no es una herramienta desarrollada en España

está adaptado a la población española y dispone de baremos de muestras normales y clínicas de esta población.

Mide 11 Escalas: DT (obsesión por la delgadez), B (Bulimia), BD (insatisfacción corporal), I (ineficacia), P (perfeccionismo), ID (desconfianza interpersonal), IA (conciencia introceptiva), MF (miedo a la madurez), A (ascetismo), IR (impulsividad), SI (inseguridad social).

Ambos instrumentos fueron rellenados por las participantes de forma individual inmediatamente antes y después de su participación en el programa.

Resultados

Antes de presentar los resultados quisiéramos puntualizar dos hechos importantes. En primer lugar, lo que estamos realizando es una intervención preventiva con población de riesgo y no de tratamiento con población que presenta trastornos. En segundo lugar el número de integrantes en estos programas es muy reducido. Ambos hechos limitan de forma fehaciente el uso de análisis estadísticos, de hecho, el análisis exhaustivo de las diferencias de medias entre las medidas pre y post no muestra diferencias estadísticamente significativas. Pero a pesar de ello los resultados obtenidos muestran ciertas tendencias al cambio que hemos creído interesante mostrarles. En los perfiles de ansiedad de las participantes aparecen descensos en la medida post en prácticamente todas las escalas,

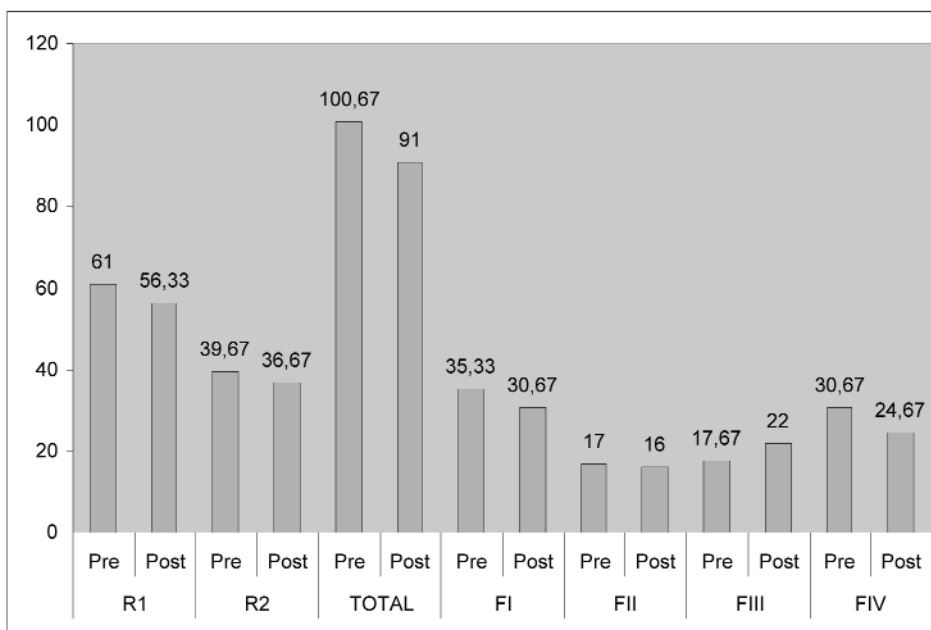
tanto en el ISRA como en su versión de adolescentes, ISRA-J, si bien en este último las diferencias entre las puntuaciones pre-post no son tan evidentes.

Los cambios más interesantes aparecen en el perfil de ansiedad de aquellas participantes mayores del grupo que rellenaron el ISRA en su versión de adultos. En la respuesta total de ansiedad o medida de rasgo general observamos que la puntua-

ción media al inicio del programa era de 221.83 y al final del mismo de 142.

En cuanto a los resultados relativos al triple sistema de respuestas, en la respuesta cognitiva de la ansiedad la medida pre es 99.33 y la medida post es 59, en la respuesta fisiológica la medida pre es 59.17 y la medida post es 42.67 y en la respuesta motora la medida pre es 63.33 y la medida post es 40.33. Se dan cambios por tanto, en la direc-

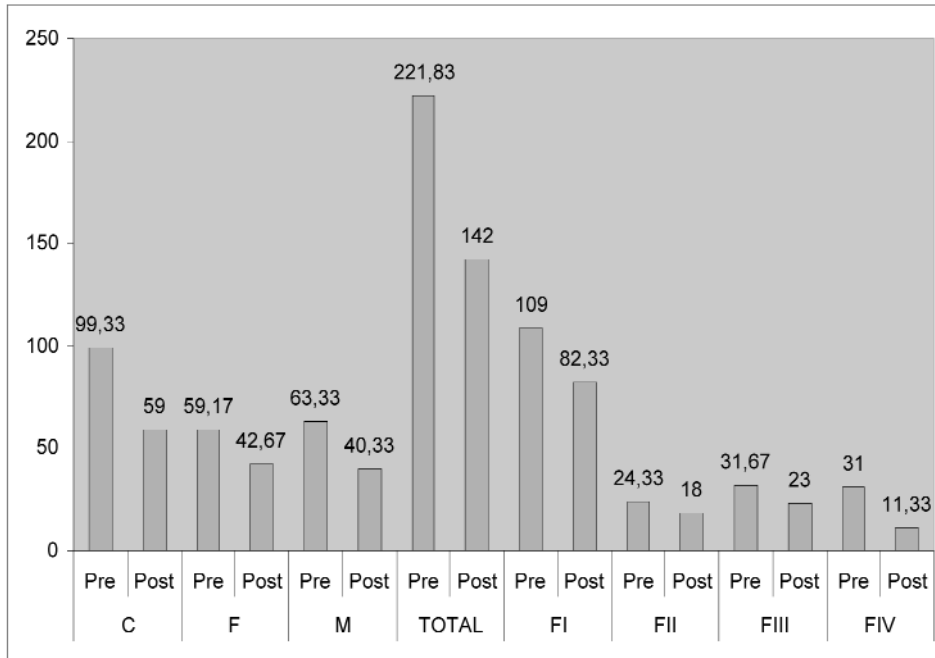
Gráfico I



Puntuaciones medias en el ISRA-J pre y post programa (puntuaciones directas)

- R1=** medida de la respuesta fisiológica y motora de la ansiedad
- R2=** medida de la respuesta cognitiva de la ansiedad
- TOTAL=** medida total de ansiedad
- FI=** medida de la ansiedad en situaciones interpersonales
- FII=** medida de la ansiedad ante situaciones cotidianas
- FIII=** medida de la ansiedad ante situaciones fóbicas
- FIV=** medida de la ansiedad en situaciones de evaluación

Gráfico II



Puntuaciones medias en el ISRA pre y post programa (puntuaciones directas)

- C**= medida de la respuesta cognitiva de la ansiedad
- F**= medida de la respuesta fisiológica de la ansiedad
- M**= medida de la respuesta motora de la ansiedad
- TOTAL**= medida total de ansiedad
- FI**= medida de la ansiedad en situaciones de evaluación
- FII**= medida de la ansiedad en situaciones interpersonales
- FIII**= medida de la ansiedad ante situaciones fóbicas
- FIV**= medida de la ansiedad ante situaciones cotidianas

ción esperada, en el triple sistema de respuesta de la ansiedad, esto es plenamente consonante con los objetivos propuestos; parece ser que las participantes aprenden a lo largo del programa a manejar su ansiedad de una forma más adaptativa.

Con respecto a las que rellenaron la versión de jóvenes y adolescen-

tes se observa un descenso más suave, pasando de una media al inicio del programa de 100,67 a una media al final del mismo de 91.

En cuanto a las situaciones específicas, todas reflejan cambios interesantes en la línea de lo esperado, en ansiedad de evaluación (FI) la puntuación pre es 109 y la post es

Tabla 4. Puntuaciones medias en el ISRA-J y post programa (puntuaciones directas)

	R1	R2	TOTAL	FI	FII	FIII	FIV
PRE	61	39.67	100.67	35.33	17	17.67	30.67
POST	56.33	36.67	91	30.67	16	22	24.67

R1= medida de la respuesta fisiológica y motora de la ansiedad

R2= medida de la respuesta cognitiva de la ansiedad

TOTAL= medida total de ansiedad

FI= medida de la ansiedad en situaciones interpersonales

FII= medida de la ansiedad ante situaciones cotidianas

FIII= medida de la ansiedad ante situaciones fóbicas

FIV= medida de la ansiedad en situaciones de evaluación

Tabla 5. Puntuaciones medias en el ISRA y post programa (puntuaciones directas)

	C	F	M	TOTAL	FI	FII	FIII	FIV
PRE	99.33	59.17	63.33	221.83	109	24.33	31.67	31
POST	59	42.67	40.33	142	82.33	18	23	11.33

C= medida de la respuesta cognitiva de la ansiedad

F= medida de la respuesta fisiológica de la ansiedad

M= medida de la respuesta motora de la ansiedad

TOTAL= medida total de ansiedad

FI= medida de la ansiedad en situaciones de evaluación

FII= medida de la ansiedad en situaciones interpersonales

FIII= medida de la ansiedad ante situaciones fóbicas

FIV= medida de la ansiedad ante situaciones cotidianas

82.33, en ansiedad interpersonal (FII) la puntuación inicial de 24.33 se transforma al final del programa en 18, en ansiedad fóbica (FIII) la puntuación pre es 31.67 y la post es 23, por último la puntuación del factor IV o ansiedad ante situaciones cotidianas pasa de ser 31 a 11.33. Estos datos refuerzan la idea de que las participantes saben, una vez finalizado el programa, manejar situaciones ansiógenas mejor que al inicio del mismo, parece ser por tanto que una vez finalizado el pro-

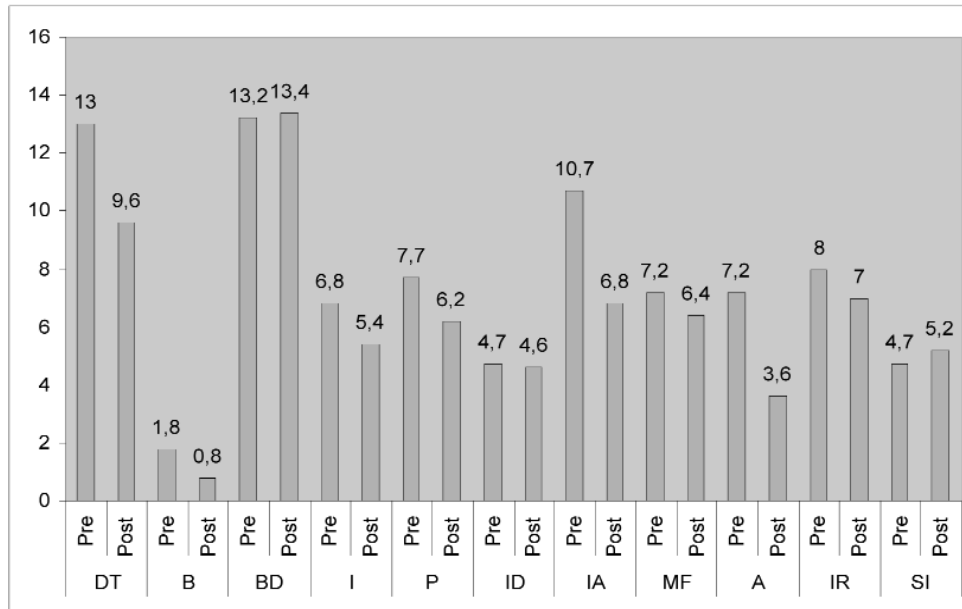
grama despliegan las estrategias de afrontamiento aprendidas, lo que hace que su respuesta de ansiedad sea menor, tanto en lo que se refiere a la respuesta de ansiedad en sí misma con la diferenciación en cognitiva, fisiológica y motora, como lo que se refiere a situaciones potencialmente ansiógenas.

En cuanto a los resultados en el EDI2 demuestran un descenso en casi todas las escalas. En algunas escalas los cambios entre la media

pre y la post, son más leves como en Bulimia (pre 1.83, post 0.80), Ineficacia (pre 6.83, post 5.40), Perfeccionismo (pre 7.67, post 6.20), Desconfianza Interpersonal (pre 4.67, post 4.60), Miedo a la Madurez (pre 7.17, post 6.40) e Impulsividad (pre 8, post 7). Los descensos más acusados se pueden encontrar en la Obsesión por la Delgadez (en

la que se pasa de una media de 13 a otra de 9.6), en la escala de Conciencia Introceptiva (con una media inicial de 10.67 para situarse en una media postratamiento de 6.8) y en Ascetismo (la puntuación pre es 7.17 y la post es 3.60). Cabría pensar, sin tener el respaldo de un análisis estadístico exhaustivo como ya se ha dicho, que ha aumentado la

Gráfico III



Puntuaciones medias en el EDI-2 pre y post programa (puntuaciones directas)

- DT= obsesión por la delgadez*
- B= bulimia*
- BD= insatisfacción corporal*
- I= ineficacia*
- P= perfeccionismo*
- ID= desconfianza interpersonal*
- IA= conciencia introceptiva*
- MF= miedo a la madurez*
- A= ascetismo*
- IR= impulsividad*
- SI= inseguridad social*

Tabla 6. Puntuaciones medias en el EDI-2 y post programa (puntuaciones directas)

	DT	B	BD	I	P	ID	IA	MF	A	IR	SI
PRE	13	1.8	13.2	6.8	7.7	4.7	10.7	7.2	7.2	8	4.7
POST	9.6	0.8	13.4	5.4	6.2	4.6	6.8	6.4	3.6	7	5.2

DT= obsesión por la delgadez

B= bulimia

BD= insatisfacción corporal

I= ineficacia

P= perfeccionismo

ID= desconfianza interpersonal

IA= conciencia introceptiva

MF= miedo a la madurez

A= ascetismo

IR= impulsividad

SI= inseguridad social

capacidad de las participantes de introspección para reconocer y responder a sus estados emocionales de forma correcta. Es muy importante señalar el descenso producido en Obsesión por la Delgadez, ya que es uno de los factores centrales abordados por el Programa y una característica esencial de los trastornos de alimentación.

FASE II: ESCUELA DE PADRES PARA LA DETECCIÓN Y PREVENCIÓN DE TRASTORNOS DE ALIMENTACIÓN

Método

La segunda fase de la intervención se centra en el trabajo con padres de adolescentes en riesgo. Se lleva a cabo la "Escuela de padres para la detección y prevención de trastornos de alimentación". Como ya se ha comentado el objetivo que fundamenta este trabajo con

padres es doble: un objetivo operativo inmediato y un objetivo teórico a medio y largo plazo. Por un lado, el objetivo más importante a nivel operativo es convertir a los padres en agentes de prevención y en su caso, de detección precoz de estos trastornos, dotándoles del conocimiento necesario acerca de estos trastornos y de las variables asociadas con ellos. Por otro lado, otro de nuestros objetivos es establecer el perfil de conocimientos sobre los trastornos de alimentación que presentan los grupos de este tipo, de cara a diseñar futuras iniciativas de prevención para esta población que se ajusten plenamente a sus necesidades y sobre todo poder medir el cambio positivo en actitudes y conocimientos al final de la intervención. Para este objetivo se desarrolló un cuestionario ad-hoc.

El programa se lleva a cabo en ocho sesiones de hora y media de duración cada una. Se comienza

presentando la adolescencia como etapa de cambio vital positivo, al igual que en la fase I de esta intervención, se muestra la adolescencia como una etapa en la que se sientan las bases de la vida adulta. Está caracterizada por la aparición de cambios en muchas áreas, estos cambios afectan tanto al adolescente como a los padres y para ambos supone necesariamente un periodo de adaptación y de tránsito en el que el objetivo es minimizar el coste emocional que pueda tener. Por tanto trabajamos fomentando la empatía y la comunicación constructiva entre padres e hijos, en este caso, se entrena a los padres en técnicas de manejo de conflictos y negociación. Asimismo se presentan los trastornos de alimentación; síntomas, características, variables relacionadas, y se hace especial hincapié en el desarrollo de los factores de riesgo, diferenciando estos en sociales, personales y familiares. Además se dedica un tiempo importante a promocionar una nutrición sana y equilibrada. Se analizan situaciones prácticas y cotidianas que ellos mismos proponen, en las que trabajar los contenidos que se exponen de forma teórica.

Muestra

Como en el caso de los adolescentes, por la metodología eminentemente práctica, se trabaja en grupos pequeños. A continuación se exponen las características y los resultados de uno de los grupos más recientes en el que se ha aplicado el programa.

El programa se ofertó a todos los padres de las adolescentes seleccionadas por la Orientadora y los tutores en base a los criterios ya mencionados. Asistieron voluntariamente y todos ellos manifestaban preocupación por la posible vulnerabilidad de sus hijos ante los TCA. Al tratarse de un centro educativo sus hijos se encontraban cursando Enseñanza Secundaria Obligatoria y Bachillerato. La muestra final estuvo formada por 10 participantes: 9 mujeres y 1 varón. Todos los participantes asistieron con regularidad hasta el final del programa.

Instrumentos

Se elaboró un cuestionario ad-hoc "Cuestionario de Actitudes y Conocimientos", con un total de 35 ítems, para determinar el perfil de actitudes y conocimientos de los padres sobre las variables asociadas a los trastornos de alimentación. El cuestionario recoge ítems de todos los contenidos trabajados en el programa en cantidad proporcional al tiempo dedicado a cada uno de esos contenidos, así incluye ítems sobre adolescencia, factores de riesgo, habilidades sociales, nutrición y trastornos de alimentación. La escala de respuesta al cuestionario es de tipo Likert de 5 categorías (de totalmente en desacuerdo a totalmente de acuerdo). Con esta herramienta pudimos valorar al final del programa si se había producido un cambio positivo en los conocimientos de la muestra acerca de los trastornos de alimentación.

Tabla 3. Relación de ítems del cuestionario de actitudes y conocimientos para padres

1. Me resulta complicado ponerme en el lugar de mi hijo/a adolescente, no entiendo lo que le pasa
2. Comprendo los cambios físicos, psicológicos y sociales a los que se enfrenta mi hijo/a adolescente
3. Los adolescentes forjan su identidad en gran medida con el grupo de amigos, con la música, con una determinada forma de vestir etc.
4. La adolescencia es una etapa de la vida en la que pueden aparecer importantes trastornos psicológicos
5. Para los adolescentes los cambios que experimentan (sociales, psicológicos y físicos) pasan inadvertidos, somos los padres los que los sufrimos
6. Para ser feliz lo más importante es tener una buena figura
7. Es importante para mí que mi hijo/a sea guapo/a y tenga buen tipo
8. Creo que es más fácil conseguir éxitos en la vida teniendo una buena imagen
9. Cuando estoy pasando un mal momento comer algo me sirve de consuelo: como dice el refrán "las penas con pan se van"
10. Es bueno educar a los hijos con un estilo educativo permisivo
11. Considero que un valor a fomentar en mi hijo/a es el perfeccionismo en lo que hace
12. Cuando mi hijo/a se comporta agresivamente, tiendo a actuar de la misma manera.
13. Considero una cualidad positiva que los hijos obedezcan sin rechistar
14. La sociedad influye en la forma de pensar de mis hijos.
15. Considero que las personas esbeltas tienen más éxito en la vida.
16. Cuando discuto con mi hijo/a intento tener la última palabra
17. Razono con mi hijo/a cuando le prohíbo hacer algo
18. Cuando me equivoco en algo con mi hijo/a sé reconocerlo y pedirle perdón
19. Cuando discuto con mi hijo/a reconozco que "pierdo los papeles" porque ya no sé que hacer
20. En los conflictos con mi hijo/a tiendo a ser autoritario
21. Cuando estoy hablando con alguien, me resulta fácil mirarle a la cara y mantener la mirada.
22. Si tengo que hablar de algo importante con una persona, prefiero elegir el momento y el lugar para hacerlo.
23. Al reprochar cosas a los demás suelo utilizar en mis frases la fórmula "tu deberías..."
24. Pienso que el desacuerdo es negativo y dañino, por tanto, lo evito siempre que puedo.
25. Intento demostrar a mis hijos que veo las cosas que hacen "bien" y no sólo las que hacen "mal".
26. La alimentación puede condicionar o evitar la aparición de trastornos alimenticios.
27. Si nuestra alimentación no es sana y equilibrada estaremos de mal humor.
28. En casa tenemos un horario fijo para realizar las comidas.
29. Hay alimentos que me he prohibido por mi mismo/a, sin tener razón médica
30. Intento que en casa todos bebamos agua, por eso siempre comemos con agua.
31. La anorexia, la bulimia, la obesidad, entre otros, son trastornos de alimentación.
32. Considero que las dietas estrictas son inofensivas para la salud.
33. Considero correcto que a mi hijo/a le preocupe engordar, porque eso la hará siempre guardar la línea.
34. La Obesidad puede traer consigo enfermedades cardíacas, cáncer y/o muerte.
35. Los trastornos de alimentación pueden terminar con la vida de quienes los padecen.

Copyright © 2005 Autores: M. I. Casado Morales, M. Helguera Fuentes, L.I. Martín Heredia

Resultados

Presentamos los resultados con el propósito de mostrar el perfil "típico" de los padres usuarios potenciales de este tipo de programa, dato que nos parece importante para que la elaboración de este tipo de programas responda a la información y actitudes de los usuarios reales. El análisis cualitativo de los resultados de la evaluación previa al programa indica que al inicio del mismo la mitad de los padres manifestaron tener dificultades para ponerse en el lugar de sus hijos adolescentes. Los padres mayoritariamente consideran que los cambios propios de la adolescencia no pasan desapercibidos para sus hijos, entienden que estos cambios suponen para ellos un periodo de adaptación en el que son los principales protagonistas.

La mayoría de los padres (90%) al comenzar el programa muestran su desacuerdo en valorar tener buena figura como elemento principal para la felicidad. En esta misma línea, el 70% de los padres muestra su desacuerdo en valorar como importante que su hijo sea guapo y tenga "buen tipo". La creencia de que es más fácil tener éxito en la vida teniendo buena imagen es sostenida al inicio del programa sólo por el 30% de los padres. Más de la mitad de los padres (60%) considera que el estilo educativo permisivo no es positivo en la educación de los hijos.

Al inicio del programa el 40% de los padres considera positivo inculcar el perfeccionismo en sus hijos. Un 70% reconocen que el tipo de alimentación

puede condicionar la aparición de trastornos de alimentación. La mitad considera que seguir dietas estrictas es perjudicial para la salud. El 75% reconocen la Anorexia y la Bulimia como trastornos de alimentación. Además, la mayoría saben que son trastornos graves, que pueden finalizar con la vida de quien los padece.

En resumen podemos decir que las actitudes y conocimientos de partida de la muestra no evidenciaban ideas erróneas importantes; tanto las actitudes como los conocimientos acerca de los trastornos de alimentación y las variables asociadas, eran bastante ajustados a la realidad. Por ello nuestro programa se centra no sólo en dar información, sino especialmente, como hemos expuesto en dotarles de estrategias efectivas de prevención.

Pero hemos querido, no obstante, mostrarles algunos de los cambios más significativos que se producen tras la experiencia del programa. Al finalizar el programa todos los padres opinan que tener una buena figura no es el elemento principal de la felicidad. Aumenta también el porcentaje de padres que se muestra en desacuerdo en valorar como importante que su hijo sea guapo y tenga "buen tipo". Por el contrario se observan descensos en el porcentaje de padres que sostienen tanto la creencia de que es más fácil tener éxito en la vida teniendo buena imagen así como la consideración de que es positivo inculcar el perfeccionismo en sus hijos. Con respecto a la alimentación aumenta entre los padres el conocimiento de que seguir dietas estrictas es perjudicial para la salud.

Tabla 7. Resultados porcentuales en el Cuestionario de Actitudes y Conocimientos por bloques de contenido e ítems seleccionados pre/post

ADOLESCENCIA				HHSS			
ITEM 1	DESACUERDO	NI AC.NI DES.	ACUERDO	ITEM 16	DESACUERDO	NI AC.NI DES.	ACUERDO
PRE	30	20	50	PRE	50	30	20
POST	50	25	25	POST	50	37,5	12,5
ITEM 5	DESACUERDO	NI AC.NI DES.	ACUERDO	ITEM 18	DESACUERDO	NI AC.NI DES.	ACUERDO
PRE	60	10	30	PRE	0	10	90
POST	75	0	25	POST	0	0	100
FACTORES DE RIESGO				ITEM 19	DESACUERDO	NI AC.NI DES.	ACUERDO
ITEM 6	DESACUERDO	NI AC.NI DES.	ACUERDO	PRE	20	60	20
PRE	90	10	0	POST	37,5	50	12,5
POST	100	0	0	ITEM 20	DESACUERDO	NI AC.NI DES.	ACUERDO
ITEM 7	DESACUERDO	NI AC.NI DES.	ACUERDO	PRE	30	60	10
PRE	70	20	10	POST	75	12,5	12,5
POST	75	25	0	ITEM 24	DESACUERDO	NI AC.NI DES.	ACUERDO
ITEM 8	DESACUERDO	NI AC.NI DES.	ACUERDO	PRE	20	20	60
PRE	30	40	30	POST	72,5	12,5	25
POST	50	37,5	12,5	ITEM 25	DESACUERDO	NI AC.NI DES.	ACUERDO
ITEM 11	DESACUERDO	NI AC.NI DES.	ACUERDO	PRE	12,5	12,5	75
PRE	60	40	0	POST	0	10	90
POST	100	0	0	NUTRICIÓN			
ITEM 10	DESACUERDO	NI AC.NI DES.	ACUERDO	ITEM 26	DESACUERDO	NI AC.NI DES.	ACUERDO
PRE	30	30	40	PRE	0	30	70
POST	72,5	12,5	25	POST	0	15	85
ITEM 15	DESACUERDO	NI AC.NI DES.	ACUERDO	ITEM 27	DESACUERDO	NI AC.NI DES.	ACUERDO
PRE	60	30	10	PRE	23	11	66
POST	75	0	25	POST	0	40	60
ITEM 12	DESACUERDO	NI AC.NI DES.	ACUERDO	TRASTORNOS DE ALIMENTACIÓN			
PRE	80	10	10	ITEM 31	DESACUERDO	NI AC.NI DES.	ACUERDO
POST	87,5	0	12,5	PRE	25	0	75
ITEM 13	DESACUERDO	NI AC.NI DES.	ACUERDO	POST	10	10	80
PRE	60	30	10	ITEM 32	DESACUERDO	NI AC.NI DES.	ACUERDO
POST	100	0	0	PRE	50	40	10
				POST	87,5	12,5	0
				ITEM 33	DESACUERDO	NI AC.NI DES.	ACUERDO
				PRE	60	20	20
				POST	72,5	37,5	0
				ITEM 35	DESACUERDO	NI AC.NI DES.	ACUERDO
				PRE	0	10	90
				POST	0	0	100

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

El trabajo en prevención en trastornos de alimentación no es solo posible sino que se impone como necesario. Tanto los profesionales de la salud como los ciudadanos de a pie sabemos de la existencia y de la gravedad de estos trastornos, por tanto ni unos ni otros podemos permanecer con los ojos cerrados ante esta realidad. Parece que a los primeros nos corresponde la responsabilidad de poner al servicio de los segundos las técnicas, conocimientos y recursos necesarios para que se conviertan ellos, especialmente si son padres, profesores, entrenadores... o los propios adolescentes, en agentes activos de la prevención. Es necesario minimizar entre todos los agentes implicados, los casos que llegan a las clínicas y consultas psicológicas con el trastorno fuertemente instaurado y con alteraciones fisiológicas importantes. Es necesario trabajar en equipo desde los distintos ámbitos donde se desenvuelve la principal población de riesgo: los adolescentes, así los escenarios más importantes de prevención serían los centros educativos y las familias.

Sin embargo, de todos es sabido que dando tan sólo información de un problema no se consigue necesariamente evitarlo. Hay autores que señalan incluso la posibilidad de que explicar estos trastornos y los riesgos que conllevan podría contribuir en algunos casos a propagar precisamente las conductas que se quieren evitar. Por esta razón, los programas de prevención han de estar cuidadosamente planificados

y ser realizados por profesionales expertos en colaboración con los educadores habituales en los colegios y además, deben ser evaluados los resultados tras su implementación.

Los programas de prevención deben abordar aspectos como los siguientes: aceptación del propio cuerpo, desarrollo de intereses y valores diferentes a los relacionados con la estética y la imagen, potenciación de una actitud crítica ante las influencias publicitarias y de la sociedad en general a favor del adelgazamiento y de la importancia de la imagen física, promoción de una alimentación saludable y unos hábitos de vida adecuados, entrenamiento en habilidades sociales y en estrategias de afrontamiento ante las dificultades, control y regulación de las emociones, gestión de conflictos interpersonales con amigos y con los padres.

Somos conscientes no obstante de las limitaciones que programas cortos de este tipo tienen como estrategia de prevención aislada del proyecto educativo global. Acciones como esta que presentamos deberían formar parte del proyecto educativo de los centros escolares y adaptarse progresivamente en su forma y contenidos a las edades de los niños y adolescentes a los que van destinados.

Son de agradecer trabajos como el de Stice y Shaw (2004), donde haciendo un meta-análisis de los programas de prevención desarrollados hasta el momento, arrojan

datos de los “diseños” más eficaces en cuanto a características como tipo de participantes, edad, sexo, contenidos, etc.

Por nuestra parte, nuestro objetivo no ha sido otro que transmitir una experiencia práctica que persigue ser reflejo de las directrices marca-

das por la investigación en esta área. Por ello, seguimos poniendo en marcha estos programas año tras año, tanto con padres como con los propios adolescentes, incorporando las mejoras necesarias que se deriven de la puesta en marcha sucesiva y la consecuente evaluación de los resultados.

REFERENCIAS

- Calvo, R. (2002). *Anorexia y Bulimia. Guía para padres, educadores y terapeutas*. Barcelona: Planeta Prácticos.
- Castro, J., Toro, J. (2004). *Anorexia nerviosa. El peligro de adelgazar*. Barcelona: Morales i Torres
- Cervera, M. (1996). *Riesgo y prevención de la Anorexia y la Bulimia*. Barcelona: Martínez Roca.
- Ferrero, J., Toledo M., Tormo E., Loño, F.J., Donet, E., Roger, M.D., et al. (1999). *Anorexia y Bulimia nerviosas. Una guía práctica para padres, educadores y médicos de familia*. Valencia: Promolibro.
- García-Camba, E. (2001). *Avances en trastornos de la conducta alimentaria. Anorexia nerviosa, Bulimia nerviosa y Obesidad*. Barcelona: Masson
- Garner, D. M. (1998). *Manual EDI-2: Inventario de Trastornos de la conducta Alimentaria*. Madrid: TEA
- Lewinsohn, P. M., Striegel-Moore, R. H. & Seeley, J. R. (2000). Epidemiology and natural course of eating disorders in young women from adolescence to young adulthood. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 39, 1284–1292
- Miguel, J. J., Cano, A. (1986). *Manual del Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad*. Madrid: TEA
- Newman, D. L., Moffitt, T. E., Caspi, A., Magdol, L., Silva, P. A. & Stanton, W. R. (1996). Psychiatric disorder in a birth cohort of young adults: Prevalence, comorbidity, clinical significance, and new case incidence from ages 11 to 21. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 552–562.
- Roy Hopkins, S. J. (1987). *Adolescencia: Años de Transición*. Madrid: Pirámide
- Saldaña, C. (1994). *Trastornos del comportamiento alimentario*. Madrid: Fundación Universidad-Empresa.
- Stice, E. & Ragan, J. (2002). A controlled evaluation of an eating disturbance psychoeducational intervention. *International Journal of Eating Disorders*, 31, 159–171.
- Stice, E. & Shaw, H. (2004). Eating disorder prevention programs: a meta-analytic review. *Psychological Bulletin*, 130(2), 206–227.
- Toro, J. (1996). *El cuerpo como delito: Anorexia, Bulimia, Cultura y Sociedad*. Barcelona: Ciencia.