



FACULTAD DE CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN.
DEPARTAMENTO DE DIDÁCTICA Y ORGANIZACIÓN ESCOLAR
UNIVERSIDAD DE GRANADA

**ANÁLISIS DE LA INCIDENCIA DE
LOS TRASTORNOS DE LA
CONDUCTA ALIMENTARIA (TCA)
EN LOS FACTORES DE
PERSONALIDAD DE LOS
ESTUDIANTES DE EDUCACIÓN
SECUNDARIA DE GRANADA**

Directores: Dr. D. Manuel Lorenzo Delgado

Dra. Dña. Ascensión Palomares Ruiz

Doctorando: Daniel Garrote Rojas

Granada 2009

Editor: Editorial de la Universidad de Granada
Autor: Daniel Garrote Rojas
D.L.: GR. 2630-2009
ISBN: 978-84-692-3881-3

ÍNDICE

	Pág.
Agradecimientos	7
Frase	8
Introduction	9

PRIMERA PARTE: MARCO TEÓRICO

Capítulo 1: Los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA)	11
1.1 Planteamientos generales	11
1.2 Definición	19
1.2.1 Modelos explicativos existentes	33
1.2.1.1 Modelos de Etiología multideterminada (Toro y Vilardell, 1987)	33
1.2.1.2 Modelo bioconductual de la anorexia (Epling y Pierce, 1991)	35
1.2.1.3 Teoría Psicodinámica	35
1.2.2 Trastorno de la conducta alimentaria no especificado (TCANE)	38
1.2.3 Trastorno por atracón (TPA)	39
1.2.4 Otros trastornos de la alimentación	40
1.3 Semejanzas y diferencias entre anorexia nerviosa y bulimia nerviosa	52
1.4 Aspectos Psicológicos	54
1.4.1 Baja Autoestima	57
1.4.2 Ansiedad y Depresión	59

1.4.3 Trastornos Obsesivo-Compulsivo	60
1.4.4 Pobre relación social y problemas familiares	60
1.4.5 Factores precipitantes	61
1.5 Trastornos emocionales, cognitivos y conductuales que producen anorexia nerviosa y bulimia nerviosa	62
1.6 Cambios y trastornos físicos que provocan la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa	65
1.7 La intervención Psicopedagógica en los TCA	68
1.7.1 Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil Hospital de Día	68
1.7.2 La Educación Física	69
1.7.3 Programas Escolares de Educación en Nutrición	72
Capítulo 2: Desarrollo psicosocial en los alumnos de E.S.O. y pautas de intervención psicopedagógicas ante los TCA en la adolescencia	94
2.1.- Desarrollo psicosocial en los alumnos de E.S.O.	94
2.2.- Pautas de intervención psicopedagógica ante los TCA en la adolescencia	98
2.3.- Plan Integral de Salud Mental de Andalucía (2003 – 2007)	106
2.1.1.- Prevalencia del trastorno mental en Andalucía	107
2.1.2.- Morbilidad atendida	108
2.1.3.- Red de servicios de atención a la salud mental de Andalucía	109
2.1.4.- Oportunidades de Mejora	111
2.1.5.- Objetivos	113
2.1.6.- Líneas de acción	113

Capítulo 3: Los Centros Juan XXIII de Granada como contexto de la investigación	119
3.1.- Ideario de los Centros Juan XXIII	119
3.2.- Misión, visión y valores del centro	121
3.3.- Departamento de Orientación	123
3.3.1.- Plan de Orientación Escolar.	124

SEGUNDA PARTE: MARCO EMPÍRICO

Capítulo 4: Metodología y diseño de la investigación	127
4.1.- Introducción	127
4.2.- Justificación de la investigación	127
4.3.- Planteamiento del problema	129
4.4.- Objetivos de la investigación	130
4.5.- Metodología	132
4.5.1.- Descripción de la muestra.	133
4.5.2.- Instrumentos de recogida de datos.	136
4.5.3.- Procedimiento.	142
4.5.3.1.- Técnicas cuantitativas: los cuestionarios.	142
4.5.3.2.- Técnicas cualitativas: la entrevista.	144
4.5.4.- Tratamiento y análisis de los resultados.	146
4.5.5.- Limitaciones de la investigación.	146

Capítulo 5: Análisis e interpretación de resultados	149
5.1.- Introducción	149
5.2.- Presentación y análisis de resultados cuantitativos	149
5.2.1.- Resultados descriptivos	149
5.2.2.- Análisis de variables categóricas: tablas de contingencia	341
5.3.- Presentación y análisis de resultados cualitativos	378
5.3.1.- Análisis de las entrevistas	378
5.3.2.- Triangulación de datos	394
Chapter 6: Conclusions and future directions	399
6.1.- Conclusions	399
6.1.1.- General conclusions	399
6.1.2.- Specific conclusions	402
6.2.- Future directions	407
Referencias bibliográficas	407
Anexos	421
Anexo I. Cuestionario EDI-2	
Anexo II. Cuestionario EPQ-J	

AGRADECIMIENTOS

Quisiera expresar mi agradecimiento a todas aquellas personas que de alguna forma han hecho posible la realización de este trabajo. En especial a los Catedráticos Dr. Manuel Lorenzo Delgado, Dra. Ascensión Palomares Ruiz y Dr. Tomás Sola Martínez por su ayuda y guía en mi singladura profesional como profesor de la Escuela Universitaria de Magisterio de Albacete y especialmente por su paciencia, comprensión y orientación acertada en esta investigación.

A los compañeros del Departamento de Didáctica y Organización Escolar de la Universidad de Granada, especialmente al Dr. Francisco Hinojo Lucena y la Dra. Pilar Cáceres Reche por su entrega paciente, enseñándome los diferentes entresijos de la vida académica.

A la Universidad de Castilla la Mancha, donde he podido terminar el trabajo comenzado tiempo atrás en la Universidad de Granada, en especial a la E.U. de Magisterio de Albacete.

A mis padres, hermana, familia y amigos por su ayuda y apoyo en todos mis proyectos. Por haber confiado en mis capacidades.

“Cuida tus pensamientos porque se volverán palabras.

Cuida tus palabras porque se volverán actos.

Cuida tus actos porque se harán costumbre.

Cuida tus costumbres porque forjarán tu carácter.

Cuida tu carácter porque forjará tu destino.

Y tu destino será tu vida”.

Gandhi

INTRODUCTION

For some decades, the disorders of the food conduct (DFC), have begun to be known. In the last 25 years, the anorexia nervosa, the nervous bulimia, the disorder for gluttonies and its variants have faced as important diseases in which development intervene multiple factors that include emotional disorders of the personality, alterations of the familiar environment, a possible genetic or biological sensibility and a sociocultural environment in which coexist the overabundance of food and the obsession for the thinness, as well as serious lacks of educational orientation in this and in some other areas in Health Education.

The mean value of the rates of annual incident between 10 and 30 years old is of 17-19/100000 in Anorexia nervosa (AN) ; Nervous Bulimia incident (BN) in the same range of age has multiplied for three in the last 10 years, reaching a rate of 50/100.000, being thought at present that the prevalence for the anorexia nervosa (AN) is of 1 % and for the nervous bulimia (BN) is 1-3 %, being similar these numbers(figures) in almost all the developed countries. Taking into account the partial syndromes, the TCA would reach 4,7 % of the women and 0,9 % of the males. His encronizada evolution, the frequent medical comorbidity (presence of two ó more independent diseases in a person) that they present and the fact that in many cases they adopt clinical masked forms that leads in occasions to mistakes or delays in the diagnosis (Health National Institute, 2000).

In this increase of the prevalence many factors can have influenced. Among them would be the social current trend to realize diets, the existential problems of the teenagers, the major spreading of these pathologies across the mass media and the fact that nowadays the professionals, not only of psychiatry and of clinical psychology, but also of primary care equipments, detect earlier these disorders.

Its treatment is necessary multidisciplined,it is difficult and demands in many cases to go into hospital for a long time. This kind of patients as a general rule do not

ask initially for help in a voluntary form, but they ask for professional help when the process is already installed and sometimes they can die for the complications that they may present.

They are entities intimately related to the body and the social meaning of itself, with the habits and food customs, and with the consequences of the malnutrition. The worship to the body, the comparison of self-control and thinness, the identification between) self-esteem and social acceptance of the own body depending on a few arbitrary fixed canons, they constitute a context that satisfies the development of insane customs which are the opposite to the own corporal image. The majority of the cases of anorexia begin between 12 and 18 years. In the bulimia, the initial age of beginning is later, between 16 and 25 years.

It is convenient not to forget that the anorexia nervosa is considered to be one of the most invalidate and lethal psychiatric diseases.

The society and its members must be established on solid bases for its correct development. Therefore, if current young men will be the leaders of future, it is necessary to help them in everything in order that they have a correct development and are capable of deploying all their potential. That is why the importance of helping them in a correct way in a period as important as the adolescence that for sure will have influence in the rest of their lives . Being capable of detecting their distresses, worries, fears, etc. And giving the best solution adapted to each one of them.

The work that is later detailed is divided in several parts. In the beginning, there is a theoretical foundation on the disorders of the food conduct (general expositions, definition, similarities differences, psychological and evolutionary aspects) all this included into the pupil's psychosocial development and different guidelines of psychopedagogic intervention that have been given to that problem.

Later in the empirical research an exposition of the problem is done detailing the objectives, used methodology, choose population, instruments, chronogram and the different programs that are going to be used for the analysis of the previous mentioned data.

PRIMERA PARTE: MARCO TEÓRICO

Capítulo 1: Los Trastornos de la Conducta Alimentaria

Para ser capaces de ayudar al alumnado en una temática debemos conocerla. Averiguar qué le lleva a éste a dejarse embaucar por dichos pensamientos. Para ello, nada mejor que hacer un recorrido histórico de la enfermedad hasta llegar a la situación actual, teniendo en cuenta que se sigue trabajando y que los conocimientos son algo dinámicos. Conocer la experiencia de algunas áreas como la Educación Física para paliar la mella que hace en los jóvenes esta enfermedad o la importancia de que en las Unidades de Salud Mental Infanto-Juvenil Hospital de Día, los diferentes profesionales (psicólogos, psiquiatras, endocrinos, maestros, etc..) estén coordinados para buscar y hacer llegar a nuestros jóvenes una solución para su problema.

1.1 Planteamientos generales

Anorexia Nerviosa

La palabra anorexia proviene del griego, *ανορεξία* (significa carencia o privación) y *ὄρεξις* (deseo), hace referencia a una falta de apetito. Definida como falta anormal de ganas de comer, dentro de un cuadro depresivo, por lo general en mujeres adolescentes, y que puede ser muy grave. Este trastorno es conocido desde la antigüedad. A lo largo de la historia de la humanidad, podemos encontrar datos relacionados con la restricción alimentaria. Inicialmente, estaba más asociada a aspectos religiosos, obediencia, castidad y pulcritud. Los primeros cristianos y los místicos predicaban el ayuno como penitencia y como un medio para lograr un estado espiritual elevado. Con ello repudiaban los placeres terrenales. Se consideraba el ayuno como una bendición de Dios, admirando a los que eran capaces de sobrevivir sin ingerir alimentos.

Este fenómeno de la emaciación, adelgazamiento morbosos, con anorexia en la mujer y sin causa orgánica aparente, fue descrito por antiguos escritores como Soranos entre los años 98-138, describe la amenorrea y la anorexia en la mujer. Galeno, en el año 155, describe un cuadro de emaciación en el que la paciente es incapaz de comer (Saldaña, 1994).

En el siglo IX un monje de Monheim (Baviera) refiere la milagrosa historia de la joven Friderada, que se curó en el santuario de Santa Walpurgis de una extraña enfermedad. Tras un periodo de apetito voraz, Friderada rechaza los alimentos sólidos y vomita los productos lácteos que ingiere, al poco tiempo deja por completo de comer; llevada al santuario es curada milagrosamente por Santa Walpurgis (Habermas, 1986).

Santa Wilgefortis (1000 D.C.), hija mártir del rey de Portugal, fue uno de los primeros casos descritos de anorexia. Ayunó y rezó a Dios para que le arrebatara su belleza y evitar así la atención de los hombres. Esto le llevó a ser adoptada en algunos países de Europa como Santa Patrona por aquellas mujeres que deseaban verse libradas de la atención masculina. La Santa se cubrió de bello. A pesar de los años se sigue manteniendo en la conciencia esta imagen de mujer que rechaza su rol sexual transformando su cuerpo a través del ayuno.

En el mundo árabe encontramos referencias relacionadas con la anorexia. En el siglo XI, Avicena hace la descripción de la enfermedad del joven príncipe Hamadham, que está muriendo por negarse a comer, preso de una intensa melancolía; esta descripción se considera la primera relativa a la anorexia en un texto médico, aunque probablemente sea secundaria a un cuadro depresivo (Sours, 1980).

Santa Catalina de Siena (1347-1380), quería dedicar su vida a Dios, pero sus padres tenían otros planes, pretendían casarla. Esto la llevó a encerrarse en su habitación sin comer hasta que al final ingresó en la orden dominicana, pero con la mitad de peso. Además de una rigurosa abstinencia, tuvo episodios de atracones, induciéndose el vómito a través de una caña y utilizando hierbas purgantes. Murió a los 28 años, contando con numerosas seguidoras religiosas. A través del ayuno se pretendía que el espíritu triunfara sobre la carne. Por tanto, estar sin comer se consideraba un signo de santidad, recibiendo el nombre de “Anorexia Santa”, al renunciar a la comida por el

seguimiento a Dios. Otro caso descrito en la edad media, fue el de Santa Liduina de Shiedam, del siglo XIV, que vivió durante años alimentándose de trozos de manzana del tamaño de una hostia.

Es en esta época donde los primeros relatos hablan de una enfermedad misteriosa que transformaba a las personas que la padecían y se caracterizaba por la gran pérdida de peso por una dieta de hambre autoimpuesta. En la Edad Media las monjas seguidoras de San Jerónimo se imponían un ayuno voluntario hasta estar tan delgadas que perdían su menstruación. También la Princesa Margarita de Hungría murió de inanición intencionada. En España, Santa Teresa de Ávila (1500) comenzó a usar una rama de olivo para inducirse el vómito y así poder vaciar su estómago para acoger dignamente la Hostia consagrada que se convirtió en su única fuente de sustento. Durante este siglo Lange también describe otra enfermedad relacionada, la chlorosis, descrita en mujeres jóvenes y vírgenes en su mayoría. Posteriormente, en 1615, un profesor de Montpellier describe en pacientes vírgenes un color anormal blanco o verde, les caracterizaba una disminución en la ingesta de comida mezclada con momentos de atracones y en ocasiones les acompañaba náuseas o vómitos.

En el siglo XVI se producen las primeras referencias en términos clínicos, apareciendo datos sobre personas que presentan una importante inanición, sus conductas restrictivas con la alimentación son vistas como anómalas, socialmente alteradas, y sin justificación religiosa. Al parecer, la existencia de estas pacientes y los motivos por los que se da esta inanición despiertan la curiosidad del público, perplejo ante la posibilidad de que existan personas que pueden sobrevivir sin alimentarse (Turón, 1997). Las mujeres capaces de hacer una restricción drástica de su comida atraían la atención pública y recompensas materiales, siendo considerados sus ayunos como milagrosos, distribuyéndose estas noticias en periódicos de la época.

El sentido fenomenológico de la enfermedad fue el mismo que después manejaría el psicoanálisis: la renuncia al cuerpo con caracteres sexuales y como fuente de placer y atracción libidinal, con el propósito de conseguir una absoluta espiritualidad. Como consecuencias de esta restricción y purga se conseguía perder cualquier rastro de femineidad potencialmente pecaminosa, elevando lo espiritual hasta el misticismo.

En 1667, Marthe Taylor, presenta un cuadro de inanición autoprovocado. Es visitada no sólo por médicos, sino también por nobles y clérigos. El cuadro se inicia a los 11 años, cuando presenta una parálisis tras una caída, al poco tiempo se repite la parálisis, esta vez acompañada de melancolía y delirios. De nuevo recuperada presenta una persistente tos que le impide dormir y pasa las noches leyendo las Sagradas Escrituras. Más tarde, Marthe presenta amenorrea, restringe la alimentación y vomita lo poco que come. Según Robins en 1668 y Reynolds en 1669 (citados por Silverman, 1986), la paciente pasó más de un año subsistiendo con bebidas azucaradas. Se dijo que, en ese tiempo, miss Taylor no orinó ni defecó.

Comienza a haber un cambio en la consideración social y las doncellas milagrosas pasan a ser muchachas ayunadoras. Debido a las distintas reformas religiosas, las mujeres capaces de lograr la abstinencia se les consideró brujas, mandadas a la hoguera o quemadas vivas.

Richard Morton, socio del Real Colegio de Médicos de Inglaterra (1689), realiza la primera descripción de la anorexia nerviosa con gran precisión (Silverman, 1985). Publicó el libro *Phthisiologia, seu Exercitationes de phthisis*. Describió a una joven paciente en estado de desnutrición extrema “..parecía un esqueleto vivo, solamente piel y huesos, no tenía síntomas febriles y padecía un frío descomunal”. Poco tiempo después, se describen distintos cuadros anoréxicos y se catalogarían como: atrofia nerviosa (Whytt, 1764) o delirio hipocondríaco (Marcé, 1860). Ambos autores son citados por Turón (1997).

Gull en Londres y Lassègue en París (1873), consideran la histeria como causa del trastorno y la denominan: anorexia histérica (Lassègue) y aepsia histérica (Gull). El cuadro descrito por Gull y Lassègue es muy parecido al descrito actualmente, pero en los últimos cien años, la interpretación etiopatogénica ha sido bien diferente. Tras un periodo en el que la mayoría de los autores consideraban las causas de la anorexia de origen nervioso, Simmonds (1914) describe la caquexia hipofisaria y abre paso a las teorías que suponen la anorexia de origen panhipopituitario. Habrá que esperar hasta 1938 para que Sheehan demuestre que la anorexia nerviosa es muy diferente a la caquexia hipofisaria, que es de origen isquémico.

Durante el siglo XVIII y XIX, se da un fenómeno admirado públicamente, frecuentemente en hombres que exhibían su habilidad para vivir durante largos periodos de tiempo sin comer. Aparece descrito en un cuento de Franz Kafka publicado en 1924, “un ayunador profesional”. En 1883, Hurchard utiliza por primera vez el término de anorexia mental, haciendo distinción entre anorexia gástrica y nerviosa. En 1885, Déjerine definió la anorexia mental como: “un sujeto es influido por representaciones mentales, adquiere una repugnancia por toda clase de alimentos y llega a inhibir en sí la sensación de hambre”. Ya en 1893 se describen un caso de anorexia tratado con hipnosis, un año después se describiría esta enfermedad como psiconeurosis de defensa o neurosis de la alimentación con melancolía.

A principios de siglo XX surgen las hipótesis psicológicas, protagonizadas por el movimiento psicoanalítico, por las que según Freud, la anorexia se debía a una forma de neurosis relacionada con la pérdida de la libido, manifestándose a través de una conversión histérica. A comienzos de siglo la anorexia nerviosa fue confundida con insuficiencia pituitaria y comenzó a tratarse desde un punto de vista endocrinológico. A esta confusión ayudó el que un patólogo alemán en 1914, al hacer la autopsia a una paciente caquéctica encontrase una destrucción pituitaria y así en los siguientes 30 años se produjo esta confusión entre insuficiencia pituitaria y anorexia nerviosa, lo que condujo a una mezcla de tratamientos invasivos con insulina y electroshock. No sería hasta 1930, cuando la anorexia nerviosa se estudie desde un punto de vista psicológico. Con el apogeo del psicoanálisis se exploraron las causas psico-sexuales de la Anorexia Nerviosa. Leibbrand (1939) consideró como causa fundamental en la anorexia nerviosa los problemas del desarrollo, el miedo a pasar a ser adulto, refugio en una infancia imaginaria y empleo de ayuno como intento de detener el crecimiento.

En la década de los 70, la Dra. Brunch en Estados Unidos, describe las características de la personalidad de los individuos que sufren Anorexia Nerviosa. Brunch observó aspectos comunes en los pacientes: la distorsión de la imagen corporal, el sentimiento de inutilidad e incompetencia y la incapacidad de interpretar y reconocer las necesidades corporales. Insistiendo en grandes conflictos en la etapa de la adolescencia, sexuales y la relación con la bulimia nerviosa y con la depresión.

Russell (1977) intentó simplificar y concertar las tendencias más biológicas, que ponían énfasis en el papel del hipotálamo en la génesis de la enfermedad, con las psicológicas y sociológicas. A partir de estos trabajos autores como Garfinkel y Garner (1982), contribuyeron a crear un modelo de anorexia nerviosa, considerándola como un trastorno diferenciado de patogénesis compleja, con manifestaciones clínicas que son el resultado de múltiples factores predisponentes y desencadenantes. Proponiéndose un modelo que integre la vulnerabilidad biológica con determinantes psicológicos y sociales.

Freigner y cols (1972) proponen los primeros criterios diagnósticos:

- Inicio del cuadro clínico antes de los 25 años de edad.
- Se da la anorexia cuando hay una pérdida de peso superior al 25% del peso ideal.
- Conducta anómala en relación con el peso y la ingesta de alimentos.
- Ausencia de enfermedad orgánica que justifique la anorexia y la pérdida de peso.
- Ausencia de enfermedad psiquiátrica conocida.
- Deben darse al menos dos de las siguientes manifestaciones: amenorrea, lanugo, bradicardia, hiperactividad y vómitos autoinducidos.

Actualmente la anorexia nerviosa está clasificada en el DSM-IV (Manual Estadístico de los Trastornos Mentales, F50.0 Anorexia nerviosa [307.1]) y en el CIE-10 (Trastornos Mentales y del Comportamiento).

Bulimia Nerviosa

La palabra bulimia procede del griego, βούς (buey) y βουλιμία (limos, hambre), significa “tener el apetito de un buey”.

La bulimia nerviosa comenzó hace algunos siglos, los atracones se han practicado desde hace cientos de años. Ya los romanos se autoinducían el vómito tras copiosos banquetes. Durante el siglo X Aurelianus describió un apetito feroz con

deglución en ausencia de masticación seguido del vómito autoprovocado, llamándolo *hambre mórbido*.

Estos enfermos poseían grandes glándulas parótidas y caries. Estos signos se deben al vómito autoinducido. El vómito se utilizaba como método de castigo y penitencia por las religiosas en la época feudal. Como Catalina de Siena (1380) redimía sus culpas a través del vómito y del abuso de hierbas con acción diurética.

Al principio, la bulimia se consideró un desorden somático causado por humores fríos, parásitos intestinales, lesión cerebral o como anomalía congénita. En el siglo XIX los diccionarios médicos describen la bulimia como la presencia de apetito voraz seguido de vómito propio de la histeria y del embarazo.

La historia de la bulimia nerviosa es más reciente, apareciendo las primeras referencias en la década de los años 50 y aumentando considerablemente las mismas en las últimas décadas. En la bulimia hay que distinguir dos aspectos, el comportamiento ingestivo incontrolado (de las que aparecen datos en la historia que se remontan al siglo XVIII), y las dietas restrictivas, el rechazo a ganar peso y las conductas de purga para el control de dicho peso.

Posteriormente la enfermedad se aceptó como un desorden neurótico. En 1979 se describe la bulimia de forma detallada por el doctor Russell, que considera la bulimia como una variante ominosa de la anorexia y es un hecho comprobado que un gran porcentaje de bulímicas tienen antecedentes de haber padecido anorexia nerviosa. Actualmente está recogida en el DSM-IV dentro del capítulo Trastornos de la Conducta Alimentaria, F50.2 Bulimia nerviosa (307.51), cuya característica esencial consiste en atracones y métodos compensatorios inapropiados para evitar la ganancia de peso.

En los últimos años tanto la anorexia como la bulimia nerviosa se han ido incrementando en distintos sectores de la población (principalmente adolescentes y mujeres jóvenes), aunque también se está manifestando en otro grupo del que no se tiene demasiado conocimiento como es el deportista, donde se enfatiza la figura esbelta, con gran componente magro y poco graso (gimnasia, patinaje artísticos, ballet, etc.).

Como se puede notar en la acertada exposición de Valeria Matzkin, ambas enfermedades a pesar de que podríamos decir que sus orígenes son de vieja data, lo cierto es que producto de la “Cultura de la Delgadez”, estas epidemias se han acentuado en nuestros adolescentes y jóvenes en los últimos años.



Así en una reciente encuesta realizada en EEUU a 30.000 personas y publicada en el *Psychology Today* se destaca que un 93 % de las mujeres y un 82 % de los varones interrogados están preocupados por su apariencia y trabajan para mejorarla. En Suecia y EEUU ya hay un 16% de chicas menores de 16 años que hacen dieta, algunas reconocieron que la comenzaron a los 9 años. En Costa Rica una encuesta reciente de estudiantes en quinto y sexto grado reportó que 73% de las niñas y 43% de los niños querían estar más delgados y 10% del grupo expresó actitudes desordenadas hacia el comer.

Sin embargo, resulta aún más preocupante el hecho de que actualmente se ha desarrollado una cultura pro Ana (termino utilizado para hacer referencia a la Anorexia) y Mia (vocablo utilizado como sinónimo de la Bulimia), en donde existe toda una oda a la delgadez, y el sobrepeso es visto como una pesadilla y enemigo a vencer. Para estos grupos de personas la anorexia y bulimia es todo un estilo de vida, y han desarrollado paginas en la Internet en donde se promueven las conductas anoréxicas y bulímicas a través del abuso de dietas sin controles médicos, la ingesta de laxantes y diuréticos, formas de esconder los síntomas de la enfermedad ante los familiares, comparten experiencias sobre el desarrollo de la enfermedad y se motivan entre el grupo a seguir adelgazando.

Internet resulta un medio donde es fácil divulgar la información y los jóvenes tienen acceso a páginas web y estos se apoyan en iniciativas para disminuir la ingesta. Se animan unos a otros e incluso hacen competencias para averiguar quién pierde más peso o es capaz de estar más tiempo sin comer o diferentes estrategias para que los

padres o profesores no se den cuenta de que uno realmente no ingiere la comida que se le pone en el plato. Por ejemplo, podemos encontrar los 10 mandamientos de las anoréxicas:

- 1-Si no estás delgada no eres atractiva.
- 2-Estar delgada es lo mas importante.
- 3-Compra la ropa adecuada, córtate el pelo, toma laxantes, muérete de hambre, lo que sea para parecer más delgada.
- 4-No comerás sin sentirte culpable.
- 5-No comerás comida que engorde sin castigarte después.
- 6-No contarás calorías y limitarás tus comidas de acuerdo con ellas.
- 7-Los designios de la báscula son los únicos importantes.
- 8-Perder peso es bueno, engordar es malo.
- 9-Nunca se está lo suficientemente delgada.
- 10-Estar delgada y no comer demuestran la auténtica fuerza de voluntad y el nivel de éxito.

1.2 Definición

Tanto la anorexia nerviosa como la bulimia nerviosa, son trastornos de la conducta alimentaria, es decir, son trastornos psicológicos relacionados con la ingesta, multicausales ya que es su génesis encontramos factores biológicos, psicológicos y socio-culturales. Ambos vienen recogidos tanto en el DSM-IV-TR como en la CIE-10 En el primero aparece bajo el capítulo de *Trastornos de la conducta alimentaria*, que a su vez se divide en:

- Anorexia nerviosa.
- Bulimia nerviosa.
- Trastorno de la conducta no especificado.

La CIE-10 los recoge dentro de la categoría *Trastornos del comportamiento asociado a disfunciones fisiológicas y a factores somáticos* como *Trastornos de la conducta alimentaria*, dividiéndose en:

- Anorexia nerviosa.

- Anorexia nerviosa atípica.
- Bulimia nerviosa.
- Bulimia nerviosa atípica.
- Hiperfagia en otras alteraciones psicológicas.
- Vómitos en otras alteraciones psicológicas.
- Otros trastornos de la conducta alimentaria.
- Trastornos de la conducta alimentaria sin especificar.

Para el DSM-IV-TR, las características esenciales de la anorexia nerviosa consisten en el rechazo a mantener un peso corporal mínimo anormal, un miedo intenso a ganar peso y en una alteración significativa de la percepción de la forma o tamaño del cuerpo. Las mujeres afectadas por este trastorno, aunque hayan pasado la menarquia, sufren amenorrea.

Criterios diagnósticos de la anorexia nerviosa. DSM-IV-TR (A.P.A., 2000):

- A. Rechazo a mantener el peso corporal igual o por encima del valor mínimo normal considerando la edad y la talla. Por ejemplo, pérdida de peso o mantenimiento de éste por debajo del 15% esperado. En caso de crecimiento, fracaso en alcanzar el que les correspondería en un 15% inferior al esperado.
- B. Miedo intenso a ganar peso o a convertirse en obeso, incluso estando por debajo del peso normal.
- C. Alteración de la percepción del peso o la silueta corporales, exageración de su importancia en la autoevaluación o negación del peligro que comporta el bajo peso corporal.
- D. En las mujeres pospuberales, presencia de amenorrea; por ejemplo, ausencia de al menos tres ciclos menstruales consecutivos. Se considera que una mujer presenta amenorrea aparecen únicamente con tratamientos hormonales.

Hay dos tipos:

- *Tipo restrictivo*: durante el episodio de anorexia nerviosa, el individuo no recurre regularmente a atracones o a purgas. Son capaces de perder peso a través de la restricción de alimento. No tienen episodios de descontrol. En muchas ocasiones se da ejercicio excesivo e hiperactividad.
- *Tipo compulsivo/purgativo*: durante el episodio de anorexia nerviosa, el individuo recurre regularmente a atracones o purgas, además de hacer dieta. Pueden presentar gran descontrol y trastorno de personalidad. Logran mantener su peso por debajo del 15% de su peso ideal y amenorrea. Cerca del 50% de las anoréxicas presentan atracones en algún momento del trastorno.
- Ha aparecido otro tipo, centrado en la realización compulsiva y excesiva de ejercicio físico, *anorexia atlética*. El ejercicio va ocupando cada vez más tiempo y ocupando el espacio de otras actividades. Se pretende estar por debajo del peso normal. Esto le lleva a seleccionar cada vez más el tipo de comidas que ingiere y realizar dietas hasta desembocar en las características físicas y psíquicas de la anorexia nerviosa.

En la CIE-10, la anorexia es un trastorno caracterizado por la presencia de una pérdida deliberada de peso, inducida o mantenida por el mismo enfermo. Para su diagnóstico deben estar presentes todas las alteraciones siguientes:

- A. Pérdida significativa de peso (índice de masa corporal o de Quetelet (peso(kg)/altura²(m)) de menos de 17,5). Lo enfermos prepúberes pueden no experimentar la ganancia de peso propia del período de crecimiento.
- B. La pérdida de peso está originada por el propio enfermo a través de: 1) evitación de consumo de “alimentos que engordan” y por uno o más de uno de los síntomas siguientes: 2) vómitos autoprovocados, 3) purgas intestinales autoprovocadas, 4) ejercicio excesivo y 5) consumo de fármacos anorexígenos o diuréticos.

- C. Distorsión de la imagen corporal, persistencia con carácter de idea sobrevalorada intrusa, de pavor ante la gordura o la flacidez de las formas corporales, de tal forma que el enfermo se autoimpone a sí mismo el permanecer por debajo de un límite máximo de peso corporal.
- D. Trastorno endocrino generalizado que afecta al eje hipotálamo-hipofisario-gonadal manifestándose en la mujer como amenorrea y en varón como una pérdida del interés y de la potencia sexuales. También pueden presentarse concentraciones altas de hormona del crecimiento y de cortisol, alteraciones del metabolismo periférico de la hormona tiroidea y anomalías en la secreción de insulina.
- E. Si el inicio es anterior a la pubertad, se retrasa la secuencia de las manifestaciones de la pubertad o incluso esta se detiene. Si se produce una recuperación, la pubertad suele completarse, pero la menarquia es tardía.

La anorexia nerviosa atípica, se da en aquellos casos en que falta uno o más de los criterios principales de la anorexia nerviosa. Aquí también están incluidos aquellos enfermos que tienen todos los síntomas de la anorexia nerviosa pero en grado leve.

El principal error en este trastorno es considerar que todas las personas que presentan una delgadez extrema padecen una anorexia nerviosa, sin tener en cuenta que a esa delgadez se puede llegar por diferentes caminos, tales como, un tumor, una enfermedad terminal, una depresión o una fobia a la comida. Las personas que sufren anorexia desarrollan las siguientes características:

- Restricción de la ingesta de alimentos y/o su eliminación mediante purgaciones y ejercicio excesivo.
- Una pérdida de peso que conduce a la desnutrición. El grado de desnutrición se mide a través de dos parámetros: El mantenimiento de un peso por debajo del 85% del peso esperado para su edad y su altura. Un índice de masa corporal o IMC igual o inferior a 17,5.
- Alteraciones en el ciclo menstrual, con amenorrea.

- Alteraciones de la imagen corporal. La imagen corporal se define como la imagen íntima que una persona tiene de su propio cuerpo.
- Negación y control del hambre, estos pacientes tienen mucha hambre aunque se lo nieguen a sí mismos y a los demás.
- Hiperactividad, actividad física alta y extenuante.
- Obsesiones y control, el paciente llega a tener una delgadez que no es sostenible biológicamente. Por lo que el cuerpo lucha por incrementar el deseo de comer y los pensamientos relacionados con la comida. Al final, la preocupación por la comida llega a ocuparle gran cantidad de tiempo y puede convertirse en un trastorno obsesivo grave.
- Miedo a la madurez, la restricción de alimento hace que el paciente detenga su crecimiento, permaneciendo con un cuerpo de niña sin ser capaz de hacer el paso de la adolescencia.
- Exaltación y sensación de fuerza, se produce cuando tiene la sensación de haber cubierto sus objetivos: delgadez, control de la comida y evitar su existencia con un cuerpo adolescente. Esto hace que aumente su autoestima y verse capaz de cumplir las metas que se proponga.
- Irritabilidad y fluctuaciones bruscas del estado de ánimo, la alegría anterior comentada es inconsistente, estará amenazada por la pérdida de control y comer más de lo propuesto. El acto de comer le provoca culpabilidad ya que no ha sido capaz de controlarse. Esto le producirá cambios bruscos del estado de ánimo.
- Desequilibrio en el estilo de vida. El paciente no sólo quiere, a través del control, conseguir el éxito en sus objetivos alimentarios sino que su forma de actuar la extrapola al terreno académico o profesional. Tratarán de demostrar que son capaces de afrontar y salir victoriosos de las metas que se pongan. Sin tener en cuenta el esfuerzo que sea necesario para conseguirlo, ya que lo importante es el resultado. Esto provoca que tengan mucho miedo a cometer errores. Lo cual no quiere decir que sean muy inteligentes, sino, que tienen gran capacidad para realizar esfuerzos sobrehumanos de estudio y aprendizaje más que una inteligencia elevada que le permita relacionar conceptos.
- Perfeccionismo. Se imponen unas metas difíciles de conseguir, lo que les lleva a tener una gran minuciosidad en la ejecución. Aunque consigan

resultados buenos, como no son perfectos, mantienen dentro de sí una sensación de fracaso permanente.

La bulimia nerviosa es un trastorno mental caracterizado por periodos de atracones de comida seguida de periodos de ingesta de comida normal o ayuno, pero sin la pérdida extrema de peso de la anorexia nerviosa. El bulímico pasa por crisis en las que ingiere grandes cantidades de comida, se da atracones sin control en los que puede incluso experimentar dolor. Estos atracones los repiten con cierta frecuencia (al menos dos veces por semana), para evitar el aumento de peso, recurren al vómito, laxantes, ejercicio físico extremo o a restringir comidas. Son personas muy preocupadas por el peso y la silueta.

Para El DSM-IV-TR, las características esenciales de la bulimia nerviosa consisten en atracones y en métodos compensatorios inapropiados para evitar la ganancia de peso. La silueta y el peso corporal les influyen mucho. Distintos criterios:

Criterio A: Presencia de atracones recurrentes. Un atracón se caracteriza por:

- 1.- Ingesta de alimento en un corto espacio de tiempo en cantidad superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en un periodo de tiempo similar y en las mismas circunstancias.
- 2.- Sensación de pérdida de control sobre la ingesta de alimento.

Se caracteriza más por un ansia de comer un alimento determinado. Estos individuos se sienten generalmente avergonzados de su conducta e intentan ocultar los síntomas. Los atracones se realizan por lo normal a escondidas o lo más disimuladamente posible. Pueden durar hasta que el individuo no pueda más, incluso hasta que llegue a sentir dolor por la plenitud. Los atracones pueden reducir la disforia de manera transitoria, pero a continuación suelen provocar sentimientos de autodesprecio y estado de ánimo depresivo.

Criterio B: Aparecen conductas inapropiadas para evitar la ganancia de peso.

Muchos individuos utilizan distintos métodos para intentar compensar los atracones; el más habitual es la provocación del vómito. Ponen mucho énfasis en la silueta. Los individuos con este trastorno pueden estar sin comer uno o más días, o realizar ejercicio físico intenso, en un intento por compensar el alimento ingerido durante los atracones.

Criterio C: Para poder realizar el diagnóstico, los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas deben producirse al menos, un promedio de dos veces por semana durante un periodo de tres meses.

Criterio D: Las personas bulímicas ponen demasiado énfasis en el peso y la silueta corporales al autovalorarse, y estos factores son los más importantes a la hora de determinar su autoestima.

Criterio E: No debe realizarse el diagnóstico de bulimia nerviosa si la alteración aparece exclusivamente durante los episodios de anorexia nerviosa.

Hay diferentes subtipos para determinar la presencia o ausencia del uso regular de métodos de purga con el fin de compensar la ingestión de alimentos durante los atracones:

- *Tipo purgativo:* describe cuadros clínicos en los que el enfermo se ha provocado el vómito y ha hecho un mal uso de laxantes, diuréticos y enemas durante el episodio.
- *Tipo no purgativo:* describe cuadros clínicos en los que el enfermo ha empleado otras técnicas compensatorias inapropiadas, como ayunar o practicar ejercicio intenso, pero no se ha provocado el vómito ni ha hecho un mal uso de laxantes, diuréticos y enemas durante el episodio.

En la CIE-10, la bulimia nerviosa es un síndrome caracterizado por episodios repetidos de ingesta excesiva de alimentos y por una preocupación exagerada por el control del peso corporal lo que lleva al enfermo a adoptar medidas extremas para mitigar el aumento de peso producido por la ingesta de comida.

Para su diagnóstico deben estar presentes todas las siguientes alteraciones.

Dentro de cada pauta puede aceptarse alguna variación:

- A. Preocupación continua por la comida, con deseos irresistibles de comer, de modo que el enfermo termina por sucumbir a ellos, presentando episodios de polifagia durante los cuales consume grandes cantidades de comida en periodos cortos de tiempo.
- B. El enfermo intenta contrarrestar el aumento de peso mediante varios métodos: vómitos autoprovocados, abuso de laxantes, periodos intervalares de ayuno, consumo de fármacos. Cuando la bulimia se presenta en un enfermo diabético, este puede abandonar su tratamiento con insulina.
- C. La psicopatología consiste en un miedo morboso a engordar, y el enfermo se fija de forma estricta un dintel de peso muy inferior al que tenía antes de la enfermedad.

En las personas bulímicas se dan las siguientes características:

- *Presencia de atracones*: ingesta excesiva y rápida de alimento acompañada por una sensación de falta de control. Una vez terminado el atracón hay un gran deseo de eliminar la comida producido por la sensación de sentirse llena y un sentimiento de culpabilidad. En este trastorno se dan distintas fases dentro de un mismo ciclo: restricción, tensión, atracón, purgación, alivio y restricción. Al ponerse a dieta y ver que no es capaz de cumplir los plazos y metas propuestos, se produce un estrés en la mayoría de las personas, con una tensión que provoca la pérdida de control y que se produzca el atracón. Por tanto, el primer nivel de tensión se da del esfuerzo que hace la persona para reducir la comida, lo que les lleva a buscar la seguridad en la imagen corporal. Debido a las normas que se ha impuesto sobre la ingesta de alimento, al no cumplirlas, lo vivirá como un fracaso y un aumento del estrés., dando lugar a gran irritabilidad y cansancio.. Cuando se produce la

ingesta de algún alimento, se vive como una violación de los objetivos. Lo que le lleva a hacer la inferencia de que ya que ha comido, sigue comiendo lo que quiera y después lo elimina.. Durante el atracón, la tensión y la ansiedad se reducen, haciendo que el paciente no tenga presente las emociones y pensamientos negativos. Cuando se produce dolor abdominal por la ingesta o se presenta alguien que hace que no pueda seguir comiendo es cuando deja de comer. La forma en que han comido les avergüenza, teniendo miedo de engordar, lo que les lleva a un deseo de eliminarlo todo mediante el vómito o los laxantes. Lo que les producirá un alivio de tensión. Este patrón de conducta lo aprende y le llevará a utilizarlo cada vez que alguna sensación negativa provocada por la ingesta de alimento. Lo que le puede llevar, debido al abuso de estas técnicas a que las purgaciones no le produzcan alivio, sino que le dejen exhausto, con una sensación de agotamiento físico y psíquico. Incapacitándole para realizar cualquier actividad a lo largo del día. Haciéndose promesas de que no volverá a los atracones para evitar estas situaciones, aliviando así el comportamiento que ha tenido. Esta promesa no tiene ningún valor, pero produce alivio grande.

Hay dos clasificaciones para los atracones:

- Según la cantidad de comida ingerida. El paciente debe tener la sensación interna de pérdida de control, si esto se da, el atracón puede ser objetivo o subjetivo. Objetivo, cuando las cantidades de comida ingeridas son muy grandes y van acompañadas de una incapacidad para parar junto con una pérdida de control. Subjetivos, se diferencia de la anterior en que la cantidad de comida ingerida puede ser pequeña, pero acompañada también de pérdida de control.
- Según la situación (física o psíquica) que precede al atracón y de las consecuencias que provoca. Hay distintos tipos de atracones: atracón motivado por una ingesta insuficiente de alimento, atracón motivado por carencias afectivas, atracón motivado por el aprendizaje, atracón motivado por el sufrimiento psíquico, atracón como forma de reducir la autoconciencia, atracón motivado por la ocasión, atracón motivado

por la intolerancia a la frustración y el sometimiento, atracón motivado por la búsqueda de placer, atracón motivado por la costumbre.

- *Presencia de conductas purgativas.* El miedo que provoca engordar después de los atracones y que el cuerpo cambie son alguna de las razones que llevan al vómito, creen que esta es una forma sencilla de eliminar la comida ingerida. Tras haberse dejado llevar por sus impulsos sienten una gran culpa, llegando a sentir asco de sí mismos.
- *Alteración del régimen de comidas.* El organismo tendrá una respuesta de sensación de hambre continua ante el caos y descontrol que se provoca en este. Esto lleva al paciente a una relación extremista con la comida, ya que se convierte en un todo o nada, perdiendo la sensación de saciedad.
- *Alteración de la imagen corporal.* Aparece una dismorfofobia, distorsiona la percepción sobre su figura provocándole insatisfacción y un estado de ánimo depresivo.
- *Insatisfacción generalizada.* Debido a su capacidad de conseguir aquello que se propone, consiguiendo las metas profesionales y sentimentales propuestas en su interior se produce un caos no siendo capaz de afrontar los muchos problemas que se le presentan teniendo miedo a un desastre.
- *Independencia contrafóbica.* Tienen una gran permeabilidad a la opinión de los demás y del contexto donde se desenvuelven. Esto les lleva a un comportamiento reactivo, mostrando una gran independencia a los demás.
- *Impulsividad.* A lo largo de su vida ha mostrado una gran iniciativa enfrentándose a retos que, quizá debido a su edad, estaban por encima de su capacidad corriendo grandes riesgos.
- *Soledad.* El reto de destacar en todo lo que se propone para cumplir sus objetivos, le hace que no le resulte fácil mantener relaciones de amistad ya

que lo vive como una competición en la que debe salir victoriosa. Esta competitividad le llevará a encontrarse sola, aunque ella quiera dar la imagen que tiene muchas amigas. Pero realmente están ahí de manera provisional.

Un gran número de personas que padecen un trastorno de la conducta alimentaria desarrollan rituales para manejar el estrés y la ansiedad y comparten rasgos de personalidad como: baja autoestima, miedo a engordar, sentimientos de desesperación, etc.

El Modelo cognitivo de Mc Pherson. Los pacientes con bulimia se caracterizan por una incapacidad de autocontrol frente a las dietas, lo que les lleva a una necesidad de control en otras áreas como su rendimiento académico, la relación con los iguales... Se rigen bajo el supuesto de que el peso y la imagen corporal son fundamentales para la autovaloración y la aceptación social. Todo esto le lleva a desarrollar unas distorsiones cognitivas:

- Pensamiento dicotómico.
- Personalización.
- Sobreestimación de la imagen corporal.
- Autovaloración global y generalizada.

Historia psicoevolutiva de desarrollo.

- Desarrollo psicosexual.
- Nuevas tareas de rol.
- Valores culturales sobre la imagen y el cuerpo.

Vulnerabilidad personal.

- Déficit en habilidades sociales.
- Actitudes perfeccionistas.
- Significados sobre peso/imagen/autovaloración.

Situaciones actuales activadoras.

- Estados de estrés agudos o crónicos de tipo social, anímico...
- Sensación de hambre.

Ansiedad

Estrategias de afrontamiento.

- Descontrol de la ingesta.
- Uso de laxantes, vómitos auto-inducidos...

Efectos-consecuencias.

- Corto plazo: reducción de la ansiedad, distracción del estrés, control ilusorio.
- Largo plazo: incremento del malestar, culpa, disforia...

Chinchilla señala una relación de factores de riesgo para padecer Bulimia Nerviosa (Chinchilla, 1995):

- Mujer de unos 20 años, blanca.
- Con baja autoestima.
- Con insatisfacción de su imagen corporal.
- Con algún trastorno de personalidad.
- Con posible historia de depresiones.
- Que ha realizado dietas crónicas.
- Nivel socioeconómico generalmente medio-alto.
- Historia familiar de desórdenes alimentarios, depresivos y comunicación dinámica inadecuada o conflictiva.
- Patología personal de obesidad, depresiones, abuso de sustancias.
- Peso estable a un nivel deseado normal o ligeramente menor.
- Preocupación narcisista por su corporalidad.
- Tipo de trabajo medio, o escolares de grado medio o universitario, responsables en los mismos.
- Buen aspecto y vestimenta, atractivas para los hombres y para ellas.
- Generalmente solteras, pero pueden ser casadas con o sin hijos.
- Familias interesadas en la apariencia y relaciones humanas estilizadas.
- Padres que suelen estar acomplexados y absorbidos por sus ocupaciones, distantes en el trato emocional. Suelen ser los que mejor funcionan en la familia.

- Madres, educadoras, refinadas, brillantes, menos ausentes o con obligaciones no tan intensas, preocupadas por el control de los hijos, limitadas en afectos hacia los mismos o con cierto protocolo.

En este tipo de trastornos multidimensionales interactúan factores fisiológicos o biológicos, evolutivos, psicológicos y socioculturales (Kaplan y Sadock, 2001). De los factores causales más importantes se encuentran la presión cultural a la mujer para tener una figura esbelta, el deseo para alcanzar una imagen idealizada de cuerpo perfecto que compense la baja autoestima y el miedo a ser rechazada, estados emocionales negativos con presencia generalmente de ansiedad y depresión, estrés interpersonal con desarrollo de pocas habilidades asertivas y de resolución de problemas, hábitos de alimentación y control de peso pobres potenciados por el intento de seguir una dieta rígida irreal y drásticamente restrictiva, y pensamientos desadaptados sobre nutrición, peso y apariencia física (Leitenberg, Rosen, Gross, Nudelman y Vara, 1988).

Después de estudiar los distintos modelos multicausales en ambos trastornos, unos modelos han puesto mayor énfasis en las variables socioculturales como factor principal de inicio como el modelo de Striegel-Moore (1993), otros en el desajuste emocional como el de Rosen y Leitenberg (1985) y McCarthy (1990), y otros modelos son más integradores como el de Garner y Garfinkel (1985) y Williamson, Davis, Duchmann, McKenzie y Watkins (1990) donde se considera que el trastorno es causado y mantenido por la interacción de factores psicológicos, sociales y culturales. El modelo de Williamson, Davis, Duchmann, McKenzie y Watkins (1990) sostiene que para conceptualizar los trastornos alimentarios hay que contemplar tanto los factores etiológicos como de mantenimiento.

A partir de esta alteración en la conducta alimentaria aparecen los trastornos de alimentación que son fundamentalmente la Anorexia y la Bulimia nerviosas, quizás los más conocidos y preocupantes y otros como:

- *Síndrome del gourmet*: Las personas que lo padecen viven pendientes de la preparación, compra, presentación e ingestión de platos exquisitos. Han perdido interés en sus relaciones sociales, familiares y laborales. Se cree que es consecuencia de daños en el hemisferio derecho del cerebro: tumor, golpe

hemiplejía... No suelen estar demasiado gordas ni les preocupa su obsesión. Los tratamientos son neurológicos y psiquiátricos.

- *Trastorno nocturno*: Quienes lo sufren -del 1% al 3% de la población- se levantan a comer por la noche, aunque continúan dormidos. No son conscientes de lo que hacen y no recuerdan nada al despertar. Si les cuentan lo que han hecho, lo niegan rotundamente. A menudo, hacen régimen durante el día. También se da en personas alcohólicas, drogadictas y con trastornos de sueño... Les tratan en unidades de trastornos de sueño.
- *Pica*: (de pica, "urraca", en latín). Las personas que padecen este trastorno se sienten impulsadas a ingerir sustancias no comestibles: tiza, arcilla, yeso, trocitos de pintura, almidón, óxido, ceniza... Suele darse entre mujeres con tendencia histérica, embarazadas y como consecuencia de déficits alimentarios serios. También es un hábito cultural de ciertos pueblos.
- *Síndrome de Prader-Willy*: Es un problema congénito asociado a un retraso mental. Si a las personas afectadas por el problema no se les controla el acceso a la comida, comen sin parar hasta que acaban muriendo. Parece estar relacionado con un mal funcionamiento del hipotálamo. El Prozac ayuda a controlar el problema, que no tiene cura de momento.
- *Comedoras compulsivas*: Las personas que padecen este trastorno se dan frecuentes atracones, durante los cuales sienten que no pueden parar de comer. A menudo comen deprisa y a escondidas, o bien no dejan de comer y picar a lo largo de todo el día. Se sienten culpables y avergonzadas por su falta de control. Tienen todo un historial de fracaso con distintas dietas y regímenes. Suelen ser personas depresivas y obesas.

1.2.1 Modelos explicativos existentes

1.2.1.1 Modelos de Etiología multideterminada (Toro y Vilardell, 1987)

Este modelo enumera las posibles causas del problema pero no establece ningún tipo de relación entre los factores, no habla de relaciones causa – efecto y se limita a describirlos.

FACTORES PREDISPONENTES	FACTORES DESENCADENANTES	FACTORES DE MANTENIMIENTO
Genéticos	Situaciones aversivas	Consecuencias
Trastornos afectivos	Separación y pérdidas	Interacción familiar
Personalidad	Contactos sexuales	Interacción social
Obesidad	otros	
Elementos socioculturales		
Contexto familiar		

Fuente: Toro y Vilardell, 1987

A continuación se muestra una tabla de forma más detallada:

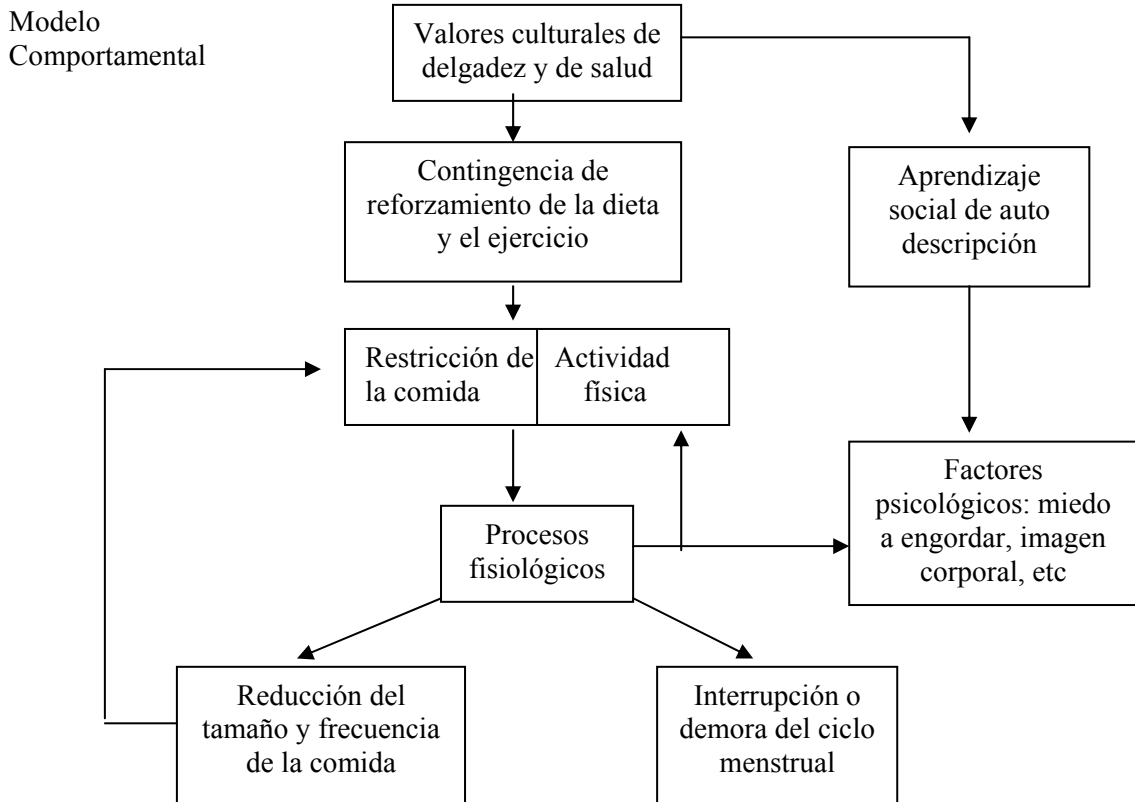
Interacción de factores predisponentes, precipitantes y de mantenimiento de la anorexia nerviosa (Toro y Vilardell, 1987)
<i>FACTORES PREDISPONENTES</i>
Factores genéticos
Edad 13-20 años
Sexo femenino
Trastorno afectivo
Introversión/inestabilidad
Sobrepeso en la pubertad y adolescencia

<p>Nivel social medio/alto</p> <p>Familiares con trastorno afectivo</p> <p>Familiares con adicciones</p> <p>Familiares con trastornos de la ingesta</p> <p>Obesidad materna</p> <p>Valores estéticos dominantes</p>
<p><i>FACTORES PRECIPITANTES</i></p> <p>Cambios corporales</p> <p>Separaciones y pérdidas</p> <p>Rupturas conyugales del padre</p> <p>Contactos sexuales</p> <p>Incremento rápido de peso</p> <p>Críticas sobre el cuerpo</p> <p>Enfermedad adelgazante</p> <p>Traumatismo desfigurador</p> <p>Incremento en la actividad física</p> <p>Acontecimientos vitales</p>
<p><i>FACTORES PERPETUANTES</i></p> <p>Consecuencias de la inanición</p> <p>Interacción familiar</p> <p>Aislamiento social</p> <p>Cogniciones anoréxicas</p> <p>Actividad física excesiva</p> <p>Yatrogenia</p>

Fuente: Toro y Vilardell, 1987

1.2.1.2 Modelo bioconductual de la anorexia (Epling y Pierce, 1991)

Este modelo presenta mejoras con respecto al anterior al presentar las relaciones existentes entre los distintos componentes del problema conductual. Relaciona los acontecimientos culturales con investigación científica.



Fuente: Epling y Pierce, 1991

1.2.1.3 Teoría Psicodinámica

La bulimia se considera una adicción según la perspectiva dinámica. Las relaciones entre la adicción, la depresión y la etapa oral del desarrollo han sido estudiadas por Fenichel (1945), para este autor tanto la depresión como la adicción y las neurosis impulsivas comportan una fijación en la etapa oral. Destaca como base en la etiología de las adicciones la necesidad de gratificación. Las características del self del adicto según la teoría psicodinámica son:

- Identidad precaria oral, necesitada continuamente de suministros externos para conservar la autoestima.
- Gran intolerancia a la frustración frente a la que reaccionan con ansiedad, culpa y tristeza.

Abraham (1908) señaló la relación entre la adicción y el erotismo oral y la relación entre la alimentación compulsiva y la adicción. Comparaba el alcoholismo a las toxicomanías alimentarias, concepción muy desarrollada por Sandor Rado (1926).

Wuff (1932) destaca cuatro conductas en la bulimia:

- o Episodios de voracidad.
- o Hipersomnolencia.
- o Depresión.
- o Alteración en el modo de subestimación de la imagen corporal.

Describe una neurosis caracterizada por la adicción a la comida y un profundo odio inconsciente a la madre y a la feminidad. El impulso a comer posee en este caso el significado de incorporar un objeto cuya pérdida ha conducido a la paciente a sentirse hambrienta, castrada, femenina y gorda. El autor considera la conducta alimentaria alterada como una forma de satisfacción oral en una personalidad regresiva. El intentar controlar el apetito le conduce a un incremento en la presión para comer, una presión que él denomina “deseos adictivos”, que son reforzados por la somnolencia que sigue a los episodios de voracidad.

La disociación y la bulimia pueden relacionarse de varias formas, la disociación puede ser una parte de la psicopatología de la bulimia y también puede usarse como una defensa contra sentimientos de culpa y aversión creados específicamente por la propia sintomatología bulímica. La hipótesis de que la disociación puede unirse a la sintomatología bulímica no es nueva, Janet en 1907 propuso que el comer desordenado era el resultado de ideas fijas inconscientes causadas por un evento traumático anterior. Es importante valorar en las bulimias los mecanismos disociativos que hay en su patogenia, así como otros factores perpetuadores personales, ambientales y familiares fuera del exclusivo cuadro sindrómico.

La disociación según el DSM-IV-TR (2003) es “una alteración de las funciones normalmente integradas de conciencia, memoria, identidad o percepción del ambiente. El trastorno puede ser repentino o gradual, transitorio o crónico, el material disociado no es integrado en la propia identidad del sujeto y a menudo no es hecho consciente”.

La disociación surge como un mecanismo mental por el cual ciertos conflictos inaceptables son separados de otras actividades mentales, la disociación podría entenderse como una defensa contra el acontecimiento traumático y se caracteriza por una pobre integración de los procesos del pensamiento. Las características básicas de la disociación son:

- Amnesia.
- Perturbaciones de identidad.
- Perturbaciones o alteraciones en la conciencia que llevan a menudo a sentimientos de despersonalización o desrealización.

Pettinati y cols /1985) encontraron que la bulimia es la entidad que presenta un mayor nivel de disociación que otros trastornos alimentarios. Van Der Kolb (1989) sugieren que las personalidades borderline, los trastornos adaptativos post-traumáticos y los trastornos alimentarios son las patologías psíquicas que tienen más tendencia a utilizar la disociación.

Kolk y cols (1989) proponen un modelo de relación entre el trauma temprano, la disociación y la sintomatología bulímica. La pobre integración de los procesos de pensamiento que se dan cuando existe disociación activan más cuando el sujeto se expone a una experiencia traumática que le sobrepasa, aumentándose los síntomas bulímicos.

Vanderlinden y cols (1989) exploraron mediante cuestionarios estandarizados la relación entre experiencias traumáticas y fenómenos disociados en 98 pacientes diagnosticados de algún trastorno alimentario: alrededor del 25% de estos tuvieron algún acontecimiento traumático en su vida y se observaba que tenía puntuaciones significativamente más altas en la escala de disociación (DIS-Q) que el grupo control. En esta misma línea, Schhmidt y cols (1993) en su estudio señalaron que el 65% de las

pacientes bulímicas habían tenido al menos dos acontecimientos adversos en su infancia.

1.2.2 Trastorno de la conducta alimentaria no especificado (TCANE)

Esta categoría se aplica a aquellos Trastornos de la Conducta Alimentaria que no cumplen todos los criterios diagnósticos de la anorexia nerviosa o de la bulimia nerviosa (APA, 2000). En el caso de la anorexia nerviosa, se aplica a los siguientes casos:

- Mujeres que cumplen todos los criterios de la anorexia nerviosa excepto que tienen menstruaciones regulares.
- Personas que cumplen todos los criterios de la anorexia nerviosa excepto que a pesar de haber una pérdida significativa de peso, mantienen un peso que está dentro de la normalidad.

Para los casos de bulimia nerviosa, esta categoría diagnóstica se aplica en las siguientes circunstancias:

- Personas que cumplen todos los criterios de la bulimia nerviosa excepto que los atracones y las conductas compensatorias ocurren con una frecuencia inferior a dos veces por semana o con una duración de menos de tres meses.
- Personas de peso normal que realizan conductas compensatorias inapropiadas después de haber comido cantidades pequeñas de comida.

El TCANE consiste básicamente en una “anorexia nerviosa atípica” o en una “bulimia nerviosa atípica”, siendo personas cuyas actitudes y conductas hacia la comida están clínicamente alteradas, pero sin cumplir los criterios diagnósticos completos de la anorexia nerviosa o de la bulimia nerviosa. Esta categoría define aproximadamente el 25-50% de los casos de TCA y “afortunadamente” se trata de un TCA menos severo que la anorexia nerviosa o la bulimia nerviosa, aunque respecto a esta última afirmación existen opiniones dispares entre los investigadores (algunos encuentran que no existen

diferencias entre ellos en cuanto al grado de insatisfacción con el cuerpo y la silueta, la insatisfacción con la propia vida y el desajuste psicosocial). Por último, destacar que existe alguna evidencia de que el TCANE está asociado al posterior desarrollo de la anorexia nerviosa o la bulimia nerviosa.

1.2.3 Trastorno por atracón (TPA)

En el DSM-IV-TR aparecen los siguientes criterios diagnósticos para el TPA:

1. Atracones recurrentes caracterizados por:
 - Comer en un periodo de tiempo determinado (2 horas) una cantidad de comida claramente superior a lo que comerían la mayoría de las personas.
 - Sensación de pérdida de control sobre la ingesta durante ese periodo.

2. Los atracones están asociados a tres o más de las siguientes características:
 - Comer mucho más rápidamente de lo normal.
 - Comer hasta sentirse desagradablemente lleno.
 - Comer grandes cantidades de comida sin sensación física de hambre.
 - Comer solo/a porque se siente vergüenza de lo mucho que se está comiendo.
 - Sentirse culpable, deprimido o enfadado con uno mismo después de haber comido tanto.

3. Marcado malestar cuando se está realizando un atracón.

4. El atracón ocurre, de promedio, al menos dos días a la semana durante seis meses.

5. El atracón no está asociado con el uso regular de conductas compensatorias inapropiadas (purgas, ayuno o ejercicio físico excesivo).

Este trastorno comparte con el resto de los TCA la insatisfacción tanto con el peso como con la silueta.

Inicialmente este trastorno aparecía asociado a la obesidad, pues fue descrito como un subtipo de personas obesas que se dan atracones regularmente pero que no recurren a métodos de purga para compensarlos. Lo que sí está claro es que cuando el TPA se da en personas obesas, éstas experimentan un mayor malestar con la comida y con el peso corporal, un mayor desajuste psicosocial, mayor psicopatología (fundamentalmente depresión) y una autoestima más baja en comparación con las personas obesas sin TPA.

Tal y como se ha descrito el *TPA*, es evidente el parecido con la bulimia nerviosa y especialmente con la de tipo *no purgativo*. No obstante, existen algunas diferencias. Por ejemplo, el pronóstico del tratamiento es más favorable para el TPA, y una mayoría de personas consiguen una recuperación completa del trastorno (Fairburn, 1999). Por otro lado, las personas con TPA tienden a ser más obesas que las personas bulímicas y afecta en menor diferencia tanto a hombres como a mujeres (lo cual no sucede con la bulimia nerviosa). En cuanto a la etiología, la bulimia nerviosa es de inicio más temprano que el TPA y las pacientes son en general más jóvenes, más delgadas y más propensas a implicarse en conductas auto-lesivas. Un último aspecto discriminativo hace referencia a que la bulimia nerviosa se desarrolla con más frecuencia a partir de seguir una dieta y perder peso tras el seguimiento de la misma. Todos estos datos proporcionan validez al TPA como categoría diagnóstica separada de la bulimia nerviosa, aunque se precisa más investigación sobre el tema.

1.2.4 Otros trastornos de la alimentación

En el DSM-IV-TR (APA, 2000) encontramos dentro de los trastornos de inicio en la infancia, la niñez y la adolescencia la siguiente categoría diagnóstica: “trastornos de la ingestión o de la conducta alimentaria de la infancia o la niñez”. Esta categoría

está constituida por pica, el trastorno por rumiación y el trastorno de ingestión alimentaria en la infancia o niñez. En el mismo manual se establecen los siguientes criterios para el diagnóstico del trastorno de ingestión alimentaria en la infancia o la niñez:

1. Alteración de la alimentación manifestada por una dificultad persistente para comer adecuadamente, con incapacidad significativa para aumentar de peso o con pérdidas significativas de peso durante por lo menos un mes.
2. La alteración no se debe a una enfermedad gastrointestinal ni a otra enfermedad médica asociada (p.e. reflujo esofágico).
3. El trastorno no se explica mejor por la presencia de otro trastorno mental (p.e. trastorno de rumiación) o por falta de disponibilidad de alimentos.
4. El inicio es anterior a los seis años.

Los niños que presentan este problema son fácilmente irritables y difíciles de consolar, tienen comportamientos perturbadores durante la comida, presentan negación a tomar los alimentos o ciertos tipos de alimentos, vómitos tras las comidas, dificultad para tragar, etc. Pueden aparecer apáticos y retraídos y experimentar retrasos en el desarrollo. En algunos casos, los problemas de interacción entre padres e hijo contribuyen a la exacerbación del problema alimentario.

¿Qué pasa si estos problemas aparecen después de los seis años? Nos encontraríamos con un grupo de niños a los que no podríamos clasificar si atendemos a los criterios antes descritos. Por eso, autores como Rachel Bryant-Waugh o Bryan Lask hablan de trastornos de la alimentación en la infancia (antes de los 15 años) que no cumplen los criterios de la AN, BN o del TCANE. Formulan unos criterios que se conocen como “Great Ormond Street Criteria”, en los que incluyen algunos problemas específicos:

- Trastorno de rechazo a la comida de causa emocional. El rechazo a la comida es un síntoma prominente pero no se cumplen los criterios de la AN. Aparecen otros síntomas afectivos, como la ansiedad, fobias, evitación de la escuela, obsesividad y depresión. Lo califican como una “forma parcial de anorexia”, con un mejor pronóstico según los autores.

- Síndrome de alimentación selectiva. Se trata en este caso de niños y niñas que solo comen una variedad muy limitada de alimentos, sin probar el resto. A pesar de todo, estos niños suelen crecer normalmente, aunque con ciertos problemas en su funcionamiento psicosocial.
- Síndrome de rechazo persistente absoluto. Este es un problema más grave que los anteriores, en la que el niño o la niña manifiesta un rechazo absoluto a la comida, la bebida, la marcha, el habla o cualquier forma de autocuidado.
- Disfagia funcional. Se caracteriza por evitación de la comida, miedo a tragar, asfixiarse o vomitar, sin pensamientos raros con respecto al peso o la silueta y sin que exista ninguna enfermedad orgánica o psicosis asociadas.

Todos estos problemas tienen características similares a la AN, BN o TCANE. Sin embargo, existen algunas diferencias: sabemos que la idealización de la delgadez, la preocupación por la silueta o la percepción distorsionada de la imagen corporal son elementos claves en los TCA, características estas que no están presentes en los problemas descritos. Por el contrario, estos trastornos tienen una etiología distinta.

Por otro lado, a medida que crecen los niños van apareciendo algunas diferencias en la manifestación de la AN cuando esta es diagnosticada. Así, los niños con TCA más jóvenes son mayoritariamente chicos, es menos probable que recurran a conductas purgativas o a los atracones, la probabilidad de empezar una dieta o de recurrir al uso de laxantes es menor, es más probable el diagnóstico de un TCANE y la duración de la enfermedad suele ser menor, en comparación con los adolescentes afectados por algún TCA.

Otra investigación interesante es la que se ha realizado con madres afectadas por algún TCA. Se ha visto que estas madres actúan como modelos, con lo que las conductas patológicas que muestran hacia la comida pueden marcar en algún modo la relación de sus hijos para con la comida. De hecho, según un estudio realizado por Hodes, Timini y Robinson (2001), la mitad de los niños de madres con TCA de la muestra analizada tenían un trastorno psiquiátrico severo, y entre ellos destacaron la AN

y el trastorno obsesivo-compulsivo. Y en este trabajo se describen también casos de hijos de madres con TCA que presentan un peso y una estatura por debajo de lo normal (más significativo en el caso de las niñas que en el de los niños). Todo parece indicar que un TCA en la madre influye en el estilo educativo o de cuidado durante la alimentación, lo que condiciona a su vez la conducta alimentaria del niño.

Otras alteraciones de la conducta alimentaria que han aparecido más recientemente sería: ebriorexia, ortorexia, el síndrome del comedor nocturno y la diabulimia.

1.- La Ebriorexia

La lista de trastornos alimentarios aumenta, la Ebriorexia, un desorden caracterizado por una conjugación de diferentes conductas, no comer sometiéndose a una abstinencia alimenticia voluntaria, realizar un atracón y posteriormente provocar el vómito y como tónica dominante en ambas conductas, abusar de las bebidas alcohólicas, es una combinación de anorexia, bulimia y alcohol.

De momento la ebriorexia (drunkorexia) no es un término oficial para nombrar al nuevo desorden alimentario, pero es el que se está adoptando por el momento para denominar el nuevo problema. Los denominados “ebrioréxicos” no quieren comer para poder compensar las calorías que el alcohol aporta, se podría decir que el término describe a las personas alcohólicas anoréxicas o bulímicas.

Los protagonistas de este trastorno alimentario son mayoritariamente mujeres y el alcohol básicamente es la única fuente de calorías con la que se sustentan, aunque existen casos de mayor gravedad en los que el alcohol es sustituido por drogas como las metanfetaminas con la única finalidad de inhibir el hambre.

Quienes padecen anorexia nerviosa presentan un aumento en la actividad química que se realiza en determinados sectores del cerebro, sectores donde se controlan las sensaciones relacionadas con la satisfacción, una percepción errónea de la imagen provoca a los enfermos que vean lo que no es realidad, un exceso de peso inexistente. A esta lamentable situación, le añadimos la correspondiente dosis de drogas o alcohol y aparece la ebriorexia, existe temor por comer pero no por beber. Los trastornos de la comida se ven cada vez más asociados al abuso de drogas y alcohol,

algunos expertos médicos aseguran que la obsesión por estar delgado, la creciente aceptación social sobre el consumo de drogas y bebidas alcohólicas, se combina con la moda de las rehabilitaciones, un peligroso cóctel responsable del aumento de la nueva enfermedad.

La actual sociedad es en cierto modo responsable de los nuevos desórdenes emergentes, sobrepeso y obesidad en un extremo y en el otro vigorexia, anorexia, bulimia, etc. Es realmente un peligro estremecedor el que se cierne sobre quienes conjugan el deseo de no comer y el abuso de las sustancias antes mencionadas, ¿cual será el próximo problema que a través de la alimentación arruine una vida?

2.- Ortorexia

Según González, actualmente se está haciendo referencia a una nueva enfermedad relacionada con los trastornos alimenticios, la ortorexia. La diferencia respecto a los otros está en que, mientras que en la anorexia y la bulimia el problema gira en torno a la cantidad de comida, en la ortorexia gira en torno a la calidad.

El término “ortorexia” proviene del griego que significa “apetito correcto”. Fue definido por primera vez por el médico norteamericano Steve Bratman en un libro publicado en el año 2000 en EEUU y que lleva por título “Health Food Junkies”, o lo que es lo mismo, “Yonkies de comida sana”. Éste libro ha sido allí un éxito y no es de extrañar si tenemos en cuenta que durante el pasado año más de 5.000 personas habían sufrido ingresos relacionados con éste trastorno.

Se entiende por ortorexia la obsesión patológica por la comida biológicamente pura. Las víctimas de esta enfermedad sufren una preocupación excesiva por la comida sana, convirtiéndose en el principal objetivo de su vida. Podría decirse que es un comportamiento obsesivo-compulsivo caracterizado por la preocupación de qué comer y la transferencia de los principales valores de la vida hacia el acto de comer, lo cual hace que los afectados tengan “un menú en vez de una vida”.

Según Bratman, a través de este tipo de comida las víctimas de ésta enfermedad esperan obtener todo tipo de beneficios físicos, psíquicos y morales, lo cual les puede llevar a una dependencia similar a la de cualquier adicto a las drogas. Por ello, entre las

razones que podrían llevar a una persona a padecer la ortorexia está la obsesión por lograr una mejor salud, el encontrar una razón espiritual al comer un determinado alimento, o bien por el temor a ser lentamente envenenado por los colorantes y conservantes de las industrias alimenticias.

Bratman fue médico generalista y también miembro del movimiento de alimentos naturales de EEUU durante 25 años. Fue un fervoroso seguidor del poder de la dieta para curarlo todo -o casi todo- y alcanzar así la salud. Ese es el ideal que profesan vegetarianos, vegetalinos, frutistas, crudistas, macrobióticos, etc. Muchos de estos seguidores de formas de comer restrictivas acaban suprimiendo grupos de alimentos básicos y pueden llegar al desequilibrio dietético y a la desnutrición.

En la década de los 70 Bratman fue cocinero y agricultor orgánico de una gran comunidad en Nueva York y se autodenominaba como un "comedor de extremos" que se vio en un vivero de teorías alimentarias de la nueva era, disputadas por gente de diferentes campos dietéticos que poseían un conjunto de pronunciamientos contradictorios sobre lo que constituía "una buena alimentación". En medio de todo este caos, Bratman acabó por componer su propia dieta, consistente únicamente en vegetales acabados de recoger del huerto y que masticaba al menos 50 veces antes de tragarlos. Al igual que muchos otros ortoréxicos, sus restricciones dietéticas se fueron volviendo cada vez más inflexibles y animaba a los demás a seguir su ejemplo y a castigarse cuando probaban una pequeña porción de algún alimento que él consideraba prohibido. Necesitó varios años para lograr desprenderse de estos hábitos. Entre los acontecimientos que le ayudaron a recuperar una cierta cordura alimentaria se encuentra, según sus propias palabras, "la aparición de un monje benedictino que, contra la ley de no llenar el estómago jamás, le hizo ver en un restaurante de carretera la indecencia de dejar comida en el plato". Pero aún más le influyó el hecho de que un anciano pobre le regalara una pieza de queso Krafft que por piedad no pudo rehusar y que inmediatamente después de haberlo ingerido se sintió curado de su resfriado. La suma de ambos acontecimientos, unido a un exigente proceso interior, hizo que un día, por fin, Bratman decidiera comerse una pizza y, de postre, un gran helado de Häagen-Dazs. Poco después, ya reconvertido, es cuando escribió el libro donde se relatan los síntomas de la ortorexia, sus amenazas para la salud, sus connotaciones religiosas y su cuadro psiquiátrico.

Mucho ha cambiado Bratman desde entonces, ya que en la actualidad es un profesional de las medicinas alternativas y está haciendo campaña en contra de lo que considera una dedicación excesiva a las dietas estrictas, que pueden impedir que el cuerpo se beneficie de la nutrición básica. Según Bratman, la mayor parte de estas dietas, si se siguen rigurosamente, pueden conducir a la ortorexia que, como muchos de los trastornos alimentarios, parece guardar mayor relación con el control psicológico que con determinados alimentos. Manifiesta que *"no estoy presentando esto como un problema médico, pero quiero que la gente reconsidere lo que está haciendo"*. Considera que *"la mayoría de los estadounidenses harían bien en mejorar su dieta, no hay duda sobre esto. Sin embargo, en el campo de los alimentos sanos, hay mucha gente que se beneficiaría si se pasaran al bando contrario y no fueran tan estrictos"*.

En el caso concreto de los ortoréxicos, la preocupación por la comida sana les lleva a consumir exclusivamente alimentos procedentes de la agricultura ecológica, es decir, que estén libres de componentes transgénicos, sustancias artificiales, pesticidas o herbicidas, además de aquellas sustancias que hayan sufrido alguna clase de "condena o superstición". Esta práctica puede conducir muchas veces a que se supriman las carnes, las grasas y algunos grupos de alimentos que, en ocasiones, no se reemplazan correctamente por otros que puedan aportarle los mismos complementos nutricionales. La supresión de grasas, por ejemplo, puede comprometer la ingesta de vitaminas liposolubles y ácidos grasos, ambos imprescindibles para el organismo. Sin carne, los niveles de hierro se desploman y, aunque los vegetales también aportan proteínas, son de inferior calidad. Además, al haber crecido sin pesticidas, la agricultura ecológica encierra riesgo de albergar larvas o parásitos nocivos para la salud.

Algunos de los síntomas fisiológicos que una inadecuada alimentación puede provocar son: anemias, hipervitaminosis o en su defecto hipovitaminosis, carencias de oligoelementos, etc., que pueden derivar en dolencias más graves como hipotensión y osteoporosis así como, en fases avanzadas, trastornos obsesivos-compulsivos relacionados con la alimentación o enfermedades psiquiátricas tales como depresión, ansiedad e hipocondriasis. Además, tal y como consideran los expertos de obesos.org, los ortoréxicos prefieren pasar hambre a comer alimentos "impuros" y eso les lleva a dejar de acudir a reuniones familiares y sociales por miedo a los alimentos que servirán, lo cual acabará por aislarles socialmente.

La ortorexia parece no afectar a los sectores marginales o ignorantes sino más bien al contrario, ya que éste tipo de comida es mucho más cara que la normal y más difícil de conseguir. De hecho, es en los países desarrollados donde las personas tienen mayores posibilidades de preocuparse por los ingredientes de los alimentos que compran en los supermercados.

Parece ser que suele manifestarse en personas con comportamientos obsesivo-compulsivos y predisuestas genéticamente a ello. Se trata, en su mayoría, de individuos con una preocupación exagerada y tiránica por la perfección y con una fe ciega en las normas y reglas. También se ha observado que pacientes que han sufrido anorexia nerviosa, al recuperarse optan por introducir en su dieta sólo alimentos de origen natural, probiótico, cultivados ecológicamente, sin grasa o sin sustancias artificiales que puedan causarles algún daño. Nuevamente las mujeres más jóvenes son las más afectadas, siguiendo a famosas actrices o modelos, muchas veces excéntricas pero con gran influencia entre las chicas.

No es difícil encontrar famosos que han proclamado a la prensa sus manías alimenticias sin darse cuenta de que, tal vez, confesaban ser víctimas de la ortorexia. Ejemplos de ello son el diseñador Jean Paul Gaultier, el cual confiesa que toma diariamente 68 zumos de naranja, así como artistas tales como Julia Roberts, que consume diariamente varios litros de leche de soja y siempre lleva encima un envase de ella, Wynona Rider, que sólo toma Coca-Cola orgánica, Jennifer López, que sólo come tortillas hechas con clara de huevo, Mel Gibson que no come nunca pechuga de pollo porque cree que hace aumentar las mamas, o Marlon Brando, que sólo consumía yogures antes analizados para certificar que no contienen grasas. Son sólo ejemplos de famosos que presumen de una alimentación sana. Un hábito correcto siempre y cuando no se convierta en una obsesión ya que, en ese caso, se podría hablar de víctimas de la ortorexia.

Según los expertos, entre las razones que pueden conducir a la ortorexia están la obsesión por buscar una mejor salud, el miedo a ser envenenado por la industria alimenticia y sus aditivos o, curiosamente, haber encontrado una razón espiritual en comer un determinado tipo de alimento.

El Dr. Vicente Turón, jefe de la Unidad de Trastornos Alimentarios de la Ciudad Sanitaria de Bellvitge (Barcelona, España) adivina en el culto a lo sano un deseo de

alimentar no ya el cuerpo, sino la diferencia. «La gente quiere singularizarse de la masa y, para ello, unos exhiben un visón y otros, miserias. Hay quien presume de sufrir alergias, callos o de que su estómago es tan delicado que sólo traga los productos naturales», constata el experto, tras advertir que «la cocina ecológica está muy bien, pero siempre que venga aliñada con sensatez». «La Humanidad ha pasado hambre durante siglos por no saber congelar; botulismo, por falta de conservantes... Ahora que hemos inventado los artículos industriales tenemos que admitir sus ventajas y saber que no hay víveres biológicos para todos».

Los escasos estudios en torno a la ortorexia sí parecen confirmar que, detrás de la obsesión por un menú escrupulosamente limpio, subyace con frecuencia un trastorno psíquico. Se han diagnosticado esquizofrénicos que no comen porque piensan que los alimentos esconden conservantes que les envenenarán, melancólicos convencidos de que la comida les puede matar o hipocondríacos que indultan un bistec porque un extremo apunta chamuscado. La propia carencia de vitaminas como la B-12 provoca alteraciones del comportamiento que profundizan todavía más en su obsesión.

Aunque todavía no están lo suficientemente contrastados, ya existen algunos criterios diagnósticos para la ortorexia:

- a) Dedicar más de 3 horas al día a pensar en su dieta sana.
- b) Preocuparse más por la calidad de los alimentos que del placer de consumirlos.
- c) Disminución de su calidad de vida conforme aumenta la pseudocalidad de su alimentación.
- d) Sentimientos de culpabilidad cuando no cumple con sus convicciones dietéticas.
- e) Planificación excesiva de lo que comerá al día siguiente.
- f) Aislamiento social provocado por su tipo de alimentación.

La respuesta afirmativa a estas y otras cuestiones similares permitirían, según Bratman, diagnosticar la ortorexia nerviosa y sus grados.

Algunas personas consideran que interesarse en consumir unos alimentos de mayor calidad puede ahora contemplarse como una enfermedad, al mismo nivel que la bulimia y la anorexia. De ello podría deducirse que el vegetarianismo también podría

ser una obsesión y no únicamente una elección. Por otro lado, también hay personas que se sorprenden de que la preocupación por ser intoxicado por los componentes artificiales que comemos diariamente sea patológico en lugar de normal, lo cual debería llevarnos a aceptar comer cualquier cosa sin exigir información sobre sus componentes y fabricación. Pero esto no es así, no significa que no debemos dudar de su calidad y no se deba investigar y exigir la procedencia de los animales que comemos, la alimentación que siguen y su control sanitario, así como la forma de cultivo, la producción de los diferentes alimentos y, por supuesto el estudio continuado de pesticidas y herbicidas empleados y su garantía de inocuidad. Todos nos preocupamos en mayor o menor medida por comer alimentos sanos, pero cuando ese comportamiento normal pasa a convertirse en una obsesión que pueda entrañar peligros para su salud ya pasa a calificarse como ortorexia.

Actualmente la oferta alimentaria es más amplia que nunca, pero también estamos en una época en que el exceso de información, que no siempre es del todo veraz o contrastada. La influencia de los medios de comunicación, que cada vez dedican más tiempo y espacio a temas dietéticos y a escándalos en víveres de consumo, ha podido incidir en la emergente proyección de los problemas mentales en trastornos endocrinos. Esto provoca que muchas personas decidan optar por un tipo de alimentación que, en ocasiones, puede ser más perjudicial que beneficiosa.

No hay que confundir nunca la preocupación por una vida sana con la obsesión. Por supuesto que una persona vegetariana o macrobiótica no necesariamente sufre esta enfermedad. La clave en cualquier trastorno alimentario como en cualquier trastorno obsesivo radica en si la actitud de la persona con respecto a la comida, al peso y a los ejercicios es lo suficientemente significativa como para cambiar su estilo de vida.

Algunos de los síntomas que nos harían ver que la preocupación por la comida sana se nos ha ido de las manos son: si piensa en planificar al milímetro las comidas, si examina y compara las etiquetas de los productos, si prefiere ayunar antes que comer algo prohibido, si renuncia a su vida social a menos que sea posible llevar sus propios alimentos, si tiene discusiones permanentes acerca de lo que es o no conveniente comer, en definitiva, si su vida cotidiana se ve afectada, entonces es cuando debe preocuparse, ya que lo que empezó como un hábito alimentario ha derivado casi en una religión donde la mínima trasgresión equivale al pecado. Otro de los síntomas es experimentar un enorme sentimiento de culpa cuando se cae en la tentación de comer cualquiera de

los alimentos “prohibidos” y, para compensarlo, se castiga con un régimen aún más estricto o con la abstinencia total. También son síntomas la forma de preparación -verduras siempre cortadas de determinada manera- y los materiales utilizados -sólo cerámica, sólo madera, etc.-, ya que forman también parte del ritual obsesivo.

En España actualmente se desconoce la prevalencia de éste trastorno ya que es un fenómeno muy novedoso, aunque algunos especialistas ya apuntan que entre sus visitas han tenido entre un 0'5 y un 1 por ciento de pacientes ortoréxicos. Los especialistas auguran que estas cifras sufrirán un aumento espectacular en poco tiempo y se verán aún más incrementadas cuando se conozcan más cosas sobre los alimentos funcionales. Puede que se trate de un trastorno alimentario más común que la anorexia y la bulimia, pero de lo que no cabe duda es de que se ha convertido en un área de interés cada vez más creciente.

Aunque la ortorexia no ha sido reconocida oficialmente en los manuales terapéuticos de trastornos mentales, el término ha desencadenado muchas discusiones en Internet, así como grupos de apoyo. Para entrar en los manuales médicos, aún resta que el trabajo de Bratman u otros sigan desarrollándose y sean debidamente sostenidos por investigaciones.

Quizá se trate de otra patología que nos deja caer la sociedad de consumo en su afán de ventas y publicidad engañosa. Un posible nuevo trastorno alimentario y la ilusoria búsqueda de la salud total. Paradojas de la vida: obsesionarse por la comida sana hasta un punto patológico.

3.- El síndrome del comedor nocturno.

Además de los trastornos alimenticios ya citados, también podemos añadir otros dos, que por su patología podemos considerar de bastante gravedad.

El síndrome del comedor nocturno es un trastorno bastante peculiar que afecta entre un 1% y el 3% de la población. Son personas que se levantan a comer de noche aunque estén dormidas y que después no recuerdan haber ido a la nevera.

La diabulimia es una combinación peligrosa y explosiva. En ella coinciden la diabetes y los trastornos alimenticios. Afecta sobre todo a las mujeres que sufren diabetes y que deben tener un especial cuidado en su alimentación.

Síndrome del comedor nocturno. Otro de los nuevos trastornos de la conducta alimentaria es el NES (Night Eating Síndrome), descrito por Stunkard en 1995 tras observar en pacientes obesos una inapetencia diurna que por la noche les convertía en comedores repetitivos e insomnes. También observó una relación entre el síndrome y los períodos de tensión o alarma de los pacientes: si ésta disminuía había una reducción de la ingesta nocturna.

El comedor nocturno se levanta en mitad de la noche y acude a la nevera para comer compulsivamente. Tanto al comedor nocturno como al comedor por atracones se les asocia con la bulimia y la obesidad, mientras que al comedor selectivo se le relaciona con la anorexia.

Quienes lo sufren -entre un 1% y un 3% de la población- se levantan a comer por la noche aunque continúan dormidos. No son conscientes de lo que hacen y no recuerdan nada al despertar. Si les cuentan lo que han hecho lo niegan rotundamente. A menudo, hacen régimen durante el día. También se da en alcohólicos, drogadictos y personas con problemas de sueño. Suelen tratarse en unidades de trastornos del sueño.

Este trastorno, como los anteriores, se caracteriza por la presencia de modificaciones en relación con la ingesta alimentaria, teniendo en común la alteración del comportamiento, lo que marca el carácter psiquiátrico de la enfermedad.

4.- Diabulimia.

Aunque parezca mentira, quienes padecen diabulimia (diabetes y anorexia) aprovechan que son diabéticos para adelgazar. Se trata de una peligrosa patología en la que se mezclan la diabetes tipo I y los trastornos alimenticios. Las personas, sobre todo mujeres, que sufren este tipo de diabetes deben llevar un riguroso control de su alimentación, lo que puede dar lugar a obsesiones y desórdenes alimenticios. Incluso el ejercicio, tan saludable para los diabéticos, puede convertirse en un arma de doble filo al realizarse de forma compulsiva para adelgazar.

Los especialistas han descubierto que muchas chicas diabéticas utilizan una forma muy peligrosa de perder peso: saltarse las inyecciones de insulina. Sin insulina en sangre el cuerpo no puede utilizar los alimentos ingeridos como fuente de energía y la mayoría de las calorías se pierden. Pero lo que conlleva esta nefasta medida es que el organismo utilice las reservas de grasa a un precio muy alto, ya que esto se traduce en pérdida de masa muscular y ósea, y en desnutrición. Disparando su nivel de glucosa en sangre ya no es necesario vomitar, tomar laxantes o comer poco.

Pero saltarse las inyecciones de insulinas puede tener consecuencias terribles, desde la ceguera al fallo renal, el coma diabético o la amputación de miembros. A corto plazo, los efectos también son desagradables para quienes padecen este trastorno: con la glucosa alta aumentan las ganas de hacer pis y es necesario tomar muchos líquidos.

5.- Síndrome de Prader-Willy.

Es un problema congénito asociado a un retraso mental. Si a las personas afectadas por el problema no se les controla el acceso a la comida, comen sin parar hasta que acaban muriendo. Parece estar relacionado con un mal funcionamiento del hipotálamo.

1.3 Semejanzas y diferencias entre anorexia nerviosa y bulimia nerviosa

Debemos tener presente que tanto la anorexia nerviosa como la bulimia nerviosa presentan una preocupación permanente y extrema por la forma y el peso corporal, que más tarde se manifiesta mediante el control excesivo de la ingesta de comida (anorexia nerviosa) o la pérdida absoluta del mismo (bulimia nerviosa).

Respecto a los hábitos alimentarios, las personas anoréxicas disminuyen notablemente el consumo de alimentos, los seleccionan y observan que sean aquellos que ayuden a la reducción de peso. Llegan a realizar un registro diario de las calorías consumidas y muestran un componente obsesivo por las comidas. En algunos casos tienen tendencia a consumir lo mismo día tras día. Como siguiendo un pequeño ritual,

algunas personas parten la comida en pequeños trozos antes de llevárselos a la boca. Hay una atención permanente a recetas, tipos de cocina, etc... Pero los comportamientos no sólo tienen que ver con el alimento. Las personas que padecen este tipo de trastorno, ejercen otras medidas de control del peso como tomar laxantes, consumir sustancias que reducen la sensación de apetito y en otros cuantos casos practicar excesivamente el ejercicio físico.

Las bulímicas fundamentalmente padecen una pérdida de control en su ingesta alimentaria. Atraviesan episodios de sobre-alimentación una o varias veces al día, comen a escondidas y rápidamente, sin saborear los alimentos y puede ser que alternen estos periodos con otros en que intenten llevar un control rígido sobre la dieta.

Gran importancia de los factores socioculturales. Dentro de un mismo grupo el reparto de la enfermedad no es homogéneo, estos trastornos son característicos de unas sociedades desarrolladas económicamente, denominadas sociedades avanzadas o países ricos.

La anorexia y la bulimia son trastornos que se presentan en Occidente y en mujeres que pertenecen a clases medias y altas, clases para las que el éxito y el progreso social tienen una gran importancia. No podemos eludir la manera en que el sexo femenino a través de la historia y en todas las culturas, ha sido claramente marcado por exigencias que se dirigían a su cuerpo.

La bulimia, es una afección que puede depender más de la clase social que la anorexia y en muchos casos se establece como expresión de un sinnúmero de problemas psicológicos. Atiborrarse requiere de alguna capacidad de acceder a los alimentos. Los accesos bulímicos demandan una cantidad casi ilimitada de comida, que sólo es posible en los países industrializados.

1.4 Aspectos psicológicos

Padecer anorexia o bulimia no se limita a algo tan simple como comer o no comer, siempre hay algo que lo desencadena. Ese algo puede tratarse de un acontecimiento, circunstancia, presencia de un objeto o persona. Denominaremos situación a cualquiera de estas posibles causas iniciales.

Entre los elementos que componen una situación se seleccionan algunos a los que se les atribuye mayor importancia. Esta situación de los aspectos percibidos da lugar a unos pensamientos distintos.

Cualquiera que sean estos pensamientos, positivos, negativos o neutros, influirán sobre el estado de ánimo, es decir, sobre las emociones. Puede producir satisfacción o malestar o resultar indiferentes. Según sean se pueden experimentar muchas emociones distintas: tristeza, inseguridad, desánimo, alegría, seriedad, tranquilidad, etc. Las emociones intervienen directamente en la formación de la imagen corporal.

Como consecuencia se produciría un comportamiento u otro. Pero en la vida real esto no es tan esquemático ni tan simple, el cambio en los factores señalados influye en todos los demás.

El estado del organismo desempeña un papel importante en todo este proceso. La persona con un trastorno alimentario, sus percepciones, pensamientos, emociones y conductas quedan influidos por el estado físico de su organismo (mala nutrición).

- Pensamientos automáticos e irracionales: Son creencias o ideas que aparecen de forma intensa y brusca en la mente, se repiten con cierta frecuencia. Si no son realistas ni objetivas, ni tienen una base biológica, se les denomina pensamientos automáticos irracionales. Este tipo de pensamientos son muy característicos de personas con anorexia y bulimia (ejemplo: “Estoy gruesa”).

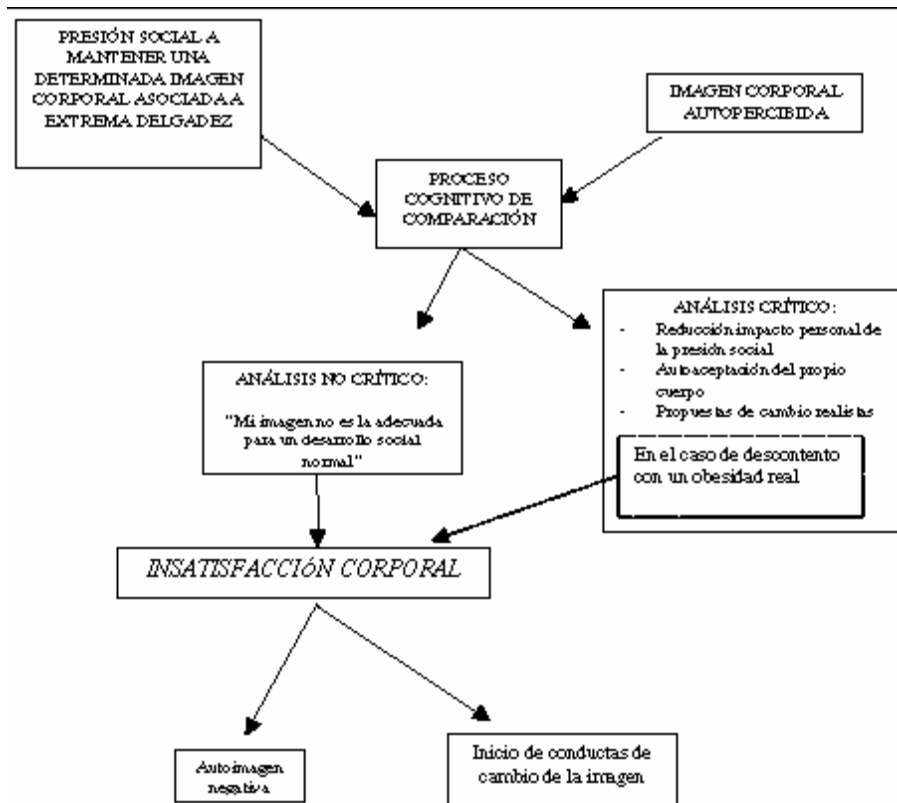
En esta situación, el pensamiento es irracional y por tanto incorrecto. Esta forma de pensar influye negativamente sobre las emociones, hacen que nos

sintamos mal con nosotros mismos. Los pensamientos erróneos más habituales son:

- **Sobreestimación:** dar excesiva importancia a un aspecto, habitualmente de carácter negativo y que crea malestar. Por ejemplo: “Estar grueso es lo peor que me puede ocurrir en mi vida”.
 - **Generalización:** tendencia a hacer un juicio global a partir de algún aspecto temporal. Por ejemplo: “Si engordo un kilo, no pararé de engordar”.
 - **Pensamientos dicotómicos:** pensamientos maximalistas, tales como: blanco o negro, bueno o malo... pero nunca un punto intermedio. Son pensamientos extremos. Por ejemplo: “Si no hago dieta, comeré en exceso”.
- **Autoimagen y autoestima:** Los pensamientos e imágenes que una persona tiene de si misma van formando su autoimagen. Ésta se va formando a lo largo de la vida, a través de experiencias personales, también interviene la opinión que los demás crees que tienen de ti. Al referirnos a autoimagen hemos de distinguir tres aspectos:
- **La imagen corporal:** se refiere a características físicas de la persona (estatura, peso...).
 - **La imagen de la personalidad:** se refiere a características que describen la forma habitual de comportarse y de reaccionar de una persona en relación con los demás (agresividad, simpatía...).
 - **La imagen de las actitudes:** se refiere a cuestiones que explican tus capacidades (inteligencia, habilidad para los deportes...).

Si la autopersuasión es buena, debido a que percibes los aspectos positivos de ti mismo, la autoestima será satisfactoria. Permitirá el equilibrio emocional y unas conductas bien adaptadas. Si en cambio es negativa, también será negativa la autoimagen. La persona se sentirá mal y a la vez sus comportamientos se verán afectados negativamente. Muchas veces esta ha sido una de las causas principales que han originado este problema de la anorexia y la bulimia.

En la actualidad los enfoques explicativos más aceptados de los trastornos de la conducta alimentaria son los multicausales; incluso se han propuesto modelos de interacción de factores que generan estos trastornos (Toro y Vilardell, 1987). Dentro de los factores predisponentes, la insatisfacción corporal se postula como uno de los principales. No se ha propuesto una definición comúnmente aceptada de la misma, pero los diferentes autores la definen como la insatisfacción del sujeto con la forma general de su cuerpo o con las de aquellas partes del mismo que más preocupan a los que padecen trastornos de la conducta alimentaria (Garner, 1998) o también como una preocupación exagerada que produce malestar hacia algún defecto imaginario o extremado de la apariencia física (Raich *et al.*, 1996a). Una revisión de la bibliografía en el campo de los trastornos de la conducta alimentaria (Baile, 1999; Ghaderi, 2001; Gracia, Ballester, Patiño y Suñol, 2001; Toro, 1996) hace evidente la existencia de presión social hacia la mujer para que mantenga una determinada imagen corporal asociada a una extrema delgadez, lo que es considerado como una de las causas de la alta incidencia en los últimos años de estos trastornos. Se podría considerar que una de estas variables mediadoras entre la presión y la instauración de los trastornos es la insatisfacción corporal, pues ésta se deriva de una comparación entre los modelos sociales de belleza y el propio cuerpo, concluyendo con una autovaloración negativa. El siguiente esquema muestra una interpretación gráfica de este proceso de instauración de la insatisfacción corporal frente a una actitud crítica (Baile, Guillén, Garrido, 2002).



Fuente Baile Ayensa, J.I. et als (2001)

1.4.1 Baja Autoestima

En diferentes estudios se ha demostrado que el grado de satisfacción corporal o autoestima física se asocia con la autoestima. Las mujeres con trastornos alimentarios tienen una baja autoestima junto a sentimientos de ser mala persona, descuidada y un intenso miedo al rechazo o al abandono (Garfinkel y Garner, 1982).

Por otro lado la mayoría de los hombres parecen igualar su figura corporal con su figura ideal (Fallon y Rozin, 1985). Muchas mujeres tienen una imagen corporal distorsionada y sobreestiman sus medidas en grado mayor que los varones (Thompson, 1986).

Es intrigante el hallazgo de Cohn, (1987), en el que las adolescentes se percataban que su figura corporal "ideal" era más delgada que la figura corporal que pensaban que los muchachos consideraban atractiva. Las mujeres con estos trastornos parecen sufrir una autoestima baja (Mallick, Whipple y Huerta, 1987).

Las mujeres jóvenes sin trastornos alimentarios exhiben un alto grado de insatisfacción con su cuerpo que es "notable y perturbador". En las mujeres que presentan trastornos alimentarios están más alteradas la percepción y valoración corporal, sobre todo en las que tienen autoestima más negativa (Cooper y Taylor, 1987; Rosen, 1990).

Cuando se pregunta a muestras de población si hacen dieta, las respuestas suelen ser afirmativas en un 36%. Y cuando se pregunta si han hecho dieta la proporción asciende a 69%.

En la anorexia existe una negación consciente a comer. El anoréxico se enorgullece por la habilidad para controlar la necesidad de comer (Mizes, 1990).

Los pacientes que distorsionan o devalúan su apariencia aprenden a reducir su ansiedad evitando determinadas situaciones que podrían provocarla. Huir de la aversión es gratificante, por ello aumentan sus dificultades de relación social (Rosen, 1990).

Alrededor del 75% de los anoréxicos muestran una imagen corporal distorsionada (dismorfofobia), el resto no (Horne, Van Vactor y Emerson, 1991).

Cuando se relaciona el interés por perder peso con las respuestas a cuestionarios que miden actitudes hacia la alimentación y síntomas de patología alimentaria, se encuentra una correlación positiva y aún cuando la mayoría de la población encuestada se encuentra dentro del peso normativo para su edad, talla y sexo, también una gran mayoría quiere adelgazar, hace dieta y siente una gran preocupación por su figura (Toro y Vilardell, 1987; Raich y cols., 1991).

Las personas que sufren trastornos alimentarios y aún mucho más las mujeres (que sabemos son la gran mayoría de pacientes de estos trastornos) suelen identificar su autoestima con la de su propio cuerpo. Es decir, si no se consideran atractivas entonces no sirven para nada (Raich, 1994).

La persona que tiene un pobre concepto de sí misma físicamente llega a realizar muchas conductas denominadas evitación pasiva y activa:

- Evitación Pasiva; alude a evitar situaciones que provoquen preocupación por la apariencia física, como no asistir a eventos en los que la persona considera que su físico va a ser objeto de escrutinio o donde va a encontrar a otras personas que considera más favorecidas que ella misma. Llevar ropa holgada

y no atreverse a usar vestidos ceñidos, evitar intimidad física y comer menos son ejemplos de este tipo de evitación.

- Evitación Activa; consiste en realizar conductas en las que la persona trata de reasegurarse de su propia apariencia. Por ejemplo: mirarse a menudo al espejo, pesarse cada día y aún varias veces en un mismo día, preguntar a los demás acerca de su apariencia (Raich, 1994).

1.4.2 Ansiedad y Depresión

La depresión parece ser un problema continuo para los pacientes anoréxicos. Un estudio de seguimiento a largo plazo demostró que entre 151 expacientes con anorexia, 9 habían muerto 7 años después de su primer contacto médico con la anorexia, 7 de ellos por suicidio (Tolstrup y otros, 1985).

El patrón de sueño más característico es de ansiedad: poca profundidad de sueño despertares frecuentes durante la noche. De hecho, sólo hacer una dieta estricta influye en la profundidad del sueño (Lacks, 1987; Hauri y Linde, 1990) y en el caso de los trastornos alimentarios es una práctica frecuente.

Los pacientes con trastornos alimentarios que distorsionan o devalúan su apariencia aprenden a reducir la ansiedad evitando determinadas situaciones que podrían provocarla. Cuando se relajan al no asistir a una de estas reuniones sociales aumenta la posibilidad de no asistir en el futuro, puesto que huir de la aversión es una de las cosas más gratificantes que existen; por tanto, aumentan sus dificultades de relación social (Rosen, 1990).

El miedo que experimentan por su propio cuerpo, especialmente a la ganancia de peso e igualmente hacia la comida, en particular a los tipos de comida, se puede definir como el tipo fóbico y, de hecho, en el tratamiento de los trastornos alimentarios se han de utilizar muchas de las técnicas de reducción de ansiedad (Raich, 1994).

1.4.3 Trastornos Obsesivo-Compulsivo

Referidos a pensamientos circulares, repetitivos, persistentes sobre la comida y el peso, comportamientos rituales y comprobaciones repetidas se observan en estas personas. Podrían describirse como obsesivo-compulsivos, Además, varios investigadores han hallado relación entre estos trastornos.

Kaviskis y cols. (1986) encontraron que gran parte de sus pacientes obsesivos-compulsivos tenían una historia pasada de anorexia nerviosa. La mayoría de las personas con anorexia nerviosa están ocupadas en pensamientos obsesivos relacionados con la comida y algunas coleccionan recetas de cocina o almacenan alimentos (Raich, 1994).

La observación de las conductas asociadas a otras formas de inanición sugiere que las obsesiones y compulsiones relacionadas con la comida pueden producirse o exacerbarse por la desnutrición (Raich, 1994).

1.4.4 Pobre relación social y problemas familiares

Las familias de los anoréxicos tipo purgativo / compulsivos son menos estables, hay más discordias entre los padres y problemas de salud físicos y han experimentado más eventos negativos en un pasado reciente. Presentan tasas más elevadas de trastornos del ánimo y por abuso de sustancias que las familias de los anoréxicos tipo restrictivo (Kog y Vandereycken, 1985). Estas correlaciones sugieren que los factores genéticos pueden desempeñar un papel en el desarrollo de los trastornos anoréxicos tipo purgativo/compulsivo.

Una situación de conflicto social muy frecuente se da con la familia, ya que la familia y especialmente la madre, tiene la responsabilidad de la nutrición del núcleo familiar. Cuando una persona deja de comer y adelgaza o come grandes cantidades de alimento, crea problemas que suelen generar malestar. Asimismo, acostumbran a perpetuar y aumentar el trastorno al probar diferentes formas de lograr que la persona se

alimento correctamente. Por ejemplo: al admitir "caprichos alimentarios" o al presionar para conseguir una ingesta correcta (Toro y Vilardell, 1987). Todo ello, conlleva a que el problema se mantenga.

Las personas que tienen trastornos alimentarios suelen tener una pobre relación social. Las restricciones sociales que se autoimponen para no ser observadas ni juzgadas favorece una cierta fobia social, pues al huir de estas situaciones se sienten más relajadas y tienden a evitarlas más a menudo. Muchas veces, dependen únicamente de una persona que puede ser su pareja o miembro de la familia. Esta persona suele vivir la situación como muy estresante y puede llevarle a desear no seguir manteniéndola. Si se rompe la relación, por ejemplo, en el caso que sea la pareja, a menudo el paciente queda encerrado en sus propios problemas (Raich, 1994).

1.4.5 Factores precipitantes

Lacey (1986) propone que es necesario un factor estresante que active el desarrollo de la bulimia y sugiere tres factores precipitantes: el conflicto sexual, los cambios importantes en las circunstancias de la vida y la vivencia de pérdida.

Patton (1988) en uno de los pocos estudios prospectivos llevado a cabo con adolescentes que habían estado sometidas a dieta durante un año, en un elevado porcentaje (21.3 %), acababan desarrollando un trastorno alimentario. Este mismo autor en 1992 realizó una investigación con cuarenta mujeres controles y cuarenta mujeres con T.C.A. a las que se les expuso a un estudio subliminal de abandono, concluyendo que el comer era para el grupo de las mujeres con T.C.A. una defensa contra el miedo inconsciente al abandono.

Pitts y Waller (1993) exponen que no hay una relación causal directa entre una historia de abuso y un diagnóstico de bulimia, aunque sugieren que el abuso es un factor de riesgo para el desarrollo de los atracones y las conductas de purga. En este contexto, abuso debe interpretarse ampliamente para incluir abuso sexual y físico así como trauma emocional. Estos autores sugieren que los atracones y los vómitos pueden disminuir los sentimientos negativos asociados con el trauma, el enojo, los sentimientos de

inferioridad y la culpa, produciendo un sentimiento de relajación. En esta misma línea están las investigaciones de Molinero (1993), Vandelinden (1993) y McCarthy (1994).

Rorty, Yager, J. y Rossetto E. (1994) concluyeron en sus investigaciones que las muestras de pacientes bulímicas tenían porcentajes más altos de abusos psicológicos y físicos que los grupos control, por lo que sugieren la importancia de examinar todos los posibles malos tratos sufridos en mujeres con T.C.A. y no dirigir la atención sólo al abuso sexual.

Los autores Bousoño García M., González G. P. Y Bobes García J. (1994) exponen como factores precipitantes:

- Conflictos emocionales o afectivos.
- Acontecimientos vitales estresantes.
- Producirse una ganancia de peso que induzca a seguir una dieta con fracaso en la misma.
- Padecer una anorexia nerviosa de tipo no restrictivo.
- Antecedentes de una dieta o pérdida de peso por otras causas.
- Cambios corporales o alteraciones de la imagen corporal.

1.5 Trastornos emocionales, cognitivos y conductuales que producen anorexia nerviosa y bulimia nerviosa

Anorexia nerviosa:

- Trastornos emocionales:
 - En general cambia el carácter de la persona, se vuelve más susceptible, irritable, triste, malhumorado, desanimado, tiene ganas de llorar, deprimido, con deseos de morir e incluso de suicidarse.
 - Experimenta gran ansiedad y amenaza por la comida, la imagen corporal y por que lo obliguen a cambiar (sus hábitos).

- Siente miedo intenso (con fobia) hacia los mismos objetos siempre: comida, silueta y aumento de peso.
- Aparecen con frecuencia ideas, obsesiones y compulsiones que no logra dominar, siempre relacionadas con la comida, tales como contar las calorías o pesarse repetidamente.

- Trastornos cognitivos:
 - Se caracterizan por los pensamientos negativos en relación con el cuerpo.
 - Creen que su cuerpo no tiene dimensiones correctas y están preocupados por engordar o acumular grasas en determinadas zonas.
 - A medida que adelgazan los pensamientos son más intensos y lo abarcan todo.
 - Llega un momento en el que no les importa la vida.
 - No son objetivos al mirarse porque distorsionan su imagen corporal. Así que hay un empobrecimiento de su imágenes mentales, de su fantasía, de su creatividad....

- Trastornos conductuales:
 - Todos están relacionados con el alimento. Ocultan la comida en los bolsillos, secan con una servilleta de papel el posible aceite de una tortilla, tiran a la basura el bocadillo del desayuno...
 - Suelen aislarse y no salir con amigos, sobre todo en situaciones que conlleven comer. Rehuyen de la familia, coleccionan recetas, leen todos los artículos relacionados con la forma de alimentarse, hacen ejercicio de forma obsesiva para perder peso...
 - Pesarse y comprobar medidas pueden pasar de un extremo a otro (repetidamente o nunca).

Bulimia nerviosa:

- Trastornos emocionales:
 - La persona puede reconocer que su estado de ánimo y su carácter han empeorado. No se gustan, es más se odian y no se dan cuenta que son enfermos.
 - Presentan altos sentimientos de culpabilidad, ya que muestran gran ansiedad cuando se dan los atracones y cuando acaban se sienten muy culpables.
 - Tienen una autoimagen muy negativa, ya que se ven sin voluntad, sin fuerzas, se menosprecian y sienten vergüenza de sí mismos.
 - Comparten muchos trastornos emocionales con los anoréxicos.
 - Experimentan una gran inestabilidad emocional, ya que pueden pasar de estar alegres al desánimo o la tristeza con gran facilidad.
 - Con frecuencia tienen ideas obsesivas, sobre todo relacionadas con la comida.
 - Son comunes los síntomas depresivos en muchos casos con ideas suicidas e incluso con intentos de suicidio cuando el trastorno es grave.

- Trastornos cognitivos:
 - El bulímico tiene una imagen corporal errónea, distorsiona las dimensiones de su cuerpo, viéndose más voluminoso y más corpulento.
 - No perciben correctamente las sensaciones de hambre y de saciedad. A diferencia del anoréxico, el bulímico experimenta habitualmente la sensación de hambre solo que intenta reprimirla y cuando se da el atracón no siente saciedad alguna.
 - Está permanentemente pensando en la comida, de forma obsesiva.
 - Su autoestima es negativa y además su rendimiento desciende debido a la dificultad que tiene a la hora de concentrarse.

- Trastornos conductuales:
 - Sus relaciones sociales y familiares empeoran debido a que se vuelven más agresivos, irritables e impulsivos, actuando en muchas ocasiones sin prever las consecuencias de sus actos.
 - Presentan comportamientos antes inexistentes como robar o mentir (por ejemplo: niegan haberse comido la caja entera de galletas).
 - Se exceden con frecuencia en el uso de alcohol y drogas, y en el terreno sexual suelen ser más promiscuos, teniendo relaciones íntimas con cambios frecuentes de pareja.
 - En ocasiones se sienten avergonzados por no ser capaces de controlarse así que se autolesionan como forma de castigarse.

1.6 Cambios y Trastornos físicos que provocan la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa

A rasgos generales, algunas de las manifestaciones biológicas que podemos encontrar en el amplio abanico de los trastornos de la conducta alimentaria serían a nivel endocrino, nutricionales, gastrointestinales, cardiovasculares, hidroelectrolíticas y renales, óseas y hematológicas.

1) Endocrinológicas:

- Amenorrea: ausencia de la regla al menos tres ciclos menstruales consecutivos.
- Hipogonadismo hipogonadotrópico: disminución de la hormonas sexuales.
- Síndrome del eutiroido enfermo: alteración de las hormonas tiroideas como mecanismo de conservación ante una situación de compromiso serio biológico.
- Aumento de GH con descenso del IGF1: disminuyen los niveles de factor de crecimiento.
- Hiper cortisolismo: aumenta el cortisol en sangre por alterarse su eliminación.
- Hipoglucemias: agotamiento del glucógeno hepático (“almacén de glucosa”).

- Hipercolesterolemia: aumenta el colesterol y disminuyen los triglicéridos hasta en el 50% de los pacientes.

2) Nutricionales:

Los pacientes con TCA pueden llegar a un estado de desnutrición calórica severa, con pérdida de la grasa corporal y afectación de las proteínas estructurales. Otro déficit nutricional frecuente es el déficit de zinc.

3) Gastrointestinales:

Alteraciones dentales, hipertrofia paratiroidea, erosiones esofágicas, retraso del vaciamiento gástrico, dilatación del intestino delgado y alteraciones del colon por abuso de laxantes. Daño hepático por desnutrición.

4) Cardiovasculares:

Disminución de la frecuencia cardiaca (bradicardia) y de la tensión arterial (hipotensión).

Arritmias cardiacas por alteraciones hidroelectrolíticas.

5) Hidroelectrolíticas y renales:

Disminución del filtrado glomerular junto con alteraciones como disminución de potasio, disminución de magnesio y disminución o aumento de fósforo. Pueden ocasionar deshidratación e insuficiencia renal.

6) Óseas:

Osteopenia y osteoporosis (falta de calcio en los huesos) por el déficit de ingesta de calcio, proteínas e hipoestrogenismo (déficit de hormonas sexuales femeninas).

7) Hematológicas:

Pancitopenia (déficit de células sanguíneas) y alteraciones del sistema inmune (encargado de las defensas de nuestro organismo frente a las infecciones).

Más concretamente en la anorexia y bulimia nerviosa encontramos las siguientes alteraciones:

Anorexia nerviosa:

- La mayoría de ellos se deben a la insuficiente nutrición, al abuso de laxantes, diuréticos o al vómito.
- Una de las primeras consecuencias en la mujer son irregularidades en la regla e incluso amenorrea (ausencia de la regla). También hay una disminución de estrógenos lo cual provoca carencia de lubricación vaginal. Igualmente en el hombre se da una disminución de testosterona, lo que provoca disminución del interés sexual.
- Baja la temperatura corporal, lo que induce a la aparición de sabañones en manos y pies (debido a alteraciones circulatorias).
- El aspecto facial de esta persona se caracteriza de un rostro triste, ojeras, arrugas, color blanco grisáceo o amarillo, ojos sanguinolentos, mejillas hinchadas...
- Uñas quebradizas, piel seca y agrietada.
- Caída del cabello, ya que este se seca y pierde además brillo.
- En las mujeres aumenta el vello en los hombros y en la espalda.
- Trastorno del sueño e insomnios.
- Predisposición a sufrir cálculos renales por el mal funcionamiento del hígado lo que provoca aumento de los niveles de colesterol.
- Trastornos gastrointestinales tales como estreñimiento, dolor abdominal y flatulencia.
- Anemia e incluso en niños y adolescentes puede provocar detención del crecimiento y fracturas de los huesos.
- El vómito pérdida del esmalte dental, dientes porosos y caída por lo tanto de estos, además de inflamación de la garganta y ronquera crónica.
- De provocarse el vómito, se producen úlceras en las manos.

- Finalmente, el uso de laxantes, diuréticos y los vómitos ocasionan el mal funcionamiento general del cuerpo y en muchos casos la muerte.

Bulimia nerviosa:

- La mayoría de los cambios han sido descritos ya en el apartado de la anorexia.
- Algunos se deben al atracón, tales como dilatación gástrica y de las glándulas salivares, dolor de estómago.
- Otros son debidos al vómito y uso de laxantes o diuréticos.
- En las mujeres aparecen las irregularidades en la menstruación, e incluso estrés crónico.
- Se hinchan los tobillos y las piernas.
- Muchas de estas consecuencias también pueden conllevar daños irreversibles igual que en la anorexia.

1.7 La intervención psicoeducativa en los TCA

1.7.1 Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil Hospital de Día

La relevancia y complejidad de los TCA justifica la elaboración de programas específicos en la USMIJ-HD. (Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil Hospital de Día).

Al Hospital de Día los pacientes pueden acudir tanto a realizar determinadas comidas como a realizar el tratamiento psicoterapéutico correspondiente. En muchos casos esta estrategia aparecerá como la más adecuada para favorecer la generalización de las conductas aprendidas y la resolución de dificultades subyacentes o asociadas al trastorno al permitírsele regresar a los pacientes a su ámbito social habitual a diario. Los objetivos terapéuticos incluyen diversos aspectos:

- Normalizar unas pautas y hábitos alimentarios, eliminando la restricción de alimentos y/o los atracones, que favorezca unas actitudes positivas hacia la alimentación.

- Nutrir a la paciente, mediante una comida equilibrada, estructurada y socializada, incluyendo alimentos “prohibidos”, que permitan aumentar el peso de la paciente que lo necesita y descender o estabilizar el peso de las pacientes con sobrepeso.
- Prevenir los comportamientos purgativos y el ejercicio excesivo, ofreciendo una contención y/o medidas de control que no serían factibles en el medio familiar.
- Servir de puente de enlace entre un régimen hospitalario y un régimen ambulatorio.
- Identificar y tratar los procesos patológicos subyacentes, tanto psicológicos, interpersonales y familiares.
- Implicar de forma más directa a pacientes y familiares en el tratamiento.
- Observación y Diagnóstico Diferencial.

1.7.2 La Educación Física

La consecución a través de contenidos adecuados podría ser considerada sin duda como elemento preventivo en la aparición de los TCA. La importancia de la Educación Física estará por tanto justificado (Zagala M.L. 2007):

- Educar al alumnado para que alcancen una adecuada relación alimentación – ejercicio físico; influencias de la alimentación en el estado de salud y en el rendimiento físico; requerimientos nutricionales en función de la actividad física realizada; alimentación antes, durante y después de la actividad física...
- Desde la formación del profesorado especialista en Educación Física se propone incluir como contenido curricular una asignatura de prevención de estas patologías, en la que se informe de los TCA, las principales causas, síntomas y consecuencias de los mismos.
- Enfatizar el inadecuado interés del ejercicio físico como regulador del peso corporal de los adolescentes, con la aclaración de que existen diferentes morfologías y que el cuerpo va cambiando a lo largo de la vida.

- Favorecer el desarrollo de actitudes positivas hacia la autoimagen y la aceptación del propio cuerpo, reconociendo sus distintas posibilidades.
- Enseñar a los alumnos y alumnas a utilizar su cuerpo como técnica de expresión corporal. La comunicación de los sentimientos y las emociones a través de movimientos corporales, como elementos clave de expresión corporal; el ejercicio físico...
- Promover y potenciar estilos de vida saludables, concretando la práctica de ejercicio físico como actividad saludable.

A continuación se realiza una secuenciación de la programación de contenidos específicos de intervención y desarrollo de los objetivos didácticos. El desarrollo de las sesiones se puede adaptar a las necesidades educativas del momento. Para ello se realizarán una serie de unidades didácticas:

Primera:

- Tema: Información nutricional.
- Objetivo: Enseñar al alumno a identificar los distintos tipos de alimentos y nutrientes que son necesarios para elaborar una dieta equilibrada.
- Material: Diapositivas o láminas que ilustren los diferentes alimentos.
- Actividad: Elaborar todo el grupo con ayuda del profesor un menú equilibrado, en función de la edad del curso y si son niños o niñas.

Segunda:

- Tema: Trastornos de la conducta alimentaria (TCA).
- Objetivo: La clase estará dedicada a mostrar la diferencia entre anorexia y bulimia, el riesgo para la salud que suponen estos trastornos, y a desarrollar una actitud crítica ante los modelos estéticos que se imponen a las mujeres y a los hombres.
- Material: Alumnado y las técnicas de representación simbólica.
- Actividad: A través de la representación simbólica el alumnado debe comunicar las sensaciones, el miedo a crecer, el no gustarse como persona,...

de una persona que padece anorexia o bulimia frente a aquellas que no la padecen.

Tercera:

- Tema: Expresión corporal.
- Objetivo: Conseguir afirmar la propia imagen con la consiguiente consecución de autoestima personal. Es desarrollar una actitud positiva frente a un cuerpo que puede llevar al sufrimiento.
- Material: El cuerpo como técnica de expresión corporal.
- Actividad: Al tratarse de edades tempranas se trabajará la psicomotricidad, abordando el concepto de esquema corporal a través de un cuento motor guiado por el profesor en el que se relate qué es la imagen corporal.

Cuarta:

- Tema: Imagen corporal y actividad física.
- Objetivo: Mostrar a través de afamadas pinturas, cómo los modelos de belleza cambian con el tiempo y las culturas, el modelo estético vigente es la delgadez, además de reflejar cómo los varemos son muy diferentes también para cada sexo. La experiencia puede ser más enriquecedora y amena si cada ilustración se acompaña de temas musicales.
- Material: Póster explicativo en el que se conjuga la anorexia y el arte.
- Ilustración 1: Póster ilustrativo.

Quinta:

- Tema: Paso a la adolescencia.
- Objetivo: Trabajar sobre esta idea, dentro de una visión integral y positiva haciendo hincapié en las diferencias entre las chicas y los chicos.
- Material: Sujeto y su capacidad expresiva.
- Actividad: A través de un juego escénico elaborado, un grupo de alumnos representan mediante diálogos con cierto grado de improvisación, las diferencias físicas entre el cuerpo de las chicas y de los chicos, la importancia del cuidado del cuerpo a través de la alimentación y el deporte, el cuerpo como fuente de sensaciones y comunicación.

Sexta:

- Tema: Alternativas lúdicas.
- Objetivo: Acercar al alumnado y el uso de las técnicas globalizadoras.
- Actividad: La propuesta va dirigida a representar, a modo de teatro, una serie de historia que estarán realizadas en su totalidad por el alumnado, en las que deben representar los diversos deportes que se pueden practicar en función de la estación del año y de las posibilidades que les ofrece el entorno en el que viven.

1.7.3 Programas Escolares de Educación en Nutrición

Este programa engloba diferentes puntos con el fin de prevenir enfermedades derivadas de una mala nutrición y mejorar la educación alimentaria:

Primero: ¿Por qué debo aprender a comer?

Se enseña cuál es la mejor manera de alimentarse y nutrirse mediante una amplia variedad de alimentos. Para ello hace falta una dieta variada y moderada. No obstante se recuerda que comer bien va acompañado de hacer ejercicio y deporte. Se trata de hacerles ver que una alimentación sana y completa puede ser divertida y a su gusto. Que asimilen que comer bien es muy necesario por diferentes razones:

- Porque una alimentación adecuada hará que se crezca y desarrolle para poder ser mayor.
- Porque comer bien de pequeño ayuda a que de mayor estés más sano. Previniendo enfermedades que tiene los mayores como obesidad o enfermedades cardiovasculares.
- Porque una alimentación incorrecta puede provocar diferentes trastornos como desnutrición, problemas del comportamiento, anemia, caries dental...
- Porque una buena alimentación da más y una mejor energía para el aprendizaje y para las actividades físicas.

La aventura de comer de forma correcta está llena de momentos fantásticos. Para ello se deben conocer los principales protagonistas que la componen:

- Los alimentos. De todos los colores, formas y texturas. Las verduras, las carnes, las pastas, el aceite, los huevos, el pan, los pescados, las legumbres, los dulces, el chocolate, la leche y sus derivados...
- Los utensilios de cocina. Gracias a las sartenes, los cazos, las ollas y las ensaladeras podemos disfrutar de las recetas más ricas.
- Los cubiertos y demás utensilios de mesa. El plato, el tenedor, la cuchara, el mantel o el vaso.

Segundo: Me alimento por necesidad y por placer.

Alimentarse es ingerir alimentos que te proporcionan todo lo que necesitas para crecer, estar más fuerte, hacer deporte y tener ganas de hacer cosas. Es decir, uno se alimenta por necesidad porque hace falta la energía, los nutrientes y otras sustancias que forman parte de los alimentos. Para ello viene bien conocer el contenido de los nutrientes. Lo mejor es tomar alimentos de todos los grupos, así se asegura uno que no le falte ningún nutriente de los que necesita. Sabiendo que se pueden escoger los que más nos gustan de un mismo grupo y así disfrutar más de la comida.

La comida te gusta cuando saboreas los alimentos favoritos, lo que hace que el contenido del plato te encante y te produzca gran placer.

Tercero: ¿Qué es el alimento?

Es aquel producto que, gracias a sus componentes y sus características sensoriales es capaz de calmar el hambre y aportar los nutrientes y la energía necesarios para mantener el organismo en buen estado de salud. Todo lo que se come es de origen vegetal, animal o mineral:

- Los vegetales nos dan sus semillas, sus frutas, sus raíces, sus hojas o sus tallos.
- De los animales obtenemos su carne sus huevos o su leche.

- Del mundo mineral sacamos lo necesario para conservar y dar sabor a otros alimentos: la sal.

Para entender esto bien, los alimentos se dividen en 10 grupos diferentes:

- Grupo 1. La leche y sus derivados. La leche es el producto de las glándulas mamarias de las hembras mamíferas. Su función natural es la alimentación de sus recién nacidos. La leche que más consumimos las personas es la de vaca. Como es un alimento muy perecedero hace falta someterla a un tratamiento térmico a muy altas temperaturas (en torno a 150°) pero dura muy poco tiempo (segundos). Es la UHT, tras la cual la leche queda pasteurizada.

Después se envasa en un tetrabrick, que puede guardarse a temperatura ambiente durante varios meses si está cerrado, pero necesita, una vez abierto, que se guarde en la nevera y consumir en dos o tres días. La leche nos permite elaborar un montón de derivados como yogur, quesos, cuajada, requesón o mantequilla. El yogur y los quesos se obtienen haciendo coagular la leche. El yogur es prácticamente lo mismo que la leche, aunque semisólido. Existe infinidad de quesos diferentes: frescos, blandos, semiduros, duros,... pero todos tienen bastante menos agua que la leche. La nata, es una leche que contiene mucha grasa. Se puede usar para cocinar, para mezclar con el café o se puede batir con mucha fuerza para que se mezcle con mucho aire y así obtener la nata montada. La mantequilla es la grasa de la leche.

- Grupo 2. La carne y los productos cárnicos. La carne es el tejido muscular de los animales de sangre caliente. Hay muchísimos tipos de carne, tantos como animales comestibles: ternera y vaca, cerdo, cordero, pollo, pavo, conejo, perdiz, codorniz... La carne se corta de diferentes maneras: en filetes, en chuletas, en trozos o se pica para hacer hamburguesas. De aquí también sale el jamón y los embutidos. Con la pata del cerdo podemos elaborar jamón de York o jamón serrano.

- Grupo 3. Los pescados y los mariscos. Son animales comestibles de agua dulce o salada. Casi todos los peces que comemos se pescan, pero ahora ya existen piscifactorías, que son granjas acuáticas donde se crían y alimentan los peces. Algunos de todos ellos serían: la merluza, el lenguado, la pescadilla, las sardinas, el atún, el salmón.
- Grupo 4. Los huevos. Todas las aves ponen huevos y casi todos son comestibles, pero nuestros preferidos son los huevos de gallina.
- Grupo 5. Las leguminosas. Son las semillas secas de las plantas de la familia de las fabáceas sacadas de sus vainas. Son los garbanzos, las lentejas, los guisantes, las judías, las habas y la soja. También se llaman legumbres
- Grupo 6. Los cereales, el pan, las pastas y la bollería. *Los cereales*, lo más conocidos son el trigo, el centeno, la avena, el maíz y el arroz. Todos son plantas que pertenecen a la familia de las gramíneas, que crecen como espigas. De estas plantas se aprovecha el grano, que es la semilla y es como un almacén de almidón que contiene todo lo necesario para alimentar a la nueva planta. El grano lo molem hasta que obtenemos harina, salvo en el caso del arroz, en el que normalmente nos quedamos con el grano completo sin triturarlo. La harina es muy importante, con ella se fabrica el pan, los bollos, las galletas, las pastas o los cereales para el desayuno. *El pan*, es un alimento básico que se elabora con harina, normalmente de trigo con agua, sal y levadura. Se mezcla todo lentamente. Luego se deja reposar y la levadura, que es un pequeño microorganismo, empieza a fermentar. Al mismo tiempo libera un gas anhídrido carbónico que intenta salir de la masa, pero la red que ha formado la proteína del cereal (el gluten) no le deja salir. El gas empuja y la masa se va hinchando. Luego metemos la masa en el horno. Esto hace que el anhídrido carbónico consiga escapar de la masa pero deja vacío el espacio que ocupaba. Así es como la miga queda esponjosa. *La pasta*, se elabora con harina de trigo duro que se mezcla con agua y sal, se moldea y luego se seca rápidamente. Al quitar el agua conseguimos unos alimentos que se conservan durante mucho tiempo. Hay muchos tipos con distintas formas, colores, rellenos de carne o de verduras. *Galletas y bollería*,

siempre se hacen con harina de cereal junto con otros ingredientes como la mantequilla, la margarina, el azúcar, el chocolate, las frutas, los frutos secos y las cremas.

- Grupo 7. Las verduras y las hortalizas. Son productos de la huerta. De las plantas nos comemos diferentes partes. Por ejemplo, las acelgas, espinacas y la lechuga son hojas. El apio es un tallo y las alcachofas son una flor. La remolacha, las zanahorias y la patatas son raíces y los ajos y las cebollas son bulbos. El tomate es un fruto.

- Grupo 8. Las frutas y los frutos secos. Son los frutos de los árboles frutales. Y los frutos son partes de la planta que protegen a las semillas y a partir de las cuales se forman las nuevas plantas. Hay frutos que rodean a las semillas de una parte carnosa que le servirá a la semilla de alimento cuando tenga que crecer y convertirse en una planta. Hay muchísimas frutas diferentes: cítricos (naranja, limón, mandarina y el pomelo), frutas de invierno (peras y manzanas), frutas de verano (el melón, la sandía, las cerezas, los albaricoques, los melocotones, las ciruelas...), tropicales (la piña, el mango, la papaya y los kiwis) algunas frutas especiales (La aceituna que es la fruta del olivo y el aguacate), los frutos secos (son las semillas o los frutos de algunos vegetales que se ponen a secar, las almendras, las nueces, las avellanas, las uvas pasas, los higos secos, los cacahuetes...)

- Grupo 9. Los aceites y las grasas. Sirven para cocinar, para condimentar las ensaladas y las verduras y para untar el pan. Los aceites son líquidos llenos de grasa que obtenemos de las semillas o los frutos oleaginosos. El aceite de oliva lo obtenemos de las aceitunas y el aceite de girasol lo obtenemos de las pipas de girasol. La mantequilla es una grasa, pero también es un derivado lácteo. La margarina es una grasa que se obtiene de otras grasas de origen vegetal o animal.

- Grupo 10. Las bebidas. El agua es la más consumida, puede ser agua del grifo o agua envasada (mineral natural o de manantial). En todos los casos

debe ser agua potable, es decir, que esté lo suficientemente limpia y sana para que no nos haga enfermar.

Cuarto: ¿Qué tienen los alimentos? Energía y nutrientes. Nuevos alimentos.

Necesitamos alrededor de 50 tipos de nutrientes que los ingerimos de los distintos tipos de alimentos. Algunos se llaman macronutrientes, porque los necesitamos en grandes cantidades, por ejemplo, las proteínas, los hidratos de carbono y las grasas. Otros se llaman micronutrientes y los necesitamos en cantidades pequeñas, las vitaminas y los minerales. El agua se considera también un nutriente ya que es imprescindible para mantenernos vivos. No existe ningún alimento, excepto la leche materna para los bebés de 0 a 6 meses, que tenga todos los nutrientes en la cantidad necesaria. Por eso hay que comer de todo, bien combinado y de forma equilibrada.

Nuestro cuerpo gasta la energía de tres formas:

- En las funciones básicas: latir del corazón, respirar, mantener la temperatura corporal a 37° C.
- Realizar actividades físicas: correr, andar, hacer deporte...
- Para crecer.

La energía no es propiamente una sustancia, sino que el organismo la extrae fundamentalmente de dos sustancias: las grasas y los hidratos de carbono. Todos los alimentos aportan energía en mayor o menor medida. Los alimentos que tienen más hidratos de carbono son los cereales (pastas, el arroz, el pan, el maíz, los cereales para el desayuno...) y también el azúcar, la miel, los refrescos o el agua. Algunos alimentos ricos en hidratos de carbono también tienen fibra, que es una sustancia que no nos da energía pero es un componente que ayuda a que el intestino funcione regularmente y hace que no se tenga estreñimiento. La fibra la podemos tomar en alimentos como los cereales integrales, las frutas y las verduras y legumbres (lentejas, garbanzos...). Las grasas las podemos encontrar en grandes cantidades en alimentos como la mantequilla, las margarinas, el aceite o los alimentos que cocinamos con estos ingredientes.

Si tomamos más energía de la que necesitamos la almacenamos sin gastarla y ganamos peso. Pero si no comemos bastante, nos sentiremos cansados y no podremos crecer ni estudiar, por eso es tan importante el equilibrio.

Las proteínas sirven para recuperarnos, son macronutrientes que el organismo utiliza para reparar el continuo desgaste de nuestro cuerpo. Las proteínas tienen una función importante en los mecanismos de defensa contra las infecciones y nos ayuda a luchar contra los virus y las bacterias. Algunos alimentos muy ricos en proteínas son los huevos, las carnes, el pescado, la leche y los derivados lácteos.

Las vitaminas son nutrientes que se encuentran en pequeñas cantidades en los alimentos y que el organismo necesita en poca cantidad. Por eso se denominan micronutrientes. Son imprescindibles para el correcto funcionamiento de nuestro cuerpo. Cuando no consumimos todas las vitaminas en cantidad suficiente, aparecen diferentes enfermedades que llamamos carencias. En la actualidad se conocen 13 vitaminas que se nombran con las letras del abecedario y con números: vitamina A, las del grupo B (B1, B2, B3, B5, B6, B8, B9, B12) C, D, E y K. Cada una tiene una función distinta en el organismo. Casi todos los alimentos contienen alguna vitamina, pero los más ricos son las frutas, las verduras y las legumbres. Sin embargo, no todos los organismos tienen todas las vitaminas en la misma cantidad, y por eso es importante comer muchos alimentos diferentes:

- Vitamina A, es muy importante para el crecimiento y el desarrollo adecuado de la vista. Las zanahorias, la leche y los derivados lácteos son ricos en vitamina A.
- Vitamina B, los cereales y las verduras tienen bastantes vitaminas de este tipo, que son muy necesarias para mantener la salud del organismo.
- Vitamina C, es necesaria para crecer y para defendernos de las infecciones y la encontramos abundantemente en las mandarinas, las naranjas, las fresas y los kiwis.
- Vitamina D, necesaria para tener un esqueleto fuerte a lo largo de la vida, la encontramos en los lácteos, pescados como el atún o carnes como el hígado.

Al igual que las vitaminas, los minerales se necesitan en pequeñas cantidades, pero su importancia para la salud es grande para que se realicen las funciones orgánicas de forma adecuada. La fuente principal de los minerales está en los alimentos, así por destacar algunos, nos referiremos al calcio, el cual se encuentra de manera abundante en la leche y sus derivados, teniendo una función primordial en la formación ósea y en los dientes además de ciertas funciones intracelulares de cambio iónico; el hierro se encuentra en las carnes rojas y tiene una función irremplazable en el transporte de oxígeno a la célula el formar parte del núcleo de la hemoglobina; el fósforo, se encuentra en los lácteos, huevos, frutos secos y cereales, teniendo una función combinada con el calcio en la osteogénesis y actividad muscular; el yodo, está presente en los pescados y algas, forma parte de de las hormonas del tiroides, las cuales nos alertizan y preparan para la actividad.

El agua, tal vez sea el elemento mas importante para nuestro organismo, no en vano estamos compuestos por más del 80% de agua, de ahí la importancia de ingerir diariamente una cantidad adecuada para que puedan realizarse el resto de las funciones, es lo que denominamos hidratación, siendo las cantidades relativas, en función de la temperatura corporal, la ambiental, el nivel de ejercicio y la superficie corporal. Todos los alimentos son ricos en agua, destacando las frutas y verduras sin olvidar que la forma pura del agua determina la viabilidad de un entorno y nuestra responsabilidad en su buen uso como recurso escaso y de alto valor para la vida.

Podemos resumir diciendo:

1. Los alimentos aportan nutrientes necesarios para mantener el cuerpo en funcionamiento, crecer, jugar, pensar y estar sanos.
2. La energía la obtenemos fundamentalmente de los hidratos de carbono y de las grasas.
3. Las proteínas y los minerales como el calcio, el fósforo y el flúor son los materiales de construcción de nuestro cuerpo. La leche, los yogures, los quesos, las carnes, los pescados y los huevos son alimentos muy ricos en proteínas.
4. Las vitaminas y los minerales aunque los necesitemos en pequeñas cantidades, son imprescindibles para mantenernos vivos y sanos. Las

frutas y verduras son los alimentos más ricos en estos nutrientes, aunque no de manera exclusiva.

5. El agua existe en todos los alimentos, aunque no sean líquidos. Mas de la mitad de nuestro organismo es agua y por eso tenemos que beber mucha agua frecuentemente.

Quinto: ¿Cómo me alimento?

El aparato digestivo es una especie de circuito por donde transitan los alimentos. Y esta especie de trayecto por el interior del cuerpo se llama digestión, lo cual significa que todo o parte de lo que ingerimos queda en nuestro cuerpo y lo que no es asimilado lo expulsamos al exterior, pensemos en un hueso de aceituna, si nos lo tragamos, atravesará el tubo digestivo pero saldrá fuera de nosotros igual que entró. Eso quiere decir que no lo habremos incorporado a nuestro cuerpo, pero si pensamos en un trozo de carne o una manzana, un trozo de pan o una cucharada de arroz blanco: entran de una manera pero salen de otra, el por qué se encuentra en el funcionamiento del aparato digestivo.

El aparato digestivo consta de un conjunto de órganos que procesan y “rompen” los alimentos en esas partículas que, como hemos visto, se llaman nutrientes. Cuando lo que tragamos no es un alimento, sino, por ejemplo, un hueso de aceituna o de fruta, el aparato digestivo lo expulsa con rapidez.

Este circuito tiene muchas etapas y paradas. Los alimentos entran por la boca. Aquí es donde empieza la digestión. La boca está rodeada por los labios y en su interior se encuentran los dientes, la lengua, el paladar y las glándulas salivares que segregan saliva para humedecer los alimentos, realizando:

- Los dientes, rompen los alimentos de diferentes formas: los incisivos cortan, los caninos desgarran y las muelas trituran.
- La lengua, tiene las papilas gustativas que nos informan del sabor de los alimentos.
- Las glándulas salivares segregan entre 1 y 2 litros de saliva al día. Sin saliva, masticar y tragar el alimento sería una tarea realmente difícil.

Hay dos tipos de digestión, la mecánica y la química, la digestión mecánica es la que realizan los dientes y la lengua al masticar los alimentos y mezclarlos con saliva para formar el bolo alimenticio. Después, unas sustancias que están en la saliva y se llaman enzimas rompen los alimentos en partículas aún más pequeñas: eso es la digestión química.

¿Por qué los dientes son diferentes?, tenemos dientes distintos porque somos omnívoros, es decir, nuestra dieta es muy variada y comemos todo tipo de alimentos. El recién nacido no tiene dientes; cuando el bebé comienza a tomar alimentos sólidos, aparecen dientes temporales, que son reemplazados por 32 dientes permanentes en el adulto (8 incisivos, 4 caninos, 8 premolares y 12 molares).

¿Qué es masticar?: la masticación es el movimiento coordinado y armónico de la mandíbula con los dientes, los labios, la lengua y otros músculos que rodean la boca, como los que forman las mejillas. Estos movimientos son tanto voluntarios (conscientes) como involuntarios (inconscientes).

¿De dónde sale la saliva?, de las glándulas salivares, que pueden ser mayores y menores. Las menores son de pequeño tamaño y están repartidas por la mucosa de las mejillas, el paladar o la lengua. Las mayores son órganos visibles que se disponen rodeando la mandíbula: son seis, tres a cada lado. Si levantamos la lengua, en el suelo de la parte inferior se puede ver la desembocadura de las glándulas que están debajo, a los lados del frenillo. La parótida es otra de las glándulas mayores, está debajo del oído y cuando se inflama produce la parotiditis conocida como paperas.

Más debajo de la boca, el alimento recorre unas largas rectas: la faringe es la primera, está situada en la parte de arriba del cuello y es un tubo en el que se cruzan el aparato digestivo y el respiratorio. Cuando tragamos, la campanilla se pone horizontal y se cierra la entrada de aire a los pulmones. La única vía que queda libre es el esófago, por donde descenderá el bolo alimenticio, el cual atraviesa por el mediastino el tórax y atravesando el diafragma llega al estómago que está en el abdomen. El estómago es como una bolsa que se dilata, que recibe y almacena toda la comida durante un tiempo. Está en el lado izquierdo del abdomen, su forma es variable, depende de si está lleno o vacío, si estamos de pie o tumbados o de lo altos o anchos que seamos. Las paredes del

estómago tienen glándulas que segregan jugos gástricos, los cuales se mezclan con el bolo alimenticio y todo junto forman una especie de papilla que se llama quimo.

A través de una válvula llamada píloro pasa el quimo del estómago al intestino delgado, este es un tubo que puede llegar a medir siete metros, según su anchura se divide en delgado o grueso. El quimo pasa primero por el intestino delgado, en él se acaba de hacer la digestión química y se realiza una de las funciones más importantes de toda esta trayectoria: se absorben los nutrientes. Absorber los nutrientes, quiere decir que el cuerpo los hace suyos. Una vez dentro, los nutrientes pasan al torrente sanguíneo y son distribuidos a todas las células del organismo, aunque existen dos glándulas muy importantes en este proceso: el hígado y el páncreas.

El hígado está en el lado derecho del abdomen. Es la glándula más grande del cuerpo humano, actúa como una barrera, filtrando la sangre que viene del intestino vía hemática, cargada de nutrientes, antes de que pase a la circulación general. También fabrica bilis, la cual es un conjunto de sales minerales que dividen las grasas más pequeñas para ayudar a su digestión.

El páncreas es otra glándula, cuyo jugo contiene enzimas indispensables para la digestión de los hidratos de carbono, las proteínas y las grasas.

La última etapa de este circuito es el intestino grueso, el cual se divide en colon y recto. El colon actúa absorbiendo agua, además ya empieza a almacenar y compactar los productos sólidos que no se han absorbido. De esta manera se empiezan a formar las heces. El recto es la parte final y sirve de almacén de las heces hasta que se expulsan al exterior por el ano con la defecación, que en el bebé es un acto involuntario y en el adulto es voluntario.

Dentro del intestino viven bacterias a cuyo conjunto se le llama flora intestinal, estas son beneficiosas porque nos ayudan a digerir algunos alimentos o a sintetizar algunas sustancias útiles, como la vitamina K. La relación de beneficio mutuo entre nosotros y esas bacterias se llama simbiosis. Es muy importante que esta flora se conserve bien para que nuestra digestión sea correcta, si se afecta o pierde su equilibrio puede aparecer diarrea, la cual es consecuencia de un aumento del movimiento intestinal, no dando tiempo a la absorción de agua, razón por la que es más líquida,

teniendo otras muchas etiologías. El proceso contrario es el estreñimiento, debido a una mayor absorción de líquidos del quimo produciendo heces más compactas.

Al finalizar la digestión, hay productos que no se digieren, como la fibra, pero que son muy importantes para el tránsito intestinal y la formación de las heces. Si la digestión es lenta, algunas de estas fibras vegetales pueden fermentar dentro del intestino, sobre todo en el intestino grueso, produciendo gases intestinales.

Sexto: ¿Cuánto me alimento?

El conjunto de alimentos que tomamos en un día se llama la dieta diaria. Esta tiene que tener todo tipo de alimentos, no puede faltar ninguno, todos son importantes, sin embargo, de todos los alimentos, algunos hay que tomarlos más y otros menos para que nuestro cuerpo funcione bien, si nos refiriésemos a ellos como los componentes de una pirámide, los clasificaríamos en:

- *La base de la pirámide*: raciones de 5 a 6 cada día. Es el escalón más bajo y más grande, están los cereales y sus derivados, como el pan, el arroz, la pasta, el maíz y la patata, todos son alimentos energéticos básicos a los cuales hay que añadir el agua, elementos fundamentales para el mantenimiento vital.
- *El segundo escalón*: frutas y verduras, raciones 5 cada día. Las frutas y verduras nos aportan vitaminas y minerales, elementos fundamentales para el funcionamiento correcto del organismo.
- *Tercer escalón*: los lácteos, raciones de 2 a 4 cada día, sus compuestos ayudan al mantenimiento del hueso y fundamental en el crecimiento.
- *Cuarto escalón*: carnes, pescados, huevos y legumbres, raciones 2 diarias. Es conjunto de estos aportes es fundamental para el aporte energético y el crecimiento, hay que establecer un equilibrio en su ingesta.
- *Quinto escalón*: los embutidos, raciones de vez en cuando, pero no todos los días, el jamón, chorizo, salchichón, patés, etc., pueden tomarse de vez en cuando pero no todos los días, pues tienen un alto componente graso, aumentando a la larga los riesgos cardio-vasculares.

- *Último escalón:* los dulces, raciones solo en ocasiones especiales. Estos alimentos están en el pico de la pirámide, su ingesta debe ser muy moderada pues su aporte en hidratos de carbono es muy alto, relacionándose íntimamente con la obesidad y la diabetes.

Lo mejor es hacer 4 ó 5 comidas diarias y que no sean demasiado abundantes, para no sobrecargar los procesos de digestión y asimilación, podríamos dividir un día en desayuno, a media mañana, mediodía, merienda y cena.

- *El desayuno:* es muy importante tomar un buen desayuno, que consista en una mezcla de tres alimentos distintos: leche, fruta o zumo de fruta y pan o cereales. Y tiene que tomarse tranquilamente, sin prisa pero sin pausa.
- *A media mañana:* es el momento de tomar una fruta, un zumo, queso, galletas o jamón cocido. Dulces y bollos, solo de vez en cuando.
- *La comida de medio día:* debe tener de todo y apetecible, un primer plato que puede ser arroz, macarrones o espaguetis, puré de verduras o ensalada con aceite de oliva, guiso de patatas o legumbres. Un segundo plato de carne, pescado o huevos, siendo muy moderado el uso de la sal. Y un delicioso postre, que puede ser fruta o un yogur. La comida siempre deber ir acompañada de pan y agua.
- *La merienda:* leche o yogur, fruta o zumo, galletas, un bocadillo casero y, de vez en cuando algún fruto seco.
- *La cena:* hay que tomar dos platos distintos a los de la comida. Por ejemplo, si a mediodía tomamos macarrones, en la cena podemos tomar puré de verduras. Y si de segundo plato a mediodía comemos un filete de carne, podemos cenar pescado, acompañándolo todo con pan y agua. Después de la cena es necesario el descanso con un sueño reparador, es preferible no acostarse inmediatamente después de cenar, mejor esperar un rato para hacer mejor la digestión.

Séptimo: ¿Cómo disfruto comiendo? Aspectos sensoriales. La educación del gusto.

Los restaurantes siempre están llenos. Eso quiere decir que a las personas nos encanta comer disfrutando y en compañía, esto tiene que ver con los sentidos humanos, la vista, el oído, el gusto, olfato y tacto.

Los sentidos son esenciales para apreciar la alimentación y por tanto disfrutar con ella, la alimentación es un hecho cultural. Esto quiere decir que las personas, al contrario que otros animales, tenemos la capacidad de convertir nuestra alimentación en algo distinto y especial. La necesitamos para vivir y tener salud, pero también para relacionarnos con la familia y con los amigos y compartir con todos ellos momentos divertidos. Por eso decimos que nuestra comida debe ser saludable, pero también satisfactoria. Y además del contenido de la alimentación, es importante la forma de comer y el tiempo que se destina a la comida.

Podemos establecer e inducir a descubrir el maravilloso mundo de los sentidos:

- *La vista*: lo primero que hay que hacer al sentarnos en la mesa es mirar lo que comemos. A través de la vista apreciamos la forma, el aspecto y el color de los alimentos. A esto se llama conseguir estímulos y percepciones visuales. De esta manera discriminamos en primer lugar lo desagradable de lo agradable.
- *El olfato*, después de ver sigue el oler, así tendremos estímulos y percepciones olfativas, es la segunda impresión que se recibe de los alimentos.
- *El tacto*, es importante para disfrutar de estímulos positivos que provienen de la textura y la temperatura de los alimentos.
- *El gusto*, este sentido resulta especialmente interesante, porque es el que está más directamente relacionado con la alimentación. A través del gusto nos llegan estímulos y percepciones gustativas, olfativas y químicas. Dependiendo de si la impresión recibida a través de la lengua es favorable o desfavorable. Querremos comer o no un determinado tipo de alimento o recetas.
- *El oído*, este sentido también tiene su protagonismo, nos permite conversar y hablar de la comida, recibir estímulos externos y comentarios que permitan

apreciar favorable o desfavorablemente lo que tenemos en el plato, lo que vamos a comer o lo que hemos comido. Además, los alimentos emiten sonido y a veces puede ser muy agradable, como puede ser el crujir de una patata frita.

Existen cuatro sabores básicos, dulce, amargo, salado y ácido. Todos estos sabores se pueden apreciar en la lengua. El dulce en la punta, el amargo detrás, el salado en las paredes exteriores y el ácido en las paredes interiores. A partir de estos cuatro sabores básicos aparecen todas las combinaciones del sabor y del gusto de los alimentos.

Octavo: ¿Cómo disfruto comiendo? Tecnologías de los alimentos. Técnicas culinarias.

Lo mejor de una buena alimentación es comérsela y lo segundo cocinarla. Entre el momento de comprar un alimento y el momento de comérselo pasan dos cosas importantes: la conservación y la preparación del alimento. La mayoría de los alimentos que compramos no son utilizables en el acto. Siempre suele transcurrir un periodo de tiempo corto o muy largo hasta que son consumidos. Por eso es necesario conservarlos bien. Después justo antes de comerlos, tendremos que prepararlos. A veces sólo es necesario lavarlos y añadirles algún condimento, como con el tomate o la fruta. Pero en la mayoría de los casos hay que cocinarlos.

¿Cómo mantener los alimentos en condiciones? Para conservar los alimentos podemos emplear distintas formas. Hay algunos que necesitan frío, otros calor, a otros no les puede dar la luz y otros tienen que estar sin oxígeno o sin humedad. Pero siempre el objetivo es el mismo, que al consumirlo el alimento se encuentre en perfectas condiciones y se parezca lo más posible a como estaba antes de ser conservado.

El frío: la forma de conservación más utilizada. Los alimentos se refrigeran (es decir, se guardan en el frigorífico a una temperatura alrededor de 4° C) si pensamos consumirlos en poco tiempo, de 2 a 4 días. Así conseguimos retrasar el crecimiento de microorganismos. Si queremos que los alimentos se conserven durante más tiempo. Incluso hasta 6 meses dependiendo del alimento, tenemos que mantenerlo a una temperatura más baja, entre -18° y -24° C. Es decir, los congelamos.

El calor: También se emplea para conservar. Primero los alimentos se someten a una elevación de temperatura. Si es muy alta y muy rápida, mucho mejor. Luego, se introducen en envases especiales. Un ejemplo sería la forma de conservación de la leche UHT y las conservas envasadas en latas o botes de cristal. También los alimentos ahumados y los precocinados, que se suelen refrigerar después de haber sido calentados.

Quitar y añadir: otras formas de conservación. Hay alimento a los que se les quita agua; a los envasados al vacío, aire. También hay alimentos a los que se les añade algo (sal, azúcar, grasa o algún gas) para conservarlos durante un largo periodo de tiempo. Es el caso del jamón serrano (se conserva gracias a la sal), las mermeladas, las compotas o las macedonias (azúcar), el queso en aceite (grasa) o los embutidos conservados al vacío.

Los conservantes alimentarios. Garantizan que los alimentos lleguen en perfectas condiciones a nuestra mesa.

Técnicas culinarias. Antes, tres ideas básicas:

- Cocinar facilita conseguir una dieta diaria variada y equilibrada.
- Cocinar significa comer de manera adecuada y mucho más segura.
- Cocinar es imprescindible para disfrutar del placer de la comida.

Es recomendable, siempre que sea posible, consumir los alimentos inmediatamente después de ser cocinados para evitar que pierdan componentes nutritivos. Distintas técnicas culinarias que aplican calor para hacer más apetecibles los alimentos:

- Cocinar con calor:

- *Fritura*: Es el calentamiento de una grasa o aceite y la introducción en ella del alimento. Es una técnica típica de lo que llamamos dieta mediterránea. No es conveniente abusar de las frituras porque el aceite es un alimento rico en calorías.

- *Cocción*. Calentamos agua e introducimos en ella los alimentos hasta que estén cocidos. Es la técnica usada para hacer pasta, verdura hervida, sopa, arroz, etc.
- *Asado*: Es calor se transfiere al alimento por radiación. Es lo que ocurre cuando se elabora el pan y cuando asamos carnes, pescados u hortalizas.
- *Microondas*: El horno microondas calienta el alimento mediante un campo electromagnético que provoca un gran número de vibraciones en las moléculas de agua del alimento y que, por rozamiento entre ellas, producen calor.

La etiqueta explica toda la “vida” del producto. Es obligatorio que en la etiqueta que deben llevar todos los alimentos figure toda la información sobre la composición del alimento, el fabricante y los métodos de almacenamiento y preparación. La etiqueta también nos informa de la forma de conservación, que va íntimamente ligada a las fechas, del modo de empleo, y del fabricante.

Noveno: Buenas costumbre en alimentación.

¿Qué significa comer mal? Cuando pensamos en la frase “comer mal”, lo primero que nos viene a la mente es comer poco o comer cosas que no son sanas o comer de forma desequilibrada (por ejemplo, con muchas grasas pero con pocas vitaminas). Además, comer mal quiere decir lo siguiente:

- Comer demasiado rápido.
- Comer demasiado lento.
- Comer en un lugar lleno de humo y mal ventilado.
- Gritar durante la comida.
- Comer siempre solo.
- Comer ensuciándose sin cuidado.

¿Cómo evitar comer mal? Muy fácil, con tranquilidad y disfrutando de la comida, que está riquísima. Las horas del desayuno, la comida y de la cena pueden ser muy agradables. Además, comer toda la familia junta es una buena forma de pasarlo

bien. Si nos alimentamos en el lugar y en el momento correcto y al ritmo adecuado, haremos bien la digestión y evitaremos dolores de barriga.

Algunas buenas costumbres para cada día:

- *Comer fuera de casa.* Si te quedas a comer en el colegio, tienes que explicarles muy bien a tus padres lo que te han dado de comer. Así, entre todos, se podrán compensar las posibles deficiencias en algunos alimentos que pudieran producirse.
- *El desayuno siempre es fundamental.* Tiene que aportar una buena parte de la energía y los nutrientes que necesitamos cada día. En el desayuno debemos tomar leche o derivados lácteos, fruta y cereales, como mínimo.
- *La higiene.* Tienes que lavarte las manos antes y después de comer. También hay que masticar despacio y bien los alimentos antes de tragárselos. Se deben utilizar correctamente los cubiertos: la cuchara y el cuchillo se cogen con la misma mano y el tenedor con la otra. Antes y después de beber, los labios se limpian con la servilleta. Y al terminar de comer a lavarse los dientes sin prisas y con ganas. La higiene bucal es muy importante.

Décimo: Ejercicio físico y hábitos de vida.

Cada día todos gastamos una cantidad de energía que necesitamos reponer. Gastamos energía en todo momento., incluso cuando respiramos, hacemos la digestión, dormimos o estamos en reposo, nuestro cuerpo también gasta una cantidad determinada de energía, que se llama metabolismo basal o gasto metabólico en reposo. A esta edad se está en pleno crecimiento. Por eso gastas más energía que las personas mayores. Incluso cuando no te mueves y no haces nada. Cuando nos movemos o estudiamos, el gasto de energía se llama gasto energético por actividad. La cantidad que gastamos depende del tipo, duración e intensidad de la actividad física que realizamos. La siguiente tabla muestra distintas actividades y la energía que gastamos al realizarlas:

Tipo de actividad	¿Cuánta energía se gasta?
Actividad de descanso: Dormir, estar en posición tumbado, ver la TV...	Poquísima
Actividad muy ligera: Estar sentado (leyendo, escribiendo, etc.), estudiar, trabajo de ordenador, jugar con la videoconsola, conducir, comer...	Muy poca
Actividad ligera: Actividades ligeras del hogar (barrer, pasar el aspirador, fregar el suelo, hacer la cama), pasear, jugar al golf, jugar al ping-pong...	Poca
Actividad moderada: Actividades pesadas del hogar (bricolaje, planchar, limpiar los cristales, etc...), cuidar el jardín, bailar, montar en bicicleta, andar deprisa (5-6 km/h)...	Bastante
Actividad alta: Correr, subir escaleras, jugar al fútbol, baloncesto, tenis, squash, hacer montañismo, natación, esquiar...	Mucha

Fuente: Programa Escolar Nestlé de Educación en Nutrición

Comer para reponer energía. Toda la energía que se gasta debe ser repuesta gracias al alimento. Pero manteniendo el peso normal, sin engordar ni tampoco adelgazar. El problema resulta cuando muchas personas apenas hacen ejercicio y llevan una vida muy sedentaria. Por ejemplo, se pasan todo el día sentadas en el colegio, en casa haciendo los deberes o viendo la tele y después se van a dormir. Por eso hay que moverse y hacer ejercicio todos los días. Muy importante, como mínimo 60 minutos de ejercicio al día. Ventajas de hacer ejercicio:

- Nos ayuda a crecer, a que nuestros músculos y huesos estén fuertes y resistentes.
- Mantenemos en forma nuestro corazón.
- Nos sentimos más seguros de nuestras capacidades.
- Rendimos mejor en los estudios reduciendo el estrés y nos relajamos.
- Gastamos más energía, y así es más fácil mantener un peso adecuado.
- Llevamos una vida más sana y estamos menos expuestos a sustancias dañinas para nuestro organismo (alcohol, tabaco y drogas).

Una precaución muy sencilla, recuerda siempre que es importante no realizar mucho ejercicio con el estómago vacío o inmediatamente después de comer. Puede cortarnos la digestión y hacer que nos encontremos mal. Algunos consejos para aumentar la actividad física de manera divertida:

- *Durante los fines de semana.* Es cuando tenemos más tiempo para hacer ejercicio físico. Podemos ir a la piscina los sábados por la mañana y salir a caminar por el campo el domingo. Hay muchas actividades divertidas que se realizan al aire libre y permiten el contacto con la naturaleza. Además, podemos quedar con nuestros amigos para hacer ejercicio físico de una manera muy divertida tanto en verano (parque acuático) como en invierno (patinaje sobre hielo, esquí).
- *Cada día.* También hay un montón de actividades que podemos hacer diariamente y que nos van a ayudar a mantenernos en forma. Subir las escaleras de casa en lugar de coger el ascensor, ir caminado al colegio, ayudar a poner la mesa, recoger nuestros juguetes o sacar a pasear al perro.

Además de la Pirámide Alimentaria, también existe otra Pirámide del Ejercicio:

- Primer nivel: la base, todos los días. En la base de la pirámide (la parte más ancha) se indica que todos los días (tanto como sea posible) se debe realizar ejercicio físico. Podemos ir caminado al colegio, subir las escaleras en lugar del ascensor, recoger nuestros juguetes o hacer la cama. Así podemos cambiar algunos hábitos sedentarios de la forma más sencilla.
- Segundo nivel: 3-5 veces por semana. Está muy bien realizar alguna de estas actividades: caminar más de 20 minutos, nadar, jugar al fútbol, montar en bicicleta, patinar sobre hielo. Todos estos son ejercicios aeróbicos y ayudan a ejercer nuestro corazón y pulmones.
- Tercer piso: 2-3 veces por semana. Estas actividades pueden ser: ayudar el fin de semana a nuestros padres en diversas tareas, jugar en los columpios, hacer ejercicios de estiramiento, abdominales,... Esto mejorará nuestra flexibilidad y fortalecerá nuestros músculos.

- Último piso: con moderación. En el vértice de la pirámide (la parte más pequeña) estarían reflejadas actividades que deberíamos realizar con moderación y no durante mucho tiempo. Por ejemplo, jugar con la videoconsola, navegar por Internet o tumbarse a ver la televisión.

Algunos consejos finales. Si habitualmente hacemos muy poca actividad física, comenzaremos realizando actividades de a base de la pirámide y reduciendo las actividades del vértice. Si hacemos actividad física de vez en cuando o regularmente, escogeremos actividades del centro de la pirámide (aeróbicas, de flexibilidad y resistencia) probando nuestras actividades y cambiando la rutina para que sea más divertido.

Undécimo: Mitos, errores y realidades.

Un mito es algo a lo que se le atribuye cualidades, excelencias o características que no se posee. En nutrición hay muchas dudas y mitos, algunos de ellos serían:

- *A mi no me hace falta desayunar.* Falso, si no desayunamos lo pasaremos peor en el colegio, nos cansaremos más jugando en el recreo y no podremos prestar atención a lo que se explica en clase.
- *¿Necesito pedirle a mamá y papá alimentos con más calcio?* Es cierto, el calcio es un mineral imprescindible para el desarrollo del esqueleto. Por lo que en la etapa de crecimiento necesitamos que la dieta lo aporte en buenas cantidades.
- *A vueltas con los bollitos.* Recuerda que los productos que encontramos bajo el nombre de bollería son muchos y muy diferentes: los hay elaborados con aceite de oliva o girasol (magdalenas, tortas de aceite...), que son los que tomaban tus abuelos. Y los hay que se fabrican con otros tipos de grasa y que nutricionalmente no están tan bien.
- *¿Cómo conseguir que me gusten las verduras?* A los mayores les gustan mucho las verduras, y además dicen que les sientan bien. Tienen un gran valor nutritivo, gracias a su enorme riqueza en vitaminas y minerales, además contienen mucho agua y fibra. Si hacemos una torilla o un revuelto

con espárragos, espinacas, ajetes...nos lo vamos a pasar en grande preparándolo y probando las verduras.

- *¿Puedo tomar huevo todos los días?* El huevo es un excelente alimento, nos aportan una gran variedad de nutrientes concentrados y no demasiadas calorías. Trata de consumir no más de 3 ó 4 huevos a la semana.
- *No acaba de gustarme el pescado. Me obligan a comerlo.* Lo mejor es probar los diferentes tipos de pescado que podemos encontrar en el mercado. El pescado azul (sardinas, boquerones, caballas) está muy rico y es muy sano.
- *Pescado fresco o congelado.* Es verdad que hay diferencia en cuanto al sabor y olor, y sobre todo, a su textura, pero muy pocas desde el punto de vista nutricional. El pescado es una fuente fantástica de vitaminas y minerales
- *¿Deben evitarse los alimentos fritos?* No debemos abusar de la fritura de los alimentos, pero tampoco se debe pensar que es algo poco sano, hipercalórico e indigesto. Es verdad que al freír los alimentos incrementamos su valor calórico, debido a la absorción de la grasa de fritura por parte del alimento. Por otro lado, al ser la fritura un proceso rápido, las pérdidas nutricionales son mínimas.
- *Los frutos secos: ¿buenos o malos nutrientes?* Las avellanas, las almendras, las nueces, los cacahuetes o pistachos tienen un valor calórico (energético) bastante parecido y bastante alto, entre 110 y 130 kcal para un ración de 20 g (un puñado). Tienen una buena densidad de nutrientes, así que se deben de tomar de vez en cuando, pero sin abusar para no engordar.

Capítulo 2 Desarrollo psicosocial de los alumnos de E.S.O. y pautas de intervención psicopedagógicas ante los TCA en la adolescencia

2.1.- Desarrollo psicosocial de los alumnos de E.S.O.

Tanto los padres como los educadores tienen la responsabilidad de formar a los alumnos preadolescentes o adolescentes. Su función es muy importante ya que de ellos depende que tomen conciencia del intento de manipulación que harán los diferentes medios de comunicación y proveerles de las herramientas necesarias que les permitan resistir la necesidad de tener un cuerpo “perfecto”, cuya promoción viene de los intereses comerciales de las industrias.

Según Calvo Sagardoy (2002), la adolescencia la componen diferentes etapas que abarcan desde la adolescencia temprana, media hasta la tardía y jóvenes:

- Adolescencia temprana (11-13 años). Este es un periodo crítico para la prevención debido a actitudes y conductas alimentarias no saludables. El desarrollo corporal, el surgimiento de las emociones y la necesidad de independencia son los factores de riesgo más importantes en esta etapa. En esta etapa, la seguridad de los adolescentes está proyectada en su aspecto físico, del que están insatisfechos la mayoría y quieren cambiar adelgazando. Algunos estudios indican que alrededor del 80% de las niñas de este grupo de edad intentan o hacen dietas.

El proceso que inicia de independencia de la familia y el grupo de adultos, les hacen vulnerables a las influencias de los iguales, teniendo mucho peso el líder del grupo. En esta época aparecen las chicas “portadoras” de la enfermedad. Se les denomina así porque inducen a las otras a hacer dietas, les inculca la necesidad de adelgazar, presionándolas hasta obsesionarlas y llevarlas al desarrollo del trastorno, pero ellas se preservan y no lo desarrollan.

La pronta detección de la actuación de estas chicas es fundamental para prevenir su contagio desenmascarando su actuación. Aquí se ve la importancia del papel de los padres y educadores. Los padres, mostrando que este tipo de “amigas” no son tan amigas, que les llevan a la perdición. Los educadores y tutores instruyen a sus alumnos acerca de la existencia de este tipo de manipulaciones de las que deben protegerse.

En esta etapa existen ciertas tareas preventivas que pueden paliar las influencias externas:

- Proporcionar a los alumnos información acerca de la normalidad de los cambios que experimenta el cuerpo en la pubertad, y, en especial, la necesidad de aumentar la grasa corporal para que se realice el tránsito de niña a mujer.
 - Instruir del surgimiento de emociones e impulsos más intensos que en la infancia, de los cambios que experimenta en sus relaciones sociales, con los chicos y chicas y la aparición de conflictos con los padres.
 - Informarles sobre la importancia de una correcta alimentación y un buen ejercicio físico. Que sean conscientes de los efectos de las restricciones y las dietas crónicas, con los consiguientes peligros físicos y psicológicos que acarrearán los cambios drásticos de peso.
 - Enseñar formas adecuadas de regulación de emociones e informar de las conductas inadecuadas para regularlas, haciendo hincapié en el uso de la comida, drogas y alcohol.
 - Capacitarles para afrontar las burlas de otros.
 - Ayudarles a que equilibren las tareas académicas y el tiempo de ocio.
 - Como factor muy importante, aumentar su autoestima.
- Adolescencia media (14-16 años). A esta edad existe un amplio grupo de adolescentes que está haciendo dietas, se da atracones, se provoca vómitos, utiliza laxantes y diuréticos, tiene insatisfacción de la imagen corporal y

sentimientos permanentes de gordura. Por tanto, hace falta una atención tanto primaria como secundaria. Puesto que los cambios de la pubertad ya se han producido en la mayoría de los adolescentes, las tareas preventivas deben enfocarse en la necesidad de regular las emociones, la mejora en sus déficit de autoestima, el establecimiento de una relación positiva con los iguales, hay que moderar el deseo que tienen tanto chicos como chicas de alcanzar un ideal de supermujer o superhombre. Las estrategias preventivas deben incluir los siguientes temas:

- Proporcionar información acerca de una alimentación y ejercicio físico sano.
 - Cuestionar la pertinencia de una valoración personal basada exclusivamente en la apariencia corporal y en el éxito académico/profesional.
 - Desafiar el ideal de imágenes de mujer propuesto por los medios de comunicación.
 - Hacer ver la conexión entre emociones y el uso de alimentos o sustancias con el fin de buscar una alternativa saludable en el afrontamiento de la inestabilidad afectiva.
 - Entrenar en estrategias cognitivo-conductuales de manejo de emociones y entrenamiento en habilidades sociales.
 - Hacerles ver soluciones plausibles a los problemas entre padres e hijos tan característicos de esta etapa.
- Adolescencia tardía (17-20 años). Durante esta etapa los jóvenes deben abordar cambios importantes en su vida, debido al aumento en su independencia. Deberán tomar decisiones sobre si continúan sus estudios en la universidad, si deciden realizar un módulo de F.P., si dejan el colegio o si empiezan ya a trabajar. Todo esto les puede llevar a tener que cambiar del lugar de residencia, dejar a sus padres e ir a una residencia, colegio mayor o a un piso fuera de su ciudad.

Un tema que se convierte en fundamental es ser atractivo para el otro sexo. Ser popular, acudir a fiestas, que los demás le conozcan son elementos

por los que serían capaces de hacer casi cualquier cosa, en algunos casos la delgadez es la forma de sentirse guapo/a y seguro/a. La obsesión por las tallas lleva a realizar muchos sacrificios. Pero esta persona está inmersa en un error, ya que para evolucionar en su proceso madurativo y convertirse en una persona bella lo que necesita es tener unos buenos pilares asentados en una correcta personalidad sobre su “yo” y no tener que adelgazar. Las distintas estrategias preventivas que se les propone son:

- Enseñarles un correcto manejo del estrés provocado por los diferentes roles que deben de asumir.
- Fomentar el crecimiento de las relaciones interpersonales y disminuir el aislamiento.
- Enseñarles a desarrollar una correcta salud mental.
- Informar y enseñar a manejar los comportamientos inadecuados con la comida, las purgaciones y el ejercicio excesivo.
- Educar sobre factores de riesgo y el efecto contagioso de las dietas y los atracones.
- Localizar los grupos de riesgo y educarles para que tengan un correcto desarrollo.
- Educar a los que rodean (familiares) a los jóvenes sobre la importancia que tienen los comentarios sobre la figura, la talla, el peso... y lo que estos mensajes les repercuten.

La preocupación por la esbeltez suele encontrarse en el comienzo de la adolescencia. En un estudio de 288 muchachas con edades entre los 10 y 15 años se encontró que ellas deseaban cuerpos más delgados que aquellos que pensaban que los muchachos consideraban atractivos. Pero no se sentían con sobrepeso y presentaban menor insatisfacción con su cuerpo que las mujeres mayores (Cohn y cols., 1987).

Las mujeres en su tercera década de vida tienen una norma más alta que las adolescentes. Ello puede indicar que la necesidad de estar delgada se empieza a desarrollar en la adolescencia y se inculca muy hondo cuando éstas llegan a la edad adulta.

Las mujeres equiparaban la delgadez con el atractivo y el estar delgada estaba asociada con el éxito profesional y la inteligencia (Silverstein y Perdue, 1988).

Un estudio de 2000 mujeres encontró que deseaban pesar alrededor de 4 Kg. menos que su peso actual (Drewnowski, Yee y Krahn, 1988).

Dada la gran importancia al aspecto externo y sobre todo a la delgadez, no ha de extrañarnos que una mujer joven (tenga o no trastornos alimentarios) conceda gran importancia a la valoración de su figura (Raich, 1994).

La dieta constituye el primer paso en la escalada de los trastornos alimentarios. La dieta puede consistir en:

- a) Supresión o restricción de determinados alimentos (altos en calorías o que la persona considera que los son).
- b) Ayuno o supresión prácticamente total de ingesta durante uno o varios días.
- c) Reducción de la cantidad que se consume de cualquier tipo de alimento (Raich, 1994).

2.2.- Pautas de intervención psicopedagógica ante los TCA en la adolescencia

Algunas consideraciones que se deben tener en cuenta en la intervención son las siguientes:

- Presencia de abuso y dependencia de sustancias: de acuerdo a la literatura, la presencia de abuso de sustancias es común entre las mujeres con trastornos alimentarios, encontrándose más elevado en pacientes bulímicas o en las pacientes anoréxicas del tipo compulsivo-purgativo y menor en las pacientes anoréxicas restrictivas exclusivamente. Fundamentalmente esta comorbilidad interfiere de manera significativa con el tratamiento del trastorno alimentario

cuando se presenta concomitantemente, y es usual que requiera intervenciones psicoterapéuticas más prolongadas.

- Trastornos del afecto y ansiedad: la presencia de depresión unipolar puede interferir con el tratamiento del trastorno alimentario pero no es determinante para el resultado final, sobretodo si se ha utilizado tratamiento medicamentoso antidepressivo, que en la actualidad más frecuentemente se indica también para los trastornos de la alimentación. En los pacientes con anorexia nerviosa, los trastornos de la ansiedad más frecuentes son la fobia social y el trastorno obsesivo compulsivo, la excesiva ansiedad puede preceder la aparición del trastorno de la alimentación. Sin embargo se ha documentado que la presencia de este tipo de comorbilidad no ha mostrado interferencia significativa con el resultado del tratamiento.
- Trastornos de personalidad: individuos con anorexia nervosa tienden a tener mayores posibilidades de trastornos de personalidad tipo C (personalidad dependiente, evitación y personalidad obsesivo compulsiva) y con bulimia nervosa el tipo B (narcisista, fronterizo, sociopático, histriónico). La asociación con trastornos de la personalidad fronterizo incrementa la aparición de mayores trastornos de la conducta alimentaria, es más frecuentes las hospitalizaciones, los gestos suicidas y automutilación, además de un pobre pronóstico de tratamiento y de posibilidad de mayor psicopatología en el seguimiento. La relación de trastornos de personalidad y de la conducta alimentaria, especialmente si se trata de trastorno fronterizo, determinan terapias más prolongadas.
- Síndrome de estrés postrauma: este siempre debe ser considerado, especialmente con historia de abuso sexual en pacientes bulímicas.

Según Fernández y Turón (1998) en su modelo psicoeducativo de la bulimia nerviosa hacen mención a que tanto en la bulimia nerviosa como en la anorexia nerviosa, los pacientes suelen poseer toda una serie de ideas erróneas acerca de la alimentación, peso, conductas de purga, etc. En todo tratamiento de la bulimia nerviosa, especialmente dentro de un programa cognitivo-conductual, desde una psicoterapia individual o grupal, los aspectos psicoeducativos son componentes comúnmente

utilizados (Garner y Garfinkel, 1997). Garner y cols (1985) mencionan varios tópicos básicos que son necesarios esclarecer en las fases iniciales del tratamiento:

1. Causas múltiples de los trastornos alimentarios.
2. El contexto sociocultural en trastornos de la alimentación.
3. Teoría del *set-point* y regulación fisiológica del peso corporal.
4. Repercusiones físicas y psicológicas de la desnutrición.
5. Normalización de hábitos alimentarios adecuados.
6. Mecanismos inadecuados para el control del peso, como: vómitos, laxantes y diuréticos.
7. Determinación de un peso adecuado y/o sano.
8. Complicaciones físicas.
9. Estrategias de prevención de recaídas.

Después de todo esto se entiende que los pacientes deberían ser informados sobre:

Ideales de belleza e influencia sociocultural. Silverstein y cols (1986) realizaron un estudio en el que analizaban las medidas corporales de las modelos que aparecían en varias revistas desde principios de siglo. Llegaron a la conclusión que estas han disminuido de forma progresiva hacia la delgadez. Enfocado en este mismo sentido Toro y cols (1988) en un estudio encontró que el 22.5% de anuncios dirigidos a los adolescentes inducían a la pérdida de peso. También Eisele y cols (1986) en otro estudio obtuvieron que el 78% de las adolescentes preferían pesar menos, aunque más del 80% se encontraban en normopeso.

En la población de las culturas occidentales la insatisfacción por la imagen corporal es una característica que se da con frecuencia. Más concretamente en los pacientes con bulimia nerviosa se da una sobrevaloración extrema en donde las ideas sobrevaloradas erróneas son del tipo:

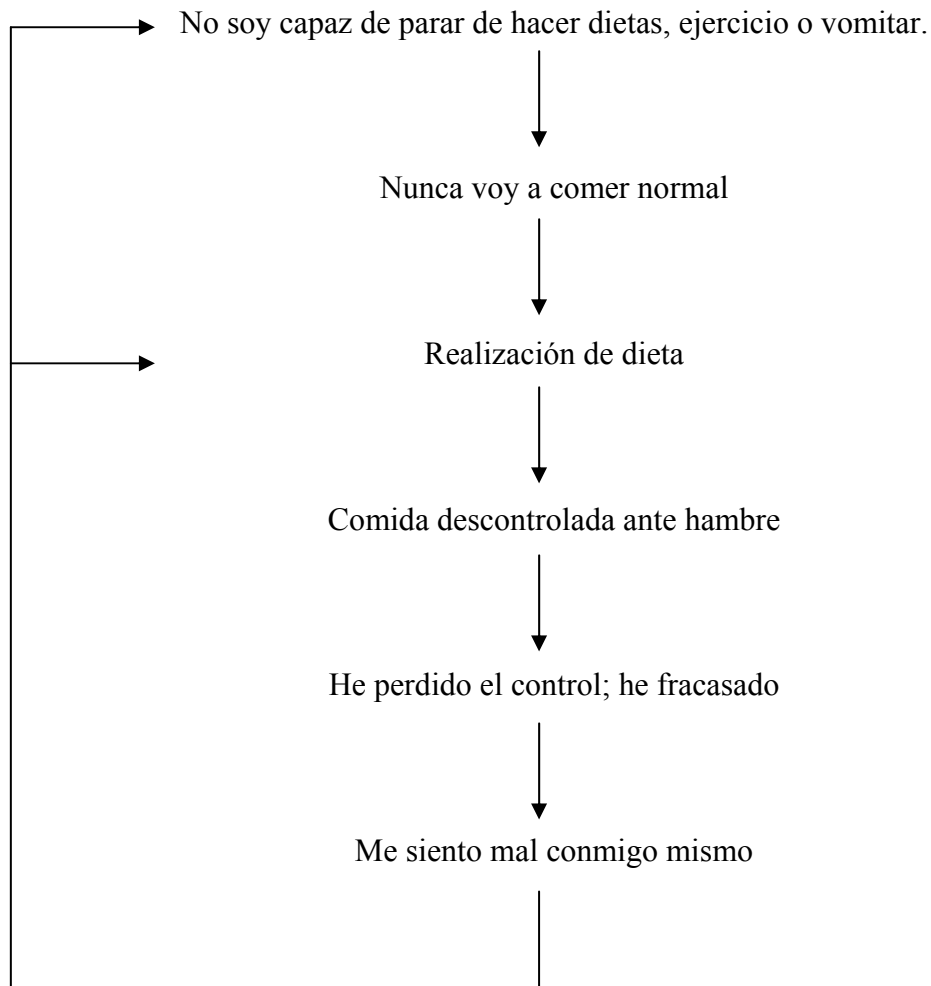
1. Delgadez es igual a felicidad y gordura igual a infidelidad.
2. Estar delgado es estar sano. Garner y Wooley (1991) demostraron que la mortalidad se da en mayor grado en bajo peso que en el sobrepeso.
3. Estar delgado rejuvenece, hace más atractivo y se asocia al éxito

Consecuencias negativas del uso de conducta de purga. Como conductas de purga se entiende el uso de laxantes, diuréticos y/ conducta de vómito. La mayoría de los problemas gastrointestinales que desarrollan estos pacientes son producto de un abuso de laxantes o por la realización del vómito. Este últimos provoca lesiones en el esófago, erosión del esmalte dental, higiene dental precaria, inflamación de las glándulas parótidas y pérdida de electrolitos necesarios para un correcto funcionamiento del organismo.

Los laxantes, debido a su uso excesivo pueden producir trastornos funcionales graves en el uso del intestino grueso, pudiendo en algunos casos puede requerir intervención quirúrgica o provocar un estreñimiento crónico. El uso de diuréticos (por un tiempo prolongado) puede producir deshidratación.

Hay que enseñarles que ni los laxantes ni los diuréticos sirven como mecanismo para controlar el peso. Los primeros actúan sobre el intestino grueso una vez se ha producido la absorción de nutrientes.

Importancia de la normalización de la ingesta como primer mecanismo para detener el círculo vicioso de atracones-vómito. En la mayoría de los pacientes con bulimia nerviosa, además de mostrar un elevado número de atracones y conductas de purga, la conducta alimentaria que presentan es restrictiva e hipocalórica, debido a un deseo que hay de compensación nutricional tras haber tenido un atracón. La conducta de atracón, en algunos casos, será primaria al deseo del paciente por bajar de peso. Algunos factores desencadenantes serían: ansiedad, determinado tipo de alimentos, aburrimiento, depresión, etc. A continuación se presenta un esquema con ideas irracionales de control/descontrol que suelen aparecer con frecuencia en pacientes con bulimia nerviosa:

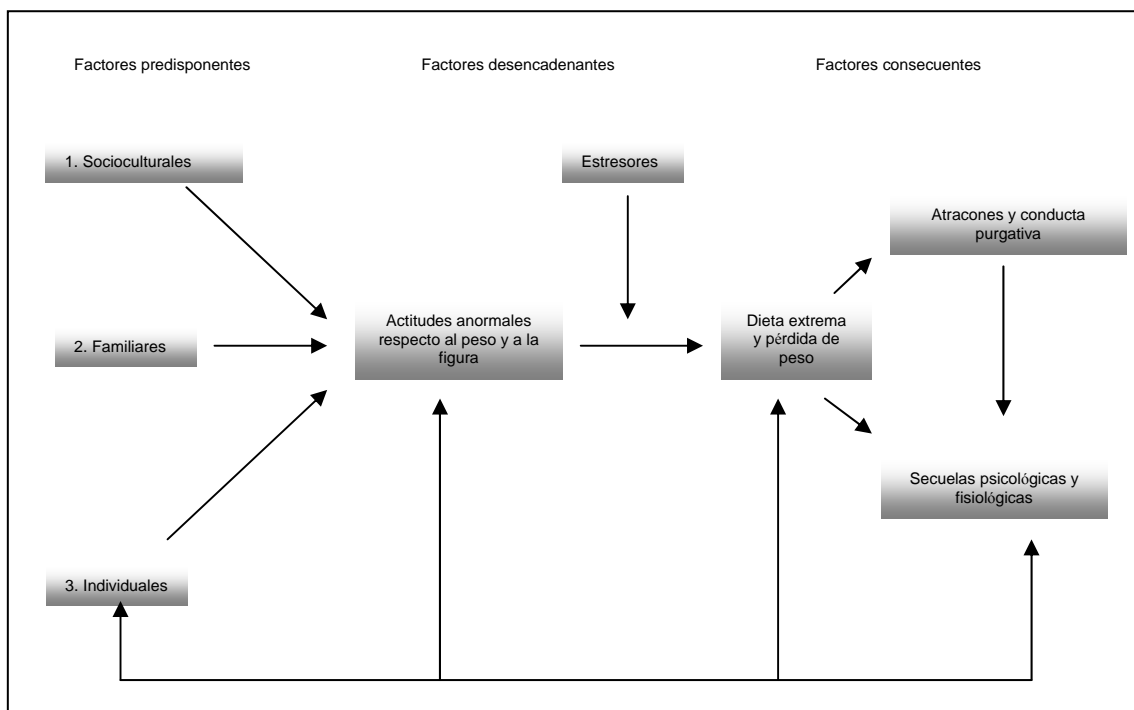


Un posible factor desencadenante de la sobreingesta sería la conducta alimentaria restrictiva. Primero habría que interrumpir el círculo vicioso de atracones-vómitos, para ello, se aconsejará que normalice la ingesta alimentaria. Por tanto, iniciar el día realizando dietas o restringiendo la ingesta alimentaria, puede ser un desencadenante claro de una conducta de atracón compulsivo a lo largo del día. Las pautas de normalización alimentaria sería el primer paso en la reducción de la sintomatología alimentaria en bulimia nerviosa. Algunas pautas para comer de forma mecánica sería:

- Desayunar no más tarde de una hora después de levantarse.
- No deben pasar más de 3 ó 4 horas entre el desayuno y la comida.
- Merendar algo ligero
- Cenar no muy tarde (entre las 20 ó las 21 horas).
- Las comidas han de considerarse como las medicinas y tener prioridad.

- Comer en función de un esquema predeterminado (1^{er} plato, 2^o plato y postre) y no en función de que se tenga mayor o menor sentimiento de hambre.
- Muy importante, no saltarse ninguna comida.

Multicausalidad de la bulimia nerviosa. Tanto la anorexia nerviosa como la bulimia nerviosa son un trastorno mental multicausado. En el que se dan tanto factores predisponentes (individuales, familiares y socioculturales) como desencadenantes que podrían generar un deseo extremo por adelgazar y hacer dietas, produciendo una pérdida de control sobre la ingesta ante la presencia de determinados estresores y la aparición de conducta compensatoria de purga. La naturaleza multicausal de la bulimia sería:



Fernández Aranda et al (1998)

Repercusiones físicas y psicológicas de la desnutrición. Se ha demostrado que alrededor de un 70 % de pacientes con bulimia nerviosa hacen dietas (Pederson y cols., 1997 Turón, 1996). De esto concluimos que parece haber una relación directa entre la realización de dietas y el mayor riesgo de padecer un trastorno alimentario. Esto fue investigado por Keys y cols. (1950), 36 voluntarios debían reducir su ingesta de calorías hasta que perdiesen el 25% de su peso corporal a lo largo de los doce meses que duró el

estudio. Se analizó el comportamiento psicológico y físico de los participantes. Estos sujetos presentaron los siguientes cambios:

- Cognitivos: problemas de concentración, sin variar sus capacidades intelectuales.
- Actitudes y conductas hacia la alimentación: hablaban y pensaban continuamente en comida, e incluso algunos de ellos presentaban conductas de sobreingesta o mezclaban de forma anormal los alimentos.
- Tipo de alimento: tomaban con mayor frecuencia condimentos en las comidas y bebían en mayor cantidad café y té.
- Estado de ánimo: la mayoría de los sujetos estaban deprimidos, discutían con frecuencia y estaban más irascibles y ansiosos.
- Relaciones sexuales y sociales: cada vez mostraban mayor desinterés por la sexualidad y presentaban tendencia al aislamiento social.
- Cambios somáticos: trastorno del sueño, trastornos intestinales, frecuentes escalofríos y picor en extremidades.
- Cambios metabólicos: la temperatura y el ritmo respiratorio y cardiaco se redujeron, así como el gasto energético.

Estos resultados les llevaron a realizar unas conclusiones:

- Las conductas de dieta y/o una nutrición hipocalórica producen toda una serie de repercusiones tanto físicas como psicológicas.
- La conducta alimentaria restrictiva puede generar la aparición de atracones.
- La desnutrición conlleva cambios en el metabolismo del organismo.

Teoría del set-point, regulación fisiológica del peso corporal y determinación de un peso adecuado. Set-point es un parámetro biológico que viene determinado genéticamente, por tanto, varía de un individuo a otro. Hay un intervalo de peso, entre cuyo mínimo y máximo se encuentran la mayoría de las personas y entre cuyos polos oscila generalmente nuestro peso. El normopeso se obtiene a través del índice de masa corporal, que se obtiene dividiendo el peso (kg) por la altura² (m²). Este índice oscila normalmente entre 18 y 25 (situación de normopeso), mientras que valores inferiores a 18 indican un marcado bajopeso y valores por encima de 25 un sobrepeso. El organismo emplea diferentes mecanismos para mantener su peso dentro de una estabilidad y sin

marcadas oscilaciones. Por tanto, si el organismo ingiere pocas calorías aparece la sensación de hambre y pensamientos encaminados a introducir alimento en el organismo. Asimismo, el organismo empieza a reducir su gasto energético y necesita menos calorías para mantener el peso dentro de la normalidad. Así se explica por qué al iniciar una dieta el organismo baja rápidamente de peso al principio, casi siempre a causa de la pérdida de líquidos, y no es así en fases posteriores (Waadt, Lassle y Pirke, 1992) a pesar de continuar realizando dieta (Garner y Wooley, 1991).

Grupos psicoeducativos ambulatorios de corta duración en la bulimia nerviosa. Este tipo de grupos psicoeducativos, de corta duración, resulta de gran utilidad para reducir una reducción inicial de los síntomas bulímicos (atracones y vómitos) y la normalización de una regularidad en hábitos alimentarios, tanto en cantidad como en frecuencia. Éstos consiste en 5-6 sesiones en las que se informa sobre nutrición y aspectos causales del trastorno. También se explica cómo conseguir una normalización de hábitos alimentarios y paralización de atracones y/o vómitos. El carácter psicoeducativo de estos grupos hace que los aspectos informativos prevalezcan sobre los problemas personales e interaccionales presentes en estos pacientes. La duración de cada sesión sería de unos 90 minutos con un número máximo de 8 a 12 participantes. El contenido de las sesiones sería (Fernández y cols., 1998):

Primera Sesión	Características de la bulimia, repercusiones físicas y psicológicas. Inconvenientes y riesgos de la realización de conductas compensatorias y/o uso de laxantes y diuréticos. Importancia del restablecimiento de la alimentación equilibrada Cómo parar los atracones y/o vómitos.
Segunda Sesión	Modelos etiopatológicos en la bulimia nerviosa (sociocultural, individual y biológico) Desencadenantes comunes de los atracones. Bulimia como estrategia inadecuada ante el estrés.
Tercera Sesión	Teoría del set-point Nociones nutricionales básicas. Repercusiones negativas de la realización de dietas. Pautas alimentarias básicas.
Cuarta Sesión	Modelo cognitivo e influencia que las cogniciones poseen sobre las

	emociones y las conductas.
Quinta Sesión	Técnica de resolución de problemas, autocontrol y afrontamiento adecuado del estrés
Sexta Sesión	Prevención de recaídas y factores de riesgo.

2.3.- Plan Integral de Salud Mental de Andalucía (2003-2007)

En la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía, describen como los Trastornos Mentales (TM), son un problema de primera magnitud en nuestra sociedad, no sólo por su elevada incidencia (se estima en un 25% de la población general), sino por el impacto en sufrimiento y desestructuración que sufren los pacientes, sus familias y el entorno cercano.

La enfermedad mental comprende un amplio número de patologías, que generalmente se caracterizan por su larga duración -procesos crónicos-, lo que supone una enorme carga a la familia, al sistema sanitario y a la propia sociedad.

Por otra parte, el abordaje de la enfermedad mental requiere complejos procesos de tratamiento y rehabilitación, que exigen una estrecha supervisión y un importante número de contactos con los profesionales sanitarios y, por tanto, un elevado consumo de recursos (se ha estimado que el 20% del gasto sanitario en los sistemas sanitarios de la UE se debe a estos procesos y que para el año 2020, los trastornos neurológico-psiquiátricos serán la causa más importante de discapacidad).

Desde el Sistema Sanitario Público de Andalucía (SSPA), a través de este Plan Integral de Salud Mental de Andalucía, se pretende dar respuesta a las necesidades sanitarias que en materia de salud mental tiene la población andaluza. Para ello es necesaria la reorientación de los dispositivos asistenciales de salud mental; una mayor coordinación y complementariedad con el espacio sociosanitario, y un mayor compromiso de los profesionales y de la ciudadanía ante la enfermedad y los enfermos. Para elaborar este Plan se han tenido en cuenta las expectativas o demandas expresadas por los pacientes, cuidadores-familias, ciudadanos y profesionales. Para ello, en la Escuela Andaluza de Salud Pública se han realizado 13 técnicas grupales (grupos

focales, de discusión, grupos triangulares) en la que han participado unas 80 personas, pacientes y/o cuidadores familiares de los pacientes más graves y profesionales.

2.3.1.- Prevalencia del trastorno mental en Andalucía

La prevalencia ponderada de trastorno mental es de 42,08%, lo que se traduce en que 4,2 de cada 10 personas ha sufrido a lo largo de su vida al menos un trastorno mental diagnosticable.

En cuanto a la situación de salud mental del último año, la prevalencia indica que 2,9 personas de cada 10 han sufrido un trastorno mental con la suficiente entidad clínica como para ser diagnosticado.

Tabla Prevalencia y comorbilidad psiquiátrica en Andalucía, 1997.

	PREVALENCIA VIDA	PREVALENCIA ÚLTIMO AÑO
NINGÚN DIAGNÓSTICO	57,92	71,24
ALGÚN DIAGNÓSTICO	42,08	28,76
1 Diagnóstico	26,24	18,1
2 Diagnósticos	5,99	6,71
3 o más diagnósticos	9,85	3,96
TOTAL	100,00	100,00

Gornemam Schafer I. Prevalencia del trastorno mental en la población de Andalucía (Tesis Doctoral). Granada: Universidad de Granada; 2002.

Los trastornos que aparecen con mayor frecuencia a lo largo de la vida, son los trastornos depresivos: 26,23% (12,98% en el último año; a continuación los Trastornos de Ansiedad: el 17,48% y el 12,91%, respectivamente). Por último, la prevalencia de la Esquizofrenia, tanto a lo largo de la vida como en el último año, es del 1,02%.

2.3.2.- Morbilidad atendida

Equipos de salud mental de distrito. Según género, el 60,80% de los pacientes fueron mujeres y el 39,2% hombres.

Tabla Pacientes atendidos en Equipos de Salud Mental de Distrito según género. Andalucía 2002.

		Frecuencia	%
Registros Válidos	Hombre	63.715	39,20
	Mujer	98.825	60,80
Total Pacientes		162.540	100,00

Servicio Andaluz de Salud.

Los usuarios de los ESMD presentan con mayor frecuencia trastornos de ansiedad/depresión (38,24% del total de pacientes), afectivos severos (18,89%), psicóticos (14,64%) y adaptativos (14,32%), representando en su conjunto el 86,09% de los pacientes atendidos en estos dispositivos. Mucho menor es el porcentaje de pacientes atendidos en ESMD con trastornos de la infancia/adolescencia (3,85%).

El total de pacientes atendidos en el año 2002 fue de 162.540, con más de 650.000 intervenciones.

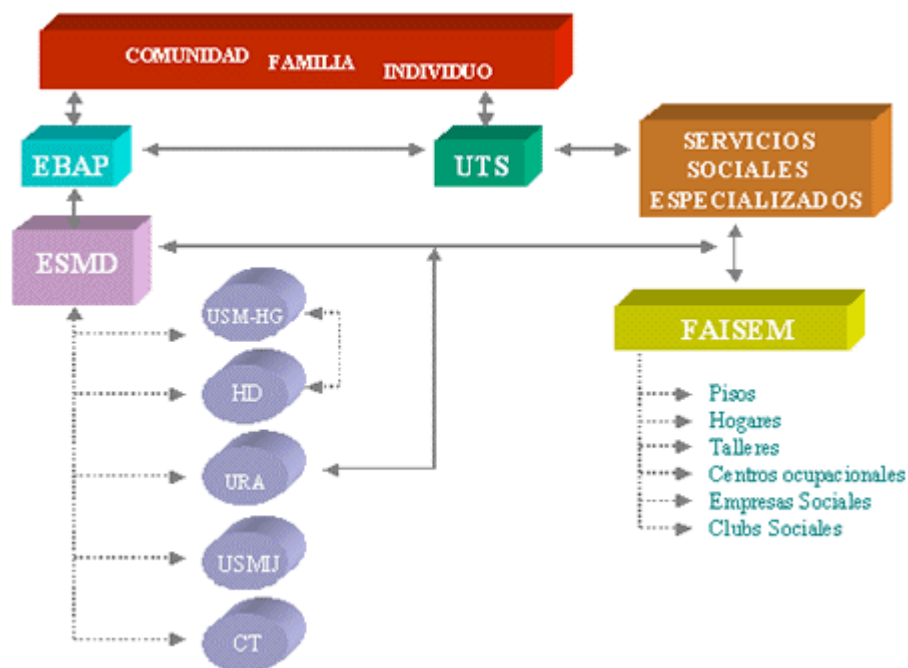
2.3.3.- Red de servicios de atención a la salud mental de Andalucía

La necesidad de organizar la atención a la salud mental en distintos niveles, diversificando así la oferta frente a la institución única, dio como resultado el modelo que se muestra en el gráfico 1., en el que se combina la atención sanitaria a la Salud Mental con recursos específicos de apoyo social.

La atención sanitaria a los problemas de Salud Mental se realiza a través de una red de centros especializados distribuidos por toda la geografía andaluza, integrados en

el Sistema Sanitario Público de Andalucía. Esta red se estructura en Áreas de Salud Mental (ASM), consideradas demarcaciones territoriales, dotadas de los recursos asistenciales específicos suficientes para atender los problemas de salud mental de su población. El ASM es el "espacio organizativo y de gestión" donde se garantiza la coordinación de todos los recursos disponibles en salud mental en ese territorio.

Gráfico Red de servicios de atención a la salud mental en Andalucía.



EBAP: Equipo Básico de Atención Primaria; ESMD: Equipo de Salud Mental de Distrito; USM-HG: Unidad de Salud Mental de Hospital General; USMIJ: Unidad de Salud Mental Infanto-juvenil; URA: Unidad de Rehabilitación de Área; HD: Hospital de Día; CT: Comunidad Terapéutica; UTS: Unidad de Trabajo Social.

La dotación de dispositivos de atención a la salud mental, en el año 2002, en Andalucía es la siguiente:

Equipos de Salud Mental de Distrito (ESMD): 71

Unidades de Salud Mental Infanto-juvenil (USMIJ): 13

Unidades de Rehabilitación de Área (URA): 9

Hospitales de Día (HD): 6

Unidades de Salud Mental de Hospital General (USM-HG): 21 (535 camas)

Comunidades Terapéuticas (CT): 13 (195 camas)

A estos recursos hay que añadir todos los recursos socio-sanitarios de la Fundación Andaluza para la Integración Social del Enfermo Mental.

Recursos humanos.

La evolución de la estructura de profesionales, refleja el cambio introducido en la atención sanitaria a la salud mental en nuestra comunidad. Se ha ampliado considerablemente la plantilla en todas las categorías profesionales, a excepción de los auxiliares de enfermería y otros profesionales (oficios), cuya dotación se reduce prácticamente a la mitad, debido a que, con el cierre de los hospitales psiquiátricos, estos profesionales pasan a depender de la Consejería de Asuntos Sociales, sin que se produzca por tanto una disminución del número de efectivos.

En los últimos años, se ha ampliado considerablemente la plantilla en la práctica totalidad de las categorías profesionales. Este incremento se ha producido fundamentalmente por la apertura de nuevos dispositivos: C.T., USM-HG., H.D., USMIJ, y por el refuerzo del 20% de los ESMD.

Evolución de los recursos humanos para la atención de la salud mental. Andalucía 1984-2002.

	1984		2000		2001		2002	
PROFESIONALES	NÚMERO	TASA x 100.00 0 Hab.	NÚMERO	TASA x 100.00 0 Hab.	NÚMERO	TASA x 100.00 0 Hab.	NÚMERO	TASA x 100.00 0 Hab.
Facultativos	264	3,96	473	6,52	529	7,14	570	7,77
Trabajadores sociales	41	0,61	101	1,39	105	1,42	109	1,49
Enfermeros	110	1,65	345	4,75	423	5,71	463	6,31
Auxiliares de enfermería	1.218	18,27	652	8,98	672	9,08	683	9,32
Terapeutas ocupacionales	-	0,00	14	0,19	20	0,27	31	0,42

Otros	601	9,01	162	2,23	280	3,78	297	4,05
TOTAL	2.234	33,50	1.747	24,07	2.029	27,40	2.153	29,36

Servicio Andaluz de Salud

Actividad Asistencial

La actividad desarrollada por los dispositivos ESMD, USMIJ y USM-HG en los últimos años, muestra una tendencia generalizada al alza en todos ellos, debido a la progresiva apertura de nuevos dispositivos y a la consolidación de la asistencia prestada por los preexistentes, junto al incremento en la demanda.

Tabla Evolución de la actividad asistencial de los dispositivos de salud mental. Andalucía años 1992 y 2002.

AÑO	ESMD CONSULTAS	USMI CONSULTAS	USM-HG INGRESOS
1992	457.946	22.545	7.226
2002	653.862	43.045	10.976

Servicio Andaluz de Salud

2.3.4.- Oportunidades de mejora

Aumento en las demandas que la población realiza al sistema sanitario, relacionadas con la salud mental. Provocadas por los cambios sociales de las dos últimas décadas que han generado una profunda transformación en las estructuras de soporte y contención social (familia, redes sociales, escuela,...) a los que se une una mayor sensibilidad social ante determinadas patologías, sobre todo las de aparición en edades relacionadas con la infancia y adolescencia (patología dual, trastorno del comportamiento alimentario...).

La mejora en la atención a colectivos que presentan características singulares - inmigrantes, familiares de pacientes mentales, pacientes privados de libertad, pacientes sin hogar y otras bolsas de exclusión social-, es otra necesidad que debe ser abordada.

Junto al avance cuantitativo de los recursos, ha de producirse una modificación sustancial en la cultura de gestión, que permita la integración plena de la salud mental en el SSPA.

El abordaje comunitario exige retomar de nuevo el domicilio y el entorno del paciente como espacio terapéutico, incrementando la atención y el seguimiento domiciliario de pacientes, fundamentalmente con trastorno mental grave, incorporando a la enfermería como un elemento estratégico fundamental -enfermería "gestora de casos" en SM-.

La aparición de patologías emergentes que afectan fundamentalmente a adolescentes y jóvenes, van a requerir el diseño de nuevos abordajes e intervenciones así como la reorientación de algunos dispositivos.

Persisten problemas organizativos -doble dependencia de los dispositivos de salud mental (Atención Primaria-Especializada)- que están originando disfunciones en la gestión de los recursos asistenciales.

Existen déficits en determinados dispositivos asistenciales -en concreto, hospitales de día y comunidades terapéuticas- y sociosanitarios-residenciales.

Desde el SSPA debe priorizarse un cambio del modelo asistencial tradicional, basado en la atención a los episodios, hacia un modelo de atención a procesos basado en la Gestión por Procesos Asistenciales en el área de salud mental, que en los próximos años han de concretarse en cuatro líneas de intervención básicas:

Trastornos relacionados con la ansiedad y la depresión

Trastornos mentales graves.

Trastornos de la infancia y la adolescencia.

Patologías emergentes

2.3.5.- Objetivos

Objetivo 1

Aumentar el grado de conocimiento e información sobre la salud mental, de las personas con trastorno mental, su entorno cercano y de la sociedad andaluza.

Objetivo 2

Mejorar la calidad de vida de las personas con trastornos mentales, así como el de sus cuidadores.

Objetivo 3

Adecuar la oferta de servicios a las necesidades de la población de manera efectiva y eficiente.

Objetivo 4

Garantizar a las personas con trastornos mentales una atención sanitaria basada en el enfoque comunitario y la estructuración del proceso asistencial desde la perspectiva de la continuidad de cuidados como elemento de calidad integral.

Objetivo 5

Potenciar el conocimiento -formación e investigación- de los profesionales sobre los factores de riesgo y las estrategias de intervención, para potenciar la toma de decisiones clínicas basadas en la evidencia.

2.3.6.- Líneas de acción

Para garantizar el cumplimiento efectivo de los objetivos definidos en el apartado anterior, se plantea desarrollar desde el SSPA las 9 líneas de acción estratégicas que se indican a continuación:

Comunicación e información al ciudadano, eje central del sistema Sanitario Público de Andalucía, sobre la salud mental.

Potenciación de la Atención comunitaria y promoción de la SM orientada a la reducción de riesgo en la enfermedad mental.

La gestión de la atención sanitaria en salud mental según los procesos asistenciales.

La Atención sociosanitaria a las personas con trastorno mental.

Estructura organizativa: Potenciación de la red de atención a la SM.

El papel de las asociaciones: de pacientes, familiares, y grupos de ayuda.

Sistemas de información.

Investigación en Salud Mental.

Formación y desarrollo de profesionales.

Estas nueve líneas de acción que se describen detalladamente en el Plan, contienen las actuaciones para mejorar la atención sanitaria prestada a los ciudadanos y lograr la transformación de los dispositivos de atención a la salud mental.

1.- Campañas de comunicación e información para vencer la estigmatización, la culpa, el miedo, la marginación etc., que el enfermo y la enfermedad mental provocan en el ciudadano medio. Para ello es preciso contar con la colaboración de instituciones, profesionales, asociaciones de familiares y usuarios y medios de comunicación.

Estas actuaciones deben enfocarse desde dos puntos de vista:

Información a la población general sobre los factores de riesgo y las intervenciones en estilos de vida que reducen la incidencia de la enfermedad (prevención primaria); así como de las posibilidades terapéuticas existentes, que ayuden a la integración de las personas afectadas.

Información a los afectados y cuidadores, para lograr un mayor conocimiento de su problema e implicación en su tratamiento y seguimiento (prevención secundaria y terciaria). Plan de comunicación para los afectados y sus familiares (psicoeducación).

2.- En la prevención de la enfermedad mental, está implicada la Atención Primaria de Salud con la que Salud Mental ha de trabajar muy estrechamente, para el desarrollo de la atención comunitaria y la promoción de la salud mental, que ha de extenderse, además, al entorno familiar, escolar y laboral, analizando los diversos factores de riesgo y proponiendo y realizando actuaciones tendentes a mejorar la salud y el bienestar de las personas.

Entorno familiar

Prestando especial atención a los hijos de enfermos mentales, previniendo situaciones de abandono o violencia, cuidando a los cuidadores.

Entorno escolar

Desarrollando estrategias de prevención a través de la información, la educación sanitaria y la formación de alumnos, padres y profesores. La educación para la salud, los riesgos del consumo de alcohol y otras drogas, la promoción de valores, son contenidos de las actuaciones a realizar conjuntamente con los Equipos de Orientación Educativa, padres y profesores.

Entorno laboral

Incorporando al Programa de Empresas Saludables de la Consejería de Salud estrategias de prevención de la enfermedad mental y promoción de ambientes de trabajo emocionalmente saludables, de acuerdo con empresarios y trabajadores.

3.- La gestión de la atención a la Salud Mental por procesos asistenciales supone un cambio cualitativo relevante, que incidirá de forma muy positiva garantizando la continuidad de cuidados y mejorando la calidad de la asistencia. La Consejería de Salud está desarrollando los siguientes Procesos Asistenciales Integrados: Ansiedad Depresión y Somatizaciones; Trastornos de la Conducta Alimentaria y Trastorno Mental Grave.

El proceso asistencial se desarrolla en tres "espacios" diferenciados: Atención Primaria, Salud Mental y la interfase entre ellos que incluye, además de la comunicación, los espacios de cooperación.

Atención Primaria: Se potenciará la capacidad de los profesionales para identificar y valorar los casos. Se abordará la forma de transferencia de casos a los servicios especializados y sus procedimientos de comunicación y sistemas de citación (acceso a la agenda de salud mental desde atención primaria).

Salud Mental: Se establecerá qué profesional es responsable de cada caso y se formulará un plan cerrado de tratamiento incluyendo a Atención Primaria en el proceso a través del informe de evaluación del caso.

Interfase: Se formalizarán los sistemas de transmisión de información ligada a los pacientes dentro del espacio de cooperación interniveles. Es en este espacio donde se constituyen los procedimientos de trabajo en común con los pacientes: la supervisión, la coterapia y la interconsulta.

El Plan también recoge la necesidad de dar respuesta a patologías emergentes: duelo patológico, patología dual y trastornos de la personalidad desarrollando programas y acciones específicas, y profundizando en la cooperación entre las distintas instituciones y profesionales implicados que permita la identificación de grupos de riesgo y la detección precoz de la enfermedad.

4.- El apoyo social es fundamental como amortiguador de los efectos que produce la enfermedad mental en personas vulnerables (previniendo descompensaciones) y actúa positivamente en la evolución de la enfermedad y en la calidad de vida de los pacientes y sus familias.

En nuestra Comunidad autónoma el apoyo social corresponde, fundamentalmente, a la Fundación Andaluza para la Integración Social del Enfermo Mental, (además de la familia y asociaciones de usuarios y familiares). Con el fin de proteger la salud mental de familias y cuidadores se plantea la creación de 100 plazas para respiro familiar y alojamiento temporal de pacientes fuera del entorno familiar.

Asimismo, se plantea incrementar en 300 las plazas residenciales de FAISEM, ubicadas en casas-hogar para descongestionar unidades de hospitalización y comunidades terapéuticas que acogen a pacientes cuyo ingreso no está indicado en estos dispositivos, por carecer de plazas residenciales. Este incremento de plazas residenciales irá acompañado del aumento de plazas en el resto de programas que desarrolla FAISEM: residencial, ocupacional y de fomento de las relaciones sociales.

5.- Estructura organizativa: Es preciso promulgar una nueva norma de ordenación de los servicios de salud mental, que integre los dispositivos de salud mental en el ámbito de la asistencia especializada, garantice la orientación comunitaria de todos los dispositivos asistenciales y adscriba cada servicio de salud mental al hospital correspondiente; equipare las áreas de salud mental a los demás servicios especializados y consolide la Comunidad Terapéutica y el Hospital de Día como dispositivos específicos.

Para dar respuesta al incremento de la demanda y a las patologías emergentes es necesario redimensionar los ESMD hasta alcanzar una tasa de 6 facultativos por 100.000 habitantes; y 2 enfermeros por 100.000 habitantes, para mejorar los cuidados de enfermería en salud mental.

También es necesario incrementar el número de algunos dispositivos deficitarios:

2 unidades de hospitalización en Córdoba y Málaga, respectivamente.

5 hospitales de día con funciones de rehabilitación en áreas rurales.

60 nuevas camas en comunidades terapéuticas.

6.- Las asociaciones de familiares y usuarios son quienes tienen un conocimiento más completo de la realidad del enfermo mental, por ello se promoverá su participación en grupos de mejora de procesos asistenciales relacionados con los trastornos mentales, y en la elaboración de un plan de comunicación y sensibilización de la población. Se potenciarán, además, las asociaciones independientes de pacientes y el voluntariado social.

7.- Los sistemas de información son un instrumento fundamental para la planificación y organización de servicios y para la investigación. La plena integración de la Salud Mental en el SSPA pasa por la integración de su sistema de información (SISMA) en el Proyecto DIRAYA de historia de salud digital del ciudadano. Para ello es necesario actualizar el equipamiento informático de los dispositivos de salud mental y dotarlos de "electrónica de red".

8.- La investigación científica es imprescindible para conseguir los objetivos de las políticas de salud. En el ámbito de la salud mental los campos prioritarios de investigación son:

Principales causas de morbilidad, prestando especial dedicación a las patologías más prevalentes y a los grupos de riesgo.

Salud pública y promoción de la salud.

Servicios sanitarios

Entorno y salud, medio ambiente, salud laboral.

Envejecimiento y discapacidades.

Neurociencias.

Evaluación de las tecnologías sanitarias y uso racional del medicamento.

Procesos asistenciales en salud mental.

9.- A través de la formación los profesionales deben tener acceso a los nuevos conocimientos, en continuo cambio y desarrollo. Estos conocimientos deben orientarse hacia los objetivos estratégicos del SSPA. El PISM contempla la formación de todas las categorías profesionales que conforman los dispositivos de salud mental en tres campos fundamentales:

- Formación de pregrado: instando a las Escuelas y Facultades correspondientes para incrementar los contenidos de salud mental.
- Formación de postgrado: MIR, PIR y EIR.
- Formación continuada: como proceso de aprendizaje activo y permanente, y como factor incentivador de los profesionales y elemento de cohesión del sector público sanitario.

Completando los tres apartados anteriores, a lo largo del periodo de vigencia del presente Plan Integral, se desarrollarán en colaboración con la Escuela Andaluza de Salud Pública (EASP) tres líneas básicas de formación:

- Gestión clínica y desarrollo de procesos asistenciales.
- Metodología de investigación en salud mental.
- Metodología de trabajo en equipo, liderazgo y estrategias de comunicación.

Capítulo 3: Los Centro Juan XXIII de Granada como contexto de la investigación

Las pruebas se llevaron a cabo en los tres centros concertados que la capital granadina tiene de los centros Juan XXIII, la Chana, el Zaidín y Cartuja. La población estudiantil que albergan son:

- Educación infantil.
- Educación primaria.
- Educación Secundaria Obligatoria (E.S.O.).
- Bachillerato de Ciencias de la Naturaleza y de la Salud.
- Bachillerato de Humanidades y Ciencias Sociales.

3.1.- Ideario de los Centros Juan XXIII

A continuación se detalla la información sobre su organización y aquellos aspectos sobre el ROF (Reglamento de Organización y Funcionamiento del Centro) que deben conocer.

Normas de convivencia relativas a los padres de alumnos. Las normas de convivencia relativas a los padres quedan dimensionadas y formuladas como siguen:

1. En relación con el Centro:

- a) Conocer el Reglamento de Organización y Funcionamiento y observar las normas contenidas en el mismo.
- b) Atender a las citaciones del Centro.
- c) Abstenerse de visitar a sus hijos en horario lectivo sin causa justificada.
- d) Visitar a los profesores o equipo directivo en su horario específico para ello. Respetando su horario de clase.

2. En relación con los profesores:

- a) No desautorizar la acción de los profesores en presencia de su hijo.
- b) Facilitar todo tipo de información y datos valorativos de sus hijos a los profesores que los precisen, en los distintos aspectos de su personalidad.
- c) Facilitar a sus hijos cuantos medios sean precisos para llevar a cabo las actividades y tareas que le indique el profesorado.
- d) Participar voluntariamente con los profesores en la programación de aquellas actividades para las que se solicite su ayuda.
- e) En caso de separación judicial de los padres, justificar a quien corresponde la guarda y custodia de los hijos.

3. En relación con sus hijos:

- a) Colaborar en la labor educativa ejercida sobre los alumnos.
- b) Vigilar y controlar sus actividades.
- c) Facilitar el cumplimiento de las obligaciones de sus hijos respecto del Centro: puntualidad, orden, aseo, etc.
- d) Distribuir y coordinar su tiempo libre y de ocio, especialmente en lo relativo a lectura, juego y televisión.
- e) Justificar las ausencias y retrasos de sus hijos durante el horario escolar.
- f) Recoger personalmente o mediante persona autorizada, o bien con autorización por escrito, a los alumnos de: Educación Secundaria que tengan que ausentarse del Centro durante la jornada escolar.
- g) Estimular a sus hijos en el respeto a las normas de convivencia del Centro como elemento que contribuya a su formación.

4. En relación con el Personal de Administración y Servicios:

- a) Tratarles siempre con respeto y deferencia.
- b) Seguir sus indicaciones en el ámbito de sus competencias.

Normas de convivencia relativas a los alumnos:

1.- Referentes a su comportamiento personal.

- Asistir puntualmente y con regularidad a clase (justificando las ausencias o retrasos por escrito y con la firma de los padres o tutores legales antes del tercer día.)
- Acudir a clase debidamente aseado y correctamente vestido.
- Permanecer durante el horario escolar en su aula.
- Transcurrir por pasillos , escaleras... con orden , silencio y compostura.
- Traer los libros y material

3.2.- Misión, visión y valores del centro

El Centro Educativo Juan XXIII-Zaidín nace como respuesta al espíritu renovador del Papa Juan XXIII y del Concilio Ecuménico Vaticano II. El espíritu evangélico y eclesial impregna el objetivo de lograr una formación integral que haga de los alumnos hombres y mujeres felices, libres, críticos, responsables y comprometidos con la nueva sociedad, que busquen la verdad y la solidaridad entre sus semejantes, apoyados en el compromiso misionero, el amor a la naturaleza y el respeto por la creación. La gratuidad y el acceso de todos al bien de la educación queda garantizado por la atención a la diversidad y la acogida al régimen de conciertos y becas de la Administración desde educación infantil hasta bachillerato.

El Centro pretende:

1. Ofrecer a los alumnos una formación académica, religiosa, social y evangelizadora con el fin de favorecer su futura incorporación al mundo laboral, cultural y social.
2. Convertirse en referencia en calidad educativa y en compromiso de colaboración con las familias a través de la acción tutorial.

3. Ser instancia diocesana de compromiso pastoral, de apertura a la Iglesia local y de compromiso misionero con la Iglesia universal.
4. Conseguir en el alumnado una buena formación humana y cristiana para que, con espíritu crítico, sea capaz de integrar el respeto por la tradición y la cultura con las necesidades y desafíos de la sociedad actual.
5. Promover una participación activa y comprometida de todo el personal del Centro en la tarea educativa.
6. Seguir mejorando las infraestructuras del Centro para adecuarlas a las necesidades de los alumnos y a las demandas actuales de las familias.
7. Potenciar las relaciones con los alumnos que han estudiado en el Centro para que éste siga siendo punto de referencia en sus vidas.
8. Fortalecer la vida de fe de la comunidad educativa por medio del acompañamiento espiritual y la participación activa en los sacramentos.
9. Estimular en la comunidad educativa el compromiso solidario con los más desfavorecidos y fomentar hábitos y valores de convivencia pacífica.
10. Promover el amor y el respeto a la naturaleza como reconocimiento de la obra del Creador.

Los valores del Centro son:

1. Esperanza, para confiar en las posibilidades del hombre.
2. Fraternidad, para crear lazos de igualdad, unidad en la pluralidad y solidaridad entre todos.

3. Veracidad, para lograr la autenticidad y la transparencia en nuestras relaciones.
4. Paz, como fruto de la justicia, la tolerancia, el diálogo y el perdón.
5. Positividad, para valorar lo bueno de cada uno y así transmitir una visión optimista tanto del presente como del futuro.
6. Transcendencia, para buscar permanentemente el sentido de la vida a la luz del Evangelio.
7. Servicio, disponibilidad, dedicación y compromiso con toda la comunidad educativa, especialmente con los más necesitados.
8. Laboriosidad, esfuerzo y constancia para estar en continua actitud de mejora.
9. Talento, creatividad, imaginación e iniciativa para transformar nuestro entorno social.
10. Responsabilidad, para cumplir con profesionalidad, coherencia y sentido del deber nuestras funciones dentro de la comunidad educativa.

3.3.- Departamento de Orientación

A través de la página web del centro, se hace un repaso sobre la fundamentación legal de este punto. La LODE reconoce a los alumnos/as el derecho a recibir una formación que asegure el pleno desarrollo de su personalidad. A partir de la Ley 1/1990 de 3 de Octubre, se impulsa con fuerza la aplicación de la acción de tutoría en la educación. En el Real Decreto 83/1996, por el que se establece el reglamento Orgánico de los Institutos de Educación Secundaria, se fijan los miembros y las funciones del

Departamento de Orientación, las funciones del tutor y se marcan las directrices generales para la elaboración del Plan de Acción de Tutoría. La Ley Orgánica 2/2006 de 4 de Mayo contempla como uno de sus principios la orientación educativa y profesional, como medio necesario para conseguir una educación integral en conocimientos, destrezas y valores. En otro de sus principios utiliza la equidad como garante de la igualdad de oportunidades actuando como elemento compensador de desigualdades personales, culturales, económicas y sociales, con especial atención a los que deriven de discapacidad.

4.3.1.- Plan de Orientación Escolar

El horario del coordinador para tareas propias del Departamento de Orientación engloba las mañanas de lunes a viernes, excepto el miércoles con una duración total de quince horas. De acuerdo con la Reforma del Sistema Educativo, la Orientación Educativa de la Comunidad de nuestro Centro se estructura en tres niveles:

1. En el Aula, y con el grupo de alumnos, la función corresponde a todos los Profesores del instituto, y en particular al Profesor-Tutor.
2. En el Centro, a través del Departamento de Orientación coordinado por el Orientador y el Equipo Docente.
3. En la zona, con los equipos de Apoyo Extremo, personas e instituciones del exterior coordinadas por el Departamento de Orientación.

Con la incorporación de los Departamentos de Orientación en Educación Secundaria, cada vez son más en la orientación e intervención se pone el énfasis en aquellos aspectos de carácter global, indirectos, preventivos y comunitarios, frente a la intervención casuística del tratamiento individual.

Para que la intervención psicopedagógica sea válida y eficaz, es necesario que esta sea integrada, coherente y compartida por todos los elementos de la comunidad educativa (tutores, profesores, orientador, padres, alumnos, instituciones y demás recursos del entorno). La Orientación de los alumnos implica a todo el profesorado. La Orientación de los alumnos no es responsabilidad exclusiva del Orientador, sino de todos y cada uno de los profesores del centro, y del propio centro como institución

educativa cuya finalidad última no es sólo la enseñanza o instrucción de los alumnos, sino también su formación plena, integral. Necesidad del establecimiento de contactos por parte del Orientador con los equipos de apoyo, centros o instituciones que aporten algo a la Orientación del Centro. Los objetivos del Plan de Actuación del Departamento de Orientación son:

- Impulsar a la atención a las diferencias individuales.
- Ajustar la respuesta educativa a las necesidades particulares de los alumnos.
- Potenciar el desarrollo de las habilidades para “aprender a aprender”.
- Prevenir, detectar y actuar ante los problemas de aprendizaje.
- Capacitar al alumno para que a través del conocimiento de sí mismo y de las posibles opciones académicas y profesionales, elija con acierto aquella que permita realizar su proyecto de vida.
- Desarrollar actitudes de solidaridad y participación social.
- Favorecer el autoconocimiento, la madurez personal y sistemas de valores.
- Asegurar la coordinación educativa a través de los distintos niveles, áreas, ciclos y etapas.
- Fomentar actuaciones de innovación educativa.
- Facilitar el conocimiento y la elaboración de documentos, demandados por la Delegación Provincial, para la puesta en marcha del nuevo sistema educativo.
- Completar la dotación de recursos del departamento para asesoramiento de la comunidad educativa.
- Hacer reflexionar al alumno para que la toma de la decisión final sea la más adecuada, personal y responsable posible.
- Pedir colaboración a las familias para el desarrollo de los procesos de enseñanza-aprendizaje de sus hijos.
- Colaborar en la formación de los padres, en aspectos educativos concretos, que pueden redundar en la educación de sus hijos a través de una “escuela de padres”.

Las tareas del Plan de Orientación y acción tutorial se articulan en torno a seis bloques de trabajo:

1. Ampliación y organización del fondo de recursos del departamento.
2. Atención a la diversidad del alumno.

3. Orientación académica y profesional.
4. Asesoramiento y colaboración con los diferentes órganos directivos y estructuras organizativas del centro.
5. Atención a las familias.
6. Plan de acción de tutorías.

SEGUNDA PARTE: MARCO EMPÍRICO

Capítulo 4: Metodología y diseño de la investigación

4.1.- Introducción

Cuando se creó por la Ley 9/1984, de 3 de julio, el Instituto Andaluz de Salud Mental, se inició un proceso imparable de transformación de la atención a los problemas de salud mental en la Comunidad Autónoma de Andalucía. Hasta entonces, la asistencia a estos problemas de salud se limitaba prácticamente a los Hospitales Psiquiátricos de las Diputaciones Provinciales y a las consultas ambulatorias de Neuropsiquiatría de la Red de Administración Sanitaria de la Seguridad Social Andaluza (RASSSA).

Después de veinte años, son muchos los logros reconocidos. Se dispone en Andalucía de una red pública única de servicios de salud mental integrada en el Servicio Andaluz de Salud (SAS), de base y orientación comunitaria, diversificada en recursos y en modelos de intervención. De este modo, han sido superadas las estructuras manicomiales, a la vez que se han desarrollado nuevas políticas intersectoriales de coordinación con la Fundación Andaluza para la Integración Social del Enfermo Mental (FAISEM), la Administración de Justicia, Asuntos Sociales y Educación. (Plan Integral de Salud Mental de Andalucía 2003-2007).

4.2.- Justificación de la investigación

A través del marco teórico descrito en la primera parte de este trabajo de investigación hemos pretendido ofrecer una visión de las distintas variables o factores implicados en la aparición de los trastornos de la conducta alimentaria. En esta se ven los distintos argumentos para proponer esta investigación.

Como síntesis, podríamos decir que los trastornos de la conducta alimentaria están aumentando en nuestra sociedad y en otros países desarrollados. Experimentándose una aceleración en el abanico de las distintas manifestaciones de éste en los últimos treinta años. Los medios de comunicación, el acceso cada vez más fácil

de los jóvenes a las nuevas tecnologías y a información del tema a través de estas han propiciado el aumento de casos experimentado en las últimas décadas. Pudiendo acceder a pacientes y familiares que expresasen a través de su testimonio el sufrimiento y las consecuencias negativas que estos trastornos acarrear en el plano físico, psíquico, familiar e interpersonal. Esta presentación de la información, en ocasiones ha sido de forma morbosa, mostrando el extremo al que es capaz de llegar el ser humano cuando se padece un trastorno de la conducta alimentaria. En ocasiones más que informar de la noticia parece que se están dando directrices a seguir para tener una aceptación por parte de los iguales. Tanto se ha hecho hincapié en la apariencia física, que desmentir esa premisa resulta muy complejo. Nuestros jóvenes, que les dan gran importancia al trato entre iguales, a ser aceptados en un grupo, a sentirse parte activa del mismo, ven como el poseer un físico determinado les puede abrir o cerrar las puertas de las relaciones sociales.

Proponer un cuerpo anormalmente delgado por parte de la sociedad, medios de comunicación o la moda, atribuyéndole las virtudes de belleza, éxito y control hace que nuestros jóvenes elijan esta vía para encontrar su sitio entre sus iguales. Siendo estos sumamente vulnerables, debido al momento de desarrollo en que se encuentran, los mensajes sociales calan profundamente en ellos. Esta meta les llena de inseguridad y les baja la autoestima. Siendo los únicos beneficiados las grandes empresas comerciales las que sacan beneficios de esta situación, proponiendo cómo conseguir ese cuerpo deseado.

Las razones por las que los trastornos de la conducta alimentaria se han convertido en un grave problema sanitario son, su prevalencia creciente, en el caso de la anorexia nerviosa se cifra entre el 0,5 y el 3,7 % de las adolescentes y mujeres jóvenes (Am J Psychiatry 2000), su evolución entronizada, la frecuente comorbilidad médica que presentan y que en ocasiones presentan formas clínicas enmascaradas que en ocasiones conducen a errores o retrasos en el diagnóstico, los cuales se observan hasta en el 50 % de los casos (Whitehouse AM, 1992).

Hay que resaltar, que esta enfermedad, que se ha tratado con cierta frivolidad y sensacionalismo, tienen importantes complicaciones médicas que condicionan una

mortalidad no despreciable. La anorexia nerviosa se considera una de las enfermedades psiquiátricas más incapacitantes y letales (García-Camba, 2001).

Los síntomas primarios, la preocupación y excesiva autoevaluación del peso y de la silueta con el objetivo fundamental de lograr y mantener un estado de delgadez, hasta el punto de poder conducir a la muerte, están presentes tanto en la anorexia nerviosa como en la bulimia nerviosa y muchos pacientes presentan una mezcla de ambas conductas. Los trastornos de la conducta alimentaria son un problema de Salud Pública, de origen multifactorial, que afecta fundamentalmente a las mujeres en la edad adolescente, con unos determinantes de salud diversos y con un impacto social superior al epidemiológico. La alarma social que esto ha provocado, ha conducido a la creación de una Comisión de estudios en el Senado, un Plan Interdepartamental en Cataluña y País Vasco, y a la creación de asociaciones de familiares y de unidades monográficas en algunas comunidades autónomas (Consejería de Salud, Junta de Andalucía).

Los Consejeros de Sanidad y Educación detectaron en 2007, a través del programa Detección e Intervención Precoz de Trastornos de la Conducta Alimentaria (Ditca), unos 140 casos de anorexia y bulimia en escolares. En la iniciativa participaron 19.656 alumnos de 184 centros el pasado curso y el presente curso escolar se ha inscrito un total de 226 centros escolares de la Comunidad Valenciana. Gracias al programa se han detectado en el último curso 128 casos probables de anorexia, 4 de bulimia y 9 probables de anorexia más bulimia, según informaron fuentes de la Generalitat. Los centros educativos son el mejor lugar para abordar la anorexia y la bulimia, ya que la detección precoz es un instrumento esencial para combatir estas enfermedades.

2.- Planteamiento del problema

Debido a la cantidad de problemas que acarrea este tipo de enfermedad, una intervención adecuada es crucial para mantener una correcta salud, tanto mental como física, en nuestros centros escolares. El campo de estudio que se intenta abordar en el presente trabajo de investigación se centra en:

“Estudio de los Trastornos de Conducta Alimentaria en la población escolar de los IES de Granada, desde una perspectiva psicopedagógica”.

4.3.- Objetivos de la investigación

Una vez descrito el qué se va a estudiar (campo de trabajo), otro aspecto fundamental, referente decisivo en cualquier investigación son los objetivos planteados (para qué se lleva a cabo este estudio, qué se pretende conocer, etc.).

Objetivo general

Describir los factores que llevan a los alumnos de la ESO de los IES Juan XXIII de Granada a padecer algún trastorno de la conducta alimentaria.

Objetivos específicos

Hacen referencia a las escalas que conforman los dos Tests que se han utilizado (EPQ-J y EDI-2).

- **Objetivo 1.** Conocer la emocionalidad de los sujetos, nivel de ansiedad, preocupación, cambios de humor, etc.
- **Objetivo 2.** Averiguar el nivel de extraversión de los sujetos, extravertido típico e introvertido típico.
- **Objetivo 3.** Conocer las variables de personalidad subyacentes en la conducta que pueden llegar a ser patológicas en casos extremos.
- **Objetivo 4.** Conocer los sujetos que muestran una tendencia al disimulo para presentar un “buen aspecto”.
- **Objetivo 5.** Conocer la propensión a la conducta antisocial.
- **Objetivo 6.** Conocer la obsesión por la delgadez o búsqueda incesante de la delgadez como característica esencial de los trastornos de la conducta alimentaria.
- **Objetivo 7.** Conocer la tendencia de los alumnos a tener pensamientos o a darse comilonas o atracones de comida incontrolables.

- **Objetivo 8.** Averiguar la insatisfacción de los alumnos con la forma general de su cuerpo o con las de aquellas partes del mismo que más preocupan a los que padecen trastornos de la conducta alimentaria (estómago, caderas, muslos, nalgas, etc.).
- **Objetivo 9.** Conocer los sentimientos de incapacidad general, inseguridad, vacío, autodesprecio y falta de control sobre la propia vida.
- **Objetivo 10.** Conocer el grado en que el sujeto cree que sus resultados personales deberían ser mejores.
- **Objetivo 11.** Conocer el sentimiento general de alienación del sujeto y su desinterés por establecer relaciones íntimas, así como la dificultad para expresar los propios sentimientos y pensamientos.
- **Objetivo 12.** Evaluar el grado de confusión o dificultad para reconocer y responder adecuadamente a los estados emocionales e identificar ciertas sensaciones viscerales relacionadas con el hambre y la saciedad.
- **Objetivo 13.** Evaluar el deseo de volver a la seguridad de la infancia.
- **Objetivo 14.** Evaluar la tendencia a buscar la virtud por medio de ciertos ideales espirituales como la autodisciplina, el sacrificio, la autosuperación y el control de las necesidades corporales.
- **Objetivo 15.** Conocer la dificultad para regular los impulsos y la tendencia al abuso de drogas, la hostilidad, la agitación, la autodestrucción y la destrucción de las relaciones interpersonales.
- **Objetivo 16.** Averiguar la creencia de que las relaciones sociales son tensas, inseguras, incómodas, insatisfactoriales y de escasa calidad.
- **Objetivo 17.** Presentar propuestas de mejora orientadas a la prevención de los TCA desde un enfoque educativo. Promoviendo la realización de cursos de formación para profesorado y padres implicados en la educación de los adolescentes, diseñando programas de prevención en educación para la salud integrados en los primeros niveles de escolarización.

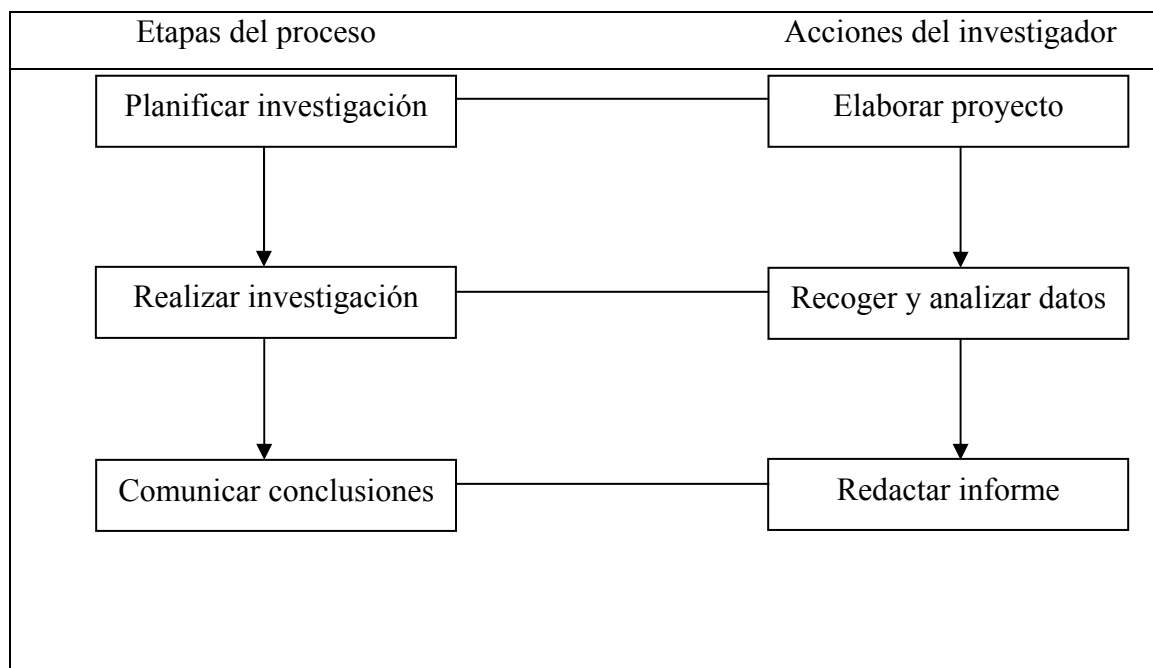
4.5.- Metodología

Del Rincón, Arnal, Latorre y Sans (1995:20) argumentan que *la investigación es una actividad humana orientada a la descripción, comprensión, explicación y transformación de la realidad social a través de un plan de indagación sistemática.*

Dependiendo de la concepción que se tenga de la realidad, desde una perspectiva cuantitativa, cualitativa o crítica, así se articularán los diferentes elementos metodológicos, organizativos, junto con las finalidades y conclusiones derivadas de todo el proceso de aproximación al problema de investigación concreto.

Para abordar el campo de estudio planificado y lograr los objetivos fijados, es preciso escoger un camino que nos aproxime mediante un procedimiento científico al conocimiento de la realidad planteada.

Hemos tomado como modelo el siguiente esquema que integra el conjunto de características, procedimientos y fases de la actividad investigadora:



Procedimientos y fases en el Método Científico, de La Torre, Del Rincón y Arnal (2003:1)

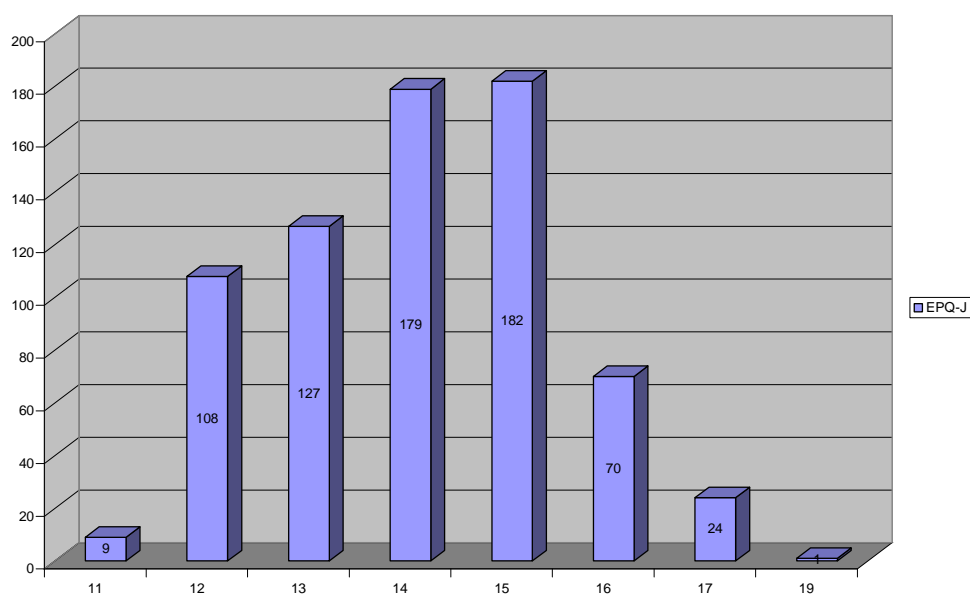
Se va a hacer uso de una metodología ecléctica que conjuga la investigación tanto descriptiva, centrada en el análisis cuantitativo, numérico a través de la pasación de dos cuestionarios y por otra parte, la interpretación de estos datos estadísticos mediante el empleo de entrevistas, que permitan contextualizar la realidad concreta de este trastorno en los Centros de la capital granadina.

4.5.1.- Descripción de la muestra

Se va a trabajar con la población escolar de Educación Secundaria, en concreto con alumnos de Primero, Segundo, Tercero y Cuarto de la ESO (Educación Secundaria Obligatoria) de los IES Juan XXIII de Granada capital. La selección de la muestra responde al criterio normativo de la edad, en este caso, 11 a 17 años, momento decisivo para estas personas al encontrarse ante la toma de decisiones importantes de cara a su futuro profesional y personal, al finalizar la escolarización obligatoria.

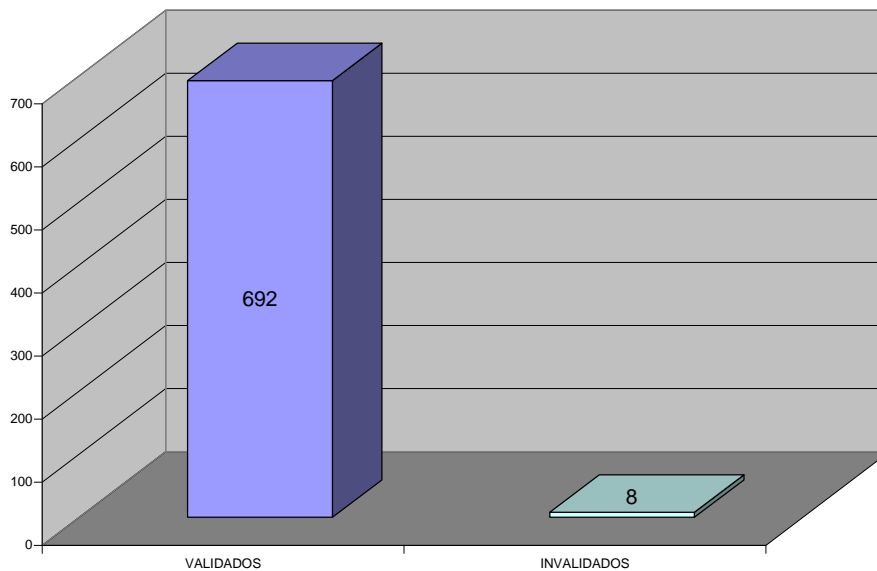
En número de sujetos que conforman la muestra es de 700 alumnos. La representación de hombres en el cuestionario EDI-2 es del 53,57%, de mujeres el 45,86% e invalidados 0,57%. Mientras que en el EPQ-J los hombres representan el 51,85% (363) y las mujeres el 48% (336) y uno invalidado 0,14%.

La distribución por edades de los sujetos a los que se les pasó el cuestionario EPQ-J es:



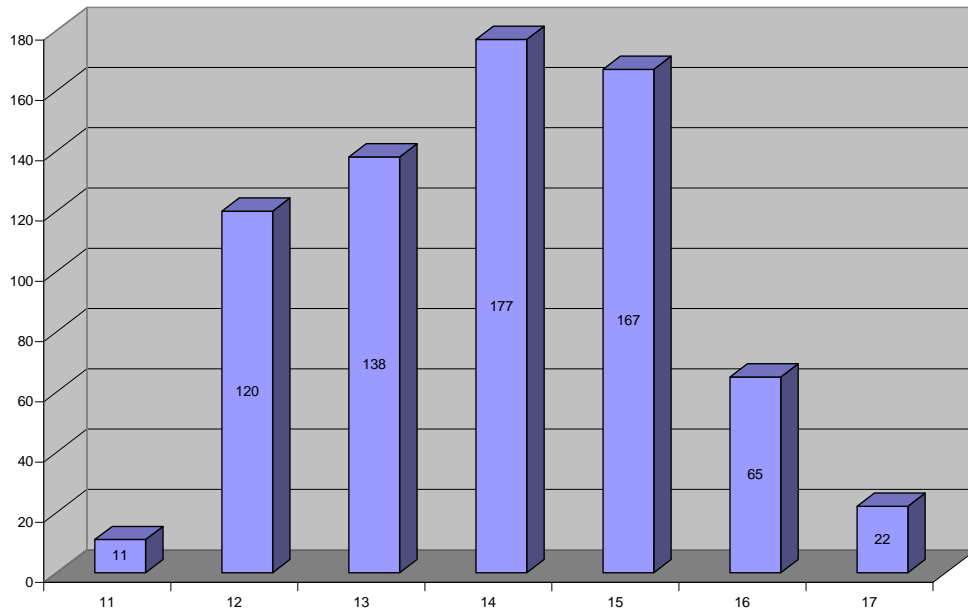
EDAD	11	12	13	14	15	16	17	18	19	TOTAL
N° SUJETOS	9	108	123	177	181	70	23	0	1	693
PORCENTAJE	1,30	15,59	17,76	25,55	26,13	10,10	3,32	0	0,15	100

De entre todos los sujetos que realizaron la prueba, hubo algunos cuestionarios que se invalidaron debidos a que estaban incompletos o el sujeto no los estaba rellenando correctamente.



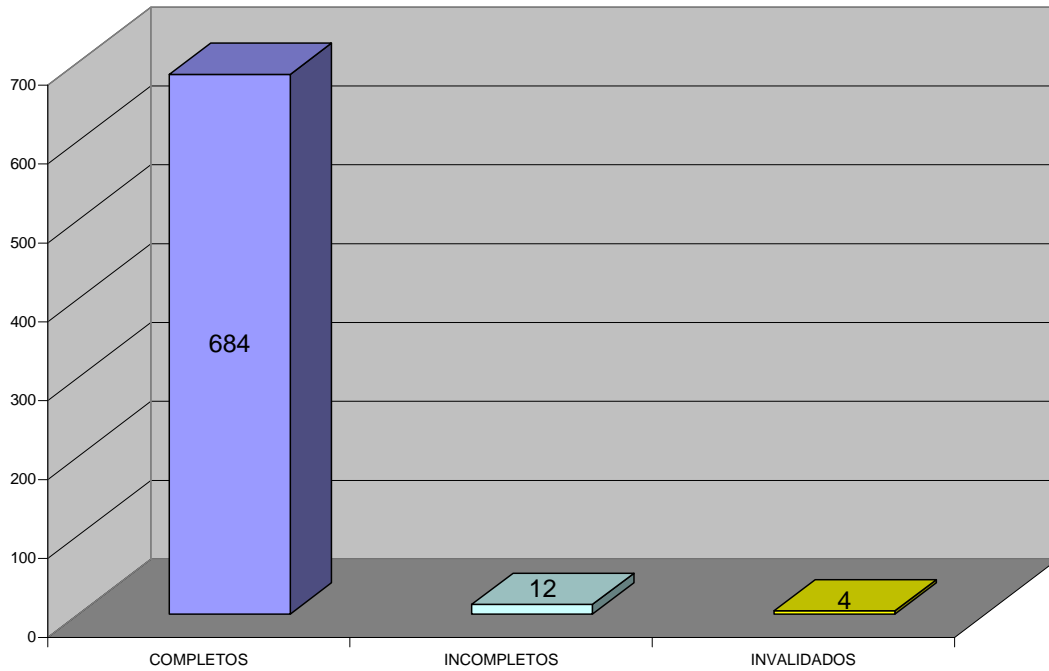
	Válidos	Invalidados	Total
Número Sujetos	692	8	700
Porcentaje	98,85	1,14	100

La distribución por edades de los sujetos a los que se les pasó el cuestionario EDI-2 es:



EDAD	11	12	13	14	15	16	17	TOTAL
Nº SUJETOS	11	120	138	177	167	65	22	700
PORCENTAJE	1,57	17,14	19,72	25,29	23,86	9,28	3,14	100

De entre todos los sujetos que realizaron la prueba, hubo algunos cuestionarios que se invalidaron debidos a que estaban incompletos o el sujeto no los estaba rellenando correctamente.



	Completos	Incompletos	Invalidados	Total
Número Sujetos	684	12	4	700
Porcentaje	97,72	1,71	0,57	100

4.5.2.- Instrumentos de recogida de datos

Los distintos instrumentos que se han empleado están recogidos en dos apartados: la evaluación psicométrica en los trastornos de la alimentación y las entrevistas iniciales.

Evaluación psicométrica en los trastornos de la conducta alimentaria

En el diagnóstico de la anorexia y bulimia nerviosa, la identificación y el registro de los síntomas poseen una relevancia decisiva. Estos síntomas constituyen un amplio abanico de variables o factores físicos, conductuales, cognitivos y emocionales. Algunos son más aparentes como la pérdida de peso pronunciada, amenorrea y síntomas corporales secundarios; otros menos, como las actitudes hacia la comida, la imagen

corporal del propio cuerpo, los rasgos de personalidad, la psicopatología previa y los déficits comunicativos, sociales y cognitivos.

En los trastornos de etiología y patogenia compleja, como los de la alimentación, son de vital importancia una adecuada exploración psicopatológica y conductual, un análisis y un registro estandarizado de las distintas áreas conflictivas. Para llevar a cabo esta evaluación se llevarán a cabo distintos cuestionarios:

- Hábitos alimentarios, cogniciones y psicopatología. *Eating Disorder Inventory-2 (EDI-2)*. Este cuestionario proporciona información útil respecto a las dimensiones psicológicas y conductuales características de los trastornos alimentarios. Esta prueba presenta buena consistencia interna, fiabilidad test-retest y validez.

La utilidad del EDI-2 en el diagnóstico y seguimiento de pacientes ha sido ampliamente descrito y constatado en otras investigaciones. El EDI-2 no permite establecer un diagnóstico específico de *anorexia nervosa* (AN), ni de *bulimia nervosa* (BN). Sólo está dirigido a la descripción y medición precisas de ciertas características psicológicas, así como de la severidad de la sintomatología de relevancia clínica.

Es un cuestionario autoaplicable que consta de 91 reactivos, con un formato de respuestas en una escala tipo Likert de seis puntos: "siempre", "casi siempre", "frecuentemente", "en ocasiones", "rara vez" o "nunca". Estos reactivos se distribuyen a lo largo de 11 escalas:

- 1) Impulso hacia la delgadez.
- 2) Bulimia.
- 3) Insatisfacción corporal.
- 4) Ineficacia.
- 5) Perfeccionismo.
- 6) Desconfianza interpersonal.
- 7) Conciencia interoceptiva.
- 8) Miedo a la madurez.

- 9) Ascetismo.
- 10) Regulación de impulsos.
- 11) Inseguridad social.

Este instrumento posee una prueba estandarizada con buena consistencia interna ($\alpha=0.80$), confiabilidad test-retest, validez de contenido, de concurrencia y de constructo. Al ser aplicado en diferentes poblaciones se han observado diferencias en los puntos de corte de las escalas, por lo que se recomienda validar el instrumento en la población por evaluar.

Este tipo de cuestionarios tienen limitaciones, pero permiten un primer acercamiento a grandes grupos de población. Los puntos de corte diagnóstico establecidos en los procedimientos de tamizaje no son fijos. La elección de un punto de corte preciso depende del objetivo del tamizaje. Un punto de corte relativamente alto minimiza el número de falsos positivos, pero puede incrementar el número de falsos negativos. Garner y colaboradores utilizaron un punto de corte conservador mayor de 14 (correspondiente al percentil 94) para la subescala de impulso hacia la delgadez, con el fin de definir un grupo de mujeres universitarias y estudiantes de ballet como "preocupadas por el peso". Este punto de corte puede ser demasiado estricto para los propósitos de tamizaje.

Otra situación potencialmente problemática es cuando existen pacientes con un supuesto TCA cuyas puntuaciones son bajas en todas las subescalas del EDI-2, comparadas con el grupo de referencia de TCA. Lo cual lleva a hacernos diferentes preguntas sobre si esto significa que esta paciente no tiene un TCA, si significa que no tiene preocupaciones en ninguna de las áreas evaluadas por el EDI-2, si significa que está involucrada en una marcada negación de los síntomas o si significa que no coopera con la evaluación.

Todas estas interpretaciones son posibles y deben ser consideradas durante la evaluación clínica, la cual puede guiar al menos a tres conclusiones:

- Existe un TCA o una variante subclínica que requiere de tratamiento.

- Las puntuaciones del EDI-2 indican una excesiva preocupación acerca del peso y de la imagen corporal que no califican para el diagnóstico de un TCA, pero se recomiendan estrategias de prevención, debido a que algunos sectores de la población pueden estar en riesgo de progresar hasta la adquisición de un TCA.
 - No existe un TCA y no hay una psicopatología asociada que requiera intervención terapéutica.
- **EPQ-J.** Cuestionario de Personalidad. En la evaluación de la personalidad se utilizó el Cuestionario EPQ-J de H. J. Eysenck y S. B. G. Eysenck, (1975) que es un instrumento de 81 ítems cuyo objeto es evaluar en niños las tres dimensiones básicas de la personalidad: Neuroticismo o emotividad (N), Extraversión (E) y Psicoticismo o dureza (P), también la Sinceridad (S) y predisposición a la Conducta Antisocial (CA), respecto a esta última es importante advertir que está pendiente de validación en muestra española. Al sujeto se le pide que conteste «SI» o «NO» a los ítems en función de si la pregunta se refiere a su modo de pensar y sentir. Los ítems están formulados en sentido positivo y negativo y en este caso para obtener la puntuación total del sujeto hay que tener en cuenta las dimensiones anteriores.

A través de la Universidad de la Laguna (Tenerife), se llevó a cabo una validación del cuestionario EPQ-J para la población infantil de Tenerife. En el que se pretendía verificar el grado de validez de la estructura factorial del test EPQ-J para la población infantil de la isla de Tenerife. Se partió de la validación para España efectuada por Eysenck y Seisdedos (1978). Se empleó una muestra de 1996 escolares de ambos sexos, procedentes de diferentes zonas de la isla, de edades comprendidas entre los 8 y los 15 años. Se ha replicado la estructura factorial descrita por Eysenck y Seisdedos respecto de las dimensiones de Neuroticismo, y Psicoticismo. Sin embargo, el factor Extraversión presenta diferencias importantes en la línea de lo que han señalado diversos críticos de los trabajos de Eysenck, lo que aconseja un trabajo de revisión de este factor (Darias Morales, E.J., Sosa Alonso, J.J. y Sosa Fariña, J.A. 2000).

De este estudio se sacaron las siguientes conclusiones:

- 1) Efectuado un análisis factorial sobre los datos recogidos tras la aplicación del cuestionario EPQ-J, en un intento de validarlo para la población infantil de Tenerife, hemos forzado cuatro factores que coinciden, sólo parcialmente, con los cuatro factores de Eysenck y Seisdedos (1978).
- 2) La dimensión de Extraversión cuya unicidad fue defendida siempre por H.J.Eysenck, en nuestro caso no se ha producido.
- 3) Los porcentajes de varianza explicada por el modelo factorial obtenido no superan el 20% de la varianza observada. Puesto que no se disponen de porcentajes de varianza explicada en validaciones anteriores del cuestionario, no podemos determinar si este resultado es típico o, por contra, anecdótico. En cualquier caso, si los resultados anteriores estuviesen sobre este índice sería tal vez necesario plantearse una revisión de la validez del modelo, máxime si se presenta como un instrumento de aplicación en el campo de la investigación y el diagnóstico.
- 4) En general se obtienen resultados que coinciden con lo esperado atendiendo a las múltiples críticas que el modelo trifactorial de la personalidad propuesto por H.J. Eysenck ha venido recibiendo por parte de numerosos autores.
- 5) Algunos ítems que configuran la dimensión de Extraversión y, tal vez, la teoría que sustenta esa propia dimensión de Extraversión, deberían ser revisados a la luz de los resultados obtenidos. Esta revisión tendría sentido, bien para buscar un conjunto de ítems que represente más adecuadamente la dimensión de Extraversión si se persiste en considerarla como unitaria, o bien para revisar la estructura y los baremos del cuestionario si se procediera a la división de esta dimensión mediante la técnica de forzar cinco factores, en lugar de cuatro, con el fin de propiciar la diversificación del factor Extraversión en dos componentes distintos.

En este trabajo se verificó que la estructura factorial descrita por Eysenck y Seisdedos al validar para España el cuestionario EPQ-J, no se replicó de modo satisfactorio en la población infantil de la isla de Tenerife. Posteriormente se realizó un nuevo análisis forzando a cinco el número de factores en lugar de los cuatro obtenidos con anterioridad. De esos cinco factores, tres replican de nuevo,

de manera satisfactoria las dimensiones de: Sinceridad, Neuroticismo, y Psicoticismo ya descritas. Sin embargo, el factor Extraversión quedó escindido, como se preveía, en dos dimensiones a las que denominamos: Impulsividad y Sociabilidad (Darias Morales, E.J., Sosa Alonso, J.J. y Sosa Fariña, J.A. 2000).

Las conclusiones de este segundo estudio fueron:

- 1) Efectuado un análisis factorial sobre los datos recogidos tras la aplicación del test EPQ-J, en un intento por validarlo para la población infantil de Tenerife, hemos obtenido cinco factores que agrupan de manera más nítida los distintos factores que cuando se hizo el análisis forzando a cuatro el número de factores.
- 2) Las dimensiones Neuroticismo/Estabilidad emocional, Psicoticismo/Empatía-Sensibilidad y Sinceridad/Disimulo aparecen con claridad, así como los dos componentes mayormente citados de la dimensión de Extraversión: Impulsividad y Sociabilidad. Hay que recordar, no obstante, que H. J. Eysenck siempre ha defendido la unicidad de esta dimensión, unicidad que en nuestro caso no se ha producido.
- 3) Los porcentajes de varianza explicada por el modelo factorial obtenido no superan el 20% de la varianza observada. Puesto que no se disponen de porcentajes de varianza explicada en validaciones anteriores del cuestionario, no podemos determinar si este resultado es típico o, por contra, anecdótico. En cualquier caso, si los resultados anteriores estuviesen sobre este índice sería tal vez necesario plantearse una revisión de la validez del modelo, máxime si se presenta como un instrumento de aplicación en el campo de la investigación y el diagnóstico.
- 4) Los factores obtenidos e identificados como Neuroticismo/Estabilidad Emocional, Sinceridad/Disimulo y Psicoticismo/Empatía-Sensibilidad presentan unos índices de consistencia interna muy buenos, incluso superiores a los obtenidos en la validación española del test. Los dos factores en los que se escinde Extraversión: Sociabilidad e Impulsividad presentan unos índices de consistencias algo inferiores, pero no muy diferentes de los obtenidos en el trabajo de Eysenck y Seisdedos, si consideramos que el número de ítems de las escalas se ha reducido a la mitad.

- 5) En general se obtienen resultados coincidentes con lo esperado atendiendo a las múltiples críticas que el modelo trifactorial de la personalidad propuesto por H.J. Eysenck ha venido recibiendo por parte de numerosos autores.
- 6) Algunos ítems que configuran la dimensión de Extraversión y, tal vez, la propia dimensión de Extraversión, deberían ser revisados a la luz de los resultados obtenidos. Esta revisión tendría sentido bien para buscar un conjunto de ítems que representen de manera más adecuada la dimensión de Extraversión, si se persiste en considerarla como unitaria, o bien para revisar la estructura y los baremos del test dividiendo la dimensión de Extraversión en los dos componentes que hemos obtenido.

Por tanto, sería interesante, hacer un análisis causal (enfoque LISREL, AMOS o EQS), para ver si nos dan los mismos resultados.

Una evaluación psicológica adecuada nos permitirá objetivar la sintomatología alimentaria de pacientes con anorexia y bulimia nerviosa, extrapolar y comparar distintos casos y experiencias clínicas.

4.5.3.- Procedimiento

4.5.3.1.- Técnicas cuantitativas: los cuestionarios

Las dos pruebas que se pasaron en los tres Centros Juan XXIII durante los meses de noviembre y diciembre de 2007 fueron:

- Cuestionario de Personalidad (EPQ-J).
- Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria (EDI-2).

El horario de clase de los alumnos está repartido entre las 8:30 y las 14:40 horas de la mañana de lunes a viernes con la siguiente distribución:

8:30	–	9:25	–	10:20	–	10:45	–	11:40	–	12:35	–	12:50	–	13:45	–
9:25		10:20		10:45		11:40		12:35		12:50		13:45		14:40	
CLASE		CLASE		RECREO		CLASE		CLASE		RECREO		CLASE		CLASE	

Previo permiso y consentimiento de los distintos directores de cada centro, se nos facilitó un horario de cada clase en el que podíamos pasar nuestras pruebas. En algunas ocasiones la prueba se pasó en el horario de tutorías o si algún profesor había faltado a su clase, durante esa hora. La duración de ambas pruebas es de cincuenta y cinco minutos. Debido a que el tiempo del que se disponía era muy justo, fue de suma importancia explicar las instrucciones de ambos de forma que los sujetos las entendiesen y pudieran rellenar los cuestionarios sin ninguna duda. Cuando entrábamos en el aula, nos presentábamos y explicábamos a los alumnos en qué iba a consistir la sesión. A todos los alumnos se les decía lo mismo:

“Buenos días, estamos haciendo un estudio en colaboración con la Universidad de Granada para el cual es necesaria vuestra colaboración. A continuación se os van a pasar dos pruebas, ambas son anónimas, es decir, no tenéis que poner vuestro nombre.

La primera (EPQ-J), es muy sencilla de responder. Sólo hay dos alternativas, «SI» o «No», tenéis que elegir una de las dos y poner una cruz en la opción escogida. Tenéis que rellenar los datos: edad, sexo, profesión del padre, profesión de la madre y curso. El número del alumno en clase no se pone.

La segunda (EDI-2), esta prueba también es anónima, es decir, no tenéis que poner vuestro nombre. Los datos que tenéis que rellenar son: edad, sexo, estatura y peso. El cuestionario está formado por un cuadernillo y una hoja de respuestas. En el cuadernillo no se escribe nada. En la hoja de respuestas se pone de cada pregunta la opción escogida:

- Siempre.
- Casi siempre.
- A menudo.
- A veces.

- Pocas veces.
- Nunca.

Si alguien tiene alguna duda, que levante la mano y se la resolveré. Recordad que no hay respuestas correctas ni incorrectas.”

Los cuestionarios se realizaron de forma anónima para facilitar la sinceridad de los sujetos en las respuestas y prevenir posibles problemas del consentimiento de los padres. Los datos a rellenar de cada cuestionario, además de los ítems, fueron:

- EDI-2: edad, sexo, estatura y peso.
- EPQ-J: edad, sexo, profesión del padre y profesión de la madre.

4.5.3.2.- Técnicas cualitativas: la entrevista

El trabajo motivacional y la decisión terapéutica. En estos pacientes han de ser clarificados y especialmente tenidos en cuenta aspectos como motivación, objetivos del paciente y relación terapéutica. Hemos de tener presente que la función inicial del terapeuta es clarificar los objetivos del paciente y proporcionarle un papel activo en el tratamiento. Para lo cual hay que tener en cuenta:

- Estado motivacional en pacientes con trastorno alimentario. Una característica de pacientes aquejados de un trastorno alimentario es la negación del trastorno y la escasa motivación de cambio. Prochaska, DiClemente y Norcross (1992) propusieron el modelo de los cinco niveles de motivación para entender las resistencias al cambio presentes en estos pacientes.

Modelo de los cinco niveles de motivación	
1	<i>Precontemplación.</i> No intención de cambio.
2	<i>Contemplación.</i> Consciente de los problemas, pensando acerca de éstos, pero sin la intención de cambiarlos.
3	<i>Preparación.</i> Con la intención de cambiar, pero no habiéndolo hecho en el último año.

4	<i>Acción.</i> Cambiando conductas, experiencias o el entorno para superar el problema.
5	<i>Mantenimiento.</i> Prevención de recaídas y consolidación de logros.

Adaptada de Prochascka y cols, 1992.

- Los pasos y técnicas empleados en esta fase inicial para la reducción de resistencias al cambio quedan reflejadas en la tabla 2.

Pasos	
1	Incremento en la relación del terapeuta
2	Aumento en la conciencia del trastorno
3	Reconocimiento de consecuencias positivas y negativas
4	Reconocimiento de inconsistencias
5	Adquisición de un papel activo por parte del paciente
6	Favorecer un aumento en la autocrítica
Técnicas	
1	Diálogo socrático
2	Preguntas en tercera persona
3	Preguntas hipotéticas
4	Intención paradójica

Adaptada de Prochascka y cols, 1992.

- Fases en las que se componen las sesiones iniciales (tabla 3)

Fases	
1	Determinación del grado de motivación del paciente
2	Establecimiento de una relación terapéutica positiva e intento por encontrar puntos de motivación propios
3	Objetivación y descripción del trastorno alimentario
4	Diagnóstico diferencial
5	Evolución psicosexual y laboral del paciente
6	Déficit intrapersonales

7	Socialización y Déficit interpersonales
8	Relaciones familiares
9	Formulación de hipótesis
10	Pronóstico y planificación del tratamiento

Adaptada de Prochascka y cols, 1992.

- Registros o protocolos alimentarios. En las sesiones iniciales, con el fin de objetivar más exhaustivamente la conducta alimentaria del paciente y/o esclarecer posibles dudas diagnósticas, es de suma importancia que éste realice un registro alimentario diario. Ello nos permite extraer información adicional no sólo a nosotros como especialistas, sino también al paciente, por diversas razones: ser conciente de su patrón alimentario, observar asociaciones entre estresores y conducta alimentaria, servir de estrategia de autocontrol y comenzar a adquirir un papel activo en su tratamiento.

4.5.4.- Tratamiento y análisis de los resultados

En el análisis de los resultados aportados por el cuestionario se va a utilizar el paquete estadístico de Ciencias Sociales (SPSS).

En cuanto a la información de las entrevistas se llevará a cabo un sistema de categorización para realizar un correcto análisis de contenido.

4.5.5.- Limitaciones de la investigación

En este trabajo de investigación, al igual que en otros, se han presentado ciertas limitaciones debido al objeto de estudio, la metodología empleada y las técnicas para controlarlas para conseguir una aproximación máxima a la realidad. A través de este apartado pretendemos plantearnos medidas de las variables que influyen para evitar esta situación durante la investigación e interpretar los datos con cierto grado de prudencia, matizando cuando queramos hacer generalizaciones. Las limitaciones a las que vamos a hacer referencia son:

- Limitaciones generales de toda investigación (Sierra Bravo, 1996: 358-359):
 - *El respeto social*: Se produce en los cuestionarios cuando la persona disfrazo sus respuestas para no dar la impresión de que sus ideas son contrarias a lo que se mantiene en la sociedad (deseabilidad social).
 - *La aprensión evaluativa*. Tendencia de las personas a pensar que los observadores tienen el contenido de juzgar o evaluar sus conocimientos. Se evita creando un ambiente de confianza, cordialidad y seguridad para evitar tensiones.
 - *Características de la demanda*. Captan los objetivos de la investigación y los sujetos responden de acuerdo a ellos. Esta limitación está muy relacionada con las anteriores.
 - *Expectativas del investigador*. El investigador puede comunicar sutilmente a los investigados sus expectativas respecto a la investigación.
 - *Efecto Hawthorne*. Condiciones ambientales que condicionan los resultados (iluminación, temperatura, horario).
 - *Dependencia de memoria*. Especialmente en investigaciones relacionadas con el pasado, como algunas preguntas de los cuestionarios.

- Limitaciones de la encuesta, de acuerdo con Groves, 1989 (citado por Martínez Arias, 1995: 394) destacan:
 - *Errores de no observación*. Errores procedentes de la no observación a toda la población, no se obtiene toda la información necesaria para establecer con certeza el estado de la cuestión. Razones: *errores de no cobertura* (del listado del que se extrae la muestra); *errores de no respuesta* (los sujetos seleccionados no responden a la encuesta parcial o totalmente); *errores de muestreo* (se recogen los datos sólo de una parte o fracción de la población, se relaciona con la representatividad de la muestra).

- *Errores de medida*: influencia del entrevistador; cuestionario utilizado; actitud del sujeto y su grado de cooperación; influencia del método de recogida de datos.
 - *Errores de procesamiento*. Errores que tienen lugar durante el procesamiento y análisis de datos (codificación de la información, grabación de los datos, etc.). Errores en el análisis estadístico, motivado por una incorrecta elección de la técnica, baja potencia estadística, se le conoce como “amenazas a la validez de las conclusiones estadísticas (Cook y Campbell, 1979).
- Limitaciones de nuestra investigación.
- *Poca motivación de los sujetos*. Algunos de los sujetos a la hora de rellenar los cuestionarios presentaban poca motivación, bien porque se le había echado el tiempo encima y después tenían el recreo u otra clase o porque no les apetecía completarlo, dando como resultado la nulidad o invalidez del cuestionario.
 - *Dificultad en la comprensión del vocabulario de los cuestionarios*. A pesar de que el vocabulario de los cuestionarios era apto para las edades a las que se les pasaba, se dio el caso en que en ocasiones desconocían el significado de esas palabras.
 - *Edades de los sujetos*. En algunas clases se encontraban alumnos que habían repetido en varias ocasiones, lo que ha hecho que el intervalo de edad del estudio sea más amplio.
 - *El tiempo*. Debido a la proximidad de los exámenes de final del primer trimestre, previo a la Navidad, tuvimos que acelerar el trabajo de recogida de datos para evitar posponerlo hasta Enero.

Capítulo 5: Análisis e interpretación de resultados

5.1.- Introducción

En este capítulo, que constituye el pilar fundamental de la investigación, se desarrolla el trabajo de recogida y presentación de los resultados de la muestra participante. También se hará referencia a las conclusiones y a las futuras líneas de investigación que podemos abrir a partir de este estudio.

A continuación se presentarán los datos del análisis cuantitativo, con un análisis de tipo descriptivo de todos los datos aportados por los cuestionarios. Posteriormente se llevarán a cabo unas tablas de contingencia.

5.2.- Presentación y análisis de resultados cuantitativos

Este bloque se ha llevado a cabo en función de los objetivos marcados en la investigación, realizar un análisis de los resultados descriptivos más relevantes a través de los porcentajes y frecuencias de mayor significatividad, representados mediante tablas o gráficos.

Posteriormente se realizará un cruce de variables mediante tablas de contingencia acompañadas de representaciones gráficas, intercalando como eje transversal el género y la edad.

5.2.1.- Resultados descriptivos

El análisis descriptivo de los cuestionarios utilizados se divide en tres bloques. El primero hace referencia al EPQ-J, el segundo al EDI-2 utilizando baremos de varones y mujeres sin TCA y un tercer bloque en el que se trata el EDI-2 con baremos de varones adolescentes sin TCA y Mujeres casos clínicos.

1.- EPQ-J Cuestionario de Personalidad

El número total de alumnos que han realizado la prueba han sido 700, de los cuales son válidos 692. Dándose por invalidados aquellos que no fueron rellenados correctamente, se realizó al azar o aquellos que estaban incompletos. La puntuación de los centiles, en E (Extraversión), S (Sinceridad) y CA (Conducta Antisocial) utilizan un rango entre 0 y 99. Mientras que N (Emocionalidad) está situado entre 1 y 99. La subescala P (Dureza) se encuentra entre 5 y 99. El rango de edad de los sujetos se sitúa en el rango 11 – 19, con una media de 14,04 años y una desviación típica de 1,385.

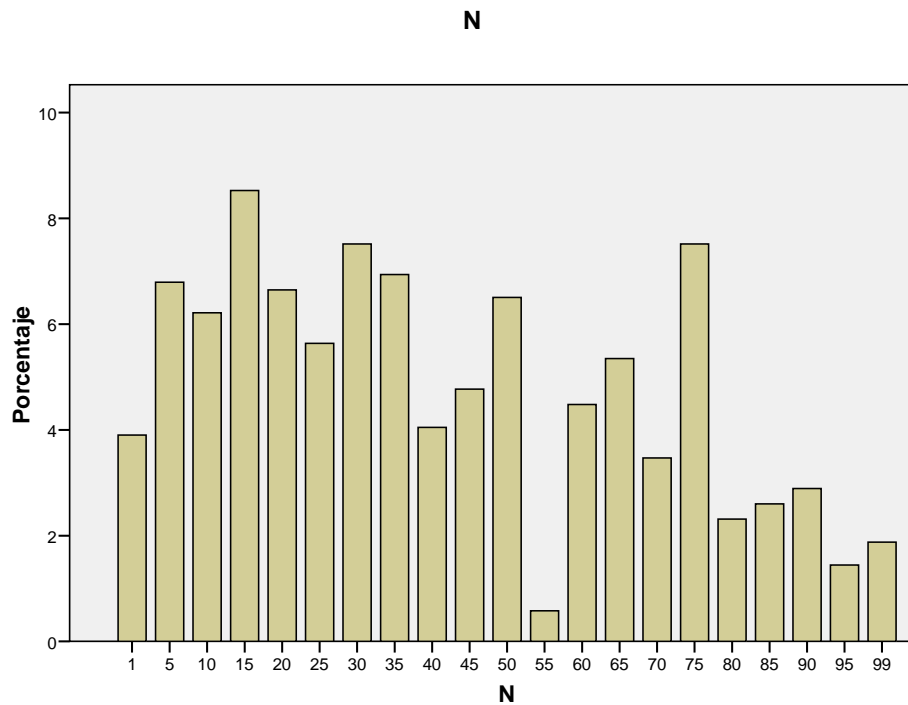
	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
N	692	1	99	41,15	27,471
E	692	0	99	58,71	27,945
P	692	5	99	57,67	28,108
S	692	0	99	44,74	28,437
CA	692	0	99	54,51	29,224
Edad	700	11	19	14,04	1,385
N válido (según lista)	692				

A continuación trataremos cada uno de los ítems que componen el cuestionario en función de las cinco subescalas que lo forman. Analizando el número de sujetos que respondieron correctamente a cada ítem. Identificando como valor mínimo, el 1, que equivale al “Sí” y como valor máximo, el 2, equivalente al “No”. También se tendrá en cuenta la media de las respuestas y la desviación típica. Posteriormente realizaremos un análisis de frecuencias de cada ítem. Teniendo en cuenta que cada pregunta por si sola no tiene valor significativo, sino que el valor de cada subescala proviene de la unión de las distintas preguntas por las que se componen.

1. Escala N (Emocionalidad)

Esta variable está compuesta por las preguntas del cuestionario número 2, 6, 10, 14, 18, 22, 26, 29, 34, 38, 45, 49, 53, 59, 62, 66, 68, 71, 77 y 80. A continuación procederemos al análisis de cada una de ellas.

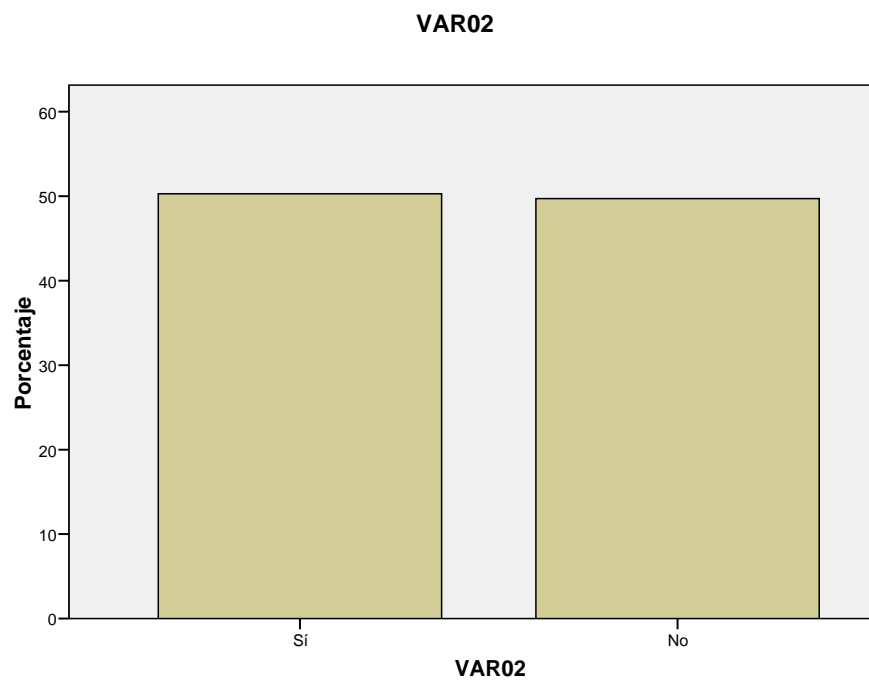
	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
N	692	1	99	41,15	27,471
N válido (según lista)	692				



a. 2. ¿Cambia tu estado de humor con facilidad?

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
VAR02	692	1	2	1,50	,500
N válido (según lista)	692				

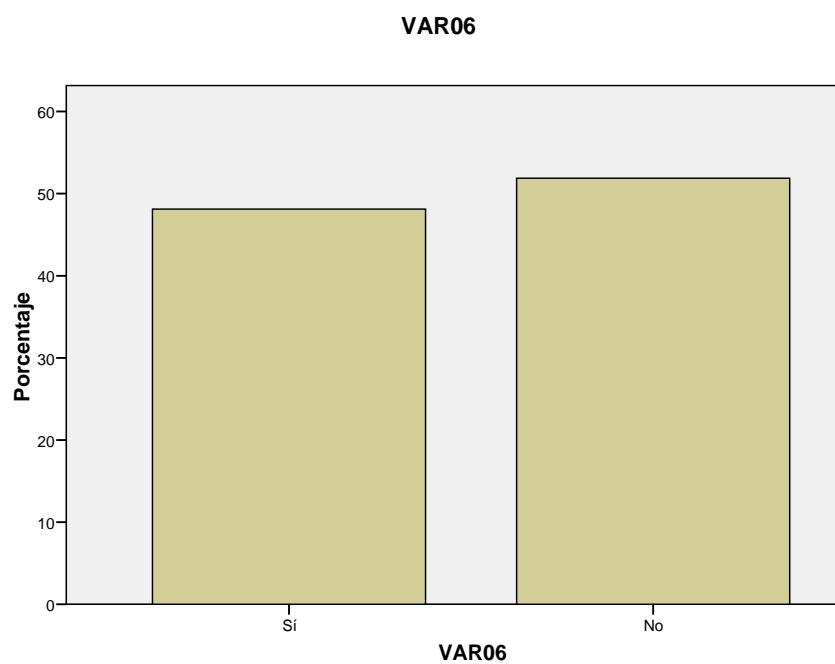
El porcentaje de sujetos que ha respondido “Sí” es del 50,3 % y de 49,7 %, por tanto, los resultados no son significativos



b. 6. ¿Te aburres con facilidad?

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. tít.
VAR06	692	1	2	1,52	,500
N válido (según lista)	692				

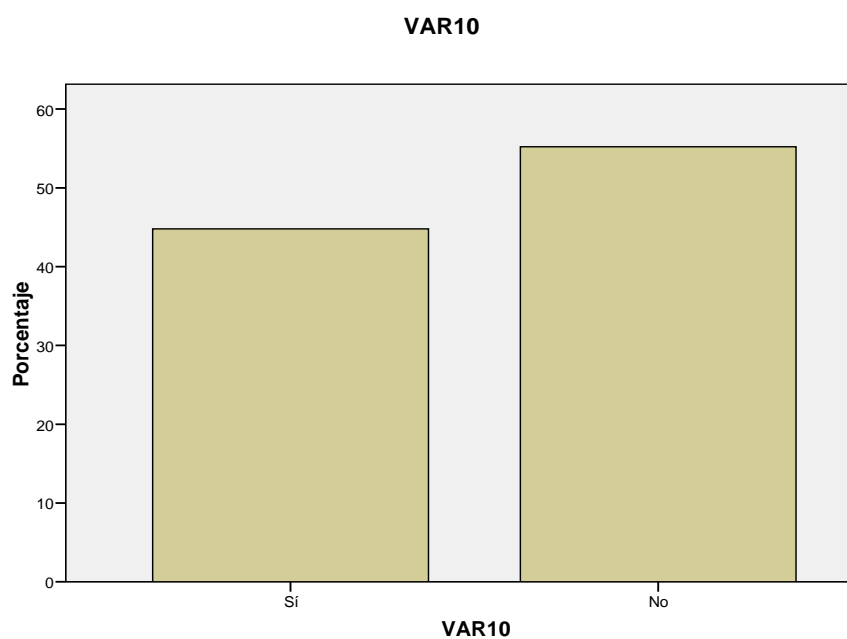
El 48,1 % de los sujetos respondieron “Sí” a la pregunta arriba indicada. Siendo el número de sujetos que hicieron cada respuesta muy similar.



c. 10. ¿Te vienen ideas a la cabeza que no te dejan dormir por la noche?

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
VAR10	692	1	2	1,55	,498
N válido (según lista)	692				

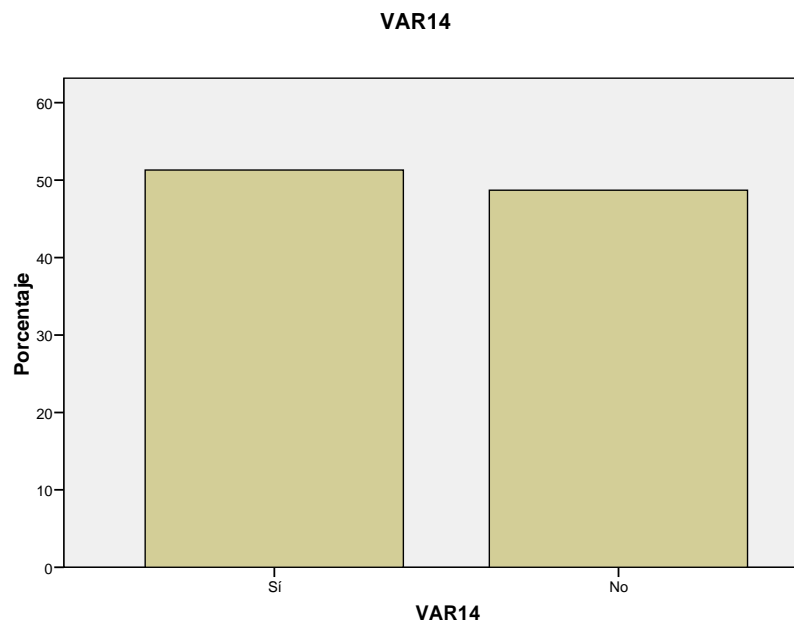
Son mayoritarios los sujetos que respondieron “No” a esta pregunta en un 55,2 % frente al 44,8 % que respondieron “Sí”.



d. 14. ¿Hay muchas cosas que te molestan?

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
VAR14	692	1	2	1,49	,500
N válido (según lista)	692				

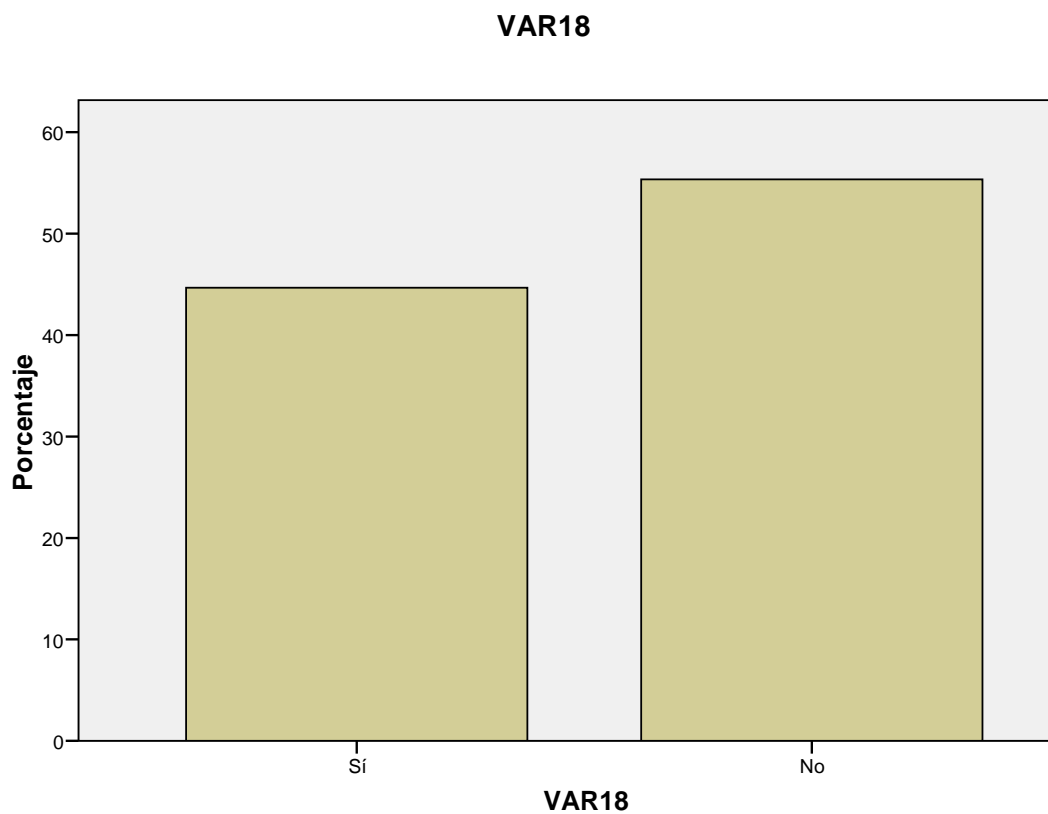
El 51,3 % de los sujetos respondieron “Sí” a la pregunta. Habiendo mucha similitud en la respuesta de dada por los sujetos a cada alternativa.



e. 18. ¿Te sientes alguna vez triste sin ningún motivo para ello?

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
VAR18	692	1	2	1,55	,497
N válido (según lista)	692				

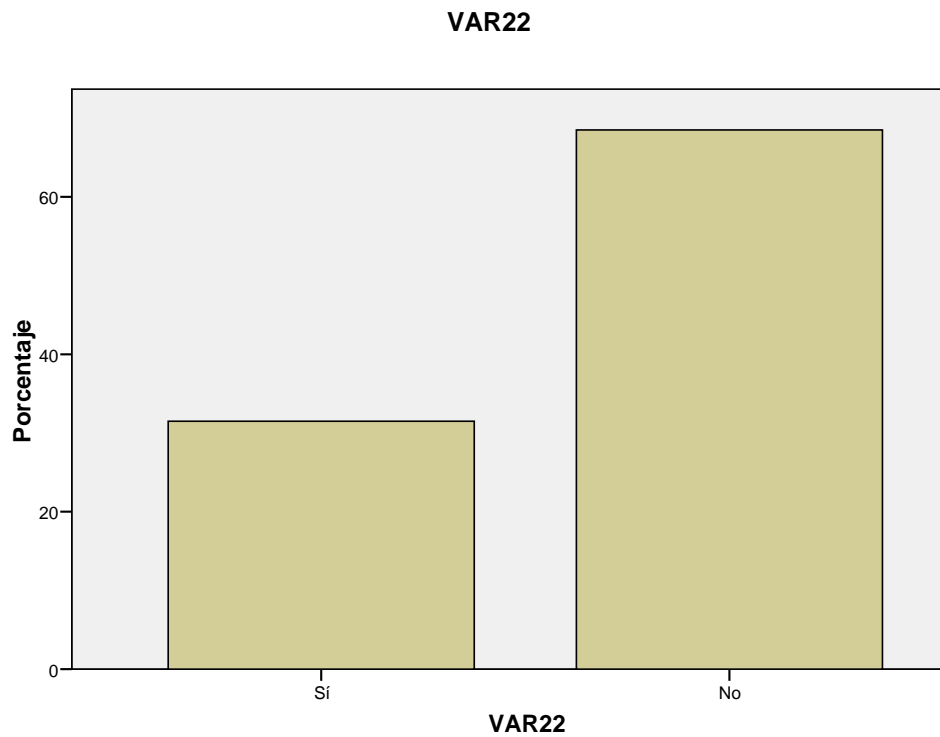
El 55,3 % de los sujetos respondieron “No” a la pregunta. Aún así se considera elevado el número de sujetos (309) que respondieron “Sí”.



f. 22. ¿A menudo piensas que la vida es muy triste?

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
VAR22	692	1	2	1,68	,465
N válido (según lista)	692				

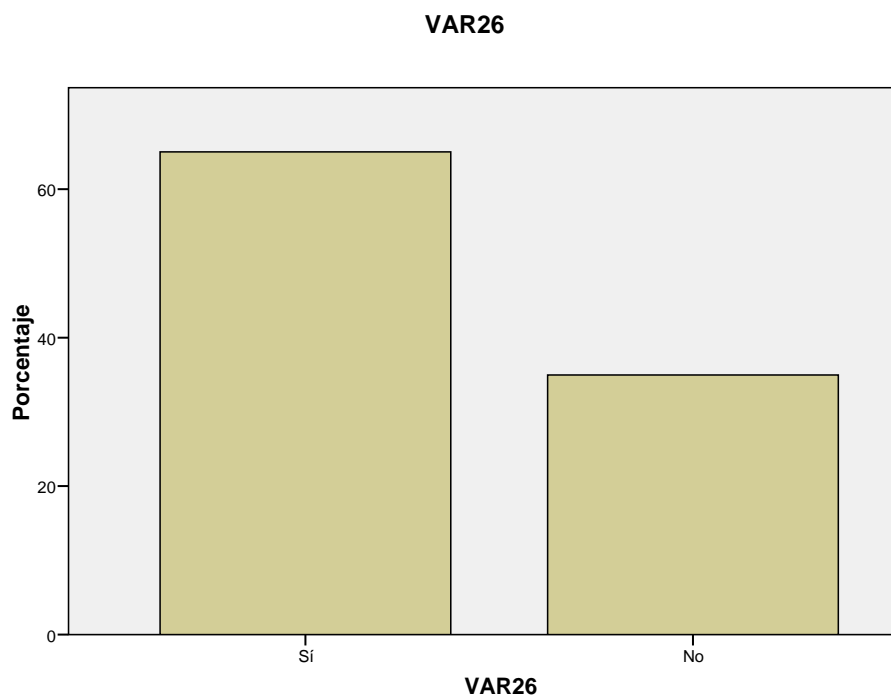
El 68,5 de los sujetos respondieron "No", pero hay un porcentaje de sujeto elevado que está de acuerdo con la pregunta.



g. 26. ¿Te molesta mucho que los mayores te nieguen lo que pides?

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
VAR26	692	1	2	1,35	,477
N válido (según lista)	692				

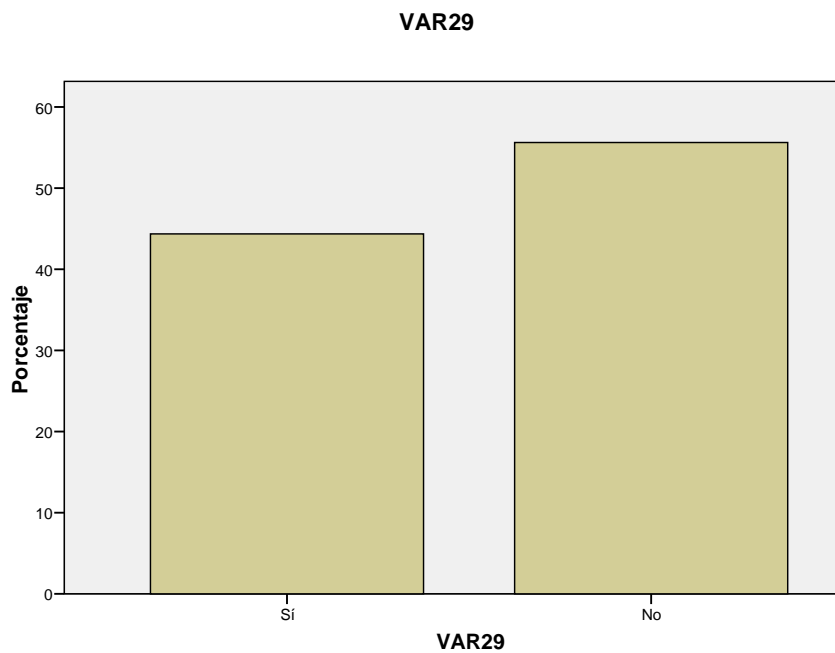
Un 65 % de los sujetos respondieron a favor de la pregunta.



- h. 29. ¿Te sientes herido fácilmente cuando los demás encuentran faltas en tu conducta o trabajo?

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
VAR29	692	1	2	1,56	,497
N válido (según lista)	692				

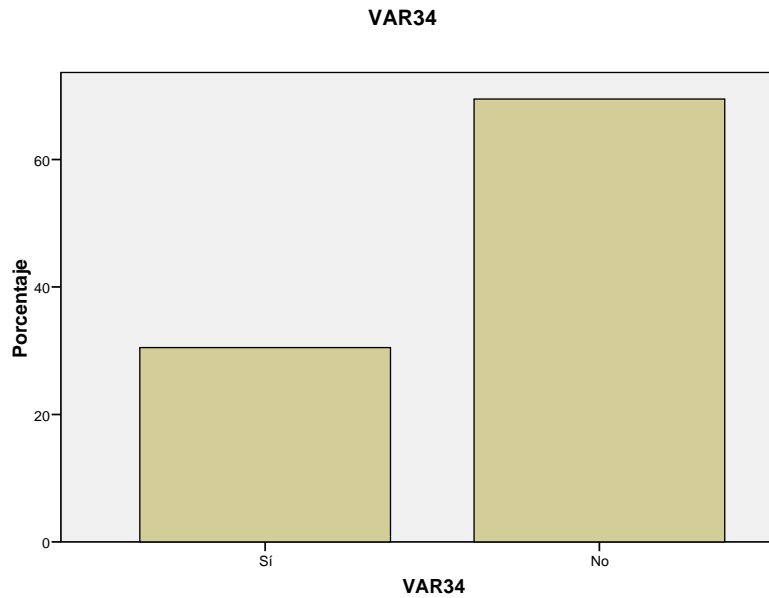
Hay que resaltar que el 44,4 % de los sujetos han respondido “Sí” a la pregunta, destacando la importancia que tienen para un amplio número de sujetos la opinión de los demás.



i. 34. ¿Te sientes frecuentemente cansado sin ningún motivo para ello?

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
VAR34	692	1	2	1,70	,461
N válido (según lista)	692				

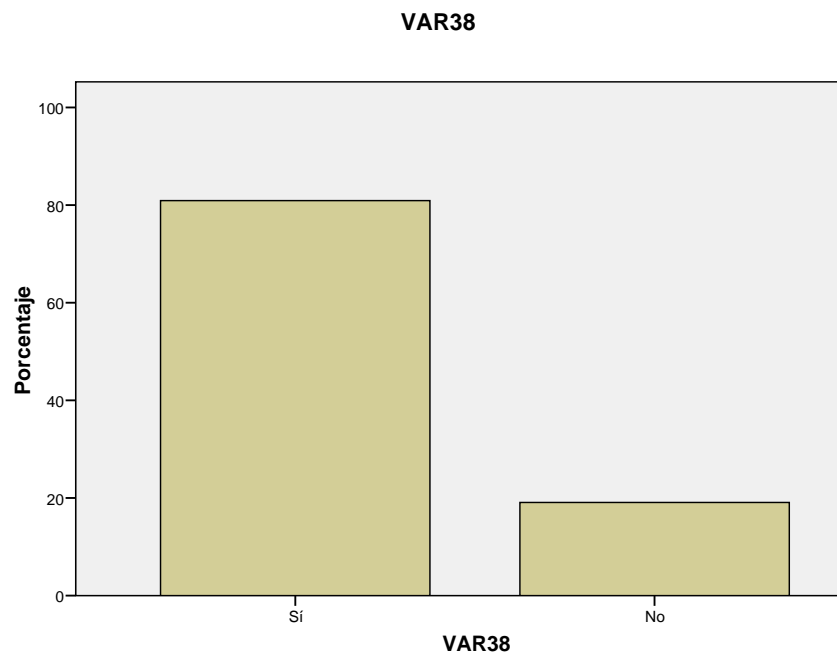
El 30,5 % de los sujetos responden afirmativamente a la pregunta. Sería interesante saber en que momento ocurre esto, si es estacionario, explicándose quizá por la astenia primaveral y a que edad se verán más afectados.



- j. 38. Al acabar de hacer algo, ¿piensas, generalmente, que podrías haberlo hecho mejor?

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. tít.
VAR38	692	1	2	1,19	,393
N válido (según lista)	692				

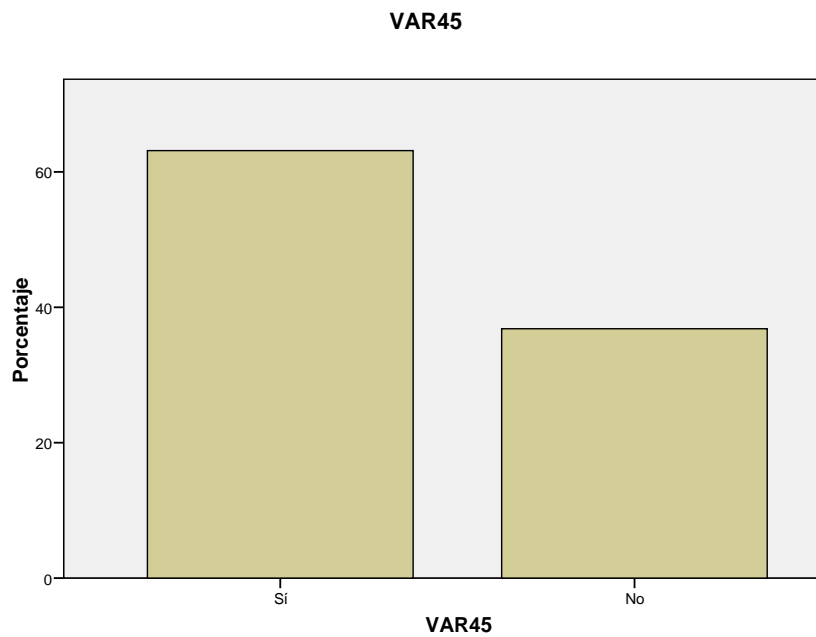
Destacamos que el 80,9 % de los sujetos son capaces de admitir una mejora en la ejecución de las tareas.



k. 45. ¿Algunas cosas te hieren y ponen triste con facilidad?

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
VAR45	692	1	2	1,37	,483
N válido (según lista)	692				

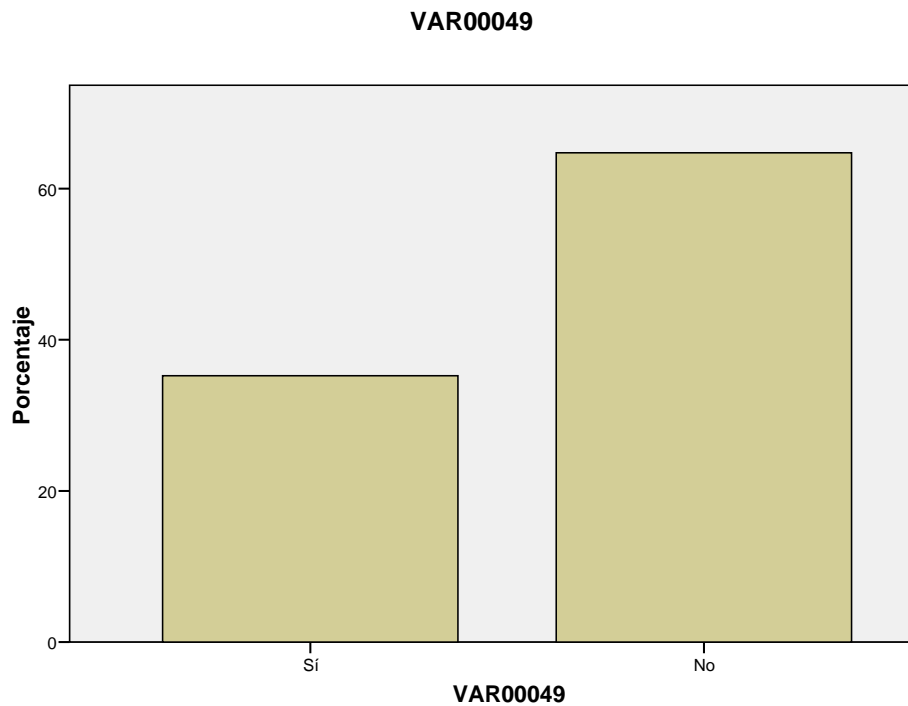
El 63,2 % de los sujetos se muestran sensibles con facilidad respecto a los comentarios de los demás.



1. 49. ¿Frecuentemente te sientes “arto de todo”?

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
VAR00049	692	1	2	1,65	,478
N válido (según lista)	692				

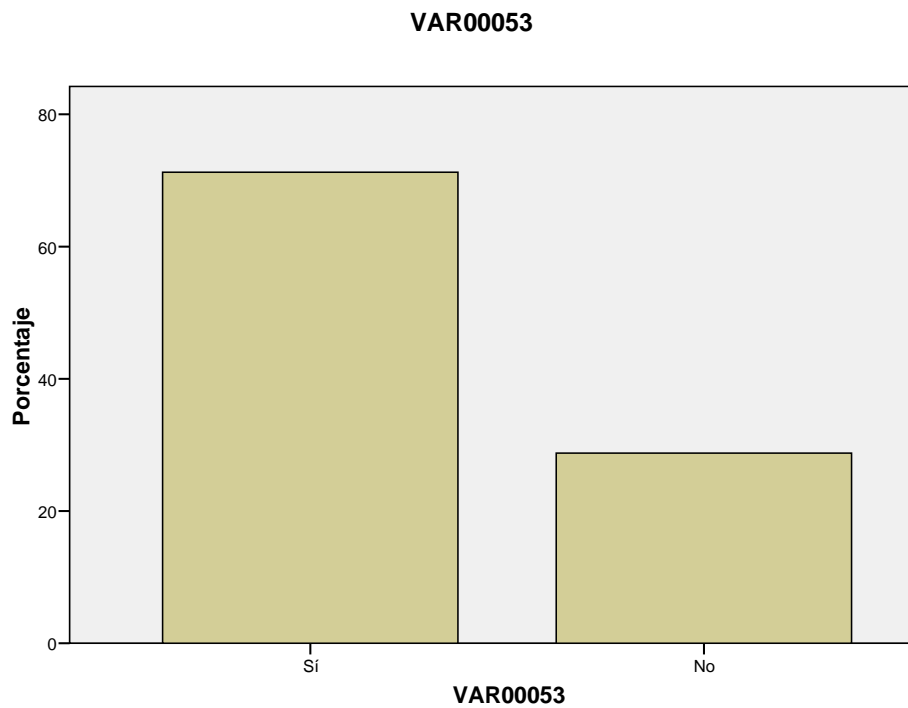
Un 35,3 % de los sujetos han respondido afirmativamente a esta pregunta. Sería interesante saber las causas, si se debe a que son hijos únicos, si es debido a la situación laboral de los padres o debido a la relación entre iguales.



m. 53. ¿A veces te encuentras tan intranquilo que no puedes quedarte sentado mucho rato en una silla?

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
VAR00053	692	1	2	1,29	,453
N válido (según lista)	692				

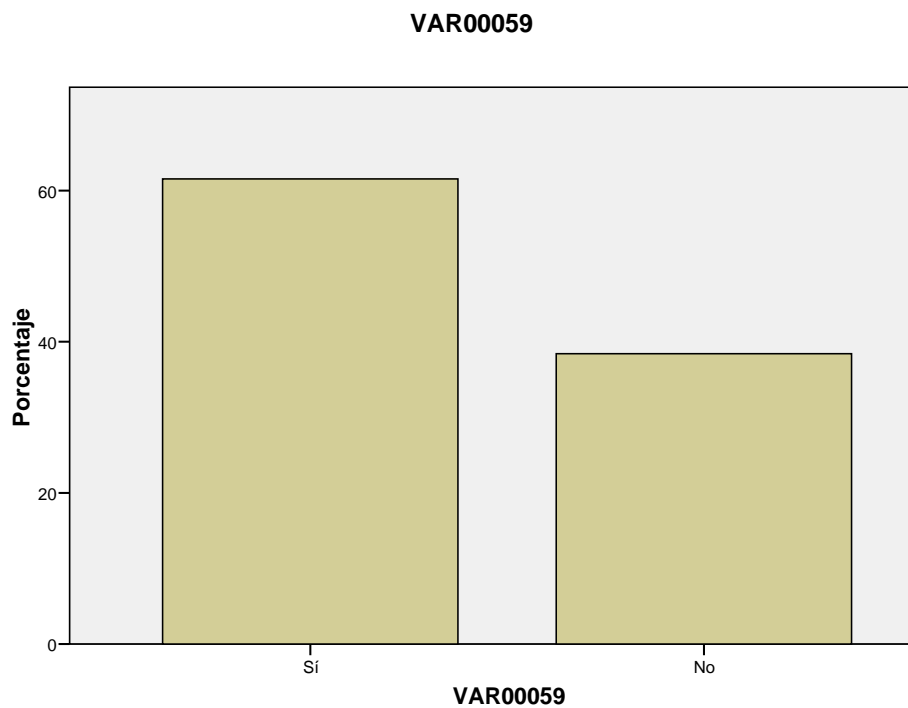
El 71,2 % de los sujetos han respondido de forma afirmativa. Sería interesante saber los motivos, ya que se podría incidir de forma positiva en el rendimiento escolar.



- n. 59. ¿Te preocupas durante mucho tiempo cuando crees que has hecho una tontería?

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. tít.
VAR00059	692	1	2	1,38	,487
N válido (según lista)	692				

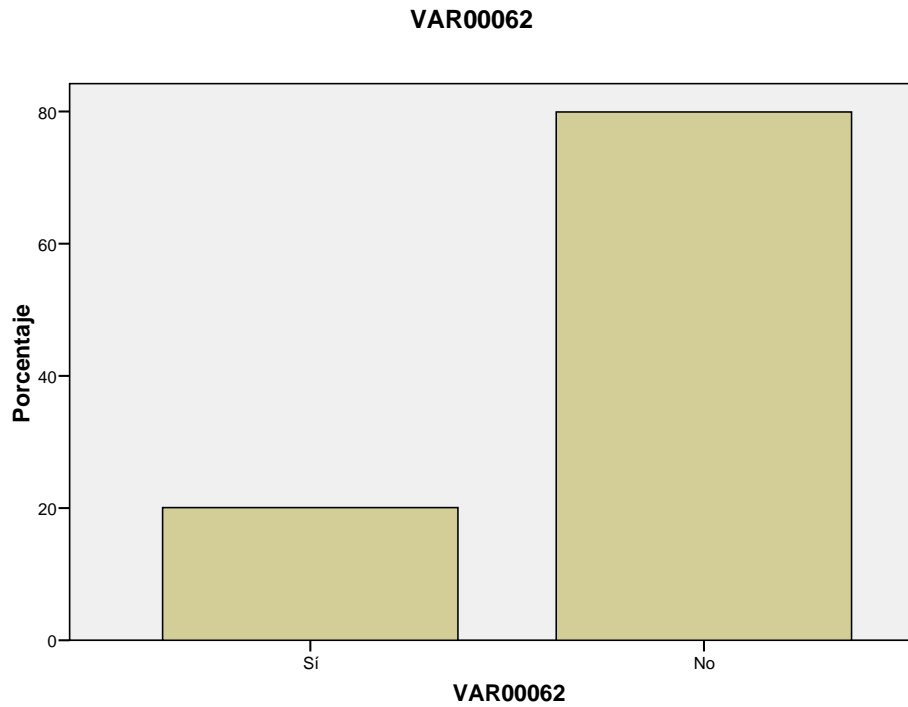
El 61,6 % de los sujetos sí se preocupa durante mucho tiempo por sus actos. Esto conlleva un pensamiento cíclico de sus actos en el que además de ocuparle gran parte de su tiempo le puede incapacitar para realizar otras tareas.



o. 62. ¿Piensas frecuentemente que la vida no merece la pena vivirla?

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
VAR00062	692	1	2	1,80	,401
N válido (según lista)	692				

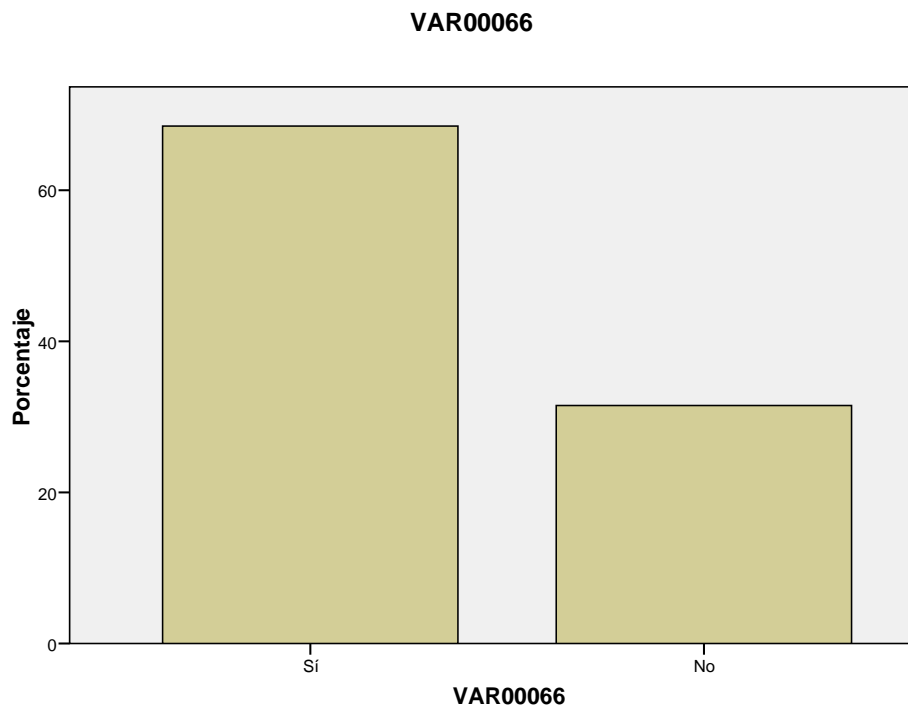
Resulta interesante saber que el 20,1 % de los alumnos piensan que la vida no merece la pena vivirla, teniendo en cuenta que la edad de los sujetos va entre 11 y 19 años.



p. 66. ¿Te distraes con frecuencia cuando estás haciendo alguna tarea?

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
VAR00066	692	1	2	1,32	,465
N válido (según lista)	692				

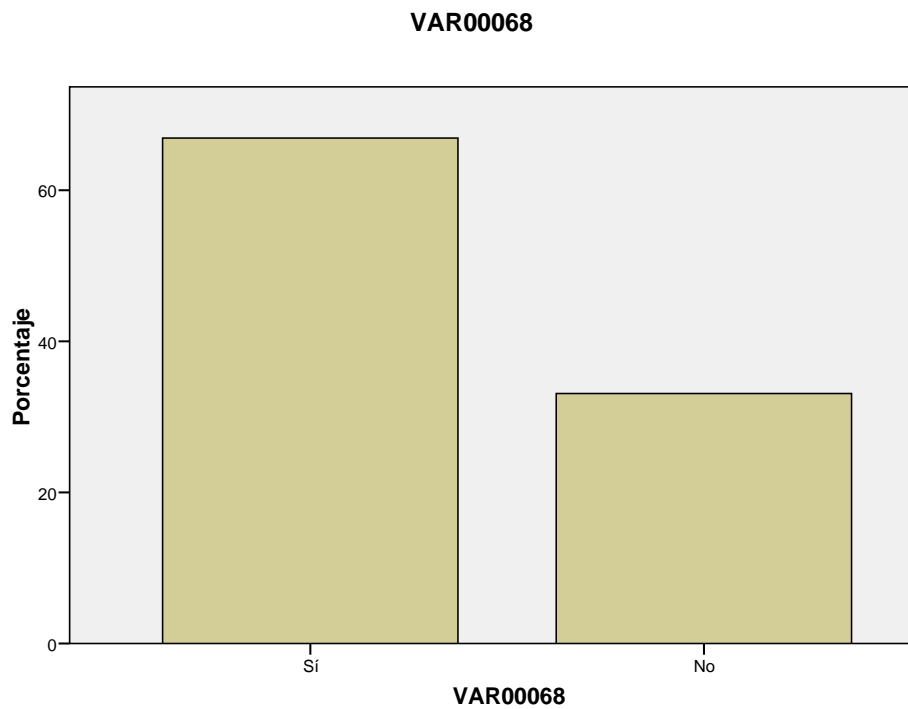
El 68,5 % tiene incapacidad para realizar una tarea concentrándose en esta. Afectando esto a su desarrollo personal y escolar con las consiguientes repercusiones que tendrá a lo largo de su vida.



- q. 68. Cuando estás preocupado por algo, ¿te cuesta poder dormirte por la noche?

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
VAR00068	692	1	2	1,33	,471
N válido (según lista)	692				

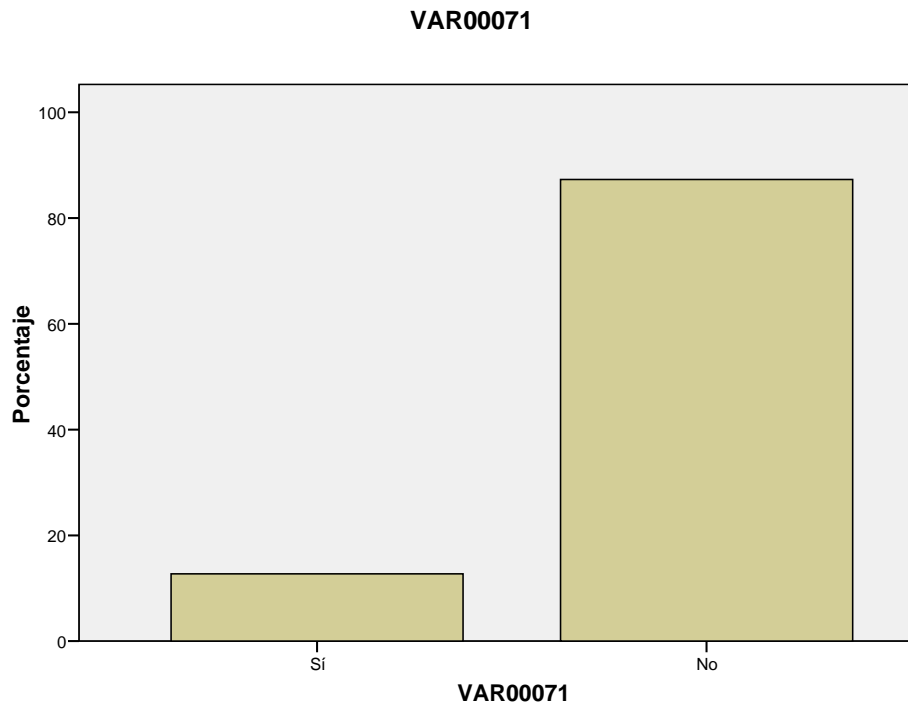
Teniendo en cuenta la importancia de un correcto descanso para poder rendir a todos los niveles en el centro escolar y fuera de este, observamos como al 66,9 % de los sujetos muestra dificultades en el sueño ante las preocupaciones.



r. 71. ¿Te sientes solo frecuentemente?

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
VAR00071	692	1	2	1,87	,333
N válido (según lista)	692				

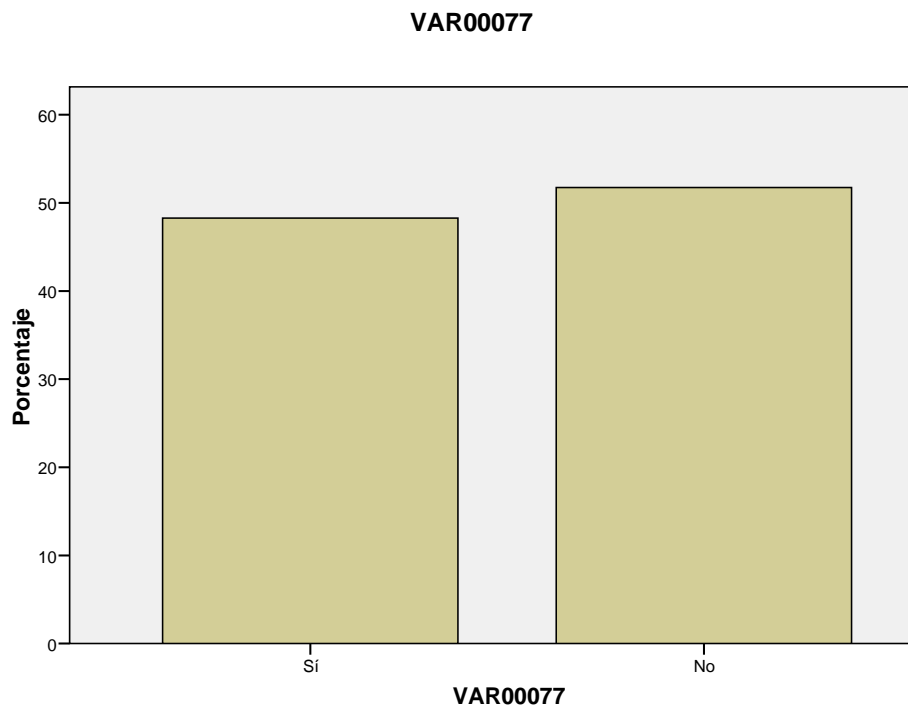
El 12,7 % de los sujetos se siente solo, equivalente a 88 sujetos. Este sentimiento les puede afectar a su desarrollo personal.



- s. 77. ¿Te sientes unas veces alegre y otras tristes, sin ningún motivo para ello?

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
VAR00077	692	1	2	1,52	,500
N válido (según lista)	692				

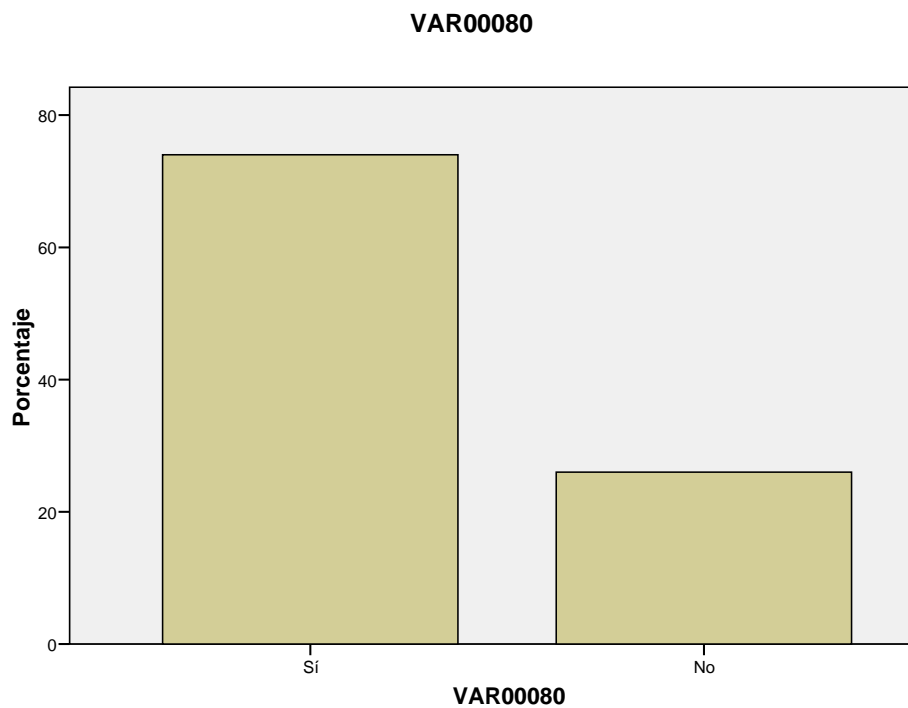
El 48,3 % de los sujetos tiene variaciones en sus sentimientos sin motivo aparente. Esta inestabilidad puede afectar a su desenvolvimiento en el centro escolar, a las relaciones con sus progenitores o tutores, etc.



- t. 80. ¿Necesitas con frecuencia buenos amigos que te comprendan y animen?

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
VAR00080	692	1	2	1,26	,439
N válido (según lista)	692				

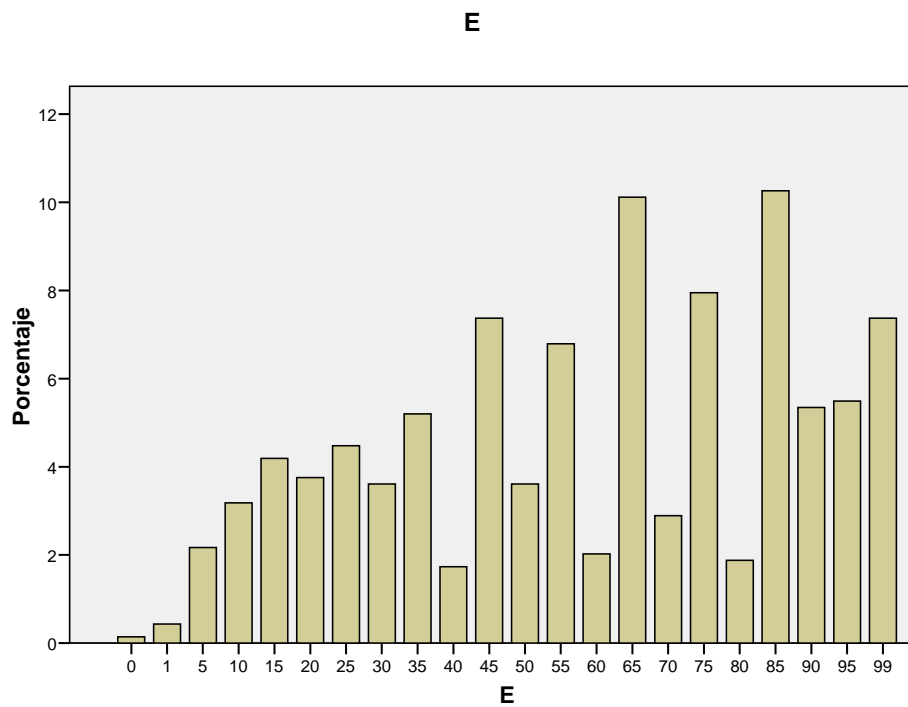
La influencia que los amigos en el centro o fuera de este es muy importante, por eso el 74 % considera que sí necesita compañeros que les acompañen y ayuden en su desarrollo como personas.



2. Escala E (Extraversión)

Esta variable está compuesta por las preguntas del cuestionario número 1, 5, 9, 13, 17, 21, 25, 28, 33, 37, 41, 44, 48, 52, 56, 58, 61, 65, 67, 70, 74, 76, 79 y 81. A continuación analizaremos cada una de ellas.

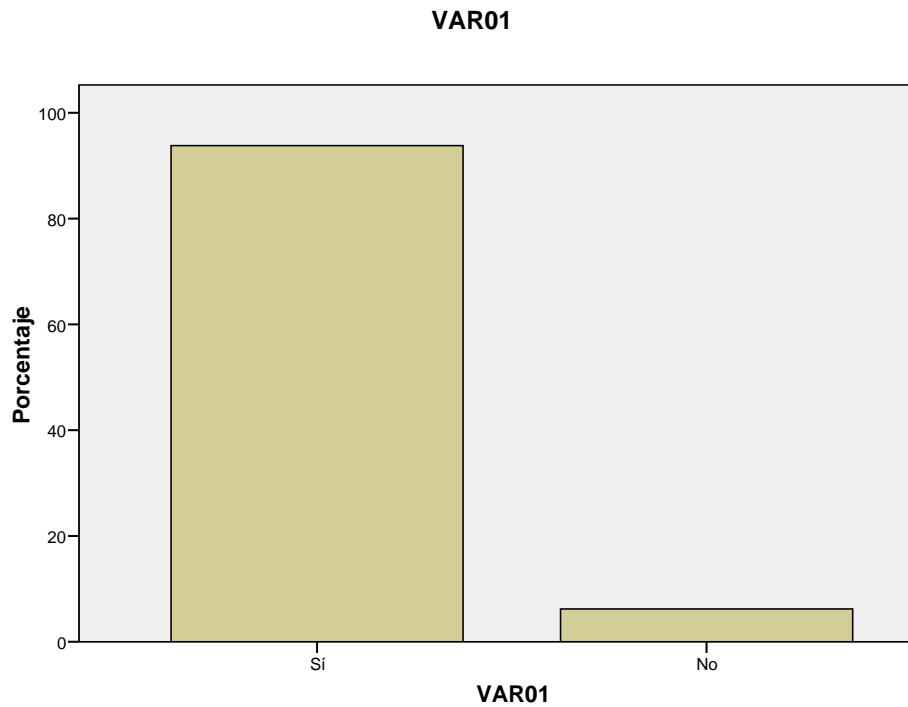
	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
E	692	0	99	58,71	27,945
N válido (según lista)	692				



a. 1. ¿Te agrada que haya mucha animación a tu alrededor?

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
VAR01	692	1	2	1,06	,242
N válido (según lista)	692				

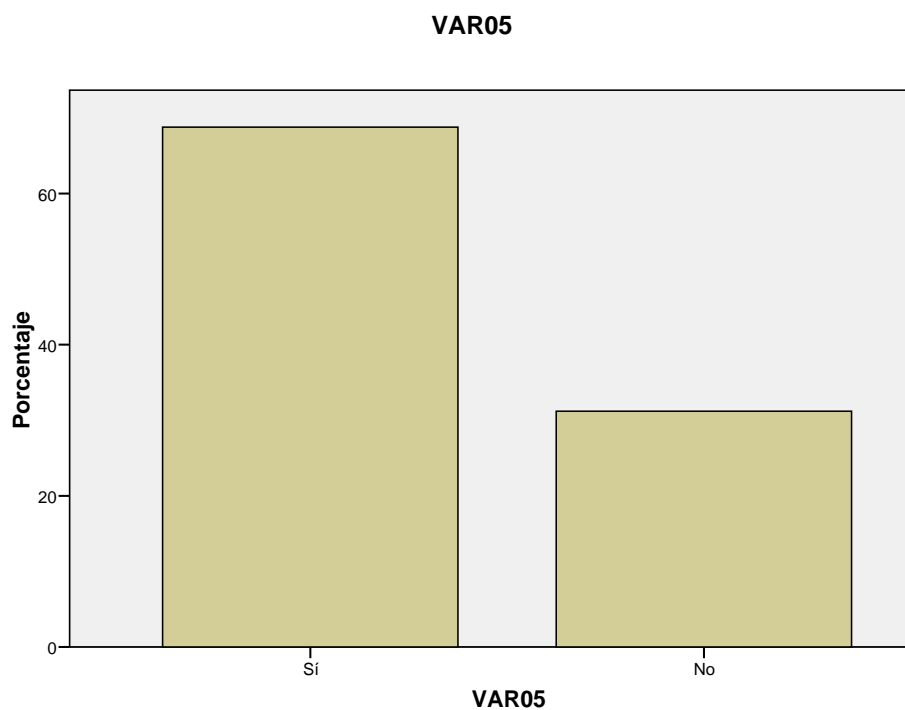
Sólo al 6,2 % de los sujetos no le agrada que haya mucha animación a su alrededor.



b. 5. Cuando la gente te habla, ¿respondes en general rápidamente?

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
VAR05	692	1	2	1,31	,464
N válido (según lista)	692				

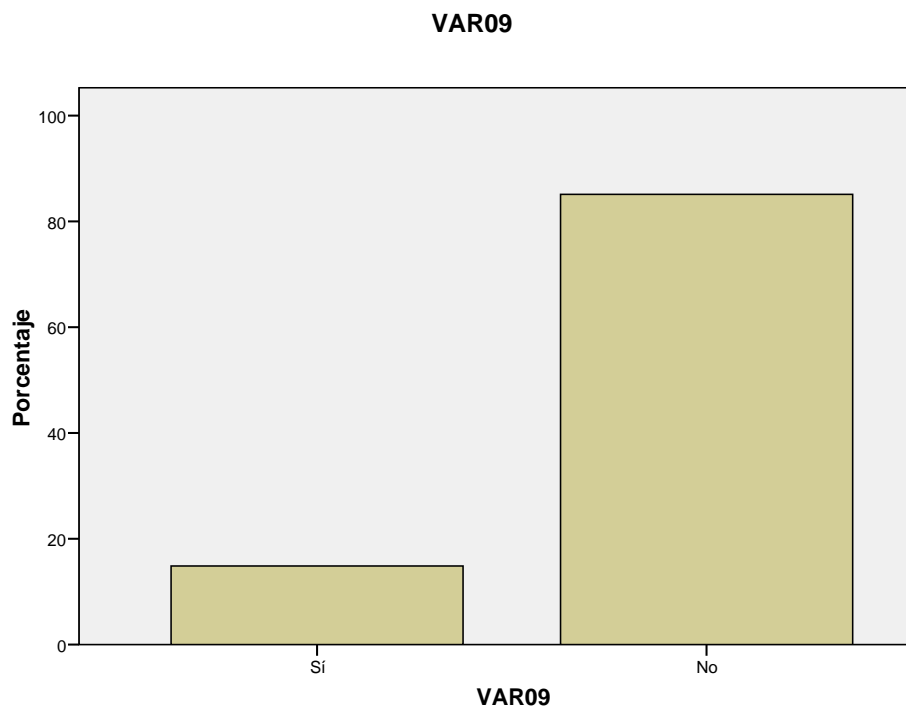
El 31,2 % de los sujetos no responde en general rápidamente cuando la gente les habla.



c. 9. ¿Frecuentemente te gusta estar solo?

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
VAR09	692	1	2	1,85	,356
N válido (según lista)	692				

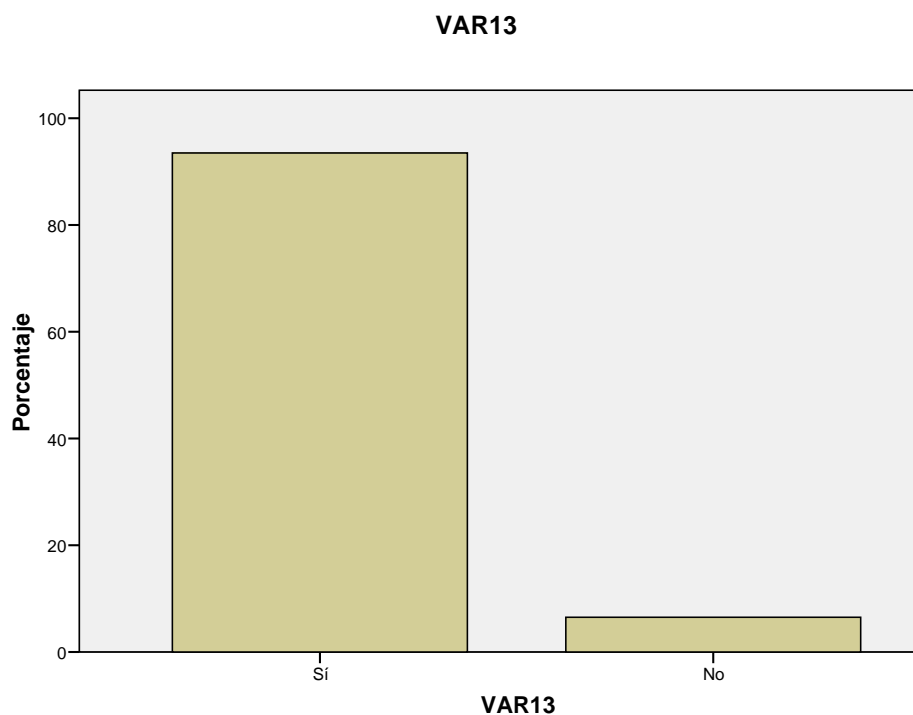
El 14,9 % de los sujetos prefiere estar frecuentemente solo a la compañía.



d. 13. ¿Eres muy alegre y animoso?

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
VAR13	692	1	2	1,07	,247
N válido (según lista)	692				

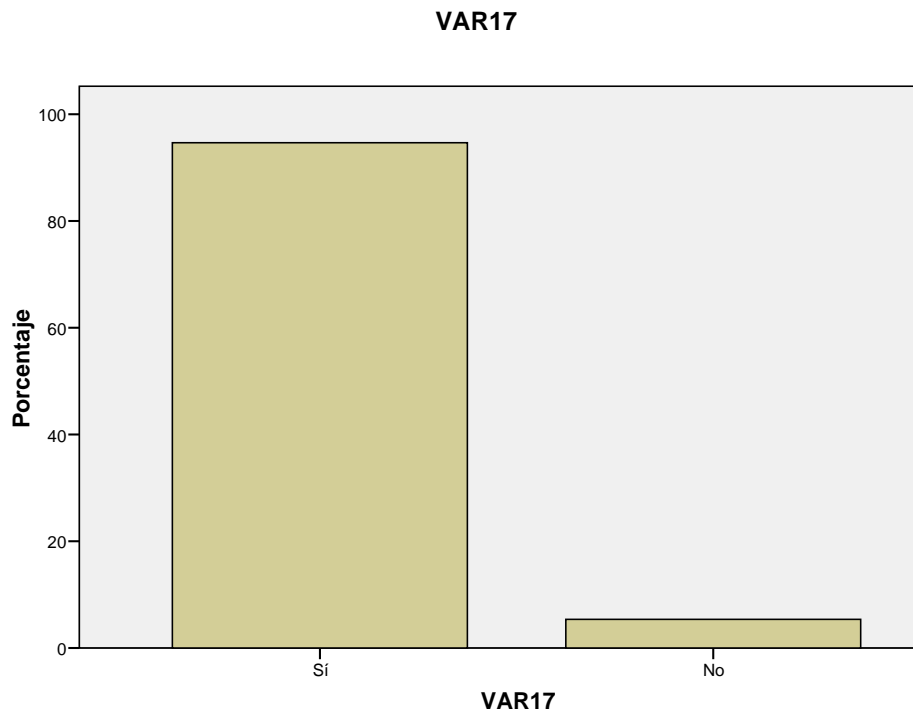
El 93,5 % de los sujetos ha respondido afirmativamente a esta pregunta.



e. 17. ¿Tienes muchos amigos?

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
VAR17	692	1	2	1,05	,225
N válido (según lista)	692				

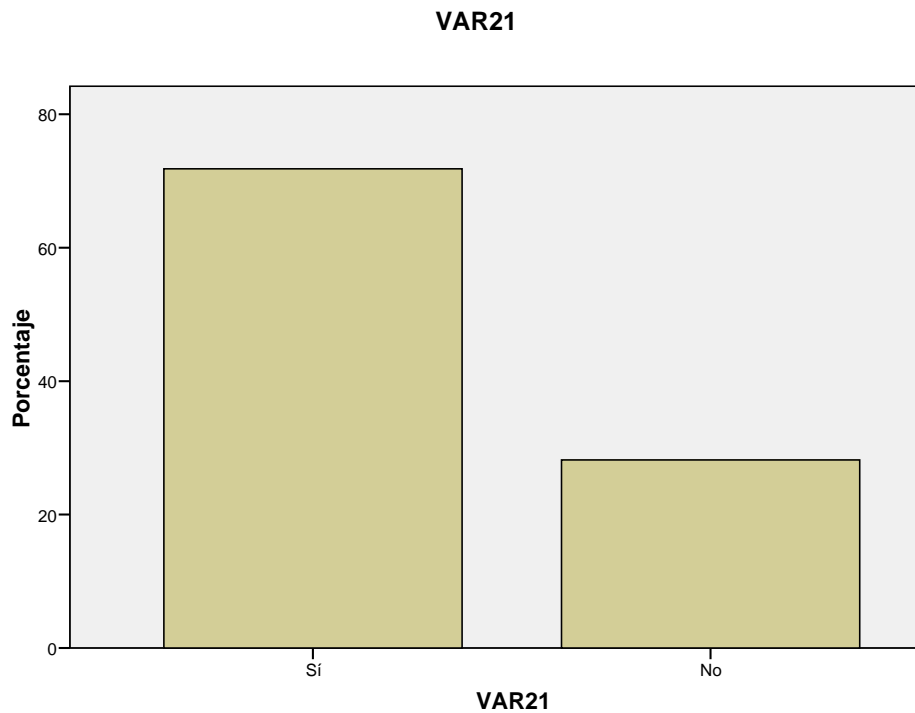
Tan solo el 5,3 % de los sujetos considera que tiene pocos amigos.



f. 21. ¿Te gustaría explorar un viejo castillo en ruinas?

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
VAR21	692	1	2	1,28	,450
N válido (según lista)	692				

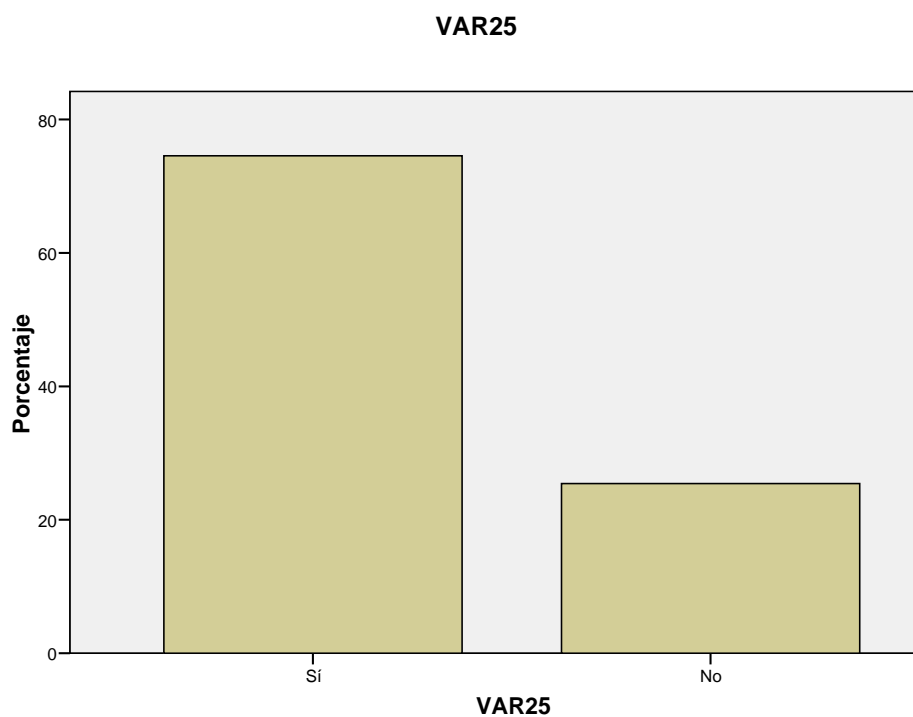
Muestran inquietudes exploratorias el 71,8% de los sujetos.



g. 25. ¿Te gusta hacer cosas en las que tengas que actuar con rapidez?

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
VAR25	692	1	2	1,25	,436
N válido (según lista)	692				

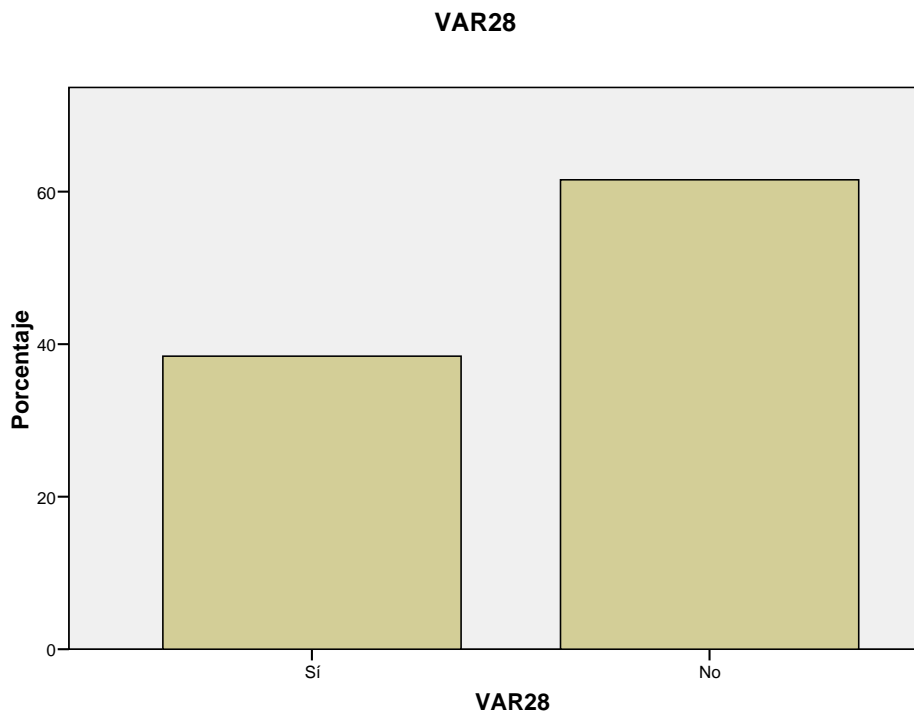
El 74,6 % de los sujetos les interesan hacer cosas en las que tienen que actuar con rapidez.



h. 28. ¿Te gustaría actuar en una comedia organizada en el colegio?

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
VAR28	692	1	2	1,62	,487
N válido (según lista)	692				

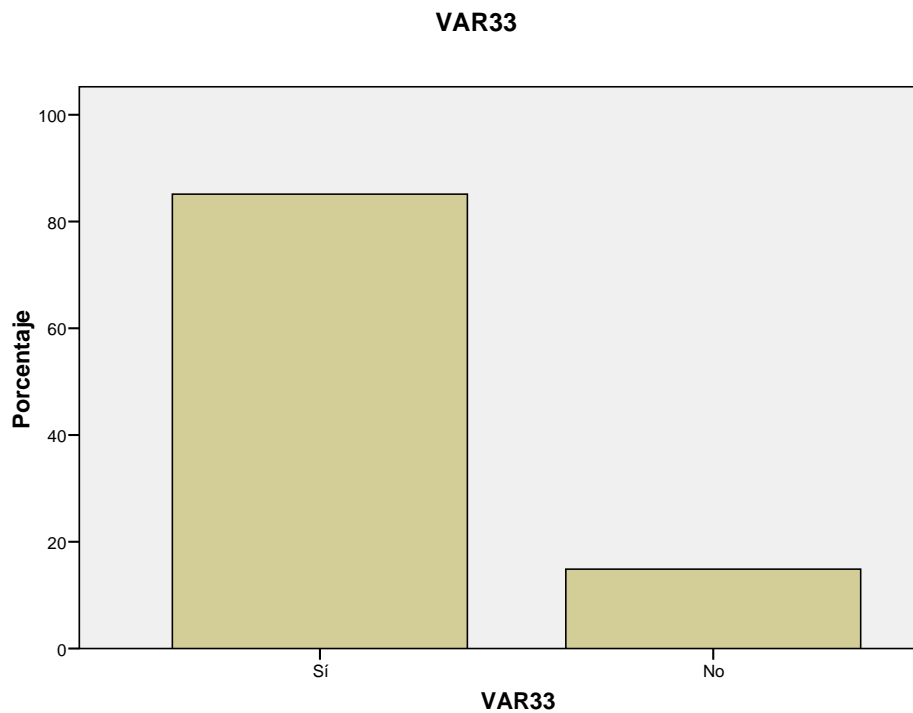
Tan solo el 38,4 % de los sujetos estaría interesado en participar en actividades extraescolares como una comedia.



i. 33. ¿Crees que debe ser muy divertido hacer esquí acuático?

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
VAR33	692	1	2	1,15	,356
N válido (según lista)	692				

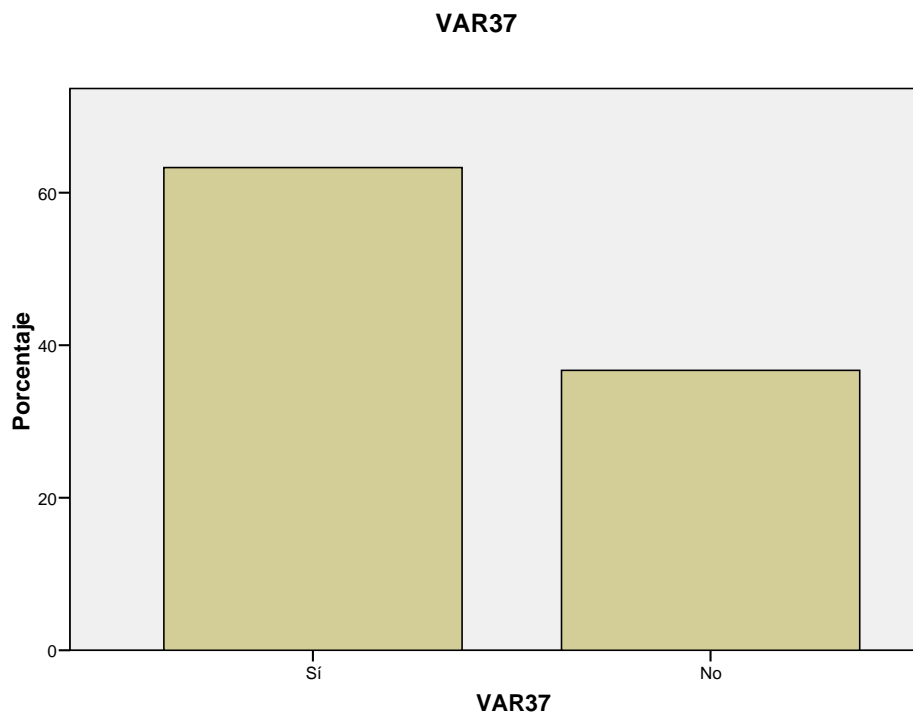
El 85,1 % de los sujetos cree que actividades catalogadas como fuera de lo común, les resultaría muy interesante practicarlas.



- j. 37. En general, ¿eres tú quien da el primer paso al hacer un nuevo amigo?

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
VAR37	692	1	2	1,37	,482
N válido (según lista)	692				

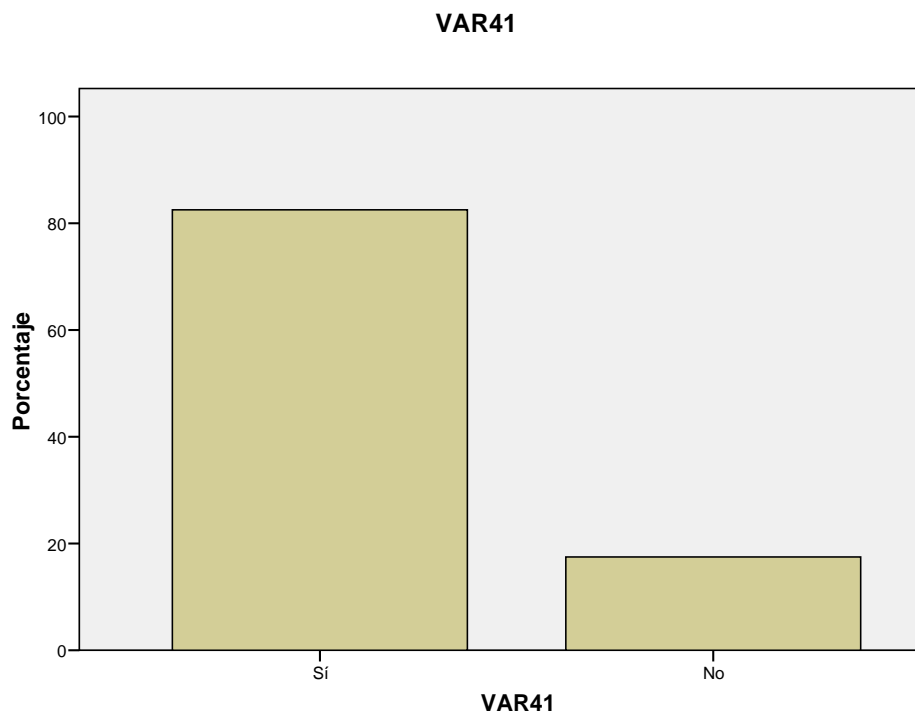
Casi dos tercios de los sujetos opinan que tienen la iniciativa a la hora de hacer amigos.



k. 41. ¿Te gusta contar chistes o historietas divertidas a tus amigos?

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
VAR41	692	1	2	1,17	,380
N válido (según lista)	692				

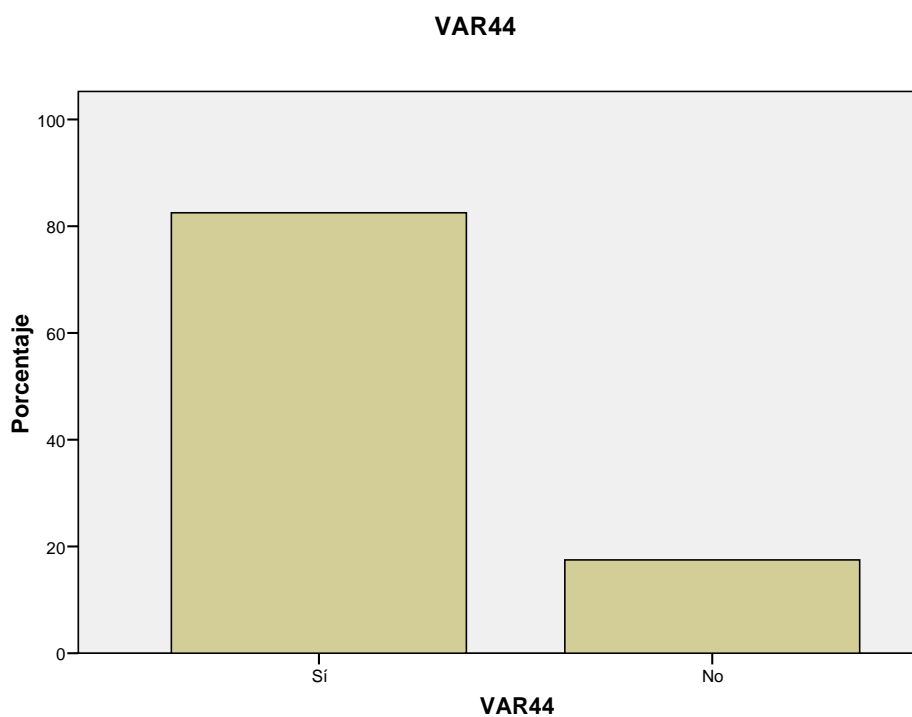
Tan solo el 17,5 % de los sujetos no se sienten atraídos como protagonistas a la hora de contar un chiste o historieta.



1. 44. ¿Tienes muchas aficiones o te interesas por muy diferentes cosas?

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
VAR44	692	1	2	1,17	,380
N válido (según lista)	692				

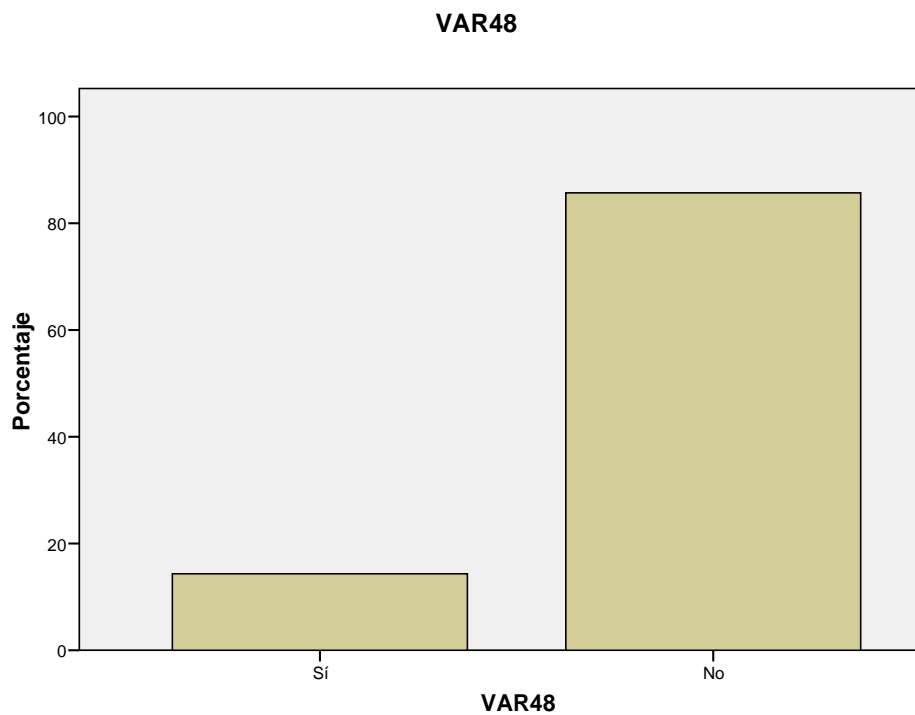
El 82,5 % de los sujetos considera que se muestran interesados por diversas aficiones.



m. 48. En una fiesta o reunión, ¿te quedas sentado mirando en vez de divertirte y jugar?

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
VAR48	692	1	2	1,86	,350
N válido (según lista)	692				

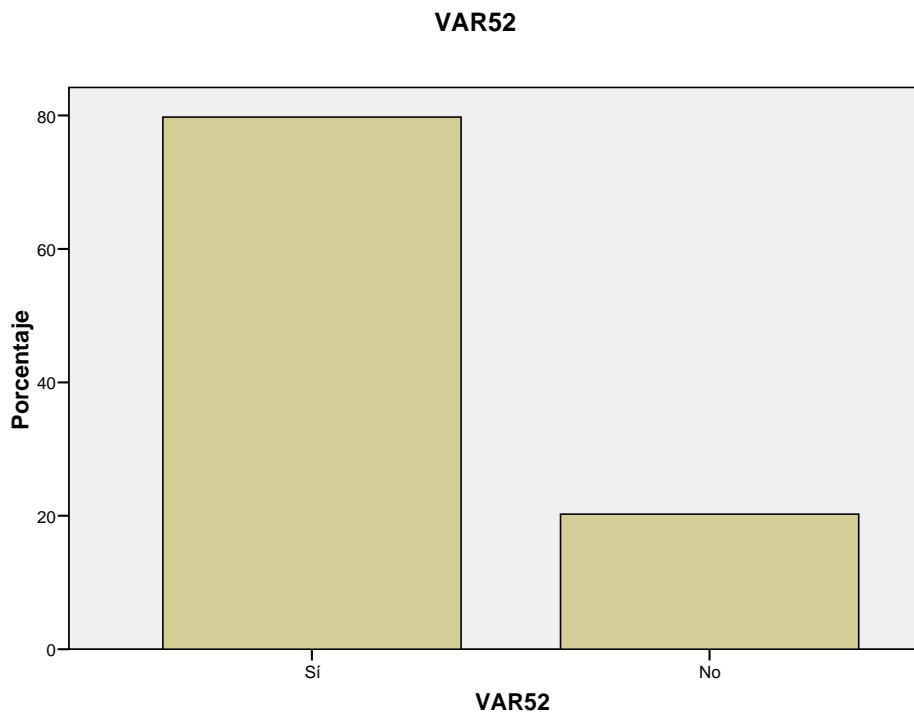
Del total de los sujetos, sólo el 14,3 % es incapaz de involucrarse en una fiesta, prefiriendo quedarse sentado.



n. 52. ¿Te gusta hacer cosas que te dan un poco de miedo?

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
VAR52	692	1	2	1,20	,402
N válido (según lista)	692				

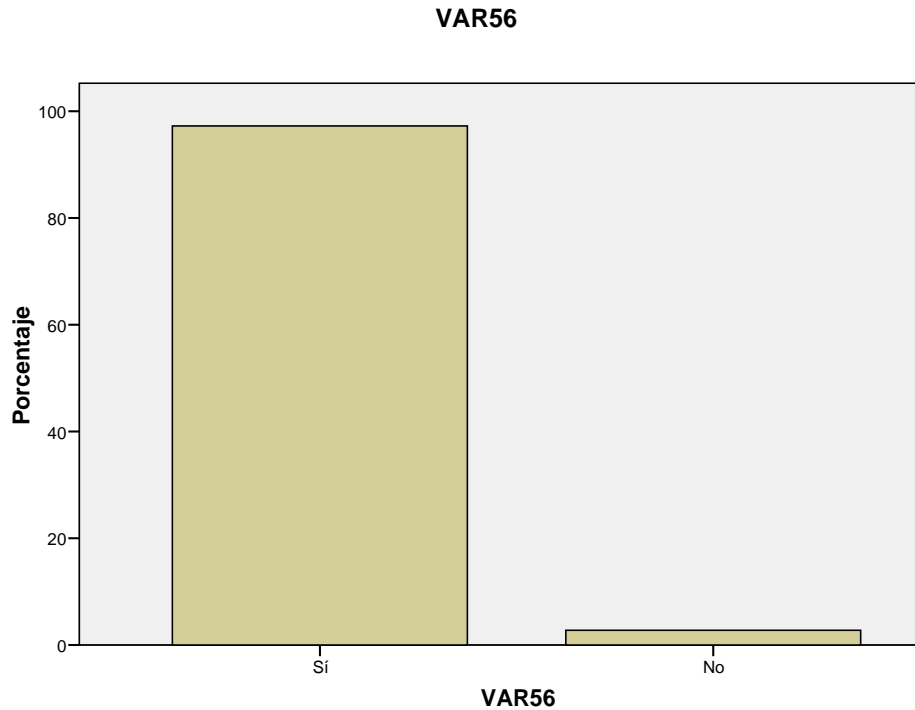
El 79,8 % de los sujetos no les importaría realizar actividades que a priori les podrían dar miedo.



o. 56. ¿Te gusta estar con los demás chicos y jugar con ellos?

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
VAR56	692	1	2	1,03	,164
N válido (según lista)	692				

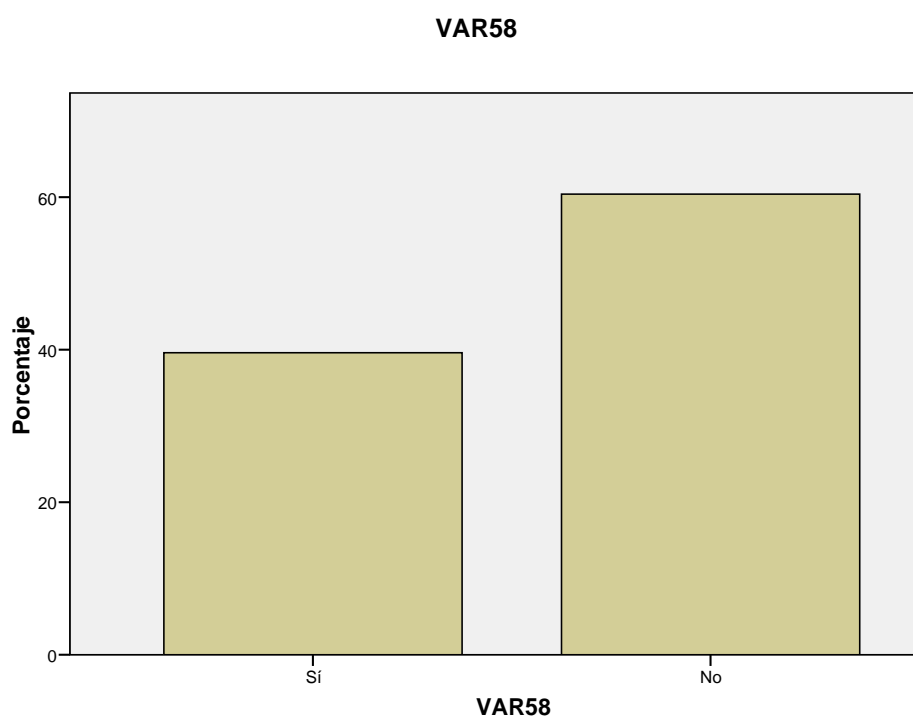
El 2,7 % de los sujetos (19) prefieren la soledad a relacionarse con los sus iguales.



p. 58. ¿Te gustaría ser paracaidista?

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
VAR58	692	1	2	1,60	,489
N válido (según lista)	692				

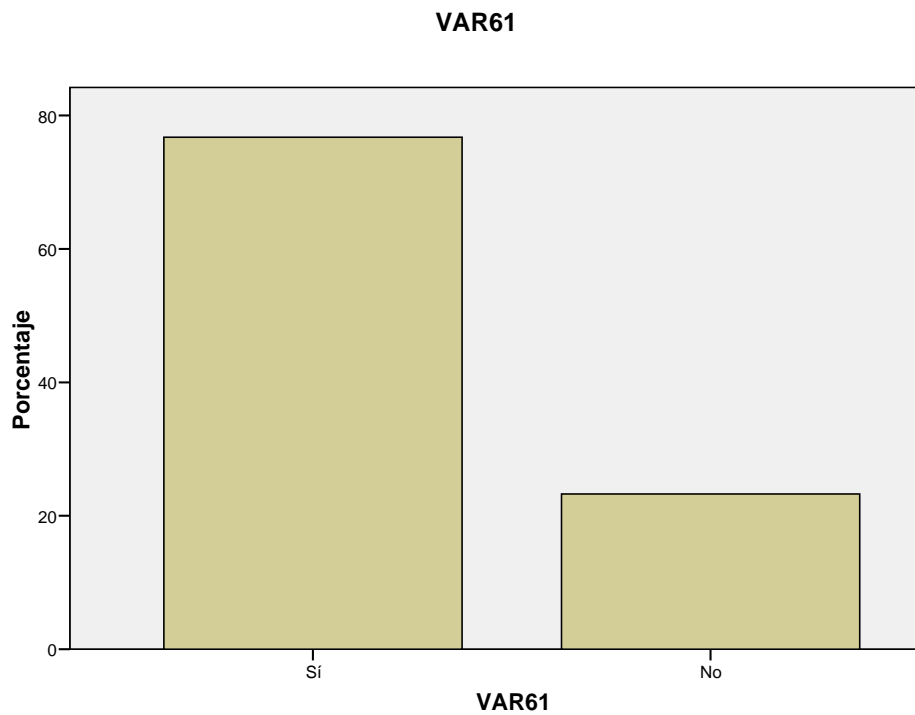
El 60,4 % de los sujetos se muestra indiferente ante la posibilidad de practicar paracaidismo.



- q. 61. ¿Puedes despreocuparte de otras cosas y divertirte mucho en una reunión o fiesta animada?

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
VAR61	692	1	2	1,23	,423
N válido (según lista)	692				

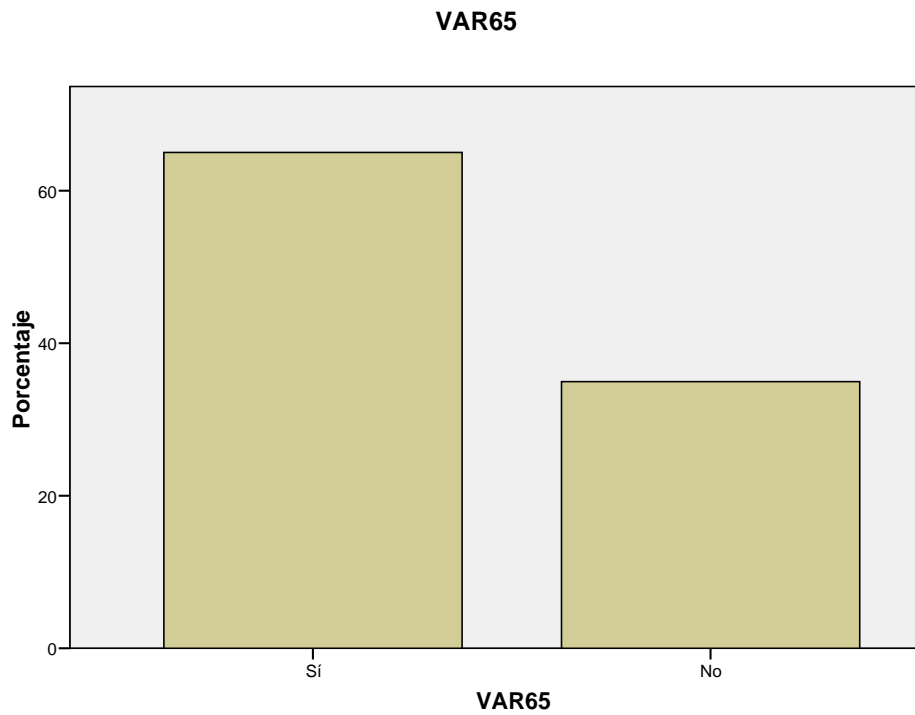
El 23,3 % de los sujetos se muestran incapaces de abstraerse de sus preocupaciones para divertirse.



- r. 65. ¿Normalmente tomas pronto una decisión y te pones con rapidez a hacer las cosas?

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
VAR65	692	1	2	1,35	,477
N válido (según lista)	692				

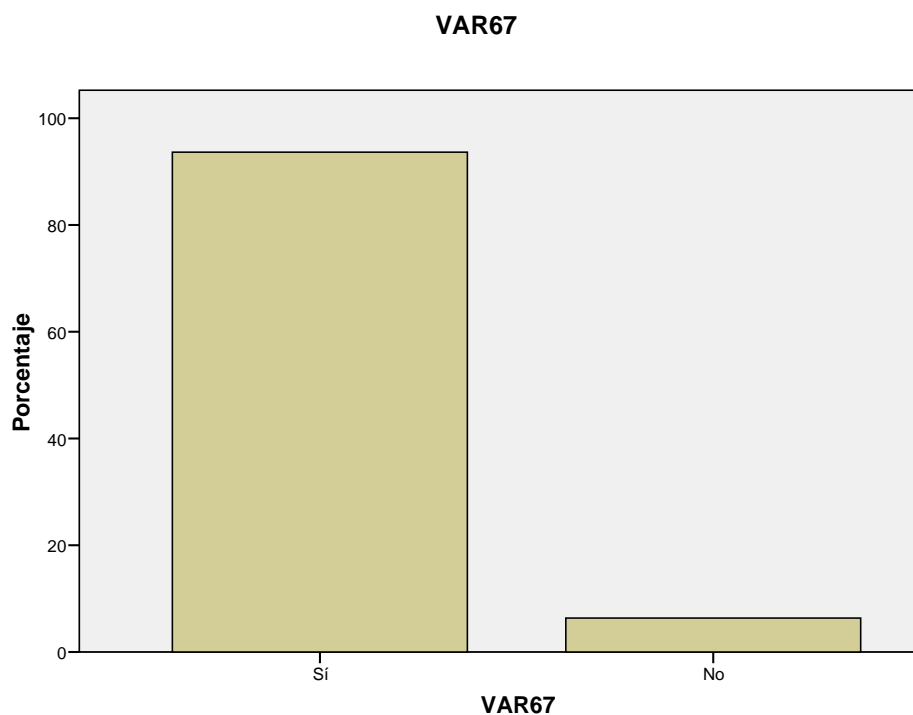
Al 35 % de los sujetos les cuesta trabajo tomar las decisiones con rapidez y actuar en consecuencia.



s. 67. ¿Te gusta zambullirte o tirarte al agua en una piscina o en el mar?

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
VAR67	692	1	2	1,06	,244
N válido (según lista)	692				

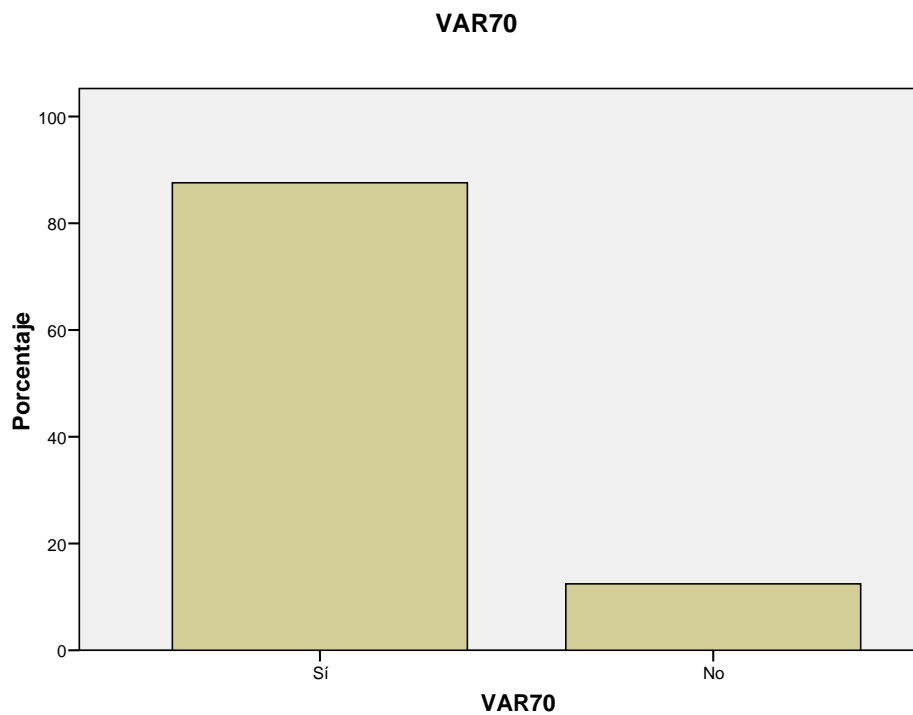
Sólo el 6,4 % de los sujetos no se siente interesados en zambullirse en el mar o piscina.



t. 70. ¿Creen lo demás que tú eres muy alegre y animoso?

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
VAR70	692	1	2	1,12	,330
N válido (según lista)	692				

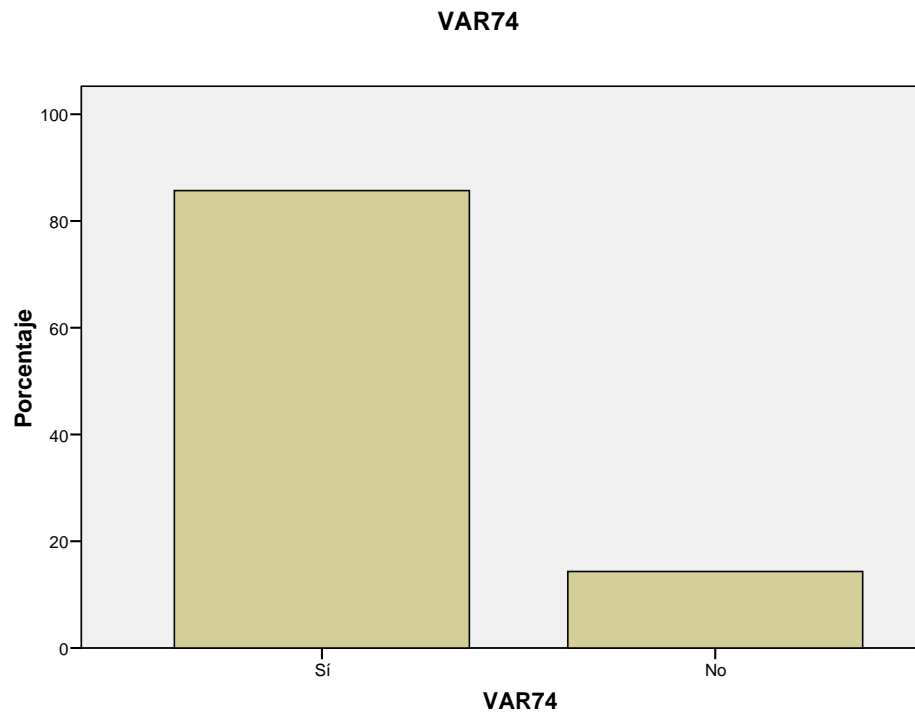
Basándose en la opinión de otros, el 12,4 % de los sujetos no se considera alegre ni animoso.



u. 74. ¿Te gusta mucho salir de paseo?

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
VAR74	692	1	2	1,14	,350
N válido (según lista)	692				

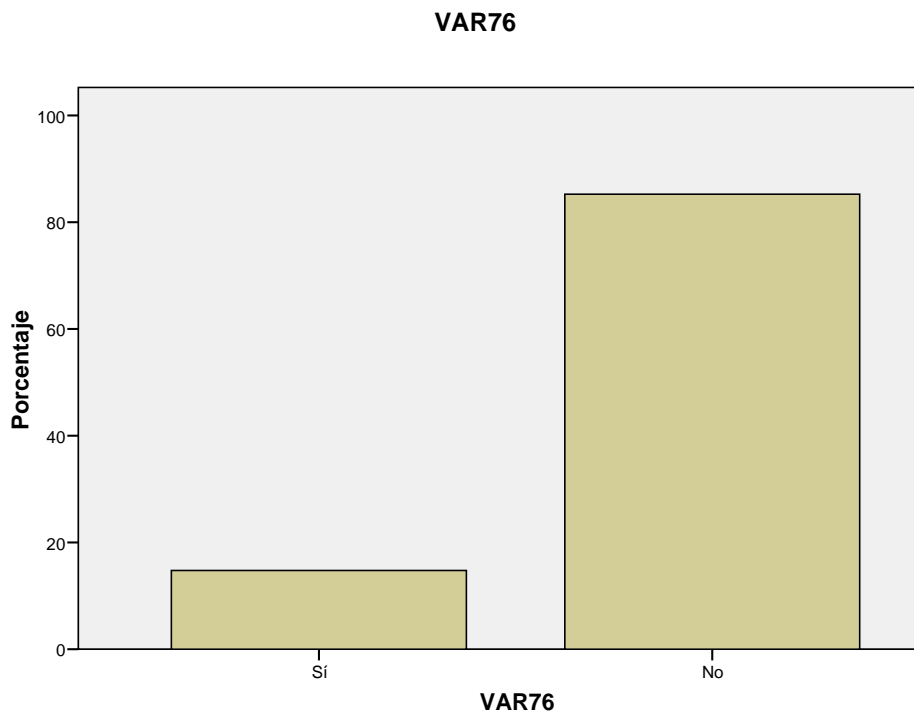
El 14,3 % de los sujetos no se siente interesado en salir de paseo.



v. 76. ¿Te resulta difícil divertirse en una reunión o fiesta animada?

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
VAR76	692	1	2	1,85	,355
N válido (según lista)	692				

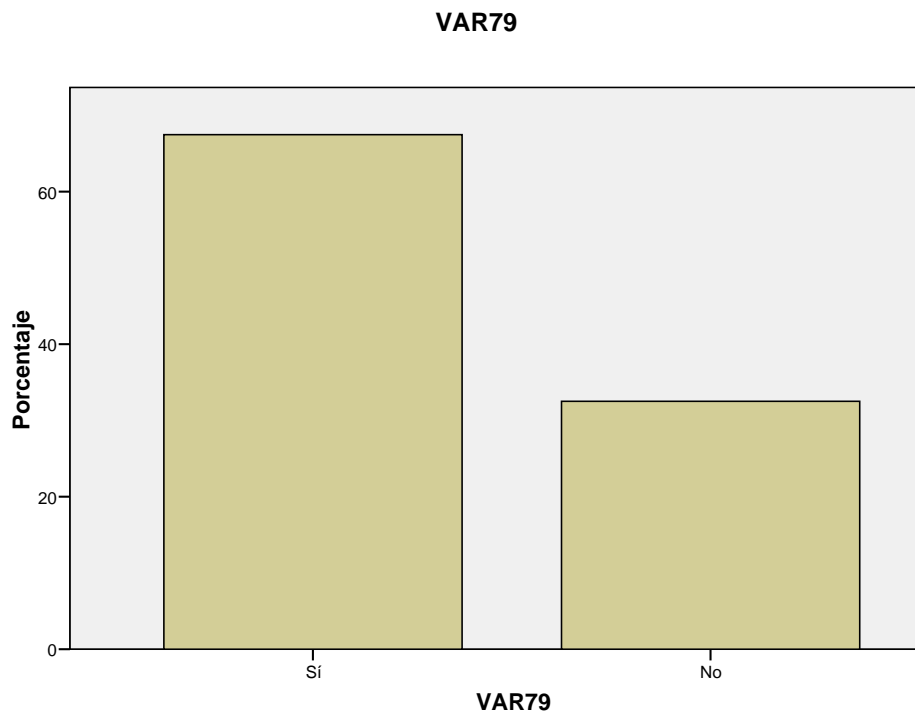
El 14,7 % de los sujetos les cuesta trabajo divertirse en una fiesta, mientras que el resto si es capaz.



w. 79. ¿Te consideras una persona alegre y sin problemas?

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
VAR79	692	1	2	1,33	,469
N válido (según lista)	692				

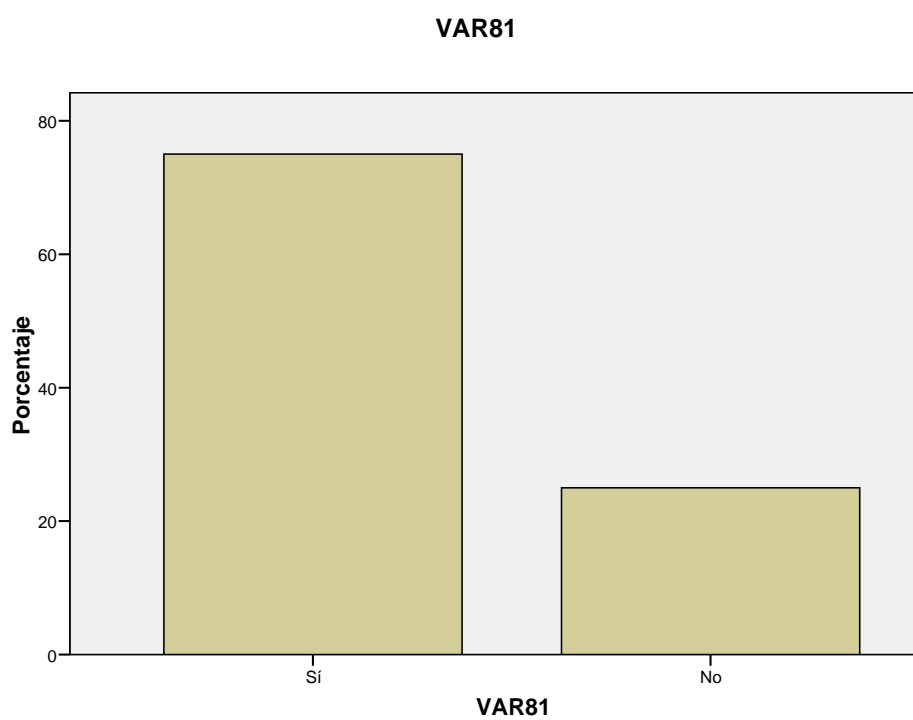
El 67,5 % de los sujetos se siente alegre y sin problemas, pero el 32,5 % de los sujetos no se considera alegre y sin problemas, se trata de 225 sujetos.



x. 81. ¿Te gustaría montar en una motocicleta muy rápida?

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
VAR81	692	1	2	1,25	,433
N válido (según lista)	692				

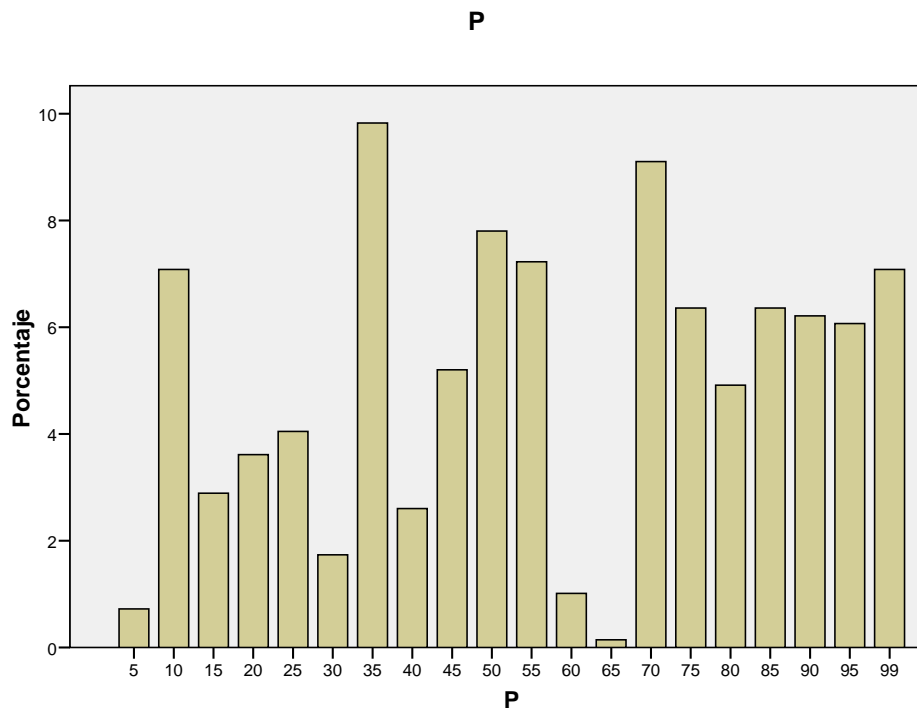
El 75 % de los sujetos se siente identificado con esta actividad.



3. Escala P (Dureza)

Esta variable está compuesta por las preguntas del cuestionario número 3, 7, 12, 15, 19, 23, 30, 32, 35, 39, 42, 46, 50, 54, 57, 63 y 72. A continuación analizaremos cada una de ellas.

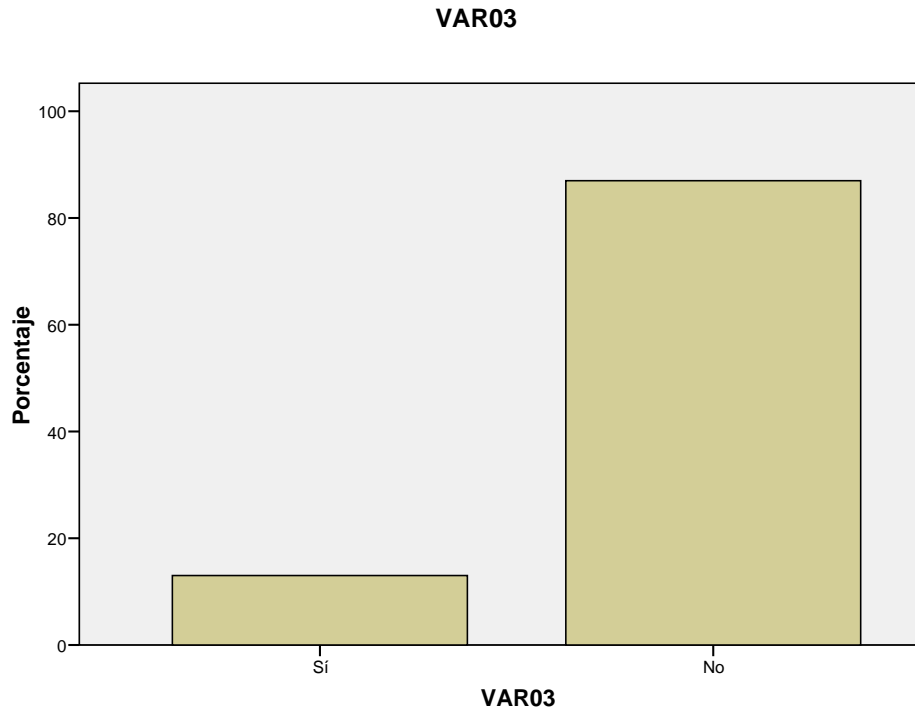
	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
P	692	5	99	57,67	28,108
N válido (según lista)	692				



a. 3. ¿Piensas que los policías castigan para que les tengamos miedo?

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
VAR03	692	1	2	1,87	,337
N válido (según lista)	692				

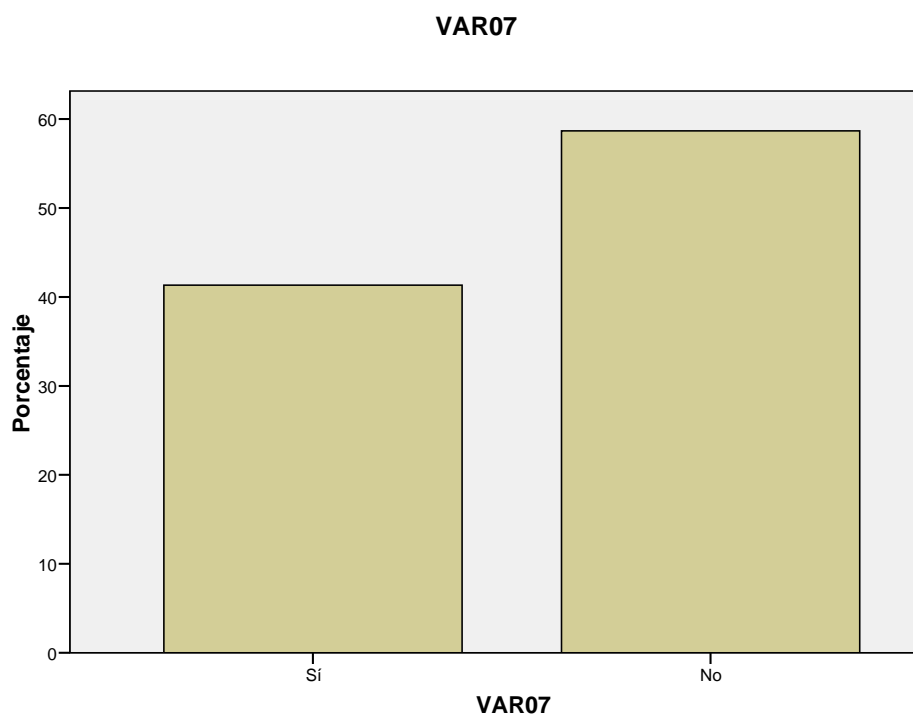
El 13 % de los sujetos creen que la actuación de castigo de los policías es para que les tengamos miedo, mientras que el resto piensa lo contrario.



b. 7. ¿Te divierten las bromas que a veces pueden molestar a otros?

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
VAR07	692	1	2	1,59	,493
N válido (según lista)	692				

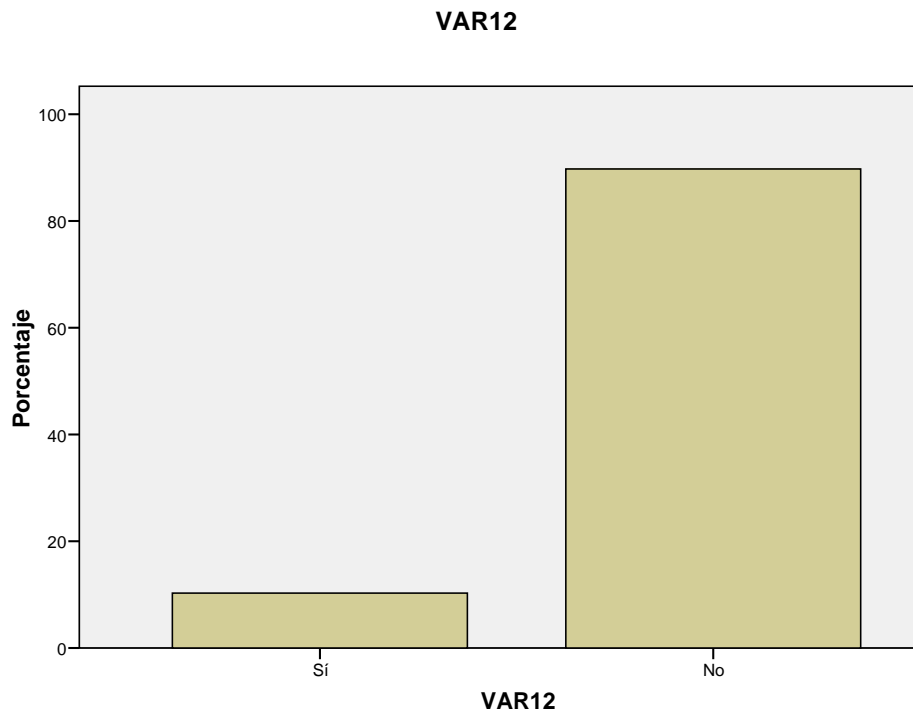
Al 41,3 % de los sujetos le divierten las bromas molestas a otros.



c. 12. ¿Te gustaría que otros chicos te tuviesen miedo?

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
VAR12	692	1	2	1,90	,304
N válido (según lista)	692				

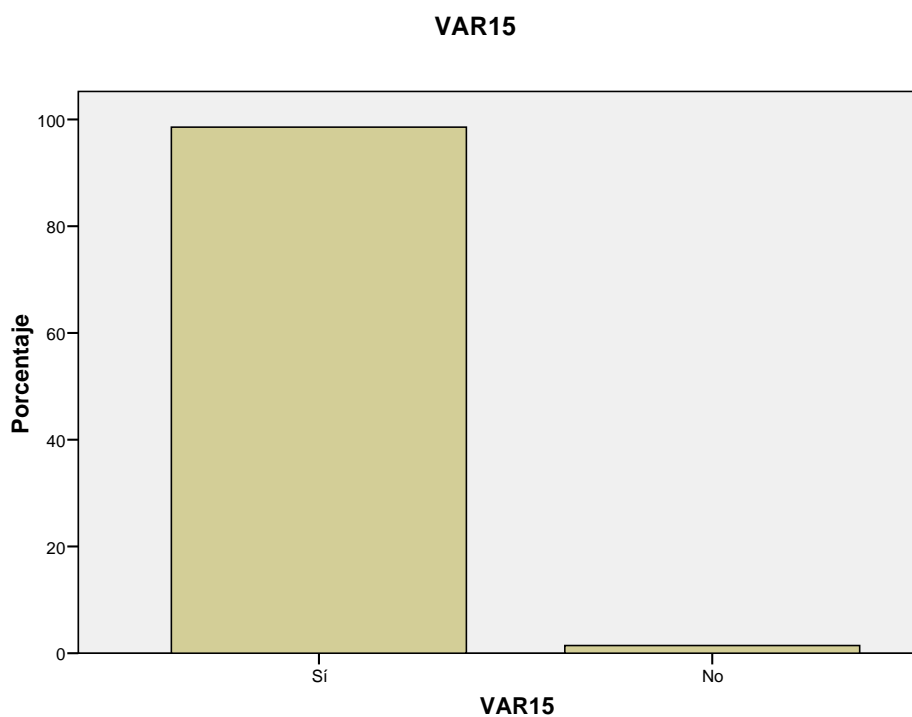
Al 10,3 % de los sujetos les gustaría que otros chicos les tuviesen miedo.



d. 15. ¿Te equivocas algunas veces?

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
VAR15	692	1	2	1,01	,119
N válido (según lista)	692				

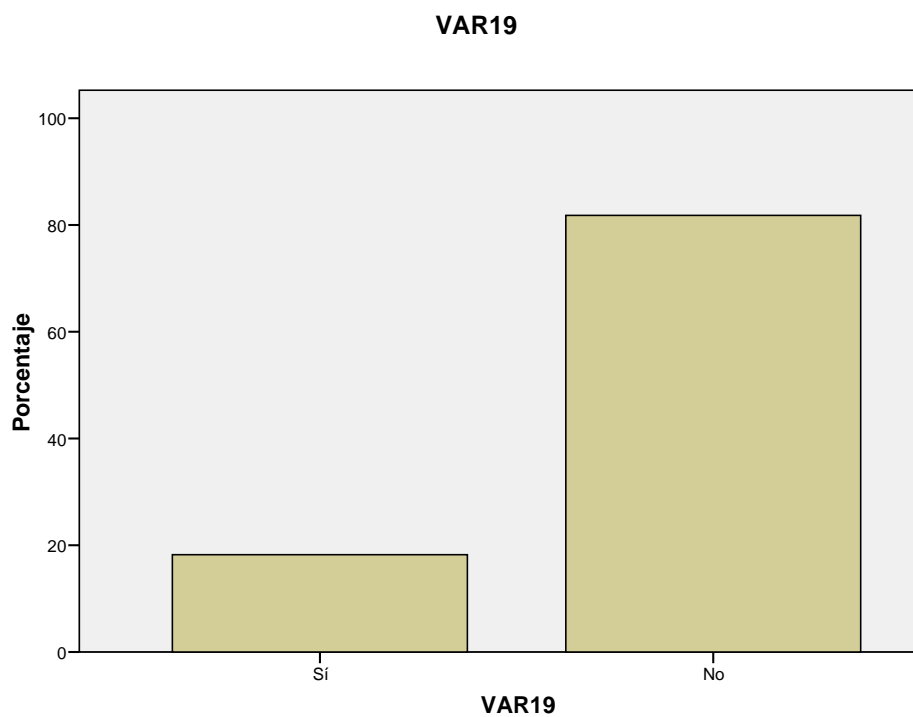
El 98,6 % de los sujetos aceptan haberse equivocado alguna vez, mientras el 1,4 % no tiene conciencia de haberse equivocado.



e. 19. ¿Algunas veces te gusta hacer rabiar mucho a los animales?

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
VAR19	692	1	2	1,82	,386
N válido (según lista)	692				

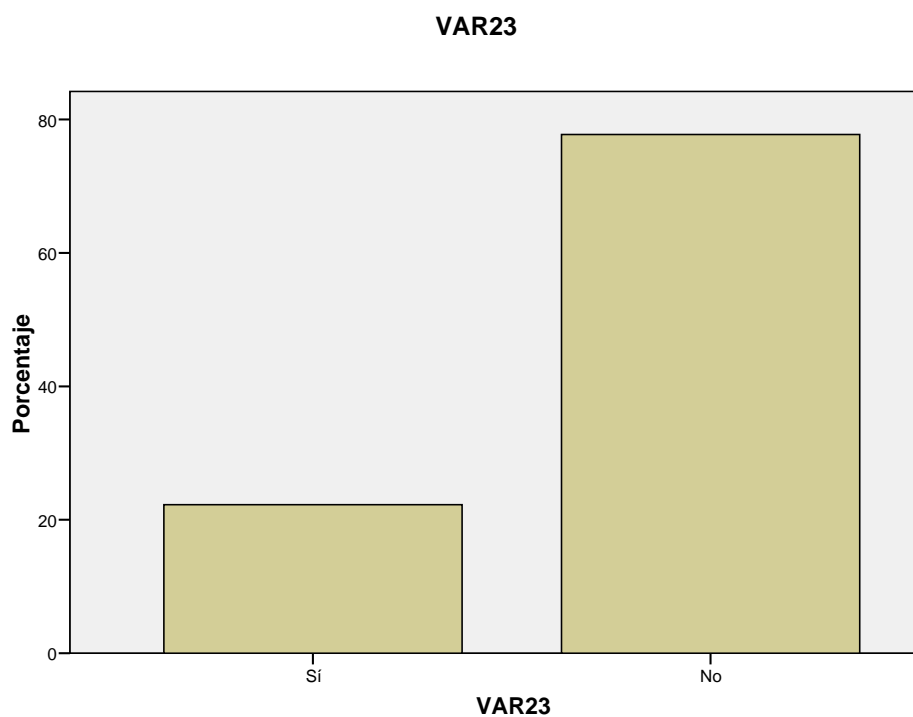
Al 18,2 % de la muestra les gusta hacer rabiar a los animales.



f. 23. ¿Crees que tú te metes en más riñas y discusiones que los demás?

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
VAR23	692	1	2	1,78	,416
N válido (según lista)	692				

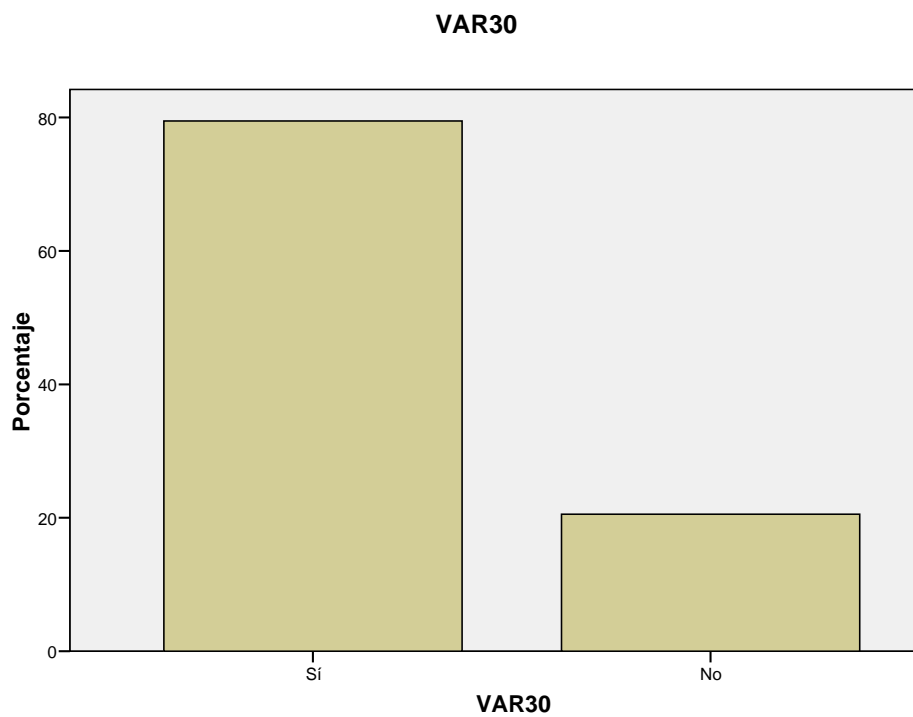
El 77,7 % de los sujetos no considera que se meta en más riñas que sus compañeros.



g. 30. ¿Te afectaría mucho ver a un perro que acaba de ser atropellado?

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
VAR30	692	1	2	1,21	,404
N válido (según lista)	692				

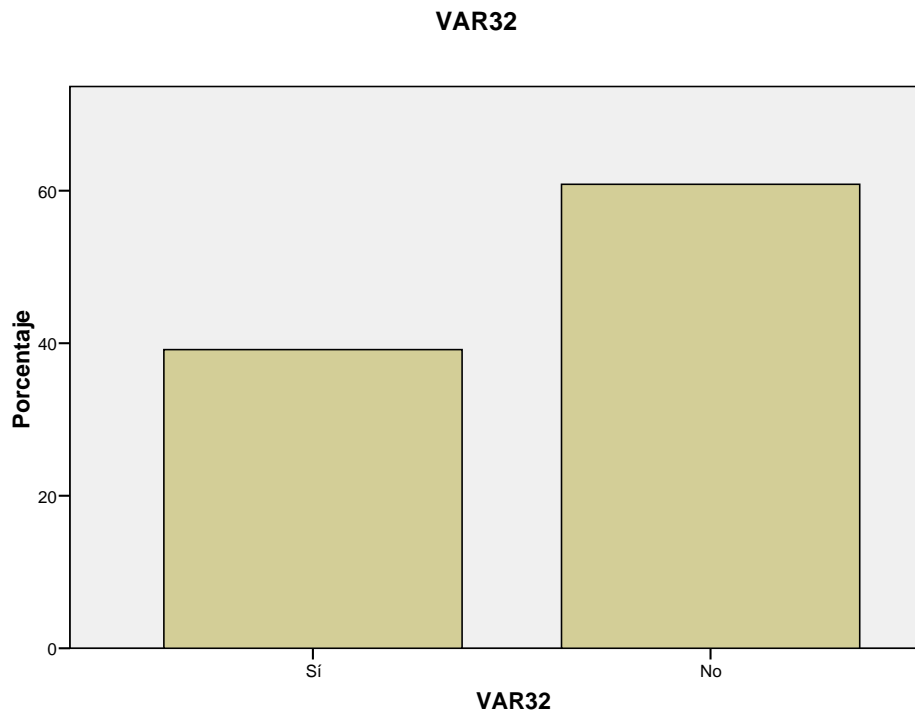
El 20,5 % de los sujetos no se vería afectado ante la imagen del cadáver de un perro recién atropellado.



- h. 32. ¿Crees que alguno piensa que tú le has hecho una faena y quiere vengarse de ti?

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
VAR32	692	1	2	1,61	,488
N válido (según lista)	692				

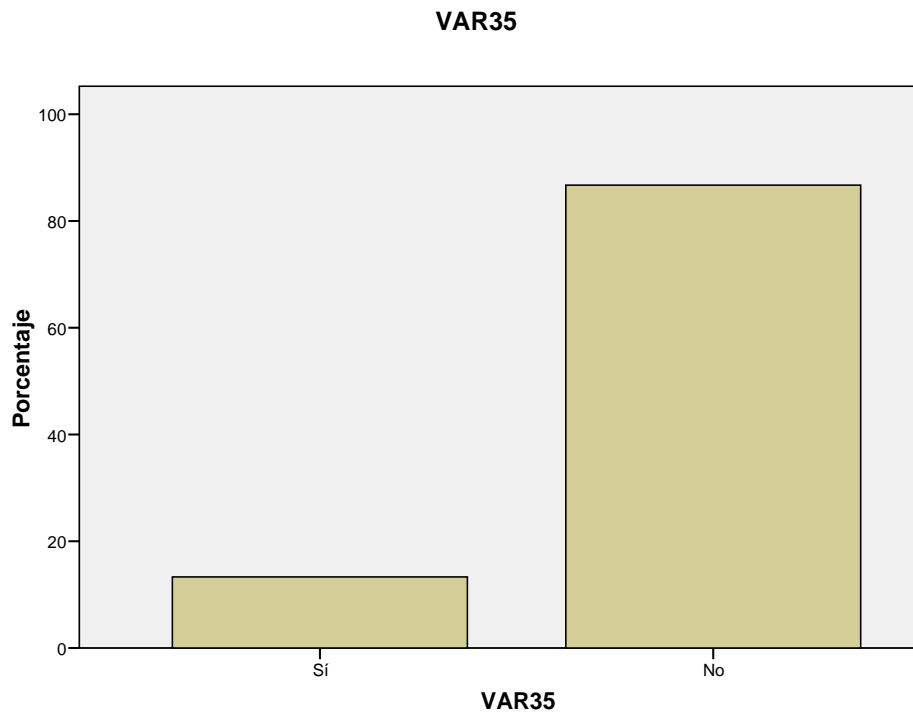
El 39,2 % de los sujetos tienen conciencia de haber realizado una venganza y que otros quieran vengarse.



i. 35. En general, ¿te divierte molestar a los demás?

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
VAR35	692	1	2	1,87	,340
N válido (según lista)	692				

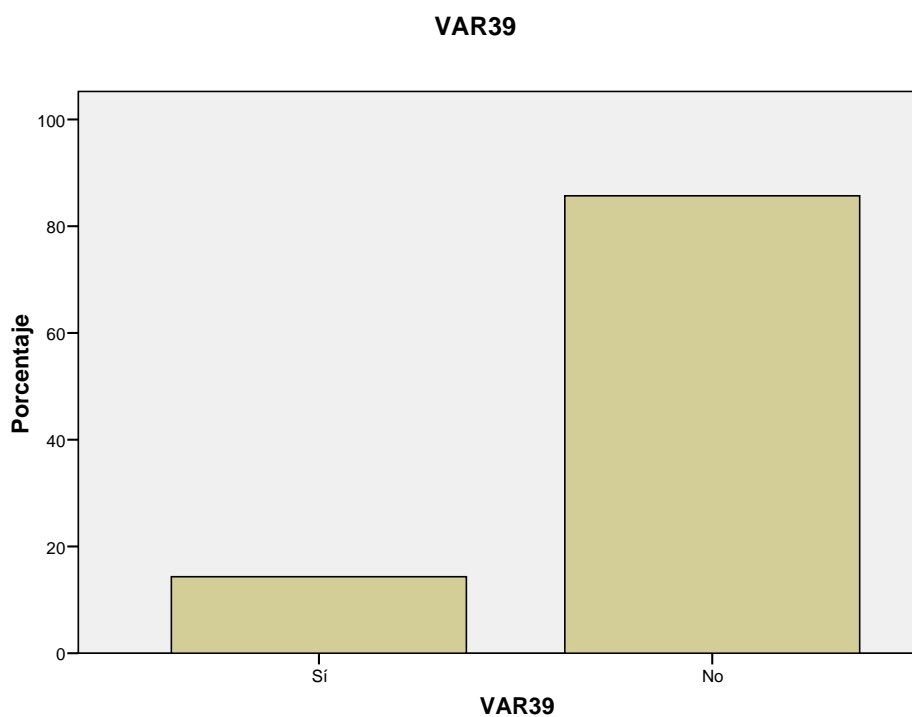
El 13,3 % de los sujetos le divierte molestar a otras personas.



j. 39. ¿Crees que tú te metes en más peleas que los demás?

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
VAR39	692	1	2	1,86	,350
N válido (según lista)	692				

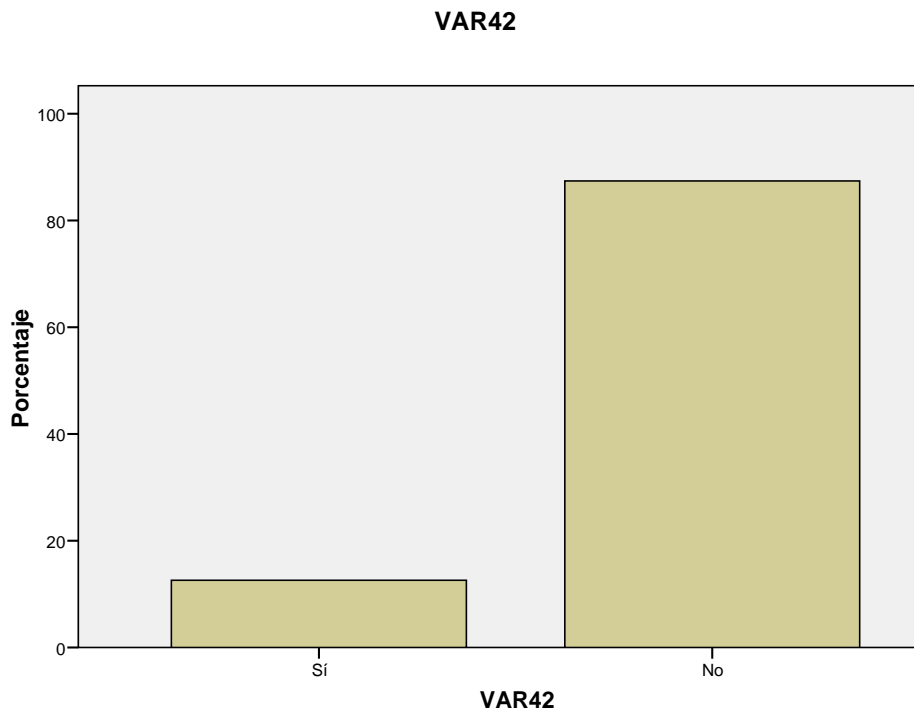
El 14,3 % de los sujetos tienen conciencia de que se meten en más peleas que los demás, por lo que ese es el primer paso para evitar estas situaciones.



- k. 42. En clase, ¿te metes en más líos o problemas que los demás compañeros?

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
VAR42	691	1	2	1,87	,332
N válido (según lista)	691				

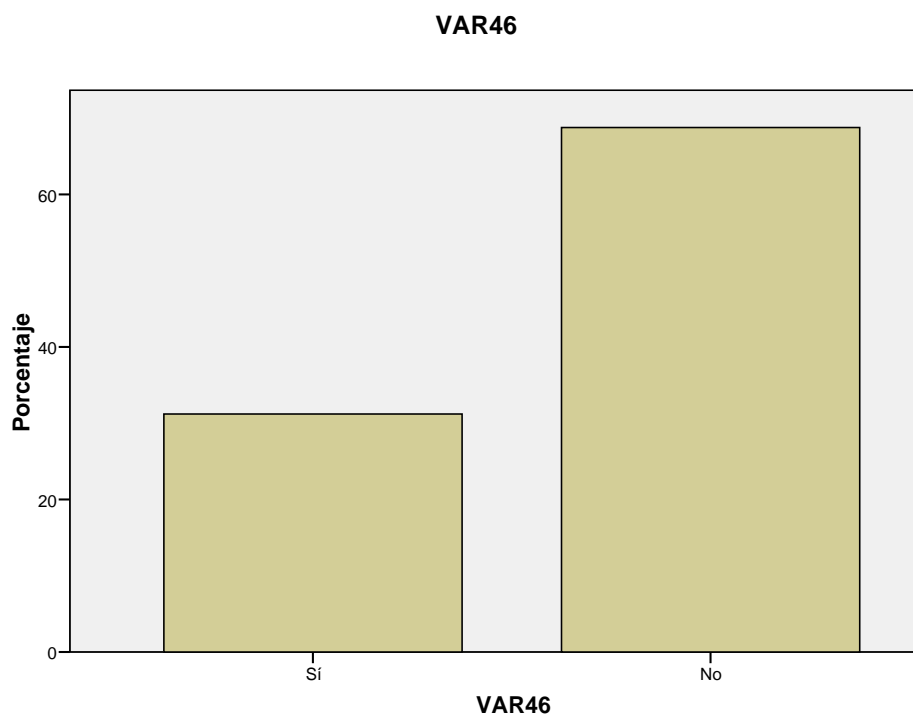
Al compararse con sus compañeros, el 12,6 % de la muestra considera que se mete en más líos que sus compañeros.



1. 46. ¿Te gusta hacer picardías o jugarretas a los demás?

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
VAR46	692	1	2	1,69	,464
N válido (según lista)	692				

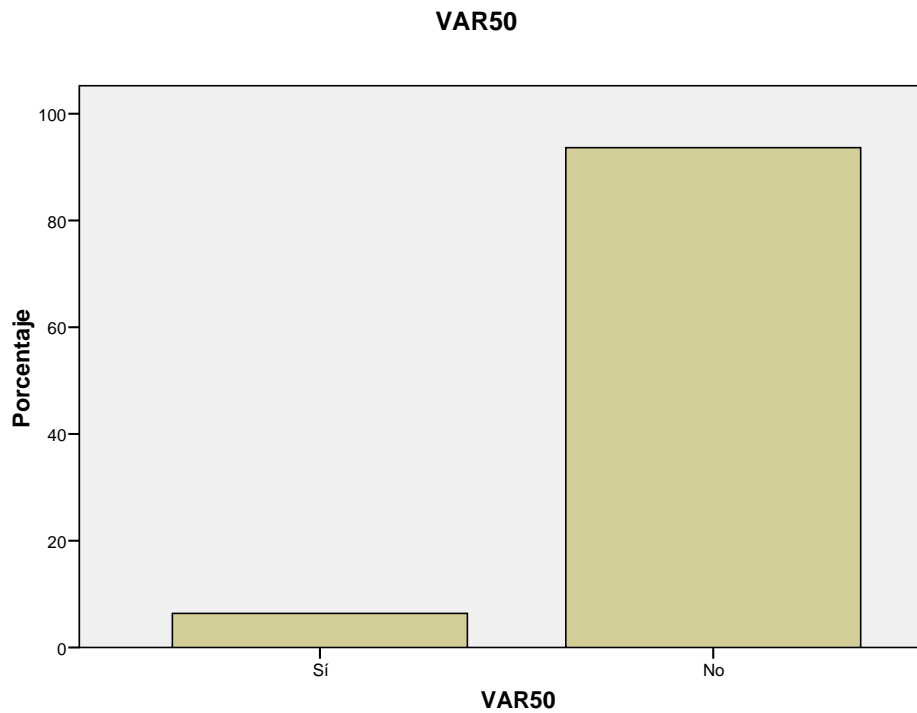
Casi un tercio de los sujetos (31,2 %) le gusta hacer picardías a los demás.



m. 50. ¿A veces es bastante divertido ver como una pandilla molesta o mete miedo a un chico pequeño?

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
VAR50	691	1	2	1,94	,244
N válido (según lista)	691				

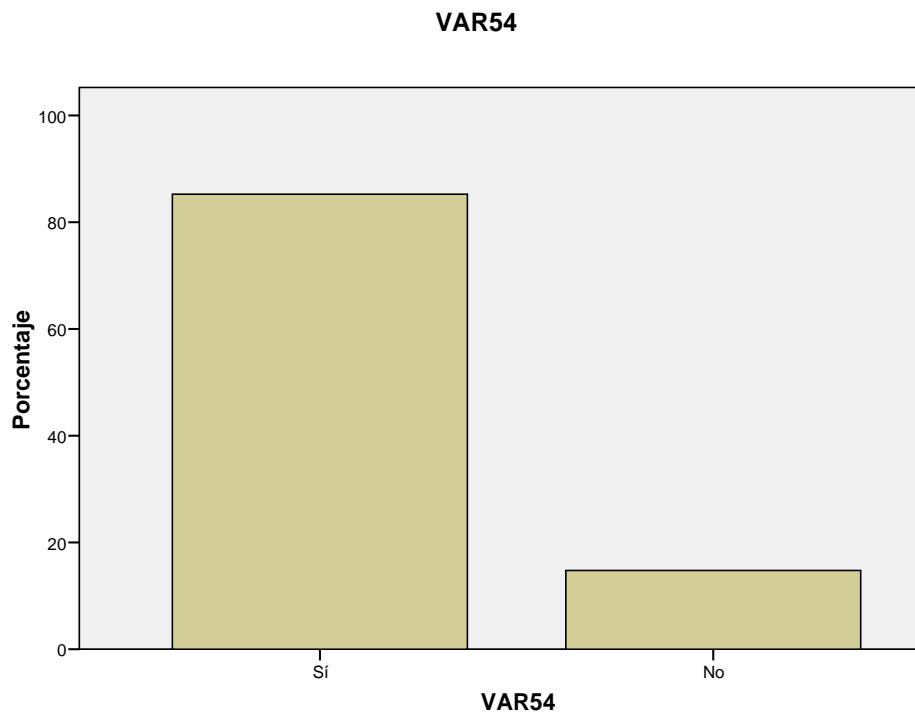
El 6,4 % de la muestra (44 sujetos) se divierte cuando son observadores ante el abuso hacia otra persona.



n. 54. ¿Crees que los pobres tienen iguales derechos que los ricos?

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
VAR54	692	1	2	1,15	,355
N válido (según lista)	692				

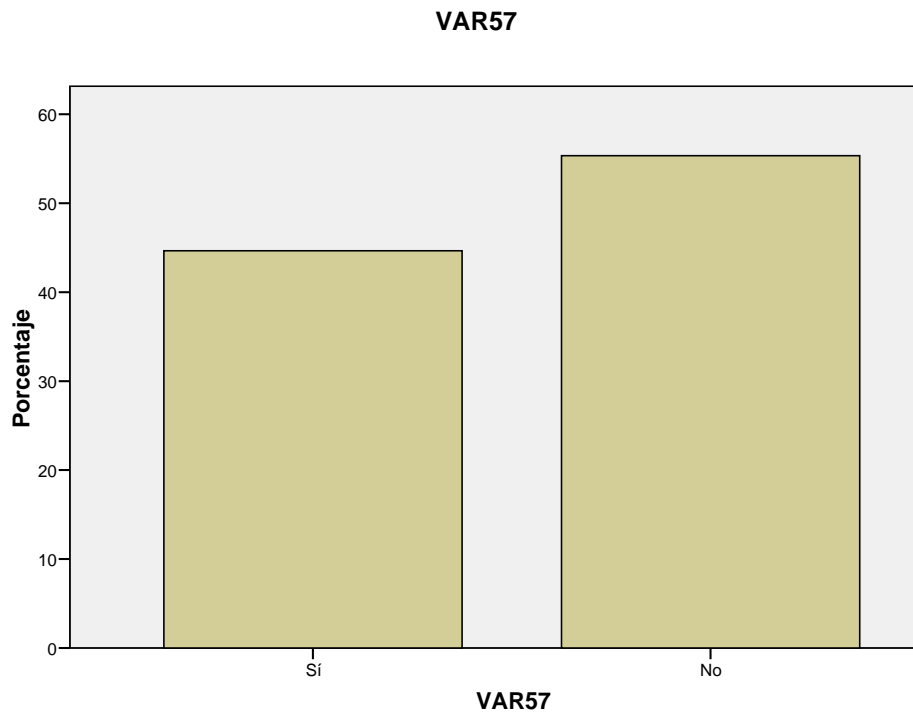
El 14,7 % de la muestra (102 sujetos) no considera que haya igualdad de derechos entre pobres y ricos.



o. 57. ¿Son muy exigentes contigo tus padres?

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
VAR57	692	1	2	1,55	,497
N válido (según lista)	692				

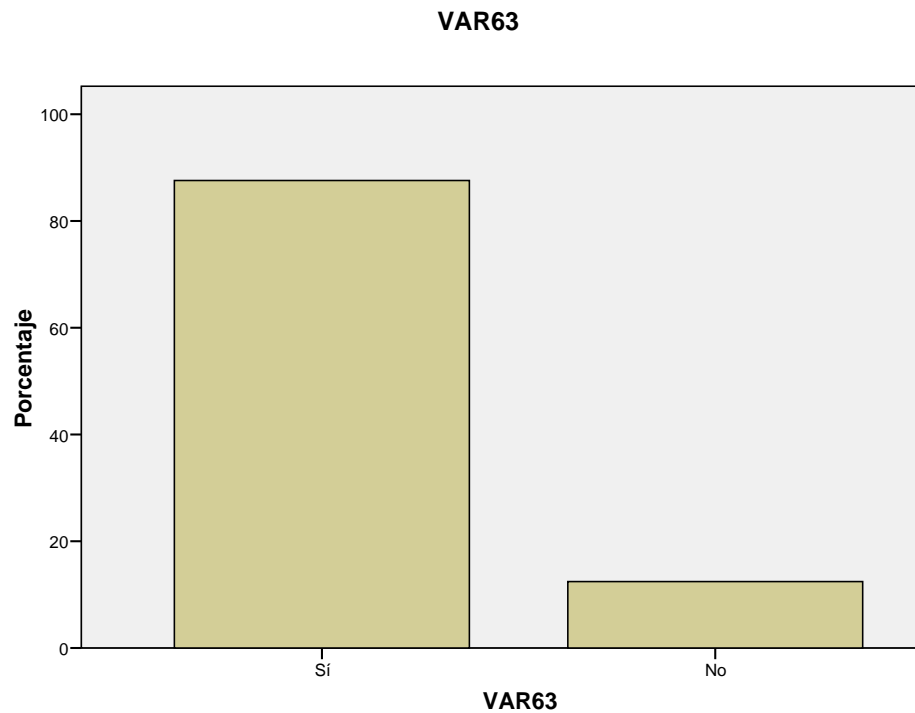
Al 55,3 % de la muestra no considera que sus padres sean muy exigentes con ellos.



p. 63. ¿Sentirías mucha pena al ver un animal cogido en un cepo o trampa?

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
VAR63	692	1	2	1,12	,330
N válido (según lista)	692				

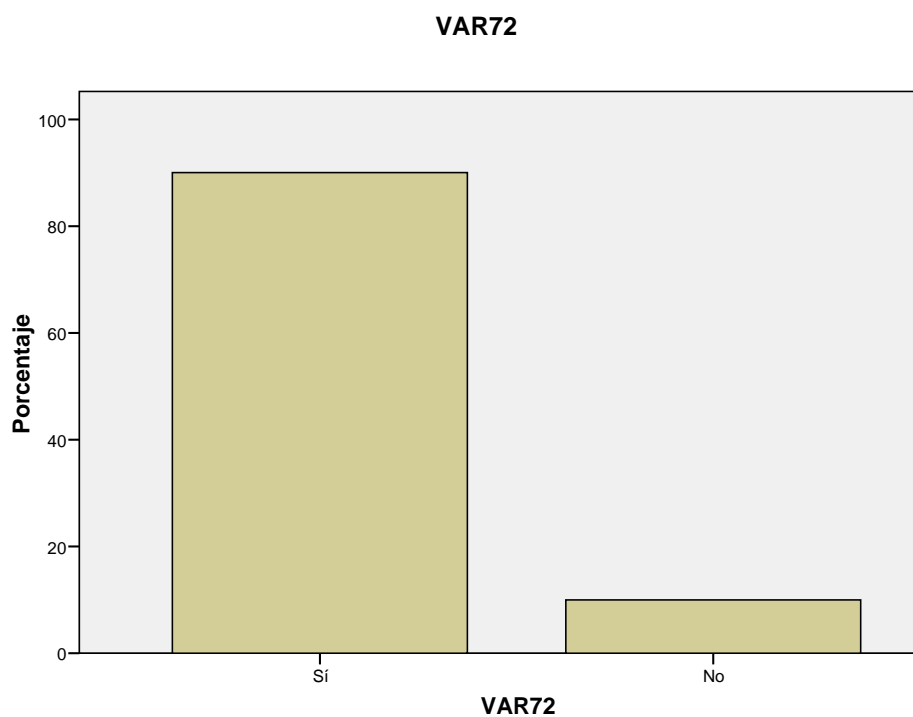
El 12,4 % de los sujetos no sentiría pena a la hora de ver a un animal sufriendo.



q. 72. ¿Eres siempre muy cuidadoso con las cosas que pertenecen a otros?

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
VAR72	692	1	2	1,10	,300
N válido (según lista)	692				

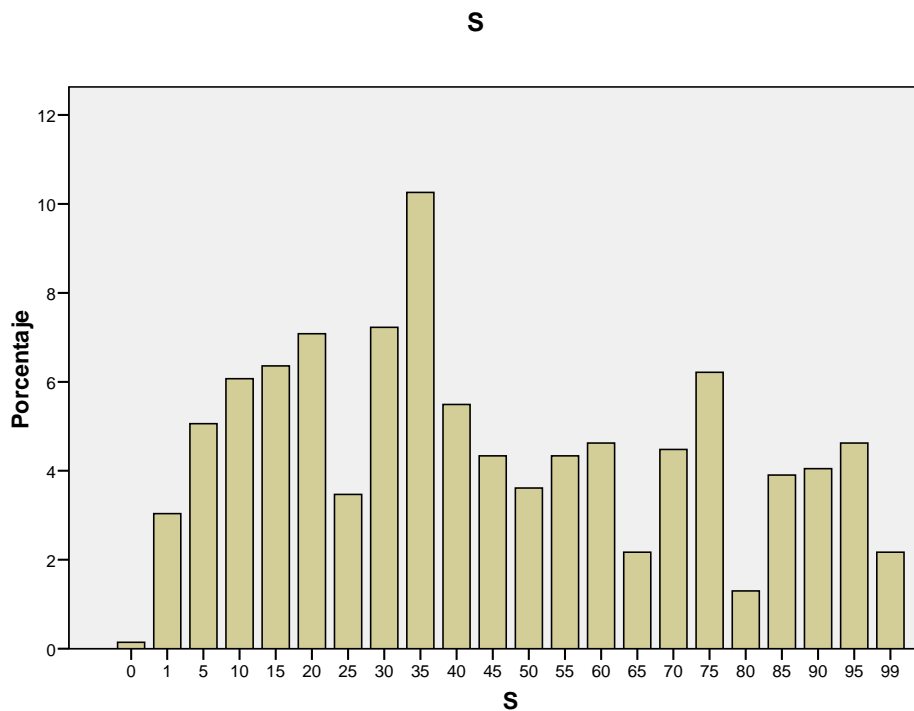
El 10 % de la muestra no muestra cuidado por las pertenencias ajenas.



4. Escala S (Sinceridad)

Esta variable está compuesta por las preguntas del cuestionario número 4, 8, 11, 16, 20, 24, 27, 31, 36, 40, 43, 47, 51, 55, 60, 64, 69, 73, 75 y 78. A continuación analizaremos cada una de ellas.

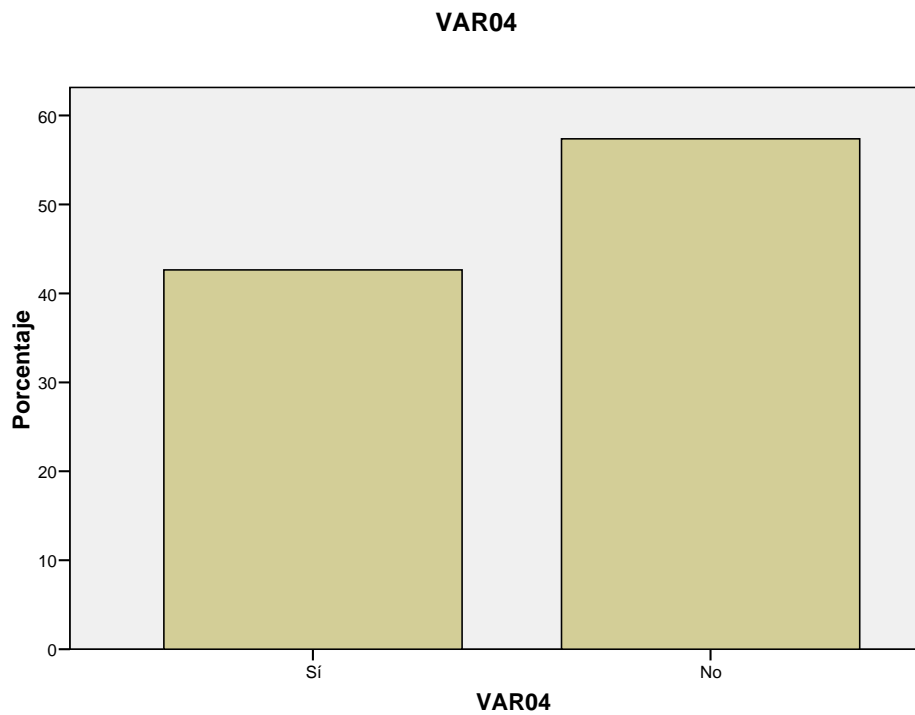
	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
S	692	0	99	44,74	28,437
N válido (según lista)	692				



- a. 4. ¿Alguna vez has querido llevarte más de lo que te correspondía en un reparto?

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
VAR04	692	1	2	1,57	,495
N válido (según lista)	692				

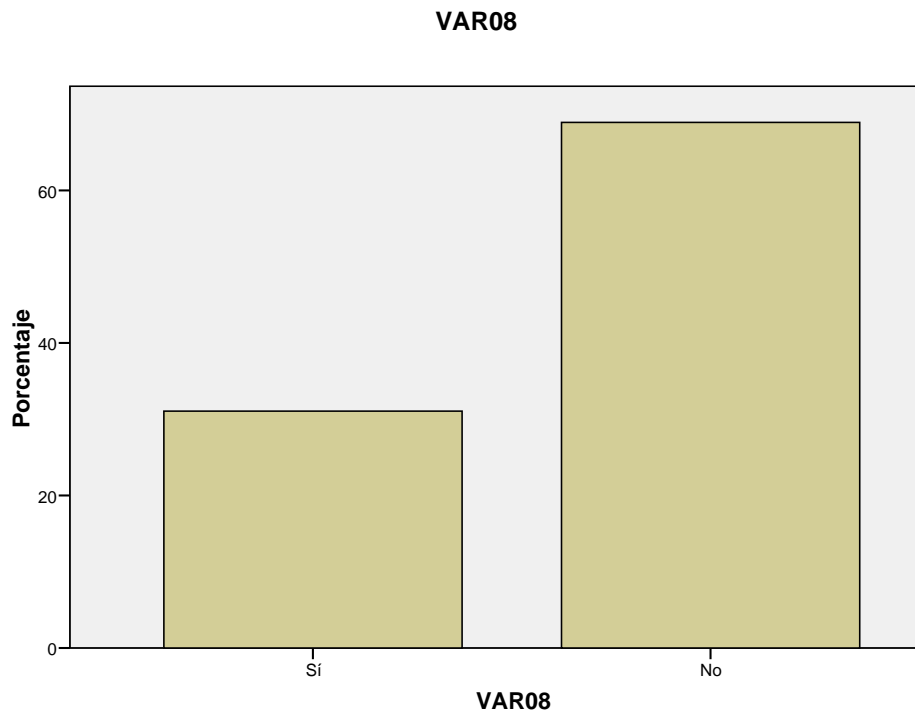
El 42,6 % de los sujetos sí han querido verse beneficiados en un reparto de forma injustificada.



b. 8. ¿Haces siempre inmediatamente lo que te piden?

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
VAR08	692	1	2	1,69	,463
N válido (según lista)	692				

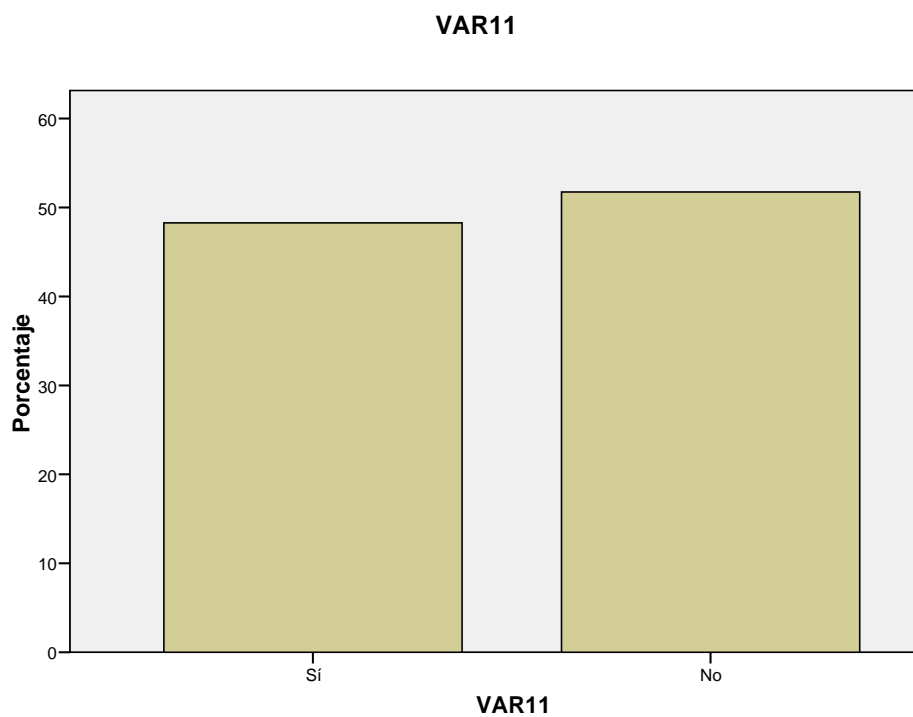
El 68,9 % de la muestra no actúa al momento cuando se les pide algo.



c. 11. ¿Siempre cumples todo lo que dicen y mandan en el colegio?

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
VAR11	692	1	2	1,52	,500
N válido (según lista)	692				

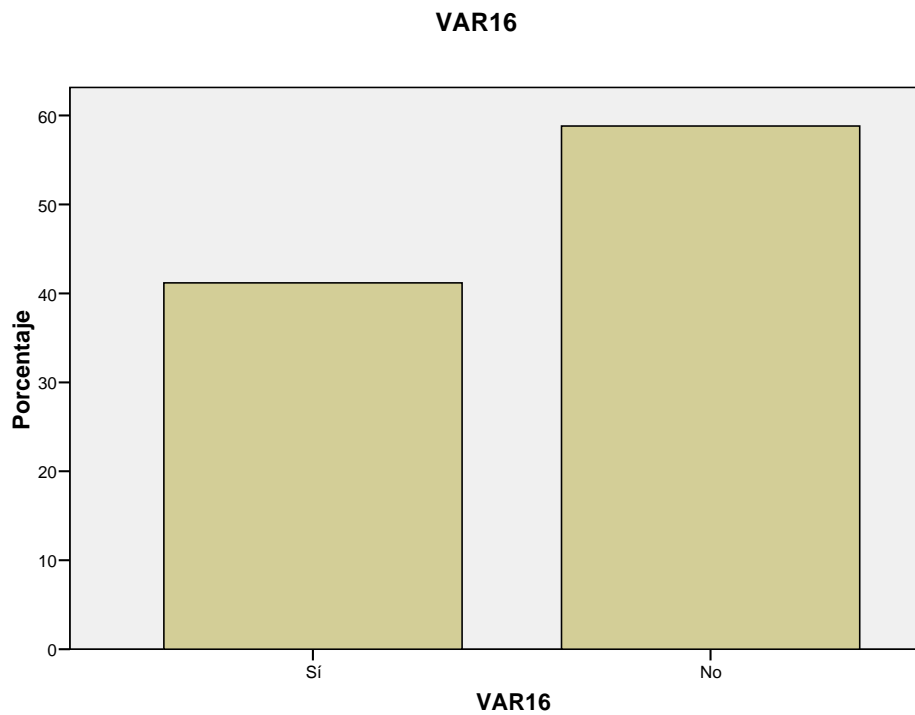
El 51,7 % de la muestra desobedece ante las indicaciones dadas en el centro escolar.



- d. 16. ¿Has quitado algo que pertenecía a otro (aunque sea una bola o un cromó)?

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
VAR16	692	1	2	1,59	,493
N válido (según lista)	692				

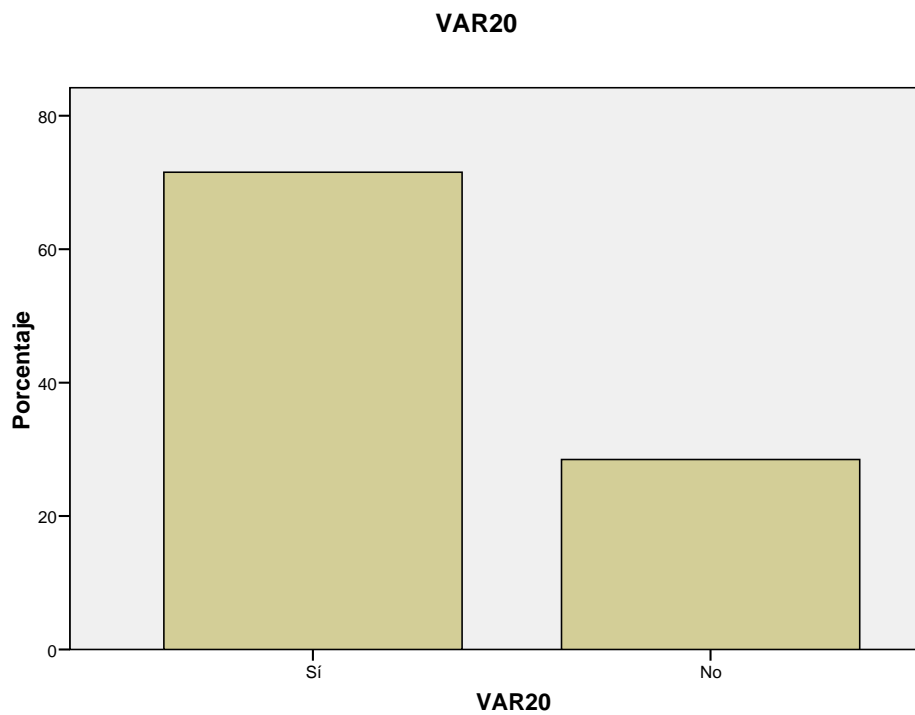
El 41,2 % de los sujetos sí ha sustraído algo a alguien que no les pertenecía.



- e. 20. ¿Alguna vez has hecho como que no habías oído cuando alguien te estaba llamando?

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
VAR20	692	1	2	1,28	,452
N válido (según lista)	692				

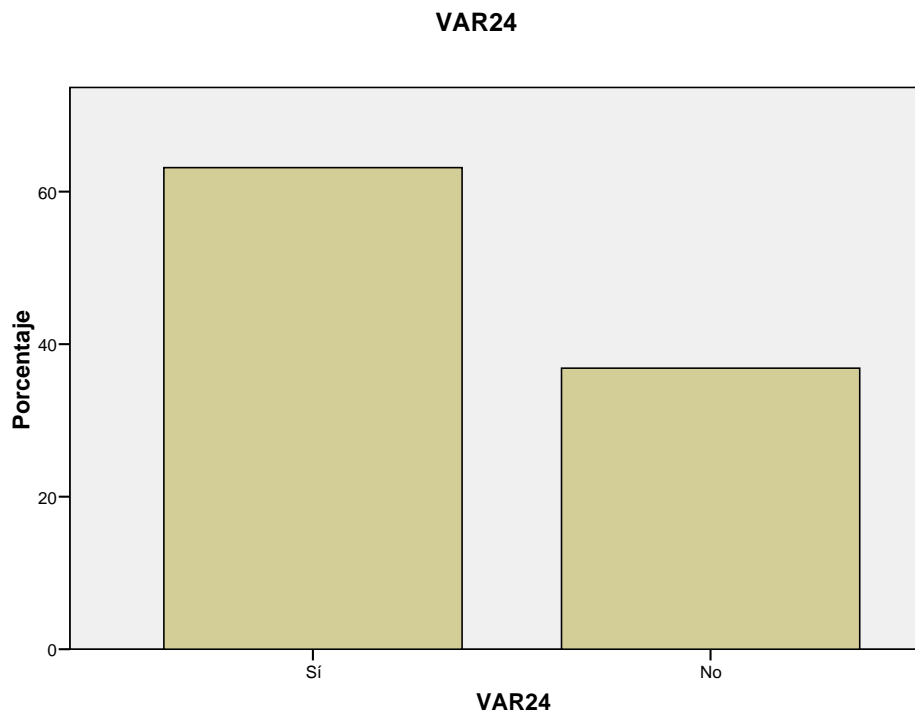
El 71,5 % de los sujetos reconoce haber ignorado a alguien voluntariamente cuando este le estaba llamando.



f. 24. En casa, ¿siempre acabas los deberes antes de salir a jugar a la calle?

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
VAR24	692	1	2	1,37	,483
N válido (según lista)	692				

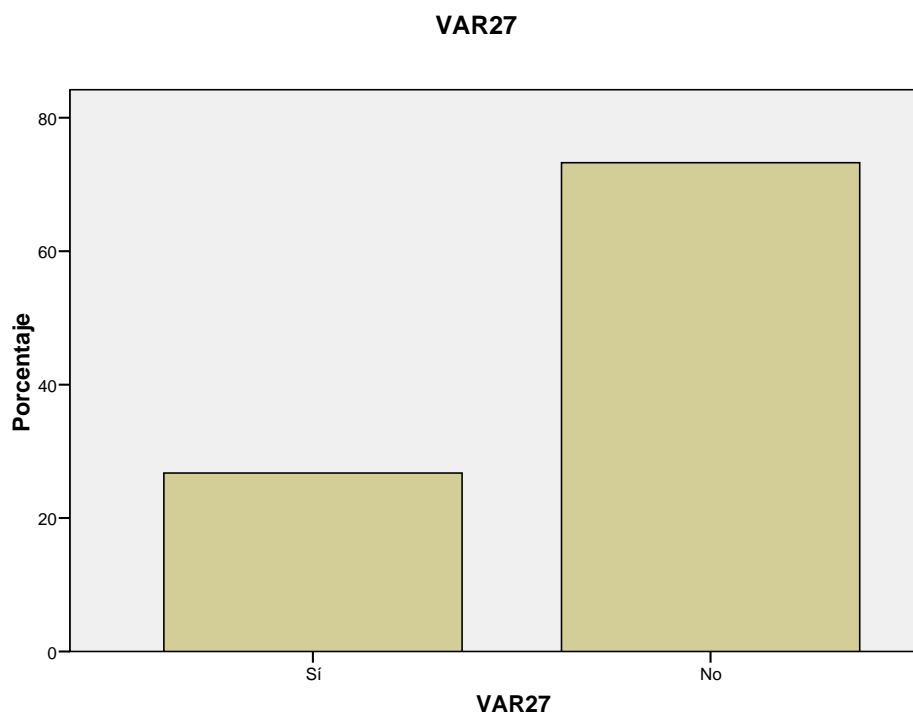
El 36,8 % de la muestra antepone las actividades de ocio a las obligaciones escolares.



g. 27. Cuando oyes que otro está diciendo palabrotas, ¿intentas corregirle?

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
VAR27	692	1	2	1,73	,443
N válido (según lista)	692				

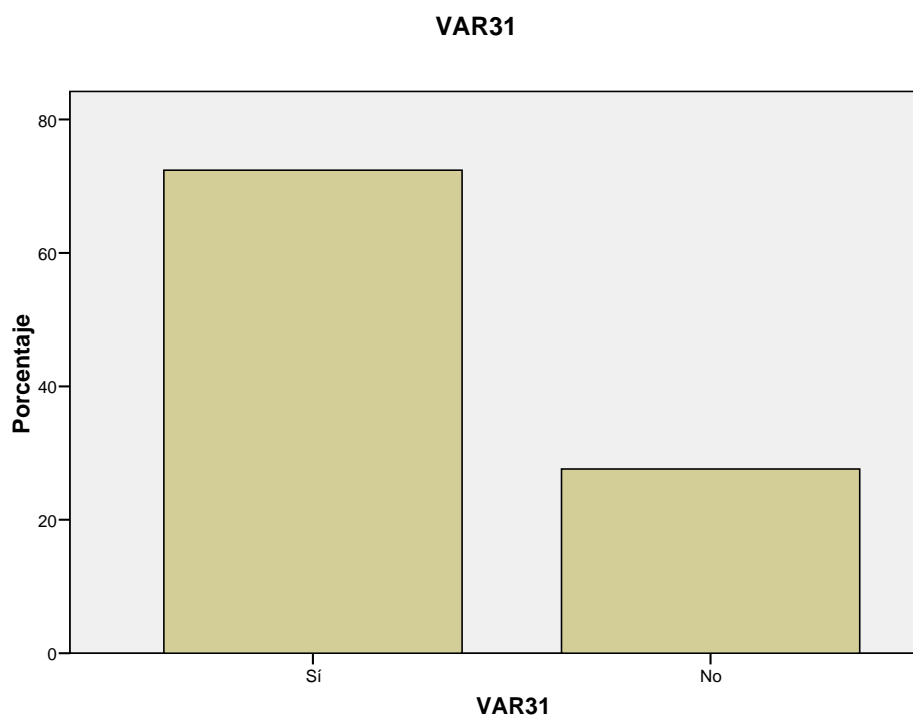
Tan sólo el 26,7 % de la muestra corrige a otra persona cuando dice alguna palabrota.



h. 31. ¿Siempre has pedido disculpas cuando has dicho o hecho algo mal?

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
VAR31	692	1	2	1,28	,447
N válido (según lista)	692				

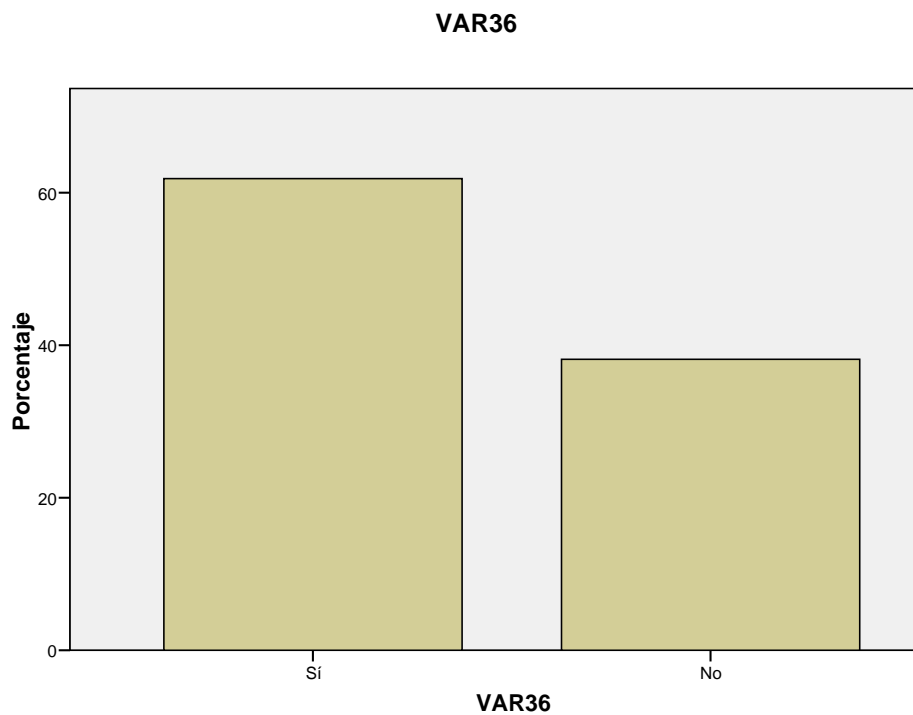
Un 27,6 % de la muestra no ha pedido siempre disculpas aun sabiendo que lo que había hecho no estaba bien.



- i. 36. ¿Te quedas siempre callado cuando las personas mayores están hablando?

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
VAR36	692	1	2	1,38	,486
N válido (según lista)	692				

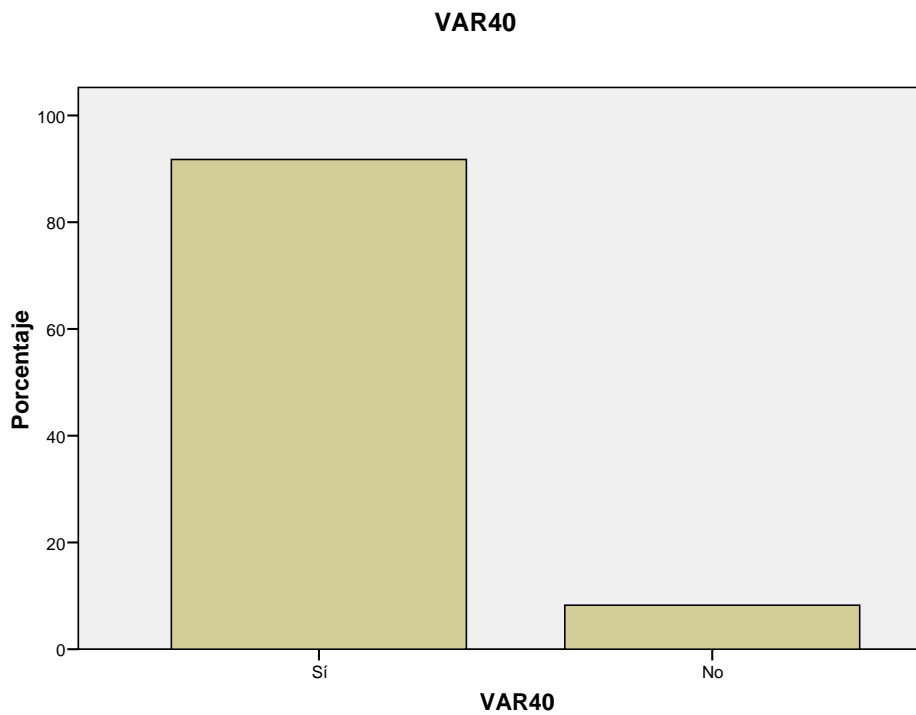
El 38,2 % de los sujetos no respeta el turno de palabra cuando están hablando los mayores.



j. 40. ¿Alguna vez has dicho una palabrota o has insultado a otro?

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
VAR40	692	1	2	1,08	,275
N válido (según lista)	692				

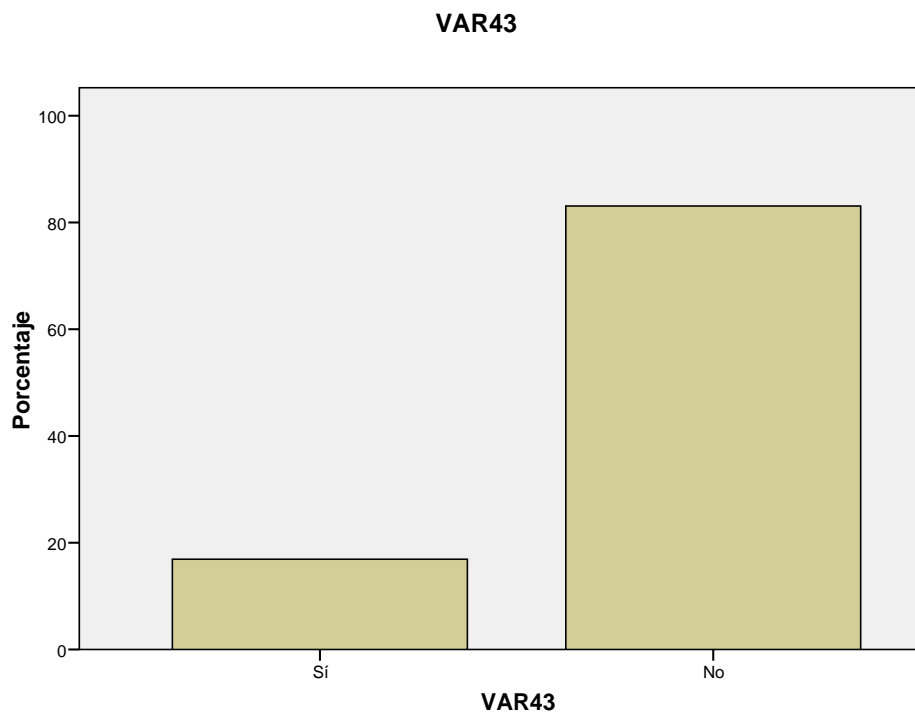
El 91,8 % de la muestra reconoce haber dicho en algún momento un dicho ofensivo, indecente o grosero.



- k. 43. En general, ¿recoges del suelo los papeles o basura que tiran los compañeros en clase?

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
VAR43	692	1	2	1,83	,375
N válido (según lista)	692				

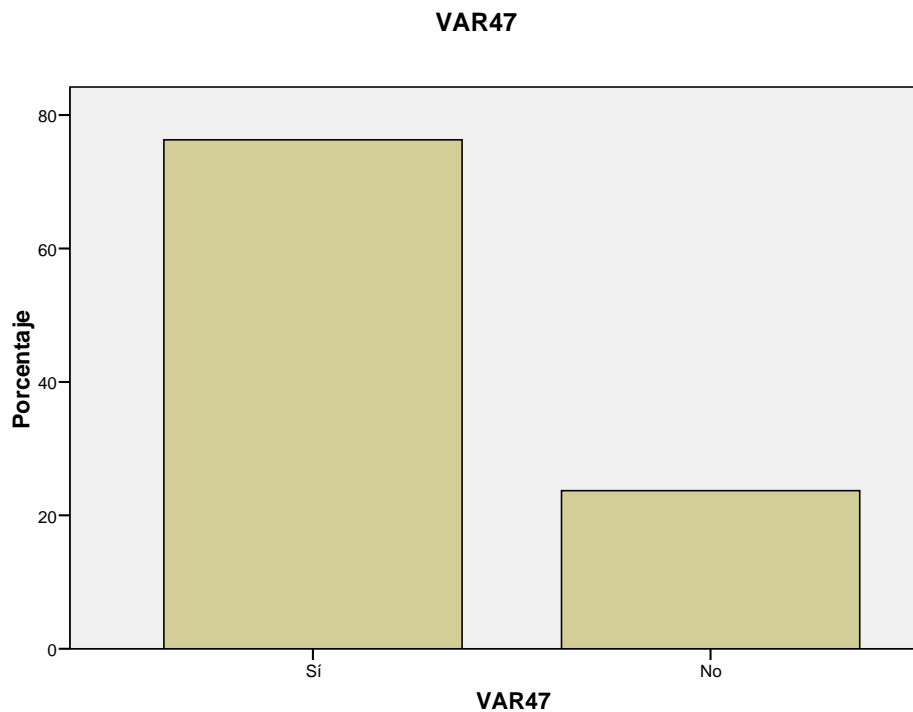
Tan solo el 16,9 % de la muestra se solidariza con el centro y recogen lo que tiran otros compañeros.



1. 47. ¿Te lavas siempre las manos antes de sentarte a comer?

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
VAR47	692	1	2	1,24	,426
N válido (según lista)	692				

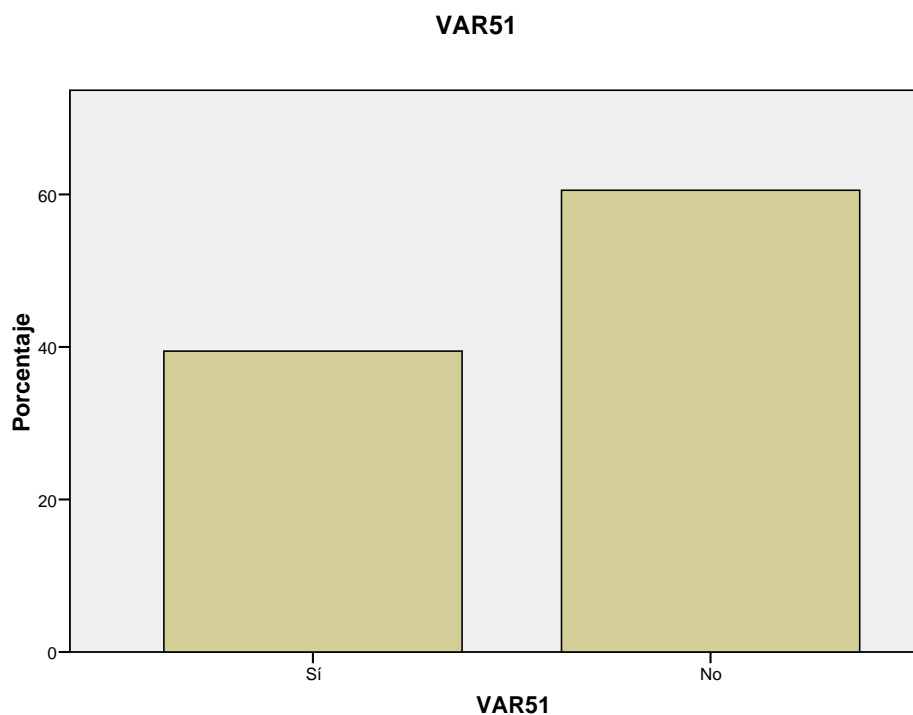
El 23,7 % de los sujetos descuida la higiene personal a la hora de comer.



m. 51. ¿Siempre te comportas bien en clase, aunque el profesor haya salido?

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
VAR51	692	1	2	1,61	,489
N válido (según lista)	692				

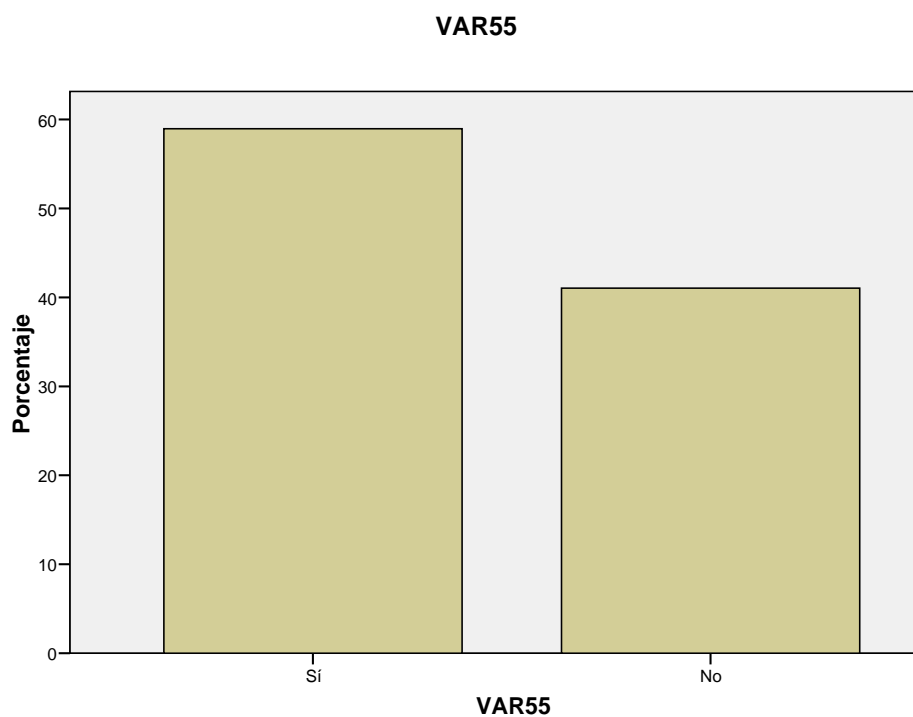
El 39,5 % de los sujetos respeta las normas de comportamiento de clase incluso en ausencia del profesor.



n. 55. ¿Has comido alguna vez más dulces de los que te permitieron?

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
VAR55	692	1	2	1,41	,492
N válido (según lista)	692				

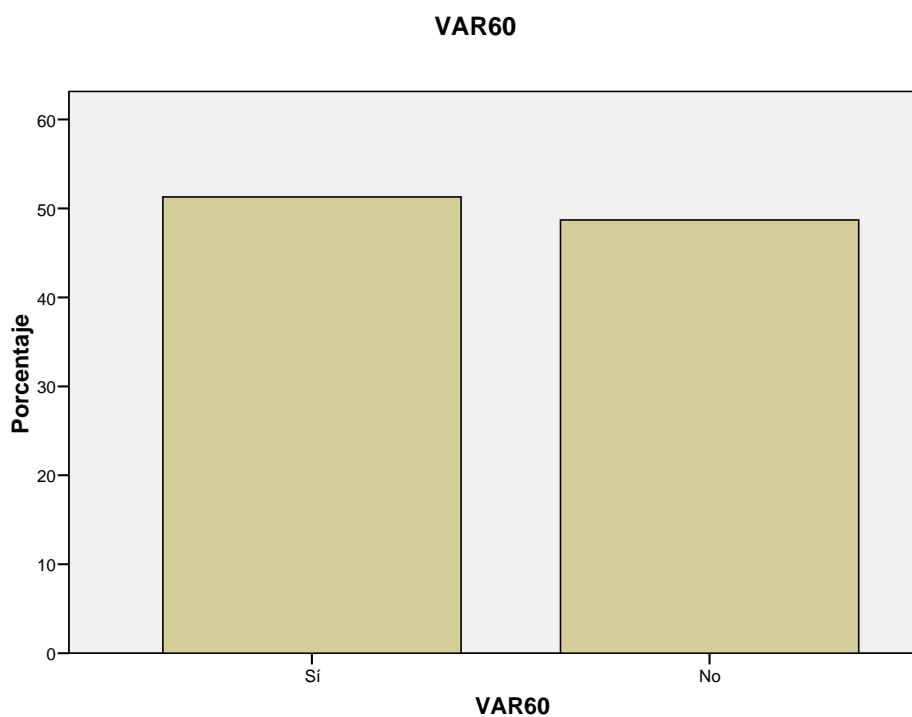
El 41 % de la muestra nunca se ha excedido en el límite de ingesta de alimentos permitidos.



o. 60. ¿Siempre comes todo lo que te ponen en el plato?

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
VAR60	692	1	2	1,49	,500
N válido (según lista)	692				

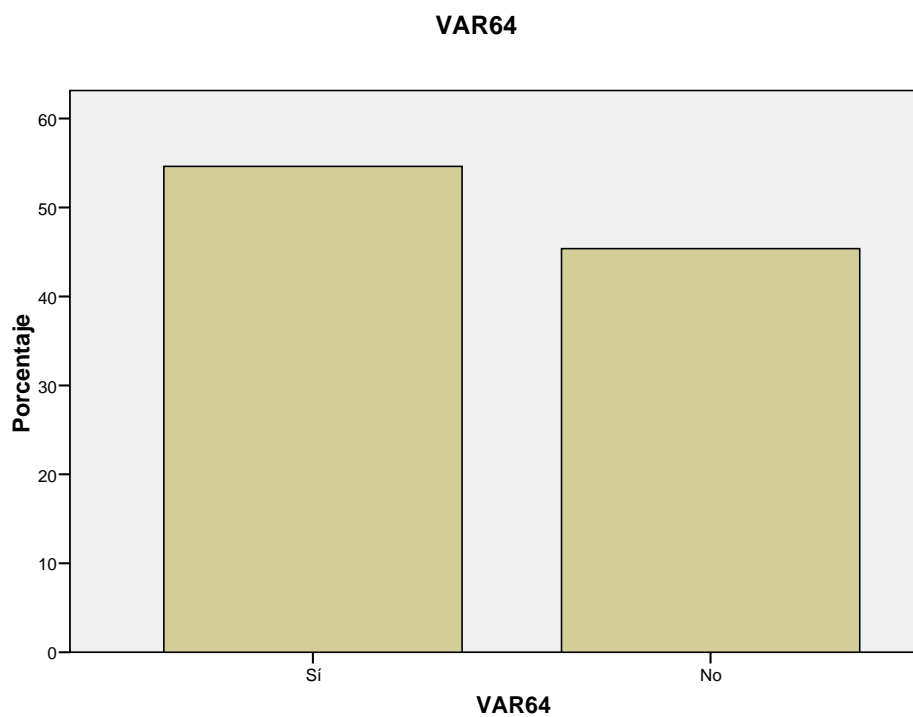
El 48,7 % de los sujetos siente algún reparo a la hora de comerse lo que le ponen en el plato, optando por dejárselo.



p. 64. ¿Has sido descarado alguna vez con tus padres?

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
VAR64	692	1	2	1,45	,498
N válido (según lista)	692				

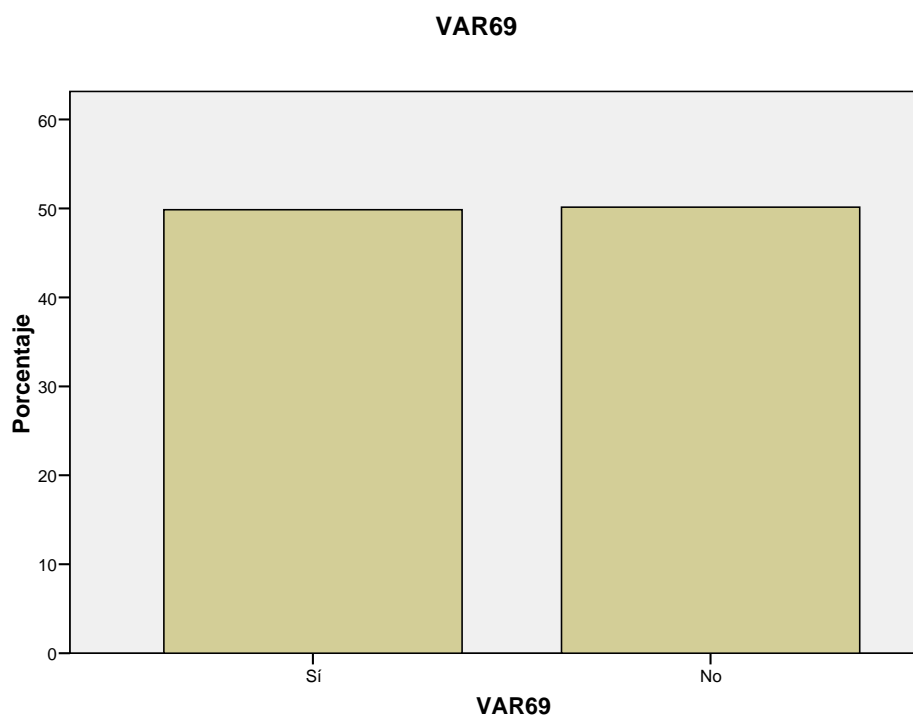
El 54,6 % de la muestra reconoce haber sido, en alguna ocasión, maleducados con sus padres.



q. 69. ¿Has sentido alguna vez deseos de “hacer novillos” y no ir a clase?

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
VAR69	692	1	2	1,50	,500
N válido (según lista)	692				

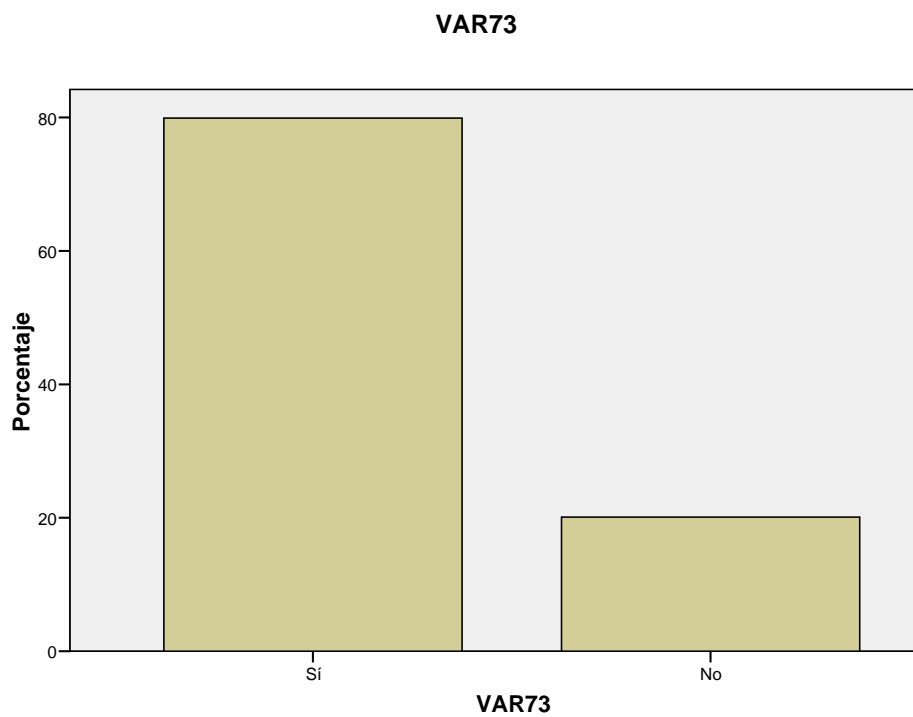
El 49,9 % de los sujetos ha deseado en alguna ocasión saltarse las clases.



- r. 73. ¿Siempre has repartido tus juguetes, caramelos o cosas con los demás?

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
VAR73	692	1	2	1,20	,401
N válido (según lista)	692				

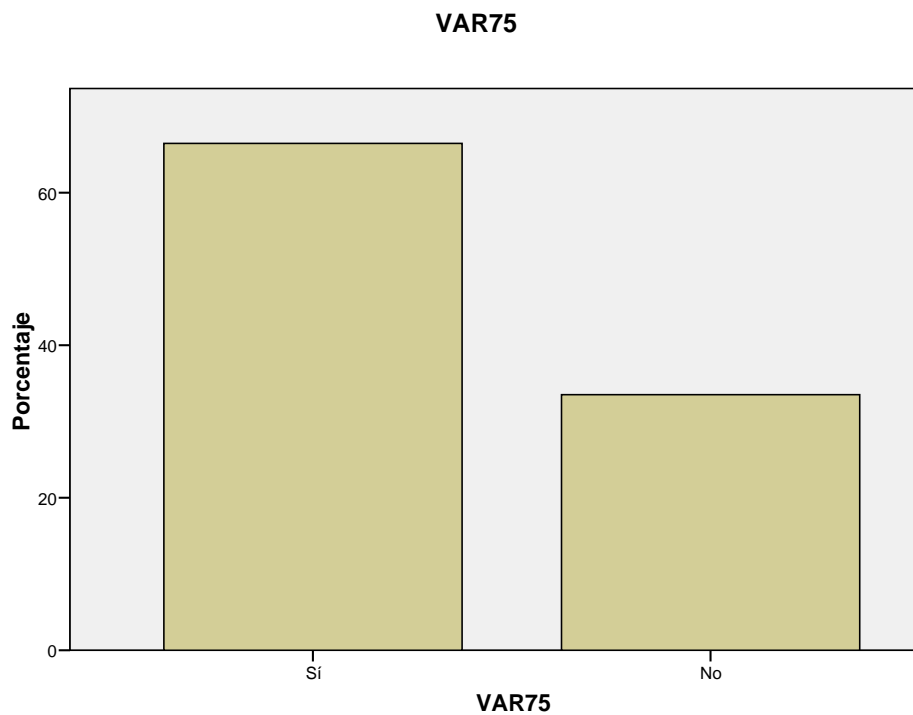
El 20,1 % de los sujetos no ha compartido sus bienes con otros compañeros.



s. 75. ¿Has hecho alguna vez trampas en el juego?

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
VAR75	692	1	2	1,34	,472
N válido (según lista)	692				

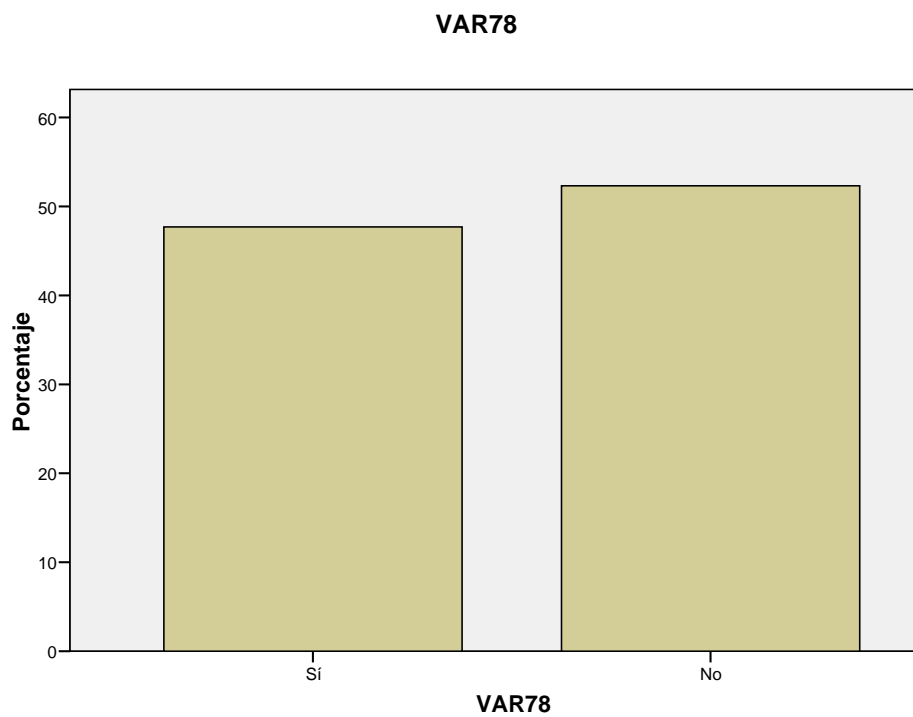
El 66,5 % de los sujetos reconoce haber mirado sus propios intereses a lo hora de participar en un juego, no importándole hacer trampas si así conseguía su objetivo.



t. 78. Cuando no hay una papelera cerca, ¿tiras los papeles al suelo?

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
VAR78	692	1	2	1,52	,500
N válido (según lista)	692				

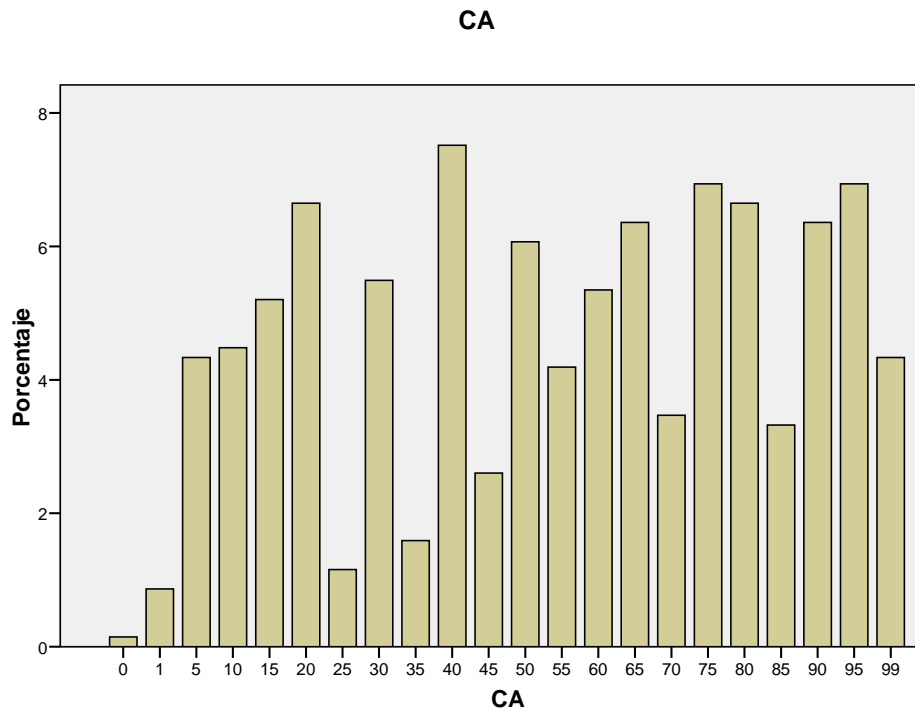
El 47,7 % de los sujetos no siente como propio el lugar donde vive, al no involucrarse en el mantenimiento de la limpieza.



5. Escala CA (Conducta Antisocial)

Esta variable está compuesta por las preguntas del cuestionario 1, 7, 9, 12, 13, 14, 17, 18, 19, 22, 23, 32, 34, 35, 37, 39, 42, 46, 49, 50, 52, 53, 56, 58, 61, 62, 66, 67, 68, 70, 72, 74, 76, 77, 79 y 81. Ya comentadas anteriormente en las otras escalas.

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
CA	692	0	99	54,51	29,224
N válido (según lista)	692				



2. EDI-2 (Varones y mujeres sin TCA)

El número total de alumnos que han realizado la prueba han sido 700, de los cuales son válidos 686. Dándose por invalidados aquellos que no fueron rellenados correctamente, se realizó al azar o aquellos que estaban incompletos. Cada escala presenta una puntuación continua y cuanto mayor sea la puntuación obtenida, mayor será la manifestación del rasgo evaluado. La puntuación de los centiles de las escalas, en BT, B, BD, I, P, ID, IA, MF, A, IR y SI, varían entre 2 y 99. El rango de edad de los sujetos se sitúa en el rango 11 – 17, con una media de 13,93 años y una desviación típica de 1,384. La estatura media se sitúa en 1.64, moviéndose por un rango situado entre 1.40 y 1.90. El peso medio de la muestra es de 55.67 kilogramos, entre un rango que varía desde los 28 kg. hasta los 100 kg.

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
DT	686	18	99	59,55	23,943
B	686	41	99	57,80	18,517
BD	686	14	99	47,55	24,893
I	686	18	99	54,06	24,881
P	686	10	99	61,58	25,883
ID	686	16	99	52,00	25,803
IA	686	5	99	53,80	28,360
MF	686	2	99	56,34	28,097
A	686	5	99	53,86	28,060
IR	686	14	99	51,71	27,588
SI	686	19	99	52,76	26,079
EDAD	700	11	17	13,93	1,384
ESTATURA	692	1.40	1.90	1.6442	.09119
PESO	693	28.0	100.0	55.678	11.1664
N válido (según lista)	681				

A continuación trataremos cada uno de los ítems que componen el cuestionario en función de las once subescalas que lo forman. Analizando el número de sujetos que respondieron correctamente a cada ítem. La escala de respuesta es tipo Likert de seis puntos:

“0” equivale a “nunca”

“1” equivale a “Pocas veces”

“2” equivale a “A veces”

“3” equivale a “A menudo”

“4” equivale a “Casi siempre”

“5” equivale a “Siempre”

También se tendrá en cuenta la media de las respuestas y la desviación típica. Posteriormente realizaremos un análisis de frecuencias de cada ítem. Teniendo en cuenta que cada pregunta por si sola no tiene valor significativo, sino que el valor de cada subescala proviene de la unión de las distintas preguntas por las que se componen.

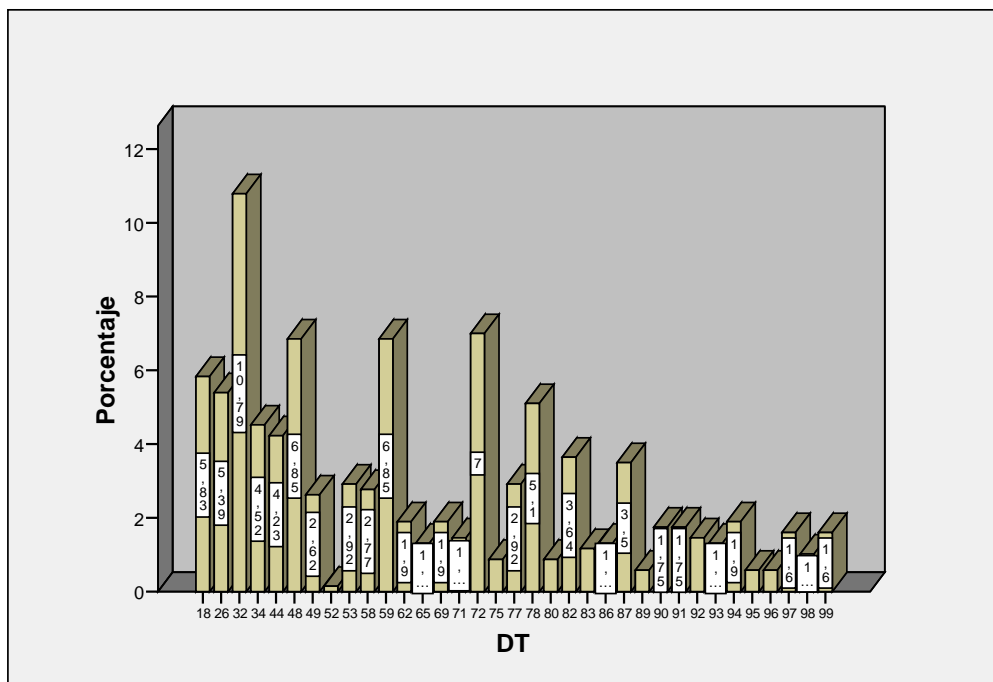
1. Escala DT (Obsesión por la delgadez)

Esta escala está compuesta por las preguntas 1, 7, 11, 16, 25, 32 y 49.

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
DT	686	18	99	59,55	23,943
N válido (según lista)	686				

Utilizando un punto de corte de 14 en esta escala, siendo en varones equivalente al intervalo 97-98 y en mujeres de 83. El total de los sujetos que se encuentra en este intervalo es de 139. En las tablas de contingencia que realicemos posteriormente, analizaremos más detenidamente este resultado.

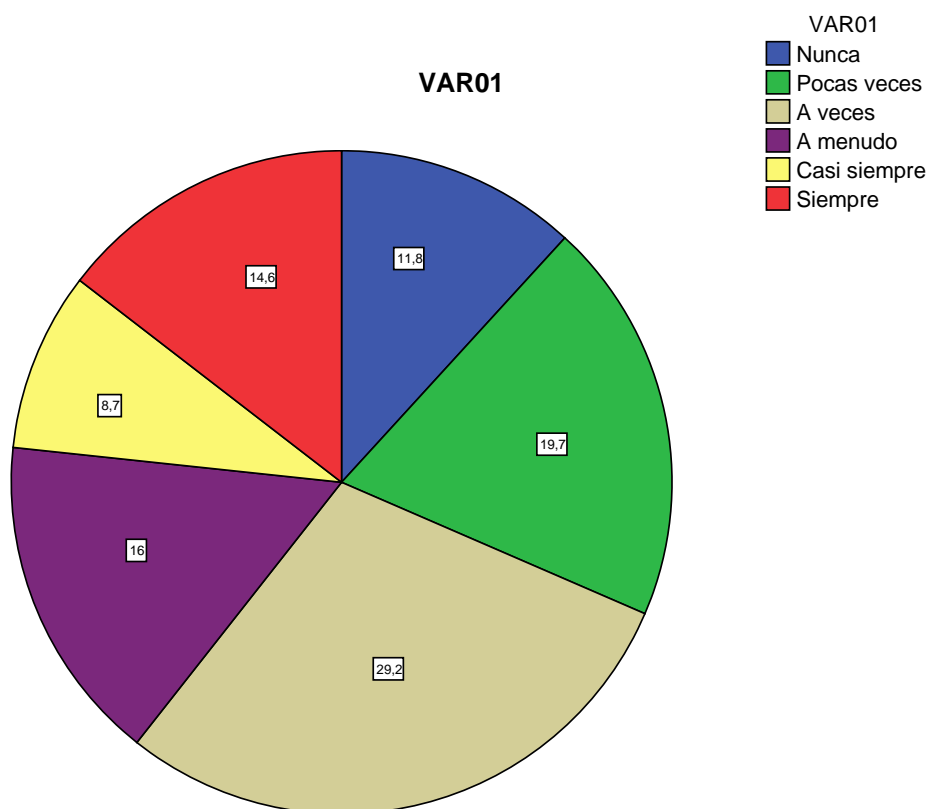
DT



a. 1. Como dulces e hidratos de carbono sin preocuparme.

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
VAR01	686	0	5	2,34	1,543
N válido (según lista)	686				

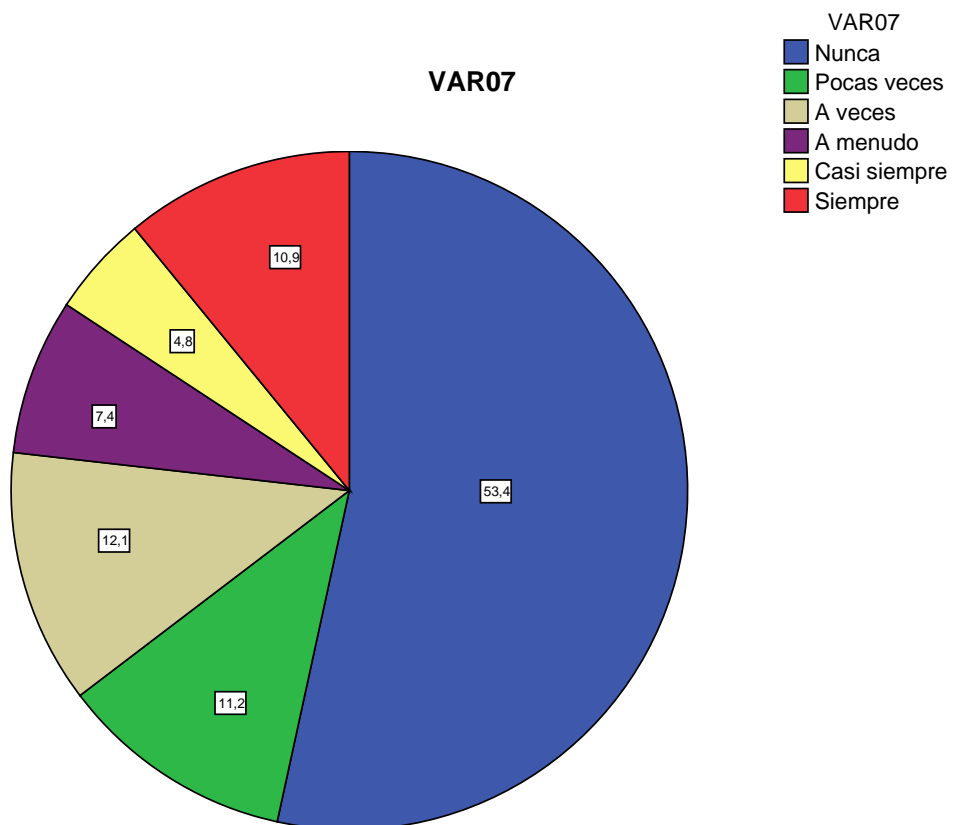
El 26.4 % de los sujetos e siente muy identificado con la pregunta.



b. 7. Pienso en ponerme a dieta.

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
VAR07	685	0	5	1,32	1,744
N válido (según lista)	685				

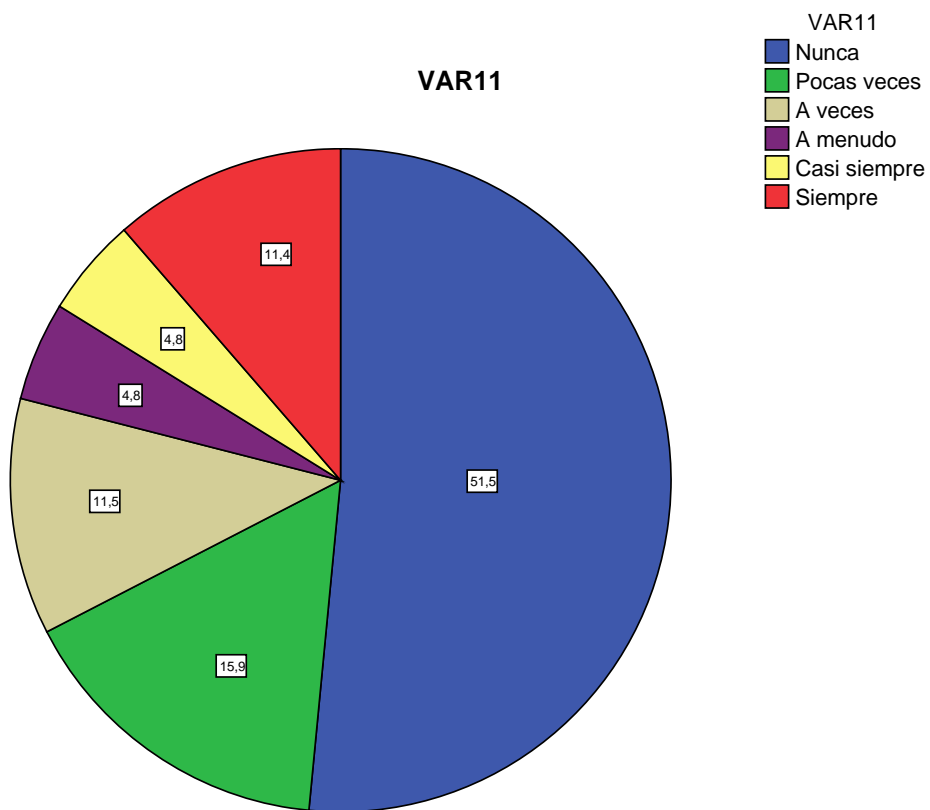
Aunque muchos sujetos nunca han considerado esta opción, más del 15 % de la muestra en alguna ocasión se lo ha planteado.



c. 11. Me siento muy culpable cuando como en exceso.

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
VAR11	685	0	5	1,30	1,731
N válido (según lista)	685				

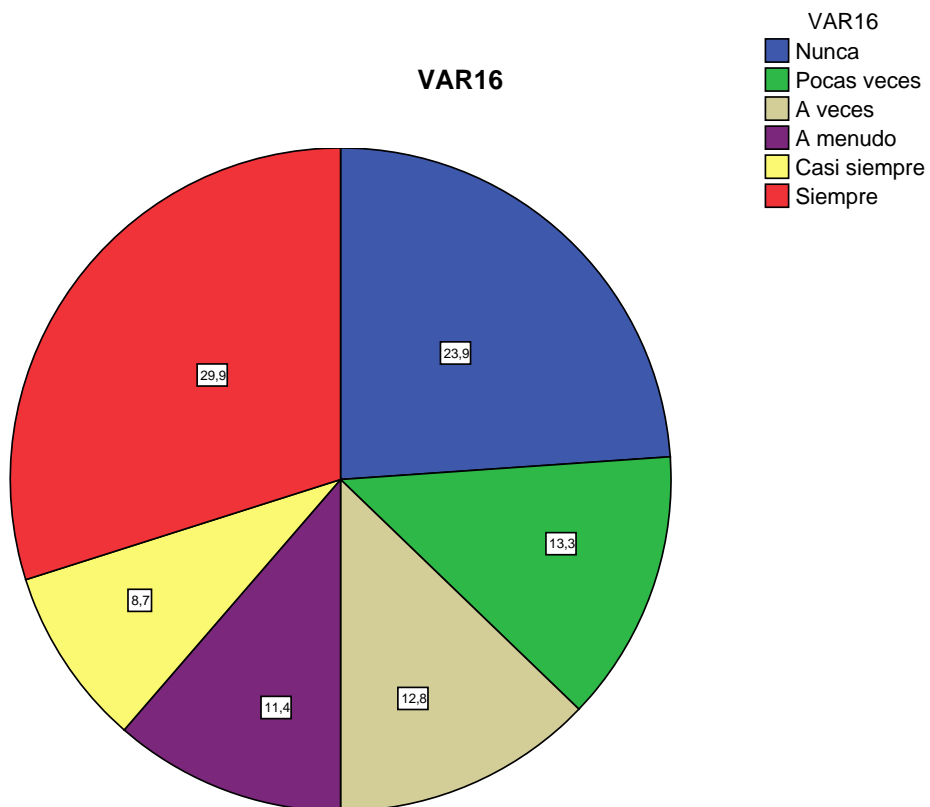
Más de la mitad de los sujetos no se siente culpable, pero llama la atención que un 11,4 % de los sujetos “siempre” se sientan culpables cuando comen en exceso.



d. 16. Me aterroriza la idea de engordar.

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
VAR16	686	0	5	2,57	1,979
N válido (según lista)	686				

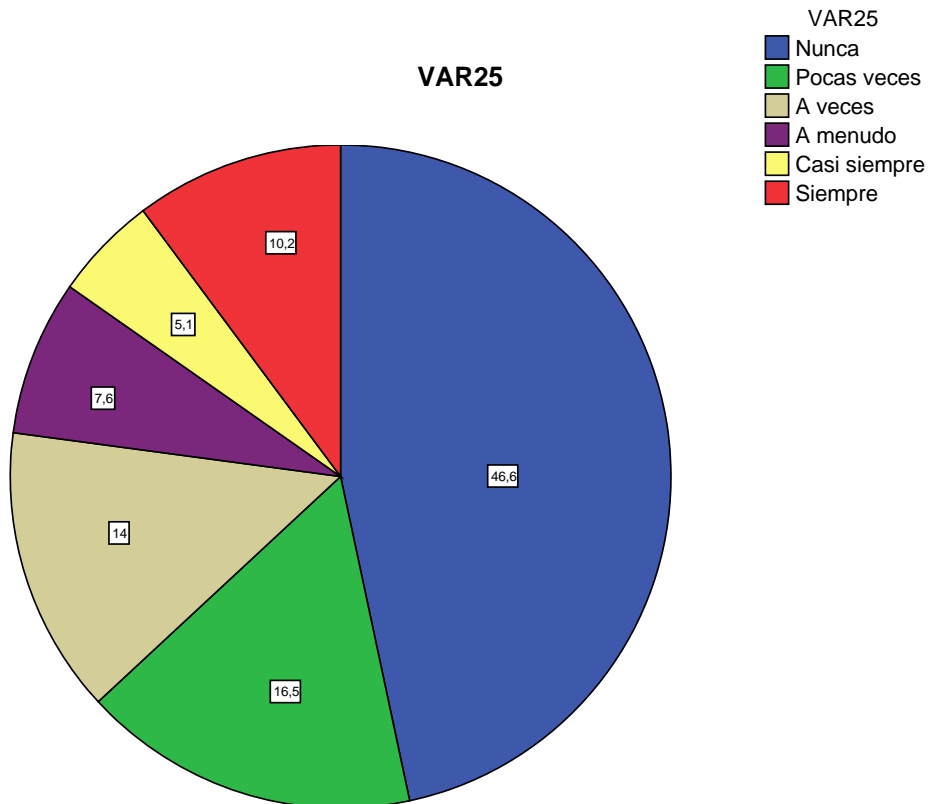
De la muestra, casi el 30 % se siente muy identificado con la pregunta. Aunque el 24 % de esta no se identifica nada. Vemos como es mayor el número de sujetos a los que sí les importaría ganar peso frente a los que no.



e. 25. Exagero o doy demasiada importancia al peso.

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
VAR25	686	0	5	1,39	1,690
N válido (según lista)	686				

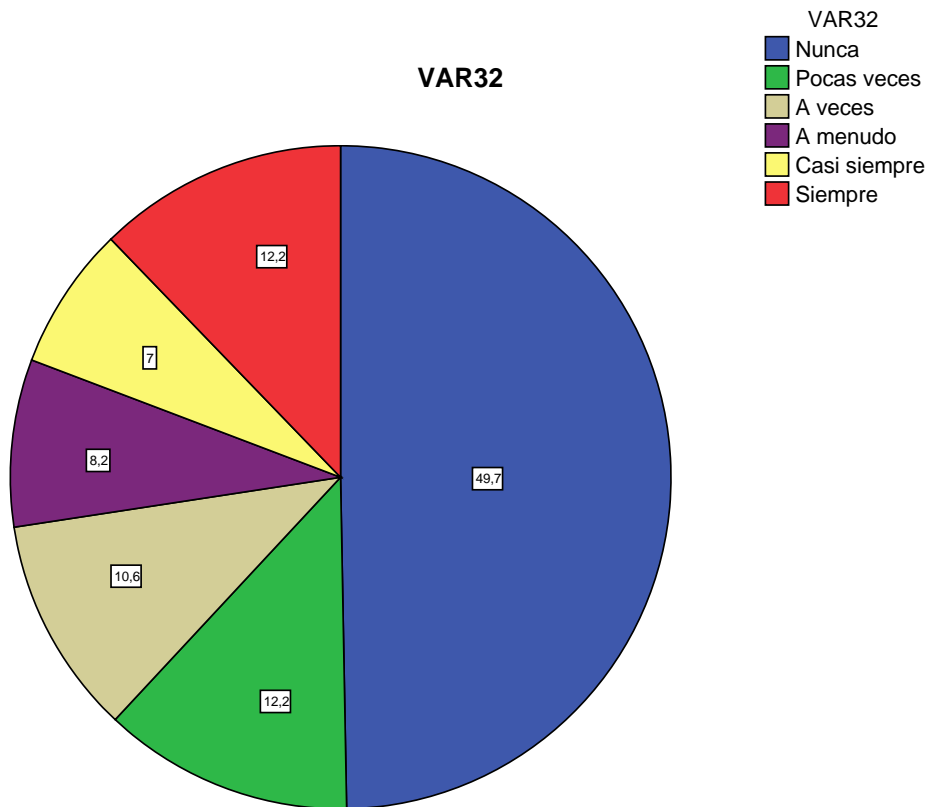
Volvemos a ver como, aunque hay un amplio número de sujetos que no se identifican con esta situación, más de un 30 % de los sujetos si se identifican on esta premisa.



f. 32. Estoy preocupado porque querría ser una persona más delgada.

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
VAR32	686	0	5	1,47	1,817
N válido (según lista)	686				

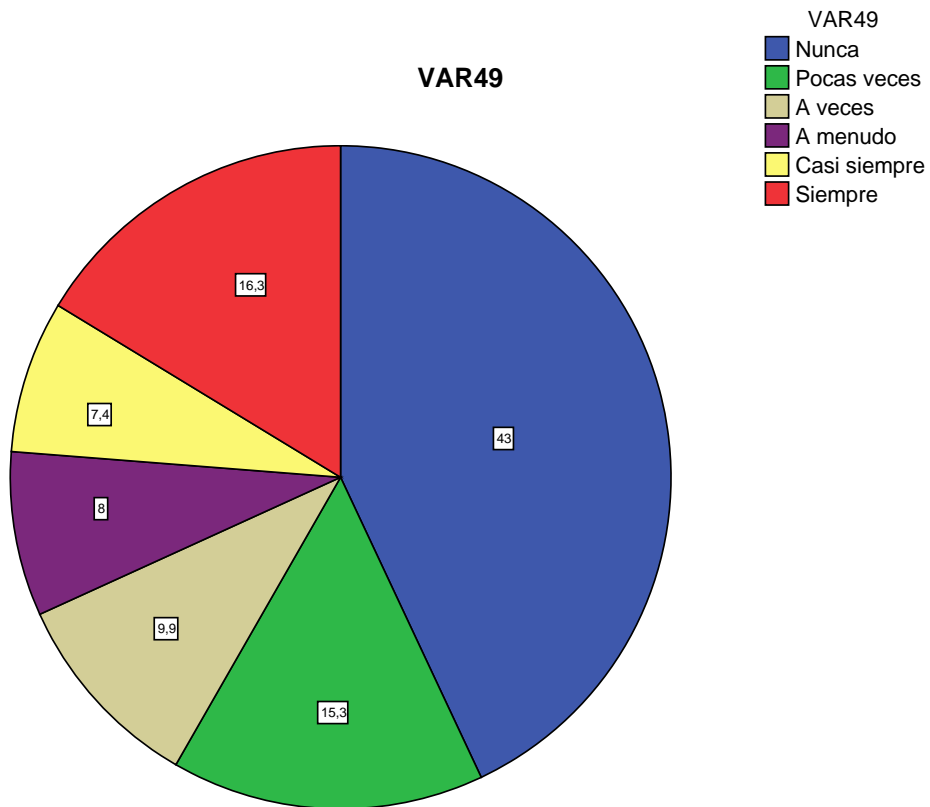
Menos de un 20 % de la muestra querría que su figura fuese más delgada a la que tienen actualmente.



g. 49. Si engordo un kilo, me preocupa que pueda seguir engordando.

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
VAR49	686	0	5	1,71	1,908
N válido (según lista)	686				

Más de un 23 % de la muestra analizada, se preocuparía en exceso por su imagen corporal si viesen algún aumento en esta de un kilo.



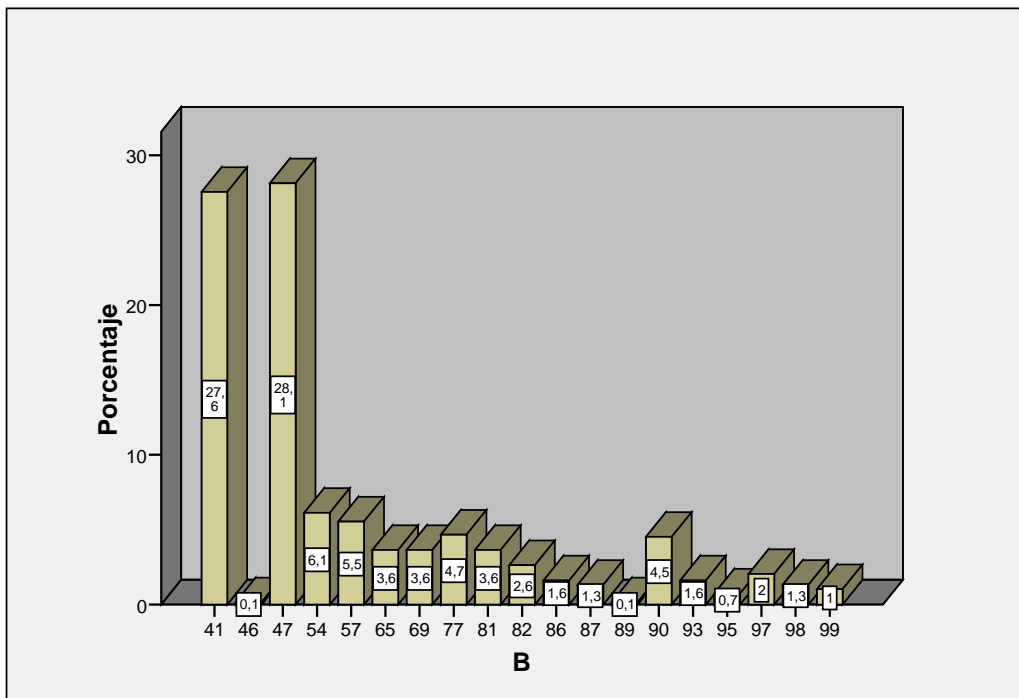
2. Escala B (Bulimia)

Esta escala está compuesta por las preguntas 4, 5, 28, 38, 46, 53 y 61.

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
B	686	41	99	57,80	18,517
N válido (según lista)	686				

Como nos indica el manual de inventario de TCA, las puntuaciones medias coinciden. Cerca del 30 % obtiene una puntuación superior a la media por lo que en diferente medida muestran una preocupación en esta escala.

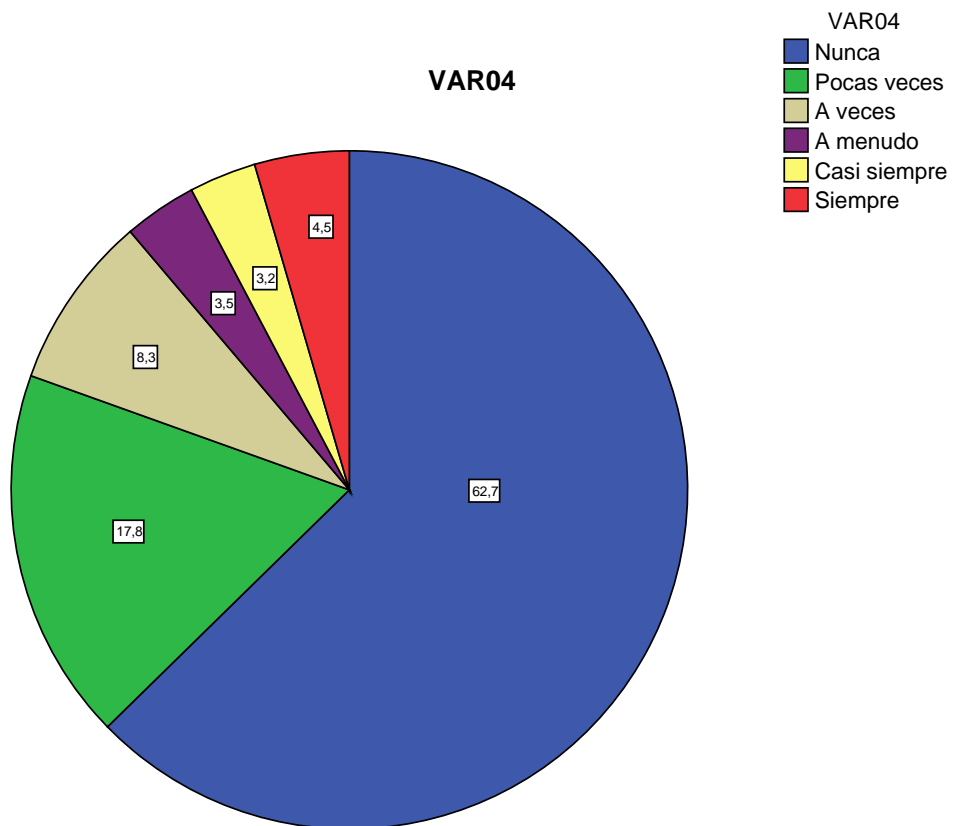
B



a. 4. Suelo comer cuando estoy disgustado.

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
VAR04	686	0	5	,80	1,351
N válido (según lista)	686				

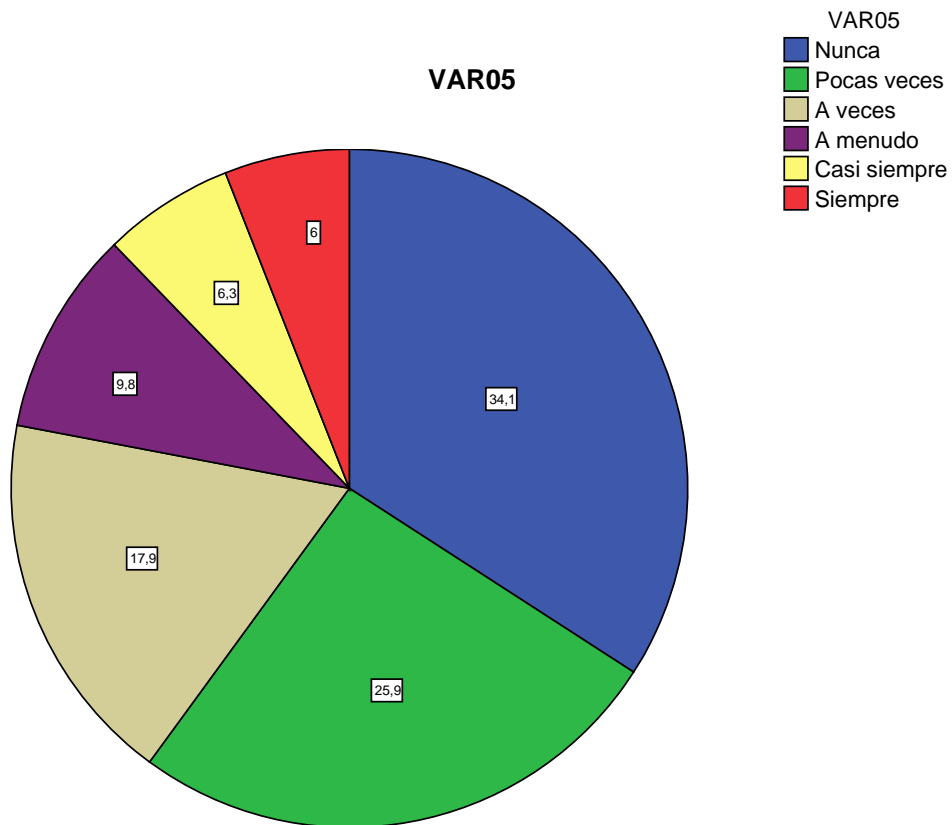
Más del 7 % de la muestra recurre a la comida cuando está disgustado.



b. 5. Suelo hartarme de comida.

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
VAR05	686	0	5	1,46	1,491
N válido (según lista)	686				

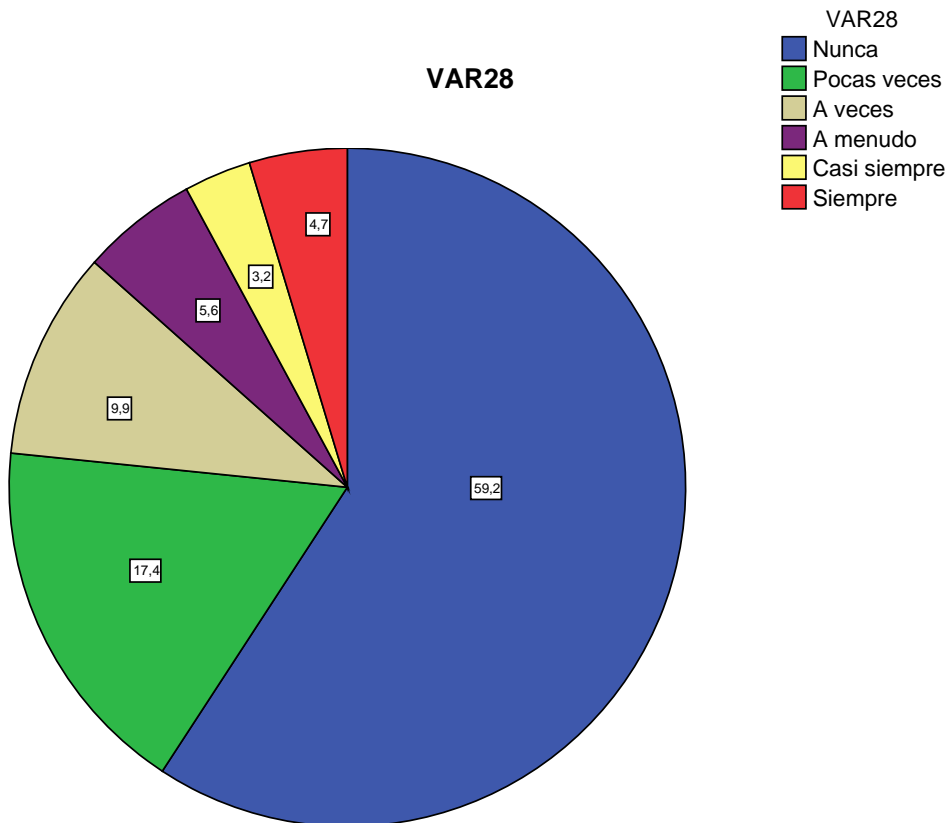
Más del 12 % de la muestra sobrepasa la saciedad con la ingesta de comida. Y cerca del 66 % de los sujetos alguna vez han sobrepasado los límites normales en la ingesta de alimento.



c. 28. He ido a comilonas en las que sentí que no podía parar de comer.

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
VAR28	684	0	5	,90	1,395
N válido (según lista)	684				

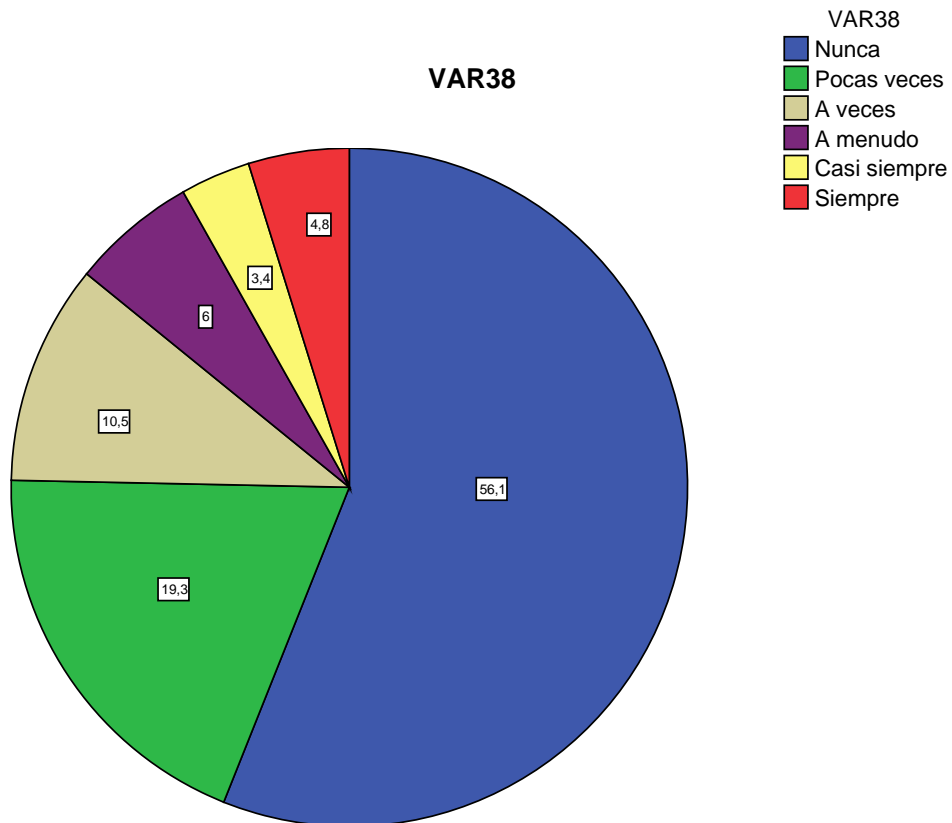
Cerca del 7 % de los sujetos ven que esta pregunta se cumple en ellos y a aproximadamente el 41 % alguna vez le ha ocurrido.



d. 38. Suelo pensar en darme un atracón.

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
VAR38	685	0	5	,96	1,407
N válido (según lista)	685				

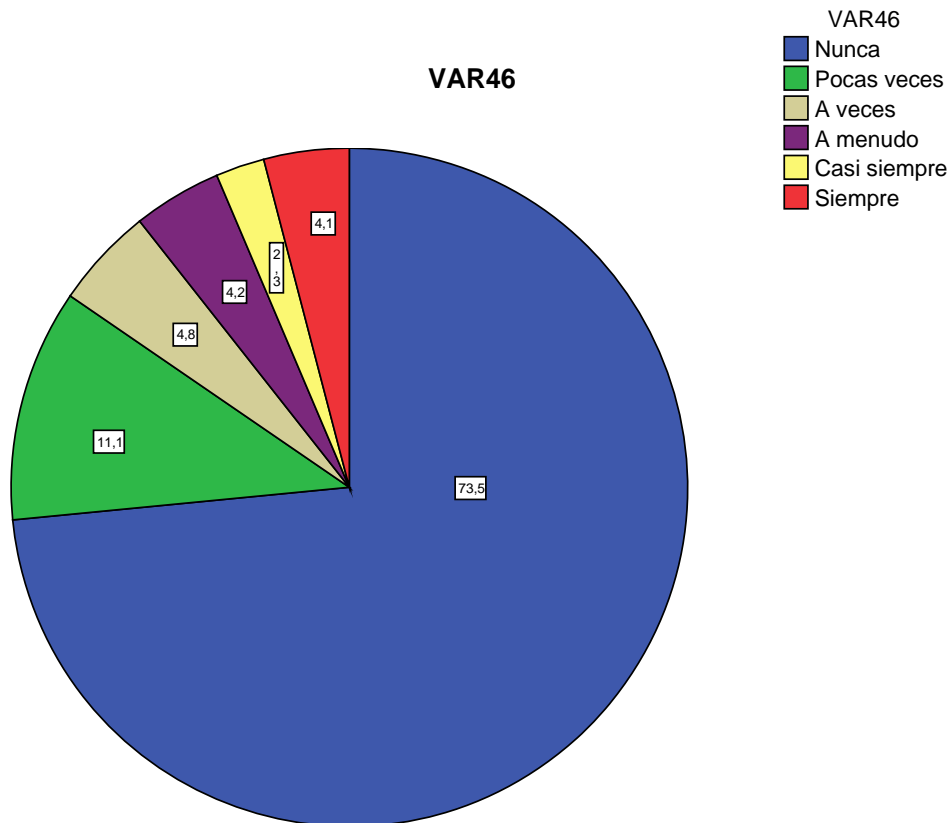
Más del 7 % de la muestra, siempre o casi siempre han pensado en darse un atracón, no significa que lleguen a hacerlo todos, pero mentalmente lo han pensado y sólo un 56 % nunca se lo han planteado.



- e. 46. Como con moderación delante de los demás, pero me doy un atracón cuando se van.

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
VAR46	686	0	5	,63	1,297
N válido (según lista)	686				

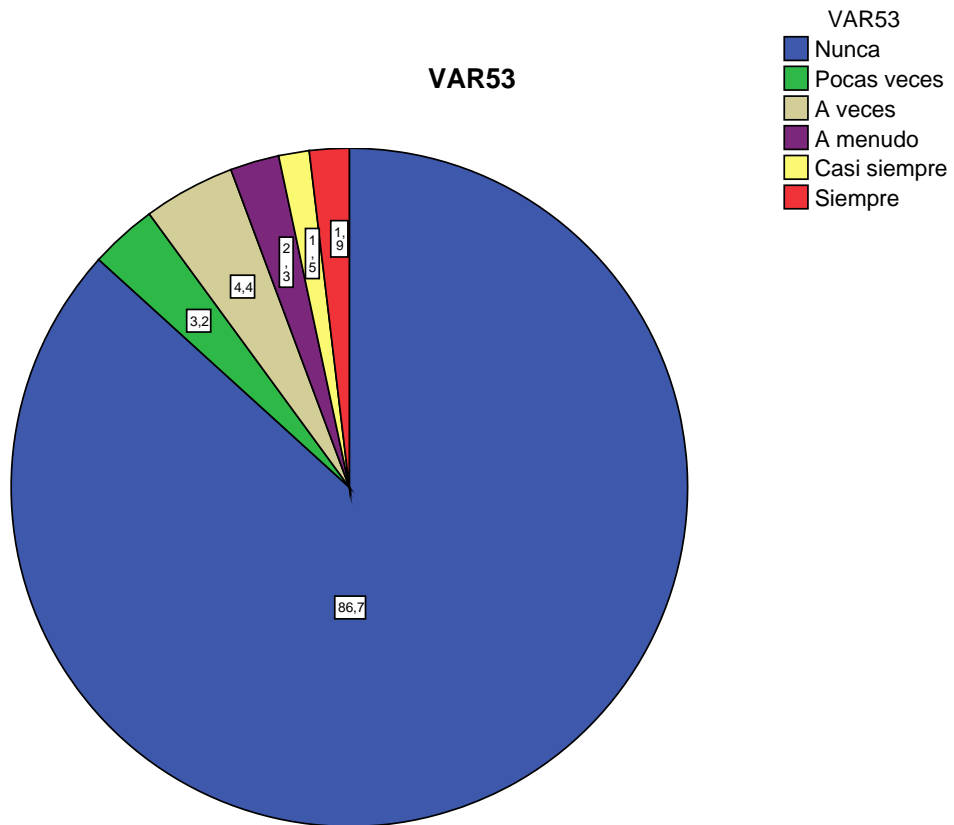
El 6,4 % de la muestra reconoce realizar esta acción. Y el 26,5 % lo han realizado en alguna ocasión.



f. 53. Pienso en vomitar para perder peso.

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
VAR53	685	0	5	,34	1,005
N válido (según lista)	685				

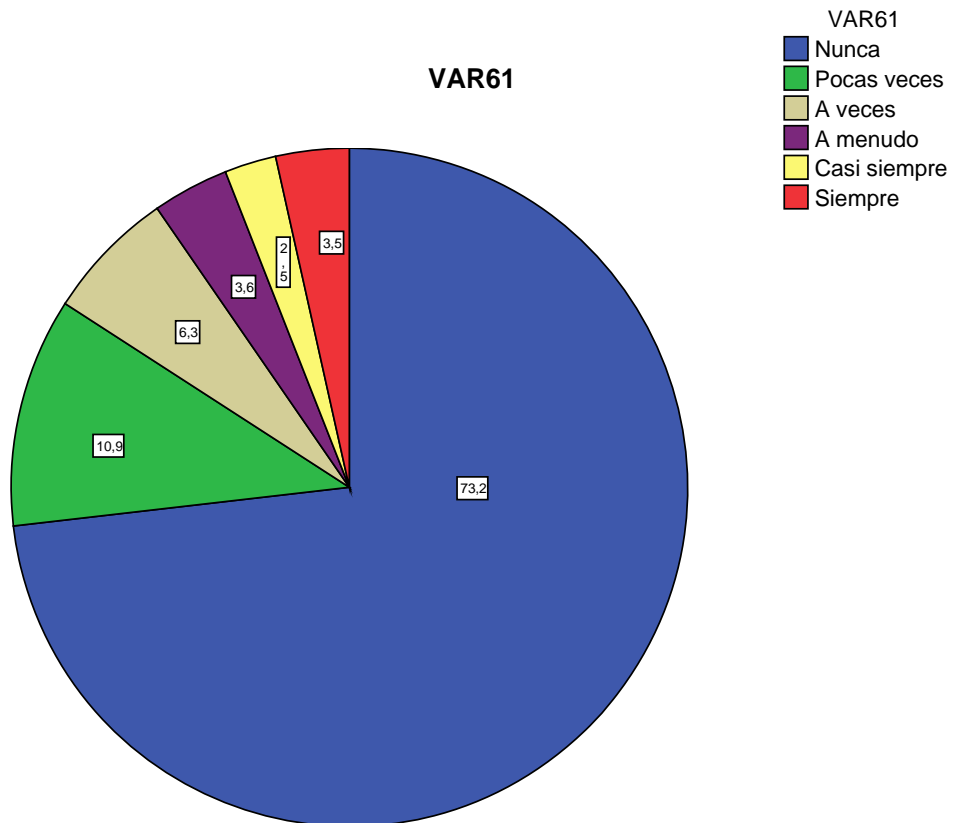
El 3.4 de la muestra ha aceptado este método para disminuir su volumen corporal.



g. 61. Como o bebo a escondidas.

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
VAR61	686	0	5	,62	1,257
N válido (según lista)	686				

El 6 % de la muestra mantiene esta acción frecuentemente y el 26,8 % lo ha realizado en alguna ocasión.



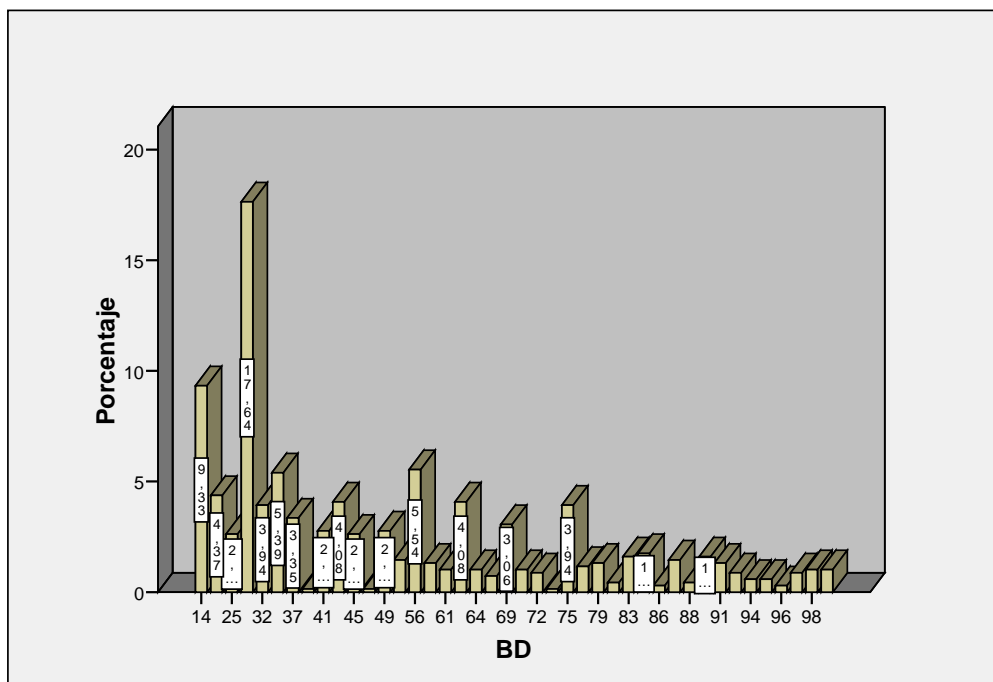
3. Escala BD (Insatisfacción corporal)

Esta escala está compuesta por las preguntas 2, 9, 12, 19, 31, 45, 55, 59, y 62.

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
BD	686	14	99	47,55	24,893
N válido (según lista)	686				

En esta escala encontramos una gran dispersión en la situación de los sujetos. A continuación haremos una descripción más detallada de las preguntas que forman esta escala.

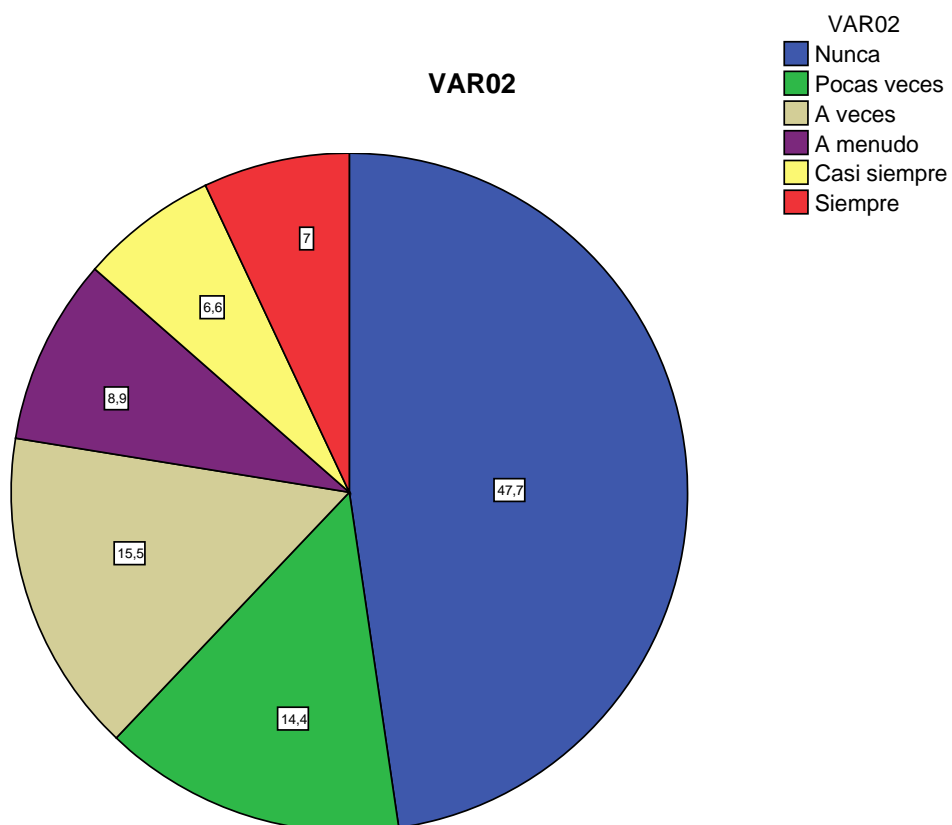
BD



a. 2. Creo que mi estomago es demasiado grande.

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
VAR02	686	0	5	1,33	1,609
N válido (según lista)	686				

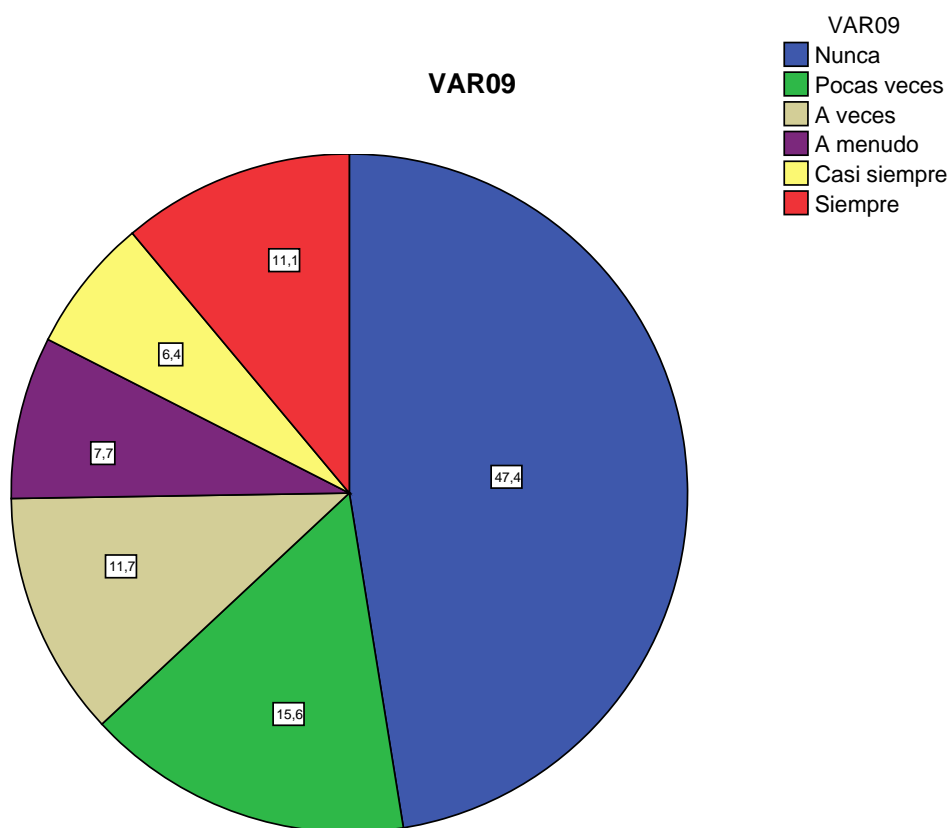
Más del 13 % de los sujetos piensa que el tamaño de su estómago, con la consecuente capacidad, es mayor de lo normal.



b. 9. Pienso que mis muslos son demasiado grandes.

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
VAR09	685	0	5	1,43	1,752
N válido (según lista)	685				

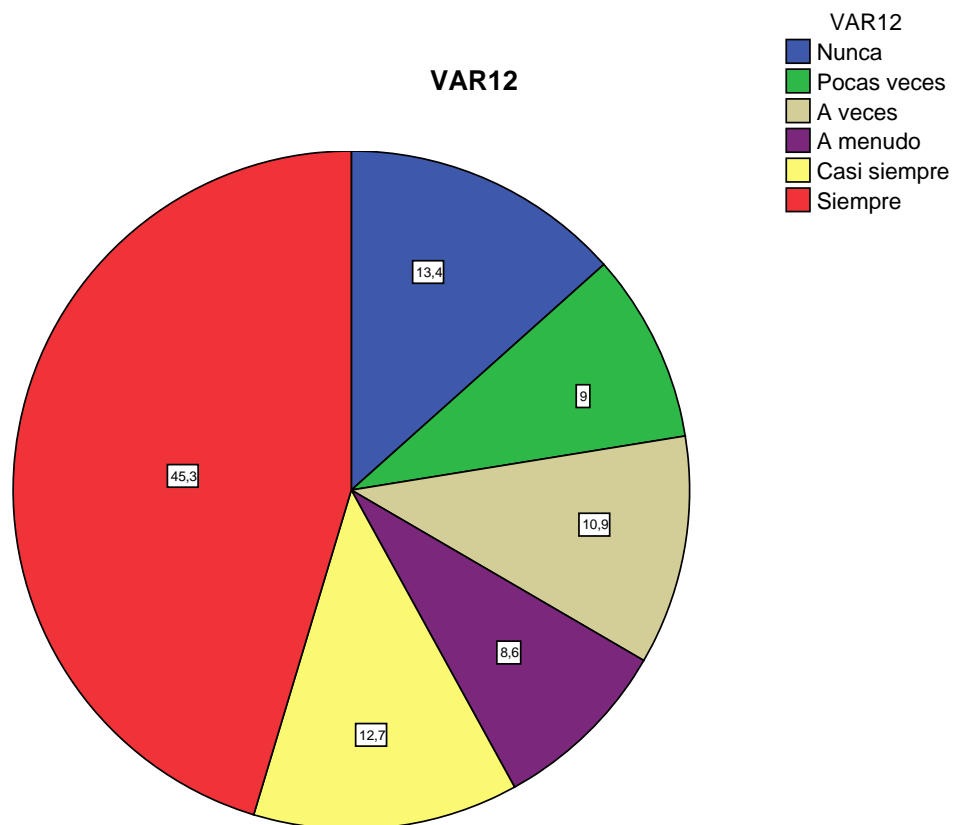
Sólo el 47.4 % de los sujetos nunca se han planteado nada acerca del tamaño de sus muslos.



c. 12. Creo que mi estómago tiene el tamaño adecuado.

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
VAR12	686	0	5	3,34	1,873
N válido (según lista)	686				

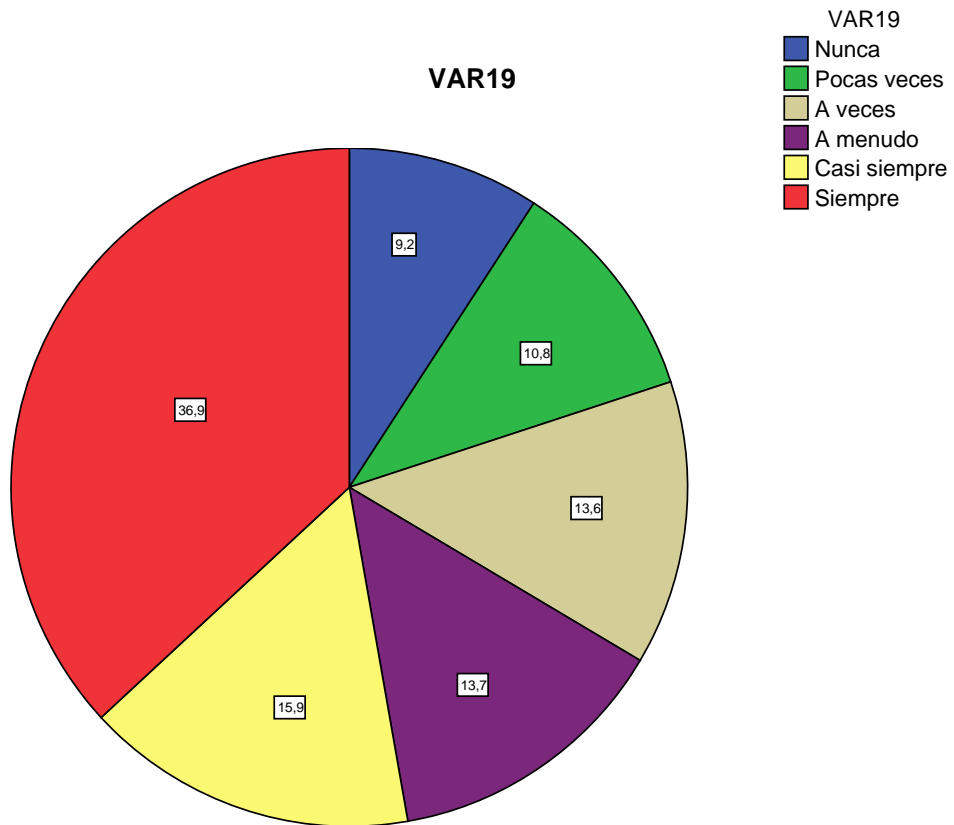
Menos de la mitad de los sujetos está de acuerdo en el tamaño de su estómago.



d. 19. Me siento satisfecho con mi figura.

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
VAR19	686	0	5	3,27	1,720
N válido (según lista)	686				

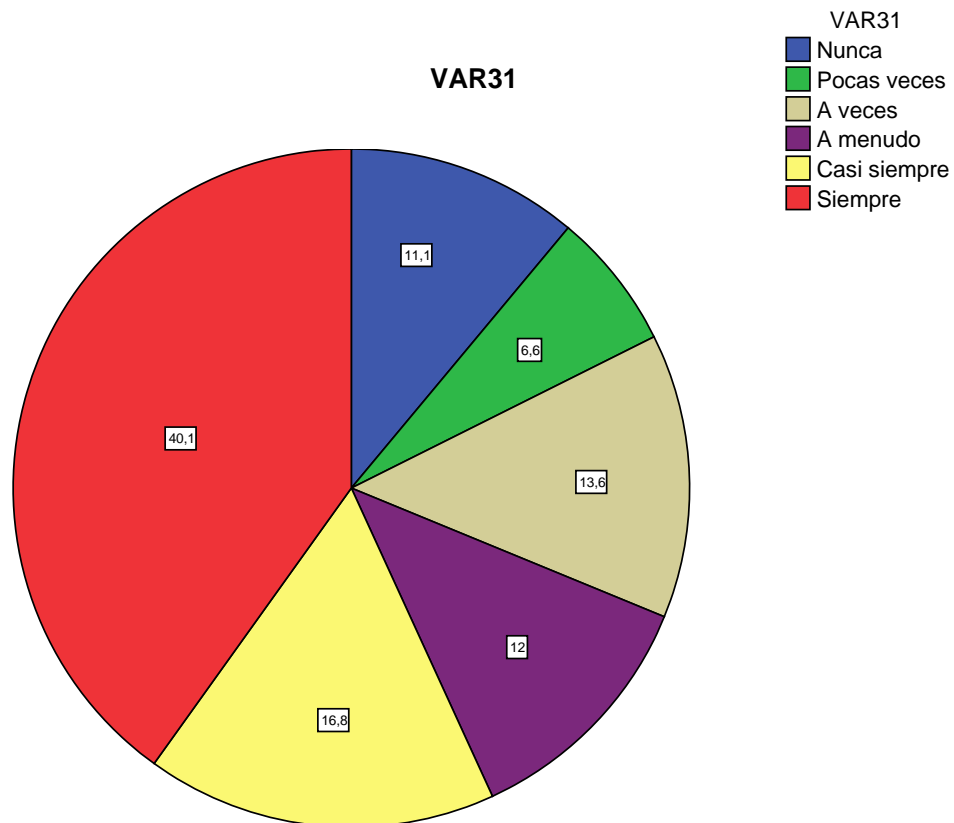
Del total de la muestra, sólo el 52.8% se siente siempre o casi siempre satisfecho con su imagen corporal.



e. 31. Me gusta la forma de mi trasero.

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
VAR31	686	0	5	3,37	1,742
N válido (según lista)	686				

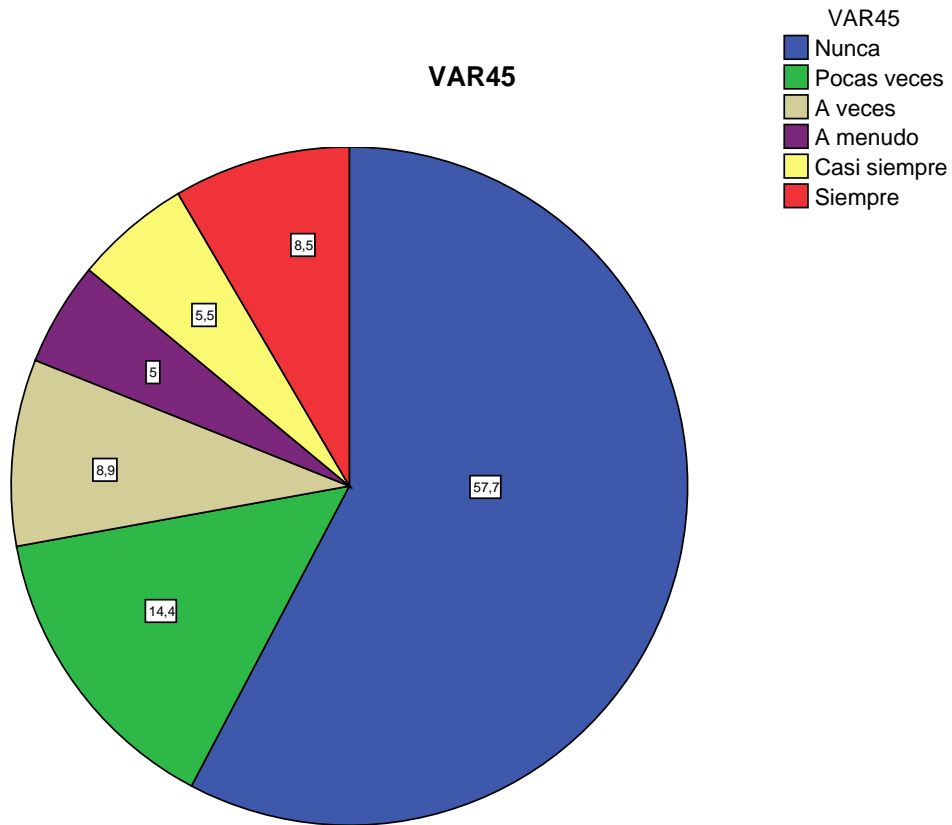
El 17.7 % de los sujetos responde de forma negativa ante esta pregunta.



f. 45. Creo que mis caderas son demasiado anchas.

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
VAR45	686	0	5	1,12	1,645
N válido (según lista)	686				

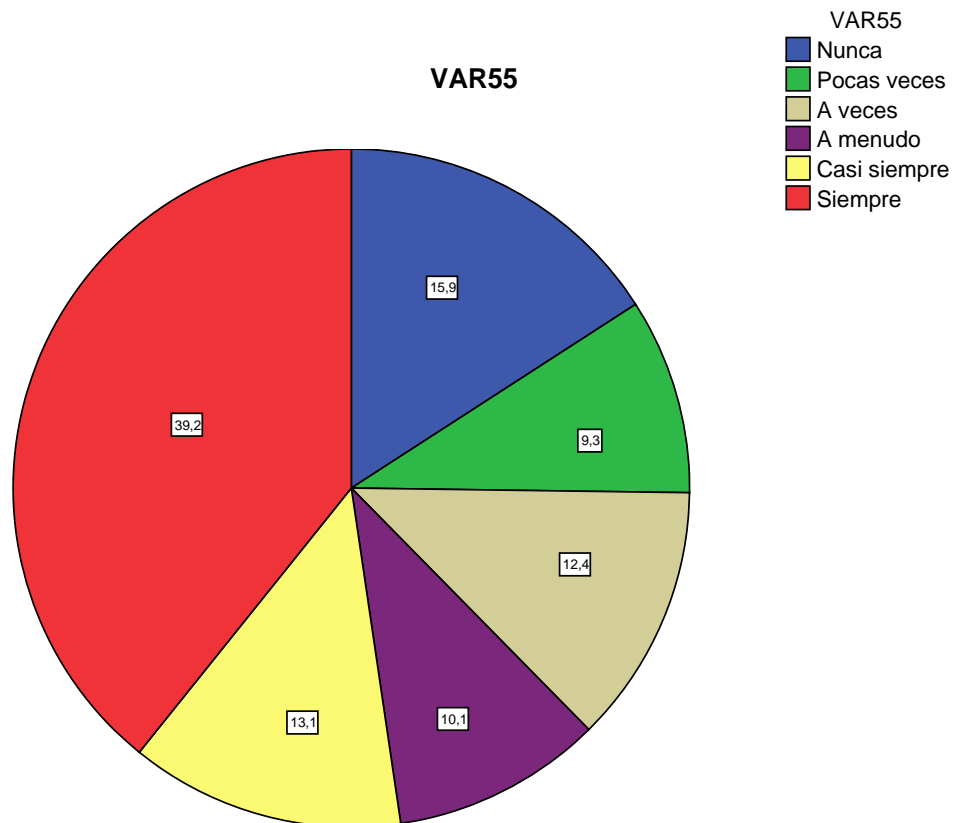
El 14 % de la muestra piensa que el tamaño de sus caderas son demasiado anchas. Mientras que el 57.7 % de los sujetos está de acuerdo con su tamaño.



g. 55. Creo que el tamaño de mis muslos es adecuado.

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
VAR55	686	0	5	3,13	1,901
N válido (según lista)	686				

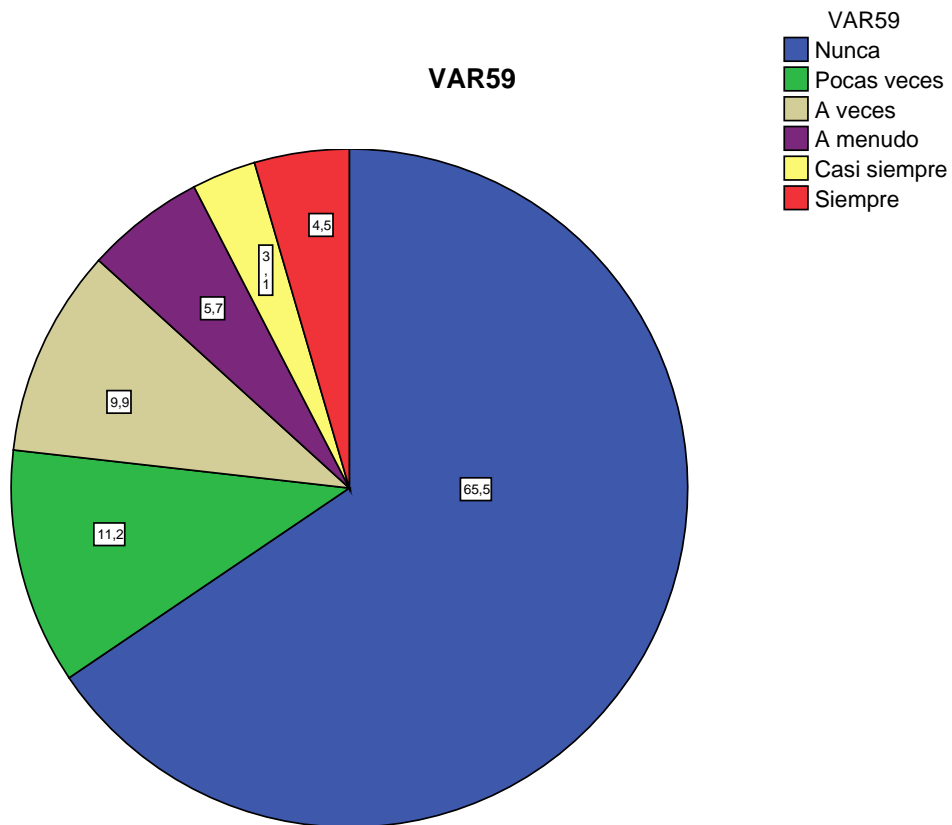
Un 25 % de los sujetos no está de acuerdo con el tamaño de sus muslos.



h. 59. Creo que mi trasero es demasiado grande.

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
VAR59	685	0	5	,83	1,399
N válido (según lista)	685				

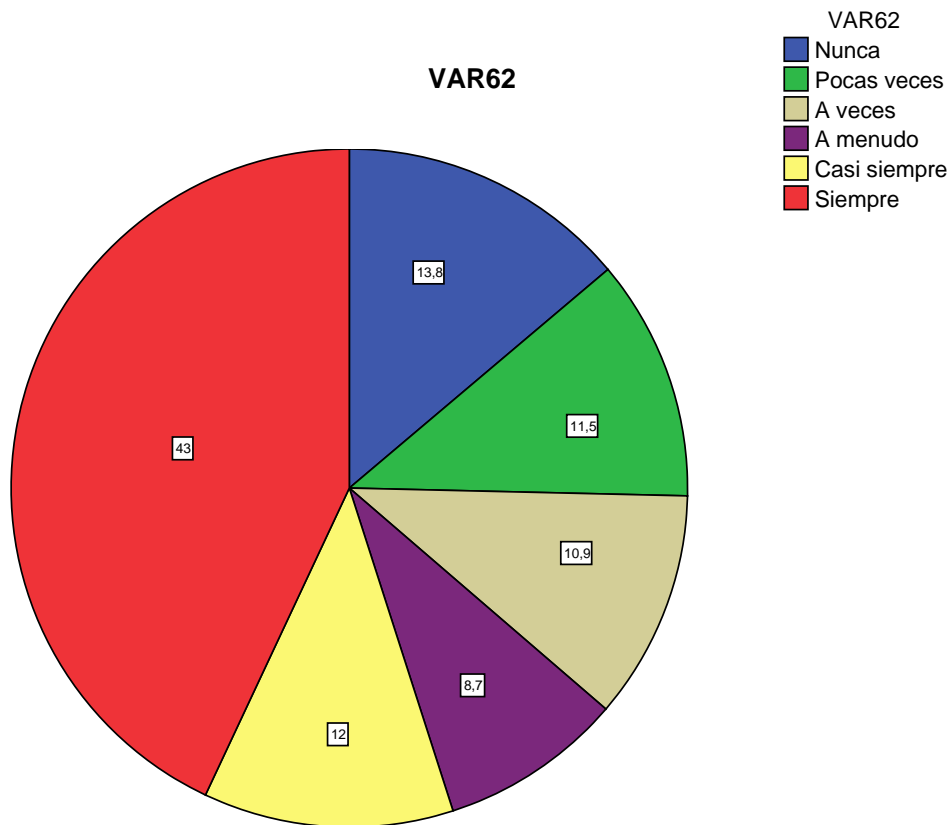
Un tercio de los sujetos piensa que el tamaño de su trasero es excesivo.



i. 62. Creo que mis caderas tiene el tamaño adecuado.

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
VAR62	686	0	5	3,22	1,900
N válido (según lista)	686				

El 55 % de los sujetos están totalmente de acuerdo con sus caderas y el 25 % de la muestra no está de acuerdo con su tamaño.

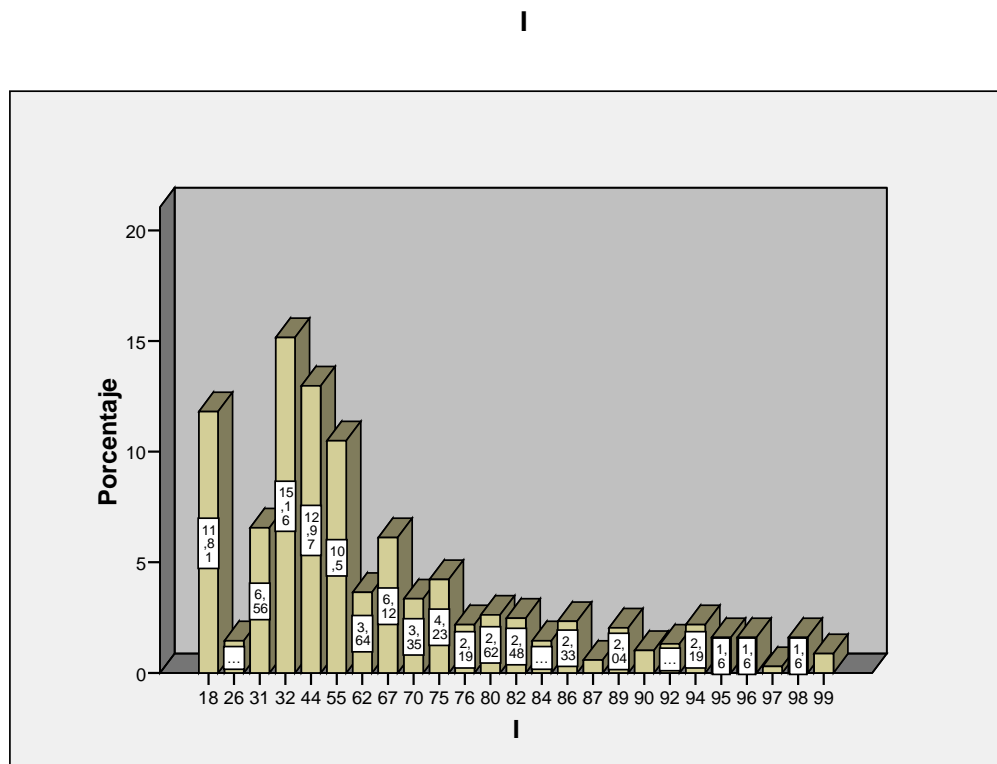


4. Escala I (Ineficacia)

Esta escala está compuesta por las preguntas 10, 18, 20, 24, 27, 37, 41, 42, 50 y 56.

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
I	686	18	99	54,06	24,881
N válido (según lista)	686				

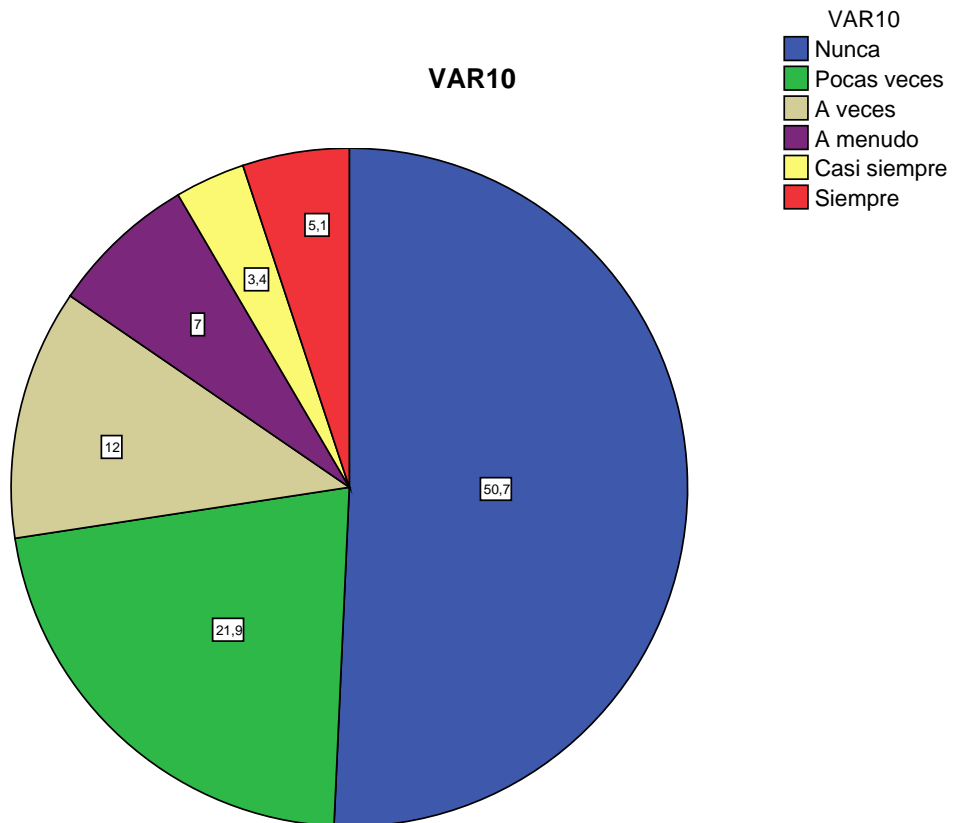
Esta escala evalúa los sentimientos de incapacidad general, inseguridad, vacío, autodesprecio y falta de control sobre la propia vida. Cerca de la mitad de los sujetos obtienen puntuaciones por encima de la media. A continuación desglosaremos la escala.



a. 10. Me considero una persona poco eficaz.

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
VAR10	686	0	5	1,06	1,423
N válido (según lista)	686				

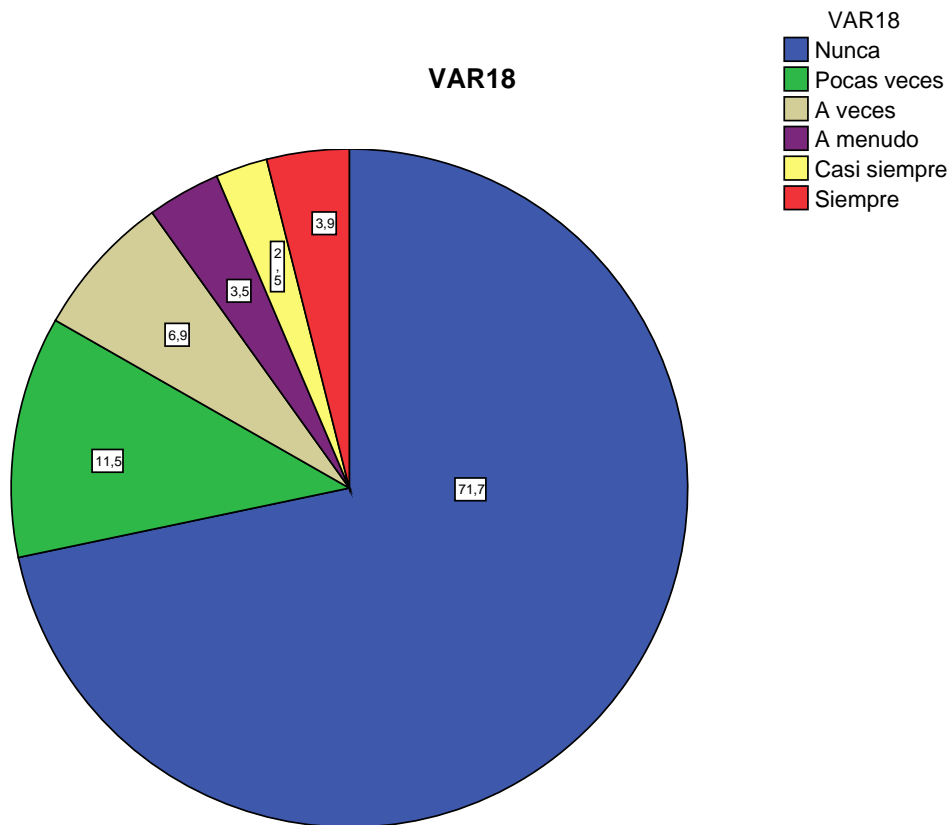
La mitad de los sujetos considera que no tienen la capacidad de lograr el efecto que desean o esperan.



b. 18. Me siento solo a menudo.

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
VAR18	686	0	5	,65	1,289
N válido (según lista)	686				

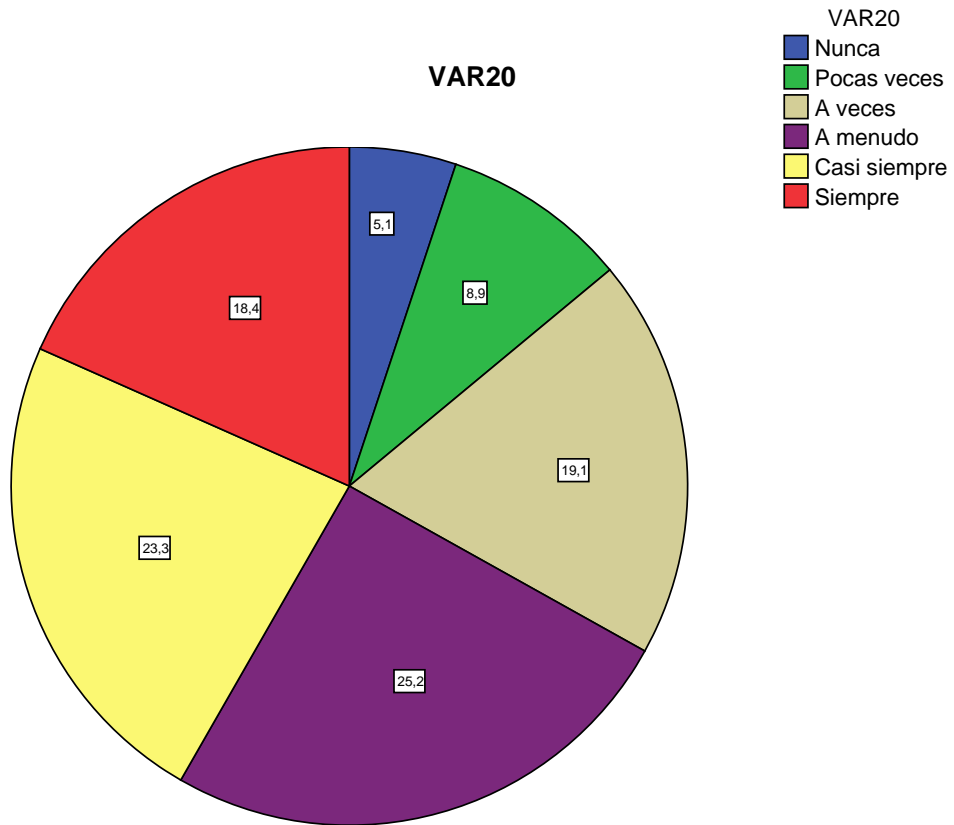
Cerca del 28 % de la muestra se ve identificado con la pregunta.



c. 20. Creo que generalmente controlo las cosas que me pasan en la vida.

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
VAR20	686	0	5	3,08	1,404
N válido (según lista)	686				

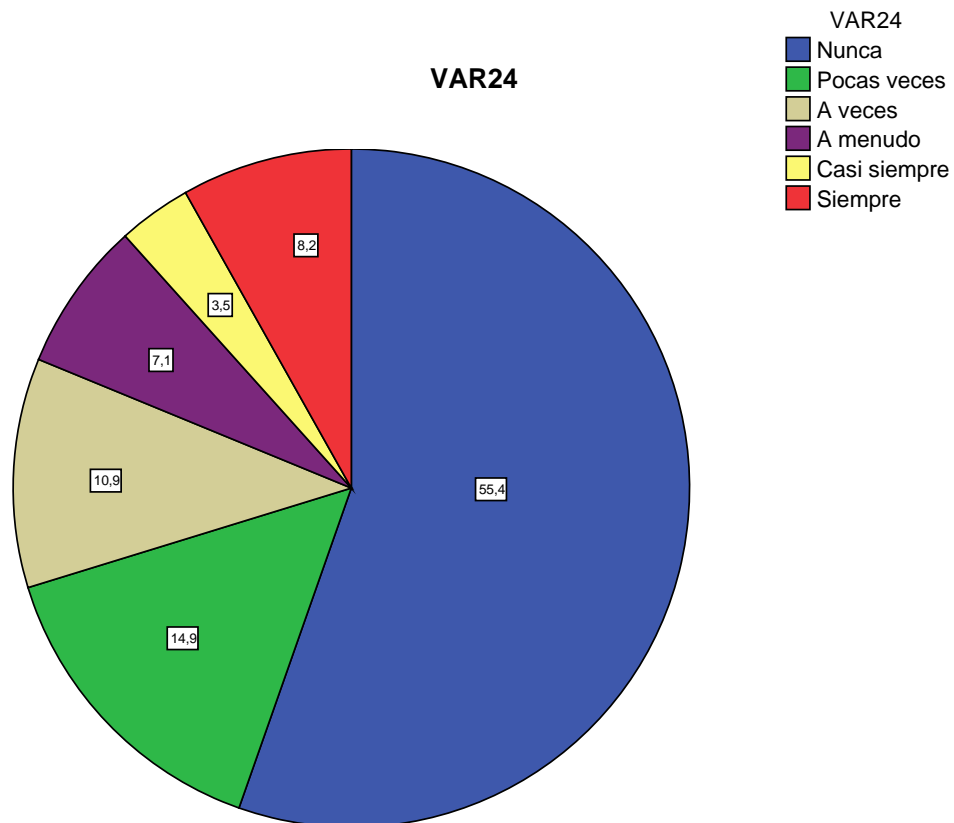
El 14 % de los sujetos siente que no tienen ningún control por los acontecimientos que les pasan en la vida.



d. 24. Me gustaría ser otra persona.

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
VAR24	686	0	5	1,13	1,599
N válido (según lista)	686				

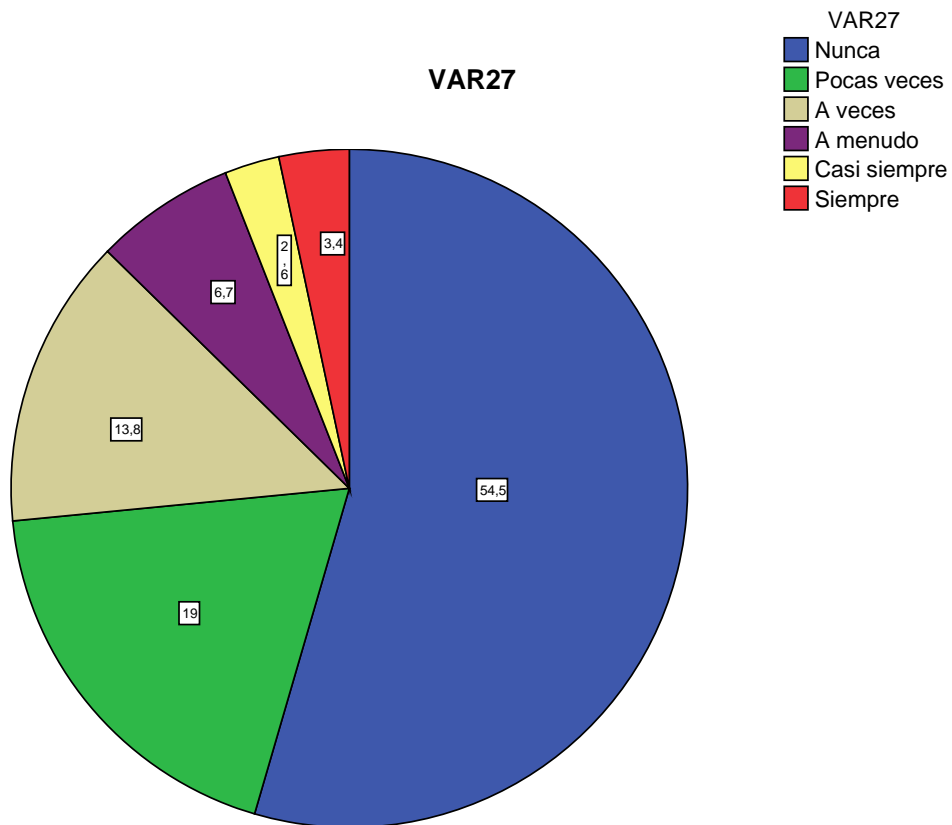
El 44.6 % de la muestra se ha planteado ser otra persona en algún momento.



e. 27. Me siento incapaz.

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
VAR27	686	0	5	,94	1,313
N válido (según lista)	686				

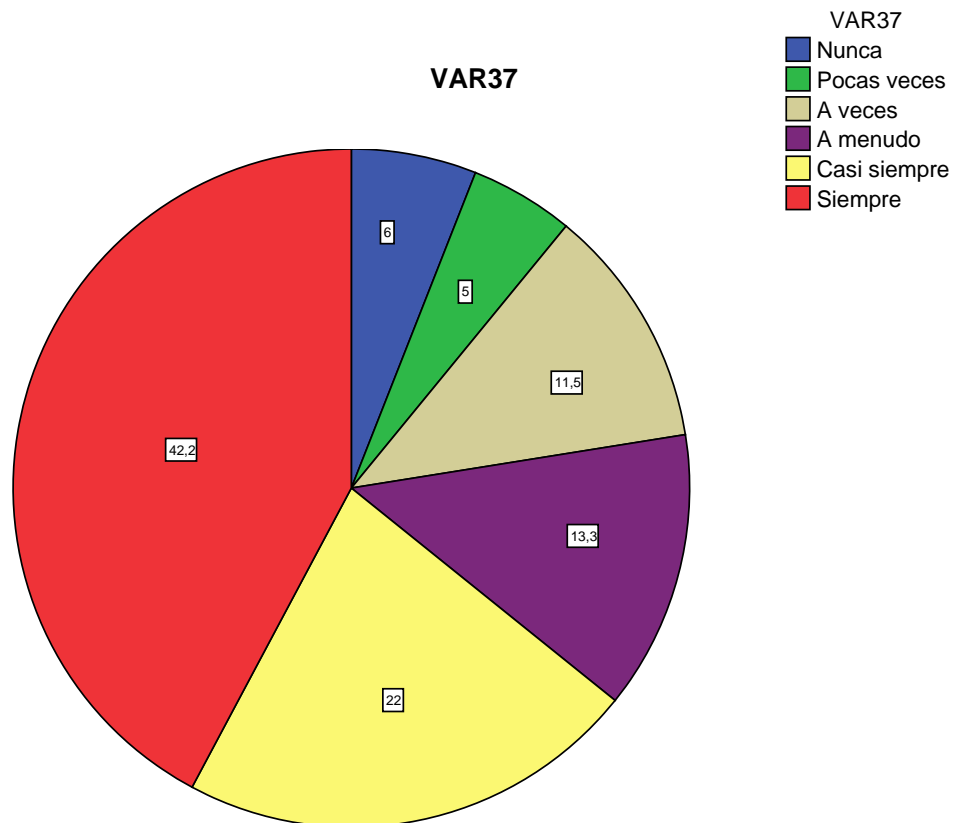
Actualmente, el 6 % de la muestra se siente sin capacidad o aptitud para algo. Y el 45.5 % lo ha pensado en algún momento.



f. 37. Me siento seguro de mí mismo.

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
VAR37	685	0	5	3,67	1,522
N válido (según lista)	685				

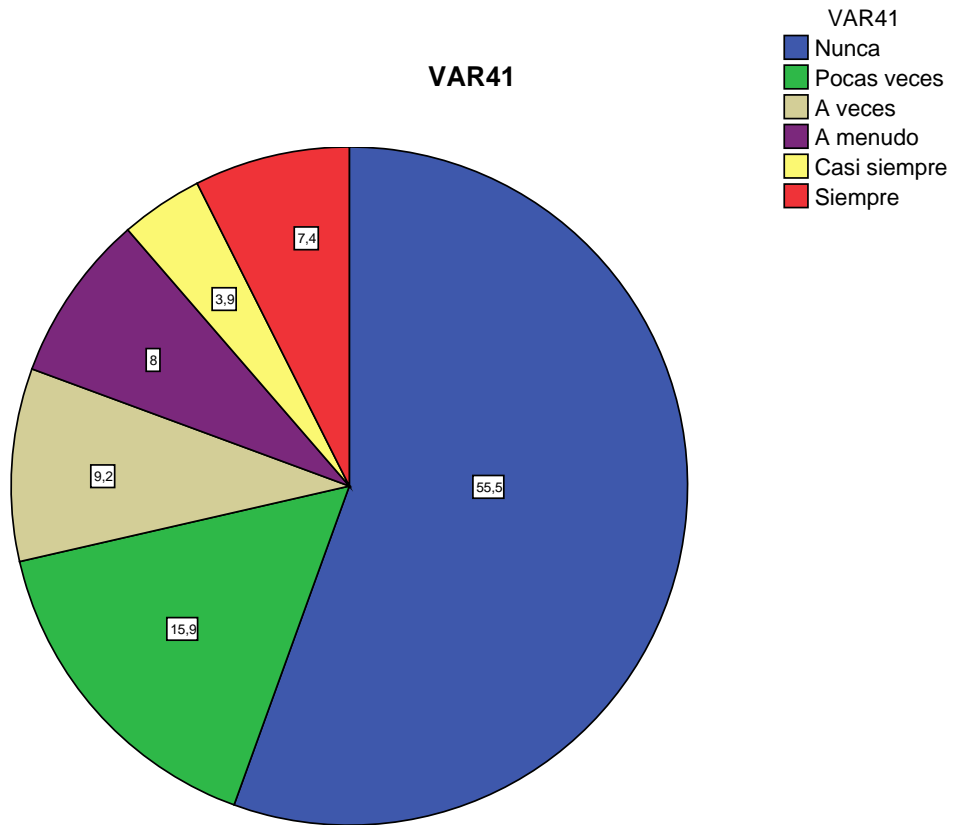
El 11 % de la muestra no tiene la autoestima suficiente como para sentirse seguro de si mismo.



g. 41. Tengo mala opinión de mí.

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
VAR41	686	0	5	1,11	1,582
N válido (según lista)	686				

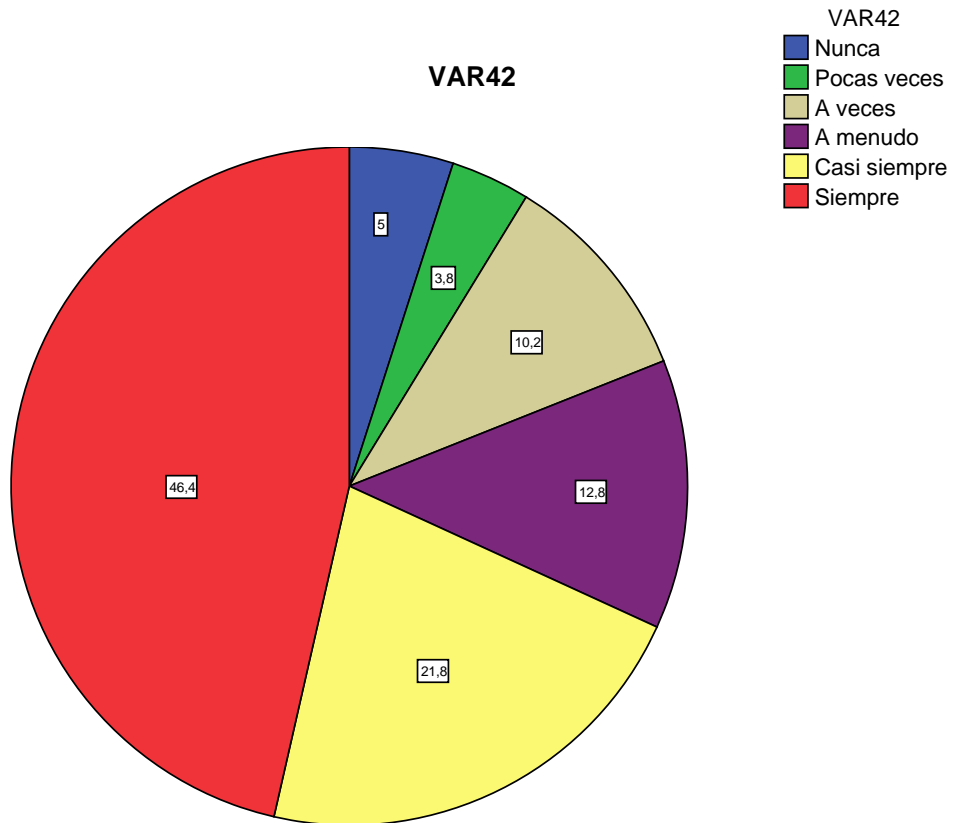
El 11.3 % de los sujetos no tiene buena opinión de si mismos y el 43.5 % de los sujetos alguna vez lo ha pensado.



h. 42. Creo que puedo conseguir mis objetivos.

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
VAR42	685	0	5	3,82	1,452
N válido (según lista)	685				

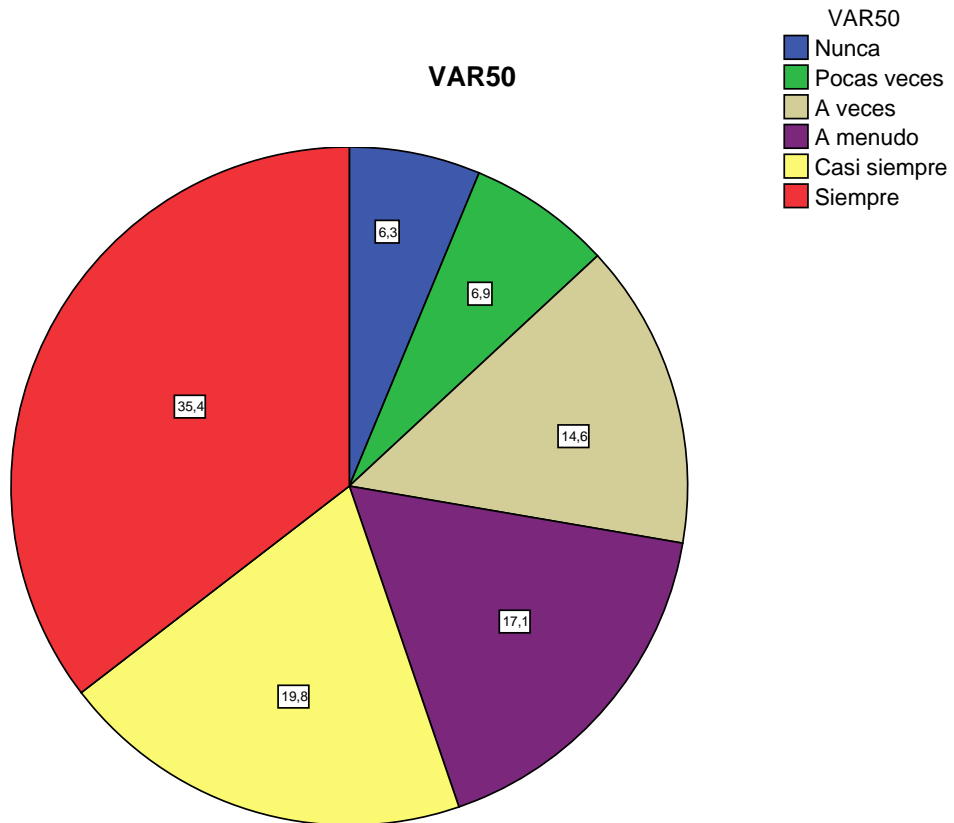
El 8.8 % de los sujetos se siente incapaz de lograr sus metas y el 44.6 % de la muestra sea sentido incapaz en algún momento.



i. 50. Me considero una persona valiosa.

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
VAR50	686	0	5	3,44	1,553
N válido (según lista)	686				

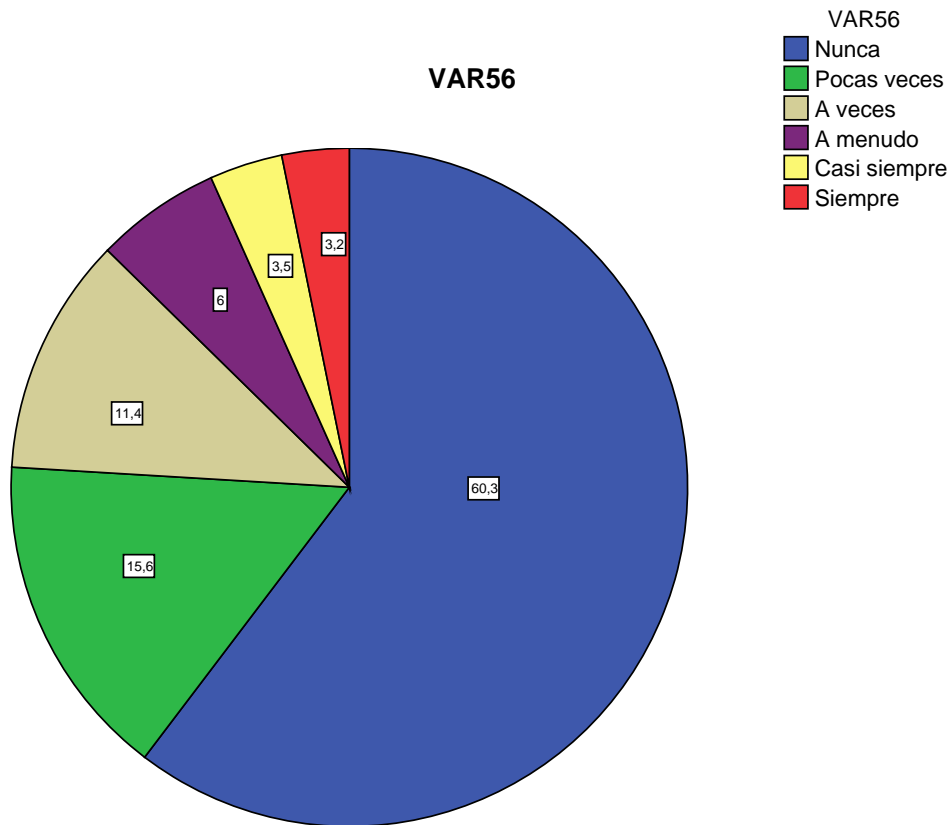
El 13.2 % de la muestra no se valora y cerca de dos tercios de la muestra no lo ha hecho en alguna ocasión.



j. 56. Me siento emocionalmente vacío en mi interior.

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
VAR56	686	0	5	,86	1,330
N válido (según lista)	686				

Casi un 40 % de los sujetos ha tenido este sentimiento y el 6.7 % lo padece actualmente.



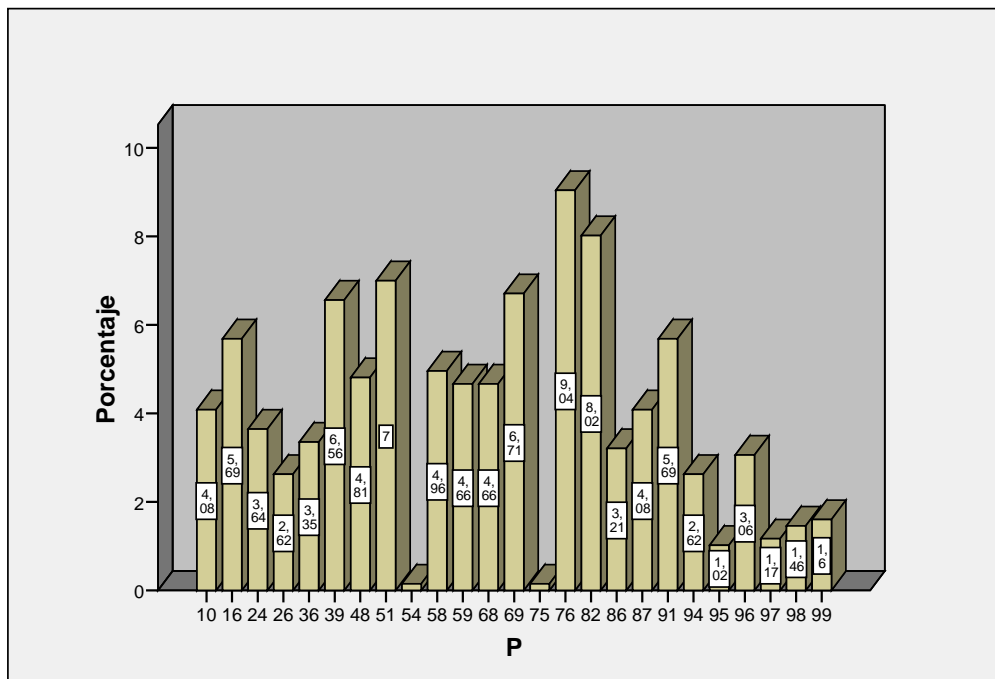
5. **Escala P** (Perfeccionismo)

Esta escala está compuesta por las preguntas 13, 29, 36, 43, 52 y 63.

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
P	686	10	99	61,58	25,883
N válido (según lista)	686				

Esta escala mide el grado en que el sujeto cree que sus resultados personales deberían ser mejores. Los elementos de esta escala evalúa el grado en que el sujeto cree que sólo son aceptables niveles de rendimiento personales excelentes y está convencido de que los demás esperan de él unos resultados excelentes. A continuación desglosaremos las preguntas que han formado esta escala.

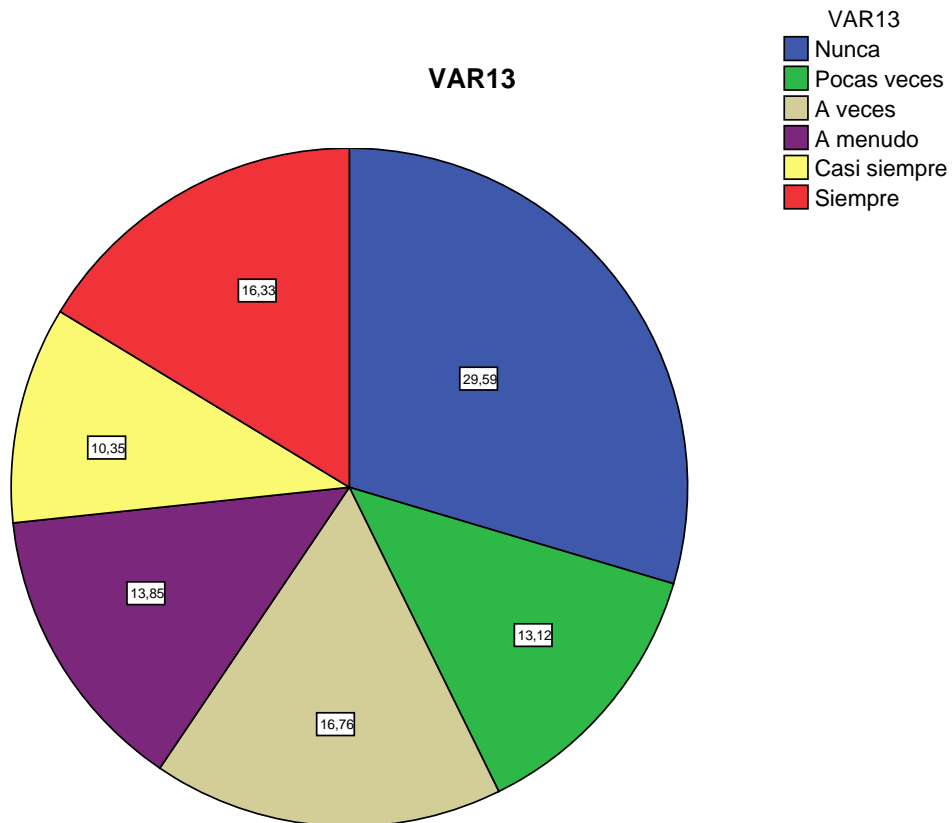
P



- a. 13. En mi familia sólo se consideran suficientemente buenos los resultados sobresalientes.

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
VAR13	686	0	5	2,11	1,825
N válido (según lista)	686				

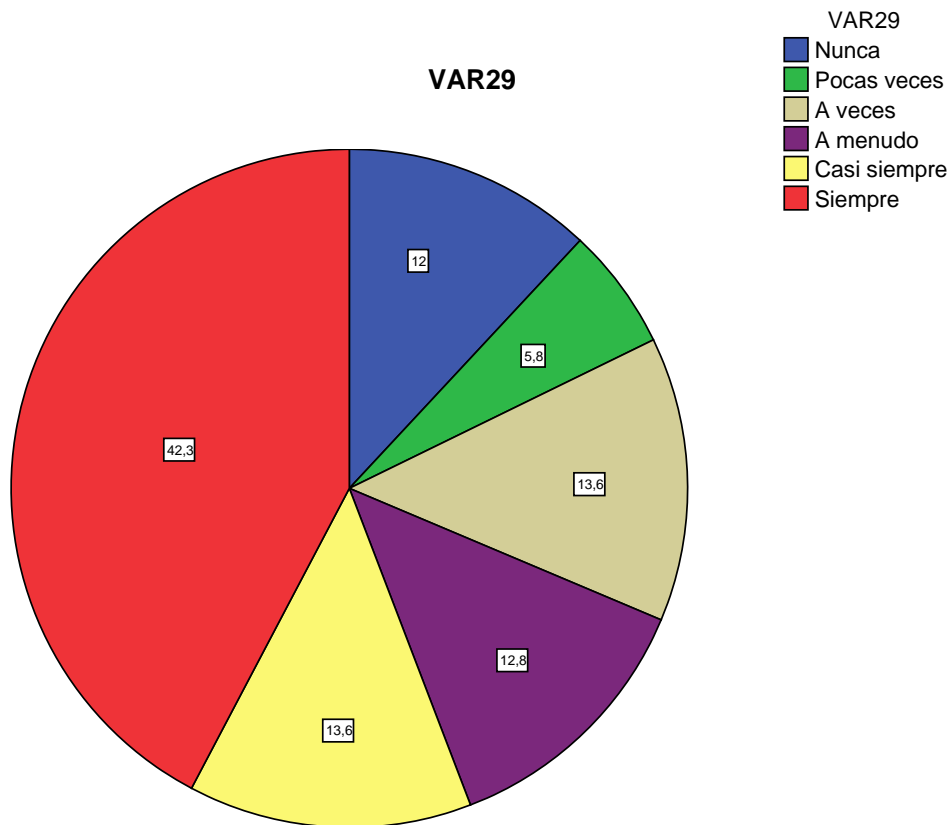
Un 25 % de los sujetos tiene la percepción de que en su casa sólo son válidos los resultados excelentes. Aunque cerca del 30 % baraja otras opciones.



- b. 29. Cuando era pequeño, intentaba con empeño no decepcionar a mis padres y profesores.

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
VAR29	686	0	5	3,37	1,772
N válido (según lista)	686				

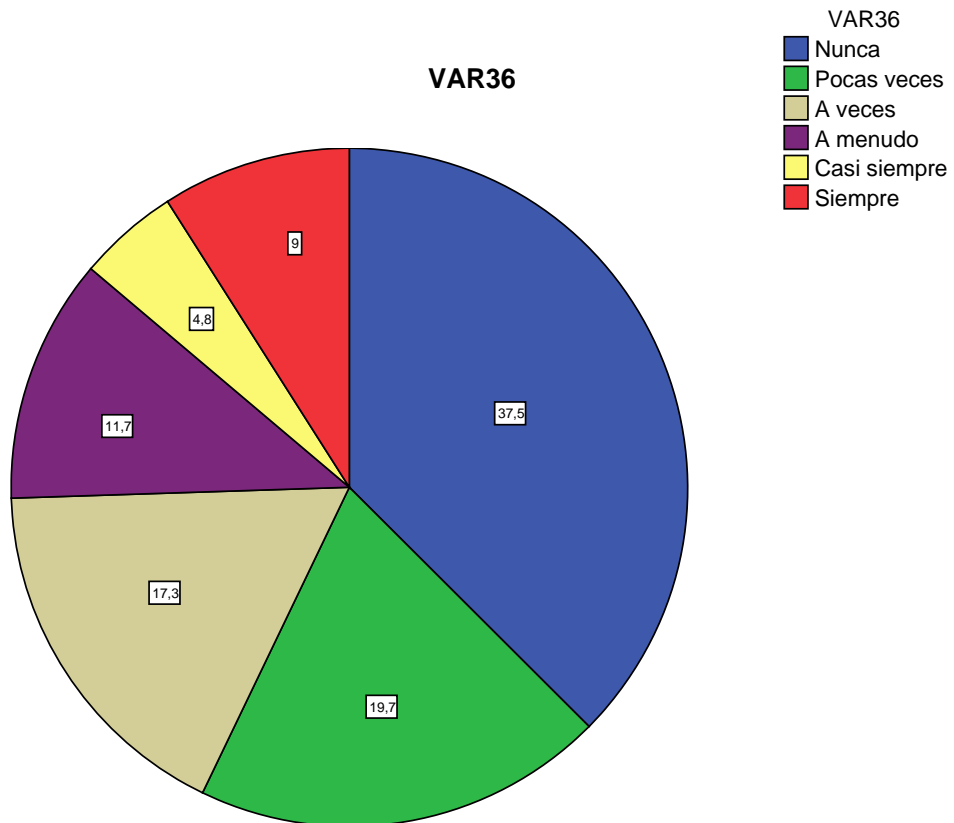
Para casi la mitad de la muestra la opinión que los padres o profesores tuviesen sobre sus actos era tan importante que se empeñaban en que estos estuviesen estar contentos con sus actos.



c. 36. Me fastidia no ser el mejor en todo.

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
VAR36	686	0	5	1,54	1,615
N válido (según lista)	686				

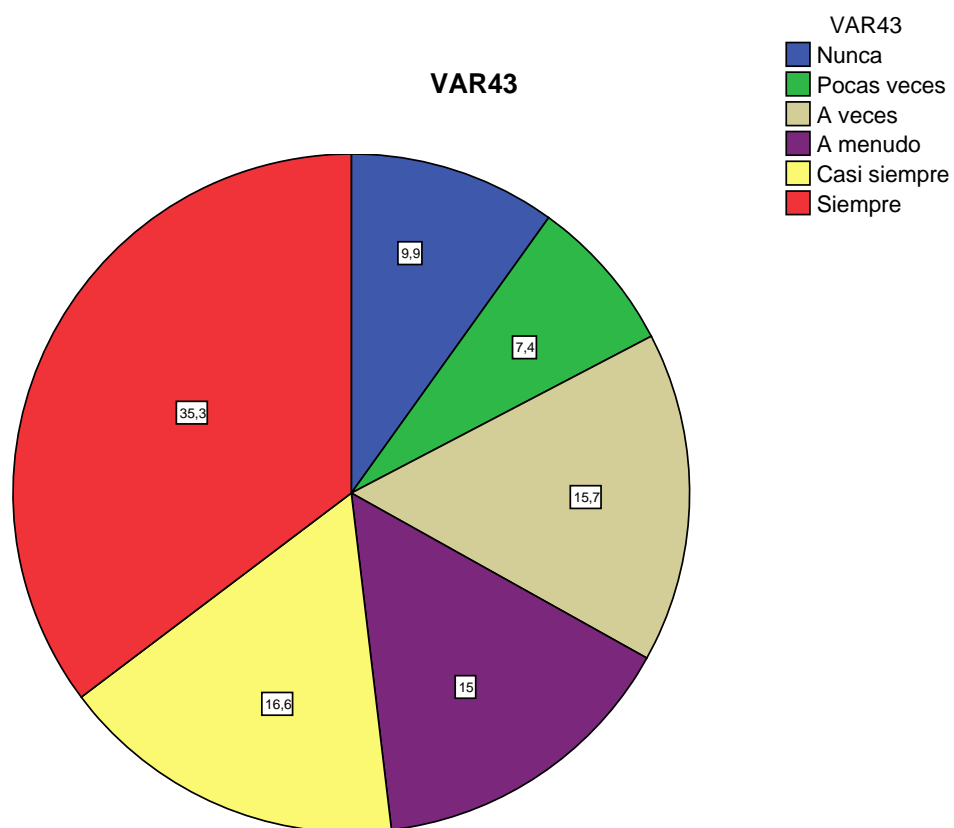
Cerca del 14 % de la muestra se ha marcado como objetivo alcanzar el perfeccionismo en todas las actividades.



d. 43. Mis padres esperaban de mí resultados sobresalientes.

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
VAR43	686	0	5	3,27	1,690
N válido (según lista)	686				

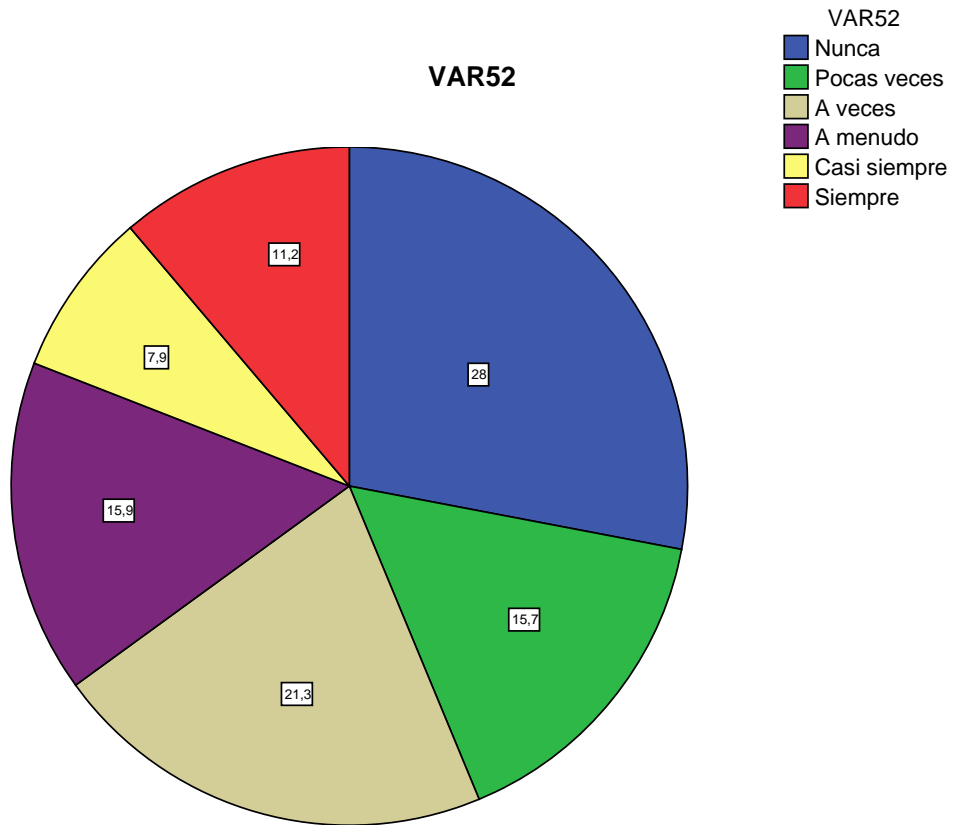
Más de la mitad de los sujetos se siente muy exigido por sus padres.



e. 52. Creo que debo hacer las cosas perfectamente o no hacerlas.

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
VAR52	686	0	5	1,94	1,662
N válido (según lista)	686				

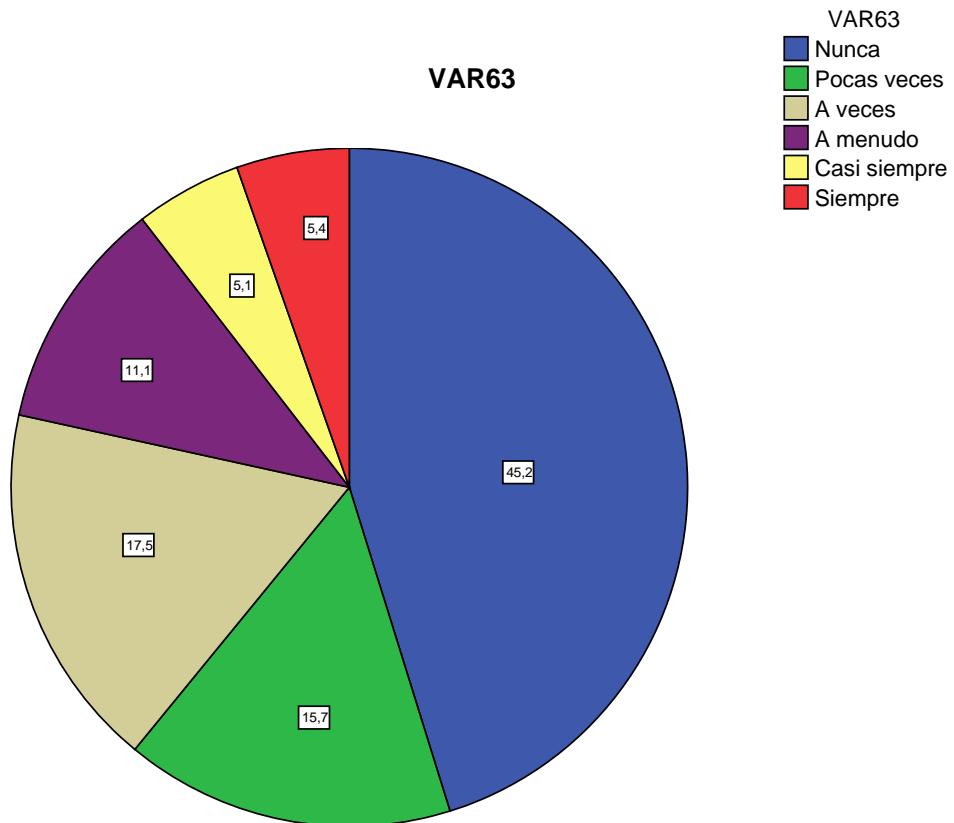
Cerca del 20 % se plantean opciones extremistas en la realización de tareas, sin plantearse otras posibilidades.



f. 63. Me fijo objetivos sumamente ambiciosos.

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
VAR63	686	0	5	1,31	1,516
N válido (según lista)	686				

Mientras que el 46.2 % de los sujetos no se marca grandes objetivos, el 10.5 % se excede en los objetivos marcados.



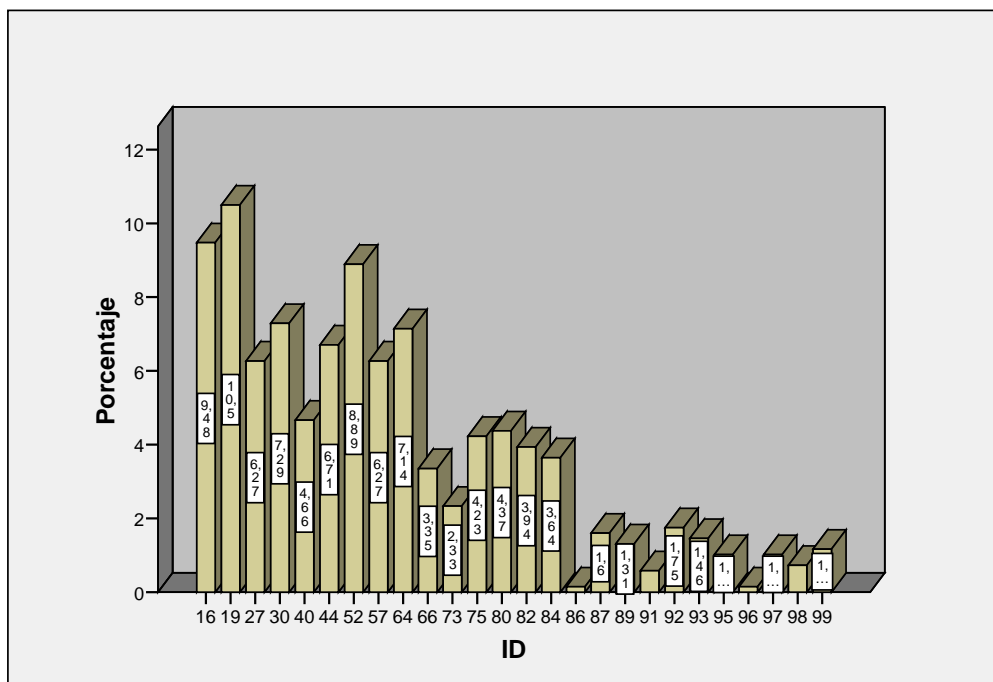
6. **Escala ID** (Desconfianza interpersonal)

Esta escala está compuesta por las preguntas 15, 17, 23, 30, 34, 54 y 57.

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
ID	686	16	99	52,00	25,803
N válido (según lista)	686				

En ella se evalúa el sentimiento general de alienación del sujeto y su desinterés por establecer relaciones íntimas, así como la dificultad para expresar los propios sentimientos y pensamientos. A continuación describiremos las preguntas que la forman.

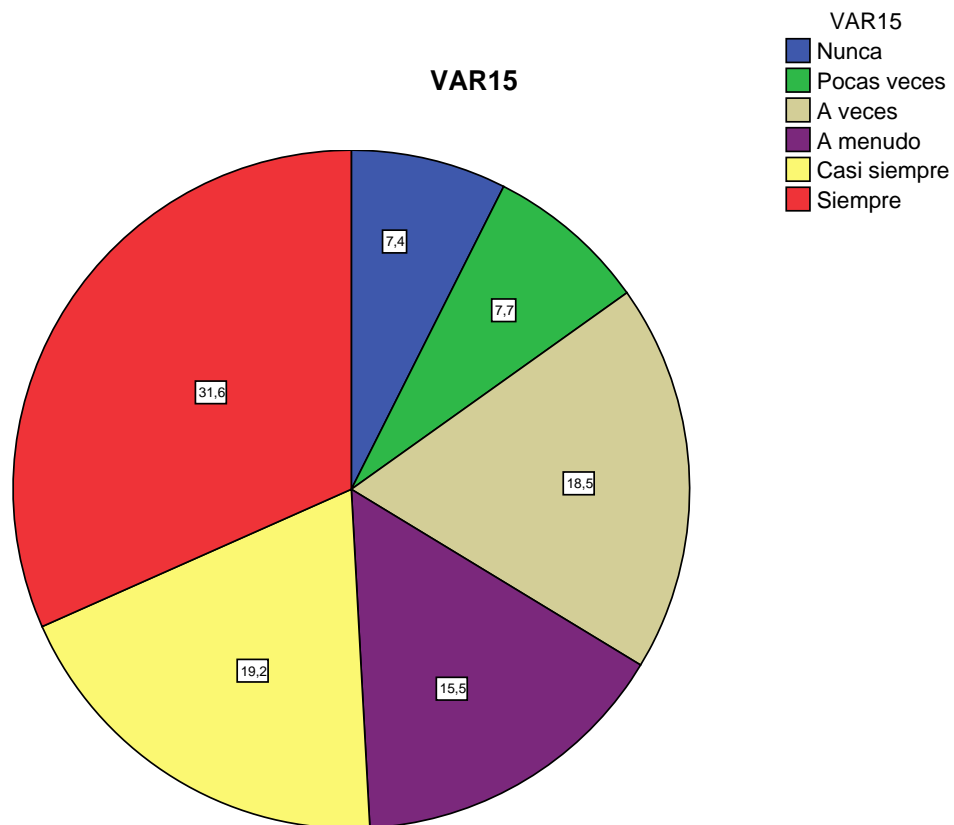
ID



a. 15. Soy capaz de expresar mis sentimientos.

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
VAR15	686	0	5	3,26	1,599
N válido (según lista)	686				

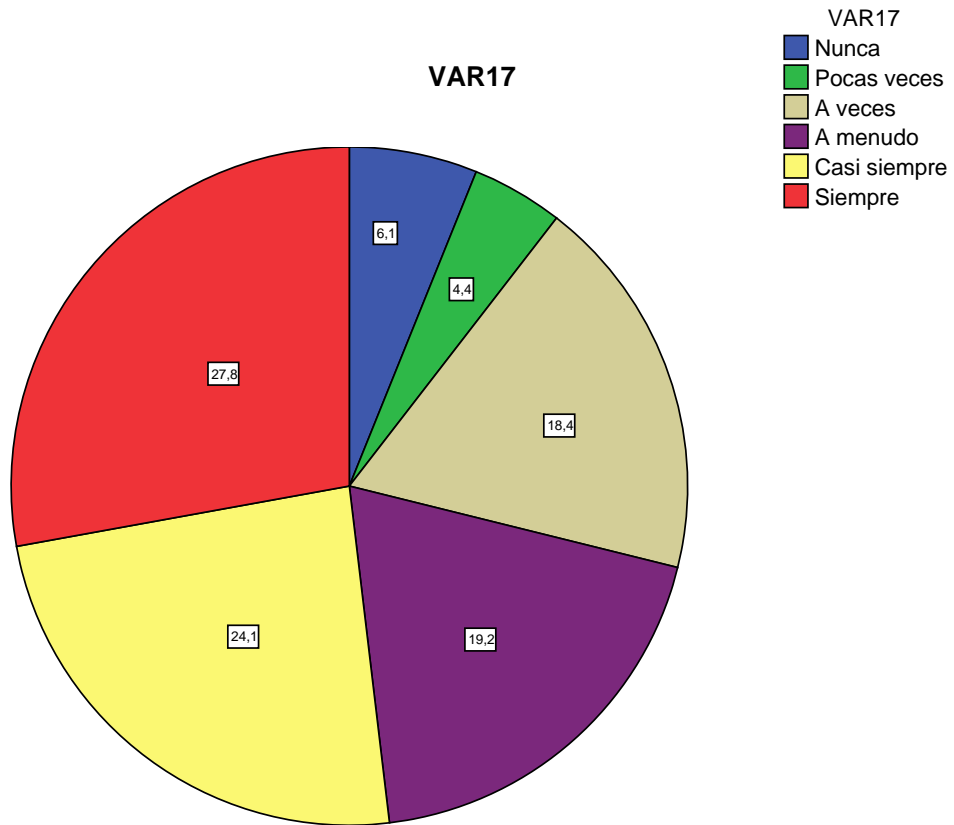
El 15.1 % de los sujetos se siente incapaz, aunque cerca de la mitad reconoce no tener ningún problema.



b. 17. Confío en los demás.

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
VAR17	686	0	5	3,34	1,466
N válido (según lista)	686				

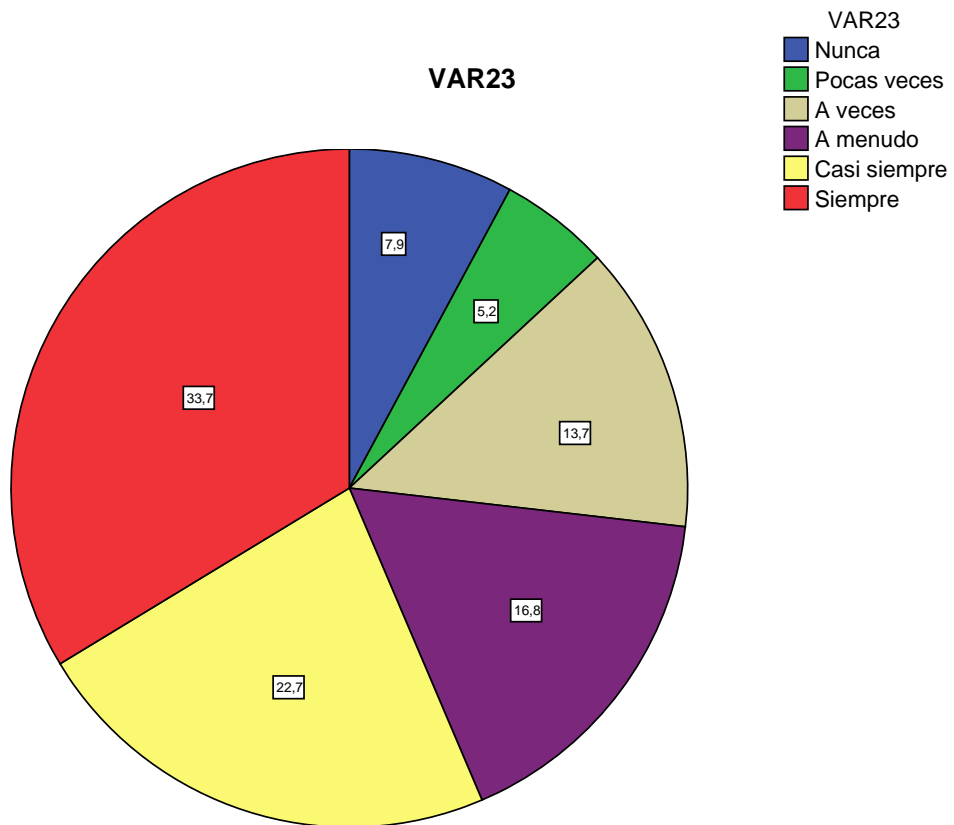
Cerca del 10 % se muestra desconfiado ante lo demás aunque la mitad si se muestra abierto.



c. 23. Me resulta fácil comunicarme con los demás.

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
VAR23	686	0	5	3,42	1,567
N válido (según lista)	686				

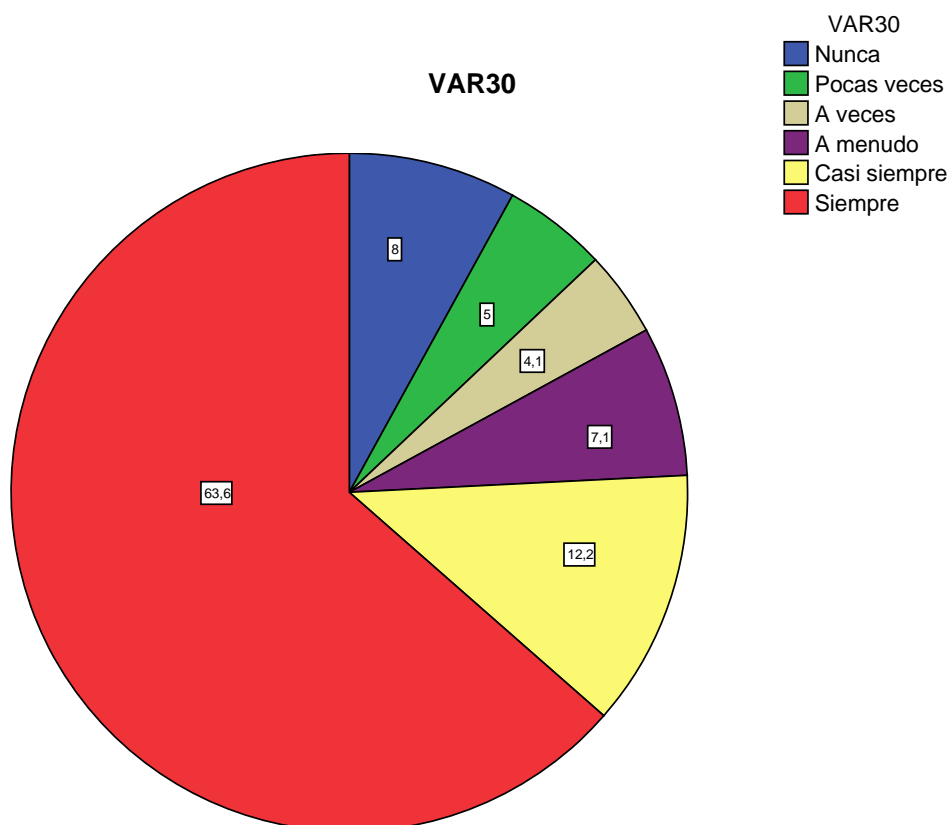
El 13 % de la muestra no ha desarrollado esta habilidad, aunque más de la mitad de los sujetos no tiene ningún problema para ello.



d. 30. Tengo amigos íntimos.

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
VAR30	686	0	5	4,01	1,613
N válido (según lista)	686				

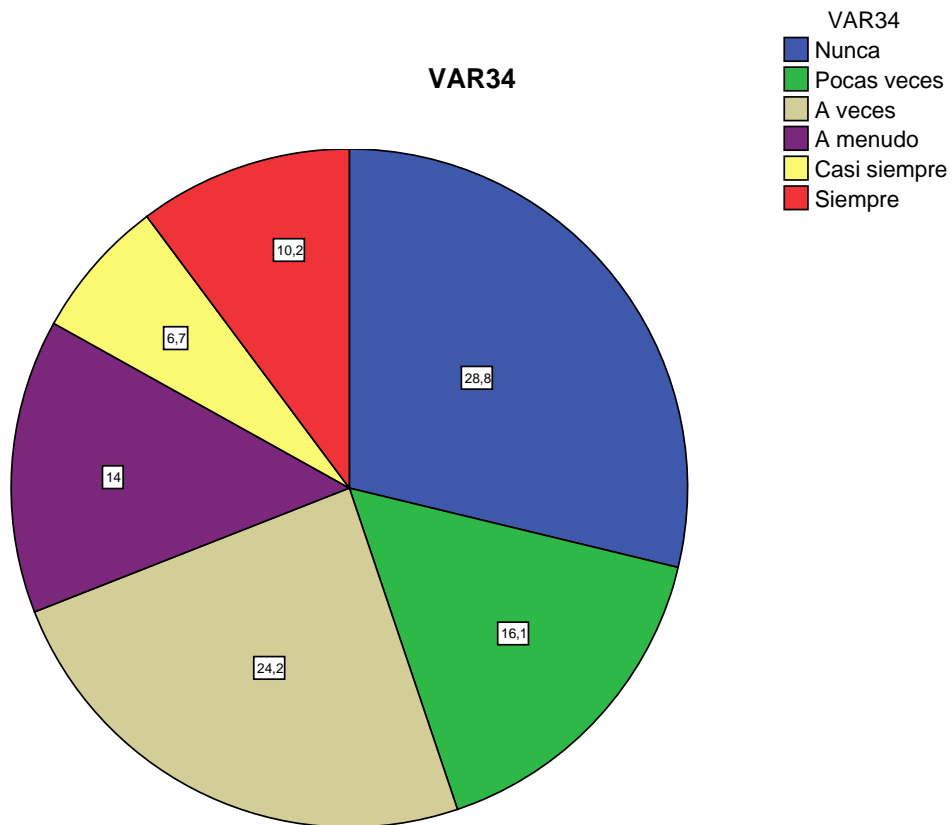
EL 8 % considera que nunca ha tenido amigos íntimos, aunque es mayoría en los que considera que sí.



e. 34. Me cuesta expresar mis emociones a los demás.

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
VAR34	685	0	5	1,85	1,618
N válido (según lista)	685				

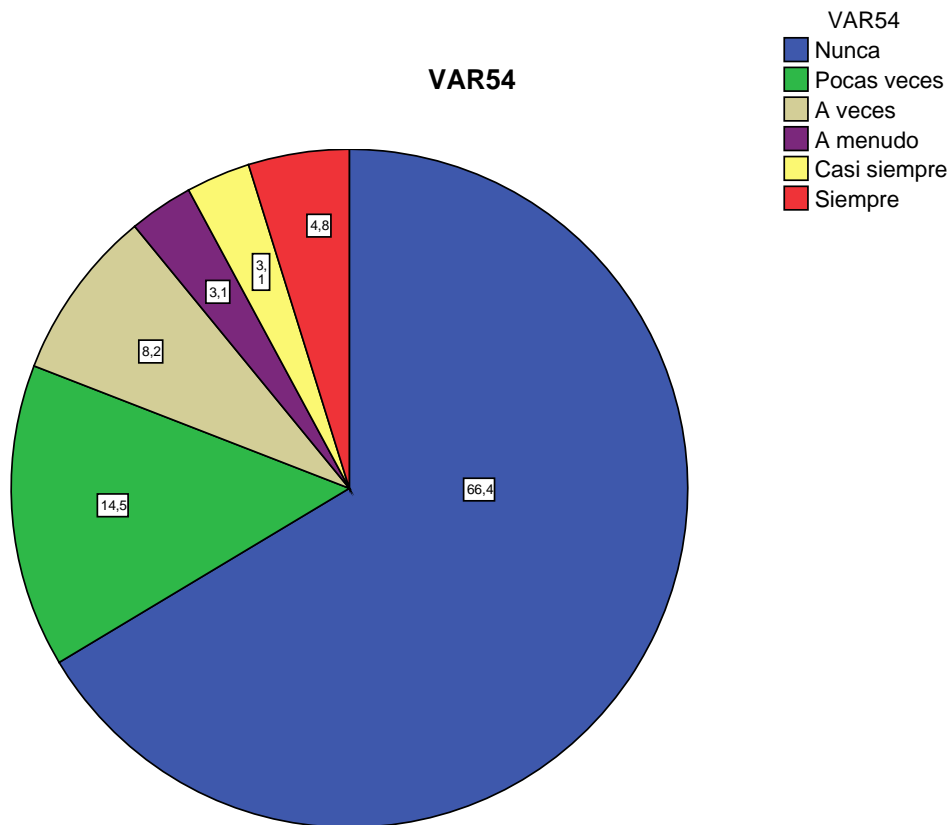
El 16.9 % de la muestra reconoce esta incapacidad y cerca del 29 % que nunca ha tenido ese problema.



- f. 54. Necesito mantener cierta distancia con la gente; me siento incómodo si alguien se acerca demasiado.

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
VAR54	685	0	5	,76	1,365
N válido (según lista)	685				

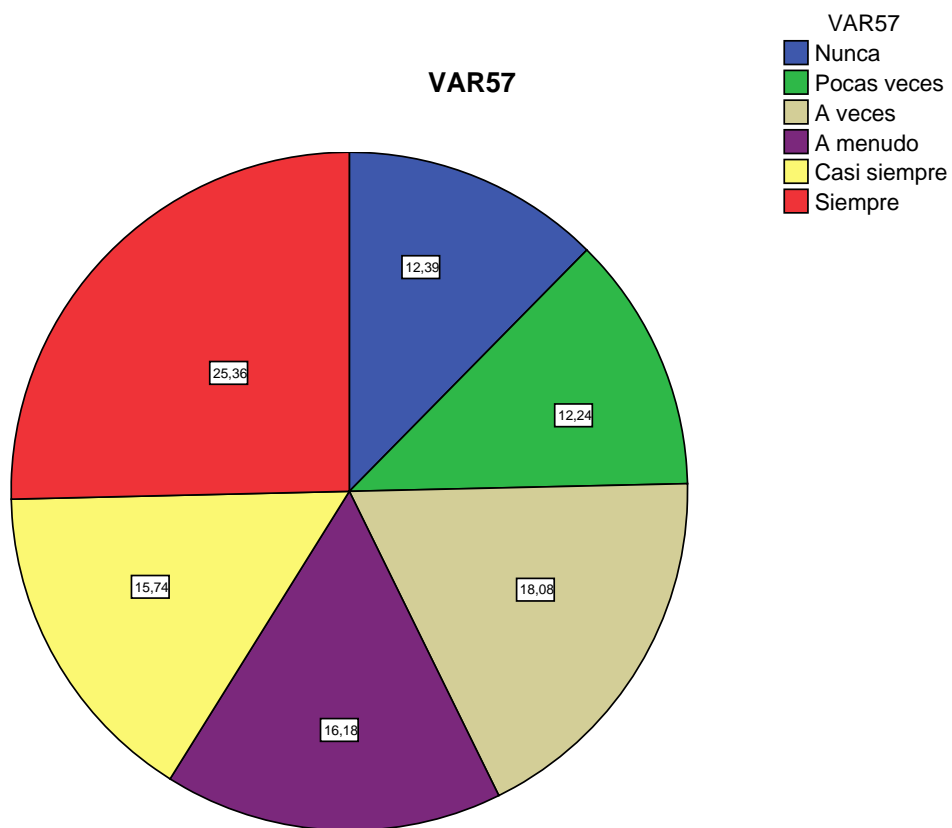
Aunque hay una minoría que se identifica con esta pregunta, más de dos tercios de la muestra no se siente identificado.



g. 57. Soy capaz de hablar sobre aspectos personales y sentimientos.

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
VAR57	686	0	5	2,87	1,716
N válido (según lista)	686				

Casi un 25 % de los sujetos se muestra celoso de su intimidad, manteniendo una postura de cerrada a la hora de comunicar lo que siente.



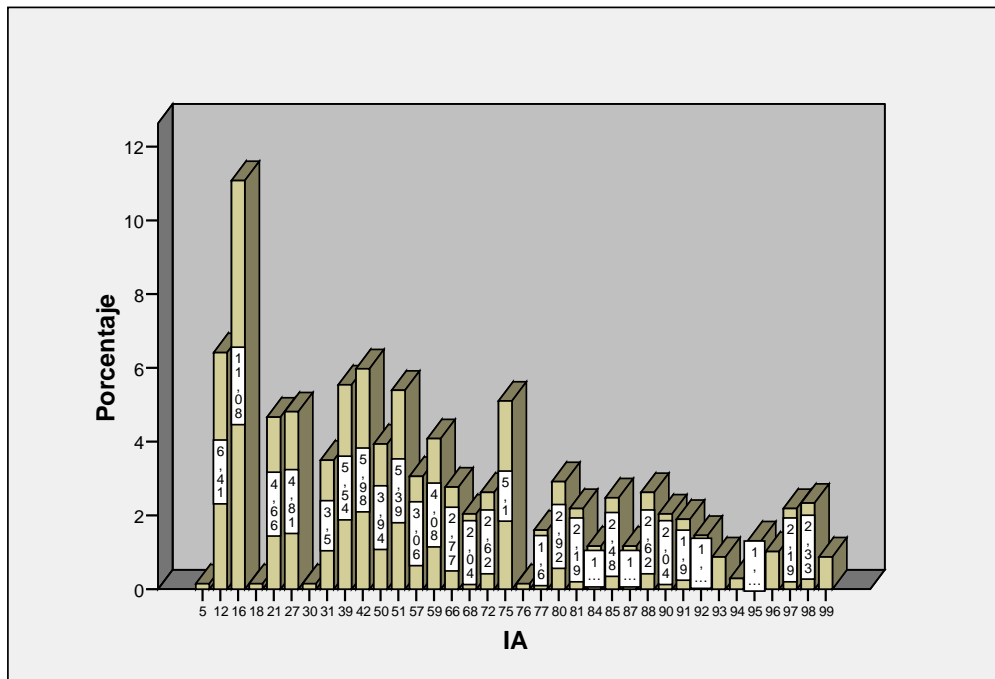
7. Escala IA (Conciencia Introceptiva)

Esta escala está compuesta por las preguntas 15, 17, 23, 30, 34, 54 y 57.

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
IA	686	5	99	53,80	28,360
N válido (según lista)	686				

Esta escala evalúa el grado de confusión o dificultad para reconocer y responder adecuadamente a los estados emocionales. Está relacionada con la dificultad para reconocer ciertas sensaciones viscerales relacionadas con el hambre y la saciedad.

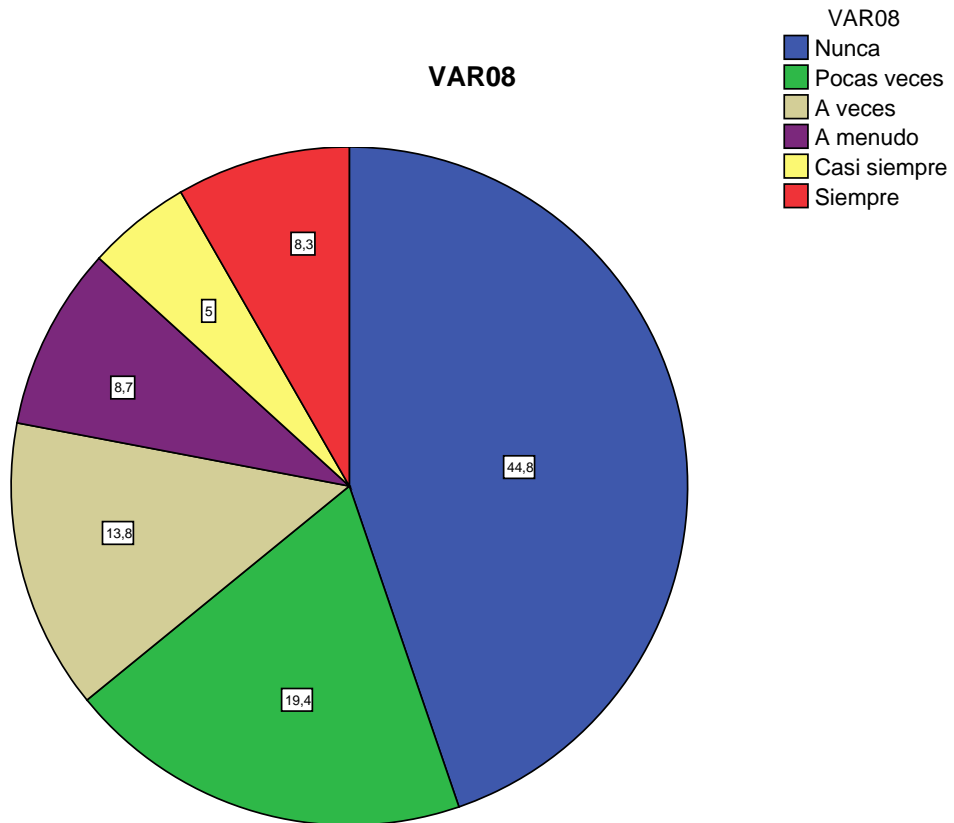
IA



a. 8. Me asusto cuando mis sentimientos son muy fuertes.

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
VAR08	686	0	5	1,35	1,611
N válido (según lista)	686				

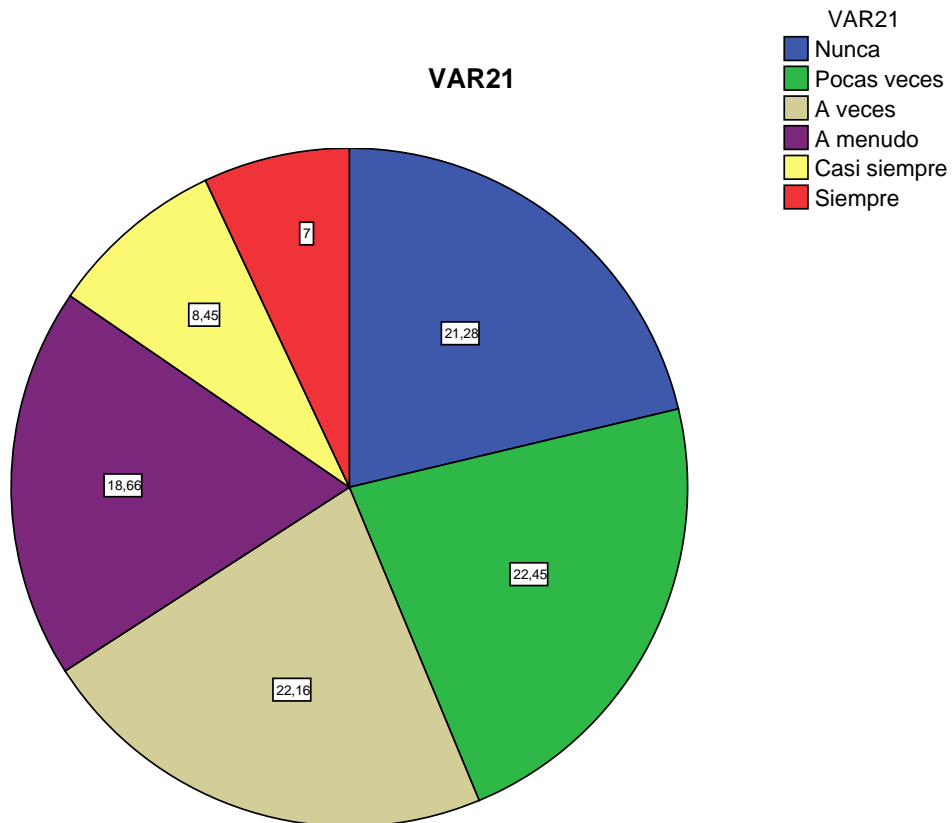
El 13.3 % de los sujetos muestra este sentimiento.



b. 21. Suelo estar confuso sobre mis emociones.

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
VAR21	686	0	5	1,92	1,492
N válido (según lista)	686				

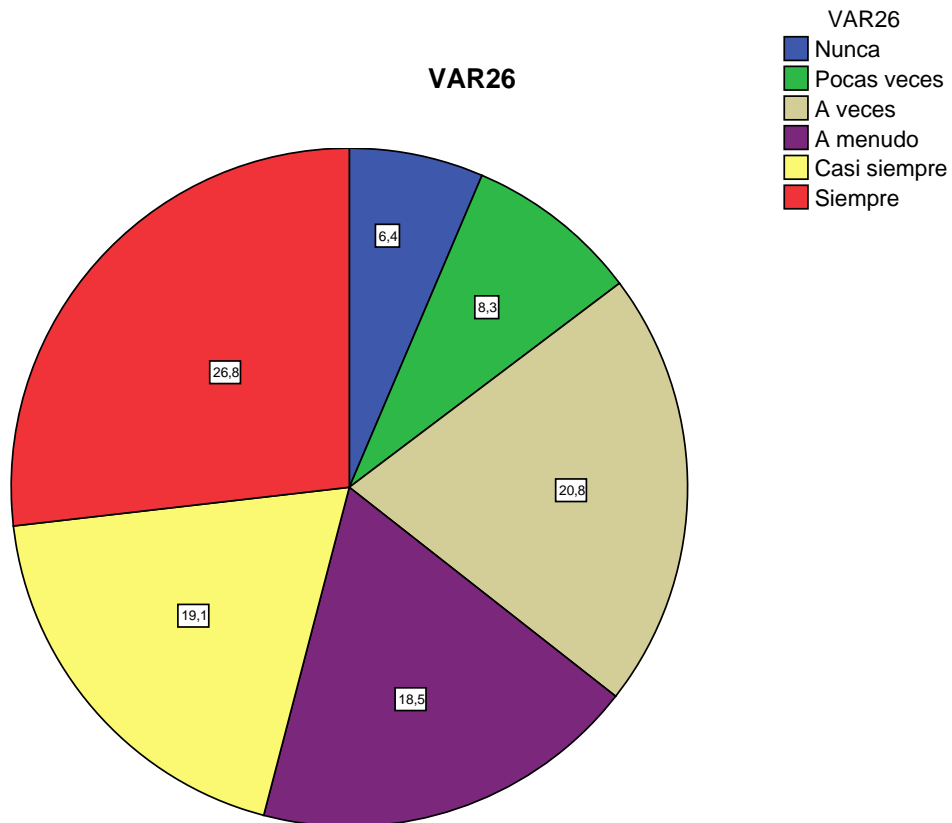
El 15 % de los sujetos es incapaz de distinguir sus emociones correctamente y menos de la mitad de la muestra cree que lo hace correctamente.



c. 26. Puedo reconocer las emociones que siento en cada momento.

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
VAR26	686	0	5	3,16	1,536
N válido (según lista)	686				

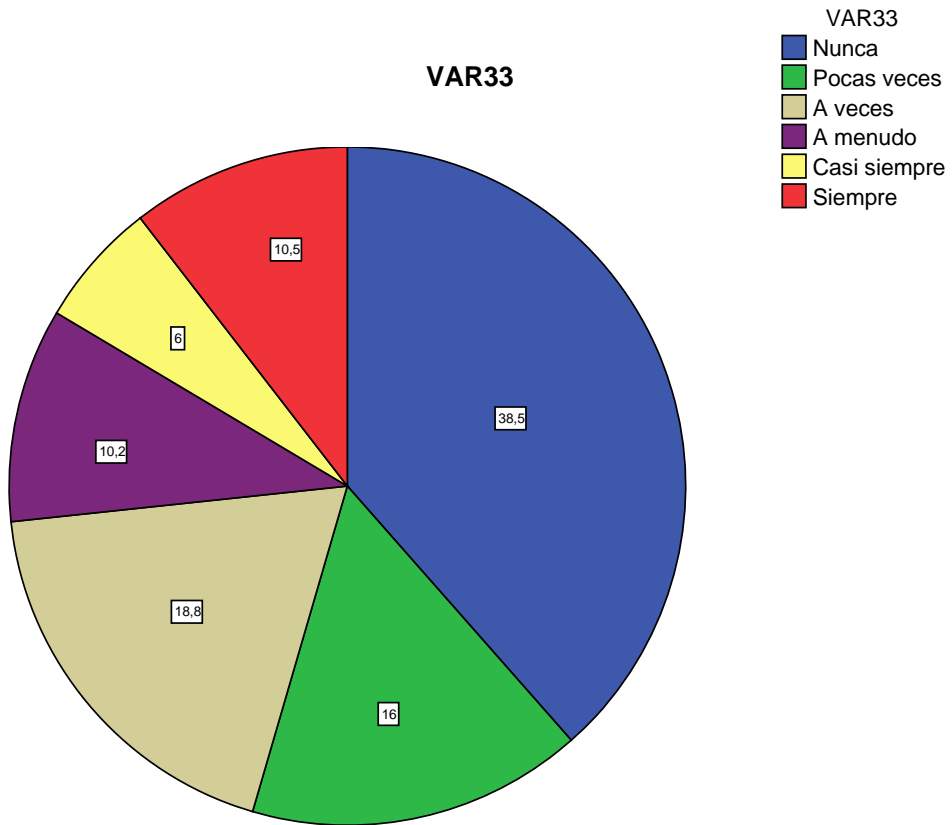
El 36.8 % de la muestra tiene plena capacidad para saber que siente en cada momento, aunque sigue habiendo un 14 % que muestra grandes dificultades.



d. 33. No sé qué es lo que ocurre en mi interior.

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
VAR33	686	0	5	1,61	1,684
N válido (según lista)	686				

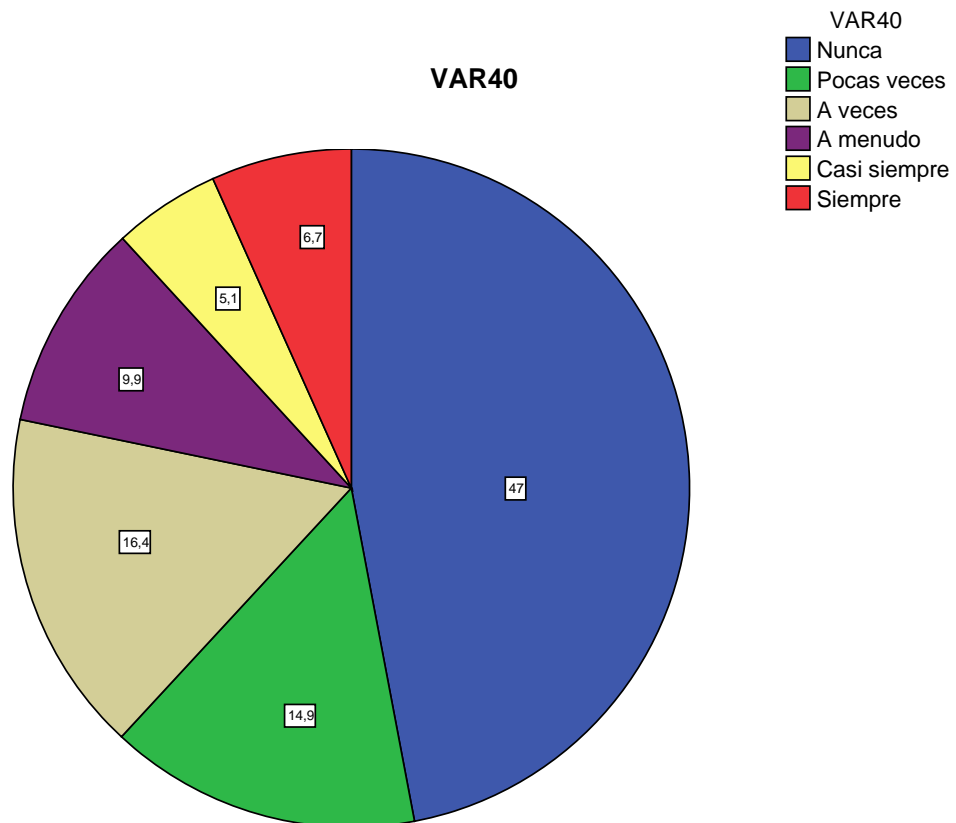
Sólo el 16 % es capaz de identificar lo que le pasa y el 38.8 % es incapaz actualmente de saber qué le ocurre.



e. 40. No sé muy bien cuando tengo hambre o no.

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
VAR40	685	0	5	1,31	1,572
N válido (según lista)	685				

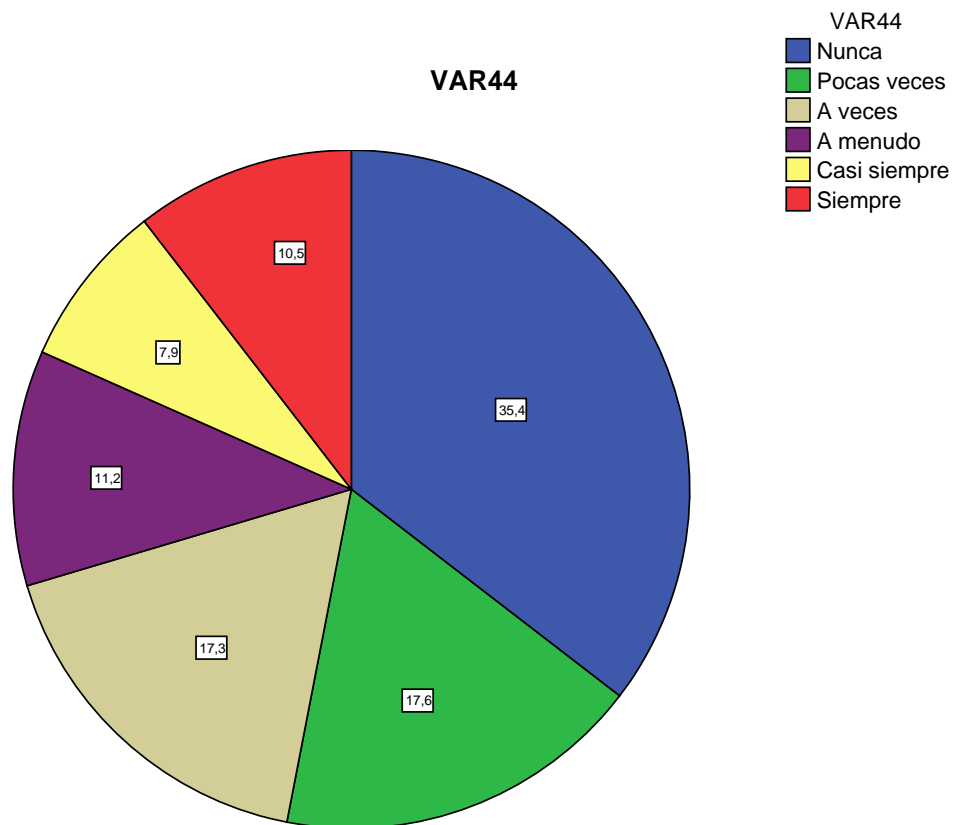
Sólo el 47 % de la muestra es capaz de identificar correctamente su estado actual de saciedad.



f. 44. Temo no poder controlar mis sentimientos.

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
VAR44	686	0	5	1,70	1,697
N válido (según lista)	686				

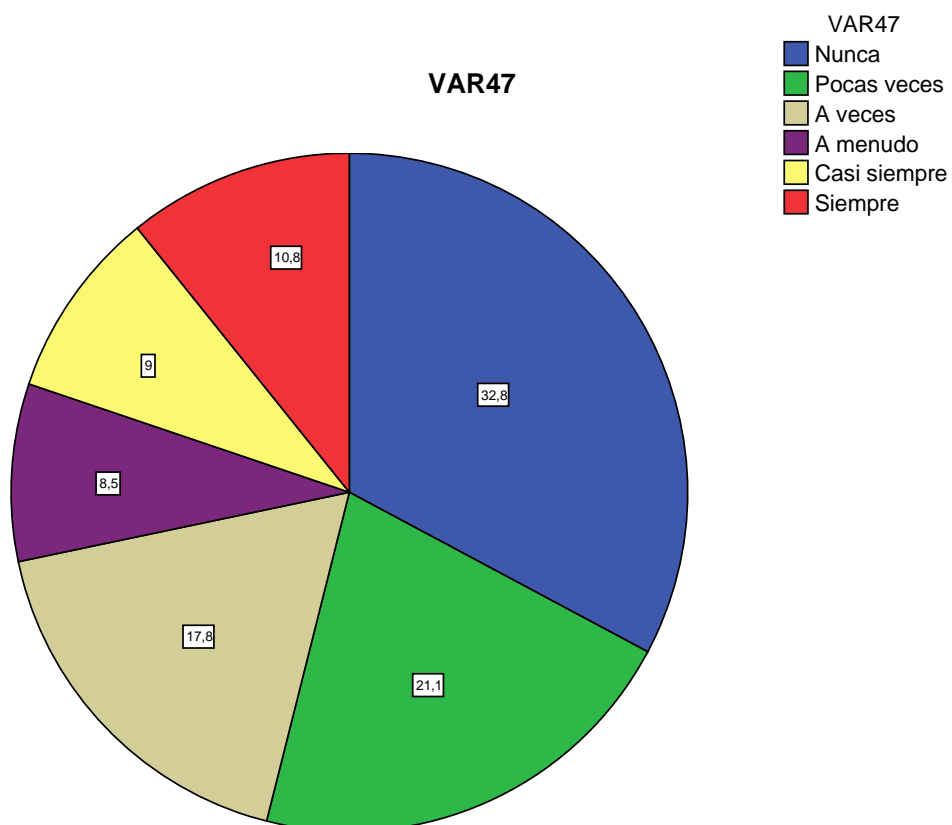
Cerca del 20 % de los sujetos tiene esta sensación de una posible pérdida de control.



g. 47. Me siento hinchado después de una comida.

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
VAR47	686	0	5	1,72	1,693
N válido (según lista)	686				

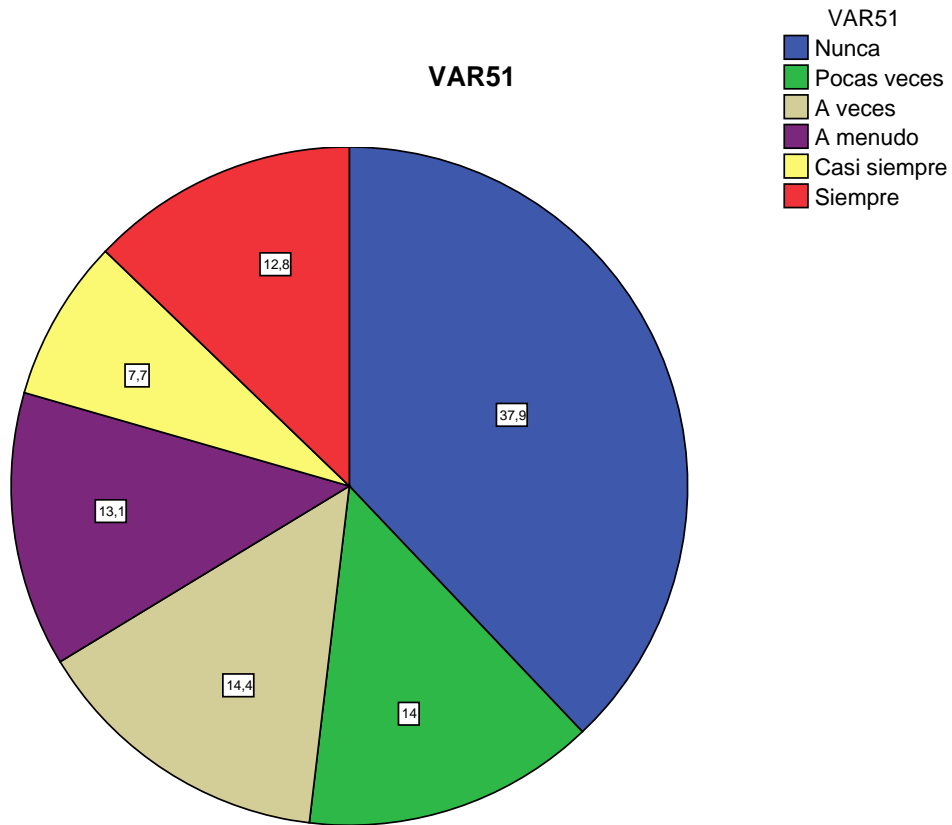
El 19.9 % de la muestra se siente muy identificado con esta pregunta y más de la mitad no.



h. 51. Cuando estoy disgustado no sé si estoy triste, asustado o enfadado.

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
VAR51	686	0	5	1,77	1,790
N válido (según lista)	686				

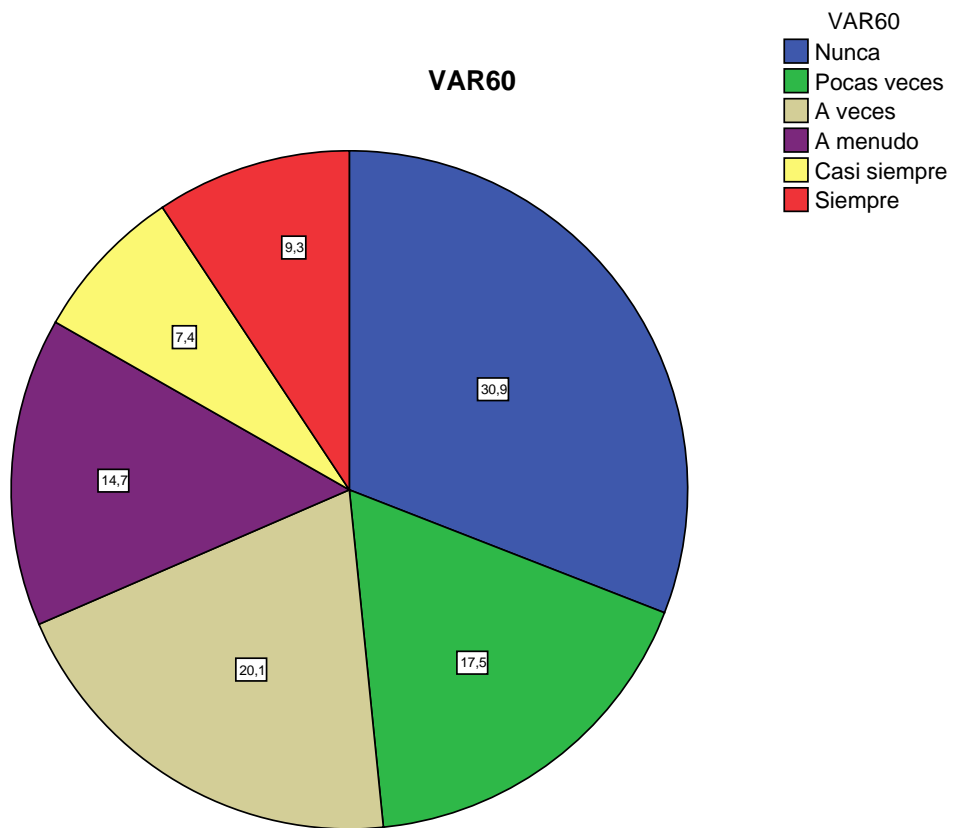
Cerca del 20 % tiene dificultad para identificar sus emociones, aunque cerca del 50 % no tiene ningún problema.



i. 60. Tengo sentimientos que no puedo identificar del todo.

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
VAR60	686	0	5	1,78	1,629
N válido (según lista)	686				

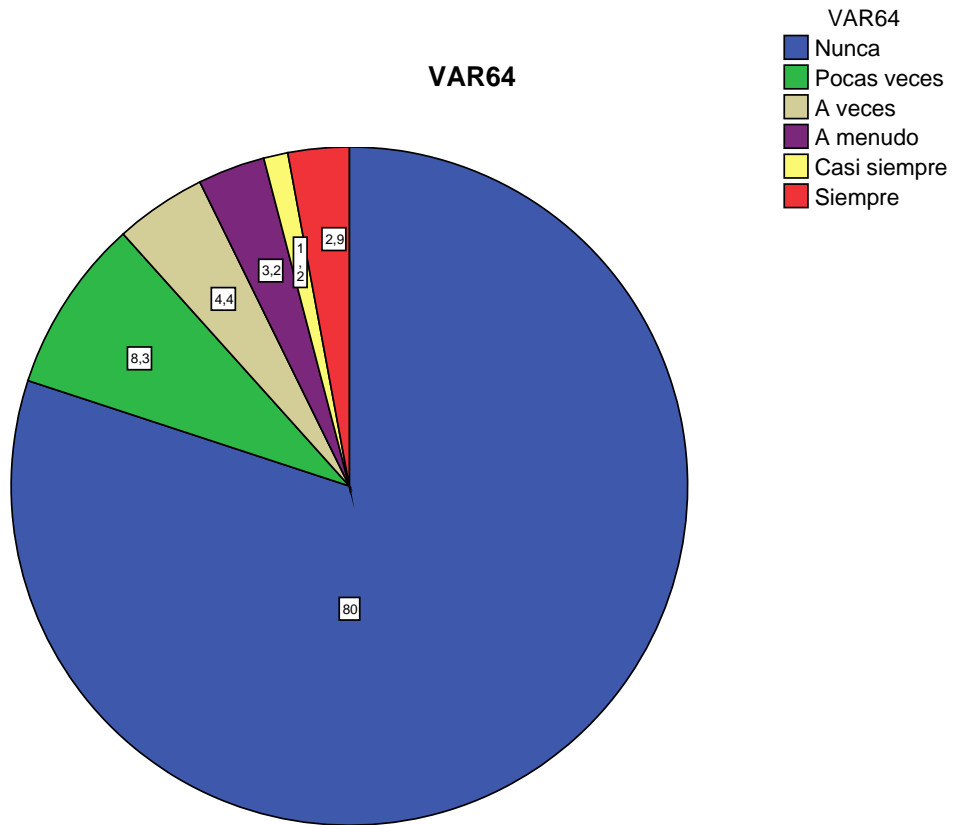
El 16.7 % de los sujetos tiene gran dificultad para identificar sus sentimientos, menos del 50 % no muestra ninguna dificultad.



j. 64. Cuando estoy disgustado, temo empezar a comer.

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
VAR64	686	0	5	,46	1,119
N válido (según lista)	686				

El 4.1 % de los sujetos reconoce tener esta preocupación de afrontar los disgustos con la comida.



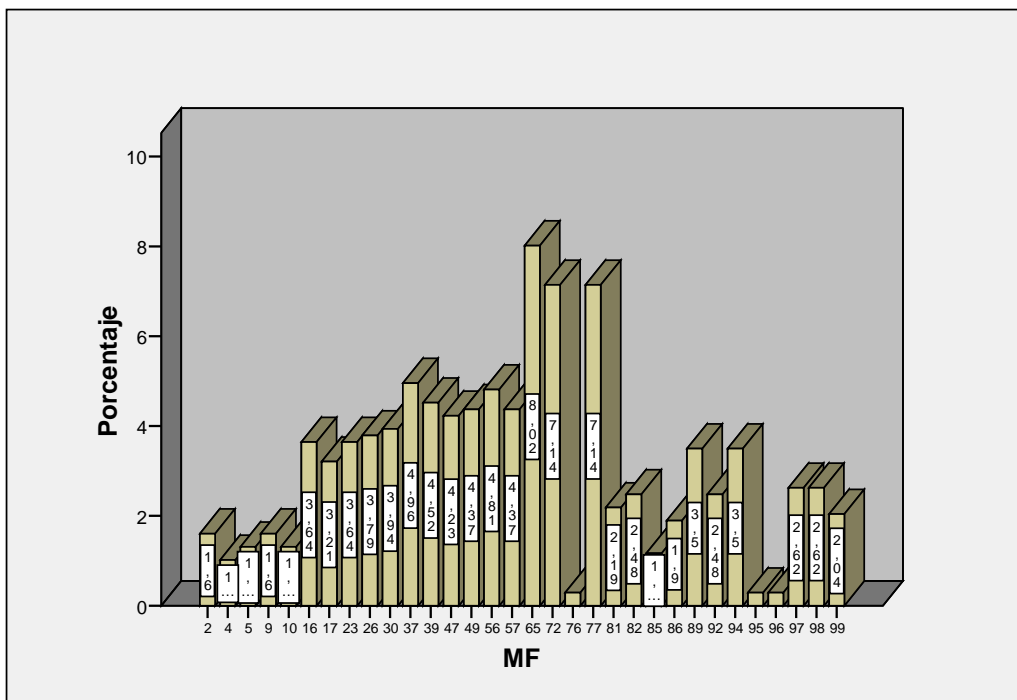
8. Escala MF (Miedo a la madurez)

Esta escala está compuesta por las preguntas 3, 6, 14, 22, 35, 39, 48 y 58.

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
MF	686	2	99	56,34	28,097
N válido (según lista)	686				

Esta escala evalúa el deseo de volver a la seguridad de la infancia. Debido al amplio rango de edad utilizado, posteriormente haremos un análisis en función de este rango. A continuación realizaremos un análisis de las preguntas que componen esta escala.

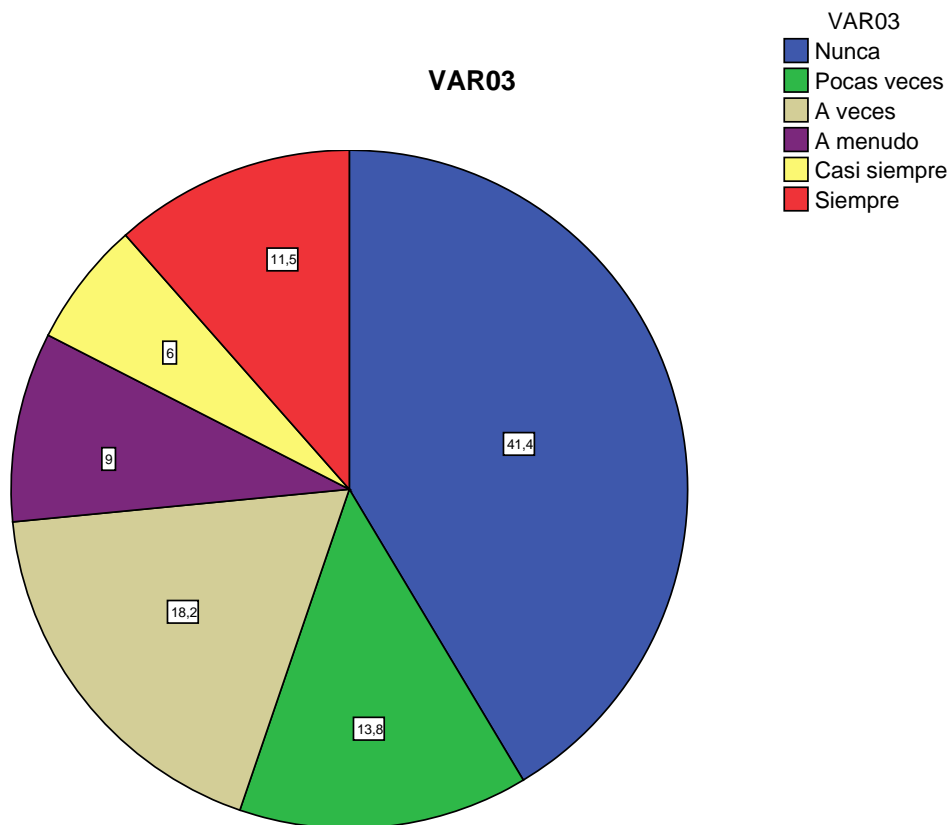
MF



a. 3. Me gustaría volver a ser niño para sentirme seguro.

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
VAR03	686	0	5	1,59	1,731
N válido (según lista)	686				

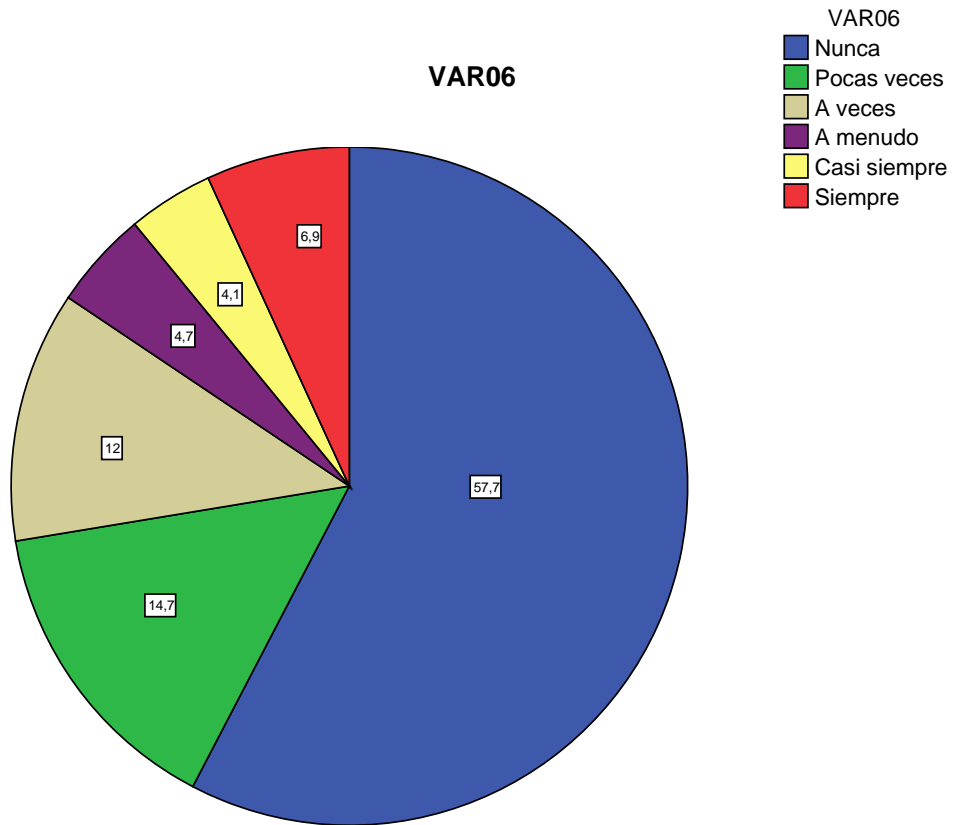
Al 16.6 % le gustaría volver atrás en su desarrollo y sólo más de la mitad está de acuerdo con el momento de desarrollo que se encuentra. Para que el análisis fuese más completo habría que ver a que grupos de edad influye más.



b. 6. Me gustaría ser más joven.

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
VAR06	685	0	5	1,03	1,533
N válido (según lista)	685				

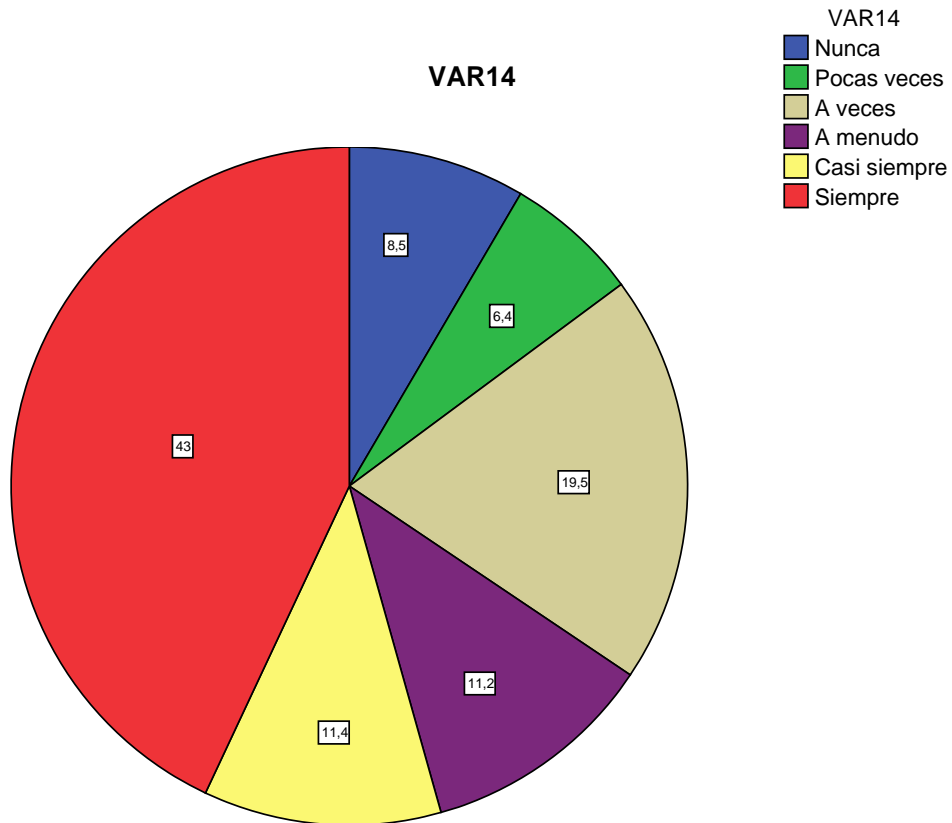
Cerca de los tercios de la muestra no está interesado en volver atrás, aunque un 11 % sí.



c. 14. La infancia es la época más feliz de la vida.

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
VAR14	686	0	5	3,40	1,701
N válido (según lista)	686				

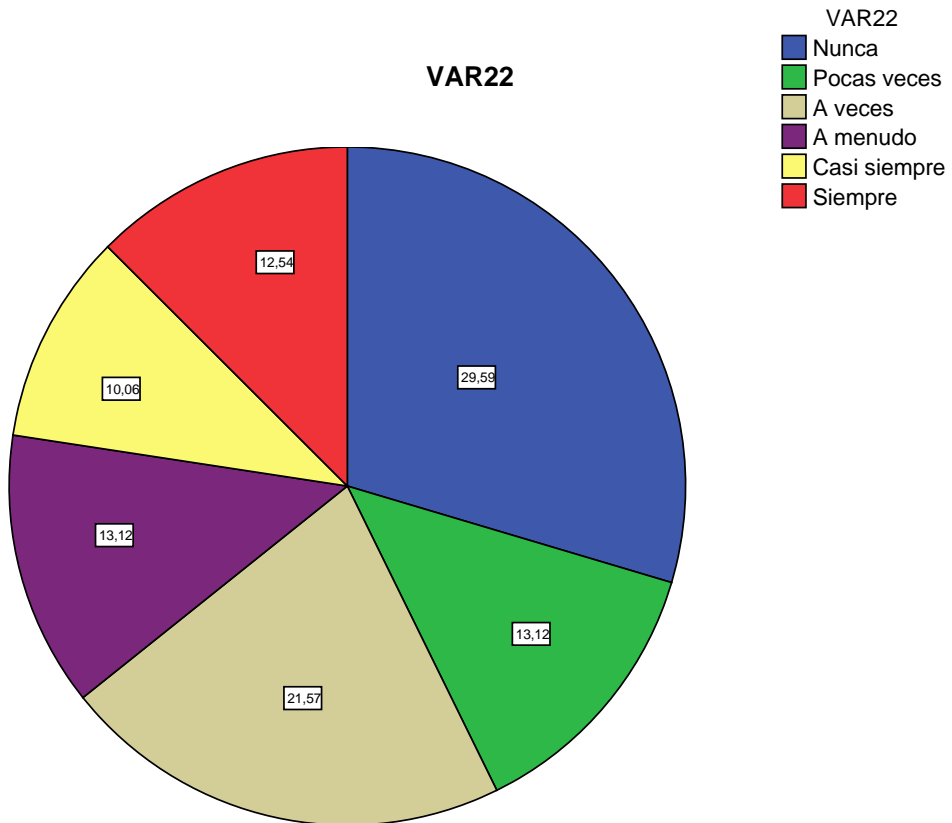
Quizá, debido a que un grupo alto de los sujetos está cerca de la infancia, cerca de la mitad de los sujetos están de acuerdo con la premisa, aunque un 14.9 % por diferentes motivos consideran que esa época está todavía por llegar.



d. 22. Preferiría ser adulto a ser niño.

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
VAR22	686	0	5	1,99	1,727
N válido (según lista)	686				

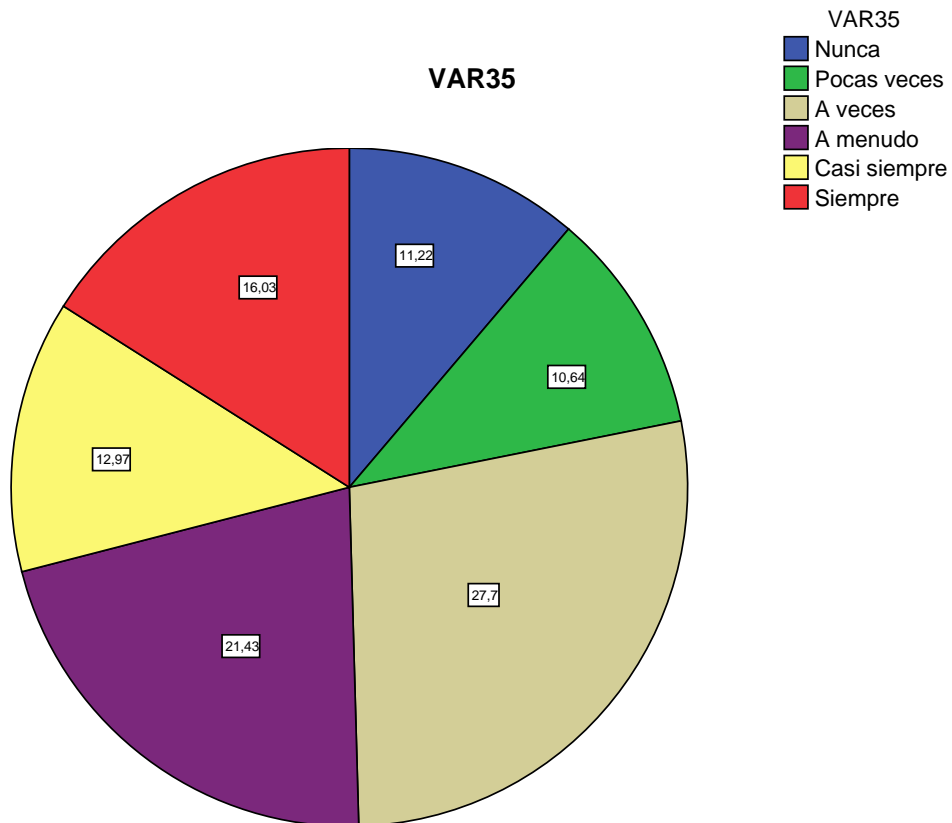
Casi un tercio de los sujetos preferiría encontrarse en un momento más avanzado de su desarrollo evolutivo.. Aunque cerca de un 30 % se muestra reacio ante esa idea.



e. 35. Las exigencias de la vida adulta son excesivas.

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
VAR35	686	0	5	2,62	1,532
N válido (según lista)	686				

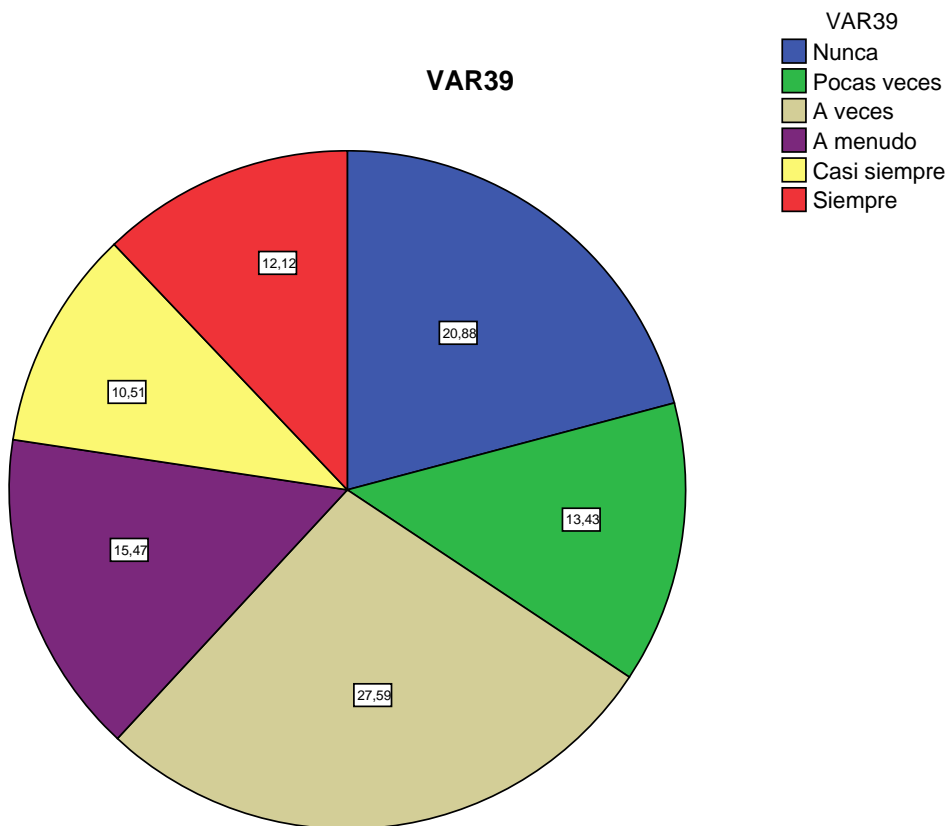
Un tercio de la muestra está muy de acuerdo con la pregunta, pero más del 20 % no lo considera así, quizá porque vean las exigencias de los adultos similares a las que tienen ellos o porque no se planteen que puedan haber mayor responsabilidad.



f. 39. Me alegra haber dejado de ser un niño.

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
VAR39	685	0	5	2,18	1,615
N válido (según lista)	685				

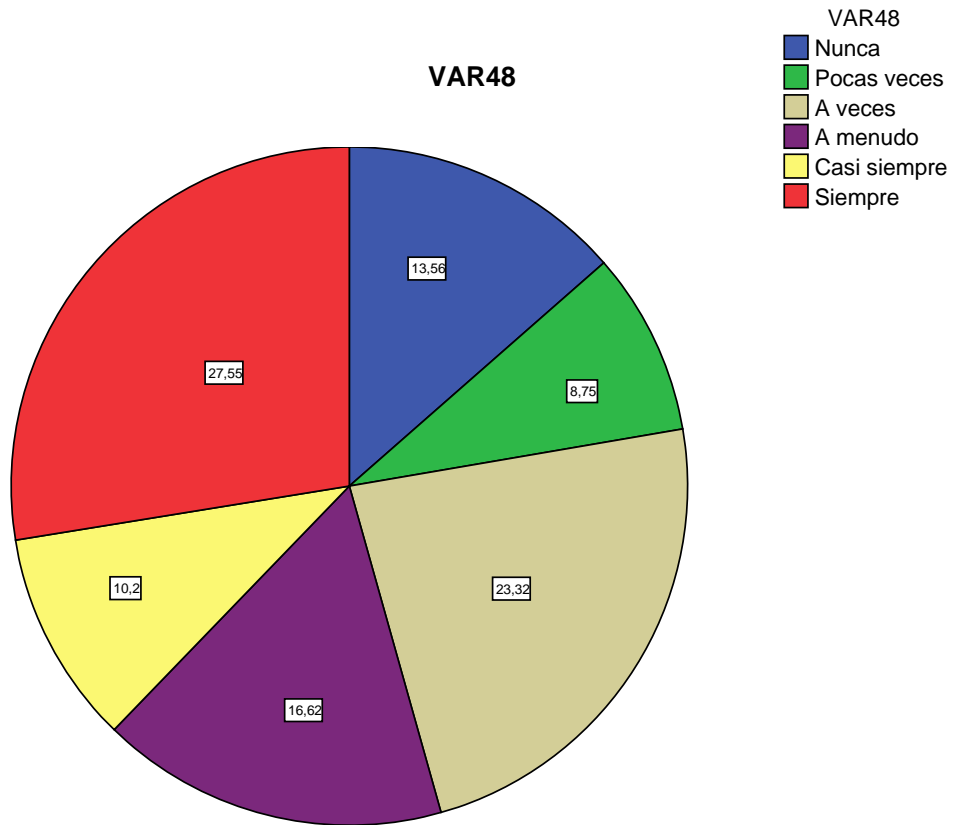
Hay un tercio de la muestra que no está tan contento de haber dejado de ser un niño. Hay un 22 % que sí se alegra.



g. 48. Creo que las personas son más felices cuando son niños.

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
VAR48	686	0	6	2,84	1,730
N válido (según lista)	686				

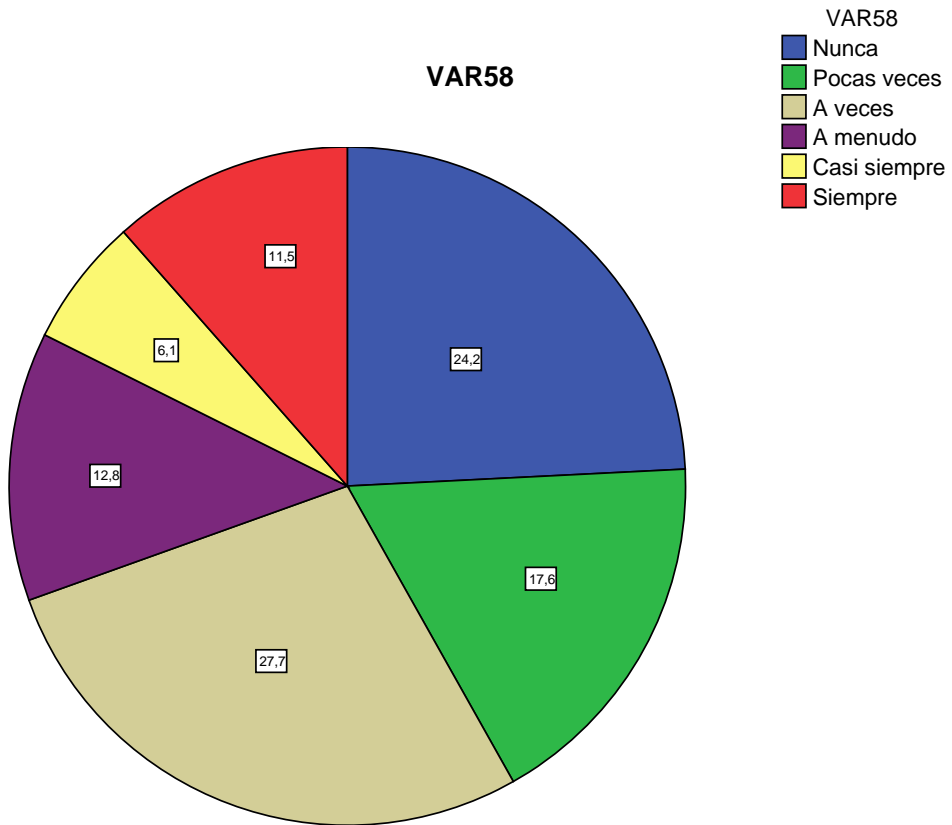
Algo más de 21 % no están de acuerdo en que la juventud sea el momento más feliz. Aunque cerca de un 37 % sí lo piensa.



h. 58. Los mejores años de tu vida son cuando llegas a ser adulto.

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
VAR58	686	0	5	1,94	1,598
N válido (según lista)	686				

Un tercio de la muestra no está de acuerdo, aunque cerca del 17 % piensa que la edad adulta albergará los mejores años de su vida.



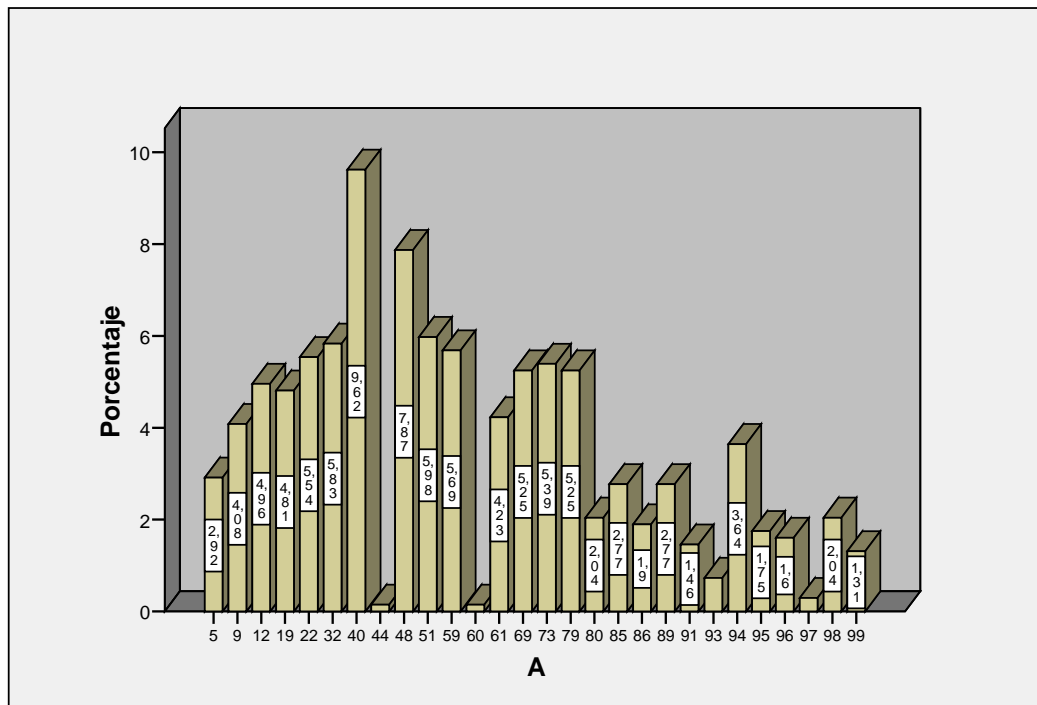
9. **Escala A (Ascetismo)**

Esta escala está compuesta por las preguntas 66, 68, 71, 75, 78, 82, 86 y 88.

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
A	686	5	99	53,86	28,060
N válido (según lista)	686				

Hace referencia a la tendencia a buscar la virtud por medio de ciertos ideales espirituales como la autodisciplina, el sacrificio, la autosuperación y el control de las necesidades corporales. Un gran número de sujetos se encuentran en puntuaciones medias, aunque hay un porcentaje de estos que obtiene altas puntuaciones en esta escala. A continuación analizaremos las preguntas de que se componen.

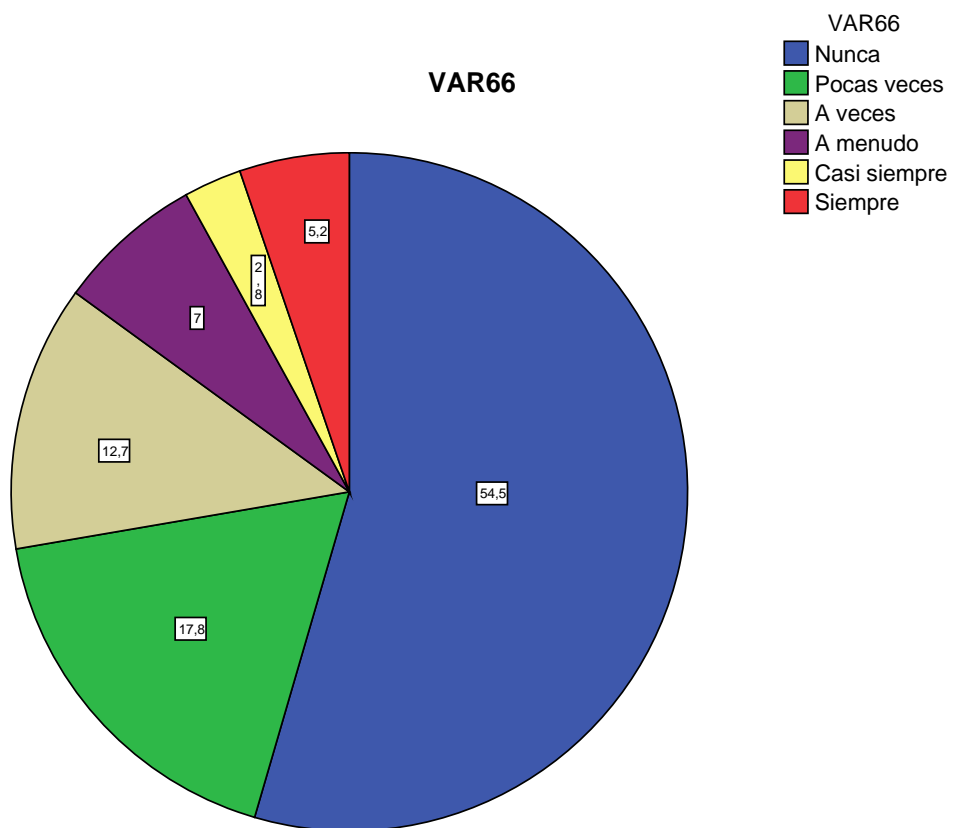
A



a. 66. Me avergüenzo de mis debilidades humanas.

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
VAR66	686	0	5	1,01	1,430
N válido (según lista)	686				

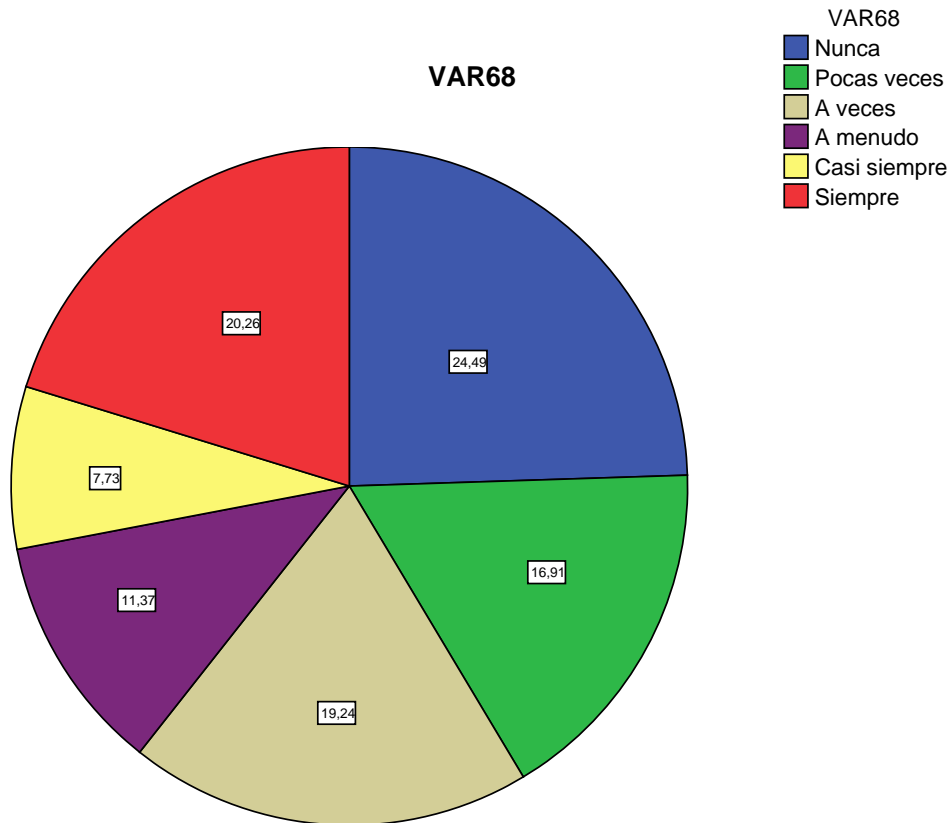
Casi dos tercios de la muestra no se siente identificado con esta pregunta, pero un 8 % sí.



b. 68. Me gustaría poder tener un control total sobre mis necesidades corporales.

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
VAR68	686	0	5	2,22	1,831
N válido (según lista)	686				

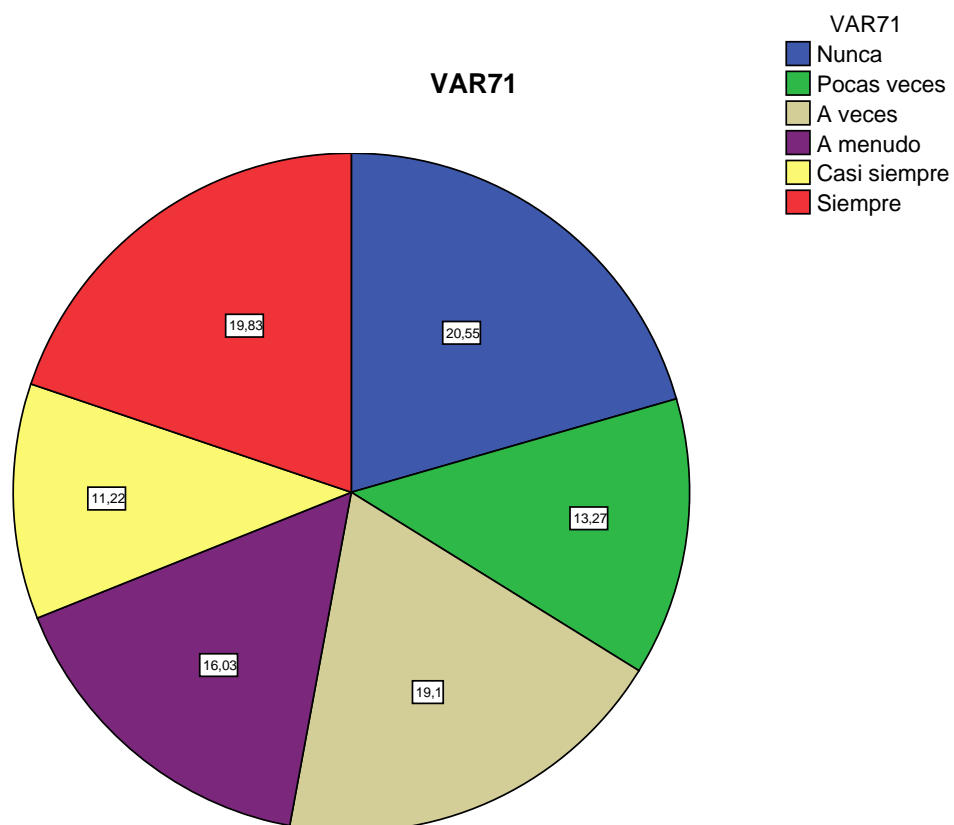
Casi el 25 % ha respondido que nunca, y cerca del 40 % no estaría o estaría poco interesado en controlar sus necesidades corporales. Interesándose de forma plena un 20 %.



c. 71. Me esfuerzo por buscar cosas que produzcan placer.

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
VAR71	686	0	5	2,44	1,778
N válido (según lista)	686				

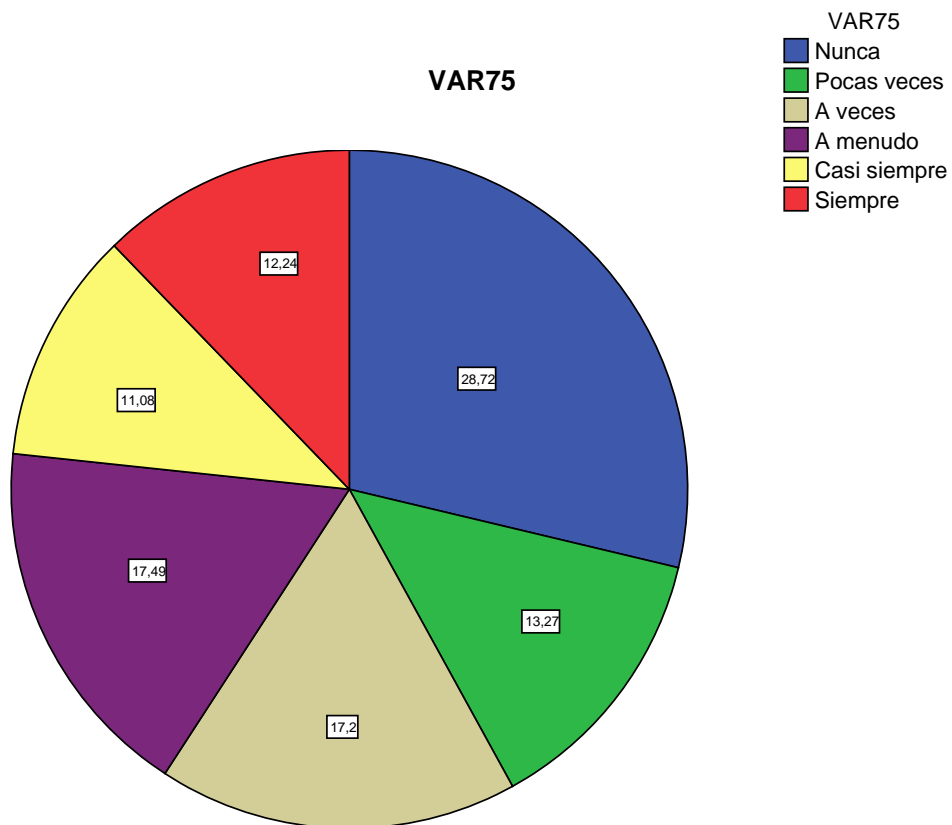
Cerca de un tercio de la muestra así lo hace, otro tercio se muestra indiferente y el otro tercio no lo llevan acabo.



d. 75. La abnegación me hace sentir más fuerte espiritualmente.

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
VAR75	686	0	5	2,06	1,733
N válido (según lista)	686				

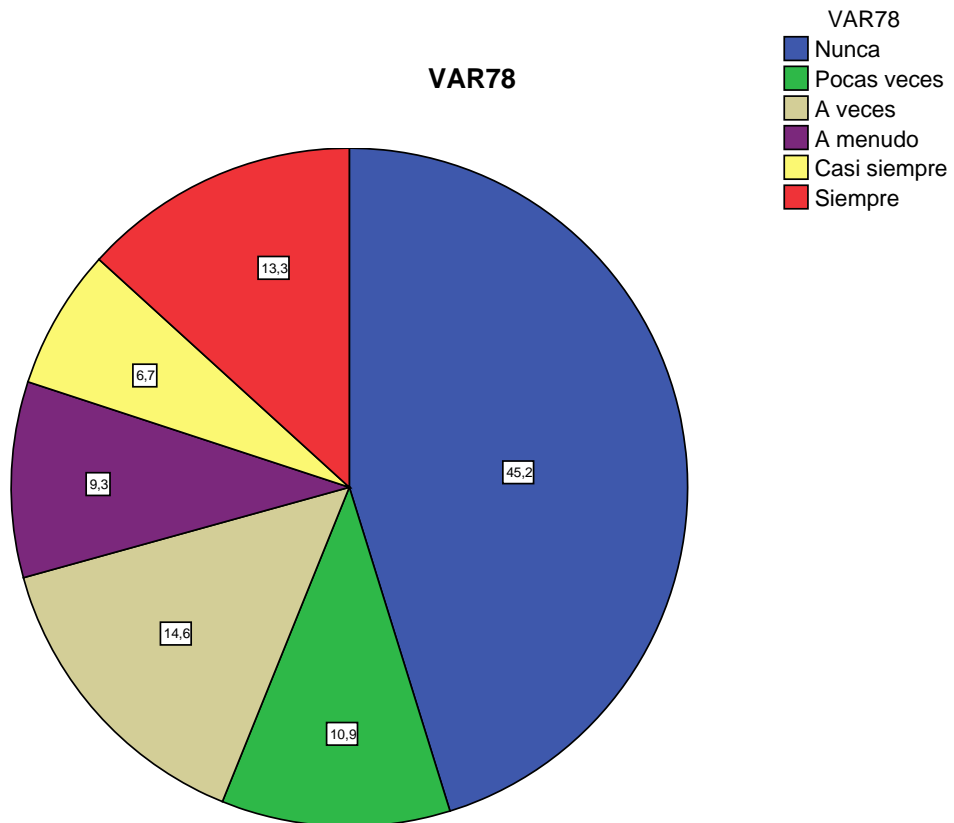
Previa explicación del término abnegación a los sujetos, un tercio de la muestra no está de acuerdo, aunque cerca del 23 % sí.



e. 78. Comer por placer es signo de debilidad moral.

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
VAR78	686	0	5	1,61	1,824
N válido (según lista)	686				

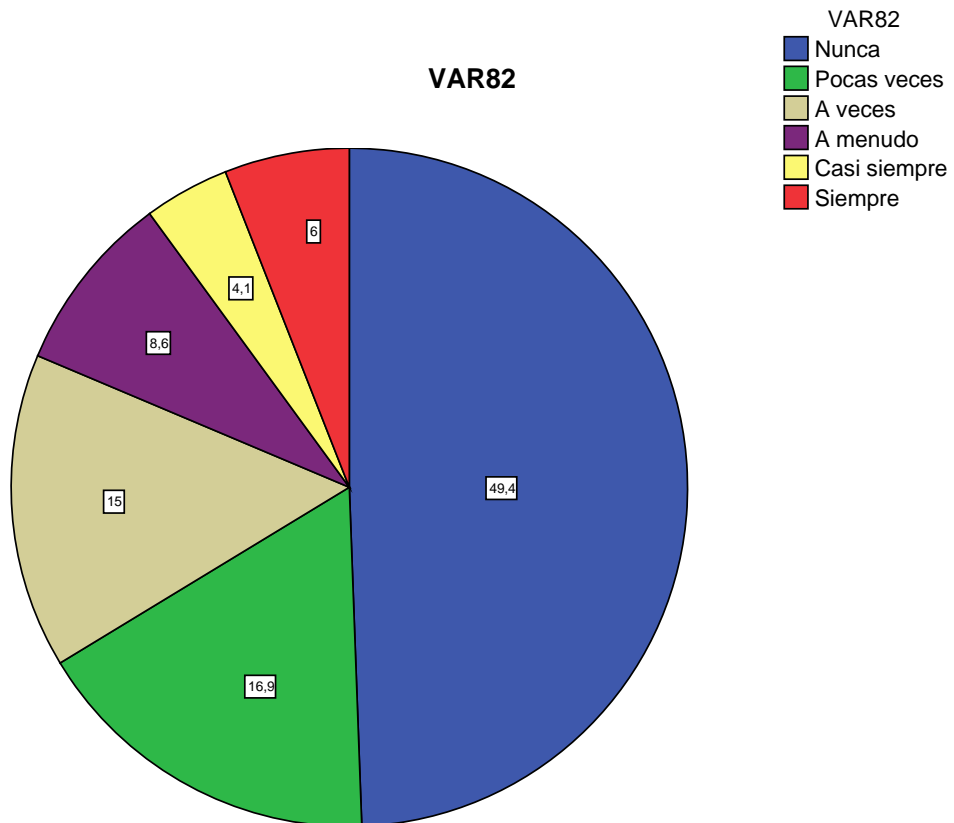
El 20 % de los sujetos así lo considera, aunque más de la mitad de los sujetos no lo considera.



f. 82. Creo que estar tranquilo y relajado es una pérdida de tiempo.

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
VAR82	686	0	5	1,19	1,510
N válido (según lista)	686				

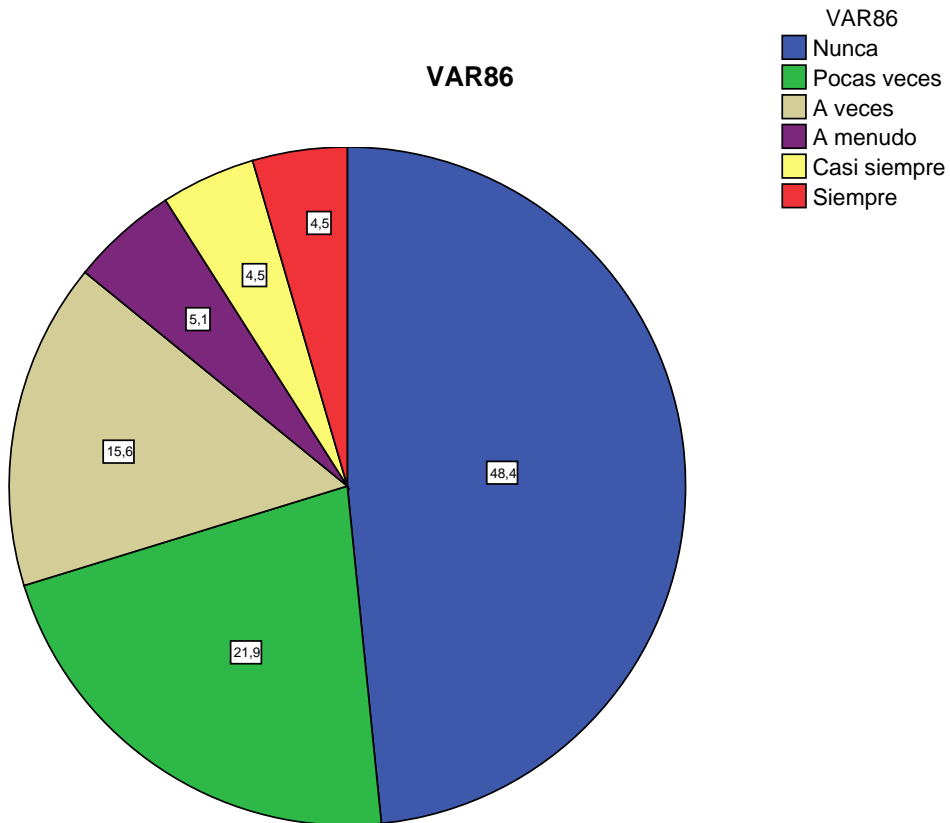
Casi dos tercios de la muestra esta de acuerdo con la pregunta. Aunque el 10 % lo considera una pérdida de tiempo.



g. 86. Me siento incómodo por las necesidades de mi cuerpo.

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
VAR86	686	0	5	1,09	1,403
N válido (según lista)	686				

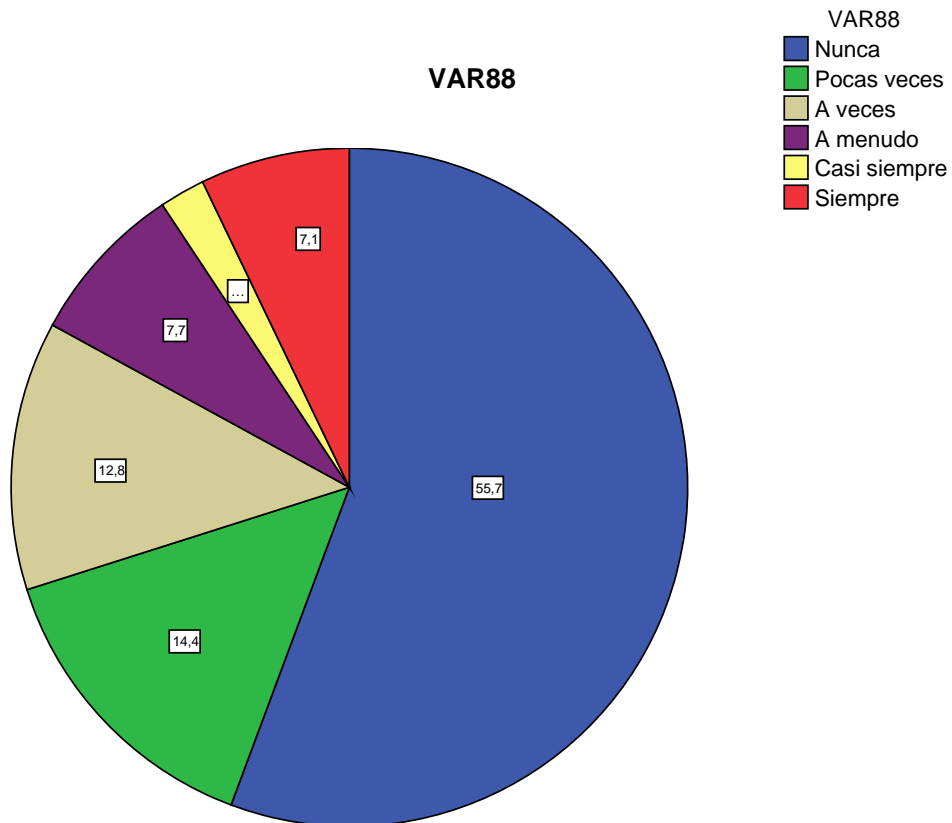
Un 9 % de los sujetos así lo ven, aunque más de dos tercios de la muestra tienen aceptadas y asumidas estas necesidades.



h. 88. El sufrimiento te convierte en una persona mejor.

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
VAR88	686	0	5	1,08	1,527
N válido (según lista)	686				

Más de dos tercios de la muestra no ven en el sufrimiento una capacidad de superación y que este te ayude para ser mejor. Aunque cerca del 15 % si lo ven.



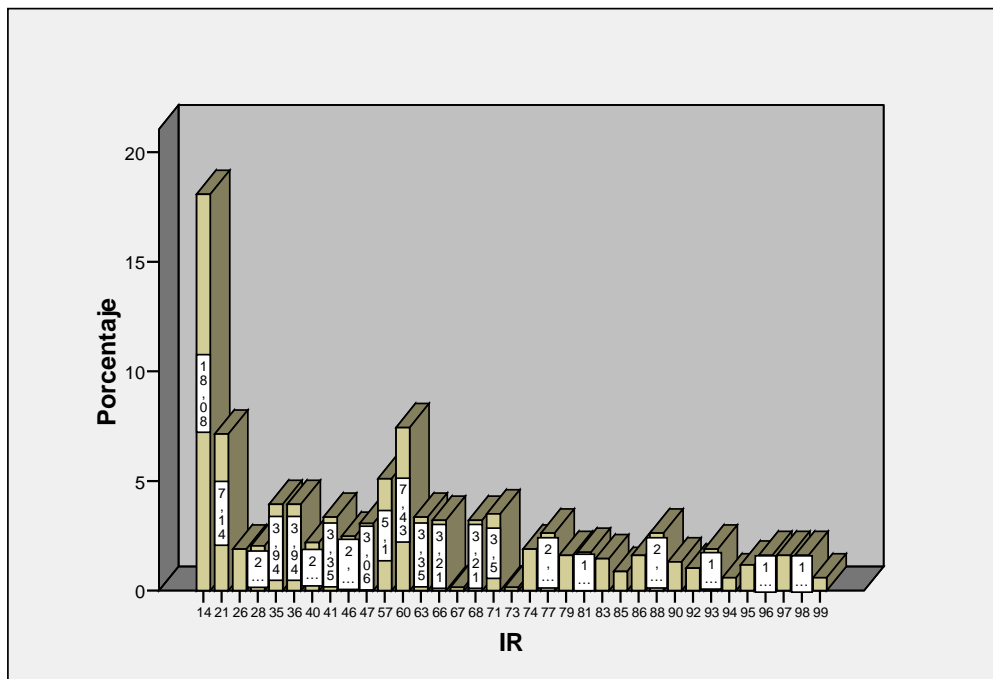
10. **Escala IR** (Impulsividad)

Esta escala está compuesta por las preguntas 65, 67, 70, 72, 74, 77, 79, 81, 83, 85 y 90.

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
IR	686	14	99	51,71	27,588
N válido (según lista)	686				

Esta escala evalúa la dificultad para regular los impulsos y la tendencia al abuso de drogas, la hostilidad, la agitación, la autodestrucción y la destrucción de las relaciones personales. La incapacidad de regular adecuadamente los propios impulsos se ha visto como un síntoma de pronóstico preocupante en los TCA. A continuación realizaremos un análisis de las preguntas que la componen.

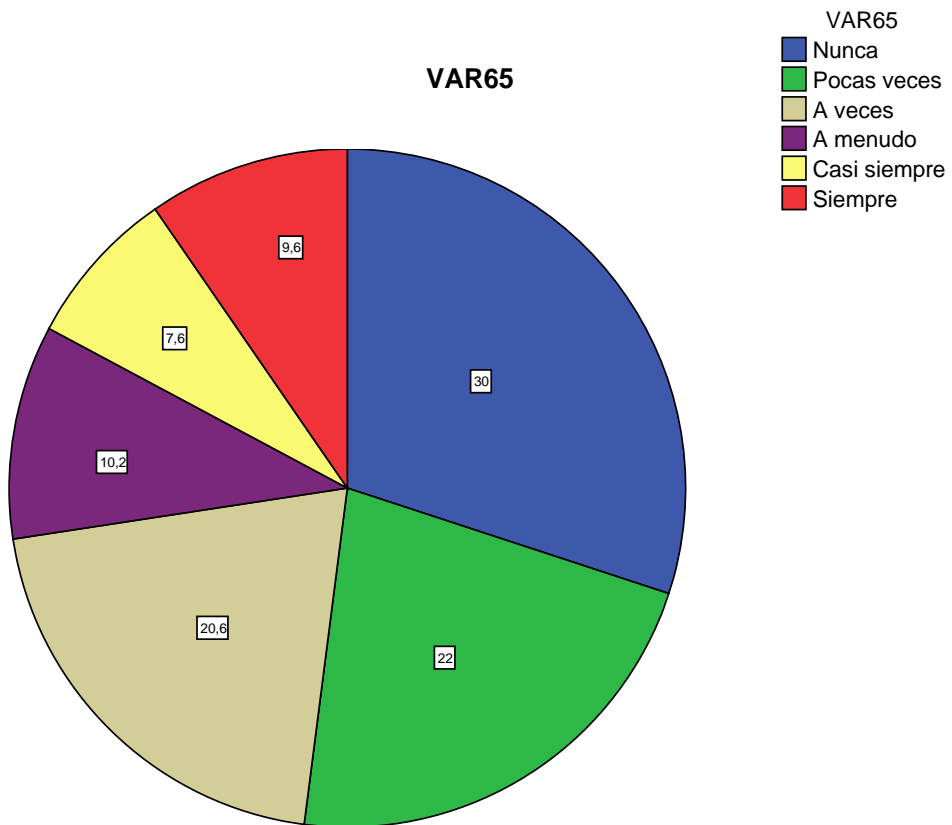
IR



a. 65. La gente que me gusta de verdad suele acabar defraudándome.

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
VAR65	686	0	5	1,72	1,618
N válido (según lista)	686				

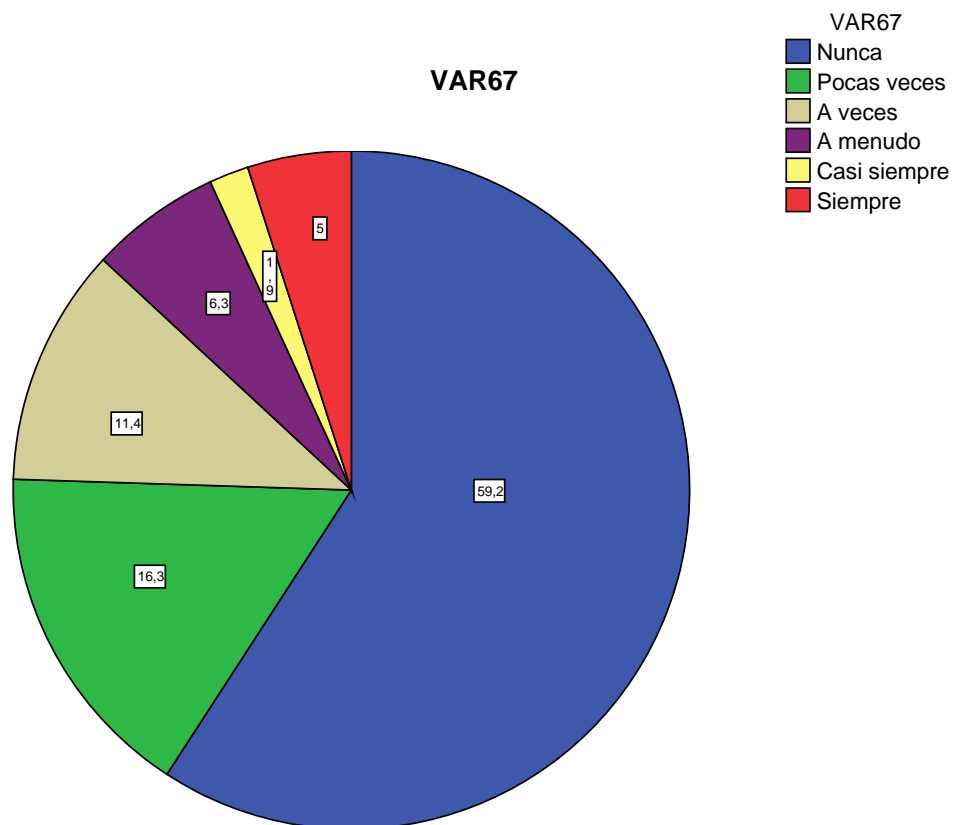
El 17.2 % de la muestra se sienten defraudados por la gente en quien confía, aunque cerca de la mitad de la muestra no.



b. 67. La gente dice que soy una persona emocionalmente inestable.

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
VAR67	686	0	5	,90	1,383
N válido (según lista)	686				

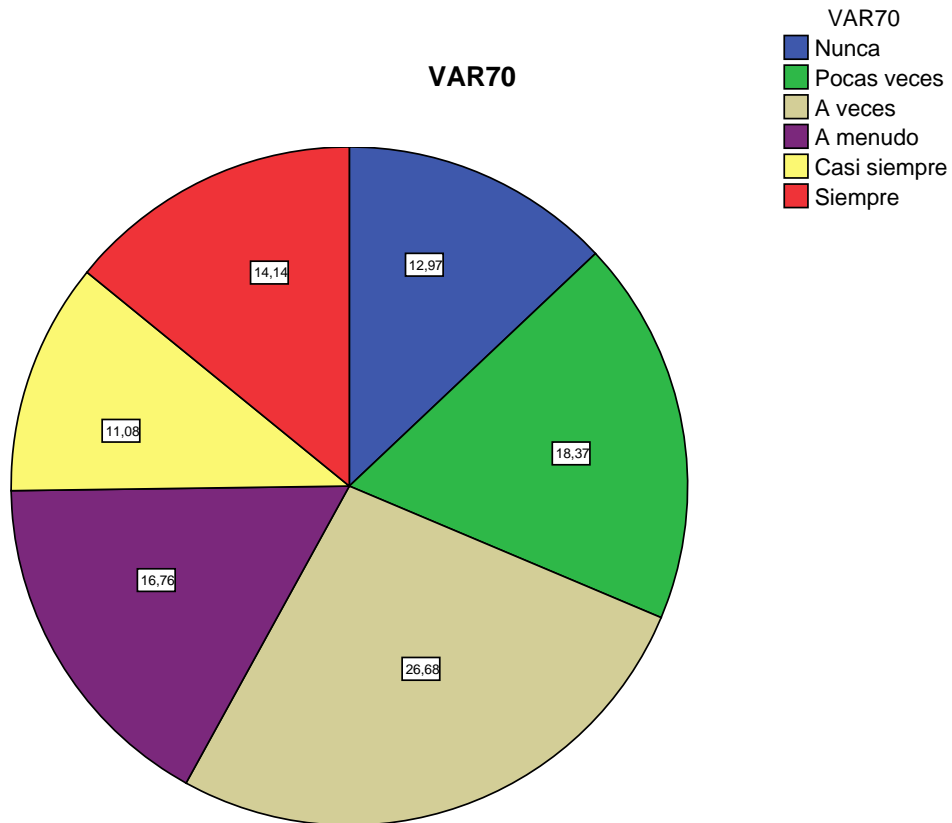
Casi un 7 % de la muestra acepta esta afirmación, a un 75 % de los sujetos les consideran emocionalmente estables.



c. 70. Digo impulsivamente cosas de las que después me arrepiento.

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
VAR70	686	0	5	2,37	1,566
N válido (según lista)	686				

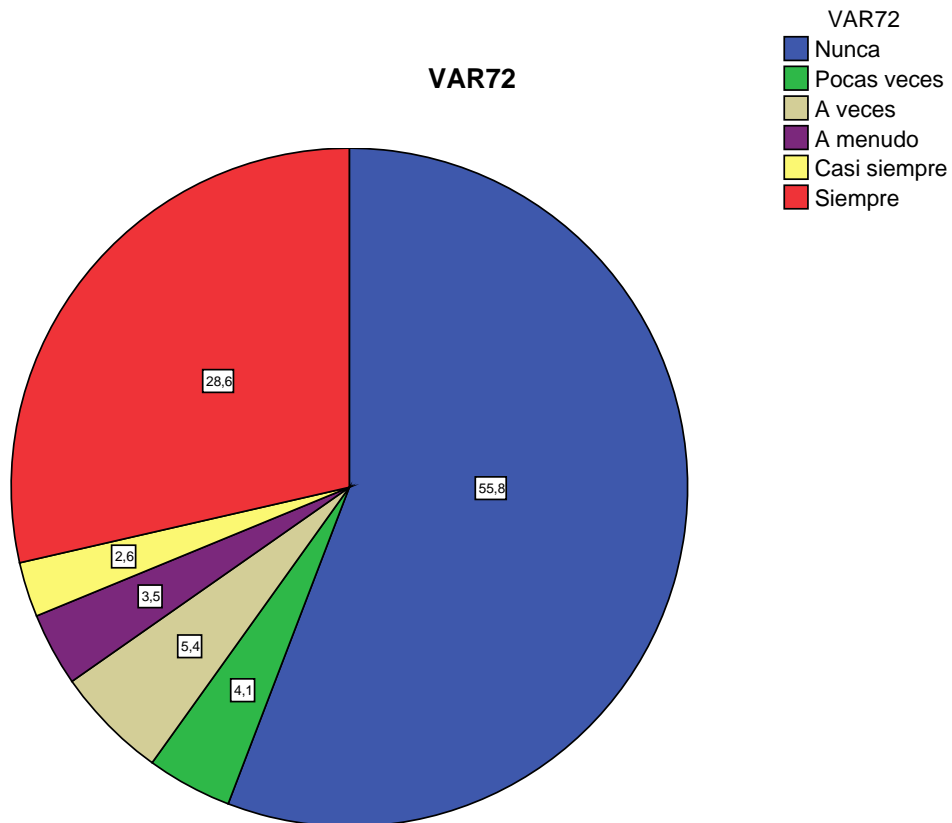
A cerca del 25 % de la muestra se arrepiente de cosas que dice de forma impulsiva. Aunque a cerca del 30 % no le ocurre, esta afirmación afecta en algún momento al 70 % de los sujetos.



d. 72. Debo tener cuidado con mi tendencia a consumir drogas.

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
VAR72	686	0	5	1,79	2,224
N válido (según lista)	686				

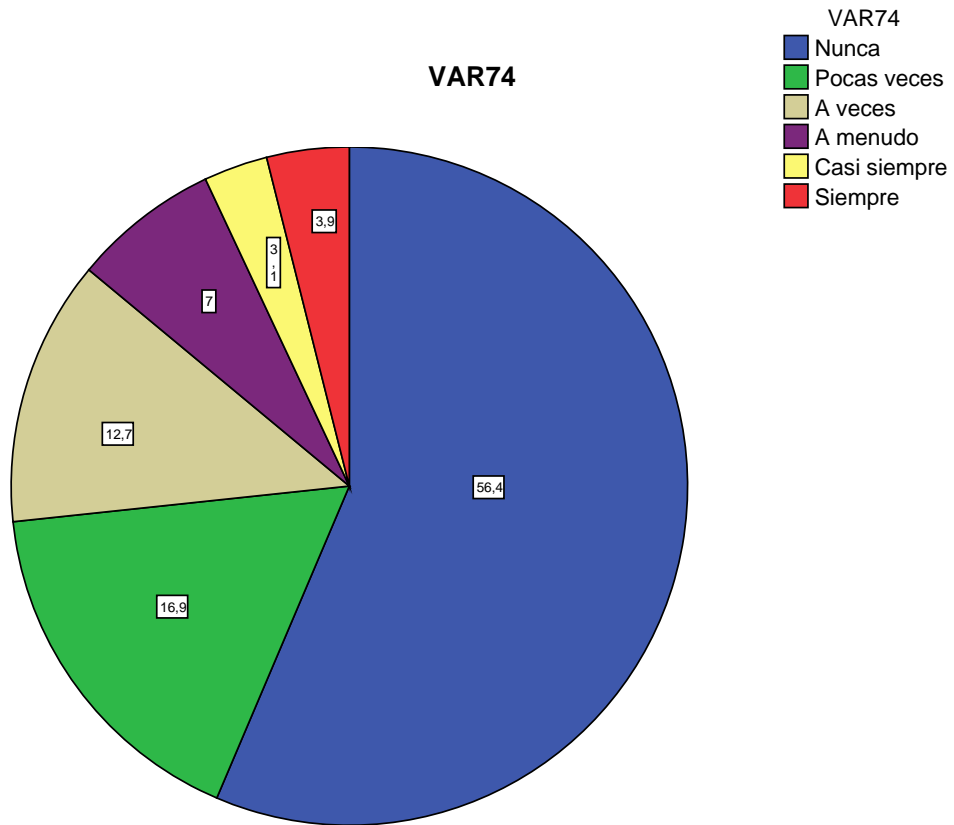
Esta pregunta, debido a la forma en que está realizada y al tipo de respuestas provocó que muchos alumnos hiciesen preguntas sobre qué contestar si ellos no tomaban drogas. Por eso consideramos que las respuestas no coinciden con la realidad.



e. 74. Las relaciones con los demás hacen que me sienta atrapado.

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
VAR74	686	0	5	,95	1,370
N válido (según lista)	686				

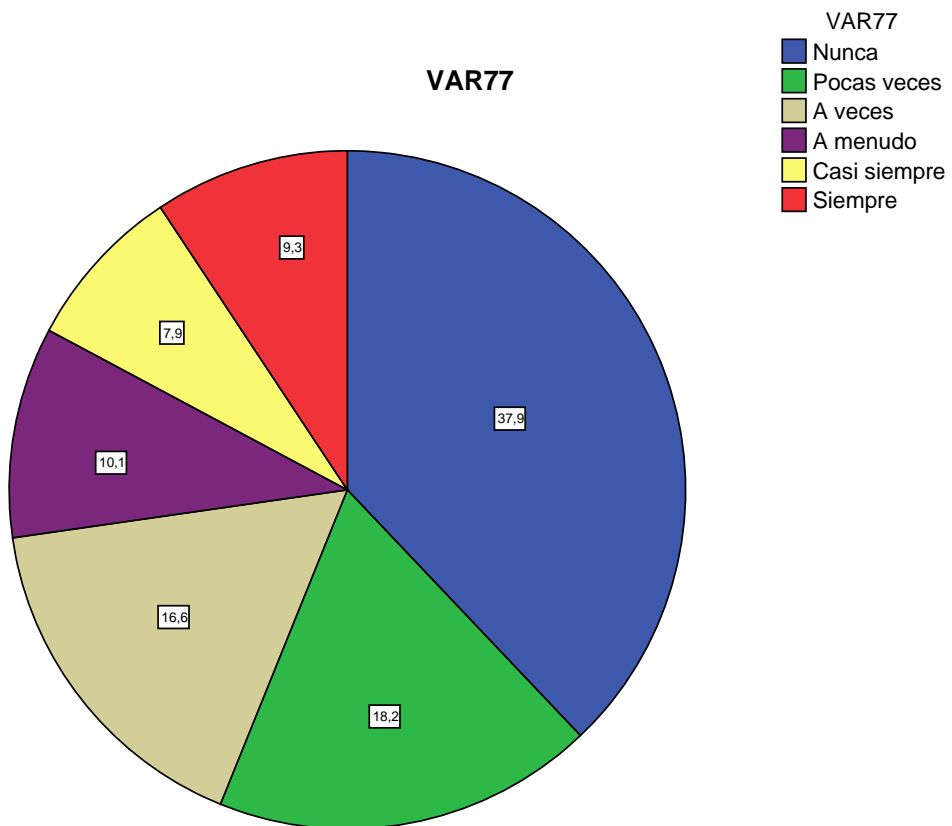
Más de dos tercios de la muestra se considera libre en sus relaciones, pero hay un 7 % que no se siente libre al relacionarse con los demás.



f. 77. Tengo pensamientos extraños que no puedo quitarme de la cabeza.

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
VAR77	686	0	5	1,60	1,672
N válido (según lista)	686				

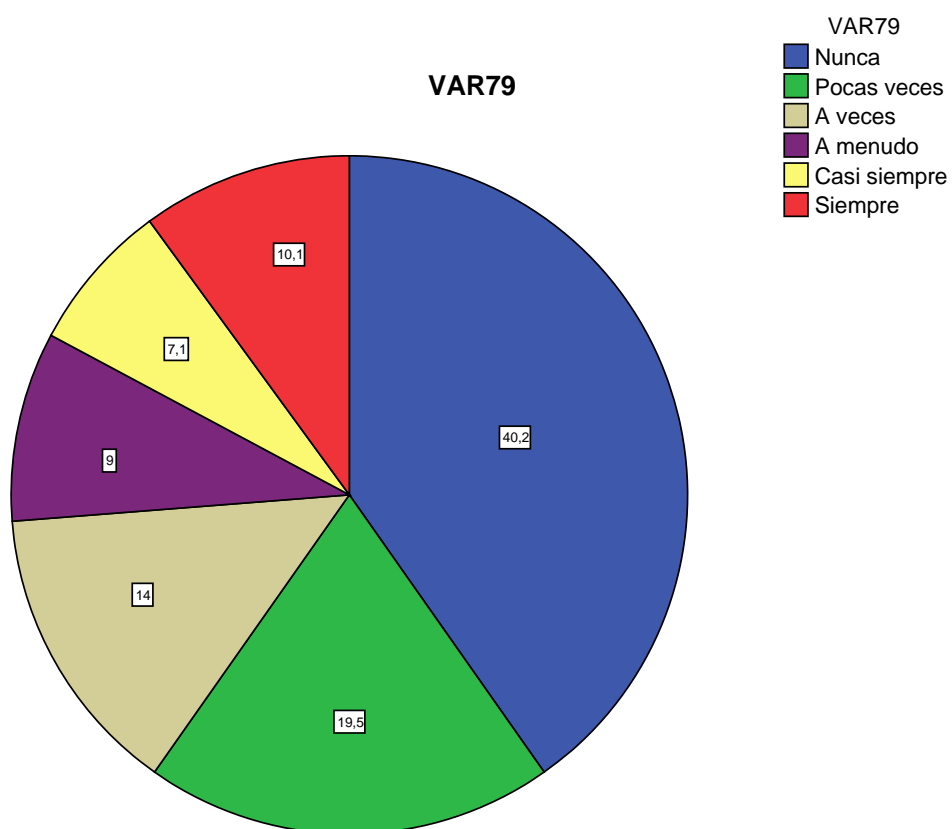
Aunque a más de la mitad de los sujetos no les ocurre, hay un 17 % que sí, y cerca de un tercio de la muestra les ha ocurrido en algún momento.



g. 79. Soy propenso a tener ataques de rabia o de ira.

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
VAR79	686	0	5	1,53	1,695
N válido (según lista)	686				

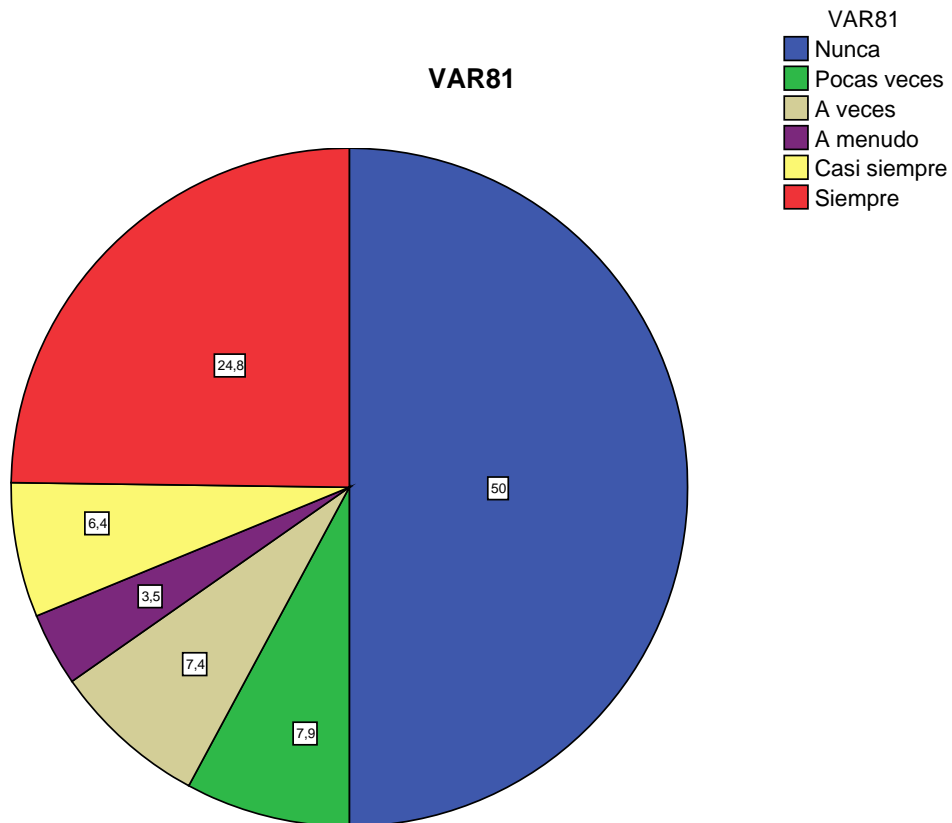
Más de la mitad de los sujetos se considera tranquilo, aunque cerca del 17 % se consideran muy sensibles a padecer un ataque de rabia o ira.



h. 81. Debo tener cuidado con mi tendencia a beber demasiado alcohol.

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
VAR81	686	0	5	1,83	2,140
N válido (según lista)	686				

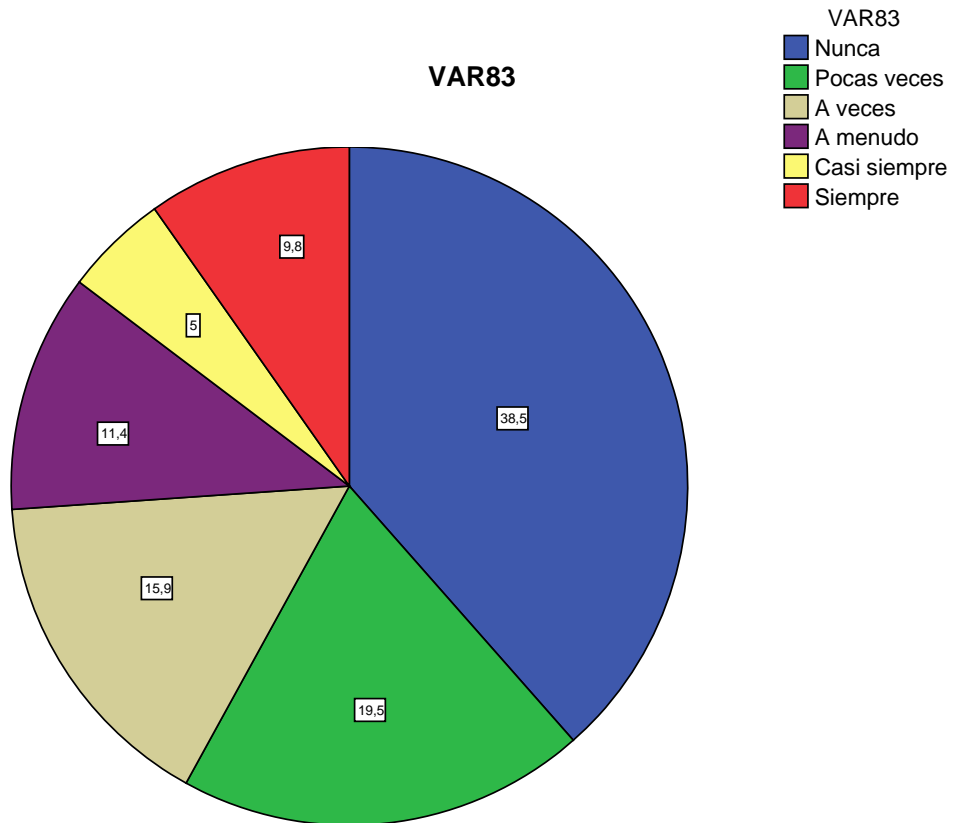
Al igual que en otra pregunta anterior, por la forma en que está realizada y por el tipo de alternativas, muchos sujetos hicieron preguntas sobre qué responder si ellos no tomaban nada de alcohol. Por lo que consideramos que las respuestas dadas no se corresponden con lo que realmente piensan los sujetos.



i. 83. Los demás dicen que me irrito con facilidad.

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
VAR83	686	0	5	1,54	1,649
N válido (según lista)	686				

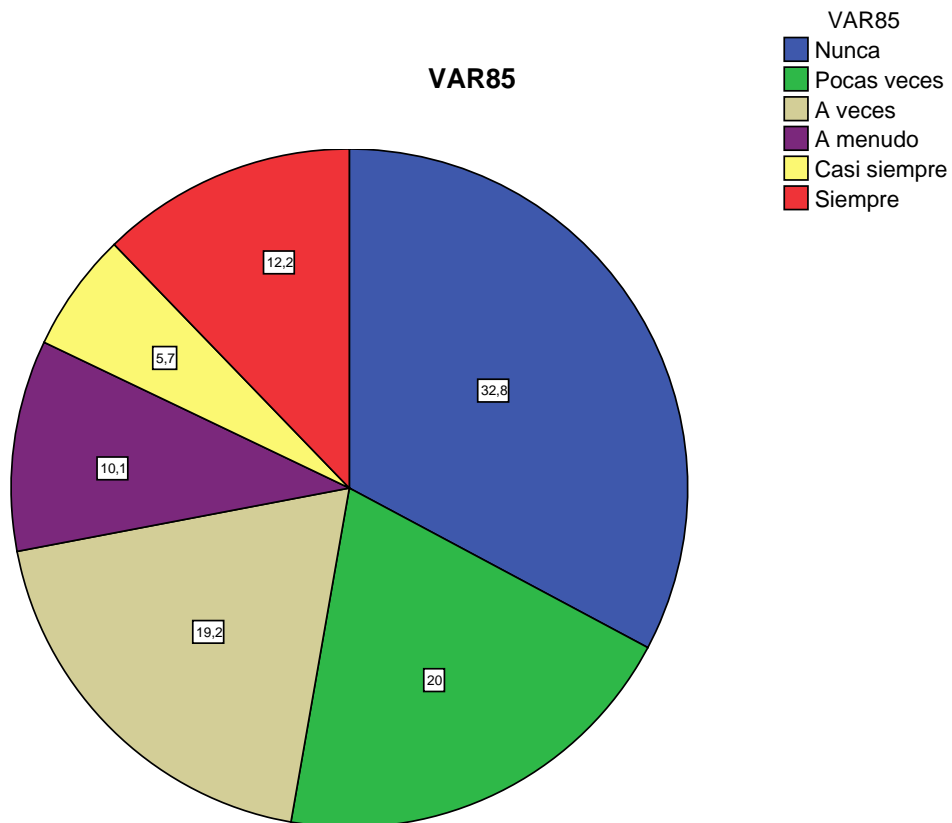
Aunque a más de la mitad de los sujetos se les consideran tranquilos, cerca del 15 % son considerados por los demás como personas fácilmente irritables.



j. 85. Tengo cambios de humor bruscos.

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
VAR85	686	0	5	1,73	1,694
N válido (según lista)	686				

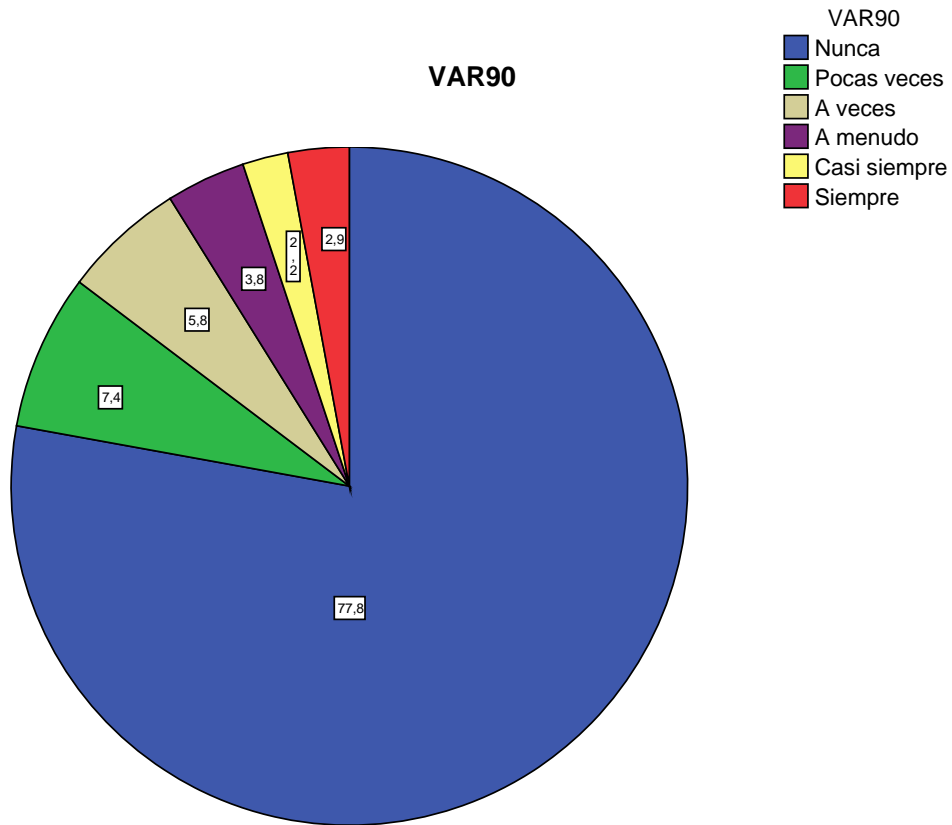
Casi el 18 % de los sujetos se considera inestables emocionalmente y sólo un 32.8 se considera totalmente estables.



k. 90. Siento la necesidad de hacer daño a los demás o a mí mismo.

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
VAR90	686	0	5	,54	1,200
N válido (según lista)	686				

Un 77.8 % de la muestra responde que no, pero cerca del 5 % de los sujetos (35), tienen este impulso irresistible.



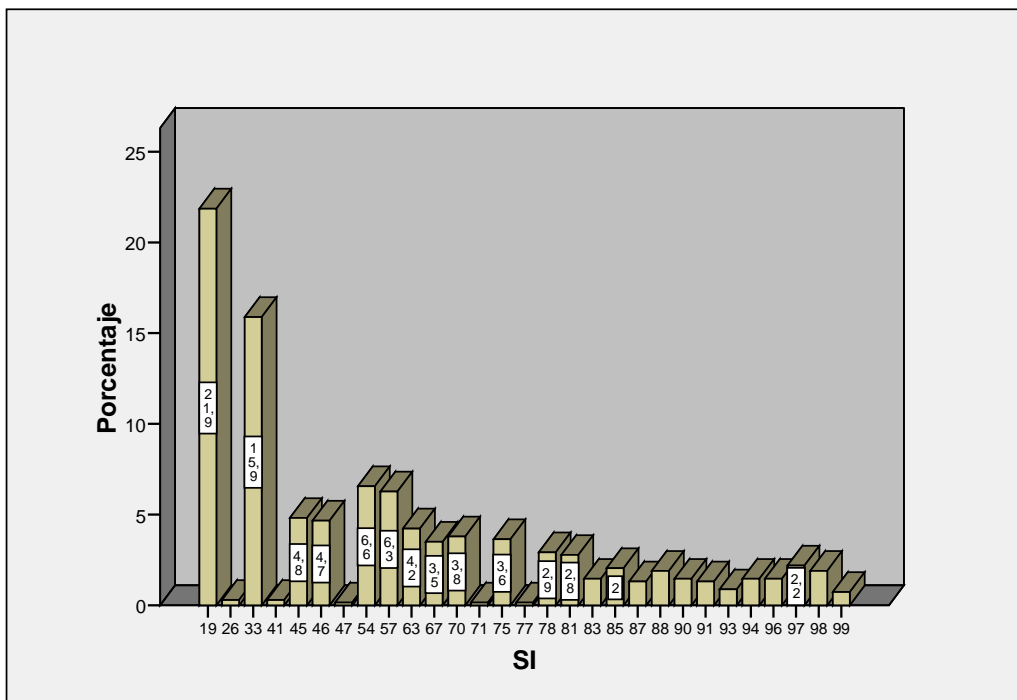
11. Escala SI (Inseguridad social)

Esta escala está compuesta por las preguntas 69, 73, 76, 80, 84, 87, 89 y 91.

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
SI	686	19	99	52,76	26,079
N válido (según lista)	686				

Esta escala mide la creencia de que las relaciones sociales son tensas, inseguras, incómodas, insatisfactorias y, generalmente, de escasa realidad. A continuación haremos un desglose de las preguntas que forman esta escala.

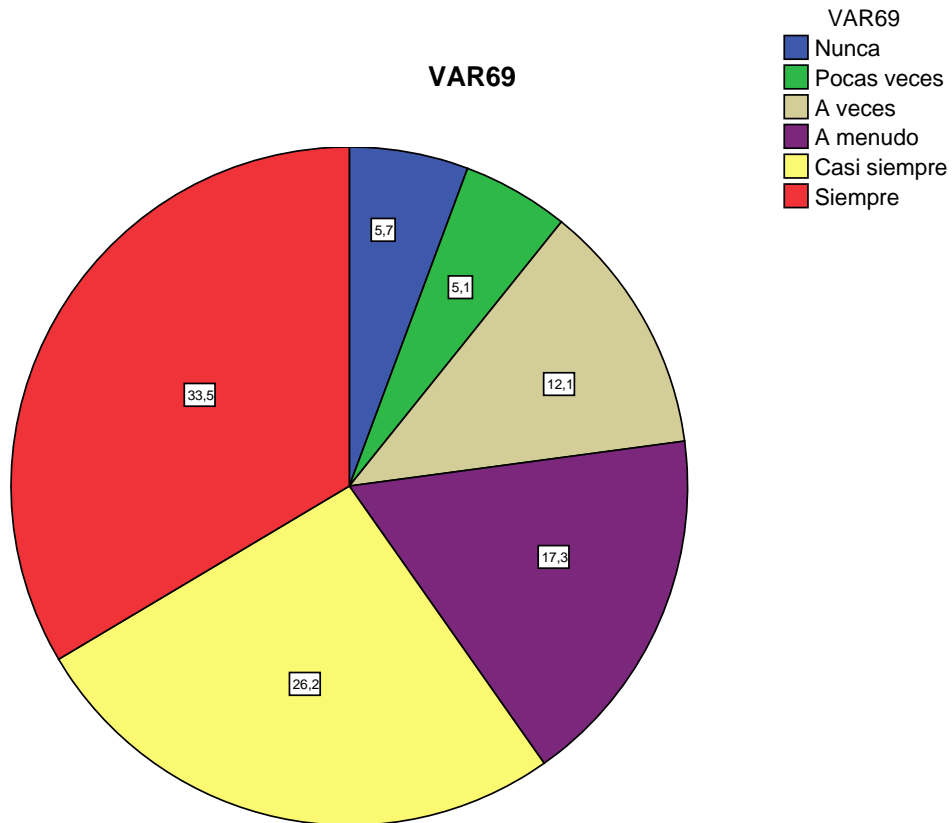
SI



a. 69. Suelo sentirme a gusto en la mayor parte de las situaciones de grupo.

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
VAR69	686	0	5	3,54	1,467
N válido (según lista)	686				

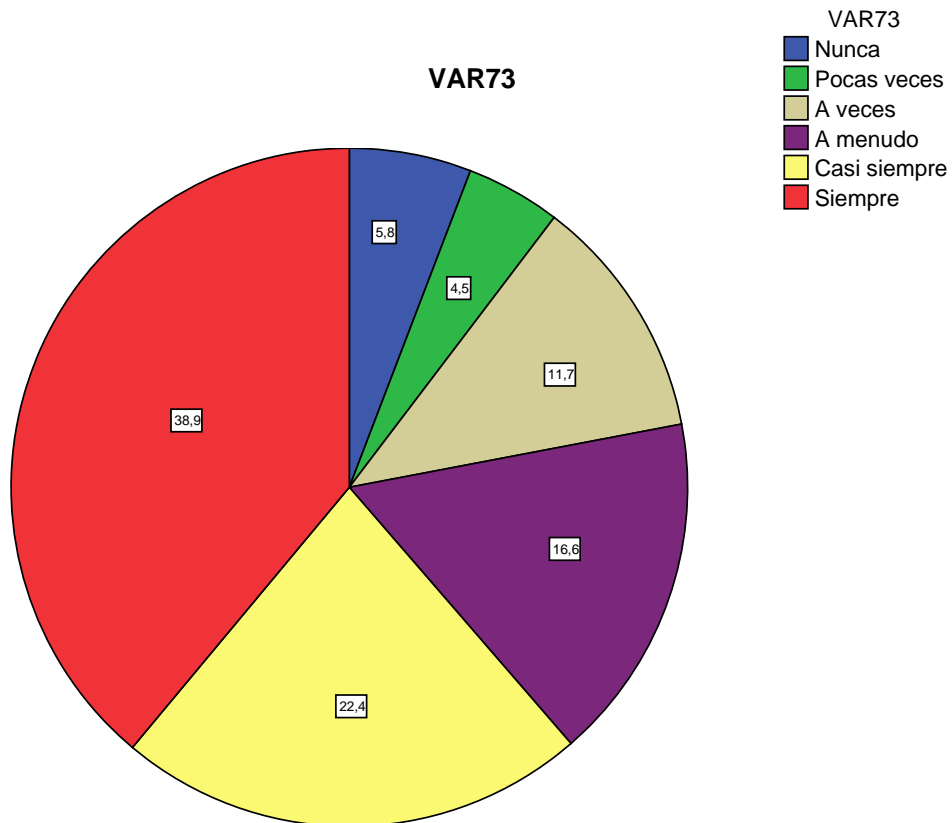
Más de dos tercio de los sujetos se encuentran cómodos con más gente, pero cerca de un 10 % , en las situaciones de grupo no se encuentran a gusto.



b. 73. Soy comunicativo con la mayoría de la gente.

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
VAR73	686	0	5	3,62	1,490
N válido (según lista)	686				

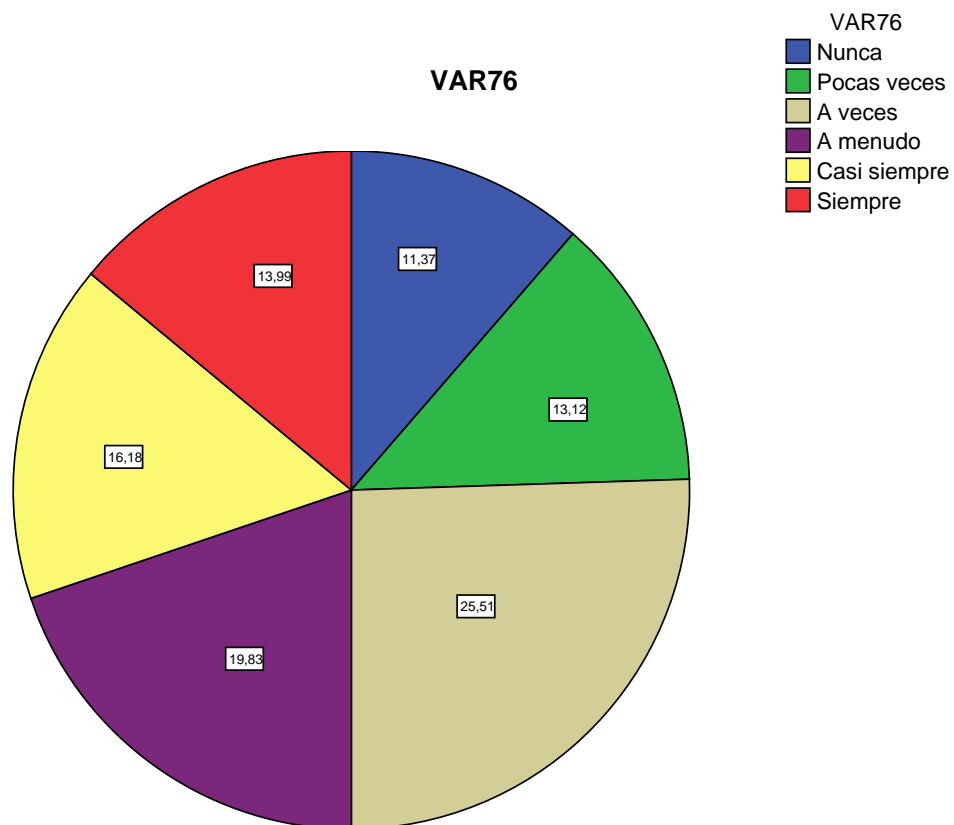
Más de la mitad de la muestra así lo considera, pero el 10 % no considera que tenga aptitud o una propensión natural para comunicarse con otros.



c. 76. La gente comprende mis verdaderos problemas.

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
VAR76	686	0	5	2,58	1,534
N válido (según lista)	686				

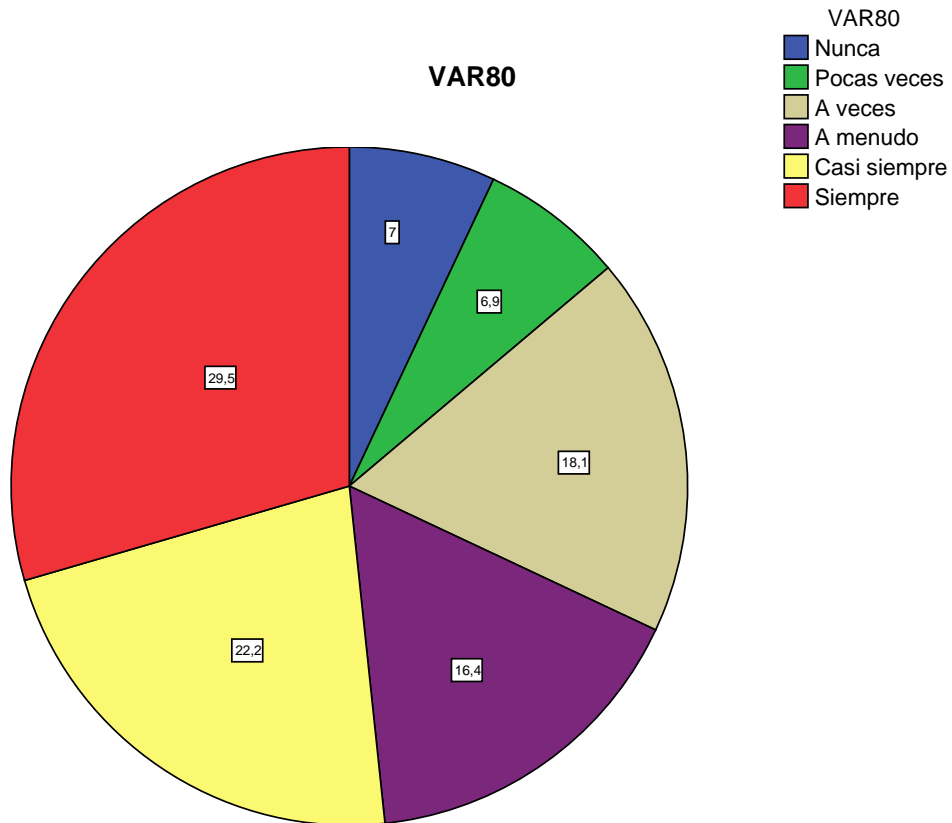
Un tercio de los sujetos se siente comprendido y cerca del 25 % de la muestra se siente incomprendidos por los demás.



d. 80. Creo que la gente confía en mí tanto como merezco.

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
VAR80	685	0	5	3,28	1,553
N válido (según lista)	685				

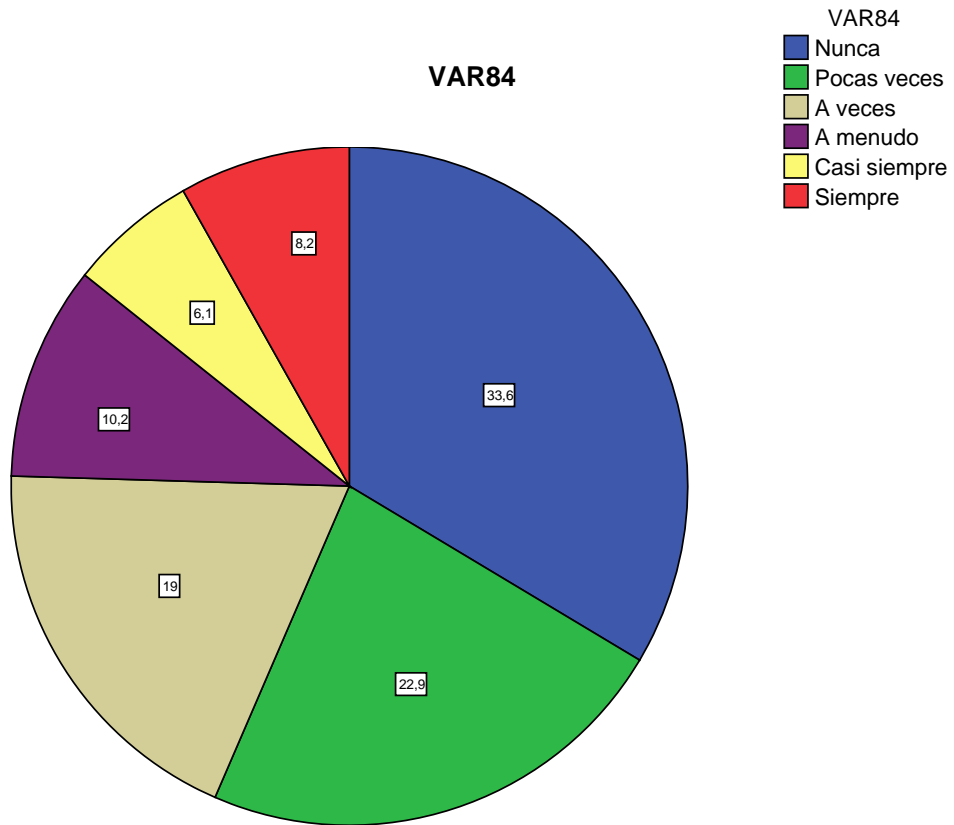
Aunque ceca de la mitad de los sujetos se sienten comprendidos, hay un 13.9 % de la muestra no cree que haya relación en tre la confianza que se merecen y la que le da la gente.



e. 84. Tengo la sensación de que todo me sale mal.

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
VAR84	685	0	5	1,57	1,573
N válido (según lista)	685				

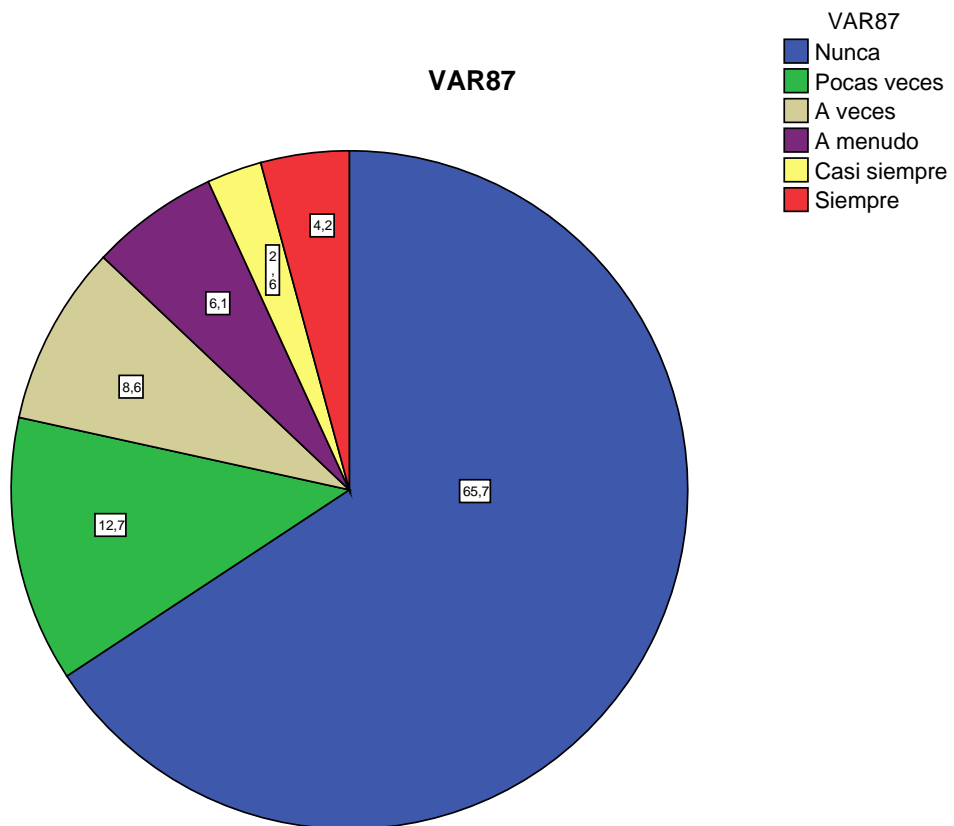
El 14.3 % de los sujetos se muestra incapaz de controlar las consecuencias de sus actos creyendo que todo le sale mal. Sólo un tercio considera que no lo considera.



f. 87. Prefiero pasar el tiempo solo que estar con los demás.

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
VAR87	686	0	5	,80	1,365
N válido (según lista)	686				

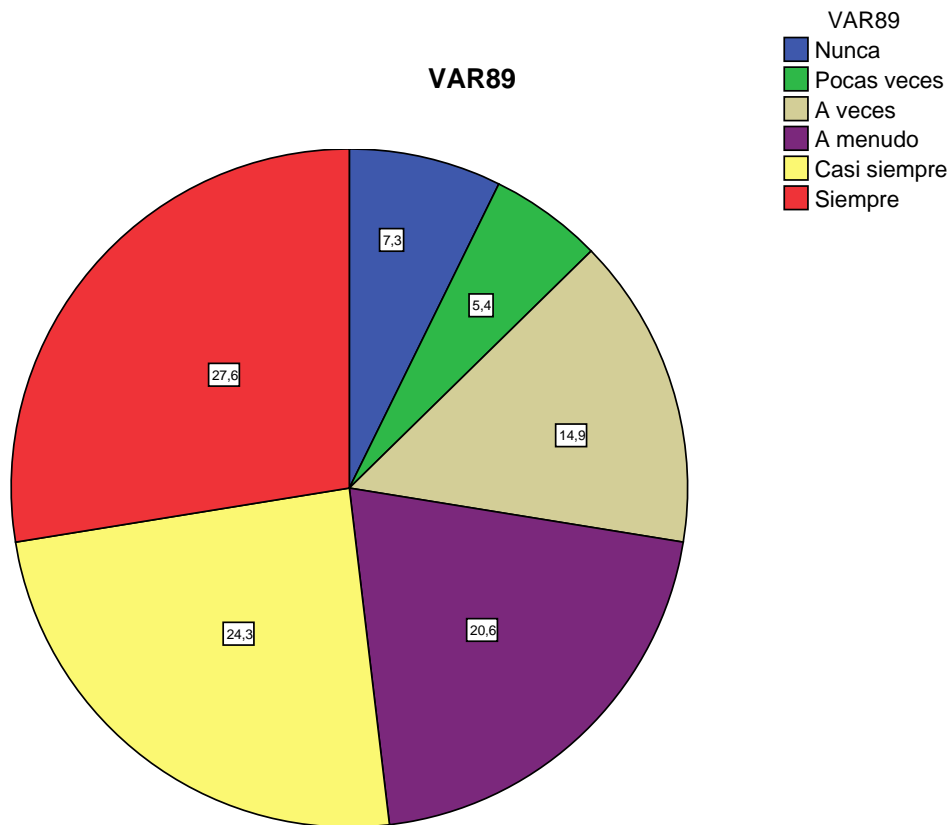
Dos tercios de la muestra prefieren la compañía a la soledad. Aunque el 6.6 % se encuentra mejor en soledad.



g. 89. Sé que la gente me aprecia.

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
VAR89	686	0	5	3,32	1,506
N válido (según lista)	686				

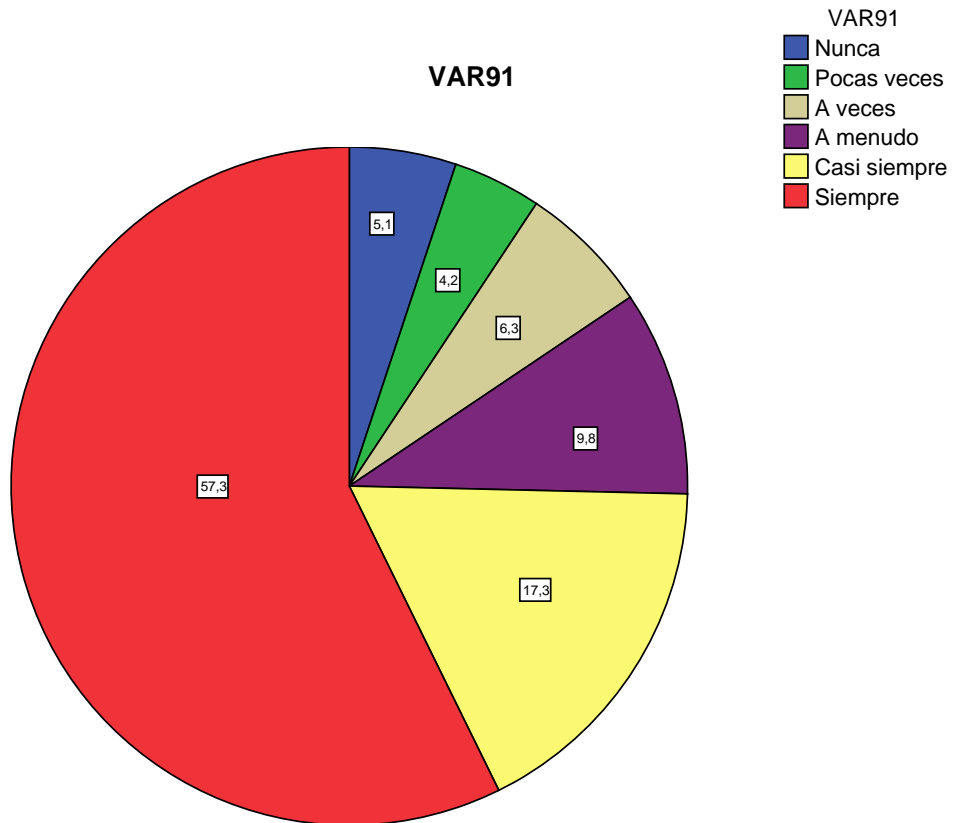
El 12.7 % de la muestra no se consideran reconocidos ni estimados por los demás. Algo más del 50 % sí.



h. 91. Creo que realmente sé quién soy.

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
VAR91	686	0	5	4,02	1,456
N válido (según lista)	686				

Casi el 75 % de la muestra realmente creen que se conocen, pero el 9.3 % de la muestra no lo considera así.



5.2.2.- Análisis de variables categóricas: tablas de contingencia

Teniendo presentes los objetivos de nuestra investigación, a continuación presentaremos las tablas de contingencia que representan los diferentes cruces realizados desde las variables género y edad con las diferentes escalas que conforman los cuestionarios de esta investigación. Los cuestionarios utilizados han sido el EDI-2 y el EPQ-J.

Según Eysenck y Eysenck (1978), con el cuestionario EPQ-J se pretende aislar las tres dimensiones básicas de la personalidad. Según Miranda i Torrent, los resultados se han agrupado, para cada variable individual, en diferentes rangos según el percentil obtenido: "bajo" (0-20), "normal bajo" (21-40), "normal" (41-60), "normal alto" (61-80), "alto" (81-99).

1. Escala N (emocionalidad)

A continuación mostramos la tabla en la que se ve la distribución según el rango arriba indicado y la variable sexo.

	Bajo	Normal bajo	Normal	Normal alto	Alto
Hombres	39,2%	28,26%	10,66%	14,13%	7,73%
Mujeres	27,1%	18,37%	21,98%	22,89%	9,63%

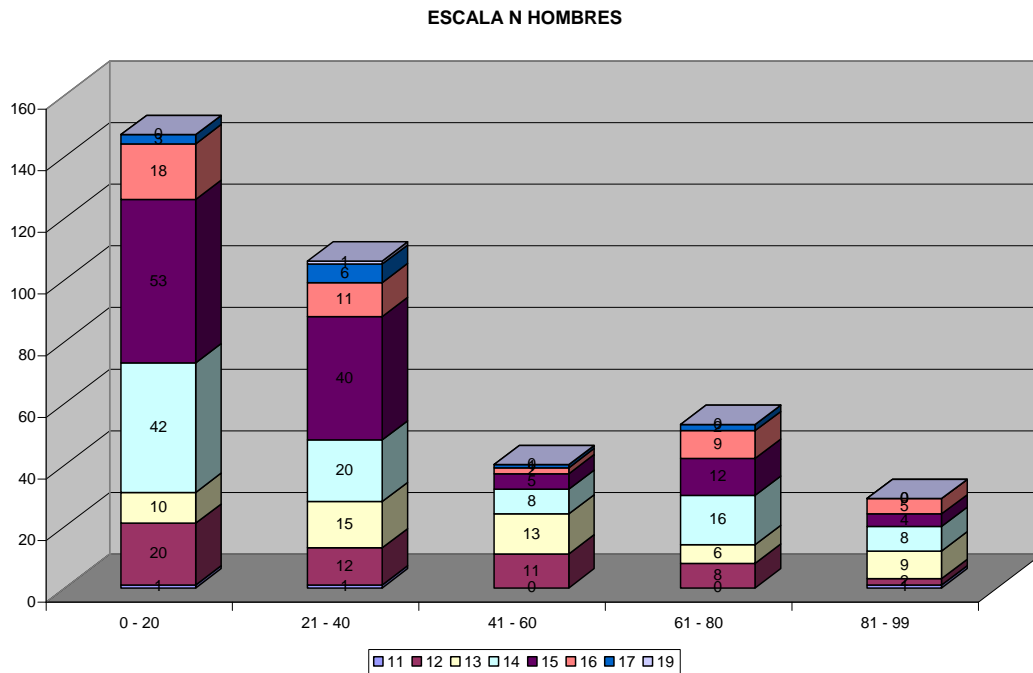
Para nuestra discusión de resultados, hemos agrupado los rangos "normal bajo", "normal" y "normal alto" dentro de una única categoría, con denominaciones genéricas: *nivel medio*, *franja de normalidad*, etc. Nos centramos en los rangos "bajo", que en hombres afecta al 39,2% y mujeres al 27,1%. Y "alto", siendo en hombres del 7,73% y mujeres el 9,63%, todo ello lo analizaremos en función de la edad de los participantes.

		11	12	13	14	15	16	17	19
HOMBRES	Alto	3,44%	6,89%	31,03%	27,58%	13,79%	17,24%	0%	0%
	Bajo	0,68%	13,6%	6,8%	28,57%	36,05%	12,24%	2,04%	0%
MUJERES	Alto	0%	9,37%	37,5%	21,87%	18,75%	6,25%	6,25%	0%
	Bajo	1,11%	11,11%	8,88%	38,88%	23,33%	11,11%	5,55%	0%

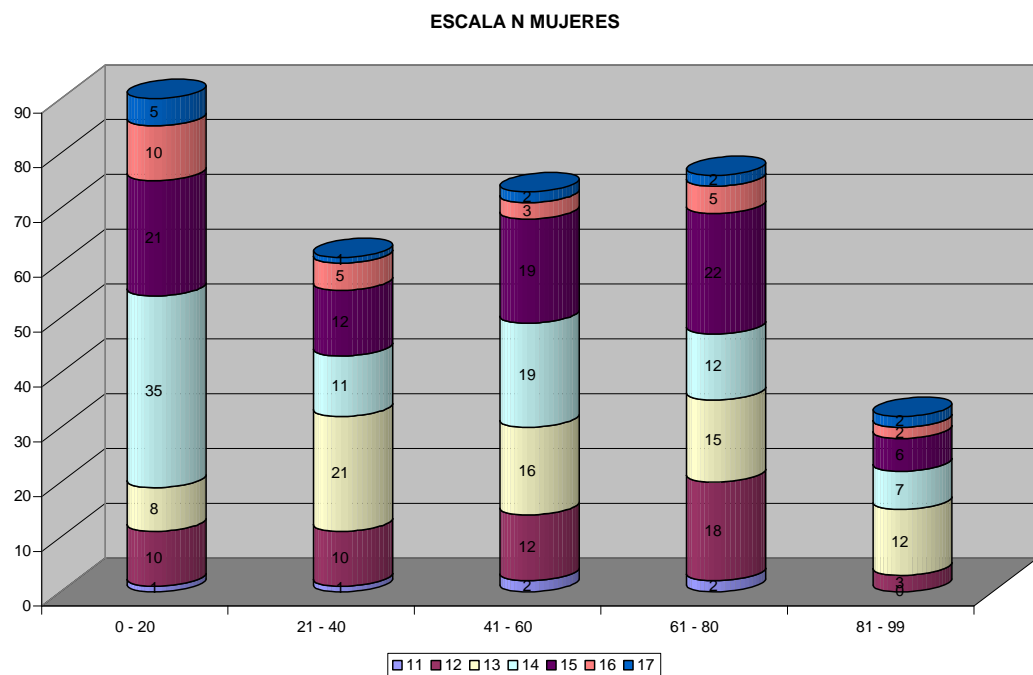
Los datos obtenidos de las pruebas chi-cuadrado para ambos sexos son $< 0,05$ por tanto son estadísticamente significativos.

Sexo		Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Hombre	Chi-cuadrado de Pearson	269,744(a)	140	,000
	Razón de verosimilitudes	242,365	140	,000
	Asociación lineal por lineal	2,192	1	,139
	N de casos válidos	360		
Mujer	Chi-cuadrado de Pearson	211,094(b)	114	,000
	Razón de verosimilitudes	244,858	114	,000
	Asociación lineal por lineal	3,362	1	,067
	N de casos válidos	332		

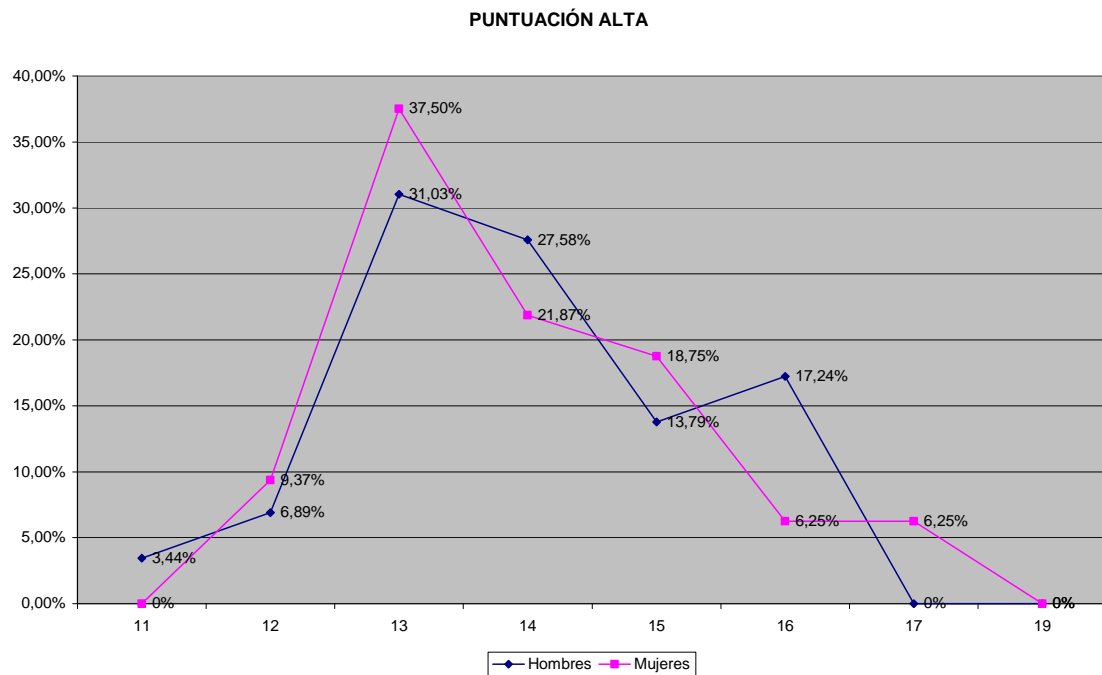
Respecto a los hombres, los que obtienen mayor representatividad dentro de las puntuaciones altas (7,73%) son los sujetos de 13 años (31,03%) y 14 años (27,58%) y los de 11 años (3,44%) y 12 años (6,89%) son los que obtienen la puntuación más baja. Mientras que los que obtiene puntuaciones más bajas en los hombres (39,2%), el grupo de edad que alberga mayor porcentaje son los de 14 años (28,57%) y 15 años (36,05%) y los que menos los de 11 y 17 años.



De las mujeres, los que obtuvieron puntuaciones más altas (9,63%) son los sujetos de 13 años (37,5%) y 14 años (21,87%) y los que obtienen menor puntuación son los de 16 años (6,25%) y 17 años (6,25%). Mientras que los que obtuvieron puntuaciones más bajas en mujeres (27,1%), el grupo de edad que representa el mayor porcentaje son los sujetos de 14 años (38,88%) y 15 años (23,33%) y los que menos, los de 11 y 17 años.



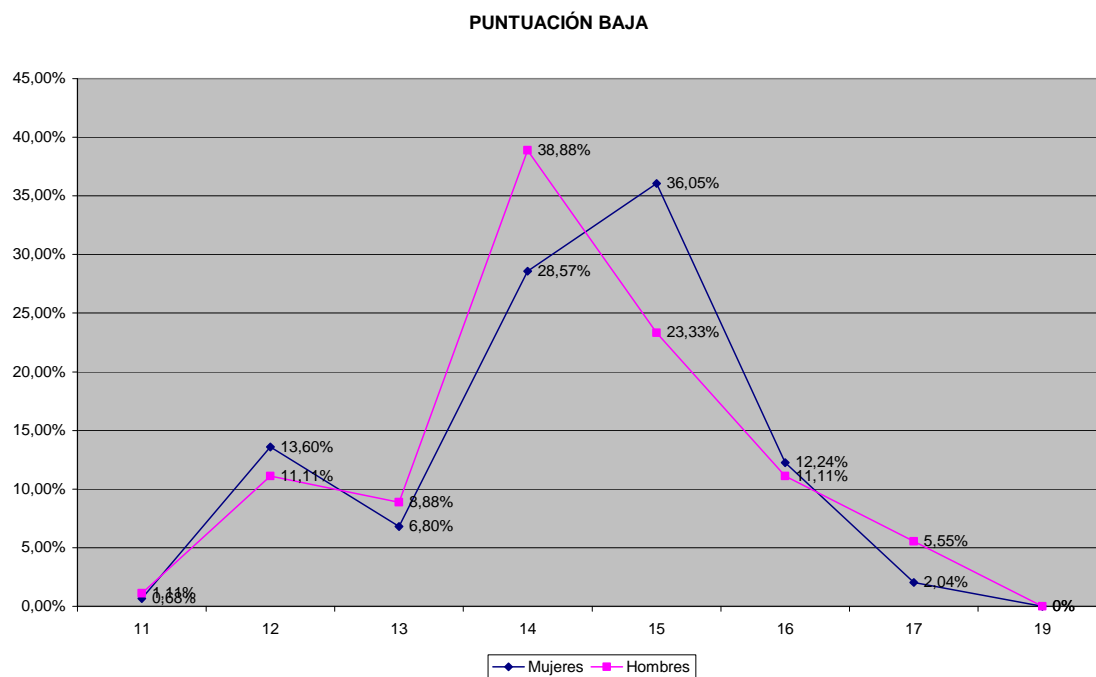
Los resultados obtenidos por ambos sexos en la escala N, dentro de las puntuaciones altas son:



La gráfica nos indica cómo la evolución de ambos sexos es muy similar en función de la edad. El grupo de edad que obtiene mayor representación sería el de los 13 años. Los sujetos con puntuación alta N son ansiosos, preocupados, con cambios rápidos de humor, frecuentemente deprimidos; probablemente duermen mal y se quejan de diferentes desórdenes psicossomáticos; son exageradamente emotivos, presentan reacciones muy fuertes a todo tipo de estímulos y les cuesta volver a la normalidad después de cada experiencia que provoca una elevación emocional. Sus fuertes reacciones emocionales interfieren para lograr una adaptación adecuada, y hacen que reaccione de una manera irracional y, en ocasiones, rígida. Cuando esta puntuación se combina con la Extraversión, es probable que el sujeto se muestre quisquilloso e inquieto, excitable, e, incluso agresivo. Si hubiera que describir a este sujeto de valor N alto con un solo adjetivo, se podría decir que es un preocupado; su principal característica es una constante preocupación acerca de las cosas o acciones que pueden resultar mal, junto con una fuerte reacción emocional de ansiedad a causa de estos pensamientos. Por otra parte, el sujeto estable agrupado en el rango normal tiende a responder emocionalmente sólo con un tono bajo y débil, y vuelve a su estado habitual

rápidamente después de una elevación emocional; normalmente es equilibrado, calmoso, controlado y despreocupado.

De los sujetos que han obtenido menor puntuación, la gráfica nos muestra una evolución muy similar entre hombres y mujeres. Aunque el grupo de edad de mayor representación en mujeres es el de 14 años, en hombres es el de 15 años.



2. Escala E (extraversión)

A continuación mostramos la tabla en la que se ve la distribución según el rango anteriormente indicado y la variable sexo.

	Bajo	Normal bajo	Normal	Normal alto	Alto
Hombres	16,15%	15,87%	16,71%	21,72%	29,52%
Mujeres	11,44%	13,85%	23,19%	24,09%	27,4%

Para nuestra discusión de resultados, hemos agrupado los rangos "normal bajo", "normal" y "normal alto" dentro de una única categoría, con denominaciones genéricas: *nivel medio*, *franja de normalidad*, etc. Nos centramos en los rangos "bajo", que en hombres afecta al 16,15% y mujeres al 11,44%. Y "alto", siendo en hombres del

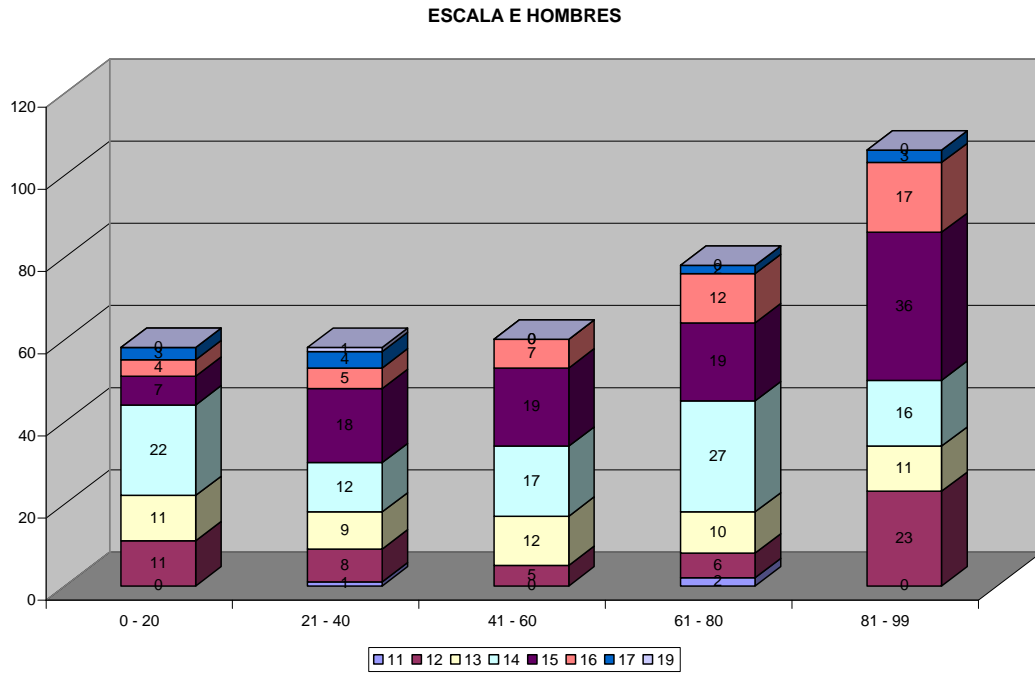
29,52% y mujeres el 27,4%, todo ello lo analizaremos en función de la edad de los participantes.

		11	12	13	14	15	16	17
HOMBRES	Alto	0%	21,69%	10,37%	15,09%	33,96%	16,03%	2,83%
	Bajo	0%	18,96%	18,96%	37,93%	12,06%	6,89%	5,17%
MUJERES	Alto	1,09%	10,98%	21,97%	29,67%	24,17%	7,69%	4,39%
	Bajo	2,63%	26,31%	26,31%	13,15%	18,42%	10,52%	2,63%

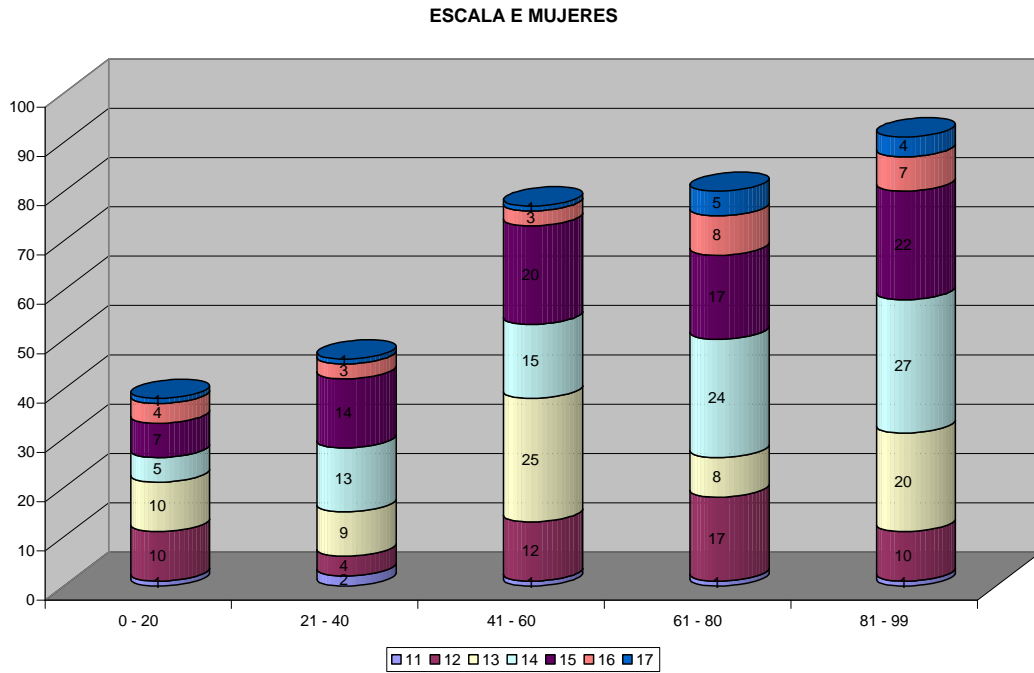
Los datos obtenidos de las pruebas chi-cuadrado para ambos sexos es $< 0,05$ por tanto son estadísticamente significativos.

Sexo		Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Hombre	Chi-cuadrado de Pearson	405,423(a)	147	,000
	Razón de verosimilitudes	360,278	147	,000
	Asociación lineal por lineal	1,046	1	,307
	N de casos válidos	360		
Mujer	Chi-cuadrado de Pearson	422,538(b)	120	,000
	Razón de verosimilitudes	322,782	120	,000
	Asociación lineal por lineal	2,136	1	,144
	N de casos válidos	332		

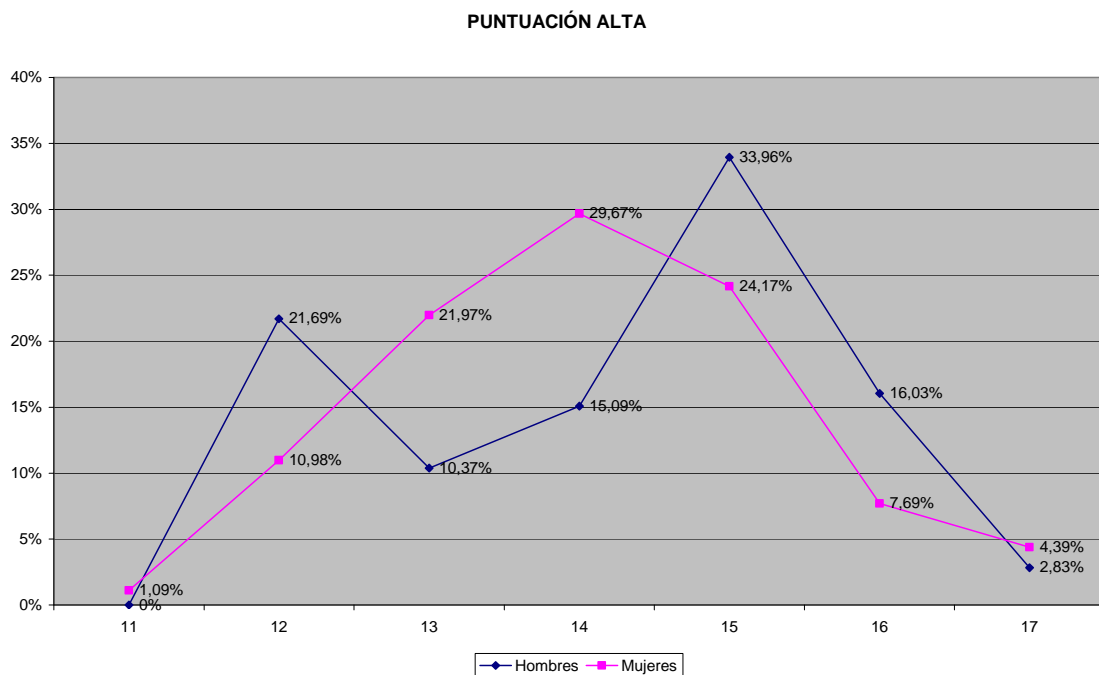
Respecto a los hombres, los que obtienen puntuaciones altas (29,52%), banda de extroversión, son los sujetos de 12 años (21,69%) y 15 años (33,96%) y los de 11 años y 17 años son los que obtienen la puntuación más baja. Mientras que los que obtiene puntuaciones más bajas en los hombres (16,15%), banda de introversión, el grupo de edad que alberga mayor porcentaje son los de 14 años (37,93%) y los que menos los de 16 y 17 años.



De las mujeres, los que obtuvieron puntuaciones más altas (27,4%), banda de extroversión, son los sujetos de 13 años (21,97%), 14 años (29,67%) y 15 años (24,17%) y los que obtienen menor puntuación son los de 11 y 17 años. Mientras que los que obtuvieron puntuaciones más bajas en mujeres (11,44%), banda de introversión, el grupo de edad que representa el mayor porcentaje son los sujetos de 12 años (26,31%) y 13 años (26,31%) y los que menos, los de 11 y 17 años.

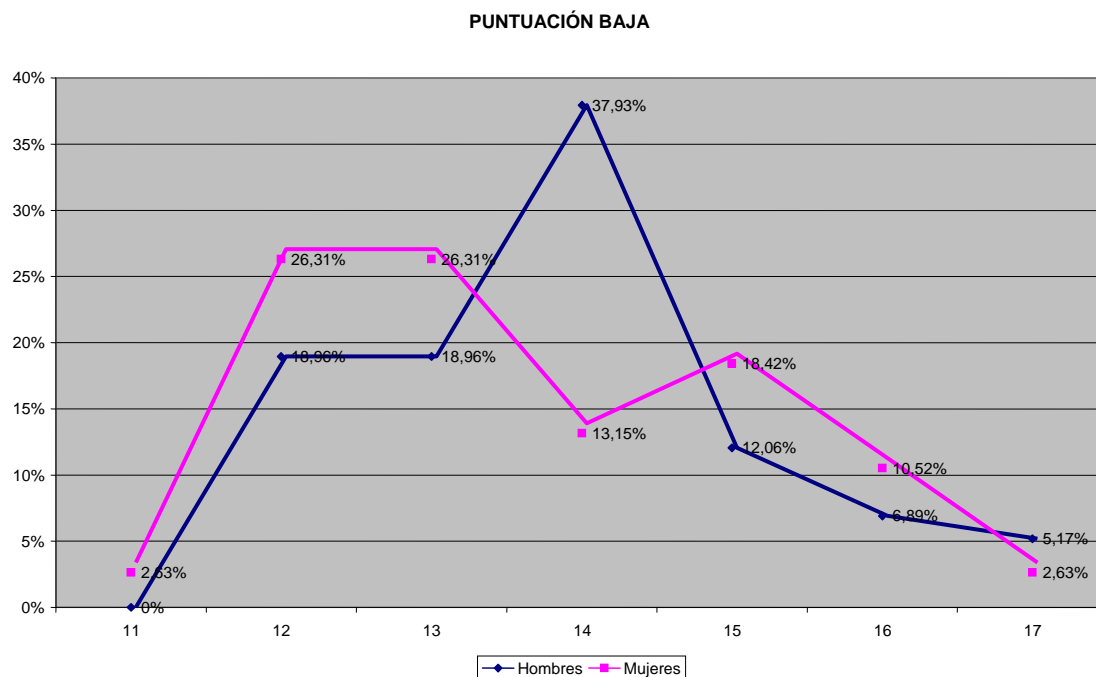


De los sujetos que han obtenido mayor puntuación, la representación por edades es la siguiente:



En la cual se observa una evolución diferente en función de la variable sexo. Las mujeres obtienen el grueso de sus puntuaciones entre los 13 y 15 años, mientras que los hombres las tienen más repartidas entre los 14 y 16 años, hay una diferencia evolutiva de un año.

Al igual que en las puntuaciones bajas, las mujeres obtienen el grueso de sus puntuaciones, aproximadamente, un año antes que los hombres. Las mujeres entre los 12 y 13 años, y los hombres, entre los 13 y 14 años.



3. Escala P (dureza)

En la siguiente tabla mostraremos la distribución según el rango anteriormente indicado y la variable sexo.

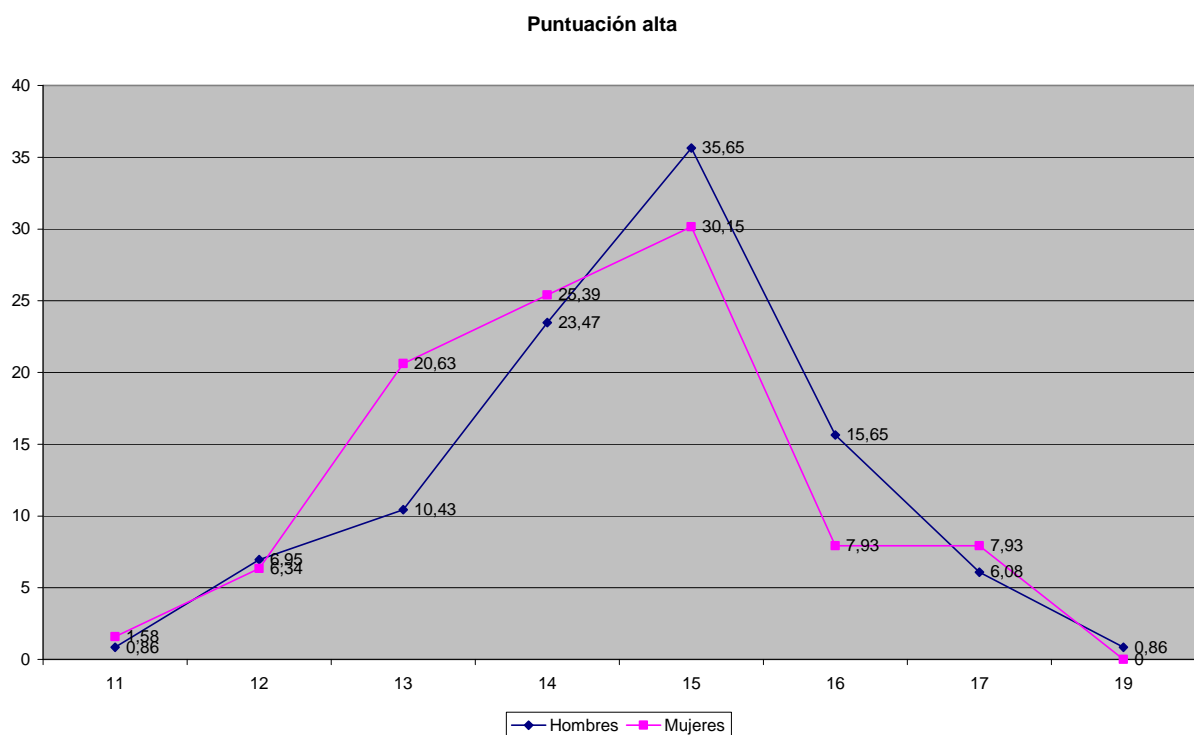
	Bajo	Normal bajo	Normal	Normal alto	Alto
Hombres	12,22%	15%	20%	20,83%	31,94%
Mujeres	16,56%	21,68%	22,59%	20,18%	18,97%

Como hemos comentado anteriormente, los resultados los hemos agrupado en los rangos "normal bajo", "normal" y "normal alto" dentro de una única categoría, con denominaciones genéricas: *nivel medio*, *franja de normalidad*, etc. Nos centramos en los rangos "bajo", que en hombres afecta al 12,22% y mujeres al 16,56%. Y "alto",

siendo en hombres del 31,94% y mujeres el 18,97%, todo ello lo analizaremos en función de la edad de los participantes.

Los datos obtenidos de las pruebas chi-cuadrado para ambos sexos es $< 0,05$ por hay una alta significación estadística.

Sexo		Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Hombre	Chi-cuadrado de Pearson	543,111(a)	126	,000
	Razón de verosimilitudes	429,414	126	,000
	Asociación lineal por lineal	22,368	1	,000
	N de casos válidos	360		
Mujer	Chi-cuadrado de Pearson	442,643(b)	90	,000
	Razón de verosimilitudes	477,732	90	,000
	Asociación lineal por lineal	4,879	1	,027
	N de casos válidos	332		



Respecto a los hombres, los que obtienen puntuaciones altas están mayormente representados por los sujetos de entre 14 y 16 años. Sin embargo, el grueso de las

mayores puntuaciones en las mujeres se encuentra entre los 13 y 15 años. Las puntuaciones altas en P de acuerdo a Eysenck (1987), describen a los sujetos cualidades como solitario, despreocupado de las personas, crea problemas a los demás y no se compagina con los otros fácilmente; puede ser cruel, inhumano e insensible, tener falta de sentimientos y empatía; se muestra hostil, incluso con los más íntimos, y agresivo, incluso con las personas amadas. Tiene una ligera inclinación por cosas raras y extravagantes; desprecia el peligro; le gusta burlarse de los demás y ponerles de mal humor. Podrían ser sujetos que desarrollaran problemas de conducta. Hay diferencias en la edad de aparición de este tipo de personalidad, apareciendo primero en las mujeres que en los hombres.

4. Escala S (sinceridad)

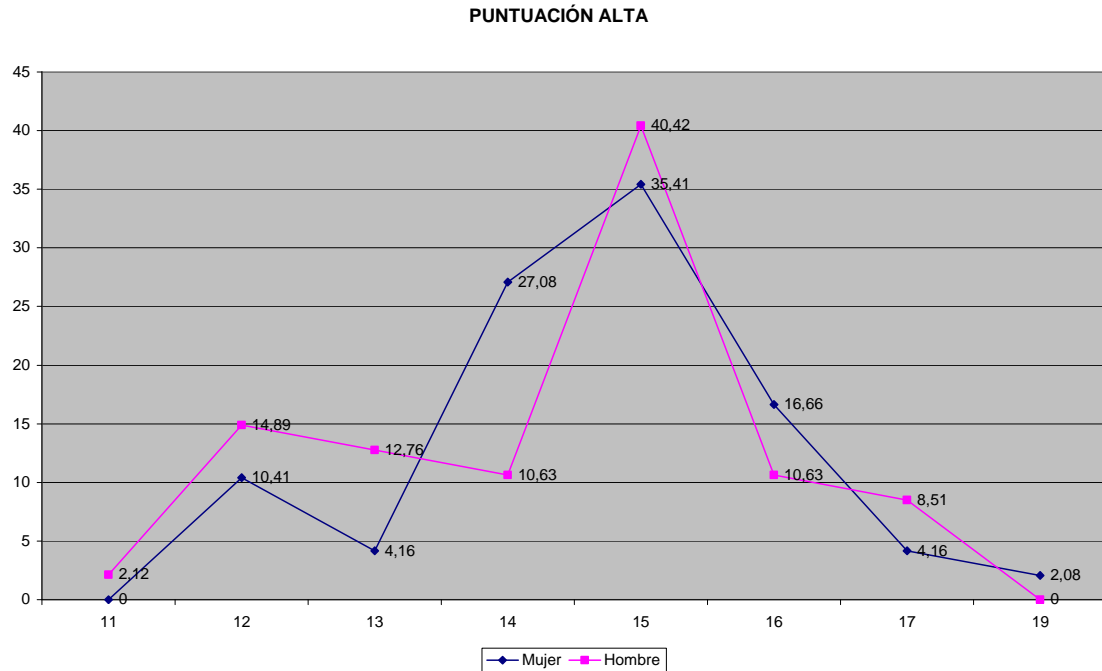
Intenta medir la tendencia al disimulo de algunos sujetos para presentar un “buen aspecto”. La muestra de sujetos válidos sería 692, siendo 8 los perdidos. La media es de 44,74 con una desviación típica de 28,437.

	Bajo	Normal bajo	Normal	Normal alto	Alto
Hombres	25,21%	30,02%	14,73%	16,43%	13,59%
Mujeres	31,02%	23,19%	19,57%	12,04%	14,15%

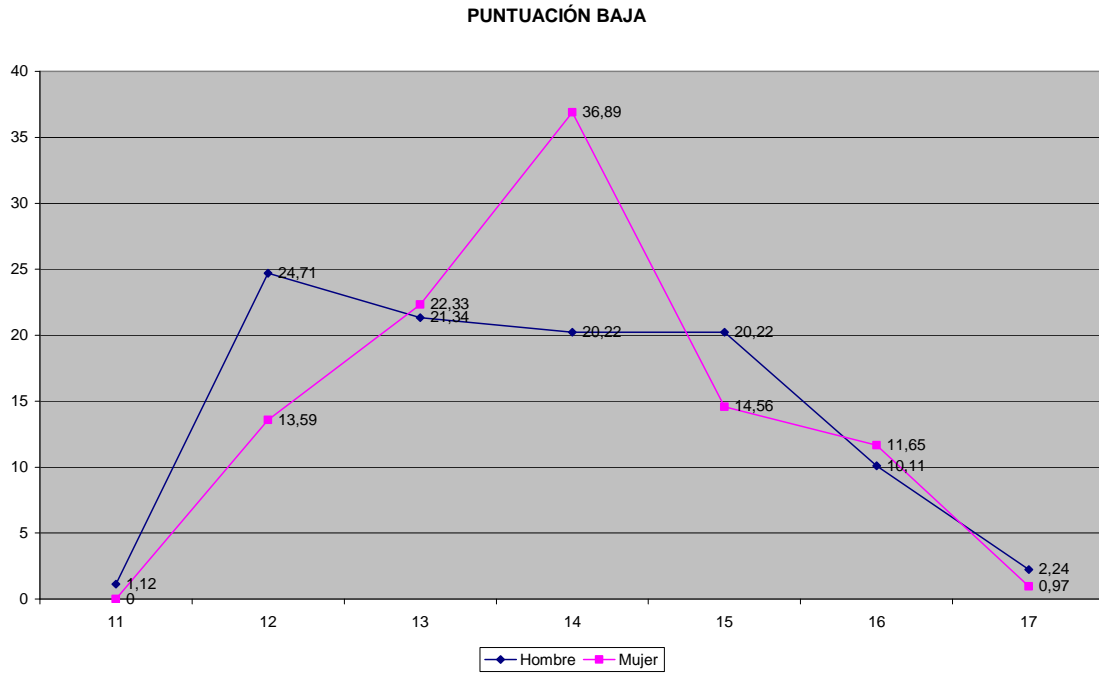
Los datos obtenidos de las pruebas chi-cuadrado para ambos sexos es $< 0,05$ por lo que hay una alta significación estadística.

Sexo		Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Hombre	Chi-cuadrado de Pearson	319,667(a)	147	,000
	Razón de verosimilitudes	273,259	147	,000
	Asociación lineal por lineal	25,528	1	,000
	N de casos válidos	360		
Mujer	Chi-cuadrado de Pearson	234,713(b)	120	,000
	Razón de verosimilitudes	266,058	120	,000
	Asociación lineal por lineal	,174	1	,677
	N de casos válidos	332		

En las puntuaciones altas, observamos cómo los hombres obtienen su mayor representación a la edad de 15 años al igual que las mujeres.



En las bajas puntuaciones, los hombres obtienen su mayor porcentaje entre los 12 y 15 años de forma muy similar a lo largo de estas edades. Obteniendo su mayor representatividad a los 12 años. Mientras las mujeres, el intervalo de edad con mayor puntuación está situado también entre los 12 y 15 años. Siendo el mayor porcentaje a la edad de 14 años. Siendo la evolución más brusca en las mujeres que en los hombres, como se observa en la gráfica.



5. Escala CA (conducta antisocial)

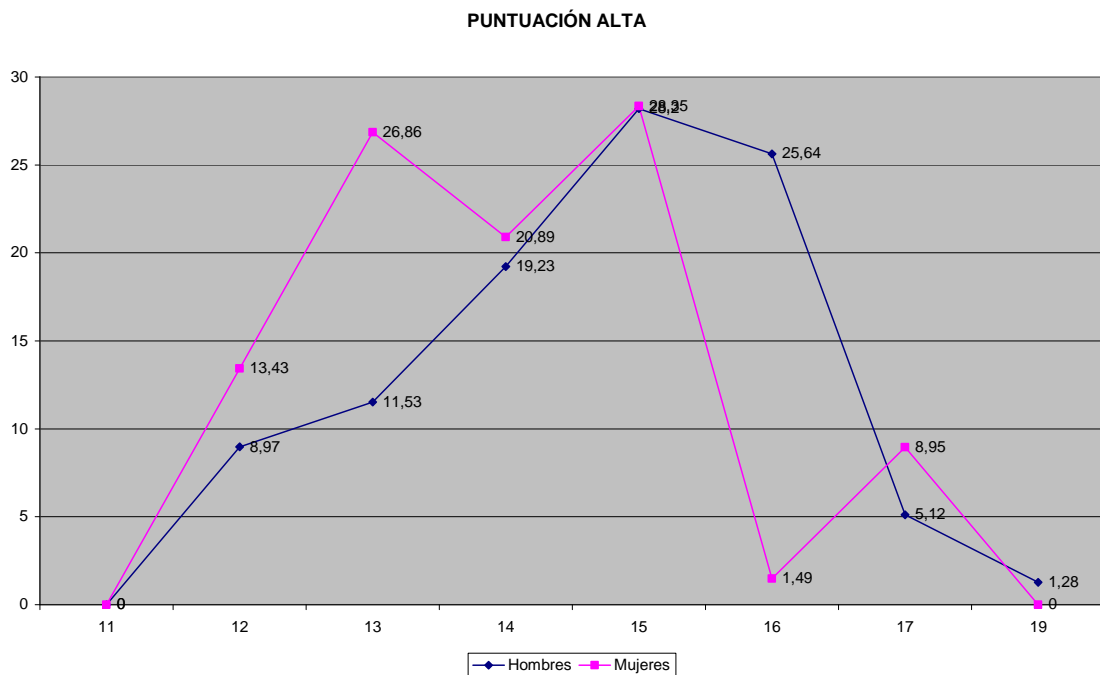
Esta escala mide la propensión a la conducta antisocial, que puede llegar en el extremo superior a una actuación propiamente criminal. La muestra de sujetos válidos sería 692, siendo 8 los perdidos. La media es de 54,51 con una desviación típica de 29,22. Las puntuaciones obtenidas en hombres y mujeres son las siguientes:

	Bajo	Normal bajo	Normal	Normal alto	Alto
Hombres	24,72%	17,77%	17,77%	18,05%	21,66%
Mujeres	18,37%	13,55%	18,67%	29,21%	20,18%

Los datos obtenidos de las pruebas chi-cuadrado para ambos sexos es $< 0,05$ por hay una alta significación estadística.

Sexo		Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Hombre	Chi-cuadrado de Pearson	233,077(a)	140	,000
	Razón de verosimilitudes	239,828	140	,000
	Asociación lineal por lineal	17,587	1	,000
	N de casos válidos	360		
Mujer	Chi-cuadrado de Pearson	235,805(b)	108	,000
	Razón de verosimilitudes	250,829	108	,000
	Asociación lineal por lineal	3,896	1	,048
	N de casos válidos	332		

Las puntuaciones altas, el rango de edad donde se acumula el mayor porcentaje de la muestra, en las mujeres comprenden de los 13 a los 15 años y en hombre de los 14 a los 16 años. Las mujeres obtienen esta puntuación un año antes que los hombres.



La gráfica de las puntuaciones bajas tanto en hombres como en mujeres forman un triángulo equilátero donde a los 14 años obtiene su máxima representatividad.

El EDI-2 está llamado a ser protagonista en la evaluación de estos trastornos tan extendidos hoy en día. Sus 91 elementos permiten puntuar en 11 escalas, 8 principales (Obsesión por la delgadez; Bulimia; Insatisfacción corporal; Ineficacia; Perfeccionismo; Desconfianza interpersonal; Conciencia introceptiva y Miedo a la madurez) y 3 adicionales (Ascetismo, Impulsividad e Inseguridad social).

6. Escala DT (obsesión por la delgadez)

Como comenta Herrero y Viña 2005, los datos respecto de la prevalencia de los trastornos de la conducta alimentaria distan de ser definitivos (Mohito, De Coppi, Frezza y Preti, 2003), la mayoría de los autores señala un claro aumento de la misma (Chinchilla, 2003; American Psychiatric Association, 2002; García-Gamba, 2001; Polivy y Herman, 2002), entendiendo los grandes esfuerzos que se dedican a determinar su grado de extensión.

Esta escala se utiliza como base para determinar si una persona se encuentra o no en situación de riesgo de desarrollar un trastorno de conducta alimentaria. Aunque el punto de corte que los autores del cuestionario propusieron era de catorce, en el manual de la segunda versión del cuestionario (Garner, 1998) advierte que su sensibilidad y especificidad varían en función de los puntos de corte utilizados. No tiene un punto de corte establecido, en la tabla de más adelante utilizaremos cuatro criterios de riesgo propuestos por distintos autores. Así, Morandé, Celada y Casas (1999) utilizaron como criterio de selección, en la fase de sondeo inicial, una puntuación superior a diez en Obsesión por la delgadez y superior a cincuenta en el total de la primera versión del cuestionario (ocho primeras subescalas). Utilizaron una puntuación baja en dicha subescala dado que pretendían reducir el número de falsos negativos a la hora de determinar a qué personas se aplicaba la segunda fase del estudio (entrevista telefónica). De los criterios utilizados por Gandarillas y Febrel (2000) para determinar situaciones de riesgo, vamos a utilizar el que se basa exclusivamente en la mencionada subescala y considera en situación de riesgo a quien obtiene una puntuación superior a once en la misma. El criterio más duro ha sido el propuesto por Norring y Sohlberg (1988) con un punto de corte superior a 17 en Obsesión por la delgadez. La propuesta de estos autores

se basó en el análisis de los datos de prevalencia de distintos estudios realizados en Suecia, Gran Bretaña y Estados Unidos.

En la siguiente tabla se presentan los porcentajes de adolescentes de ambos géneros que están en situación de riesgo, en función de los criterios señalados por algunos autores a partir de las puntuaciones obtenidas en el EDI. Los porcentajes de adolescentes que se encuentran en situación de riesgo son mucho más altos en las mujeres que en los hombres, también el presente estudio lo indica.

Autores	CRITERIOS DE RIESGO											
	Morandé et al. (1999)			Gandarillas y Febrel (2000)			Garner (1998)			Norrning y Sohlberg (1988)		
	EDI > 50			DT > 11			DT > 14			DT > 17		
	M	H	T	M	H	T	M	H	T	M	H	T
Garner et al. (1983)				11,0			6,0			2,0		
Garner y Olmsted (1984) (citado en Garner, 1998)-U					1,0		9,0	0,0			0,0	
Garner y Olmsted (1984) (citado en Garner, 1998)-S							11,0	0,0			0,0	
Rosen et al. (1988)				17,0	1,0		9,0	0,0		3,0	0,0	
Shore y Porter (1990)				24,0			12,0			4,0		
Corral et al. (1998)				23,0	4,0		14,0	2,0		5,0	0,0	
Morandé et al. (1999)	24,9	3,4	15,5									
Gandarillas y Febrel (2000)				18,4	1,3							
Engström y Norring (2002)-93							6,1	0,3				
Engström y Norring (2002)-98							5,7	0,4				
Herrero y Viña (2005)	14,9	6,2	10,4	18,1	5,4	11,5	10,0	3,3	6,5	4,4	0,7	2,5
Este estudio	11,4	2,8		11,4	2,8		5,7	1,8		2,4	0,8	
M = Mujeres; H = Hombres; T = Total; DT = Obsesión por la Delgadez.												

Utilizando el criterio de riesgo de Morandé et al (1999), tanto en la submuestra masculina como femenina sus porcentajes son mayores. En la submuestra masculina obtenemos un 11,4% frente al 24,9%. La diferencia es menor en la submuestra femenina del 2,8% frente al 3,4%. Respecto al criterio de Gandarillas y Febrel (2000), el porcentaje de mujeres en situación de riesgo es del 11,4% es el porcentaje menor obtenido junto con Garner et al. (1983) 11,0% de los presentes estudios. Mientras que

en los hombres es del 2,8%. Al utilizar el criterio de Garner (1998) en las mujeres encontramos un porcentaje de riesgo del 5,7%, es junto con el estudio de Engström y Norring (2002)-98 el porcentaje menor obtenido. El porcentaje de hombres en riesgo es del 1,8%. Utilizando el criterio de Norring y Sohlberg (1988) las mujeres en situación de riesgo es del 2,4% y en hombres del 0,8%.

A continuación mostramos a puntuación media y la desviación típica obtenida en la muestra de estudio, tanto varones como mujeres y las puntuaciones obtenidas en otros estudios.

Autores	Obsesión por la delgadez			
	Mujeres		Hombres	
	Media	Desviación típica	Media	Desviación Típica
Garner et al. (1983)	5,0		1,6	
Garner y Olmsted (1984) (citado en Garner 1998)			5,1	5,5
Guimerá y Torrubia (1997)	2,9	4,3		
Racita y Norcross (1987)	4,6	5,5		
Rosen, Silberg y Gross (1988)	5,6	5,9	1,7	2,5
Kurtzman, Yager, Landsverk, Wiesmeier y Bodurka (1989)	5,5	4,4		
Klemchuk, Hutchinson y Frank (1990)	6,0			
Shore y Porter (1990)	6,9	5,8		
Corral et al. (1998)	6,8	6,3	2,9	3,7
Garner (1998)	5,5	5,5	2,2	0,4
Gandarillas y Febrel (2000)	5,4		1,5	
Engelsen y Laberg (2001)	2,6	1,3		
Cripta, Chaturvedi, Chandarana y Jonson (2001)-Canadá	5,5	6,1		
Gupta et al. (2001)-India	4,2	4,6		
Jones, Bennet, Olmsted, Lawson y Rodin (2001)	4,8	5,8		
Cruz y Maganto (2002)	5,2	5,8	1,8	2,9
Espelage, Mazzeo, Aggen, Quittner, Sherman y Thompson (2003)	4,4	5,7		
Cashel, Cunnigham, Lenderos, Cokley y Muhammad (2003)	6,0	6,1	1,5	2,7
Lameiras Calado, Rodríguez y Fernández (2003)	3,7	4,9	1,7	3,2

Van Serien y Ouwens (2003)	3,5	3,9		
Herrero y Viña (2005)	5,4	5,6	3,1	4,0
Este estudio	4,98		2,48	

Herrero y Viña (2005)

En mujeres, la puntuación media es de 4,98 equivale a un percentil de 52,92 con una desviación típica de 24,37. En los varones, la media de las puntuaciones es de 2,48 equivale a un percentil de 65,27 y tiene una desviación típica de 22,64.

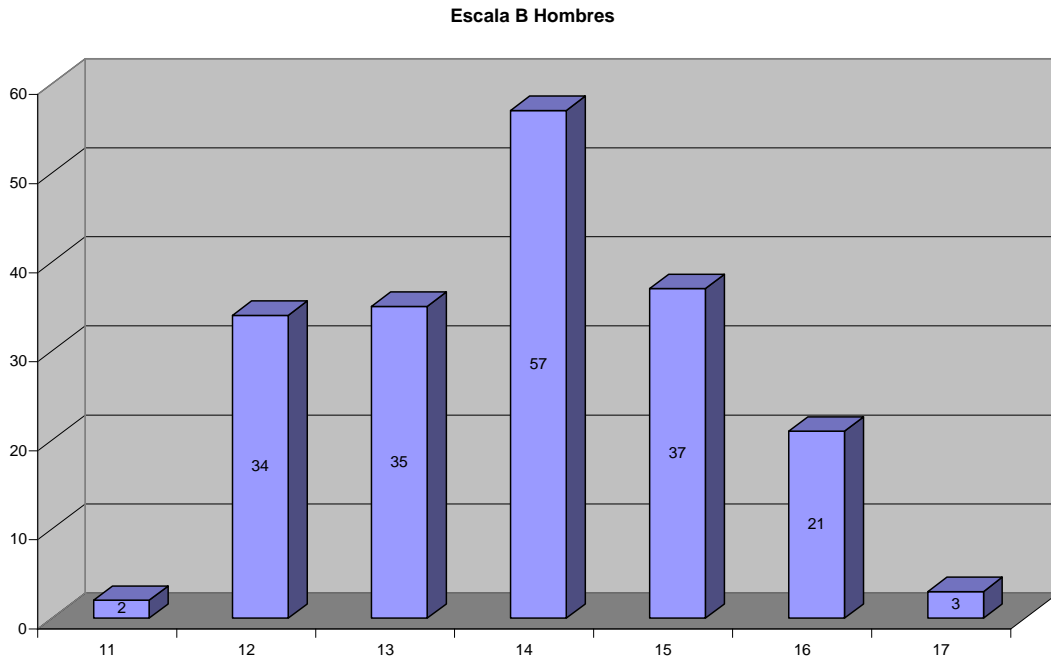
En la siguiente tabla mostramos el porcentaje de sujetos que, en función de su edad han superado el centil 85, puntuación que se considera como punto de corte significativo de posibles problemas. Esto no significa necesariamente que exista un trastorno o que la situación sea preocupante, pero sí que aparecen algunas señales de alarma a las que es necesario prestar atención (TEA ediciones). El 24 % de los varones y el 12,46% de las mujeres responden a este criterio. En los hombres la incidencia es máxima a los 14 años y en las mujeres a los 15 años.

Edad	11	12	13	14	15	16	17
Varones	3,33%	23,33%	20%	28,88%	12,22%	11,11%	1,11%
Mujeres	2,50%	10%	20%	25%	30%	10%	2,50%

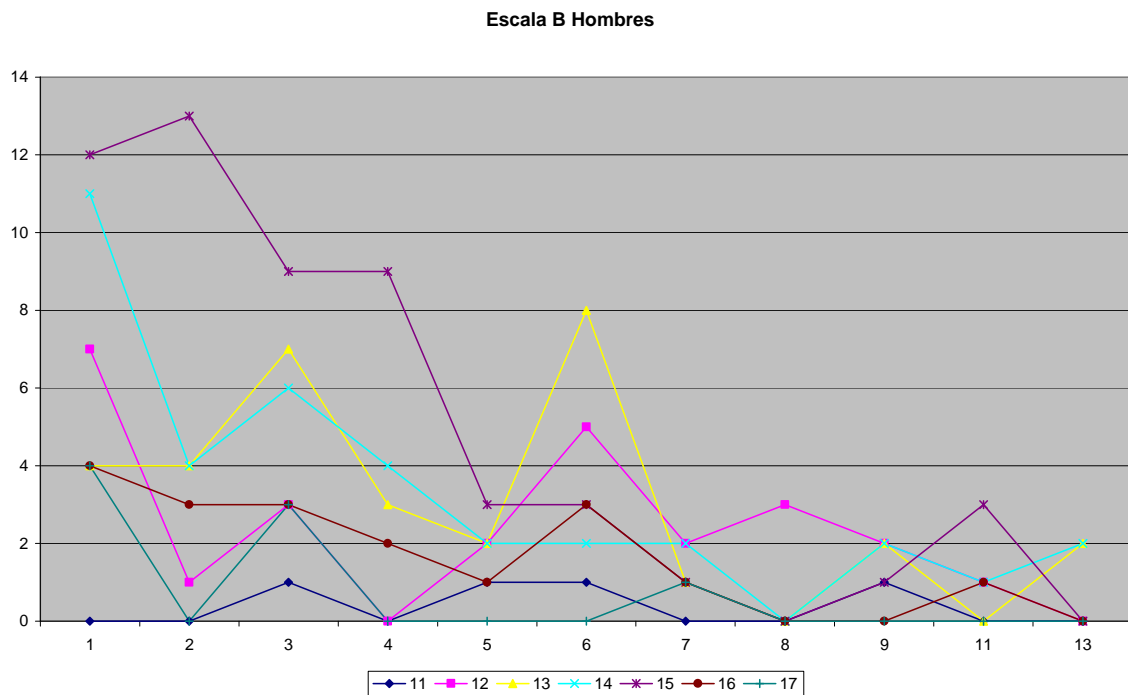
7. Escala B (bulimia)

Evalúa las actitudes y conductas relacionadas de forma más directa con la anorexia y la bulimia. Según el manual del EDI-2 hace referencia a la tendencia a tener pensamientos o a darse comilonas o atracones de comida incontrolables.

En la muestra, los hombres obtuvieron una puntuación media de 1,715 (percentil 57,87). El 50,4% de los hombres (189 sujetos) obtuvieron un percentil 41, equivalente a una puntuación directa (PD) de 0. En la siguiente tabla aparece la distribución de los sujetos que obtuvieron esta PD en función de la edad.

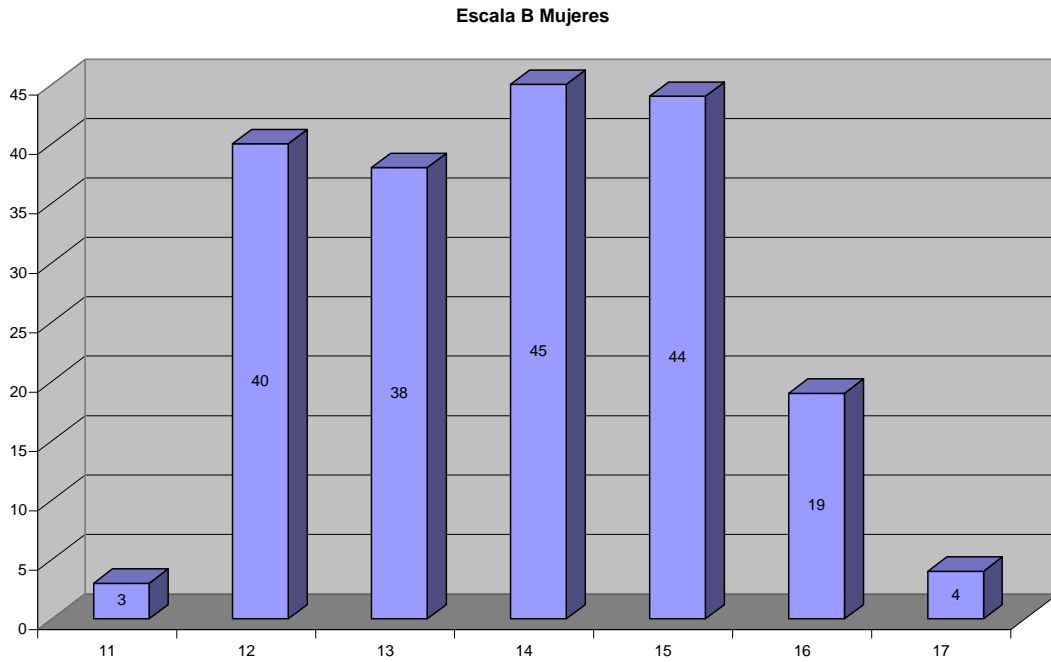


En la siguiente tabla mostramos el resto de los sujetos varones (49,6% de la muestra de varones) en función de su edad, a lo largo de las puntuaciones directas.

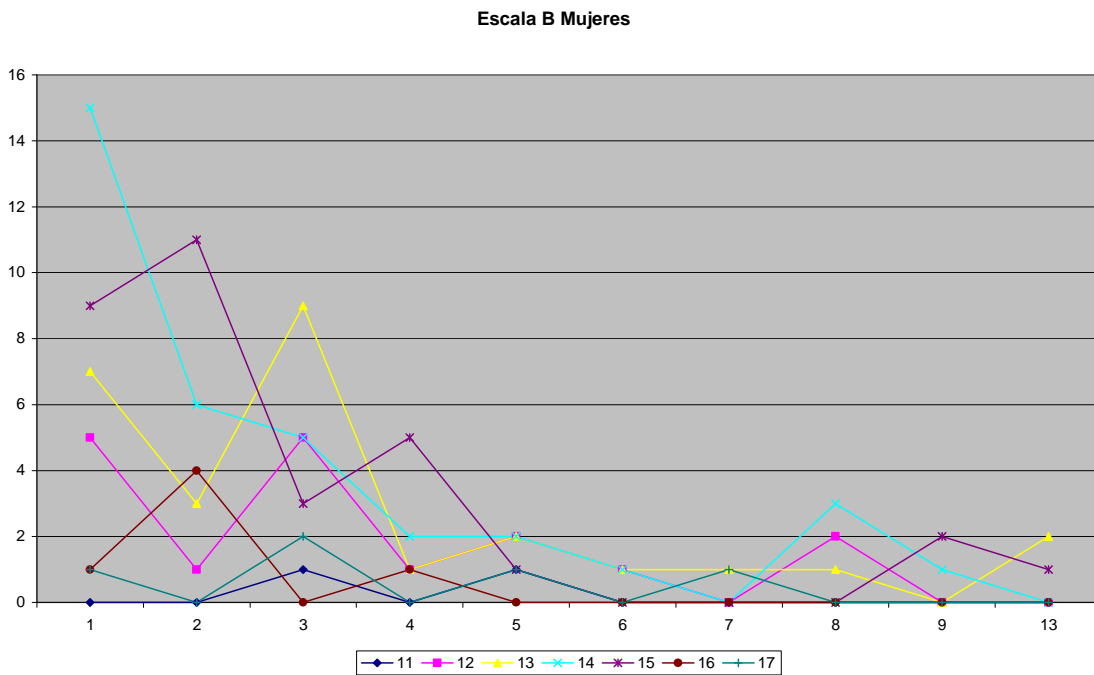


En la muestra, las mujeres obtuvieron una puntuación media de 1,06 (percentil 57,72). El 60,12% de las mujeres (193 sujetos) obtuvieron un percentil 47, equivalente a

una puntuación directa (PD) de 0. En la siguiente tabla aparece la distribución de los sujetos que obtuvieron esta PD en función de la edad.



En la siguiente tabla mostramos el resto de los sujetos (39,88% de la muestra de mujeres) en función de su edad, a lo largo de las puntuaciones directas.



Autores	Bulimia			
	Mujeres		Hombres	
	Media	Desviación típica	Media	Desviación Típica
Garner et al. (1983)	2,0		1,0	
Garner y Olmsted (1984) (citado en Garner 1998)			1,7	3,1
Guimerá y Torrubia (1997)	1,0	1,8		
Racita y Norcross (1987)	1,9	2,8		
Rosen, Silberg y Gross (1988)	2,1	3,3	1,2	2,4
Kurtzman, Yager, Landsverk, Wiesmeier y Bodurka (1989)	1,4	2,8		
Klemchuk, Hutchinson y Frank (1990)	2,0			
Shore y Porter (1990)	2,1	3,1		
Corral et al. (1998)	1,9	2,6	2,3	3,0
Garner (1998)	1,2	1,9	1,0	1,7
Gandarillas y Febrel (2000)	1,3		1,4	
Engelsen y Laberg (2001)	1,8	0,7		
Cripta, Chaturvedi, Chandarana y Jonson (2001)-Canadá				
Gupta et al. (2001)-India				
Jones, Bennet, Olmsted, Lawson y Rodin (2001)	1,3	2,4		
Cruz y Maganto (2002)	1,6	2,6	1,7	2,4
Espelage, Mazzeo, Aggen, Quittner, Sherman y Thompson (2003)	1,3	2,5		
Cashel, Cunnigahm, Lenderos, Cokley y Muhammad (2003)	1,7	2,6	1,4	2,4
Lameiras Calado, Rodríguez y Fernández (2003)	0,7	1,5	0,4	1,1
Van Serien y Ouwens (2003)	0,6	1,7		
Herrero y Viña (2005)	1,3	2,5	1,6	2,6
Este estudio	1,06		1,71	

Herrero y Viña (2005)

Al comparar nuestras puntuaciones con las obtenidas en el estudio de Herrero y Viña, vemos cómo la puntuación obtenida en mujeres es menor que la obtenida en los hombres al igual que ocurre en Herrero y Viñas (2005) con unas puntuaciones similares en los hombres aunque en las mujeres es dos décimas inferior.

En la siguiente tabla mostramos el porcentaje de sujetos que, en función de su edad han superado el centil 85, puntuación que se considera como punto de corte significativo de posibles problemas. Esto no significa necesariamente que exista un trastorno o que la situación sea preocupante, pero sí que aparecen algunas señales de alarma a las que es necesario prestar atención (TEA ediciones). El 16,53 % de los varones y el 11,21% de las mujeres responden a este criterio.

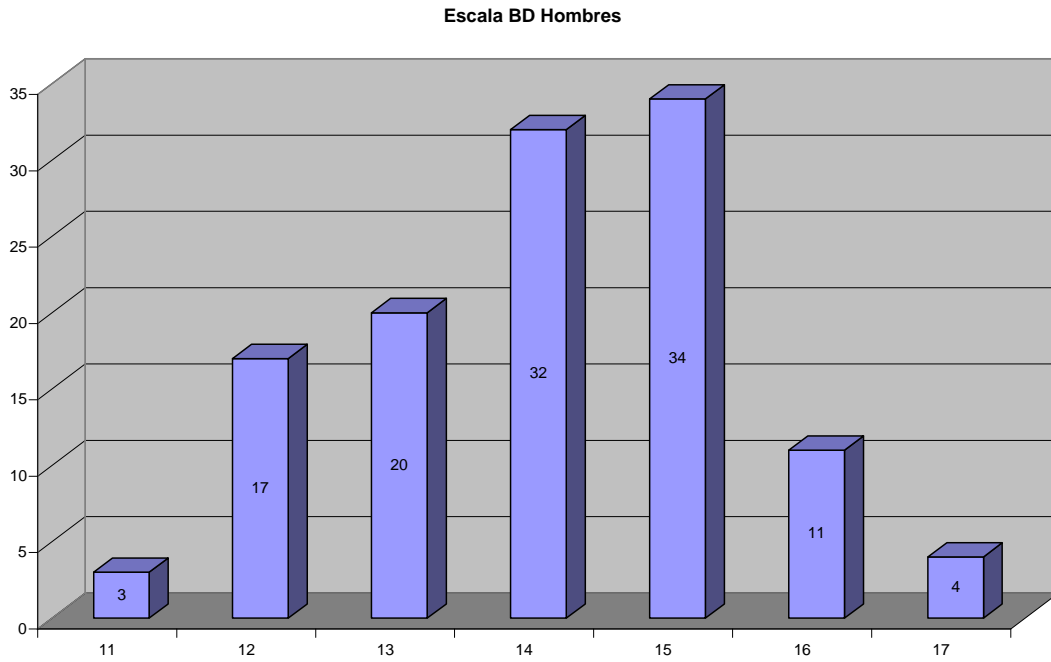
Edad	11	12	13	14	15	16	17
Varones	4,83%	24,19%	24,19%	17,74%	17,74%	9,67%	1,61%
Mujeres	2,77%	16,66%	22,22%	25%	25%	2,77%	5,55%

En los varones el grupo de edad de máxima incidencia es entre los 12 y 13 años, mientras que en las mujeres aparece entre los 14 y 15 años.

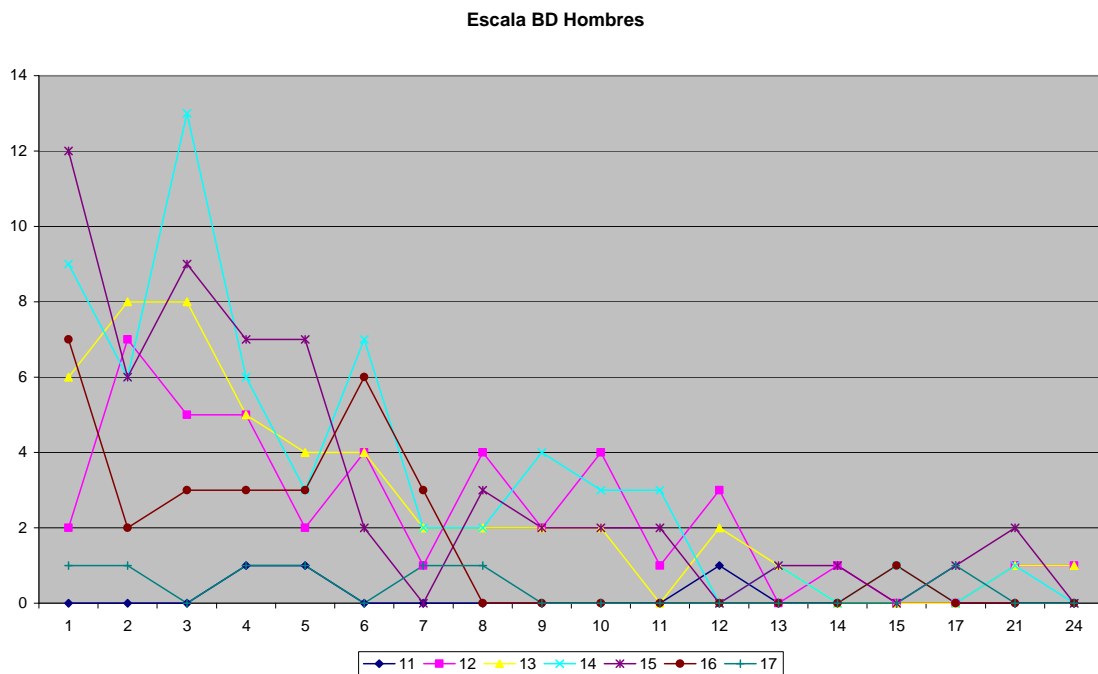
8. Escala BD (insatisfacción corporal)

Mide la insatisfacción del sujeto con la forma general de su cuerpo o con las de aquellas partes del mismo que más preocupan a los que padecen TCA. Se considera una característica fundamental tanto en la anorexia como en la bulimia.

En la muestra, los hombres obtuvieron una puntuación media de 1,34 (percentil 51,83). El 32,88% de los hombres (121 sujetos) obtuvieron un percentil de 26, equivalente a una puntuación directa (PD) de 0. En la siguiente tabla aparece la distribución de los sujetos que obtuvieron esta PD en función de la edad.

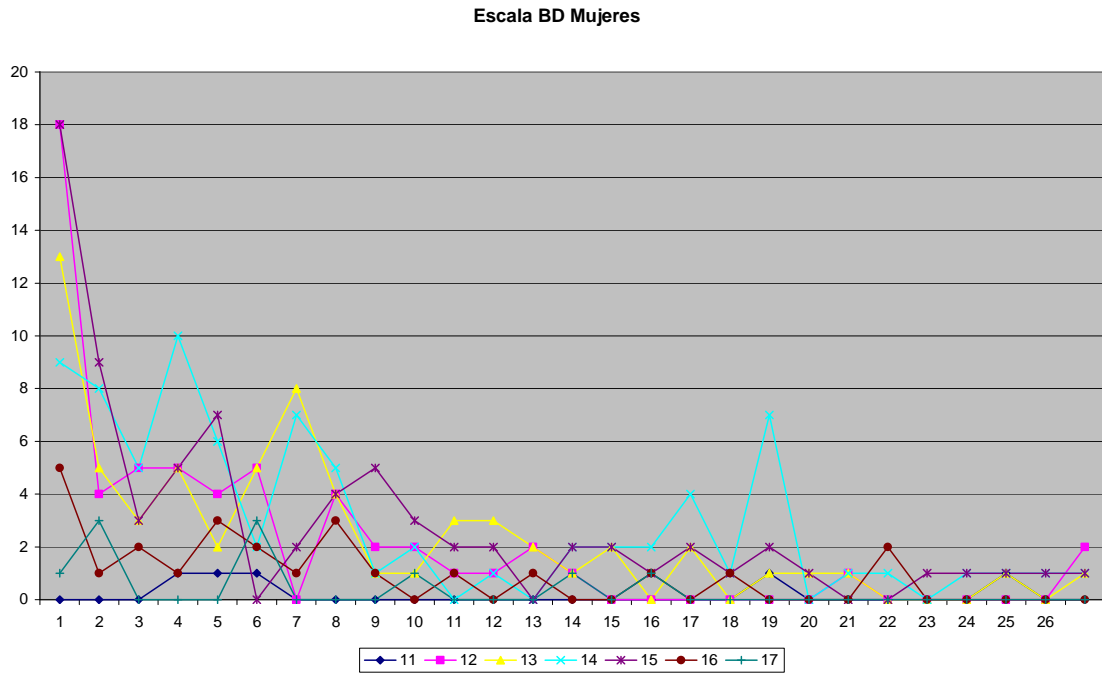


En la siguiente tabla mostramos el resto de los sujetos varones (67,12% de la muestra de varones) en función de su edad, a lo largo de las puntuaciones directas.



Respecto al grupo de las mujeres obtuvieron una puntuación media de 5,4 (percentil 42,6). En la siguiente tabla aparece la distribución de los sujetos en función de

la PD obtenida y de la edad. El equivalente de las puntuaciones directas y los percentiles es:



Autores	Insatisfacción Corporal			
	Mujeres		Hombres	
	Media	Desviación típica	Media	Desviación Típica
Garner et al. (1983)	10,2		3,9	
Garner y Olmsted (1984) (citado en Garner 1998)			9,7	8,1
Guimerá y Torrubia (1997)	4,9	6,0		
Racita y Norcross (1987)	12,2	8,1		
Rosen, Silberg y Gross (1988)	11,3	7,7	4,3	4,7
Kurtzman, Yager, Landsverk, Wiesmeier y Bodurka (1989)	10,0	7,6		
Klemchuk, Hutchinson y Frank (1990)	12,4			
Shore y Porter (1990)	10,5	8,3		
Corral et al. (1998)	9,3	7,7	4,4	5,0
Garner (1998)	12,2	8,3	4,9	5,6
Gandarillas y Febrel (2000)	9,3		3,5	
Engelsen y Laberg (2001)	3,8	1,3		
Cripta, Chaturvedi, Chandarana y Jonson (2001)-Canadá	11,1	8,9		

Grupta et al. (2001)-India	7,0	6,4		
Jones, Bennet, Olmsted, Lawson y Rodin (2001)	10,1	8,5		
Cruz y Maganto (2002)	9,4	8,0	2,1	3,6
Espelage, Mazzeo, Aggen, Quittner, Sherman y Thompson (2003)	11,1	8,2		
Cashel, Cunnigahm, Lenderos, Cokley y Muhammad (2003)	11,8	8,3	5,1	5,9
Lameiras Calado, Rodríguez y Fernández (2003)	7,4	6,8	3,8	4,7
Van Serien y Ouwens (2003)	9,5	8,3		
Herrero y Viña (2005)	7,4	7,0	4,7	5,3
Este estudio	5,4		2,65	

Herrero y Viña (2005)

Al comparar nuestros resultados con otros estudios vemos cómo la media obtenida en las mujeres es de las menores (5,4). En el caso de los hombres, el estudio al que más se aproxima nuestra puntuación es al obtenido por Cruz y Maganto (2002).

En la siguiente tabla mostramos el porcentaje de sujetos que, en función de su edad han superado el centil 85, puntuación que se considera como punto de corte significativo de posibles problemas. Esto no significa necesariamente que exista un trastorno o que la situación sea preocupante, pero sí que aparecen algunas señales de alarma a las que es necesario prestar atención (TEA ediciones). El 12,26 % de los varones y el 6,85% de las mujeres responden a este criterio.

Edad	11	12	13	14	15	16	17
Varones	2,17%	28,26%	19,56%	28,26%	23,91%	2,17%	2,17%
Mujeres	4,54%	13,63%	18,18%	27,27%	27,27%	9,09%	0%

El número de casos en hombres es el doble que en mujeres, siendo a los 14 años el grupo de edad de máxima incidencia de esta característica.

9. Escala I (ineficacia)

Esta escala evalúa sentimientos de incapacidad general, inseguridad, vacío, autodesprecio y falta de control sobre la propia vida. En la siguiente tabla mostramos el porcentaje de sujetos que, en función de su edad han superado el centil 85, puntuación que se considera como punto de corte significativo de posibles problemas. Esto no significa necesariamente que exista un trastorno o que la situación sea preocupante, pero sí que aparecen algunas señales de alarma a las que es necesario prestar atención (TEA ediciones). Apareciendo en el 19,51% de los varones y el 10,28% de las mujeres. El resto de sujetos, 80,49% de varones y 89,72% de mujeres, no tienen este sentimiento de incapacidad.

Edad	11	12	13	14	15	16	17
Varones	2,73%	21,91%	24,65%	17,80%	21,91%	8,21%	2,73%
Mujeres	6,06%	15,15%	27,27%	30,30%	9,09%	9,09%	3,03%

De los datos de la tabla concluimos que el porcentaje mayor de sujetos con una puntuación significativa en *Ineficacia* en los varones se sitúa entre los 12 y 15 años, ambos inclusive y en las mujeres entre los 12 y los 14 años, ambos inclusive. Siendo la edad de aparición en ambos sexos la misma aunque en los varones se prolongo un años más.

10. Escala P (perfeccionismo)

Esta escala mide el grado en que el sujeto cree que sus resultados personales deberían ser mejores. En la siguiente tabla mostramos el porcentaje de sujetos que, en función de su edad han superado el centil 85, puntuación que se considera como punto de corte significativo de posibles problemas. Esto no significa necesariamente que exista un trastorno o que la situación sea preocupante, pero sí que aparecen algunas señales de alarma a las que es necesario prestar atención (TEA ediciones). Apareciendo en el 22,19% de los varones y el 25,23% de las mujeres. Mientras que el resto, 77,81%

de varones y 74,77% de mujeres, no piensan que deban mejores sus resultados personales.

Edad	11	12	13	14	15	16	17
Varones	1,20%	21,68%	16,86%	28,91%	21,68%	9,63%	0%
Mujeres	4,93%	22,22%	22,22%	20,98%	20,98%	6,17%	2,46%

La distribución de los sujetos para ambos sexos a lo largo de las edades es muy similar, aunque aparece con más intensidad, en ambos, entre los 12 y los 15 años, ambos inclusive. Siendo estas las edades donde toman más conciencia de que sus resultados personales podrían ser mejores. Creyendo el sujeto que sólo son aceptables niveles de rendimiento personales excelentes y está convencido de que los demás (padres y profesores) esperan de él unos resultados excepcionales.

11. Escala ID (desconfianza interpersonal)

Evalúa el sentimiento general de alienación del sujeto y su desinterés por establecer relaciones íntimas, así como la dificultad para expresar los propios sentimientos y pensamientos. Al igual que en las escalas anteriores, en la siguiente tabla mostramos el porcentaje de sujetos que, en función de su edad han superado el centil 85, puntuación que se considera como punto de corte significativo de posibles problemas. Esto no significa necesariamente que exista un trastorno o que la situación sea preocupante, pero sí que aparecen algunas señales de alarma a las que es necesario prestar atención (TEA ediciones). Apareciendo en el 11,49% de los varones y el 9,96% de las mujeres. Mientras que el resto, 88,51% de varones y 90,04% de mujeres, no tienen ese sentimiento de alienación.

Edad	11	12	13	14	15	16	17
Varones	0%	27,90%	25,58%	16,27%	16,27%	9,30%	4,65%
Mujeres	3,12%	28,12%	25%	21,87%	9,37%	9,37%	3,12%

El porcentaje de distribución de aparición en ambos sexos es parecido, siendo mayor el intervalo comprendido entre los 12 y los 15 años. Aunque en las mujeres aparece a los 11 años y comienza a disminuir un año antes que en los varones.

12. Escala IA (conciencia introceptiva)

Esta escala evalúa el grado de confusión o dificultad para reconocer y responder adecuadamente a los estados emocionales y se relaciona también con la inseguridad para identificar ciertas sensaciones viscerales relacionadas con el hambre y la saciedad. Al igual que en las escalas anteriores, en la siguiente tabla mostramos el porcentaje de sujetos que, en función de su edad han superado el centil 85, puntuación que se considera como punto de corte significativo de posibles problemas. Esto no significa necesariamente que exista un trastorno o que la situación sea preocupante, pero sí que aparecen algunas señales de alarma a las que es necesario prestar atención (TEA ediciones). Apareciendo en el 17,64% de los varones y el 18,06% de las mujeres. Mientras que el resto, 82,36% de varones y 81,94% de mujeres, no tienen dificultad reconocer y responder adecuadamente a los estados emocionales.

Edad	11	12	13	14	15	16	17
Varones	4,54%	21,21%	22,72%	21,21%	18,18%	10,60%	1,51%
Mujeres	1,72%	15,51%	34,48%	22,41%	22,41%	1,72%	1,72%

En las mujeres, el porcentaje de aparición mayor aparece entre los 12 y los 15 años, teniendo su mayor representatividad a los 13 años (34,48). Mientras que los varones los mayores porcentajes la muestra se distribuye entre los 12 y los 16 años, Siendo este muy homogéneo entre los 12 y los 15 años.

13. Escala MF (miedo a la madurez)

Esta escala evalúa el deseo a volver a la seguridad de la infancia. Al igual que en las escalas anteriores, en la siguiente tabla mostramos el porcentaje de sujetos que, en función de su edad han superado el centil 85, puntuación que se considera como punto de corte significativo de posibles problemas. Esto no significa necesariamente que exista un trastorno o que la situación sea preocupante, pero sí que aparecen algunas señales de alarma a las que es necesario prestar atención (TEA ediciones). Apareciendo en el 20,05% de los varones y el 17,75% de las mujeres. Mientras que el resto, 79,95% de varones y 82,25% de mujeres, no tienen deseo de volver a la seguridad de la infancia.

Edad	11	12	13	14	15	16	17
Varones	2,66%	24%	20%	29,33%	17,33%	5,33%	1,33%
Mujeres	3,50%	29,82%	28,07%	14,03%	15,78%	8,77%	0%

El porcentaje de aparición es mayor en hombres, aunque debemos tener en cuenta que el total sujetos varones es de 374 y el de mujeres 321. En los varones, los porcentajes mayores de aparición se dan de los 12 a los 15 años, con su mayor concentración a los 14 años. En las mujeres, el rango de edad con mayores porcentajes son de 12 a 15 años, los porcentajes mayores se dan a los 12 y 13 años.

14. Escala A (ascetismo)

Esta escala mide la tendencia a buscar la virtud por medio de ciertos ideales espirituales como la autodisciplina, el sacrificio, la autosuperación y el control de las necesidades corporales. Al igual que en las escalas anteriores, en la siguiente tabla mostramos el porcentaje de sujetos que, en función de su edad han superado el centil 85, puntuación que se considera como punto de corte significativo de posibles problemas. Esto no significa necesariamente que exista un trastorno o que la situación sea preocupante, pero sí que aparecen algunas señales de alarma a las que es necesario prestar atención (TEA ediciones). Apareciendo en el 21,39% de los varones y el 12,77%

de las mujeres. Mientras que el resto, 78,61% de varones y 87,23% de mujeres, no tienden a buscar la virtud por medio de ciertos ideales espirituales.

Edad	11	12	13	14	15	16	17
Varones	1,25%	27,50%	16,25%	27,50%	15%	10%	2,50%
Mujeres	4,87%	19,51%	24,39%	31,70%	14,63%	4,87%	0%

Los porcentajes máximos en ambos sexos se dan entre los 12 y los 15 años. Aunque en las mujeres comienza a descender la representación en esta escala después de los 15 años.

15. Escala IR (impulsividad)

Esta escala evalúa la dificultad para regular los impulsos y la tendencia al abuso de drogas, la hostilidad, la agitación, la autodestrucción y la destrucción de las relaciones interpersonales. Al igual que en las escalas anteriores, en la siguiente tabla mostramos el porcentaje de sujetos que, en función de su edad han superado el centil 85, puntuación que se considera como punto de corte significativo de posibles problemas. Esto no significa necesariamente que exista un trastorno o que la situación sea preocupante, pero sí que aparecen algunas señales de alarma a las que es necesario prestar atención (TEA ediciones). Apareciendo en el 16,31% de los varones y el 14,33% de las mujeres. Mientras que el resto, 83,69% de varones y 85,67% de mujeres, no tienen deseo de volver a la seguridad de la infancia.

Edad	11	12	13	14	15	16	17
Varones	3,27%	22,95%	21,31%	24,59%	16,39%	9,83%	1,63%
Mujeres	2,17%	17,39%	23,91%	23,91%	23,91%	2,17%	6,52%

Para ambos sexos, los porcentajes máximos se encuentran entre los 12 y los 15 años. Aunque en los hombres va descendiendo hasta llegar al 1,63% en los varones. Mientras que en las mujeres hay un descenso a los 16 años (2,17%) pero a los 17 años sube al 6,52%.

16. Escala Si (inseguridad social)

Esta escala mide la creencia de que las relaciones sociales son tensas, inseguras, incómodas, insatisfactorias y de escasa calidad. . Al igual que en las escalas anteriores, en la siguiente tabla mostramos el porcentaje de sujetos que, en función de su edad han superado el centil 85, puntuación que se considera como punto de corte significativo de posibles problemas. Esto no significa necesariamente que exista un trastorno o que la situación sea preocupante, pero sí que aparecen algunas señales de alarma a las que es necesario prestar atención (TEA ediciones). Apareciendo en el 17,91% de los varones y el 10,90% de las mujeres. Mientras que el resto, 82,09% de varones y 89,10% de mujeres, no creen que las relaciones sociales sean tensas ni incómodas.

Edad	11	12	13	14	15	16	17
Varones	2,98%	16,41%	26,86%	20,89%	19,40%	7,46%	2,98%
Mujeres	2,87%	14,28%	31,42%	28,57%	11,42%	5,71%	5,71%

El porcentaje de aparición en ambos sexos es muy similar, entre los 12 y los 15 años, aunque el porcentaje mayor en hombres se concentra entre los 13 y los 15 años, mientras que en las mujeres es entre los 13 y 14 años, un año antes.

17. Índice de Masa Corporal (IMC)

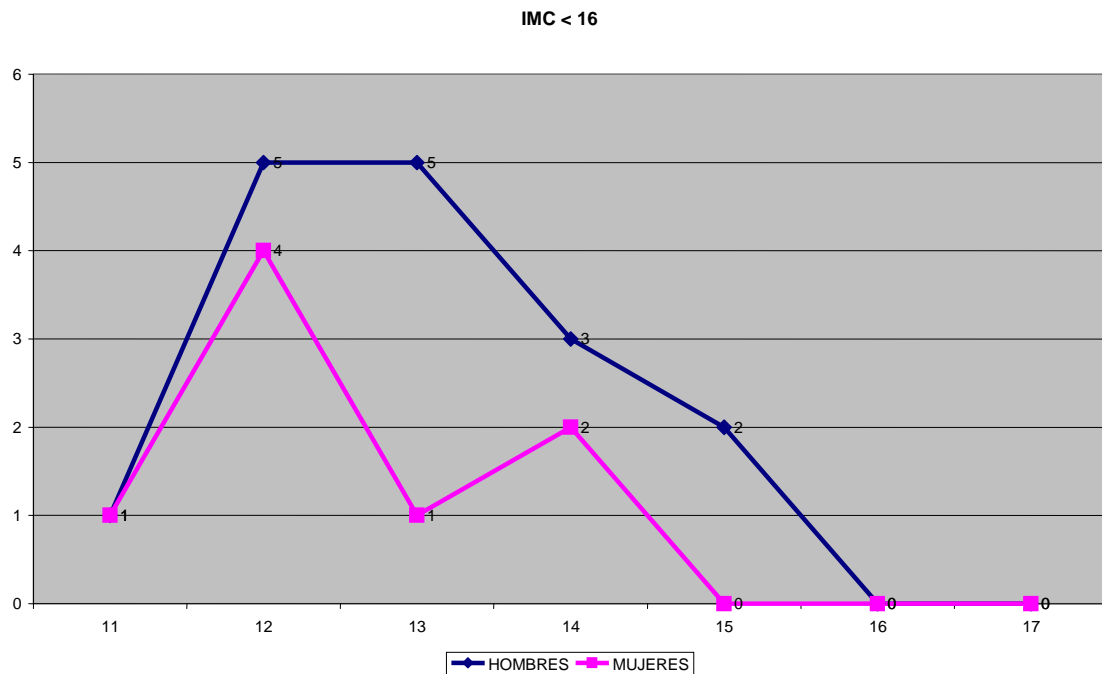
Atendiendo a la clasificación internacional del estado nutricional (infrapeso, peso normal, sobrepeso y obesidad) de acuerdo con el IMC (Peso/Altura²).

CLASIFICACIÓN	VALORES PRINCIPALES	VALORES ADICIONALES
INFRAPESO	<18,50	<18,50
<i>Delgadez severa</i>	<16,00	<16,00
<i>Delgadez moderada</i>	16,00 - 16,99	16,00 - 16,99
<i>Delgadez aceptable</i>	17,00 - 18,49	17,00 - 18,49
NORMAL	18,50 - 24,99	18,50 - 22,99 / 23,00 - 24,99
SOBREPESO	≥25,00	≥25,00
<i>Preobeso</i>	25,00 - 29,99	25,00 - 27,49 / 27,50 - 29,99
OBESO	≥30,00	≥30,00
<i>Obeso tipo I</i>	30,00 - 34,99	30,00 - 32,49 / 32,50 - 34,99
<i>Obeso tipo II</i>	35,00 - 39,99	35,00 - 37,49 / 37,50 - 39,99
<i>Obeso tipo III</i>	≥40,00	≥40,00

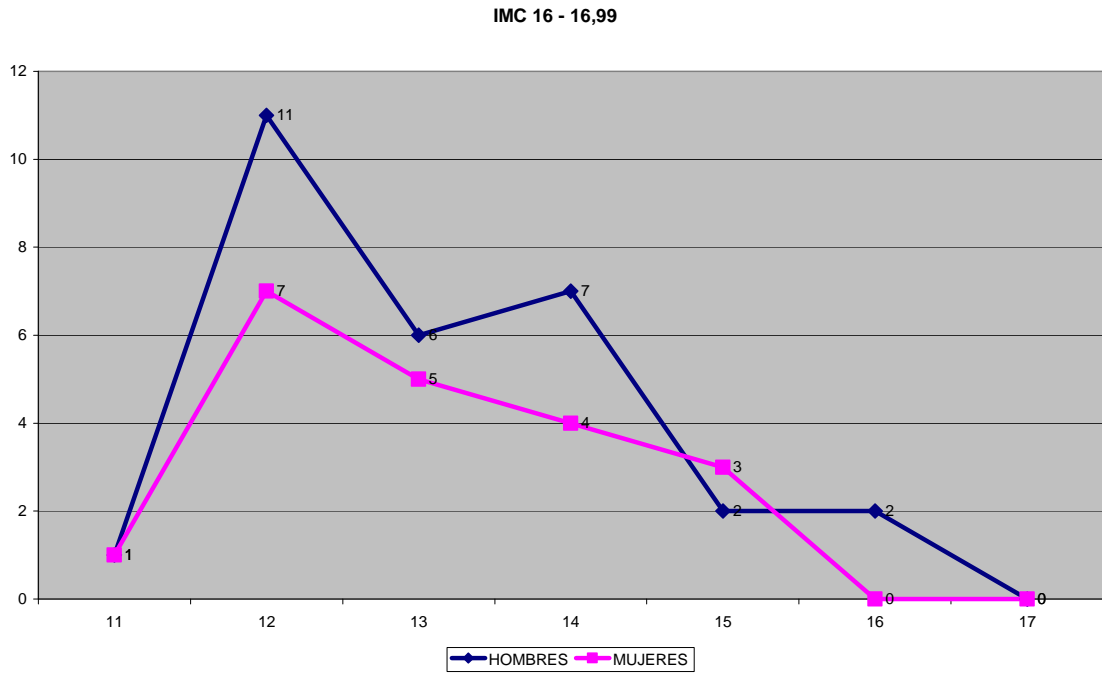
Fuente: Comité de Expertos de la OMS sobre el estado físico: *El estado físico: uso e interpretación de la antropometría. Serie de informes técnicos*, 854. Ginebra (Suiza): Organización Mundial de la Salud, 1995.

Respecto al infrapeso, se da cuando el IMC es menor a 18,5. Los resultados se dividen en delgadez severa, delgadez moderada y delgadez aceptable.

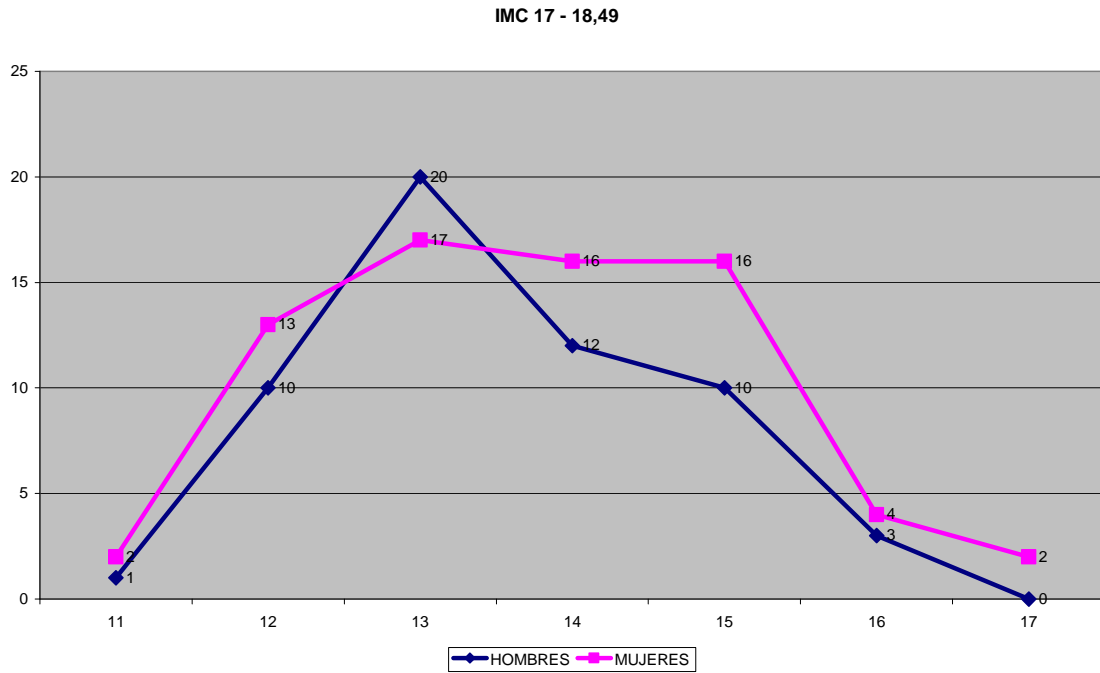
- Delgadez severa. Se alcanza cuando el IMC es menor de 16 ($IMC < 16$), aparece en el 4,31% de los varones y en el 2,50% de las mujeres. A continuación mostramos una gráfica donde se muestra el número de sujetos que aparece en cada grupo de edad, desde los 11 hasta los 17 años. Apareciendo el grupo mayor de sujetos a los 12 y 13 años en varones y a los 12 años en mujeres



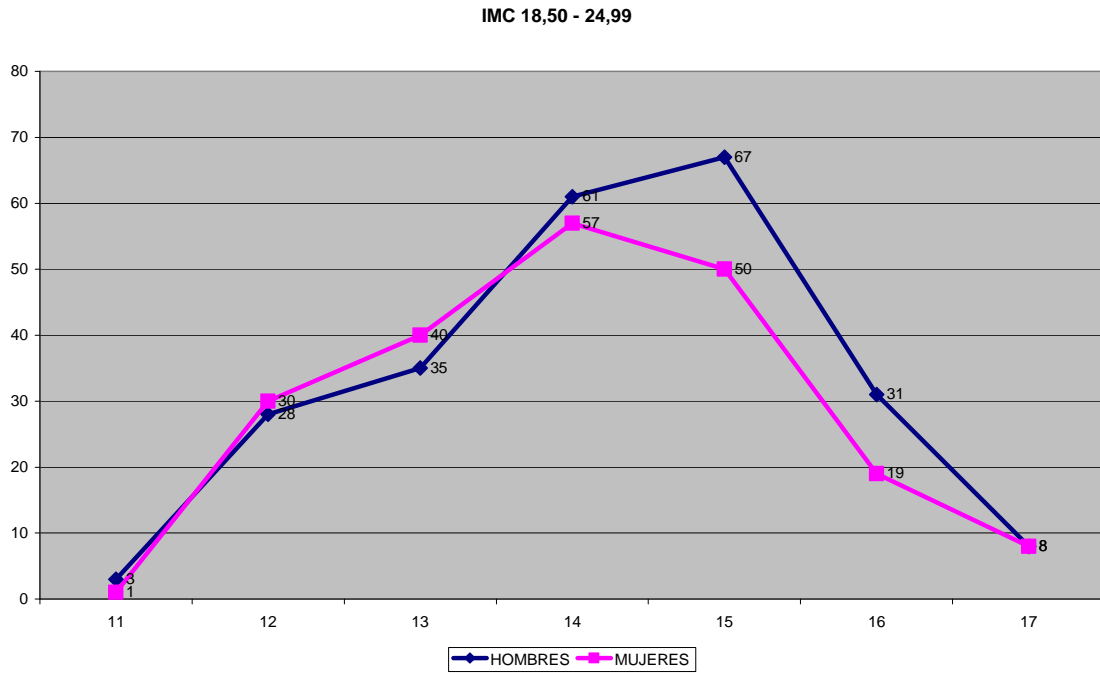
- Delgadez moderada, se da cuando el IMC tiene una puntuación entre 16 y 16,99. Aparece en el 7,81% de los varones y en el 6,26% de las mujeres. A continuación mostramos un gráfico donde aparece la distribución de los sujetos en función del sexo y a lo largo de las distintas edades de la muestra. En el cual vemos como a los 12 años es el grupo de edad de máxima incidencia y conforme aumenta la edad la incidencia va disminuyendo.



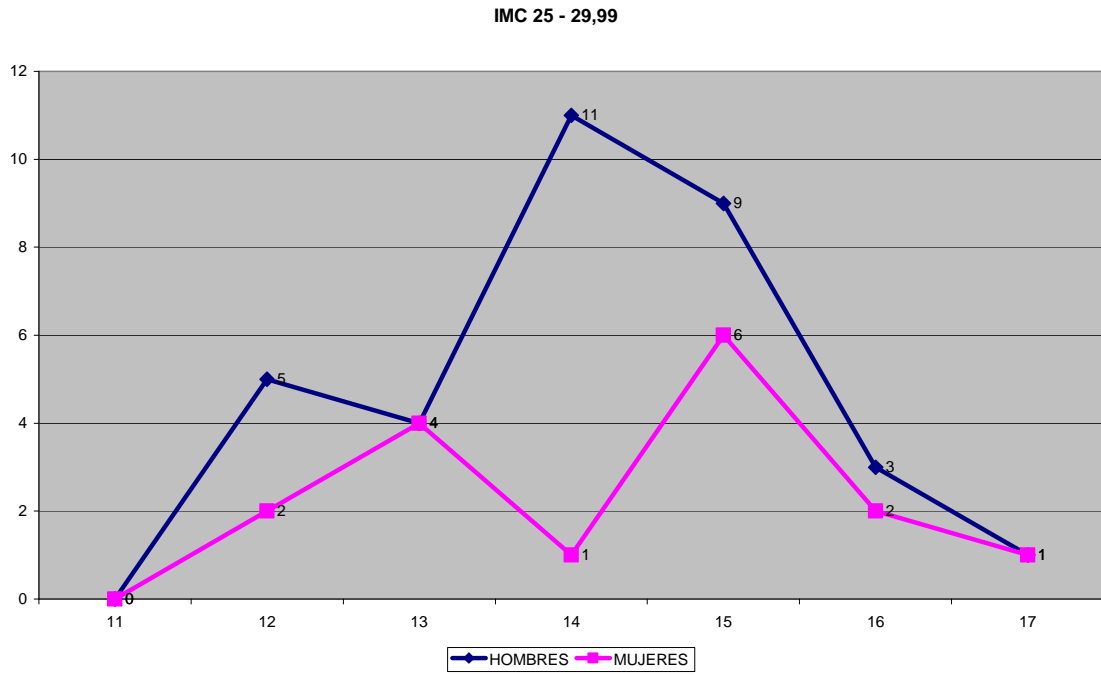
- Delgadez aceptable, se da cuando el IMC oscila entre 17 y 18,49. El porcentaje es mayor en mujeres que en hombres, 21,94% frente al 15,09%. En la gráfica que se muestra a continuación vemos la distribución entre las distintas edades. Vemos como va progresando hasta los 13 años donde se encuentra el número mayor de sujetos y posteriormente tiene un decrecimiento más brusco en los hombres y en las mujeres en este intervalo de IMC se v reflejado desde los 13 hasta los 15 años inclusive.



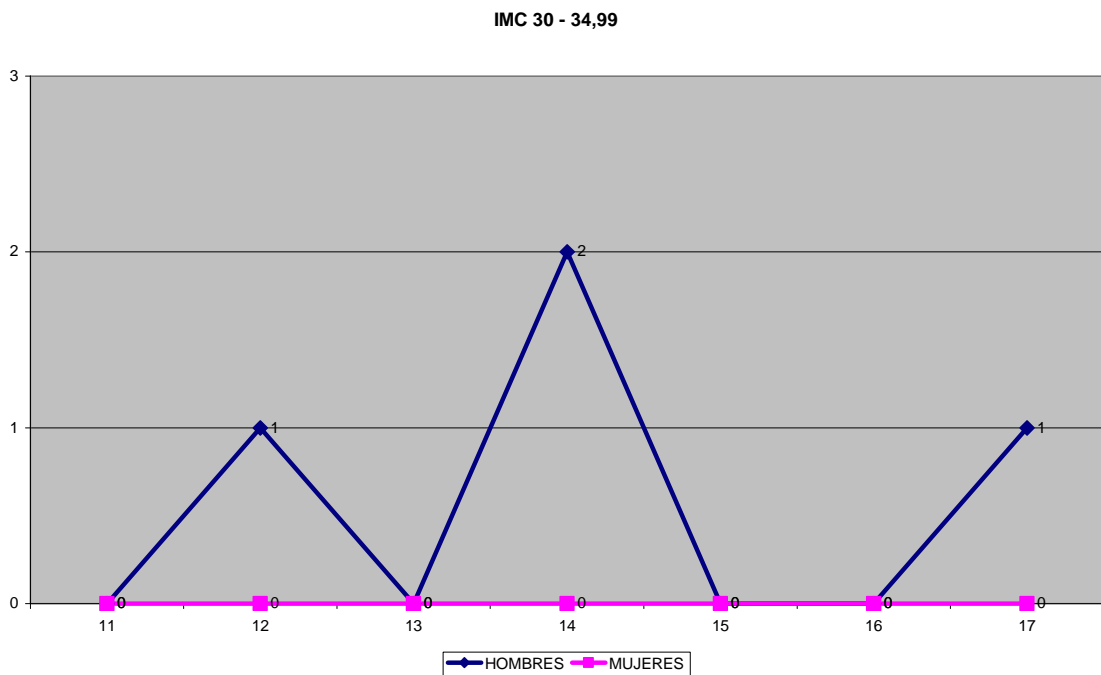
Con un estado nutricional normal, IMC entre 18,50 y 24,99, se encuentra el 62,80% de los hombres y el 64,26% de las mujeres. En la gráfica observamos como a los 14 años en mujeres y 15 años en hombres aparece el mayor número de sujetos. Hasta ahora, observamos cómo a medida que aumenta el IMC (desde 16 hasta 24,99) la edad va aumentando.



Con un estado nutricional de sobrepeso, $IMC \geq 25$, se encuentran los preobesos, IMC entre 25 y 29,99. En este grupo se encuentra el 8,89% de los hombres y el 5,01% de las mujeres. En el siguiente gráfico observamos su distribución entre los 11 y los 17 años. Apareciendo a los 12 años en ambos sexos, para conseguir en los hombres a los 14 años el mayor número de sujetos y de mujeres a los 15 años con seis sujetos.



Con un estado nutricional de obeso, $IMC \geq 30$, se encuentran los obesos tipo I, IMC entre 30,00 y 34,99. En los que se encuentran el 1,07% de los varones y ninguna mujer. La distribución por edades la mostramos en la siguiente gráfica



5.3.- Presentación y análisis de resultados cualitativos

Se realizaron siete entrevistas a sujetos que padecían algún trastorno de la conducta alimentaria.

5.3.1.- Análisis de las entrevistas

Las entrevistas se les realizaron de forma individual a cinco alumnos clasificados con algún Trastorno de la Conducta Alimentaria. Las entrevistas estaban divididas en dos partes. Previamente, nos presentamos, explicamos la función investigadora de este estudio y su anonimato.

- Primera parte. Preguntamos al sujeto la edad, peso, estatura, curso escolar en el que se encuentra, profesión de los padres, si realiza algún tipo de conducta purgativa, etc. Expondremos las ideas que nos hayan parecido más significativas.
- Segunda parte. Responder al cuestionario EDI (Garner, Olmsterd, Polivy), es el que se utiliza actualmente en la Unidad de Trastornos de la Conducta Alimentaria del Departamento de Psiquiatría del Hospital San Cecilio de Granada. En este caso, es el entrevistador el que va leyendo las preguntas del cuestionario y anotando las respuestas que este le da en la hoja de respuestas. Parándose en algunas preguntas para que el sujeto pudiera expresar sus sentimientos o por si quería decir a qué se debía su respuesta. Esta forma de actuar con el sujeto se realiza para disminuir la tensión en las respuestas y que este coja confianza con el entrevistador para fomentar la sinceridad en las respuestas.

Para la elaboración del diagnóstico de los sujetos entrevistados utilizaremos los criterios diagnósticos del DSM-IV (descritos anteriormente).

Sujeto 1**Primera parte**

Peso: 37 kilogramos

Estatura: 160 cm

IMC: 14,4

Edad: 16 años

Sexo: mujer

Curso: primero de bachillerato

Conductas purgativas: no vomita

Profesión del padre: trabaja en la construcción

Profesión de la madre: ama de casa

Segunda parte

	S	H	M	V	R	N
1. Como dulces e hidratos de carbono sin ponerme nerviosa.						X
2. Siento que mi estómago es demasiado grande.			X			
3. Desearía volver a la seguridad de la infancia.				X		
4. Como cuando tengo un contratiempo.						X
5. Me doy atracones de comida.						X
6. Desearía ser más joven.	X					
7. Pienso ponerme a dieta.	X					
8. Cuando mis sentimientos son demasiado intensos me causan miedo.			X			
9. Siento que mis muslos son demasiado gruesos.	X					
10. Me siento inútil como persona.		X				
11. Me siento culpabilizada cuando como en exceso.	X					
12. Pienso que mi estómago tiene el tamaño adecuado.						X
13. Para mi familia sólo es bueno lo que está perfectamente hecho.				X		
14. La época más feliz de mi vida fue cuando era pequeña.	X					
15. Soy capaz de reconocer mis sentimientos.					X	
16. Me aterroriza ganar peso.	X					
17. Confío en los demás.			X			
18. Me siento sólo en el mundo.		X				
19. Estoy satisfecho con la forma de mi cuerpo.						X
20. Generalmente, siento que controlo las cosas de mi vida.				X		

21. Me gustaría más ser adulta que niña.				X	
22. Me comunico fácilmente con los demás.			X		
23. Preferiría ser de otra manera.	X				
24. Exagero la importancia del peso.	X				
25. Me doy cuenta con claridad de los sentimientos que tengo en cada momento.				X	
26. Me siento incompetente.		X			
27. He tenido atracones y siento que no puedo parar.					X
28. Me juzgo con dureza para que mis padres, profesores no se desilusionen.	X				
29. Estoy cerrada a los demás (a mis familiares).		X			
30. Me gusta la forma de mis nalgas (lo modelado).					X
31. Estoy preocupada por el deseo de ser delgada.	X				
32. Desconozco que ocurre dentro de mí.		X			
33. Me siento molesta expresando mis sentimientos a otras personas.					X
34. Los adultos piden algo excesivo. Lo que piden los adultos es demasiado difícil.	X				
35. Odio las cosas que no están bien del todo.		X			
36. Me siento segura de mí misma.			X		
37. Pienso en empacharme comiendo.			X		
38. Me hace feliz no ser un/a chico/a cualquiera (corriente).		X			
39. Me confunde no saber si tengo hambre o no.				X	
40. Tengo mala opinión (baja) de mí misma.					X
41. Creo que puedo conseguir mis objetivos (en relación al peso, modales, normas, notas, nivel)					X
42. Mis padres esperan mucho de mí.	X				
43. Me da miedo perder el control de mis sentimientos.	X				
44. Pienso que mis caderas son demasiado anchas.				X	
45. Como delante de los demás con moderación y me doy atracones cuando se van.			X		
46. Me siento hinchada después de una comida normal.		X			
47. La gente es feliz cuando son pequeños.	X				
48. Si yo gano un Kilo me preocupa si mantendré esa ganancia.					X
49. Pienso que soy capaz (porque tengo fuerza de voluntad).	X				
50. Cuando estoy mal, confusa, trastornada, no sabría decir si estoy triste con miedo o colérica.			X		
51. Creo que tengo que hacer las cosas perfectamente y si no, no hacerlas.	X				
52. Me viene la idea de probar a vomitar para perder peso.				X	
53. Necesito guardarme de la gente a cierta distancia (me siento incómodo si alguien intenta acercarse a mí).		X			

54. Creo que mis muslos tiene el tamaño justo (ideal).			X			
55. Me siento vacía interiormente (emocionalmente).	X					
56. Puedo hablar sobre pensamientos, sensaciones personales.		X				
57. Los mejores años de tu vida son cuando llegas a ser adulto.					X	
58. Creo que mis nalgas son demasiado gruesas.	X					
59. No sé identificar mis sentimientos con claridad.	X					
60. Como o bebo a escondidas.					X	
61. Mis caderas tienen el tamaño justo.						X
62. Me marco metas extremadamente altas.			X			
63. Si estoy mal me preocupa.					X	
S= Siempre H= Habitualmente M= A menudo V= A veces R= Raramente N= Nunca						

Puntuación Media	A.N. Recuperada	Anorexia Nerviosa	Puntuación
Tendencia a adelgazar	3.6	15.4	20
Bulimia	0.3	R=2.7 B=10.8	3
Insatisfacción corporal	6.3	R= 14.2 B=17.4	25
Inefectividad	3.1	14.4	20
Perfeccionismo	6.5	10	8
Desconfianza interpersonal	1.9	7.7	7
Conciencia interoceptiva	2.1	12.5	18
Miedo a madurar	1.1	6.0	15

De la entrevista que se le realiza y los cuestionarios, el sujeto cumple los criterios diagnósticos para ser diagnosticado de Anorexia Restrictiva. Es aquella en la que durante el episodio de anorexia nerviosa, el individuo no recurre regularmente a atracones o purgas.

El sujeto os indica que no se acuerda bien cuando empezó todo, pero sí que los problemas del colegio, de integración con los compañeros afectaron mucho. Encerrándose cada vez más dentro de sí misma, sin ganas de relacionarse. Encontrando una vía de escape en la comida, era algo que ella podía controlar. Se había creado un mundo particular. Sintándose así una persona capaz de hacerle frente a las adversidades de la vida

Sujeto 2**Primera parte**

Peso: 39 kilogramos

Estatura: 165 cm

IMC: 14,32

Edad: 15 años

Sexo: mujer

Curso: cuarto de la E.S.O.

Conductas purgativas: sí, vomita

Profesión del padre: electricista

Profesión de la madre: cajera en un supermercado

Padece dismorfofobia

Segunda parte

	S	H	M	V	R	N
1. Como dulces e hidratos de carbono sin ponerme nerviosa.						X
2. Siento que mi estómago es demasiado grande.	X					
3. Desearía volver a la seguridad de la infancia.						X
4. Como cuando tengo un contratiempo.						X
5. Me doy atracones de comida.						X
6. Desearía ser más joven.						X
7. Pienso ponerme a dieta.	X					
8. Cuando mis sentimientos son demasiado intensos me causan miedo.				X		
9. Siento que mis muslos son demasiado gruesos.	X					
10. Me siento inútil como persona.		X				
11. Me siento culpabilizada cuando como en exceso.	X					
12. Pienso que mi estómago tiene el tamaño adecuado.						X
13. Para mi familia sólo es bueno lo que está perfectamente hecho.				X		
14. La época más feliz de mi vida fue cuando era pequeña.						X
15. Soy capaz de reconocer mis sentimientos.		X				
16. Me aterroriza ganar peso.	X					
17. Confío en los demás.			X			
18. Me siento sólo en el mundo.			X			
19. Estoy satisfecho con la forma de mi cuerpo.						X

20. Generalmente, siento que controlo las cosas de mi vida.				X		
21. Me gustaría más ser adulta que niña.	X					
22. Me comunico fácilmente con los demás.	X					
23. Preferiría ser de otra manera.	X					
24. Exagero la importancia del peso.	X					
25. Me doy cuenta con claridad de los sentimientos que tengo en cada momento.			X			
26. Me siento incompetente.				X		
27. He tenido atracones y siento que no puedo parar.						X
28. Me juzgo con dureza para que mis padres, profesores no se desilusionen.	X					
29. Estoy cerrada a los demás (a mis familiares).						X
30. Me gusta la forma de mis nalgas (lo modelado).						X
31. Estoy preocupada por el deseo de ser delgada.	X					
32. Desconozco que ocurre dentro de mí.				X		
33. Me siento molesta expresando mis sentimientos a otras personas.			X			
34. Los adultos piden algo excesivo. Lo que piden los adultos es demasiado difícil.						X
35. Odio las cosas que no están bien del todo.	X					
36. Me siento segura de mí misma.				X		
37. Pienso en empacharme comiendo.	X					
38. Me hace feliz no ser un/a chico/a cualquiera (corriente).						X
39. Me confunde no saber si tengo hambre o no.	X					
40. Tengo mala opinión (baja) de mí misma.	X					
41. Creo que puedo conseguir mis objetivos (en relación al peso, modales, normas, notas, nivel)				X		
42. Mis padres esperan mucho de mí.					X	
43. Me da miedo perder el control de mis sentimientos.	X					
44. Pienso que mis caderas son demasiado anchas.	X					
45. Como delante de los demás con moderación y me doy atracones cuando se van.						X
46. Me siento hinchada después de una comida normal.	X					
47. La gente es feliz cuando son pequeños.				X		
48. Si yo gano un Kilo me preocupa si mantendré esa ganancia.	X					
49. Pienso que soy capaz (porque tengo fuerza de voluntad).	X					
50. Cuando estoy mal, confusa, trastornada, no sabría decir si estoy triste con miedo o colérica.					X	
51. Creo que tengo que hacer las cosas perfectamente y si no, no hacerlas.	X					
52. Me viene la idea de probar a vomitar para perder peso.	X					
53. Necesito guardarme de la gente a cierta distancia (me siento incómodo si						X

alguien intenta acercarse a mí).						
54. Creo que mis muslos tiene el tamaño justo (ideal).						X
55. Me siento vacía interiormente (emocionalmente).			X			
56. Puedo hablar sobre pensamientos, sensaciones personales.			X			
57. Los mejores años de tu vida son cuando llegas a ser adulto.		X				
58. Creo que mis nalgas son demasiado gruesas.	X					
59. No sé identificar mis sentimientos con claridad.				X		
60. Como o bebo a escondidas.						X
61. Mis caderas tienen el tamaño justo.						X
62. Me marco metas extremadamente altas.	X					
63. Si estoy mal me preocupa.	X					
S= Siempre H= Habitualmente M= A menudo V= A veces R= Raramente N= Nunca						

Puntuación Media	A.N. Recuperada	Anorexia Nerviosa	Puntuación
Tendencia a adelgazar	3.6	15.4	21
Bulimia	0.3	R=2.7 B=10.8	3
Insatisfacción corporal	6.3	R= 14.2 B=17.4	27
Inefectividad	3.1	14.4	13
Perfeccionismo	6.5	10	12
Desconfianza interpersonal	1.9	7.7	1
Conciencia interoceptiva	2.1	12.5	12
Miedo a madurar	1.1	6.0	3

Después de haber realizado la entrevista y viendo los resultados de los cuestionarios, el sujeto cumple los criterios diagnósticos para ser diagnosticado de Anorexia restrictiva. Es aquella en la que durante el episodio de anorexia nerviosa, el individuo no recurre regularmente a atracones y purgas.

El sujeto nos comenta cómo desde que lleva a cabo este dominio sobre los alimentos, siente que domina su vida más y que es capaz de achantar esas dudas e inquietudes que la estaban bloqueando. Como su actitud se debe a la gran angustia que tiene por dentro y como actuando de esta forma es capaz de ir encontrándose bien consigo misma.

Sujeto 3**Primera parte**

Peso: 40 kilogramos

Estatura: 162 cm

IMC: 15,26

Edad: 15 años

Sexo: hombre

Curso: cuarto de la E.S.O.

Conductas purgativas: sí, vomita

Profesión del padre: electricista

Profesión de la madre: cajera en un supermercado

Padece dismorfofobia

Segunda parte

	S	H	M	V	R	N
1. Como dulces e hidratos de carbono sin ponerme nerviosa.						X
2. Siento que mi estómago es demasiado grande.				X		
3. Desearía volver a la seguridad de la infancia.			X			
4. Como cuando tengo un contratiempo.				X		
5. Me doy atracones de comida.					X	
6. Desearía ser más joven.						X
7. Pienso ponerme a dieta.	X					
8. Cuando mis sentimientos son demasiado intensos me causan miedo.	X					
9. Siento que mis muslos son demasiado gruesos.			X			
10. Me siento inútil como persona.				X		
11. Me siento culpabilizada cuando como en exceso.	X					
12. Pienso que mi estómago tiene el tamaño adecuado.				X		
13. Para mi familia sólo es bueno lo que está perfectamente hecho.						X
14. La época más feliz de mi vida fue cuando era pequeña.	X					
15. Soy capaz de reconocer mis sentimientos.		X				
16. Me aterroriza ganar peso.	X					
17. Confío en los demás.		X				
18. Me siento sólo en el mundo.				X		
19. Estoy satisfecho con la forma de mi cuerpo.				X		

20. Generalmente, siento que controlo las cosas de mi vida.				X	
21. Me gustaría más ser adulta que niña.			X		
22. Me comunico fácilmente con los demás.	X				
23. Preferiría ser de otra manera.					X
24. Exagero la importancia del peso.	X				
25. Me doy cuenta con claridad de los sentimientos que tengo en cada momento.		X			
26. Me siento incompetente.				X	
27. He tenido atracones y siento que no puedo parar.					X
28. Me juzgo con dureza para que mis padres, profesores no se desilusionen.	X				
29. Estoy cerrada a los demás (a mis familiares).			X		
30. Me gusta la forma de mis nalgas (lo modelado).			X		
31. Estoy preocupada por el deseo de ser delgada.	X				
32. Desconozco que ocurre dentro de mí.				X	
33. Me siento molesta expresando mis sentimientos a otras personas.					X
34. Los adultos piden algo excesivo. Lo que piden los adultos es demasiado difícil.					X
35. Odio las cosas que no están bien del todo.		X			
36. Me siento segura de mí misma.				X	
37. Pienso en empacharme comiendo.		X			
38. Me hace feliz no ser un/a chico/a cualquiera (corriente).			X		
39. Me confunde no saber si tengo hambre o no.			X		
40. Tengo mala opinión (baja) de mí misma.			X		
41. Creo que puedo conseguir mis objetivos (en relación al peso, modales, normas, notas, nivel)				X	
42. Mis padres esperan mucho de mí.					X
43. Me da miedo perder el control de mis sentimientos.		X			
44. Pienso que mis caderas son demasiado anchas.			X		
45. Como delante de los demás con moderación y me doy atracones cuando se van.					X
46. Me siento hinchada después de una comida normal.		X			
47. La gente es feliz cuando son pequeños.			X		
48. Si yo gano un Kilo me preocupa si mantendré esa ganancia.	X				
49. Pienso que soy capaz (porque tengo fuerza de voluntad).			X		
50. Cuando estoy mal, confusa, trastornada, no sabría decir si estoy triste con miedo o colérica.			X		
51. Creo que tengo que hacer las cosas perfectamente y si no, no hacerlas.		X			
52. Me viene la idea de probar a vomitar para perder peso.				X	
53. Necesito guardarme de la gente a cierta distancia (me siento incómodo si					X

alguien intenta acercarse a mí).						
54. Creo que mis muslos tiene el tamaño justo (ideal).				X		
55. Me siento vacía interiormente (emocionalmente).				X		
56. Puedo hablar sobre pensamientos, sensaciones personales.		X				
57. Los mejores años de tu vida son cuando llegas a ser adulto.				X		
58. Creo que mis nalgas son demasiado gruesas.				X		
59. No sé identificar mis sentimientos con claridad.					X	
60. Como o bebo a escondidas.						X
61. Mis caderas tienen el tamaño justo.				X		
62. Me marco metas extremadamente altas.				X		
63. Si estoy mal me preocupa.		X				
S= Siempre H= Habitualmente M= A menudo V= A veces R= Raramente N= Nunca						

Puntuación Media	A.N. Recuperada	Anorexia Nerviosa	Puntuación
Tendencia a adelgazar	3.6	15.4	21
Bulimia	0.3	R=2.7 B=10.8	0
Insatisfacción corporal	6.3	R= 14.2 B=17.4	6
Inefectividad	3.1	14.4	8
Perfeccionismo	6.5	10	7
Desconfianza interpersonal	1.9	7.7	0
Conciencia interoceptiva	2.1	12.5	11
Miedo a madurar	1.1	6.0	7

Después de las entrevistas realizadas y los resultados obtenidos en el cuestionario, el sujeto cumple los criterios diagnósticos para ser diagnosticado de Anorexia.

Destaca el papel de una compañera que estaba continuamente haciendo referencia a su físico para poder formar parte del grupo de amigas. Del cambio tan brusco que experimentó en la relación con sus compañeros cuando su físico fue cambiando. Y como así fue capaz no sólo de integrarse, sino de ser aceptada por los demás. Experimentó que su imagen corporal tenía un peso muy fuerte a la hora de establecer relaciones con sus compañeros.

Sujeto 4**Primera parte**

Peso: 41 kilogramos

Estatura: 170 cm

IMC: 14,18

Edad: 16 años

Sexo: hombre

Curso: primero de bachillerato

Conductas purgativas: sí, los laxantes

Profesión del padre: pequeña empresa de construcción

Profesión de la madre: ama de casa

Son cinco hermanos, la paciente es la pequeña. Nunca ha querido crecer. A los 11 años recuerda una depresión donde se planteó muchas dudas respecto a su identidad. Su infancia se la ha pasado sin ser niña, intentando imitar a los demás, era una niña muy aislada. Siempre establece relaciones de dependencia.

Segunda parte

	S	H	M	V	R	N
1. Como dulces e hidratos de carbono sin ponerme nerviosa.	X					
2. Siento que mi estómago es demasiado grande.				X		
3. Desearía volver a la seguridad de la infancia.						X
4. Como cuando tengo un contratiempo.				X		
5. Me doy atracones de comida.					X	
6. Desearía ser más joven.						X
7. Pienso ponerme a dieta.	X					
8. Cuando mis sentimientos son demasiado intensos me causan miedo.						X
9. Siento que mis muslos son demasiado gruesos.					X	
10. Me siento inútil como persona.						X
11. Me siento culpabilizada cuando como en exceso.	X					
12. Pienso que mi estómago tiene el tamaño adecuado.			X			
13. Para mi familia sólo es bueno lo que está perfectamente hecho.						X
14. La época más feliz de mi vida fue cuando era pequeña.						X
15. Soy capaz de reconocer mis sentimientos.	X					
16. Me aterroriza ganar peso.	X					

17. Confío en los demás.		X				
18. Me siento sólo en el mundo.						X
19. Estoy satisfecho con la forma de mi cuerpo.						X
20. Generalmente, siento que controlo las cosas de mi vida.	X					
21. Me gustaría más ser adulta que niña.	X					
22. Me comunico fácilmente con los demás.	X					
23. Preferiría ser de otra manera.				X		
24. Exagero la importancia del peso.	X					
25. Me doy cuenta con claridad de los sentimientos que tengo en cada momento.	X					
26. Me siento incompetente.						X
27. He tenido atracones y siento que no puedo parar.				X		
28. Me juzgo con dureza para que mis padres, profesores no se desilusionen.						X
29. Estoy cerrada a los demás (a mis familiares).						X
30. Me gusta la forma de mis nalgas (lo modelado).		X				
31. Estoy preocupada por el deseo de ser delgada.	X					
32. Desconozco que ocurre dentro de mí.						X
33. Me siento molesta expresando mis sentimientos a otras personas.						X
34. Los adultos piden algo excesivo. Lo que piden los adultos es demasiado difícil.						X
35. Odio las cosas que no están bien del todo.				X		
36. Me siento segura de mí misma.	X					
37. Pienso en empacharme comiendo.				X		
38. Me hace feliz no ser un/a chico/a cualquiera (corriente).	X					
39. Me confunde no saber si tengo hambre o no.		X				
40. Tengo mala opinión (baja) de mí misma.						X
41. Creo que puedo conseguir mis objetivos (en relación al peso, modales, normas, notas, nivel)	X					
42. Mis padres esperan mucho de mí.						X
43. Me da miedo perder el control de mis sentimientos.						X
44. Pienso que mis caderas son demasiado anchas.						X
45. Como delante de los demás con moderación y me doy atracones cuando se van.					X	
46. Me siento hinchada después de una comida normal.	X					
47. La gente es feliz cuando son pequeños.		X				
48. Si yo gano un Kilo me preocupa si mantendré esa ganancia.	X					
49. Pienso que soy capaz (porque tengo fuerza de voluntad).	X					
50. Cuando estoy mal, confusa, trastornada, no sabría decir si estoy triste con miedo o colérica.						X

51. Creo que tengo que hacer las cosas perfectamente y si no, no hacerlas.				X		
52. Me viene la idea de probar a vomitar para perder peso.						X
53. Necesito guardarme de la gente a cierta distancia (me siento incómodo si alguien intenta acercarse a mí).						X
54. Creo que mis muslos tiene el tamaño justo (ideal).					X	
55. Me siento vacía interiormente (emocionalmente).						X
56. Puedo hablar sobre pensamientos, sensaciones personales.	X					
57. Los mejores años de tu vida son cuando llegas a ser adulto.	X					
58. Creo que mis nalgas son demasiado gruesas.				X		
59. No sé identificar mis sentimientos con claridad.						X
60. Como o bebo a escondidas.					X	
61. Mis caderas tienen el tamaño justo.				X		
62. Me marco metas extremadamente altas.						X
63. Si estoy mal me preocupa.	X					
S= Siempre H= Habitualmente M= A menudo V= A veces R= Raramente N= Nunca						

Puntuación Media	A.N. Recuperada	Anorexia Nerviosa	Puntuación
Tendencia a adelgazar	3.6	15.4	21
Bulimia	0.3	R=2.7 B=10.8	0
Insatisfacción corporal	6.3	R= 14.2 B=17.4	6
Inefectividad	3.1	14.4	0
Perfeccionismo	6.5	10	0
Desconfianza interpersonal	1.9	7.7	0
Conciencia interoceptiva	2.1	12.5	8
Miedo a madurar	1.1	6.0	2

Una vez realizada la entrevista y viendo los resultados de los cuestionarios, el sujeto cumple los criterios diagnósticos para ser diagnosticado de Anorexia restrictiva. Durante el episodio de anorexia, el individuo no recurre regularmente a atracones o purgas.

Comenta, que estaba cansado de las burlas de los compañeros, de los moteos que le ponían. Observando que todo ello se debía a su físico. Llegando a plantearse que tenía que cambiar para ser aceptado, para tener un lugar entre sus compañeros. Experimentando que eso funcionaba y llegando a creer que el no estaba bien hecho, odiando el físico que tenía antes.

Sujeto 5**Primera parte**

Peso: 38 kilogramos

Estatura: 166 cm

IMC: 13,81

Edad: 14 años

Sexo: mujer

Curso: tercero de la E.S.O.

Conductas purgativas: sí, vómitos, laxantes y diuréticos

Profesión del padre: empleado de banca

Profesión de la madre: ama de casa.

No padece dismorfofobia, baja autoestima, le importa mucho los estudios

Segunda parte

	S	H	M	V	R	N
1. Como dulces e hidratos de carbono sin ponerme nerviosa.				X		
2. Siento que mi estómago es demasiado grande.				X		
3. Desearía volver a la seguridad de la infancia.						X
4. Como cuando tengo un contratiempo.				X		
5. Me doy atracones de comida.					X	
6. Desearía ser más joven.						X
7. Pienso ponerme a dieta.				X		
8. Cuando mis sentimientos son demasiado intensos me causan miedo.	X					
9. Siento que mis muslos son demasiado gruesos.				X		
10. Me siento inútil como persona.			X			
11. Me siento culpabilizada cuando como en exceso.					X	
12. Pienso que mi estómago tiene el tamaño adecuado.					X	
13. Para mi familia sólo es bueno lo que está perfectamente hecho.					X	
14. La época más feliz de mi vida fue cuando era pequeña.					X	
15. Soy capaz de reconocer mis sentimientos.					X	
16. Me aterroriza ganar peso.			X			
17. Confío en los demás.					X	
18. Me siento sólo en el mundo.		X				
19. Estoy satisfecho con la forma de mi cuerpo.						X

20. Generalmente, siento que controlo las cosas de mi vida.				X	
21. Me gustaría más ser adulta que niña.	X				
22. Me comunico fácilmente con los demás.			X		
23. Preferiría ser de otra manera.		X			
24. Exagero la importancia del peso.		X			
25. Me doy cuenta con claridad de los sentimientos que tengo en cada momento.				X	
26. Me siento incompetente.		X			
27. He tenido atracones y siento que no puedo parar.				X	
28. Me juzgo con dureza para que mis padres, profesores no se desilusionen.					X
29. Estoy cerrada a los demás (a mis familiares).		X			
30. Me gusta la forma de mis nalgas (lo modelado).				X	
31. Estoy preocupada por el deseo de ser delgada.			X		
32. Desconozco que ocurre dentro de mí.		X			
33. Me siento molesta expresando mis sentimientos a otras personas.	X				
34. Los adultos piden algo excesivo. Lo que piden los adultos es demasiado difícil.				X	
35. Odio las cosas que no están bien del todo.		X			
36. Me siento segura de mí misma.					X
37. Pienso en empacharme comiendo.		X			
38. Me hace feliz no ser un/a chico/a cualquiera (corriente).					X
39. Me confunde no saber si tengo hambre o no.		X			
40. Tengo mala opinión (baja) de mí misma.			X		
41. Creo que puedo conseguir mis objetivos (en relación al peso, modales, normas, notas, nivel)				X	
42. Mis padres esperan mucho de mí.					X
43. Me da miedo perder el control de mis sentimientos.		X			
44. Pienso que mis caderas son demasiado anchas.				X	
45. Como delante de los demás con moderación y me doy atracones cuando se van.				X	
46. Me siento hinchada después de una comida normal.		X			
47. La gente es feliz cuando son pequeños.				X	
48. Si yo gano un Kilo me preocupa si mantendré esa ganancia.				X	
49. Pienso que soy capaz (porque tengo fuerza de voluntad).				X	
50. Cuando estoy mal, confusa, trastornada, no sabría decir si estoy triste con miedo o colérica.			X		
51. Creo que tengo que hacer las cosas perfectamente y si no, no hacerlas.			X		
52. Me viene la idea de probar a vomitar para perder peso.		X			
53. Necesito guardarme de la gente a cierta distancia (me siento incómodo si			X		

alguien intenta acercarse a mí).						
54. Creo que mis muslos tiene el tamaño justo (ideal).					X	
55. Me siento vacía interiormente (emocionalmente).		X				
56. Puedo hablar sobre pensamientos, sensaciones personales.					X	
57. Los mejores años de tu vida son cuando llegas a ser adulto.				X		
58. Creo que mis nalgas son demasiado gruesas.				X		
59. No sé identificar mis sentimientos con claridad.		X				
60. Como o bebo a escondidas.			X			
61. Mis caderas tienen el tamaño justo.					X	
62. Me marco metas extremadamente altas.			X			
63. Si estoy mal me preocupa.		X				
S= Siempre H= Habitualmente M= A menudo V= A veces R= Raramente N= Nunca						

Puntuación Media	A.N. Recuperada	Anorexia Nerviosa	Puntuación
Tendencia a adelgazar	3.6	15.4	3
Bulimia	0.3	R=2.7 B=10.8	3
Insatisfacción corporal	6.3	R= 14.2 B=17.4	12
Inefectividad	3.1	14.4	15
Perfeccionismo	6.5	10	4
Desconfianza interpersonal	1.9	7.7	18
Conciencia interoceptiva	2.1	12.5	13
Miedo a madurar	1.1	6.0	4

Después de haber realizado la entrevista y viendo los resultados de los cuestionarios, el sujeto cumple los criterios diagnósticos para ser diagnosticado de Anorexia restrictiva. Durante el episodio de anorexia nerviosa, el individuo no recurre regularmente a atracones o purgas.

Nos comenta que nunca le gustó su físico. Que su madre la ponía a dieta a ella y sus hermanas mayores. Que no le gustaba el menosprecio que les tenía por la forma física y como ella no quería pasar por lo mismo que sus hermanas y para ello era capaz de lo que fuese con tal de no pasar por ahí. Descubriendo así un mundo donde encontraba la serenidad y evitando ponerse en el punto de mira de la madre y todo lo que ello conllevaba.

5.3.2.- Triangulación de datos

Una vez realizada la presentación de los datos cualitativos y cuantitativos, realizaremos la triangulación o contrastación de las fuentes empleadas (alumnos y alumnas de los diferentes Centros Escolares Juan XXIII de Granada) y metodológica (instrumentos tanto cualitativos como cuantitativos utilizados en la investigación). Este proceso es de gran importancia, debido a que asegura los criterios de validez reconocidos, aportando credibilidad a los datos obtenidos en la investigación (Colás Bravo, 1992: 275). De toda esta información pretendemos conocer el nivel de incidencia de los Trastornos de la Conducta Alimentaria, todo ello encaminado a dar respuesta a nuestros objetivos, tanto generales como específicos.

En la columna de los cuestionarios mostramos el porcentaje de sujetos que, en función de su edad han superado el centil 85, puntuación que se considera como punto de corte significativo de posibles problemas. Esto no significa necesariamente que exista un trastorno o que la situación sea preocupante, pero sí que aparecen algunas señales de alarma a las que es necesario prestar atención (TEA ediciones). De ahí el gran valor confirmatorio de la entrevista clínica y, no sólo, propedéutico/diagnóstico. Mientras que en la columna de las entrevistas indicaremos la puntuación, edad y sexo de los sujetos.

Unidades de Análisis	Género como eje trasversal	Cuestionarios						Entrevistas																										
Obsesión por adelgazar		El 24 % de los varones y el 12,46% de las mujeres responden a este criterio.								<table border="1"> <thead> <tr> <th>Sujeto</th> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> <th>5</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Puntuación</td> <td>90</td> <td>99</td> <td>99</td> <td>99</td> <td>21</td> </tr> <tr> <td>Edad</td> <td>16</td> <td>15</td> <td>15</td> <td>16</td> <td>14</td> </tr> <tr> <td>Sexo</td> <td>F</td> <td>F</td> <td>M</td> <td>M</td> <td>F</td> </tr> </tbody> </table>	Sujeto	1	2	3	4	5	Puntuación	90	99	99	99	21	Edad	16	15	15	16	14	Sexo	F	F	M	M	F
Sujeto		1	2	3	4	5																												
Puntuación		90	99	99	99	21																												
Edad	16	15	15	16	14																													
Sexo	F	F	M	M	F																													
Bulimia	El 16,53 % de los varones y el 11,21% de las mujeres responden a este criterio.								<table border="1"> <thead> <tr> <th>Sujeto</th> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> <th>5</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Puntuación</td> <td>62</td> <td>62</td> <td>40</td> <td>40</td> <td>62</td> </tr> <tr> <td>Edad</td> <td>16</td> <td>15</td> <td>15</td> <td>16</td> <td>14</td> </tr> <tr> <td>Sexo</td> <td>F</td> <td>F</td> <td>M</td> <td>M</td> <td>F</td> </tr> </tbody> </table>	Sujeto	1	2	3	4	5	Puntuación	62	62	40	40	62	Edad	16	15	15	16	14	Sexo	F	F	M	M	F	
Sujeto	1	2	3	4	5																													
Puntuación	62	62	40	40	62																													
Edad	16	15	15	16	14																													
Sexo	F	F	M	M	F																													
		<table border="1"> <thead> <tr> <th>Edad</th> <th>11</th> <th>12</th> <th>13</th> <th>14</th> <th>15</th> <th>16</th> <th>17</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Varones</td> <td>3,33%</td> <td>23,33%</td> <td>20%</td> <td>28,88%</td> <td>12,22%</td> <td>11,11%</td> <td>1,11%</td> </tr> <tr> <td>Mujeres</td> <td>2,50%</td> <td>10%</td> <td>20%</td> <td>25%</td> <td>30%</td> <td>10%</td> <td>2,50%</td> </tr> </tbody> </table>	Edad	11	12	13	14	15	16	17	Varones	3,33%	23,33%	20%	28,88%	12,22%	11,11%	1,11%	Mujeres	2,50%	10%	20%	25%	30%	10%	2,50%								
Edad	11	12	13	14	15	16	17																											
Varones	3,33%	23,33%	20%	28,88%	12,22%	11,11%	1,11%																											
Mujeres	2,50%	10%	20%	25%	30%	10%	2,50%																											
		<table border="1"> <thead> <tr> <th>Edad</th> <th>11</th> <th>12</th> <th>13</th> <th>14</th> <th>15</th> <th>16</th> <th>17</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Varones</td> <td>4,83%</td> <td>24,19%</td> <td>24,19%</td> <td>17,74%</td> <td>17,74%</td> <td>9,67%</td> <td>1,61%</td> </tr> <tr> <td>Mujeres</td> <td>2,77%</td> <td>16,66%</td> <td>22,22%</td> <td>25%</td> <td>25%</td> <td>2,77%</td> <td>5,55%</td> </tr> </tbody> </table>	Edad	11	12	13	14	15	16	17	Varones	4,83%	24,19%	24,19%	17,74%	17,74%	9,67%	1,61%	Mujeres	2,77%	16,66%	22,22%	25%	25%	2,77%	5,55%								
Edad	11	12	13	14	15	16	17																											
Varones	4,83%	24,19%	24,19%	17,74%	17,74%	9,67%	1,61%																											
Mujeres	2,77%	16,66%	22,22%	25%	25%	2,77%	5,55%																											

Insatisfacción corporal	<p>El 12,26 % de los varones y el 6,85% de las mujeres responden a este criterio.</p> <table border="1" data-bbox="495 268 1547 440"> <thead> <tr> <th>Edad</th> <th>11</th> <th>12</th> <th>13</th> <th>14</th> <th>15</th> <th>16</th> <th>17</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Varones</td> <td>2,17%</td> <td>28,26%</td> <td>19,56%</td> <td>28,26%</td> <td>23,91%</td> <td>2,17%</td> <td>2,17%</td> </tr> <tr> <td>Mujeres</td> <td>4,54%</td> <td>13,63%</td> <td>18,18%</td> <td>27,27%</td> <td>27,27%</td> <td>9,09%</td> <td>0%</td> </tr> </tbody> </table>	Edad	11	12	13	14	15	16	17	Varones	2,17%	28,26%	19,56%	28,26%	23,91%	2,17%	2,17%	Mujeres	4,54%	13,63%	18,18%	27,27%	27,27%	9,09%	0%	<table border="1" data-bbox="1576 193 2067 424"> <thead> <tr> <th>Sujeto</th> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> <th>5</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Puntuación</td> <td>90</td> <td>99</td> <td>27</td> <td>27</td> <td>46</td> </tr> <tr> <td>Edad</td> <td>16</td> <td>15</td> <td>15</td> <td>16</td> <td>14</td> </tr> <tr> <td>Sexo</td> <td>F</td> <td>F</td> <td>M</td> <td>M</td> <td>F</td> </tr> </tbody> </table>	Sujeto	1	2	3	4	5	Puntuación	90	99	27	27	46	Edad	16	15	15	16	14	Sexo	F	F	M	M	F
Edad	11	12	13	14	15	16	17																																											
Varones	2,17%	28,26%	19,56%	28,26%	23,91%	2,17%	2,17%																																											
Mujeres	4,54%	13,63%	18,18%	27,27%	27,27%	9,09%	0%																																											
Sujeto	1	2	3	4	5																																													
Puntuación	90	99	27	27	46																																													
Edad	16	15	15	16	14																																													
Sexo	F	F	M	M	F																																													
Inefectividad	<p>Apareciendo en el 19,51% de los varones y el 10,28% de las mujeres.</p> <table border="1" data-bbox="495 608 1547 780"> <thead> <tr> <th>Edad</th> <th>11</th> <th>12</th> <th>13</th> <th>14</th> <th>15</th> <th>16</th> <th>17</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Varones</td> <td>2,73%</td> <td>21,91%</td> <td>24,65%</td> <td>17,80%</td> <td>21,91%</td> <td>8,21%</td> <td>2,73%</td> </tr> <tr> <td>Mujeres</td> <td>6,06%</td> <td>15,15%</td> <td>27,27%</td> <td>30,30%</td> <td>9,09%</td> <td>9,09%</td> <td>3,03%</td> </tr> </tbody> </table>	Edad	11	12	13	14	15	16	17	Varones	2,73%	21,91%	24,65%	17,80%	21,91%	8,21%	2,73%	Mujeres	6,06%	15,15%	27,27%	30,30%	9,09%	9,09%	3,03%	<table border="1" data-bbox="1576 568 2067 799"> <thead> <tr> <th>Sujeto</th> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> <th>5</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Puntuación</td> <td>84</td> <td>70</td> <td>49</td> <td>9</td> <td>75</td> </tr> <tr> <td>Edad</td> <td>16</td> <td>15</td> <td>15</td> <td>16</td> <td>14</td> </tr> <tr> <td>Sexo</td> <td>F</td> <td>F</td> <td>M</td> <td>M</td> <td>F</td> </tr> </tbody> </table>	Sujeto	1	2	3	4	5	Puntuación	84	70	49	9	75	Edad	16	15	15	16	14	Sexo	F	F	M	M	F
Edad	11	12	13	14	15	16	17																																											
Varones	2,73%	21,91%	24,65%	17,80%	21,91%	8,21%	2,73%																																											
Mujeres	6,06%	15,15%	27,27%	30,30%	9,09%	9,09%	3,03%																																											
Sujeto	1	2	3	4	5																																													
Puntuación	84	70	49	9	75																																													
Edad	16	15	15	16	14																																													
Sexo	F	F	M	M	F																																													
Perfeccionismo	<p>Apareciendo en el 22,19% de los varones y el 25,23% de las mujeres.</p> <table border="1" data-bbox="495 930 1547 1102"> <thead> <tr> <th>Edad</th> <th>11</th> <th>12</th> <th>13</th> <th>14</th> <th>15</th> <th>16</th> <th>17</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Varones</td> <td>1,20%</td> <td>21,68%</td> <td>16,86%</td> <td>28,91%</td> <td>21,68%</td> <td>9,63%</td> <td>0%</td> </tr> <tr> <td>Mujeres</td> <td>4,93%</td> <td>22,22%</td> <td>22,22%</td> <td>20,98%</td> <td>20,98%</td> <td>6,17%</td> <td>2,46%</td> </tr> </tbody> </table>	Edad	11	12	13	14	15	16	17	Varones	1,20%	21,68%	16,86%	28,91%	21,68%	9,63%	0%	Mujeres	4,93%	22,22%	22,22%	20,98%	20,98%	6,17%	2,46%	<table border="1" data-bbox="1576 890 2067 1121"> <thead> <tr> <th>Sujeto</th> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> <th>5</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Puntuación</td> <td>69</td> <td>89</td> <td>65</td> <td>10</td> <td>39</td> </tr> <tr> <td>Edad</td> <td>16</td> <td>15</td> <td>15</td> <td>16</td> <td>14</td> </tr> <tr> <td>Sexo</td> <td>F</td> <td>F</td> <td>M</td> <td>M</td> <td>F</td> </tr> </tbody> </table>	Sujeto	1	2	3	4	5	Puntuación	69	89	65	10	39	Edad	16	15	15	16	14	Sexo	F	F	M	M	F
Edad	11	12	13	14	15	16	17																																											
Varones	1,20%	21,68%	16,86%	28,91%	21,68%	9,63%	0%																																											
Mujeres	4,93%	22,22%	22,22%	20,98%	20,98%	6,17%	2,46%																																											
Sujeto	1	2	3	4	5																																													
Puntuación	69	89	65	10	39																																													
Edad	16	15	15	16	14																																													
Sexo	F	F	M	M	F																																													

Desconfianza interpersonal	<p>Apareciendo en el 11,49% de los varones y el 9,96% de las mujeres.</p> <table border="1" data-bbox="495 229 1547 403"> <thead> <tr> <th>Edad</th> <th>11</th> <th>12</th> <th>13</th> <th>14</th> <th>15</th> <th>16</th> <th>17</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Varones</td> <td>0%</td> <td>27,90%</td> <td>25,58%</td> <td>16,27%</td> <td>16,27%</td> <td>9,30%</td> <td>4,65%</td> </tr> <tr> <td>Mujeres</td> <td>3,12%</td> <td>28,12%</td> <td>25%</td> <td>21,87%</td> <td>9,37%</td> <td>9,37%</td> <td>3,12%</td> </tr> </tbody> </table>	Edad	11	12	13	14	15	16	17	Varones	0%	27,90%	25,58%	16,27%	16,27%	9,30%	4,65%	Mujeres	3,12%	28,12%	25%	21,87%	9,37%	9,37%	3,12%	<table border="1" data-bbox="1576 193 2063 421"> <tbody> <tr> <td>Sujeto</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Puntuación</td> <td>67</td> <td>25</td> <td>14</td> <td>14</td> <td>99</td> </tr> <tr> <td>Edad</td> <td>16</td> <td>15</td> <td>15</td> <td>16</td> <td>14</td> </tr> <tr> <td>Sexo</td> <td>F</td> <td>F</td> <td>M</td> <td>M</td> <td>F</td> </tr> </tbody> </table>	Sujeto	1	2	3	4	5	Puntuación	67	25	14	14	99	Edad	16	15	15	16	14	Sexo	F	F	M	M	F
Edad	11	12	13	14	15	16	17																																											
Varones	0%	27,90%	25,58%	16,27%	16,27%	9,30%	4,65%																																											
Mujeres	3,12%	28,12%	25%	21,87%	9,37%	9,37%	3,12%																																											
Sujeto	1	2	3	4	5																																													
Puntuación	67	25	14	14	99																																													
Edad	16	15	15	16	14																																													
Sexo	F	F	M	M	F																																													
Conciencia interoceptiva	<p>Apareciendo en el 17,64% de los varones y el 18,06% de las mujeres.</p> <table border="1" data-bbox="495 660 1547 834"> <thead> <tr> <th>Edad</th> <th>11</th> <th>12</th> <th>13</th> <th>14</th> <th>15</th> <th>16</th> <th>17</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Varones</td> <td>4,54%</td> <td>21,21%</td> <td>22,72%</td> <td>21,21%</td> <td>18,18%</td> <td>10,60%</td> <td>1,51%</td> </tr> <tr> <td>Mujeres</td> <td>1,72%</td> <td>15,51%</td> <td>34,48%</td> <td>22,41%</td> <td>22,41%</td> <td>1,72%</td> <td>1,72%</td> </tr> </tbody> </table>	Edad	11	12	13	14	15	16	17	Varones	4,54%	21,21%	22,72%	21,21%	18,18%	10,60%	1,51%	Mujeres	1,72%	15,51%	34,48%	22,41%	22,41%	1,72%	1,72%	<table border="1" data-bbox="1576 624 2063 852"> <tbody> <tr> <td>Sujeto</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Puntuación</td> <td>86</td> <td>62</td> <td>58</td> <td>46</td> <td>67</td> </tr> <tr> <td>Edad</td> <td>16</td> <td>15</td> <td>15</td> <td>16</td> <td>14</td> </tr> <tr> <td>Sexo</td> <td>F</td> <td>F</td> <td>M</td> <td>M</td> <td>F</td> </tr> </tbody> </table>	Sujeto	1	2	3	4	5	Puntuación	86	62	58	46	67	Edad	16	15	15	16	14	Sexo	F	F	M	M	F
Edad	11	12	13	14	15	16	17																																											
Varones	4,54%	21,21%	22,72%	21,21%	18,18%	10,60%	1,51%																																											
Mujeres	1,72%	15,51%	34,48%	22,41%	22,41%	1,72%	1,72%																																											
Sujeto	1	2	3	4	5																																													
Puntuación	86	62	58	46	67																																													
Edad	16	15	15	16	14																																													
Sexo	F	F	M	M	F																																													
Miedo a la madurez	<p>Apareciendo en el 20,05% de los varones y el 17,75% de las mujeres.</p> <table border="1" data-bbox="495 979 1547 1153"> <thead> <tr> <th>Edad</th> <th>11</th> <th>12</th> <th>13</th> <th>14</th> <th>15</th> <th>16</th> <th>17</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Varones</td> <td>2,66%</td> <td>24%</td> <td>20%</td> <td>29,33%</td> <td>17,33%</td> <td>5,33%</td> <td>1,33%</td> </tr> <tr> <td>Mujeres</td> <td>3,50%</td> <td>29,82%</td> <td>28,07%</td> <td>14,03%</td> <td>15,78%</td> <td>8,77%</td> <td>0%</td> </tr> </tbody> </table>	Edad	11	12	13	14	15	16	17	Varones	2,66%	24%	20%	29,33%	17,33%	5,33%	1,33%	Mujeres	3,50%	29,82%	28,07%	14,03%	15,78%	8,77%	0%	<table border="1" data-bbox="1576 943 2063 1171"> <tbody> <tr> <td>Sujeto</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Puntuación</td> <td>90</td> <td>30</td> <td>62</td> <td>20</td> <td>37</td> </tr> <tr> <td>Edad</td> <td>16</td> <td>15</td> <td>15</td> <td>16</td> <td>14</td> </tr> <tr> <td>Sexo</td> <td>F</td> <td>F</td> <td>M</td> <td>M</td> <td>F</td> </tr> </tbody> </table>	Sujeto	1	2	3	4	5	Puntuación	90	30	62	20	37	Edad	16	15	15	16	14	Sexo	F	F	M	M	F
Edad	11	12	13	14	15	16	17																																											
Varones	2,66%	24%	20%	29,33%	17,33%	5,33%	1,33%																																											
Mujeres	3,50%	29,82%	28,07%	14,03%	15,78%	8,77%	0%																																											
Sujeto	1	2	3	4	5																																													
Puntuación	90	30	62	20	37																																													
Edad	16	15	15	16	14																																													
Sexo	F	F	M	M	F																																													

La triangulación de datos y resultados aportados por los diferentes instrumentos (cuestionarios y entrevistas) nos permite extraer unas inferencias basadas en las principales coincidencias que se derivan del análisis e interpretación de cada uno de ellos, aportando una mayor credibilidad a la investigación.

Observamos la importancia en los alumnos de la “obsesión por la delgadez”. Tanto los sujetos analizados en las entrevistas como los sujetos que sólo realizaron los cuestionarios, observamos en su mayoría elevadas puntuaciones. Esta búsqueda incesante de la delgadez es una característica esencial de los trastornos de la conducta alimentaria (Russell 1970). También, cómo la insatisfacción corporal es un elemento clave que puede dar lugar a desarrollar un TCA. Saber aceptarse tal y como son es un objetivo clave en la labor que tiene el centro con el alumnos, ya que este debe desarrollar no sólo las capacidades intelectuales, sino el correcto desarrollo personal para poder afrontar la vida correctamente.

Chapter 6: Conclusions and future directions

6.1.- Conclusions

6.1.1.- General conclusions

They are going to be described the global and more significant conclusions according to aims fixed in our research, describing the factors that cause in our sample some disorder in alimentary behaviour. All this got through the scales that have taken part of questionnaires used.

After analysing the sample and knowing that the presence of slimness is an essential aspect of the disorders in alimentary behaviour, we have got a percentage of 12.46 of women and 24% of men obsessed by slimness and knowing that statistics point the prevalence of anorexia fluctuates between 0.2% and 0.5% and bulimia between 2-3% whereas the prevalence of disorders in alimentary behaviour no named is about 3-5%, although the cases are more frequent in adolescence, there have been diagnosed cases in children, adults and elderly (Gómez, 1993; Unikel, 1999; Unikel, 2002).

The school's pupils analysed in the sample show lacks in some areas to a personal level that implicates to suffer a disorder in alimentary behaviour. These areas will be called the following and they are the specific aims of our research. At personality level respect to emotionality, the 7.73% of men and the 9.63% of women they are shown anxious, worried, with changes of humour very fast, frequently depressed, sleep badly, etc. They got at 13 years old their major representatively. It informs us about the main moment in which this people are weaker to suffer from an alimentary disorder. Also, they have been analysed other scales that take part of characteristics of disorders as an anorexia and bulimia. Corporal dissatisfaction, feeling of insecurity, self scorn and the lack of control of it own life is described. As well as, they have been shown a poor self-esteem, a negative evaluation with feelings of loneliness and hollow.

Thoughts that their personal results should be the best, admitting only level of personal performance excellent, convinced that other people expect them these marks. At the same time, they need to keep others away, having some difficulties to show their own feelings and thoughts. The fear to mature, body's changing, psychological and biological experiences in relation to the weight of adulthood are other important aspects to consider.

All these factors could be reduced, in many cases, if schools developed different activities, workshops, conferences to empower pupil's personality, showing the way to follow in moment of doubt and they know where they can go to solve worried through the courses for different level of their development. Understanding why they have got a feeling, what it is the cause and how it can be solved without being involved in a spiral of self-destruction.

This help for their training and personality will be positive effects at academics level, being education a relevance role for pupils because through this tool we can shape pupils, smooth things over and edges that they try to stop an adequate educational development.

6.1.2.- Specific conclusions

In relation to every one of specific aims of the research, we show the concrete conclusions. They are the following:

- **Aim 1.** To know the emotionality of people, level of anxiety, worried changes of humour, etc.

This aim is joined to the personality of sample. The major representatively of pupils is shown with high result for men (7.73% of the men's total sample) and women (9.63% of the women's total sample) at 13 years old. They are defined as an anxious, worried, with changes of humour very fast, frequently depressed, sleep badly, etc.

At 13 years old, in both sexes, appeared the worried person. Its main aspect is a permanent worried about things or actions that they can be bad joined with a hard emotional reaction of anxiety caused by these thoughts. Later ages, the quantity of people with this aspect is going to be reduced at the same way in both sexes (as we can see in the graphic of high results in N Scale).

- **Aim 2.** Finding out the level of extraversion of people, typical extravert and typical introvert.

In this scale, people with a big representation of introversion show at 14 years in men (16.15% of men's total sample) and at 12-13 years in women (11.44% of women's total sample). In the case of men they show a major extroversion (29.52% of men's total sample) at 15 years and in women (27.4% of women's total sample) at 14 years. In women this evolution appears one year before than in men.

- **Aim 3.** To know the variables of personality underlying in behaviour that they can become as a pathological in extreme cases.

The age for showing in a lonely behaviour, unconcerned of people that cause problems to others, it means, a problematic behaviour is usually shown one year before than men.

- **Aim 4.** To know all person with a tendency to hide in order to show a “good looking”.

Both sexes behaviour in a similar way in high results, although the evolution in low results, is different. Its interpretation is opened by future directions.

- **Aim 5.** To know the tendency to an antisocial behaviour.

This tendency to an antisocial behaviour, that can influence in an extremely way to a criminal actions, gets its major representatively between 13 and 15 years old. It show us that although the majority of our pupils are not going to become future criminals, there is a percentage according to different parameters for which they could develop an antisocial behaviour and extremely way, criminal.

- **Aim 6.** To know the obsession by slimness as an essential aspect in disorder of alimentary behaviour.

As different criterion of risk made by Morandé et al., Gandarillas and Febrel, Garner, Norring and Sohlberg, men are affected since a 2.8% until a 0.8% of the sample and women since an 11.4% until a 2.4% of it.

Although, in relation to the results considered by TEA in a significant way of possible problems but not as an indicator of problems, 24% of men and 12.46% of women would be affected.

- **Aim 7.** To know the tendency of pupils to have thoughts or eat blowout of food uncontrollable.

The 16.53% of men and the 11.21% of women show a tendency to have thoughts or eat blowout of food in an uncontrollable way. This behaviour is a relevant aspect of bulimia.

- **Aim 8.** Finding out the dissatisfaction of pupils, in a general way, with their body or with some parts of it more worried by this people that suffer disorders of alimentary behaviour (stomach, hips, thigh, etc.).

The 12.26% of men and the 6.85% of women are not happy with their own body. This corporal dissatisfaction is a disturbance in their corporal image own to patients with disorders of alimentary behaviour. It can be too one of the main responsible factors at the beginning and persistence of behaviour guided to control the weight in the patients with DAB (Disorder of Alimentary Behaviour).

- **Aim 9.** To know the feelings of general disability, insecurity, self-scorn and loss of self-control in their own life focused on alimentary activities.

The 19.51% of men and the 10.28% of women have an overwhelming feeling of inefficiency, as a perturbation underlying to DAB. This people show a significant deficit of self-esteem owned to have intense feelings of in adaptation lack's. This aspect is present in a big part of clinical explanations of DAB.

- **Aim 10.** To know the level in which every person believe that their personal marks should be the best.

The 22.19% of men and the 25.23% of women believe that only there are acceptable levels of personal performance excellence and they are convinced that the others expect them to get exceptional marks. They have a fight to get the best results; it is a typical aspect of this type of patients with DAB. This way to perfection is a critical condition that helps to develop these types of disorders as Anorexia and Bulimia.

- **Aim 11.** To know the general feeling of alienation of people and the lack of interest to establish personal relations, as well as the difficult to tell about their own feelings and thoughts.

The 11.49% of men and the 9.96% of women consider that the need to keep others away is a psychological characteristic very relevant in relation to the beginning and persistence of some cases of DAB. The major percentage is increased at 12 years in both sexes.

- **Aim 12.** Evaluating the level of confusion or difficulty to recognize and answer in an adequate way the emotional states and identifying some visceral sensations associated to hungry and satiety.

The 17.64% of men and the 18.06% of women have a high level of confusion and mistrust in relation to their body and feelings. This is an important factor for developing and keeping, in some cases, Anorexia and Bulimia, being more predominant at 13 years.

- **Aim 13.** Evaluating the desire of return to the infancy.

The 20.05% of men and the 17.75% of women have the desire to come back to security lived in the infancy. In patients of anorexia and bulimia show fear to psychological and biological experiences associated to the weight in adulthood. It becomes the fast in a way to avoid the psychobiological maturity because it is guided to worry by good looking and hormonal prepuberal state. The patient thinks that this regression can cause relief in contrast to the confusion in adolescence and familiar conflicts.

The major percentage of cases in men is focused on 14 years whereas in women are shown at 12-13 years.

- **Aim 14.** Evaluating the tendency to look for the virtue through some spiritual ideals as auto-discipline, sacrifice and the control over corporal needs.

The 21.39% of men and the 12.77% of women consider that making a diet is purification; the loneliness is a virtue and the fast a way of penance. They have the thoughts of virtue characteristic of oral restriction. It is shown in both sexes between 12-14 years.

- **Aim 15.** To know the difficult to regulate the impulses and the tendency to abuse of drugs, the hostility, the agitation, the self-destruction and the destruction of interpersonal relations.

The 16.31% of men and the 14.33% of women have the inability to regulate adequately their own impulses. This has been seen as a predict symptom worried in DAB. It has very similar evolution in men and women.

- **Aim 16.** Finding out the thinking of social relations are tense, insecure, inconvenience, unsatisfactory and poor quality.

The 17.91% of men and the 10.90% of women have got lack of security and happiness in their social relations. This is very frequent in these patients of DAB having consequences in the treatment.

- **Aim 17.** Showing proposals of improvement guided to prevent DAB from an educational view. Establishing all types of activities, workshops for training teachers and parents implicated in education of adolescence, designing programs to prevent in education for health included at first level of scholarship.

The scholar stage is a very important moment for the pupils because it not only develops their intellectual ability, but also it is the moment to “build” their personality “columns”. So, they will go learning the necessary tools to know how to solve situations of doubt in future and them not to follow the trendy of society without reducing their personal development.

Thus, in the school there is an important role to do training courses in which the pupils are able to learn personal and necessary skills to get out the conflicts with success.

After these shown results, it is noticed the big dangerous and difficulties for pupils in nowadays where it is essential for them the possibility to learn new skills according to these challenges.

6.2.- Further research lines

The majority of cases are located in early and medium adolescence, in which they show the main pubertal changes, so there is a major fixation and conscious of the body. Here, family has got a relevant role because it develops some conflicts to parental subsystem and it can influence in a negative way for a healthily development for young

people. On the other hand, serious difficulties can be shown to control familiar limits what moreover can contribute to taking part conflicts between different subsystems.

The familiar problems could be become in a factor of risk not only for developing disorder of alimentary behavior, but also others behaviors of risk.

So, disorder of alimentary behaviors is able to cause a big psychological impact through comorbilidad with a disorder of affect (depression and distimia) and a disorder of anxiety (disorder obsessive-compulsive).

From a nutritional point of view, it could be very interesting knowing if our inadequate times for alimentation and the preference for foods with less calories but they are poor enough to cover the energy needs of adolescences could be the main antecedents of this illness.

In relation to scholar activities it would be relevant to discover if there is a perfectionist and obsessive image in the patients that suffer this disorder.

- Abraham, S. (1994). *Anorexia y bulimia*. Madrid: Ed. Alianza
- Alcantud, F. (2003). *Intervención Psicoeducativa con niños con Trastornos Generalizados del Desarrollo*. Madrid. Psicología Pirámide.
- American Psychiatric Association (2002). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (4ª Ed.; Texto Revisado). Barcelona: Masson.
- Baile, J.I. (1999, mayo). La génesis de la anorexia nerviosa: la importancia de la insatisfacción corporal . *Trabajo presentado en las IV Experiencias Educativas*. Tudela (Navarra).
- Baile, J.I., Guillén, F., Garrido, E. (2002). *Insatisfacción corporal en adolescentes medida con el Body Shape Questionnaire (BSQ): efecto del anonimato, el sexo y la edad*. Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud, Vol2, N°3.
- Berland NW, Thompson JK, Linton PH. (1986). *Correlation between the EAT-26 and the EAT-40, the Eating Disorders Inventory and the Restrained Eating Inventory*. Int J Eat Dis.
- Beumont PJ B. (1991)The history of eating and dietig disorders. Clin qppl Nutr.; 1:9.20
- Bousoño García M., González G. P. Y Bobes García J. (1994). *Psicobiología de la bulimia nerviosa*. Barcelona. Laboratorios Dr. Esteve, S.A.

- Brumberg J. (1989). *Fasting girls: the history of anorexia nervosa*, New York, Plume.
- Caballo, V. (2002). *Manual de Psicología Clínica Infantil y del Adolescente*. Madrid. Pirámide.
- Calvo, R. (2002) *Anorexia y bulimia*. Guía para padres, educadores y terapeutas. Barcelona. Ediciones planeta.
- Calvo, R. (2002). *Anorexia y Bulimia*. Barcelona. Planeta.
- Chinchilla, A. (2003). ¿Es real la actual epidemia de trastornos de la conducta alimentaria? En A. Chinchilla (Ed.), *Trastornos de la conducta alimentaria. Anorexia y bulimia nerviosas, obesidad y atracones* (pp. 143-147). Barcelona: Masson.
- Chinchilla, A. (2003). *Trastornos de la Conducta Alimentaria*. Barcelona. Masson.
- Cohn LD, Adler NE. (1992). *Female and male perceptions of ideal body shapes: Distorted views among Caucasian college students*. Psychol Women Quart; 16.
- Colás Bravo, M^a. P. y Buendía Adial, L. (1992). *Investigación educación*. Sevilla: Alfar.
- Cook, T. D. y Campell, D. T. (1979). *Quasi-experimentation: design and analysis segues for field setting*. Chicago, IL: Rand McNally.
- Cooper, P.J., Taylor, M.J. (1987). The development and validation of the Body Shape Questionnaire. *International Journal of Eating Disorders*, 6.
- Darias Morales, E. J., Sosa Alonso, J. J. y Sosa Fariña, J. A. *Validación del cuestionario EPQ-J para la población infantil de Tenerife I*. I Congreso Hispano-Portugués de Psicología: hacia una Psicología Integradora. 2000
- Darias Morales, E. J., Sosa Alonso, J. J. y Sosa Fariña, J. A. *Validación del cuestionario EPQ-J para la población infantil de Tenerife II*. I Congreso Hispano-Portugués de Psicología: hacia una Psicología Integradora 2000

- Del Rincón, D., Arnal, J., Latorre y Sans, A. (1995): *Técnicas de Investigación en Ciencias Sociales*. Madrid: Dykinson.
- Diccionario de la Lengua Española. Real Academia Española vigésima segunda edición 2001
- Drewnowski A, Yee DK, Krahn DD. (1988). *Bulimia in college women: incidence and recovery rates*. Am J Psychiatry. 1988 Jun;145(6).
- DSM IV (1994) *American Psychiatric Association Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 4t. Washington
- Eisele J., et al. *Factors related to eating disorders in young adolescent girls*. Adolescence 1986; 82: 283-290.
- Eysenck, Hanns y Eysenck Michael. (1987). *Personalidad y diferencias individuales*. Traducción: Fernando Arribas Uguet. Colección Psicología. Madrid España: Ediciones Pirámide, S.A.
- Fairburn, C. G. (1997). *Eating disorders*. En D. M. Clark y C. G. Faiburn (Eds.) *Science and practice of cognitive behavior therapy*. Oxford: Oxford University Press.
- Fallon, A.E. & Rozin, P. (1985). *Sex differences in perceptions of desirable body shape*.
- Fenichel, O. (1945): *The Psychoanalytic Theory of Neurosis*. New York: W. W. Norton.
- Fernández F. et al. (1998). *Grupo ambulatorio psicoeducativo en bulimia nerviosa. Evaluación de un abordaje de corta duración*. Actas Luso, Esp Neurol Psiquiatr; 26.
- Fernández F. y Turón V. (1998). *Trastornos de la alimentación. Guía básica de tratamiento en anorexia y bulimia*. Barcelona. Masson.
- Fernández, F. y Turón, V. (1999) *Trastornos de la Alimentación*. Barcelona. Masson.

- Frith, U. (1991). *Autismo*. Barcelona. Ariel.
- Gandarillas, A. y Febrel, C. (2000). *Encuesta de prevalencia de trastornos del comportamiento alimentario en adolescentes escolarizados de la Comunidad de Madrid*. Madrid: Dirección General de Salud Pública.
- García-Camba, E. (2001). Avances en trastornos de la conducta alimentaria. Anorexia nerviosa, bulimia nerviosa, obesidad. Barcelona. Masson.
- García-Camba, E. (2001). Trastornos de la conducta alimentaria en el momento actual. En E. García-Camba (Ed.), *Avances en trastornos de la conducta alimentaria. Anorexia nerviosa, bulimia nerviosa, obesidad* (pp. 3-29). Barcelona. Masson.
- Garfinkel PE, Garner DM (eds) (1982) *Anorexia nervosa: a multidimensional perspective*. Brunner/Mazel, New York.
- Garfinkel, P.E. y Garner, D.M. (1982). *Anorexia Nervosa: A Multidimensional Perspective*. New York: Brunel-Mazel.
- Garner D.M. y Garfinkel P.E. (1985). *Handbook of psychotherapy for anorexia and bulimia nervosa*. New York: Guildford.
- Garner D.M. y Garfinkel P.E. (1997). *Handbook of treatment for eating disorders*. 2ª. Ed. New York: Guildford.
- Garner D.M. y Wooley S.C. (1991). *Confronting the failure of behavioural and dietary treatments of obesity*. Clin Psychol Rev 1991; 11.
- Garner DM, Olmsted MP. (1984). *The Eating Disorders Inventory Manual*. Odesa (FA): Psychological Assessment Resources.
- Garner DM. *Eating Disorder Inventory-2. Professional Manual*. Odesa (FA): Psychological Assessment Resources, 1991.

- Garner, D.M. (1998). *EDI-2: Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria. Manual*. Madrid: TEA.
- Garner, D.M. y Garfinkel, P.E. (1985). *Handbook of Psychotherapy for Anorexia Nervosa and Bulimia*. New York: Guilford Press.
- Garner, M.D. (1998). *Inventario de trastornos de la conducta alimentaria*. Madrid: TEA.
- Ghaderi A. (2001). *Eating Disorders*. Uppsala: Uppsala University.
- Gómez G. Detección de anomalías de la conducta alimentaria en estudiantes universitarios: obesidad, bulimia y anorexia nervosa. *Rev Mex Psic* 1993; 10(1):17-24.
- Gracia, M., Ballester, D., Patiño, J. y Suñol, C. (2001). Prevalencia de insatisfacción corporal y de trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes. *Interpsiquis*, 2001, 1-5.
- Groves, M. R. (1989). *Survey errors and survey costs*. New York: Wiley.
- Gull, W.W. (1873). Anorexia hysterica (Apepsia hysterica). *British Medical Journal*, 2, 527-528.
- Habermas, T. (1986). Friderada: A case of miracolous fasting. *The International Journal of Eating Disorders*, 5 (3), 555-562.
- Hauri, P. and Linde, S., (1990). *No More Sleepless Nights*. New York: J. Wiley and Sons.
- Herrero, M. y Viña, M. (2005). Conductas y actitudes hacia la alimentación en una muestra representativa de estudiantes de secundaria. *Internacional Journal of Clinical and Health Psychology*, enero, año/vol. 5, número 001 pp. 67-83.
- Hetherington MM. Eating disorders: diagnosis, etiology, and prevention. *Nutrition*, 2000; 16 (7-8): 547-551.

- Horne RL, Van Vactor JC, Emerson S. (1991). *Disturbed body image in patients with eating disorders*. Am J Psychiatry Nov;148(2):211-5.
- Instrumento de evaluación de la insatisfacción corporal. *Clínica y Salud*, 7, 51-66.
- Janet, P. (1907). *The major symptoms of hysteria*. New York. McMillan.
- Jiménez, A. M. (2001) Hospital de Día Psiquiátrico para Niños y Adolescentes. *Journal of Abnormal Psychology*, 94, 102-105.
- Kaplan, H.I. y Sadock, B.J. (2001). *Sinopsis de Psiquiatría*. Ciencias de la conducta. Psiquiatría clínica. Madrid: Panamericana.
- Keys A. et al. (1950). *The biology of human starvation*. Minneapolis: University of Minnesota Press.
- Kog, E & Vandereycken, W. (1989). Family interaction in eating disorder patients and normal controls. *International Journal of Eating Disorders*, 8(1), 11-23.
- Lacey, J. H. Evans, CDH. (1986) *The impulsivist: a multi-impulsive personality disorder*. En Br. J. Addiction, 81. Pag 641-649.
- Lassègue, C. (1873). De l'anorexie histerique. *Archives of General Medicine*, 21, 385-403.
- Leitenberg, H.; Rosen, J.C.; Gross, J.; Nudelman, S. y Vara, L.S. (1988). Exposure plus response-prevention treatment of bulimia nervosa. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 535-541.
- León Espinosa de los Monteros, M^a T., Castillo Sánchez, M^a D. (2005) *Trastornos del comportamiento alimentario: anorexia y bulimia nerviosa*. Formación Alcalá
- Mallick, M.J., Whipple, T.W., & Huerta, E. (1987). *Behavioural and psychological traits of weight-conscious teenagers: A comparison of eatingdisordered patients and high- and low-risk groups*. *Adolescence*, 22 (85), 157-168.

- Martín Romera, A., García de Pablos, C., Díaz Atienza, F. *Salud mental infantil y hospital de día title child mental health and day hospital*
- Martínez Arias, R. (1995). El método de encuestas por muestreo: conceptos básicos. En M^a T. Anguera et al., *Métodos de investigación en psicología*. Madrid: Síntesis.
- Martos, J. y Pérez, M. (2002). Autismo. Un enfoque orientado a la formación en logopedia. Nau Llibres. Valencia.
- McCarthy, M. (1990). The thin ideal, depression and eating disorders in women. *Behaviour Research and Therapy*, 28, 205-215.
- Miguel T F, Martín Díaz M D y Legido Arce J C. (1998) *Trastornos de la conducta alimentaria en el deporte: anorexia y bulimia nerviosas*. Vol: 5 número: 11-12.
- Miotto, P., De Coppi, M., Frezza, M. y Preti, A. (2003). The spectrum of eating disorders: Prevalence in area of Northeast Italy. *Psychiatry Research*, 119, 145-154.
- Mizes JS. Assertion deficits in bulimia nervosa: Assessment via behavioral, self-report and cognitive measures. *Behavior Therapy* 1989; 20: 603-8.
- Morandé, G., Celada, J. y Casas, J.J. (1999). Prevalence of eating disorders in Spanish schoolage population. *Journal of Adolescent Health*, 24, 212-219.
- Norring, C. y Sohlberg, S. (1988). Eating Disorder Inventory in Sweden: Description, crosscultural comparison, and clinical utility. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 78, 567-575.
- Orjales, I. y Polaino, A. (2004). Programas de intervención cognitivo-conductual para niños con déficit de atención con hiperactividad. Madrid. Cepe.
- Patton, G.C. (1988). The spectrum of eating disorder in adolescence. *Journal of Psychosomatic Research*, 32 (6), 579-584.

- Pederson M. et al. *A comparison of onset of binge eating versus dieting in the development of bulimia nervosa*. *Int J Eating Disorders* 1997; 21: 353-360.
- Pedreira, J.L. (2001). Los Hospitales de Día en la Atención de los Trastornos Mentales de la Adolescencia: Orientación Terapéutica. *Revista de Psiquiatría y Psicología del Niño y del Adolescente*. 2 (1), pp. 68-92.
- Pérez, M et al. (2003). *Guía de tratamientos Psicológicos Eficaces III. Infancia y Adolescencia*. Madrid. Pirámide.
- Pettinati, H.M., Horne, R.L., & Staats, J.S.(1985). Hypnotizability in patients with anorexia nervosa and bulimia. *Archives of General Psychiatry*, 42, 1014-1016.
- Polivy, J. y Herman, C.P. (2002). Causes of eating disorders. *Annual Review of Psychology*, 53,187-213.
- Practice guideline for the treatment of patients with eating disorders (revision). American Psychiatric Association Work Group on Eating Disorders. *Am J Psychiatry* 2000; 157 (suppl): 1-39.
- Programa Ecolar Nestlé de Educación en Nutrición. Tu cuaderno: ¿A comer bien! 2007. Barcelona
- Protocolo del Grupo de Trabajo USMIJ-HD, SAS. Sevilla; Julio, 2002.
- RADO, S. “La psychanalyse des pharmaco-thymies”, *Rev. F. Psychanal.*, XXXIX, 4, 603-618.
- Raich RM, Deus J, Muñoz JM, Pérez O, Requena A. (1991) Estudio de actitudes alimentarias en una muestra de adolescentes. *Rev Psiquiatría Fac Med Barna*; 18 (7): 305-315.
- Raich, R.M. *Anorexia y bulimia. Trastornos alimentarios*. Madrid. Pirámide. 1994
- Raich, R.M., Mora, M., Soler, A., Avila, C., Clos, I. y Zapater L. (1996). *Adaptación de un instrumento de evaluación de la insatisfacción corporal*. *Clínica y Salud.*; 7: (1) 51-66.

Reeves RS, McPherson RS, Nichaman MZ, Harrist Rb, Foreyt JP, Goodrick GK. (2001). *Nutrient intake of obese female binge eaters*. J Am Diet Assoc.; 101 (2): 209-215.

Revista de la Asociación Española de Psiquiatría. Vol. XXI, N° 77, pp. 115-124.

Riviere, A. (2001). *El Tratamiento del Autismo*. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.

Rojo, L. y Cava, G. (2003). *Anorexia nerviosa*. Barcelona. Ariel.

Rorty, Yager, J. y Rossetto E. (1994). Childhood sexual, physical, and psychological abuse and their relationship to comorbid psychopathology in bulimia nervosa. PubMed. 1994 Dec;16(4):317-34

Rosen, J. Et al. (1990). Life stress, psychological symptoms and weight reducing behavior in adolescent girls. A prospective analysis. *International Journal of Eating Disorders*, 9, 17-26.

Rosen, J.C. y Leitenberg, H. (1985). Exposure plus response prevention treatment of bulimia. En D.M. Garner y P.E. Garfinkel (Eds.), *A Handbook of Psychotherapy for Anorexia Nervosa and Bulimia*. New York: Guilford Press.

Russell, G. F. M. (1979). Anorexia Nervosa: Its identity as an illness and its treatment. En J. H. Price (Ed.) *Modern trends in psychological medicine* (Vol. 2, pp 131-164). London: Butterworths.

Russell, G.F.M. (1977). The present status of anorexia nervosa. *Psychological Medicine*, 7, 363-367.

Saldaña, C. (1994). *Trastornos del Comportamiento Alimentario*. Madrid: Fundación Universidad-Empresa.

Saldaña, C. (1997). *Técnicas de intervención en los trastornos del comportamiento alimentario*. *Ansiedad y estrés*, 3, 319 – 337.

- Schlundt, D. G., y Johnson, W. G. (1990). *Eating disorders. Assessment and treatment*. Boston: Allyn and Bacon.
- Schmidt, U., Jiwany, A. y Treasure, J. (1993). A controlled study of alexithymia in eating disorders. *Compr. Psychiatry*, 34(1), 54-8.
- Schoemaker C, Verbraak M, Breteler R, van der Staak C. The discriminant validity of the Eating Disorder Inventory-2. *Br J Clin Psychol* 1997 Nov;36 (Pt 4):627-629.
- Servera, M. (2002). *Intervención en los Trastornos del Comportamiento Infantil*. Madrid. Pirámide.
- Sierra Bravo, R. (1995). *Tesis doctoral y trabajos de Investigación científica. Metodología general de su elaboración y documentación*. Madrid: Paraninfo.
- Silverman, J.A. (1985). Richard Morton, 1637-1698: Limmer of anorexia nervosa: His life and times. *Journal of Psychiatry Research*, 19, 83-88.
- Silverman, J.A. (1986). Anorexia nervosa in seventeenth century, England as viewed by physician philosopher and pedagogue. An essay. *The International Journal Eating Disorders*, 5 (4), 847-853.
- Silverstein, B., & Perdue, L. (1988). The relationship between role concerns, preferences for slimness, and symptoms of eating problems among college women. *Sex Roles*, 18, 101-106.
- Sours, J.A. (1980). *Starving to death in sea of objects. The Anorexia Nervosa Syndrome*. New York: J. Aronson.
- Striegel-Moore, R.H. (1993). Etiology of binge eating: A developmental perspective. En C.G. Fairburn y G.T. Wilson (Eds.), *Binge Eating: Nature, Assessment and Treatment*. New York: Guilford Press.
- The encyclopaedia of obesity and eating disorders.

- Thiel A, Jacobi C, Horstmann S, Paul T, Nutzinger DO, Schussler G. *A German version of the Eating Disorder Inventory EDI-2*. *Psychother Psychosom Med Psychol* 1997 Sep-Oct;47(9-10):365-376.
- Thompson, J. K. y Thompson, C. M. (1986). Body-size distortion and self-esteem in asymptomatic, normal weight males and females. *International Journal of Eating Disorders*, 6, 1061- 1068.
- Tolstrup, K., Brinch, M., Isager, T., *et al* (1985) Long-term outcome of 151 cases of anorexia nervosa. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 71, 380–387.
- Tomás, J. (2003). El espectrum autista. Evaluación, diagnóstico, neurobiología y tratamiento del autismo. Barcelona. Laertes.
- Toro, J. (1996) *El cuerpo como delito. Anorexia, bulimia, cultura y sociedad*. Barcelona: Ariel.
- Toro, J. y Vilardell, E. (1987). *Anorexia nerviosa*. Barcelona: Martínez Roca.
- Turon, G. (1997). *Trastornos de la alimentación*. Barcelona: Masson.
- Turón, V.J. (1997). Historia, clasificación y diagnóstico de los trastornos de la alimentación. En V.J. Turón (Ed.). *Trastornos de la Alimentación. Anorexia Nerviosa, Bulimia y Obesidad*. Barcelona: Masson; 3-15.
- Unikel C, Mora J, Gómez G. Percepción de la gordura en adolescentes y su relación con las conductas anómalas del comer. *Int J Psic* 1999; 33(1):11-29.
- Unikel C, Saucedo-Molina T, Villatoro J, Fleiz C. Conductas alimentarias de riesgo y distribución del índice de masa corporal en estudiantes de 13 a 18 años. *Salud Mental* 2002; 25(2): 49-56.
- Van Der Kolk BA *et cols*: Childhood trauma in borderline personality disorder. *Am J Psychiatry*; 1989; 146:490–495

- Vandereycken, W., Kog, E. y Vanderlinden, J. (1989). *The family approach to eating disorders*. Nueva York: PMA Publishing Group.
- Walsh, B. T., y Garner, D. M. (1997). Diagnostic issues. En D. M. Garner y P. E. Garfinkel (Eds.), *Handbook of treatment for eating disorders*. Second edition. Nueva York: Guilford.
- Whitehouse AM, Cooper PJ, Vice CV, Hill C, Vogel L. Prevalence of eating disorders in three Cambridge general practictices: hidden and conspicuous morbidity. *Br J Gen Pract* 1992; 42: 57-69.
- Wicks, R. (2001). *Psicopatología del Niño y del Adolescente*. Madrid. Prentice Hall.
- Williamson, D.A.; Davis, C.J.; Duchmann, E.G.; McKenzie, S.M. y Watkins, P.C. (1990). *Assessment of Eating Disorders: Obesity, Anorexia, and Bulimia Nervosa*. New York: Pergamon Press.
- Wulff, M. (1932) "Ueber einen interessanten oralen Symptomenkomplex und seine Beziehung zur Sucht", *Int. Zschr. Psychanal.*, , 18.
- Zagala, M.L. (2007). Distorsión de la imagen corporal en la anorexia nerviosa. Programa de prevención desde la educación física escolar. *Revista Fuentes* n° 6 Marzo.

Direcciones páginas web

<http://www.teaediciones.com/e-teaediciones/EjemploEDI-2.htm>

<http://www.psiquiatria infantil.org/sma/PLANSALUDMENTAL.pdf>

ANEXOS