

Grado en Psicología
Trabajo Fin de Grado
Curso 2017-2018



**PROGRAMA DE INTERVENCIÓN:
LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA
DESDE UNA PERSPECTIVA DE GÉNERO**
Ángela Marchante Cruz

Trabajo Fin de Grado
Facultad de Psicología
Grado en Psicología
Universidad de Murcia

LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA
DESDE UNA PERSPECTIVA DE GÉNERO

Nombre de la alumna: Ángela Marchante Cruz

Nombre de la tutora: Consuelo Paterna Bleda

Tipo de TFG: Proyecto de intervención

Curso 2017-2018

DECLARACIÓN DE ORIGINALIDAD

La abajo firmante **DECLARA** ser la autora del Trabajo de Fin de Grado que presenta como culminación de sus estudios de Graduado en la Facultad de Psicología de la Universidad de Murcia, para ser evaluada por la Comisión Evaluadora correspondiente y **desea hacer constancia de lo siguiente:**

1. **El trabajo es original e inédito** y es producto de su contribución intelectual, bajo la tutela de una profesora de esta Facultad.
2. **Las figuras, tablas e ilustraciones** que lo acompañan al trabajo representan fielmente los hechos informados y **no han sido alteradas digitalmente.**
3. **Todos los datos y las referencias** a textos y materiales ya publicados están **debidamente identificados y referenciados en el texto y en las notas bibliográficas.**

Para dejar constancia de lo anteriormente expuesto, se firma esta declaración en Murcia, a 26 de MAYO de 2018



Fdo: Ángela Marchante Cruz

Agradecimientos

"El verdadero descubrimiento no es descubrir nuevos paisajes, es tener nuevos ojos"

M. Foucault

No puedo entregar este trabajo, que representa el final de una larga y ardua andadura, sin dar las gracias a aquellas personas que me han acompañado en el trayecto.

En primer lugar, agradecer a mi madre y mi padre su inagotable motivación y esfuerzo por sacar de donde no hay para que pueda alcanzar mi sueño y por sus *"Tú puedes con eso y más"* que he escuchado numerosas veces cuando mis fuerzas flaquearon. En segundo lugar, a mi compañero de vida, la persona por la cual estoy hoy aquí presentando un trabajo con perspectiva de género. Una fuente de inspiración y positividad continua, que sólo tiene palabras de ánimo cuando la frustración se apodera de mí.

En tercer lugar, a mi tutora, Consuelo. Gracias por esa infinita paciencia y por haberme hecho dar lo mejor de mí. Gracias por el mundo que me has dado a descubrir, porque conocer la Psicología Social del Género me ha permitido ver, escuchar y sentir de otra manera. Gracias por haber sido mi guía en estos últimos meses y haber contribuido a que hoy sea un poco más fuerte, más valiente y más rebelde, pues ahora soy más consciente de quién soy y hacia dónde quiero ir. Por todo eso y por mucho más, te doy las gracias, Consuelo, pues sigo pensando que tu nombre no es una mera casualidad.

En último lugar, pero no menos importante, quiero dedicarles unas palabras de agradecimiento a aquellas pacientes que conocí en la Asociación en Defensa de la Anorexia Nerviosa y Bulimia (ADANER). Gracias por haber confiado en mí, en mis palabras, por haberme permitido escuchar vuestra historia y conocer vuestros fantasmas. Gracias a ello hoy veo los TCA de un modo totalmente diferente. Gracias también a las terapeutas del Centro de Día, que me supieron guiar y mostrar las dificultades de esta enfermedad tan dura. Gracias a las experiencias que viví en ADANER, estoy hoy mucho más comprometida y motivada con mi futura labor profesional. Mil gracias a todas y todos.

Índice

1. RESUMEN	5
2. JUSTIFICACIÓN DEL PROYECTO E IDENTIFIC. DEL PROBLEMA SOCIAL.....	6
2.1. Factores de riesgo	12
2.2. Consecuencias psicosociales	14
2.3. Teorías explicativas.....	16
2.3.1. <i>Modelo Ecológico de Bronfenbrenner (1987).</i>	16
2.3.2. <i>Tª de la Autodiscrepancia de Higgins (1987) y su relación con la identidad de género.....</i>	20
2.3.3. <i>Cohesión grupal en el colectivo de personas con TCA.</i>	21
2.4. Evaluación de las necesidades.....	24
3. DETERMINACIÓN DEL PROGRAMA	26
3.1. Población beneficiaria.....	26
3.2. Objetivos.....	26
3.3. Programa de actividades	27
4. EJECUCIÓN E IMPLEMENTACIÓN.....	40
5. CRONOGRAMA	42
6. RECURSOS	43
7. EVALUACIÓN.....	43
8. REFERENCIAS	46
9. ANEXOS	50

1. RESUMEN

En el presente programa de intervención se hace un recorrido empírico referido a la incidencia y prevalencia de los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) a nivel nacional y regional. Se hace mención de los factores de riesgo y mantenedores de la enfermedad, así como de las diversas teorías que pueden explicar su aparición y perpetuación, tales como el Modelo Ecológico de Bronfenbrenner (1987), la Tª de la Autodiscrepancia de Higgins (1987) o el proceso de socialización grupal, desde una perspectiva de género. Tras hacer una evaluación de las necesidades y definir la población diana del proyecto, se elabora un programa de actividades cuyos objetivos principales son mejorar la calidad de vida de las personas que padecen TCA, proveer de información sobre dicha enfermedad a las personas encargadas de las/los pacientes y, sobretodo, crear una consciencia de género; es decir, hacer ver cómo influye el sexo con el que hemos nacido en la forma de ver el mundo y a nosotras/os mismas/os. Finalmente, se hace una evaluación de los resultados para comprobar el impacto del programa.

Palabras clave: Anorexia Nerviosa, Bulimia Nerviosa, Género, Roles, Estereotipos

Abstract

In this intervention program, an empirical review is made regarding the incidence and prevalence of Eating Disorders (ED) at the national and regional levels. Mention is made of the risk factors and maintainers of the disease, as well as of the various theories that can explain its appearance and perpetuation, such as the Bronfenbrenner Ecological Model (1987), the Higgins Self-Discrepancy (1987) or the process of group socialization, from a gender perspective. After making an assessment of the needs and defining the target population of the project, a program of activities is developed whose main objectives are to improve the quality of life of people suffering from ED, provide information about this disease to the people in charge of the patients and, above all, create a gender consciousness; that is, to show how the sex with which we were born influences the way we see the world and ourselves. Finally, an evaluation of the results is made to verify the impact of the program.

Keywords: Nervous Anorexia, Nervous Bulimia, Gender, Roles, Stereotypes

2. JUSTIFICACIÓN DEL PROYECTO E IDENTIFICACIÓN DEL PROBLEMA SOCIAL

La problemática social que se trata de abordar en este programa de intervención son los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA). Estos trastornos suponen una alteración en la alimentación debido a una serie de conflictos psicosociales, baja autoestima y una escasa empatía hacia una/o misma/o y el resto de personas, sumado a una persistente obsesión por adelgazar (Olesti et al., 2008) que cada vez está más presente en nuestra sociedad. La existencia de un número tan alto de personas que padecen TCA ha hecho que los profesionales de la salud investiguen con ahínco cuáles son las causas que los desencadenan. Esta búsqueda se ha convertido en una tarea ardua dado su nivel de complejidad, ya que los TCA responden a una etiología multicausal, donde interaccionan factores biológicos, psicológicos y socioculturales. Para conocer la gravedad de este problema, haremos un recorrido por las diversas investigaciones que se han llevado a cabo en nuestro país. Si bien es cierto que, según la Guía Práctica Clínica de los Trastornos de Conducta Alimentaria elaborada por la Subdirección de Salud Mental del Servicio Murciano de Salud (2005), en España hay un número reducido de estudios epidemiológicos que ayuden a vislumbrar actualmente cuál es la prevalencia e incidencia de TCA, se han realizado algunas investigaciones a nivel nacional que puede suponer un acercamiento a dicha problemática.

En base a la información reportada por la Sociedad Española de Pediatría Extrahospitalaria y Atención Primaria (en adelante SEPEAP) (2017), el 85% de los TCA aparecen entre los 14 y 18 años. En concreto, según la Guía de Práctica Clínica del Sistema Nacional de Salud (2009), los estudios realizados en España demuestran que la población de mayor riesgo son las mujeres de edades comprendidas entre los 12 y los 21 años, donde, actualmente, se ha ido viendo una progresiva disminución de la edad de inicio (SEPEAP, 2017). Habitualmente la Anorexia Nerviosa (AN) se inicia en torno a los 10-30 años, con una edad promedio de 15-17 años y la Bulimia Nerviosa (BN), con una edad de inicio más tardía, se presenta al final de la adolescencia o comienzo de la adultez (Martín, 2005). En cuanto a la prevalencia y evolución en el tiempo de los TCA, podemos comprobar su tendencia creciente (véase Tabla 1). Según los datos reportados por la Guía de Práctica Clínica del Sistema Nacional de Salud (2009), existe una prevalencia de AN en mujeres adolescentes de un 0.14-0.90%,

para la BN de 0.41-2.9% y en el caso de los Trastornos de la Conducta Alimentaria No Especificados (TCANE) del 2.76-5.3%. En varones, sin embargo, se obtiene una prevalencia de .0% para la AN, .0-0.36% para la BN y de 0.18- 0.77% para los TCANE, con una prevalencia total de 0.27-0.90%.

En términos generales, los diversos estudios realizados en España muestran datos que continúan reflejando la gravedad de los TCA; en concreto, Rivas, Bersabé y Castro (2001) realizaron un estudio con una muestra de 1.555 adolescentes, cuyos resultados globales revelaron que un 27.5% sufría TCA. Los porcentajes de AN fueron de un 0.5% en hombres y de 3.9% en mujeres, mientras que para la BN fueron 0.6% y 0.2%, respectivamente (Guadarrama y Mendoza, 2011). Por su parte, Gandarillas, Zorrilla, Sepúlveda y Muñoz (2004) realizaron un estudio en la Comunidad de Madrid donde la muestra de 1.534 personas fue específicamente de mujeres adolescentes cuyos resultados mostraron que el 3.4% padecía un TCA, con una prevalencia del 0.6% tanto en BN como en AN y de un 2.1% en casos incompletos. Otro estudio, realizado por Olesti et al. (2008) (véase Tabla 1), cuyo objetivo era detectar la prevalencia de AN y BN en una muestra de 551 mujeres adolescentes de Reus. Los resultados que se obtuvieron mostraron que las personas que no cumplen todos los criterios diagnósticos (TCANE) son visiblemente mayores que los síndromes completos, algo que no dista de los porcentajes nombrados con anterioridad.

Tabla 1

Estudios sobre prevalencia de TCA en mujeres adolescentes en España

ESTUDIO	N	Edad	AN (%)	BN (%)	TCANE (%)	TCA (%)
C. Madrid (Morandé y Casas, 1997).	723	15	.69	1.24	2.75	4.69
Zaragoza (Ruiz et al., 1998).	2193	12-18	.14	.55	3.83	4.52
Navarra (Pérez-Gaspar et al., 2000).	2862	12-21	.31	.77	3.07	4.15
Reus (Olesti et al., 2008)	551	12-21	.9	2.9	5.3	9.1

Fuente: Guía de Práctica Clínica sobre Trastornos de la Conducta Alimentaria del Sistema Nacional de Salud (2009).

Los datos obtenidos a nivel internacional no difieren mucho de los encontrados en territorio español. En EE.UU., según el Centro de Información y Referencia sobre Desórdenes de Alimentación, cerca de 10 millones de norteamericanos padecen desórdenes alimentarios, donde el 90% son mujeres y el 10% hombres (Guadarrama y Mendoza, 2011). Es menester puntualizar que, aunque se traten de estudios realizados hace más de 5 años, permiten dejar constancia de la prevalencia e incidencia de los TCA en nuestra sociedad. Actualmente, según la SEPEAP (2017), se estima una prevalencia de 2.2-3.6% en la AN y un 1.3-2.0% en la BN.

En la Región de Murcia, a través de la Guía Práctica Clínica de los Trastornos de Conducta Alimentaria del Servicio de Salud Mental (2005), los últimos datos recogidos relacionados con los TCA fueron en 2002, donde se nos muestra que ha ido aumentando la demanda por trastornos de la alimentación en el área infanto-juvenil. En la Tabla 2 se muestran los datos en adultos y en el área infanto-juvenil desde 1999 a 2002. Si observamos con detenimiento, podremos comprobar que el predominio del padecimiento de los TCA en población femenina se mantiene estable también a nivel regional, tanto en población infanto-juvenil como en adulta.

Tabla 2

Datos asistenciales en la Región de Murcia relacionados con TCA.

Año	1ª asistencia (población)	Hombre	Mujer	Total	% poblacional
1999	Adulta	-	-	115	1.7%
	Infanto-juvenil	8	6	14	.81%
2000	Adulta	12	100	112	1.9%
	Infanto-juvenil	18	27	45	2.76%
2001	Adulta	10	97	107	1.9%
	Infanto-juvenil	10	40	50	2.9%
2002	Adulta	9	89	98	1.9%
	Infanto-juvenil	16	32	48	2.4%

Fuente: Guía Práctica Clínica de los Trastornos de Conducta Alimentaria del Servicio de Salud Mental (2005).

Posteriormente, según los datos reportados en 2012 por la Unidad de Trastornos de la Conducta Alimentaria (UTCA) del Hospital General Universitario Reina Sofía,

se ingresaron 29 pacientes de los cuales el 60% presentaban anorexia nerviosa, el 34% bulimia y el restante 6% TCANE. En el 2016, esta misma unidad actualizó sus datos, revelando que anualmente se producen aproximadamente 30 ingresos con una estancia media de 2 meses y que la incidencia regional oscila para la anorexia entre 3 y 6 casos por cada 100.000 habitantes y para la bulimia entre 9 y 14. El aumento de la incidencia y las características de la población afectada (preadolescentes, adolescentes y jóvenes) hace que estas patologías se conviertan en un verdadero problema a nivel sanitario y social. No sólo por el considerable incremento de aparición de la patología, sino también por la alta tasa de recaída que presenta: en el caso de BN aproximadamente de un 30% y de un 40% en el caso de la AN (Castro, 2007).

Los TCA se agravan significativamente también porque su aparición suele estar asociada a otras patologías. Normalmente, son comórbidos con sintomatología depresiva, trastornos de ansiedad, abuso y dependencia de sustancias, trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) y trastornos de la personalidad, especialmente, trastorno límite de la personalidad (TLP) (Kaye, Bulik, Thornton, Barbarich y Masters, 2004; citado en Solano y Cano, 2012, pág. 384; Torres, Del Río y Borda, 2008; Varela, Maldonado y Ferre, 2011). El ansia de perfección y la obsesión por controlar su alimentación (cuentan rigurosamente las calorías de todos los alimentos) para alcanzar el ideal de belleza, hace que en muchas ocasiones se sientan profundamente frustradas/os, retroalimentando la sensación de fracaso y tristeza.

Para finalizar, el pronóstico de los TCA tiene una evolución variable. Actualmente, según la SEPEAP (2017) la mitad de las/los pacientes con trastornos alimentarios evolucionan favorablemente, un 30% sigue presentando algún síntoma y el 20% restante tiene una mala evolución. En concreto, la mitad de las personas que presentan un buen pronóstico son aquellas que padecen BN, mientras que las que sufren AN se llevan la peor parte, especialmente si está asociada a conductas autolesivas. Según la Confederación Española de Agrupaciones de Familiares y Personas con Enfermedad Mental (FEAFES, 2006) este trastorno es el que mayor índice de mortalidad tiene comparado con el resto de enfermedades mentales. En ese índice se incluyen las muertes por complicaciones directas del trastorno (alteraciones cardiovasculares, neurológicas, renales, hematológicas, entre otras) y las muertes por suicidio.

Una vez hecho este acercamiento y repaso empírico de los TCA, cabe preguntarse: ¿qué factores son los que lo provocan y cuáles los que influyen en su mantenimiento?, ¿qué son, exactamente, los TCA? Según el Manual de criterios diagnósticos DSM-V (APA, 2013), la AN se define como:

Restricción de la ingesta energética en relación con las necesidades, que conduce a un peso corporal significativamente bajo con relación a la edad, sexo, curso del desarrollo y salud física. Se acompaña de un miedo intenso a engordar y de una percepción alterada de su propio peso o constitución, así como la falta persistente de reconocimiento de la gravedad del bajo peso corporal actual. (p. 191)

Existen dos variantes de AN: **restrictiva** (la pérdida de peso es debida sobre todo a la dieta, el ayuno y/o el ejercicio excesivo, es decir, no hay episodios recurrentes de atracones o purgas) y **purgativa** (la persona se autoprovoa el vómito tras las ingestas y hace uso incorrecto de laxantes, diuréticos o enemas); por otro lado, la BN se caracteriza por (APA, 2013):

Episodios recurrentes de atracones (ingerir en un período corto de tiempo una cantidad de alimentos que es claramente superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en un período similar en circunstancias parecidas), con comportamientos compensatorios inapropiados para evitar el aumento de peso (vómito autoprovoado, uso de laxantes, diuréticos, ayuno o ejercicio excesivo). (pp. 192-193)

Además de estos trastornos, encontramos otros referidos en el mismo DSM-V como el Trastornos de rumiación, Trastorno de atracones u otros trastornos alimentarios o de la ingestión de alimentos especificado como el Trastorno por purgas o el Síndrome de ingestión nocturna de alimentos y, por otro lado, en la CIE-10 (Clasificación Internacional de la Organización Mundial de Salud, 1992), epígrafe F50, se especifican la anorexia y bulimia nerviosa atípica o hiperfagia en otras alteraciones psicológicas. Aunque éstos no son objeto de estudio en el presente programa de intervención, sirve para dejar constancia de la cantidad de trastornos de la alimentación que están identificados y que suponen una amenaza para la salud física y mental de las personas (especialmente mujeres), suponiendo un auténtico problema social y sanitario.

El constante incremento de los trastornos relacionados con la alimentación y la imagen corporal es una señal que nos indica la urgencia de abordar esta problemática desde un punto de vista sociocultural y, especialmente, desde una perspectiva de género, ya que el hecho de ser mujer se convierte en un factor de riesgo para dicha enfermedad. Es por ello que, a través de este programa de intervención, se pretende dar visibilidad a la cara multidisciplinar de los trastornos clínicos, abordándolo desde una perspectiva de género. Consideramos de vital importancia el abordaje de conceptos relacionados con la identidad de género y la influencia de los medios de comunicación de masas. Los aspectos culturales asociados a la mujer y los estereotipos de género explican la razón por la cual están en el punto de mira de los TCA. Movidas por la "cultura de la delgadez", se ven presionadas por modelos sociales que les incita a establecer metas para cambiar su apariencia y ubicar el epicentro de su autoestima fuera, en lugar de buscarla dentro de sí. La socialización diferencial de la estructura social en la que vivimos, ha asociado durante años la feminidad a valores de dependencia, atracción, erotismo y belleza (Tomé, 2002; citado en Gil y Cáceres, 2008, p. 189); por tanto, lo que se espera de la mujer es que ésta sea coqueta, presumida, que cuide su imagen y "lime sus imperfecciones", así como que sea complaciente y generadora de placer. En palabras de Migallón y Gávez (2000): "ello ha llevado a las mujeres a la sumisión y entrega a los otros tanto desempeñando un rol doméstico, como en lo personal y lo corporal, relacionando autoconcepto con identidad corporal deseable" (citado en Gil y Cáceres, 2008, p. 189).

Actualmente, vivimos en una sociedad donde un alto porcentaje de la población sufre trastornos de alimentación como consecuencia de la presión sociocultural, promotora de un excesivo control sobre el peso y la imagen corporal. Este concepto es crucial para la comprensión de los TCA, ya que se ha podido comprobar que la imagen corporal está muy relacionada con la autoestima (Rivarola y Penna, 2006) y ésta, a su vez, con nuestra identidad personal (Gil y Cáceres, 2008). La continua insatisfacción con la imagen corporal y la idea sobrevalorada de que un cuerpo delgado es signo de éxito en la vida, belleza, libertad y control sobre una misma se consideran las principales influencias socioculturales y factores prevalentes en la mayoría de las adolescentes actuales (Mancilla et al., 2010; Rivarola y Penna, 2006). Así pues, es lógico que algunas personas lleguen a rechazar con ahínco su cuerpo o alguna parte de él cuando se alejan de los cánones de belleza que imperan (apariencia física de fragilidad

y delgadez como sinónimo de feminidad o fuerza y vigor de masculinidad, (Gil y Cáceres, 2008), ya que, debido a la alta idealización, son inalcanzables (o en el caso de las personas con TCA, alcanzables en detrimento de su salud física y mental).

Con ánimo de evitar que estos datos se interpreten como exclusorios, es menester mencionar que, aunque es cierto que la prevalencia e incidencia de los TCA se ha mantenido estable durante muchos años en población femenina, diversos estudios (Cole, Smith, Halford y Wagstaff, 2003; Furnham y Nordling, 1998; Vázquez, López, Alvarez, Franco y Mancilla, 2004) han mostrado que los hombres no están libres de padecer TCA. Los problemas que suelen padecer son los relacionados con la persecución de la musculatura, cuyo nombre específico es el de vigorexia. Pope et al. (1993) la definieron como un deseo de ganar masa magra, no grasa, donde las personas afectadas tienen una distorsión perceptiva de su imagen corporal y pensamientos obsesivos que le inducen a la práctica compulsiva de ejercicio físico para agrandar el cuerpo (Muñoz y Martínez, 2007) y tener una apariencia musculosa (esto está relacionado con la fuerza y el vigor prototípico de la masculinidad tradicional que se mencionó anteriormente).

Finalmente, durante algunos años, en investigaciones como la de Bruch (1973), se consideró que los TCA sólo se presentaban en personas con niveles socioeconómicos altos y pertenecientes a sociedades occidentalizadas e industrializadas. Sin embargo, en investigaciones posteriores se ha comprobado que los TCA se distribuyen en los diferentes estratos socioeconómicos, así como también en países poco industrializados (Mancilla et al., 2010).

2.1. Factores de riesgo

La adolescencia, según Toro (1987) "es una etapa de cambios corporales y de insatisfacción hacia el cuerpo, convirtiéndose en un riesgo de padecer TCA" (citado en Rivarola y Penna, 2006, p. 63). Se trata de una fase en la que las personas se encuentran en un proceso de construcción de identidades y los modelos que se muestran a través de los agentes socializadores (especialmente la familia y la publicidad) pueden ser referente para las/los adolescentes (Jiménez, 2016). Por regla general, la publicidad presenta unos valores estéticos en torno al cuerpo de la mujer (belleza,

atractivo, ser deseable) que puede influir notoriamente en las mujeres más jóvenes (Cáceres, 2009; citado en Jiménez, 2016, p. 4). Aun quedando claro que ser mujer y adolescente son dos factores de riesgo destacados para sufrir TCA, éstos son desórdenes multicausales y, por tanto, intervienen otros que se pueden clasificar en diferentes niveles. En base a las estructuras aportadas por la Associació contra l'Anorèxia i la Bulímia (s.f.), Gil y Cáceres (2008) y Maganto (2011) citamos:

INDIVIDUALES

- Ser mujer
- Etapa vital: adolescencia.
- Rasgos psicológicos: niveles de autoexigencia muy altos, perfeccionismo obsesivo, necesidad de control y rigidez cognitiva. Introversión.
- Autoestima baja asociada a autovaloración negativa e insatisfacción.
- Imagen corporal negativa.
- Trastorno afectivo.
- Déficit de empatía.
- Seguimiento de dietas de adelgazamiento (patrón de dieta restrictivo siguiendo, progresivamente, dietas cada vez más hipocalóricas).

FAMILIARES

- Vivir en un ambiente familiar sobreprotector.
- Experiencias vitales estresantes como la muerte de un ser querido, ser víctima de abuso físico, emocional o sexual, el abandono o la negligencia, que afectan profundamente al yo (Nevado, 2014).
- Familiares con Trastornos de Alimentación.
- Diferencias de género en el patrón de educación y socialización parental (niñas educadas para poseer valores "femeninos" como ser ordenada, tener preocupación por el aspecto físico o el cuidado de los demás, y niños educados para mantener una actitud orientada a la autonomía).
- Falta de control parental en la dieta alimentaria.

SOCIALES

- Modelo de belleza imperante: ensalzamiento de la delgadez procedente de medios de comunicación de masas.
- Presión social con respecto a la imagen.

- Determinadas profesiones o práctica deportiva.
- Críticas y burlas relacionadas con el aspecto físico.
- Patrón poco homogéneo del sistema de tallaje actual.
- Pertenecer a un contexto donde otras jóvenes (amigas) padezcan un TCA. Con esto se produce un efecto de "contagio", donde el refuerzo conductual es mutuo (Ochoa, 1996; citado en Gil y Cáceres, 2008).
- Existencia de páginas web que hacen apología de la anorexia y la bulimia.

Además de existir factores de riesgo, se han encontrado variables que explican la autoperpetuación de los TCA. En base a la estructura de Martín (2003), podemos nombrar:

- Aislamiento social producido por la evitación de tener que comer en público o en contexto familiar.
- Actividad física excesiva.
- Iatrogenia.
- Cogniciones distorsionadas (*solo la gente delgada es agradable, serás perfecta/a, los gordos no pueden ser amados*, entre otras cogniciones encontradas en blogs *pro-ana* y *mia*).
- Feedback fisiológico por inanición.

A continuación, se exponen las consecuencias psicosociales que tiene, es este caso, padecer TCA teniendo en cuenta los factores de riesgo y mantenimiento presentados con anterioridad.

2.2. Consecuencias psicosociales

Las personas afectadas por TCA sufren consecuencias físicas-biomédicas, psicológicas y sociales. En nuestro caso, nos centraremos en estas últimas. Las consecuencias psicosociales son como respuesta a la interferencia que hace la enfermedad sobre la vida social, familiar y/o escolar y laboral de las personas que la padecen. Algunas de las consecuencias, en base al estudio realizado por Etxeberria, González, Padierna, Quintana y Ruíz (2002), son:

- Aislamiento social o retraimiento (que además de ser una consecuencia, actúa como factor de mantenimiento). Es una pérdida de contacto que se produce de manera progresiva por sentirse incomprendidas/os. Esta misma consecuencia lleva aparejadas otras como:
 - Disminución en la cantidad/calidad de las relaciones interpersonales.
 - Deterioro de las relaciones con la familia (sensación de preocupación y culpabilidad en familiares, discusiones frecuentes que llevan a la disminución de la comunicación y al uso de la mentira. En algunos casos, en las relaciones entre hermanos/as, surge la envidia y la sensación de que ya no reciben la misma atención).
 - Dificultad y evitación para mantener una relación sentimental estable (rechazo del sexo por miedo a mostrar su cuerpo).
 - Divorcio.

- Dificultad para cumplir con responsabilidades y/o deberes. Especialmente a nivel escolar/laboral. Esto se debe a que presentan problemas de concentración y memoria debido al desajuste en la ingestión de alimentos. Por tanto, al mismo tiempo provoca:
 - Inasistencia escolar.
 - Fracaso académico (puede provocar (1) que pasen de sacar muy buenas notas a abandonar los estudios o (2) que haya un excesivo involucramiento en los estudios, donde el tiempo dedicado es mayor al que hacen el resto de sus compañeros/as. Según el estudio realizado por Etxeberria et al. (2002), las personas con AN suelen tener mayor éxito que las personas con BN (en la AN hay predominio de la obsesividad).
 - Inasistencia laboral.
 - Pérdida del empleo.
 - Dificultades financieras.

- Dificultades de adaptación (ya que suelen tener todo controlado a través de rituales y "manías", especialmente a la hora de comer).

A continuación, se presentan las teorías que pueden explicar las razones por las cuales surgen los TCA y por qué se mantienen a lo largo del tiempo.

2.3. Teorías explicativas

2.3.1. Modelo Ecológico de Bronfenbrenner (1987).

Este modelo desarrollado por Bronfenbrenner (1987), tiene como postulado fundamental que los ambientes naturales son la principal fuente de influencia sobre la conducta humana (Torrico, Santín, Andrés, Menéndez y López, 2002). Como hemos podido ver con anterioridad en los factores de riesgo y de mantenimiento, son varios frentes los que hay que tener en consideración, ya que influyen de forma directa o indirecta. En el Modelo Ecológico de Bronfenbrenner (1987), estando la persona en el núcleo del sistema, toma como punto de partida la interacción entre cuatro niveles de influencia que le afectan. Estos niveles son, ordenados de mayor a menor inclusión: microsistema, mesosistema, exosistema y macrosistema (véase Figura 1).

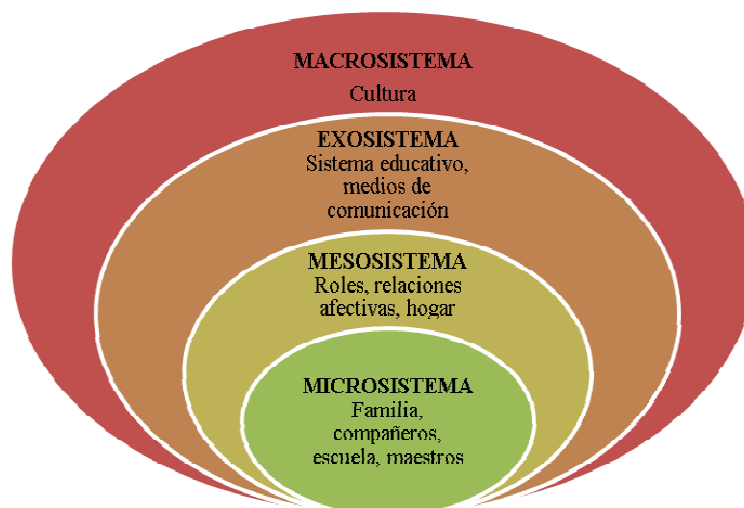


Figura 1. Niveles de influencia del Modelo Ecológico (Bronfenbrenner, 1987).

Microsistema: este sistema es el más cercano a la persona y donde se llevan a cabo los procesos de socialización. Según la Teoría de la Socialización Diferencial se entiende que este proceso, sumado a los agentes socializadores (sistema educativo, familia, medios de comunicación, religión, etc.), provoca que las personas adquieran identidades diferenciadas de género, donde se incluyen las diferencias en la forma de pensar, actitudes, conductas y normas específicas que se consideran “adecuadas” en función del sexo con el que han nacido, entre otras (Walker y Barton, 1983; citado en

Ferrer y Bosch, 2013, p. 106). Es en este sistema donde la representación cultural del género influye directa o indirectamente en la interpretación del mundo que nos rodea y en nuestra forma de comportarnos; es decir, da como resultado unos roles, estereotipos y mandatos ligados al género que señalan lo que un hombre y una mujer debe hacer, pensar y sentir por norma, perpetuando modelos muy tradicionales de masculinidad y feminidad.

En la actualidad, los mandatos de género son los que hacen que las mujeres sean caldo de cultivo de trastornos relacionados con la salud mental. Existen diversos estudios que demuestran que los hombres y mujeres no enferman del mismo modo, donde en éstas últimas destaca en el padecimiento de depresión y ansiedad (García y Lou, 2006; Matud, Guerrero y Matías, 2006, citado en Montesó y Aguilar, 2014, p. 167). La extensa literatura especializada afirma que esta sintomatología relacionada con la depresión y ansiedad en las mujeres se debe a la discriminación social, legal y económica que sufren, con la que afloran sentimientos de indefensión, bajas aspiraciones y autoestima al sentirse en dependencia de terceros (Matud, 2005). Por tanto, es en el microsistema donde se fraguan algunos de los factores predisponentes para padecer TCA, ya que, debido a la socialización diferencial, se suscriben a la mujer tradicional cualidades que son interiorizadas, asociando delicadeza y debilidad al cuerpo femenino (Colás y Villaciervos, 2008). Uno de los mandatos de género que se relacionan con el modelo tradicional de feminidad es la juventud eterna, estar guapa, delgada y atractiva para poder ser visible y reconocida en la sociedad (De la Peña, 2007). Este marco es precisamente el que está íntimamente relacionado con los TCA. Las mujeres, movidas, por un lado, por los estereotipos de género (mujer objeto sexual del hombre, mujer-madre, mujer como encarnación de la tentación y el pecado) (Lomás, 2002; citado en Jiménez, 2016, p. 13) y, por otro, por los mandatos que la sociedad impone, se sienten en la obligación y, algunas veces, en la necesidad de alcanzar esa percepción que se ha de tener de ellas mismas, esclavas del control y la vigilancia de su cuerpo. Las niñas, a partir de la pubertad aproximadamente perciben que su éxito irá unido a su belleza y raramente a sus capacidades intelectuales (Colás y Villaciervos, 2008).

Por otro lado, centrándonos en el principal agente socializador, la familia, es bien sabido que es un factor de gran impacto emocional, la cual proporciona afecto, apoyo, bienestar psicológico y emocional y favorece el desarrollo de una adecuada

autoestima, sentimiento de pertenencia y estrategias de afrontamiento (Musitu, Buelga, Lila y Cava, 2001; citado en Marmo, 2014, p. 167). Es por ello que hay que tener en consideración también dentro de este microsistema los **estilos parentales**.

Baumrind (1966) fue de las primeras investigadoras en realizar un estudio sobre los estilos parentales, entendiendo estilo parental como el tipo de crianza que imparten los familiares respecto de sus hijos/as (Marmo, 2014), donde distinguió tres tipos de estilos educativos: autoritario, autoritativo/democrático y permisivo (Marmo, 2014). En nuestro programa de intervención nos ceñiremos a explicar el estilo parental que cobra relevancia con respecto a los TCA: el autoritario. Torío, Peña y Rodríguez (2008) en base a las pautas de Baumrind (1980), explican que los familiares autoritarios se caracterizan por valorar la tradición y la obediencia como virtud. Favorecen medidas de castigo o fuerza y están de acuerdo en mantener a los hijos en un papel subordinado y restringir su autonomía. Dedican un esfuerzo en influir, controlar y evaluar el comportamiento y actitudes de sus hijos de acuerdo con unos rígidos patrones establecidos. Este estilo es el que más repercusiones negativas tiene sobre la socialización de los hijos, como falta de autonomía personal, baja autoestima, además de generar niños descontentos, reservados y poco afectuosos (Torío et al., 2008).

La relación que esto guarda con las personas con TCA es que se ha encontrado que el exceso de control por parte de los progenitores, la sobreprotección, impedir la independencia personal de los hijos/as y ejercer un estilo autoritario, puede ser un factor relevante para la producción de TCA, ya que genera conflictos parento-filiales, además de sensación de falta de control sobre sí mismos/as y sus vidas, haciendo que el único recurso de control sea mediante su cuerpo (Silva et al., 2006; citado en Marmo 2014, p. 173). En la misma línea, Williams et al. (1990), expusieron que las personas con TCA se sienten muy controlados por su familia y sociedad pero que no saben reaccionar de forma asertiva a ese control (Behar, Manzo y Casanova, 2006). Además, existen diferenciaciones en el funcionamiento familiar percibido entre los subtipos de TCA; en el caso de las personas con AN, describen a sus familias como cohesivas y organizadas, donde existe una evitación de conflictos. Las consecuencias que esto tiene son aumento de la peligrosidad y mantenimiento de la sintomatología al percibir su situación como algo normal, ya que la norma implícita familiar es la transmisión aparente de familia ideal y sin conflictos, trayendo como resultado que los

adolescentes tengan una falta de conciencia de su enfermedad (González, Hidalgo, Hurtado, Nova y Venegas, 2002; citado en Marmo, 2014, p. 173).

Mesosistema: en este nivel interrelacionan dos o más entornos en los que la persona participa activamente. Es decir, es la interacción entre los diferentes ambientes en los que está inmersa la persona (Torrico et al., 2002). La diferencia que guarda con el microsistema es que en este nivel se materializan las representaciones sociales de género en los entornos de socialización.

Exosistema: según Brofenbrenner (1979), este nivel se refiere a uno o más entornos que no incluyen a la persona de forma activa, pero en ellos se producen circunstancias que afectan a lo que ocurre en el entorno que comprende a la persona en desarrollo (Torrico et al., 2002). Este tercer nivel nos acerca a las personas con TCA y nos muestra factores que pueden afectar de manera directa en ellos. Algunos de ellos pueden ser las RR.SS. o las páginas web que hacen apología de la AN y la BN, los medios de comunicación de masas que muestran el prototipo de mujer actual y los cánones de belleza, donde se emiten numerosos anuncios relacionados con métodos de adelgazamiento (pastillas, centros de estética, gimnasios, dietas) o con el mundo de la seducción que, como hemos dicho con anterioridad, es algo socialmente inherente a la mujer (Migallón y Gávez, 2000; citado en Gil y Cáceres, 2008, p. 189) y guarda una estrecha relación con la percepción de la imagen corporal y la autoestima (Rivarola y Penna, 2006).

Macrosistema: en este nivel nos situamos en un plano de estructura social y mucho más distante de la persona, pero sumamente importante, ya que aquí se tienen en consideración la influencia de los factores culturales y el momento histórico-social (Torrico et al., 2002). Es aquí donde la estructura social del patriarcado, entendiéndose éste como un sistema familiar, social, político e ideológico en el que el hombre ejerce la autoridad, a través de la fuerza, presión, tradición, ley, lenguaje, costumbres y educación, somete a las mujeres a puestos subordinados y toma como aceptable la socialización diferenciada y, por tanto, la consolidación de roles, estereotipos y mandatos de género.

2.3.2. *Tª de la Autodiscrepancia de Higgins (1987) y su relación con la identidad de género.*

Existen diversas teorías que relacionan rasgos de personalidad tradicionales femeninos o masculinos y los estereotipos de género, denominadas "teorías de los esquemas". Partiendo del concepto de autoesquema, entendiéndose como las cogniciones generales que tenemos referentes a nuestro yo y las expectativas de lo que nos gustaría o no convertirnos (Markus y Nurius, 1986; citado en Hogg y Vaughan, 2008, p. 119), se explica la **Teoría de la autodiscrepancia** de Higgins (1987). En ella se exponen las consecuencias y el funcionamiento de las personas cuando se produce una falta de armonía entre sus diferentes yo. Los tres tipos de autoesquema que poseemos, según Higgins (1987), son: Yo real (cómo somos realmente), Yo ideal (cómo nos gustaría ser) y Yo "debería ser", siendo estos dos últimos los guías que movilizan nuestras conductas (Hogg y Vaughan, 2008). Como el propio nombre indica, cuando el autoconcepto (*yo real*) discrepa con nuestros criterios basados en atributos deseables (*yo ideal*) y existe una falta de resolución, los sentimientos que afloran están relacionados con el abatimiento, la decepción o la tristeza; por otro lado, cuando la discrepancia se produce entre el yo real y nuestras metas u obligaciones (*yo "debería ser"*) y no existe resolución alguna del conflicto, las emociones que suscita son agitación, ansiedad y temor (Hogg y Vaughan, 2008).

Precisamente, esa batalla entre los diferentes yo, es lo que entra en juego en las personas que padecen TCA. Las emociones que evoca la diferencia que existe entre su yo real y el deseo de alcanzar un peso concreto asociado a un canon de belleza (*yo ideal*), desemboca en problemas mayores, como dificultades de concentración, dificultad para reconocer sus propias emociones (alexitimia), síntomas depresivos y/u obsesivos, altos niveles de ansiedad, entre otros (Cruz Roja, 2005). Por otro lado, el modelo es especialmente aplicable a la etapa de riesgo donde es predominante el padecimiento de esta psicopatología; en la adolescencia, dada la magnitud de discrepancias y proliferación de yo y siendo punto de partida para el desarrollo de los diferentes roles (Harter, 1999; citado en Sánchez-Bernardos, Quiroga, Bragado y Martín, 2004, p. 582), experimentan en multitud de ocasiones confusión, problemas de autorregulación y autoevaluación (deseo de ser aceptados y encajar), además de las diferentes discrepancias que pueden darse con la familia, al ser fuente de normas y guías

elaboradas que confrontan con los deseos de una/o misma/o, generando confusión de identidad y rebeldía (Higgins, 1989; citado en Sánchez-Bernardos et al., 2004, p. 583).

En relación con la Teoría de la autodiscrepancia (1987) y el género, podemos vincular el *yo ideal* y el *yo "debería ser"* con el concepto de identidad de género. El desarrollo identitario de género conlleva que las personas se apropien de generalidades simbólicas con las que se sienten identificadas, en función de las características que se le ha asociado tradicionalmente al sexo con el que han nacido (Gil y Cáceres, 2008). En la identidad de género, por tanto, nos encontramos con creencias estereotipadas y sentimientos que diferencian lo femenino de lo masculino. Son en estas creencias donde descubrimos por qué las mujeres adoptan como identidad propia valores y cualidades tales como la dependencia, la sumisión y, en relación a nuestra problemática, mujeres inscritas al erotismo, atracción y belleza y, por ende, mujeres obsesionadas con la pérdida de peso y el control sobre la alimentación, que en ellas genera una sensación de poder y autoconfianza (Raich, 2000; citado en Gil y Cáceres, p. 188).

Este perfil de mujer con una clara distorsión de la percepción corporal y un autoesquema de feminidad asociado a unas características definidas culturalmente como propias de la categoría sexual "mujer" es el que provoca que se conviertan en un colectivo de potencial riesgo para padecer trastornos alimentarios. Es por ello que, cuando perciben que las cualidades que poseen (*yo real*), no están acorde con las que debería tener por ser mujer (*yo "debería ser"*), provocan la insatisfacción de la imagen corporal y el desarrollo de comportamientos para intentar modificar su aspecto (Gil y Cáceres, 2008). Son por estas razones que consideramos relevante aplicar el Modelo de la Autodiscrepancia de Higgins (1987) en este programa de intervención, para abarcar los problemas relacionados con el conflicto de *yo*es y los esquemas e identidad de género, sin olvidar el papel de la familia en una etapa tan crítica como es la adolescencia.

2.3.3. *Cohesión grupal en el colectivo de personas con TCA.*

Desde el punto de vista de la cohesión grupal, existen procesos psicológicos implicados en la socialización que contribuyen al férreo mantenimiento, en este caso, del

colectivo de personas afectadas por TCA. Dicho proceso supone un cambio a nivel afectivo, conductual y cognitivo que tiene lugar a lo largo del tiempo (Martínez y Paterna, 2010), donde se adquieren pensamientos y costumbres que caracterizan al grupo y que les dota de una identidad compartida, donde el eje de cohesión es el culto al cuerpo, asociado al mismo tiempo a identidad de género, como se ha explicado en apartados anteriores. El proceso de categorización basada en el género, produce una identidad a nivel grupal que simplifica el entorno social y da la oportunidad de evaluar y predecir el comportamiento de las/los participantes del grupo de pertenencia, así como el de los otros grupos (Sherif, 1982; citado en Paterna, 1998, p. 28).

Haciendo referencia al grupo mayoritario que padece TCA, las adolescentes tienen una jerga (*wannabes* [personas que se están iniciando en la enfermedad], *Ana* [Anorexia], *Mia* [Bulimia], *Thinspiration* [persona con anorexia o delgada que toman como modelo a seguir] entre otras), rutina (calcular todas las calorías), rituales (purgarse después de las comidas) y símbolos (p.e. llevar pulseras de diferente color para las que sufren anorexia de las que sufren bulimia) que actúan como función ideológica y normalizadora de la enfermedad, adoptándola como un modo de vida. Estas costumbres y léxico específico, se adquiere a través de los contenidos cada vez más extendidos de las páginas *Pro-anorexia*, *blogs* personales o redes sociales, donde las personas envían publicaciones a modo de diario personal (véase Anexo I), donde se fomenta el ideal de la extrema delgadez y en las que se comparten consejos para adelgazar, defendiendo los TCA como estilo de vida (Bardone-Cone y Cass, 2006; Bardone-Cone y Cass, 2007; Boero y Pascoe, 2012; Sádaba y Bringué, 2011; Velásquez, 2011; citado en Nevado, 2014, p. 39). Este tipo de sitios web les permite publicar de manera libre lo que consideren oportuno, pudiendo las demás personas contestar a las entradas. Esto genera un vínculo y crea una subcultura que les dota de una identidad propia, con comportamientos distintivos y creencias, generando un fuerte sentimiento de pertenencia (Nevado, 2014). Muchas de estas publicaciones, además de compartir dietas de adelgazamiento peligrosas para la salud, están relacionadas con la rutina de ayuno o purgativa (vomitar), así como consejos para realizarse las autolesiones (*self-injury*), que habitualmente se ocasionan debido a los altos niveles de ansiedad y frustración que experimentan (Nevado, 2014). Los procesos psicológicos implicados en el establecimiento de esta cohesión grupal son los que tienen que ver con

la evaluación, el compromiso y la transición de rol (Levine y Moreland, 1994, citado en Martínez y Paterna, 2010, p. 115):

La **evaluación** hace referencia a las valoraciones que hace el grupo con respecto a las personas potencialmente candidatas a convertirse en un miembro más, en función de la consecución adecuada de objetivos que el grupo establece (Martínez y Paterna, 2010). En el caso de las personas con TCA, las *wannabes* se consideran aspirantes a *princess* (si nos dirigimos al Anexo I observaremos que utilizan eufemismos como princesa o príncipe para dirigirse entre ellas, además de crear eufemismos para el acto de provocarse el vómito ("*hoy he estado dos veces con Mia*") o hablar de la enfermedad como si *Ana* y *Mia* fueran personas y no una psicopatología) que son evaluados para comprobar si cumplen los requisitos para ser "perfectas" *Ana* o *Mia*, determinando, al mismo tiempo, que tengan lugar los otros dos procesos de socialización grupal: compromiso y transición de rol.

El **compromiso** supone la implicación con la actividad grupal y el deseo de adoptar aquellos modos de comportamiento susceptibles de satisfacer las expectativas grupales (Martínez y Paterna, 2010). Puede existir, por un lado, un compromiso del grupo hacia el/la aspirante en función del grado de semejanza que éste guarde con el prototipo grupal (en nuestro caso, cuanto más se acerque el/la *wannabe* al ideal de belleza anoréxico, mayor compromiso guardará el grupo con esa persona); y por otro, el compromiso del aspirante a formar parte del grupo, en función de la percepción que tiene de su grado de prototipicalidad (Martínez y Paterna, 2010); es decir, cuanto más considere que se acerca al prototipo grupal (alcanzar el peso ideal), mayor nivel de compromiso tendrá con el grupo.

Por último, la **transición de rol** implica que las candidatas modifiquen su forma de relación con el grupo. Para ello se llevarán a cabo ceremonias o rituales con el propósito de señalar el ingreso de los nuevos miembros (Martínez y Paterna, 2010). Las funciones que cumple la transición de rol son, en primer lugar, *simbólica*, ya que, de cara al grupo, se definen límites. En segundo lugar, los ritos de iniciación permiten a los nuevos miembros *aprender* las normas y habilidades necesarias para desenvolverse en él. En nuestra problemática, los ritos que se llevan a cabo y que permiten esa transición son separar la comida en trozos pequeños, masticar la comida y luego escupirla, no comer, realizar ayunos durante días, entre otros. Finalmente, los ritos

cumplen un propósito clave en la transición de rol: *fomentar la lealtad y la cohesión grupal* (Martínez y Paterna, 2010). Precisamente, a través de los factores de compromiso y de transición de rol se produce la cohesión grupal y, por tanto, se genera un fuerte sentimiento de lealtad y pertenencia, cuya interiorización de las normas grupales hacen que aumente la motivación de los miembros para conseguir los objetivos de manera eficaz. Así pues, les inunda una fuerte culpabilidad cuando “se descontrolan” (p.e. comer cuando, en realidad, no deberían hacerlo por norma grupal) y al mismo tiempo que consideran que se fallan a sí mismas, también sienten que lo están haciendo a su grupo de referencia.

Para finalizar, el factor de la atracción también juega un papel importante en este proceso de cohesión. Altos niveles de atracción entre las personas y el logro de metas grupales (p.e. realizar 10 días de ayuno o que todos alcancen el peso ideal prefijado) hacen que el nivel de la cohesión aumente, retroalimentando la similitud en las actitudes de los miembros de este colectivo (Martínez y Paterna, 2010) y, por ende, perpetuando la enfermedad.

2.4. Evaluación de las necesidades

La diversa literatura sobre los TCA que se ha examinado hasta ahora, nos dota del conocimiento suficiente para saber que ser mujer es un factor para padecer numerosas problemáticas a nivel emocional y psicológico y, además, trastornos en la alimentación. En la mayoría de estudios que se han incluido en la muestra hombres y mujeres, se encuentra que éstas últimas desean pesar menos y practican dietas con mayor frecuencia que los hombres (Acosta, Llopis, Gómez-Perezmitré y Pineda, 2005; Gómez-Perezmitré y Acosta, 2002; citado en Mancilla et al., 2010, p. 37). Además, el otro factor de riesgo por excelencia, la adolescencia, es en sí misma una etapa que supone una cantidad de cambios físicos (crecimiento rápido y, a veces, desproporcionado) y psicológicos (necesidad de pertenencia, construcción de la identidad) que deben ser supervisados. Si a los cambios fisiológicos le sumamos los factores socioculturales tales como el desarrollo de una identidad en una sociedad patriarcal, donde las mujeres están suscritas a la persecución sin medida del canon de belleza imperante propias de la cultura de la delgadez, es especialmente importante cubrir aquellas necesidades que hacen vulnerables a las posibles afectadas.

Los TCA provocan en las personas diversos problemas a corto y largo plazo, afectando de forma directa a su salud física y mental, pudiéndose agravar considerablemente si no se trata con rapidez y eficacia, cuyo final puede ser conductas autole-sivas, intentos de suicidio o suicidio consumado. Esta problemática se agrava por la dinámica y desinformación familiar. Por ello es importante centrar la atención en las distintas necesidades que pueden tener las personas que padecen TCA, para conse-guir que el impacto del proyecto de intervención sea lo más óptimo posible. Por tanto, para abarcar de forma precisa el amplio abanico de necesidades se diferenciarán los siguientes niveles:

INDIVIDUAL

- Conocer los efectos físicos y psicológicos de la AN y BN.
- Mejorar la autopercepción de la imagen corporal.
- Mejorar las habilidades sociales y autoestima.
- Detectar los factores de mantenimiento de la enfermedad.
- Reducir el malestar psicológico provocado por la enfermedad (tristeza, anhedo-nia, desmotivación, irascibilidad...).
- Adoptar una actitud crítica para reestructurar el ideal de belleza.
- Conocer cuáles son los estereotipos, roles y mandatos de género que actúan como factor de riesgo en los TCA.

GRUPAL

- Mejorar las relaciones con amistades y familiares para romper con el aislamien-to social.
- Crear consciencia en los familiares de la problemática.
- Tener acceso a asociaciones o espacios en los que se traten los TCA.

COMUNITARIO

- Ser consciente de los efectos que provoca la estructura social del patriarcado.
- Realizar programas de prevención de los TCA en el entorno escolar.
- Hacer visible la problemática social que suponen los TCA.
- Hacer visible la influencia de los medios de comunicación de masas en la cons-trucción social del cuerpo.

3. DETERMINACIÓN DEL PROGRAMA

3.1. Población beneficiaria

El programa de intervención va dirigido a mujeres con edades comprendidas entre los 13 y los 17 años, con nacionalidad española o extranjera, que tengan diagnosticado TCA o reúna los suficientes criterios para padecerlos, además de presentar un alto número de factores de riesgo como los descritos anteriormente. Del mismo modo, al programa podrán acceder todas aquellas mujeres que sean derivadas de los distintos Centros de Salud Mental por los equipos de atención primaria de referencia y/o por Unidades de Hospitalización, Centros Educativos y/o de asociaciones destinadas a la psicoeducación y tratamiento de los TCA.

3.2. Objetivos

Para saber qué pretendemos conseguir con el presente proyecto, es importante establecer unos objetivos claros. Desde el punto de vista médico, la consecución más importante es que la paciente aumente de peso de forma paulatina y mitigar los efectos fisiológicos de haber sometido al cuerpo a una excesiva restricción o a conductas de purga, entre otros. Sin embargo, nuestra propuesta es tratar este trastorno clínico fundamentalmente desde una perspectiva psicosocial y, en concreto, de género. Los objetivos girarán en torno a la concienciación y reducción de aquellos factores individuales, familiares y sociales que afectan de forma directa o indirecta al mantenimiento o padecimiento de los TCA. Por tanto, diferenciando entre objetivos generales y específicos, encontramos:

GENERALES (G)

1. Mejorar la calidad de vida de las personas que padecen TCA.
2. Crear consciencia de género.
3. Proveer de información sobre los TCA a los familiares de las pacientes.

ESPECÍFICOS (E)

- Hacer conscientes a las personas con TCA de su enfermedad para cambiar conductas destructivas.

- Reducir el aislamiento social.
- Conocer cuáles son los estereotipos, roles y mandatos de género que actúan como factor de riesgo en los TCA.
- Conocer la influencia de los agentes socializadores en la representación social del cuerpo.
- Aprender a identificar los elementos manipulativos de la publicidad y el entorno social.
- Informar a los familiares para que consigan detectar hábitos y/o conductas relacionadas con los factores de riesgo.
- Enseñar a los familiares los diferentes estilos parentales y proveerles de las herramientas necesarias para aprender a actuar de forma adecuada.

3.3. Programa de actividades

En este apartado se explican las actividades que se realizarán en el programa de intervención, poniéndolas en relación con los diversos objetivos planteados con anterioridad. Como se puede observar en la Tabla 3, las actividades se dividen en dos bloques: **Bloque I. Psicoeducación para las afectadas por TCA**, enfocado exclusivamente en las mujeres que padecen dicha enfermedad. A través de este bloque se pretende poner en marcha el programa de intervención desde la Teoría de la Autodiscrepancia de Higgins (1987), tratando de solventar los conflictos entre los autoesquemas de las afectadas. Está formado de una sesión individual, un taller de carácter terapéutico compuesto por 6 actividades (3 enfocadas a conocer los TCA y 3 de carácter feminista), y una última sesión grupal en la que se realiza una puesta en común de todo lo aprendido en las actividades, y **Bloque II. Psicoeducación familiar**. En este módulo, formado por 2 talleres con 3 actividades y una sesión al aire libre, trataremos de darles una breve formación con el fin de crear una consciencia de la gravedad del TCA. Se les informará de los diferentes estilos parentales que se conocen con la intención de hacerles reflexionar sobre sus propias pautas de enseñanza, intentando, a su vez, darle una perspectiva de género. En último lugar, se realizará una actividad con sus respectivas hijas como sesión integradora de conocimientos de lo aportado en cada bloque y con el objeto de fortalecer los vínculos parento-filiales.

Tabla 3

Estructura del programa de actividades

BLOQUE	SESIÓN/ACTIVIDAD	DURACIÓN	OBJETIVOS
	1. Entrevista inicial individual. <i>Conozcámonos</i>	1 hora	Evaluación Pre-test
	2. Taller de trabajo grupal. <i>La reconstrucción</i>		
(I) Psicoeducación afectadas TCA	- Act. 1 – Quiénes son las verdaderas Ana y Mía	1.5 horas	E1, E2
	- Act. 2 – Historias de vida con TCA.	2.5 horas	E1
	- Act. 3 – Mito y verdad	1 hora	E1
	- Act. 4 – Maestros de la manipulación.	1.5 horas	G2,E3, E5
	- Act. 5 - Feminidad tradicional como sinónimo de...	2 horas	G2,E3, E4
	- Act. 6 – Usando las gafas violetas.	1.5 horas	G2,E3, E4, E5
	3. Puesta en común	1 hora	Evaluación Post-test
	4. Taller educativo sobre TCA.		
(II) Psicoeducación familiar	- Act. 1 - ¿Qué son los TCA?	1.5 horas	G3, E6
	- Act. 2 - ¿Es oro todo lo que reluce?	2 horas	E3, E5
	5. Los estilos parentales. <i>¿Cómo nos educamos?</i>	1.5 horas	G2, E7
	6. Fortaleciendo lazos. <i>Estrechando lazos al aire libre</i>	2.5 horas	E2, E7

A continuación, se presentarán los dos bloques de intervención de manera detallada con sus correspondientes sesiones.

BLOQUE I – PSICOEDUCACIÓN PARA LAS AFECTADAS CON TCA

SESIÓN 1 – ENTREVISTA INICIAL INDIVIDUAL

Actividad 1. CONOZCÁMONOS

Objetivos	Esta primera sesión se hace de manera individual con el objetivo de recabar los datos personales y sociodemográficos de cada una de las adolescentes. De esta forma, se creará un expediente donde tener archivada la evolución de cada una de ellas a medida que se desarrollan los talleres terapéuticos.
Desarrollo	La terapeuta se presentará de forma agradable, facilitando la comunicación y ge-

nerando confianza. Preguntará los datos personales y sociodemográficos, además de añadir preguntas abiertas para dar libertad de expresión. Tras esta primera toma de contacto, en un entorno tranquilo, se llevará a cabo la evaluación previa para establecer el perfil de gravedad. Se explicará a la participante los 3 cuestionarios que cumplimentará y se le explicará cuál es su objetivo (estimar gravedad). Las herramientas utilizadas serán (véase Anexo II) Eating Attitude Test (EAT-40) (1979) y Conformity to Feminine Norms Inventory (CFNI) (2010).

Esta evaluación se realiza a modo de pre-test para estimar cada una de estas variables y comparar, a posteriori, el nivel de impacto que ha tenido la intervención. Finalmente, se explica en qué consistirá la siguiente sesión.

Recursos	Humanos: Una psicóloga. Materiales: Herramientas psicométricas mencionadas, bolígrafos y folios.
Duración	1 hora, aproximadamente.
Fuente	Elaboración propia

SESIÓN 2 - TALLER DE TRABAJO GRUPAL: LA RECONSTRUCCIÓN

Actividad 1. QUIÉNES SON LAS VERDADERAS ANA Y MÍA

Objetivos	<ul style="list-style-type: none"> - Reducir el aislamiento social. - Hacer conscientes a las personas con TCA de su enfermedad para cambiar conductas autodestructivas.
Desarrollo	<p>La estructura se realizará con las participantes sentadas alrededor de la psicóloga formando un círculo entre todas. En esta primera actividad se señalarán algunas normas para asegurar el buen funcionamiento de los talleres y se les enfatizará la importancia de la expresión verbal y participación activa para alcanzar los objetivos de las actividades. A continuación, se les entregará un folio que cumplimentarán por parejas con diversas preguntas para tener una noción del conocimiento que tienen sobre los TCA. A posteriori se presentarán y cada pareja contestará las preguntas planteadas, las cuales son:</p> <ul style="list-style-type: none"> - ¿Qué son los Trastornos de la Conducta Alimentaria?

- ¿Qué son la Anorexia y Bulimia Nerviosa?
- ¿Cómo podríais detectarlos?
- ¿Se puede convivir con un TCA?
- ¿Cómo afecta un TCA en las relaciones con amistades, familiares o pareja?
- ¿La comida es un tranquilizante?

El fin de que las jóvenes se presenten al grupo es que rompan el aislamiento social en el que se encuentran debido a la enfermedad, creen vínculos y recuperen el contacto interpersonal. A posteriori, se hará una introducción de qué son los TCA y se les explicará cuáles son sus consecuencias a nivel físico y psicológico de su padecimiento. Finalmente, a modo de cierre, se hará un avance de la próxima actividad.

Recursos **Humanos:** Una psicóloga.

Materiales: Sillas, hojas con preguntas, folios y bolígrafos.

Duración 1 hora y media, aproximadamente.

Fuente Elaboración propia

Actividad 2. HISTORIAS DE VIDA CON TCA

Objetivos - Hacer conscientes a las personas con TCA de su enfermedad para cambiar conductas autodestructivas.

Desarrollo Tras un cálido recibimiento y breve resumen de la actividad anterior, se procederá al visionado de "El peso de la vida" realizado por Ana Mazuecos y Luis Miguel González Cruz, emitido en el año 2015. En este documental se presentan diversos testimonios de algunas/os pacientes con TCA que relatan las consecuencias que ello ha tenido a corto, medio y largo plazo en sus vidas. Una vez terminada la emisión, se les invitará a responder las siguientes preguntas:

1. ¿Con qué elementos os identificáis?
2. ¿Qué opináis sobre la historia de María? (*Vive ingresada en una clínica con dos lesiones graves e irreversibles, donde tiene que autosondarse para poder miccionar, debido a los estragos que le ha causado la enfermedad*).
3. ¿Qué opináis sobre la historia de Marta, de 14 años? (*Enferma de anorexia purgativa que habla de la enfermedad, acercándose más a la población diana*)

de nuestro proyecto).

4. ¿Qué opináis sobre la historia de Jackeline, de 18 años? (*Sufre anorexia y está ingresada en el hospital por una segunda recaída*).
5. ¿Cuáles son las consecuencias negativas que veis de los TCA?, ¿os identificáis con alguna?
6. ¿Cómo veis convivir de por vida con un trastorno como este?
7. ¿Qué opináis de cómo viven los familiares y amigos la enfermedad?
8. Después de esta reflexión, ¿qué visión tenéis sobre los TCA?

Las preguntas se realizan con la finalidad de que las participantes reflexionen y consideren importante la alternativa de tratar el TCA y sus consecuencias.

Recursos	Humanos: Una psicóloga. Materiales: Un ordenador y proyector, mobiliario, folios, bolígrafos, documento con mitos alimentarios.
Duración	2 horas y media, aproximadamente.
Fuente	Elaboración propia. Audiovisual: http://www.rtve.es/television/20150922/peso-vida/1224220.shtml

Actividad 3. MITO Y VERDAD

Objetivos	- Hacer conscientes a las personas con TCA de su enfermedad para cambiar conductas autodestructivas.
Desarrollo	El inicio de la actividad será a manos de un/a nutricionista. Se encargará de enseñar a las participantes hábitos de alimentación saludable y mitos alimentarios. Se les proporcionará un listado de algunos mitos junto a las realidades correspondientes sobre la alimentación. Algunos ejemplos pueden ser: <ul style="list-style-type: none"> - Los productos <i>light</i> no engordan (<i>el producto está reducido en grasas, azúcares o sales, lo cual no significa que aporten menos calorías. Si se consume en abundancia, aporta muchas calorías</i>). - Después de un atracón, hay que hacer un día de ayuno (<i>aparte del riesgo físico de realizar esta pauta con regularidad, es más recomendable realizar entre 4 o 5 comidas al día. Tu cuerpo recibirá la dosis de hidratos, proteínas, grasas, minerales y vitaminas que necesita. Es la mejor forma de sentirse saciado y no abusar de los alimentos en las ingestas posteriores</i>).

- La fruta engorda más si se come como postre (*como cualquier otro alimento, la fruta aporta muchas calorías si se consume en exceso. Puede ingerirse en cualquier momento del día*).
- Saltarse el desayuno ayuda a bajar de peso (*al contrario, si se prolonga el ayuno, se acumula la grasa y se ralentiza el metabolismo*).
- Sudar excesivamente ayuda a perder grasa (*No. Lo único que provoca es deshidratación y liberación de toxinas*).
- Cuanto menos coma, más adelgazaré (*Craso error. Comer menos provoca lentitud en tu metabolismo y, por tanto, no favorece la pérdida de peso*).

Finalmente, se les pedirá como tarea para el desarrollo de la próxima actividad que traigan recortes de revistas de moda, alimentación, perfumerías, etc., donde aparezcan mujeres.

Recursos **Humanos:** Un/a nutricionista

Materiales: Bolígrafos, folios y documento sobre mitos alimentarios.

Duración 1 hora, aproximadamente.

Fuente Elaboración propia

Documento de nutrición: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/4696802.pdf>

Actividad 4. MAESTROS DE LA MANIPULACIÓN

Objetivos

- Conocer cuáles son los estereotipos, roles y mandatos de género que actúan como factor de riesgo en los TCA.
- Aprender a identificar los elementos manipulativos de la publicidad y el entorno social.

Desarrollo

Siguiendo la dinámica de las demás sesiones, se hará un saludo agradable a las participantes y se les pedirá que muestren los diferentes recortes publicitarios recabados, de los cuales la terapeuta elegirá cinco. En ellos se ha de apreciar el modelo de belleza excesivamente delgado o el empleo del cuerpo como objeto de consumo. Se aprovechará para introducir los conceptos de estereotipo, rol y mandato de género (qué y cuáles son asignados tradicionalmente), con el objetivo de que conozcan por qué tienen determinadas expectativas sobre ellas mismas o por qué se sienten en el deber de ser bellas y perfectas (autoesquema de la Tª de la Autodiscrepancia de Higgins (1987)). A través de esta crítica se persigue mostrar a

las pacientes cómo las revistas catalogadas para público femenino u otros medios de comunicación de masas incitan a las mujeres a alcanzar un peso más bajo del que poseen o tener una apariencia eternamente joven, como sinónimo de salud y, por ende, de aceptación social.

Para finalizar, con los conceptos plasmados en un folio, las jóvenes formarán pequeños grupos donde se encargarán de analizar las características de las demás imágenes desde un punto de vista crítico y aplicando los conceptos aprendidos en la sesión.

Recursos	Humanos: Una psicóloga formada en Género y Terapia Feminista. Materiales: Mobiliario, documento explicativo, recortes publicitarios y bolígrafos.
Duración	1 hora y media, aproximadamente.
Fuente	Elaboración propia adaptada de la actividad "Imágenes de publicidad con crítica" del Material Didáctico sobre TCA, en colaboración con el Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Extraído de https://imagenysalud14.files.wordpress.com/2014/12/scouts-de-espac3b1a-material-didc3a1ctico-tca.pdf

Actividad 5. FEMINIDAD TRADICIONAL COMO SINÓNIMO DE...

Objetivos	<ul style="list-style-type: none"> - Conocer cuáles son los estereotipos, roles y mandatos de género que actúan como factor de riesgo en los TCA. - Conocer la influencia de los agentes socializadores en la representación social del cuerpo. - Aprender a identificar los elementos manipulativos de la publicidad y el entorno social.
Desarrollo	En esta actividad se aplicará nuevamente la Teoría de la Autodiscrepancia de Higgins (1987), comparando los autoesquemas de las pacientes (real, ideal y <i>debería ser</i>) con la explicación de los estereotipos de género de la sesión anterior, enlazándolo a su vez con la definición de los modelos de feminidad que imperan en la sociedad actual. Para ello, se les hablará de los agentes socializadores (familia, colegio...) que influyen en la construcción de su identidad y en la representación social de lo que es tradicionalmente femenino y masculino (sumisión, maternidad, cuidado de los demás, juventud y belleza como característica de la feminidad; poder, estatus y autonomía como propia de la masculinidad) y se hablará de

sus consecuencias.

Tras la presentación de los conceptos clave, se les proporcionará dos textos en los que se narra una pequeña historia personal de dos personajes: Berta y Norma. Se pretende hacer un breve análisis de caso con los conceptos aprendidos. Esta actividad se hará por parejas y la terapeuta se encargará de supervisar y resolver ambos casos al finalizar la sesión

Recursos	<p>Humanos: Una psicóloga formada en Género y Terapia Feminista.</p> <p>Materiales: Un ordenador y proyector, mobiliario, documentos explicativos, ejemplos de caso y bolígrafos.</p>
Duración	2 horas aproximadamente.
Fuente	<p>Elaboración propia.</p> <p>Casos: Dio, E. (2011). Mujeres tratando a mujeres. Con mirada de género. Barcelona: Octaedro (pp. 26-42).</p>

Actividad 6. USANDO LAS GAFAS VIOLETAS

Objetivos	<ul style="list-style-type: none"> - Conocer cuáles son los estereotipos, roles y mandatos de género que actúan como factor de riesgo en los TCA. - Conocer la influencia de los agentes socializadores en la representación social del cuerpo. - Aprender a identificar los elementos manipulativos de la publicidad y el entorno social.
Desarrollo	<p>En esta sesión la terapeuta proyectará cuatro anuncios publicitarios cargados de tintes sexistas. Se les hará especial énfasis en la utilización que se hace del cuerpo femenino como objeto para dar placer y seducir únicamente, como objeto de posesión del hombre (anuncio 1 y 2), sin tener en cuenta otras cualidades, intereses personales o capacidades intelectuales. El tercer spot publicitario enseña cómo los medios invitan a las mujeres a estar más delgadas a través del consumo de pastillas adelgazantes. Finalmente, el cuarto, donde el color predominante es el rosa, presenta un juguete infantil cuyo público principal son niñas de entre 3 y 7 años, donde se puede apreciar que desde la niñez invitan a las mujeres a estar siempre cuidadas y bellas (en el spot aparecen muñecas y no muñecos). Como última tarea, por parejas, se les pedirá que apunten en una hoja todos aquellos conceptos que vean representados en los anuncios relacionados con el género y,</p>

entre todo el grupo, se hará una crítica constructiva.

Para finalizar, la terapeuta dará un feedback sobre las sesiones y se hará un cierre cordial y amistoso, recordando que la próxima será individual.

Recursos	Humanos: Una psicóloga formada en Género y Terapia Feminista. Materiales: Un ordenador y proyector, mobiliario, folios y bolígrafos.
Duración	1 hora y media, aproximadamente.
Fuente	Elaboración propia. Anuncio <i>Axe</i> : https://www.youtube.com/watch?v=C4frpeciBq4 Anuncio <i>Brahma</i> : https://www.youtube.com/watch?v=pB68wVfPK0w Anuncio <i>XLS Medical</i> : https://www.youtube.com/watch?v=b546gwmSSM8 Anuncio <i>Pin y Pon</i> : https://www.youtube.com/watch?v=1LZvY0z9ykw

SESIÓN 3 – PUESTA EN COMÚN

Actividad 1. ¿CÓMO VA ESO?

Objetivos	Esta última sesión se hace de manera individual con el objetivo de comprobar el impacto que han tenido los diversos talleres en la salud de las participantes
Desarrollo	Se procederá a recibir a la participante cordialmente en un entorno tranquilo y agradable. A continuación, se le invitará a contar cómo se siente, cómo se ha sentido en el taller grupal, qué es lo que más o menos le ha gustado y si hay algún tema del que quiera hablar. Posteriormente, se le volverá a administrar el Eating Attitude Test (EAT-40) (1979) y el Conformity to Feminine Norms Inventory-45 (CFNI) (2010). Para cerrar la sesión, habrá un <i>feedback</i> individual de cómo ha ido progresando el grupo terapéutico para motivar a la paciente a continuar mejorando. Se le informará de que los siguientes talleres serán con los familiares, a excepción de la última semana del programa, donde ambas partes serán protagonistas de la actividad.
Recursos	Humanos: Una psicóloga formada en Género y Terapia Feminista Materiales: Las herramientas psicométricas mencionadas, bolígrafos y folios.
Duración	1 hora.
Fuente	Elaboración propia.

BLOQUE "B" – PSICOEDUCACIÓN FAMILIAR

SESIÓN 1 – TALLER EDUCATIVO SOBRE TCA

Actividad 1. ¿QUÉ SON LOS TCA?

Objetivos	- Informar a los familiares para que consigan detectar hábitos y/o conductas relacionadas con los factores de riesgo.
Desarrollo	<p>Antes de comenzar la sesión, se les entregará a los familiares la documentación donde se explican los conceptos que se van a abordar en la sesión. Después, la psicóloga explicará qué son los TCA, los factores de riesgo y mantenimiento asociados a nivel psicológico y las consecuencias de la restricción de ingesta prolongada. Por otro lado, dará algunas pautas de conducta para abordar la problemática desde un enfoque pacífico y empático cuando se encuentren en el contexto familiar, encaminando a los familiares hacia la prevención de recaídas.</p> <p>Tras este acercamiento, se hará énfasis en la peligrosidad que guardan las RR.SS. con respecto al inicio, mantenimiento y recaída en los TCA, así como la existencia de los <i>blogs</i> pro Ana y Mia, mostrando ejemplos de éstos últimos. A continuación, se dará pie a una ronda de preguntas para resolver las dudas e inquietudes de los familiares con respecto a la información señalada. Para finalizar, se les informará en qué consistirá la siguiente actividad y se procederá al cierre de la sesión.</p>
Recursos	<p>Humanos: Una psicóloga.</p> <p>Materiales: Proyector, ordenador, mobiliario, documentos explicativos y bolígrafos.</p>
Duración	1 hora y media.
Fuente	Elaboración propia Blog: https://otraprincesaproanaymiamas.wordpress.com/

Actividad 2. ¿ES ORO TODO LO QUE RELUCE?

Objetivos	<ul style="list-style-type: none"> - Conocer cuáles son los estereotipos, roles y mandatos de género que actúan como factor de riesgo en los TCA. - Aprender a identificar los elementos manipulativos de la publicidad y el entorno social.
Desarrollo	<p>Continuando con la dinámica de las sesiones anteriores, la terapeuta realizará un saludo inicial a los familiares y, a continuación, les invitará a aportar todo aquello que vean oportuno o sus reflexiones con respecto a la sesión anterior. A continuación, se proyectarán tres anuncios para dar visión a la influencia tan masiva que alcanzan los medios de comunicación en el fomento de trastornos de la alimentación, especialmente en mujeres. En relación con esto último, se explicarán los conceptos de rol, estereotipo y mandato de género con el fin de concienciar a los familiares de la presión social a la que están sometidas las mujeres con respecto al canon de belleza y el ideal de perfección, unido a éxito y aceptación social, así como la cosificación de la misma como objeto para dar placer. Antes de comenzar la proyección, se permitirá a los familiares realizar las preguntas que consideren oportunas.</p> <p>Tras la proyección, se hará un análisis detallado de cada anuncio aplicando los conceptos que se han presentado anteriormente, dando la oportunidad a los familiares de hacer sus aportaciones al respecto. Para cerrar la sesión, se les explicará en qué consistirá la próxima sesión.</p>
Recursos	<p>Humanos: Una psicóloga formada en Género y Terapia Feminista.</p> <p>Materiales: Proyector, ordenador, mobiliario, folios y bolígrafos</p>
Duración	2 horas
Fuente	<p>Elaboración propia.</p> <p>Anuncio <i>Vitalinea</i>: https://www.youtube.com/watch?v=fsUHteFjDMU</p> <p>Anuncio <i>Alli</i>: https://www.youtube.com/watch?v=Rxbv89kq9BI</p> <p>Anuncio <i>Paco Rabanne</i>: https://www.youtube.com/watch?v=FoOO3HdwAs0</p>

SESIÓN 2 – Explicación de los estilos parentales

Actividad 1. ¿CÓMO NOS EDUCAMOS?

Objetivos	<ul style="list-style-type: none"> - Crear consciencia de género - Enseñar a los familiares los diferentes estilos parentales y proveerles de las herramientas necesarias para aprender a actuar de forma adecuada.
Desarrollo	<p>Tras el saludo inicial, se les repartirá un documento con los estilos educativos y algunas pautas para promover conductas saludables. La psicóloga se encargará de la explicación de los mismos y aprovechará para introducir la definición de socialización diferencial y la relación que ello guarda con los TCA. De este modo, se complementará la sesión anterior. Antes del cierre, se les explicarán algunas pautas de actuación ante determinadas situaciones con el objetivo de que sean asertivos y empáticos con sus hijas y modifiquen aquellos patrones de conducta que podrían mermar la relación entre padres/madres e hijas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mi hija/o no quiere comer ¿qué hago? • Cuando le pregunto cómo está, sólo me contesta "bien", ¿cómo puedo conseguir que mi hija/o sea más comunicativo conmigo? • Mi hija/o ha llegado con malas notas a casa, ¿cómo debo reaccionar? • He encontrado en la habitación de mi hija/o pastillas adelgazantes, diuréticos u otros fármacos que ponen en riesgo su salud, ¿cómo puedo abordar esto? • ¿Cómo debo dirigirme a mi hija/o si está triste o enfadada/o? • Mi hija/o se muestra muy positivo ante "x" ¿cómo debo reaccionar? • Mi hija/o dice que le gusta "x" y ello confronta con mis intereses personales, ¿qué debo contestarle al respecto y qué debo tener en cuenta?
Recursos	<p>Humanos: Una psicóloga.</p> <p>Materiales: Proyector, ordenador, mobiliario, documentos explicativos y bolígrafos.</p>
Duración	1 hora y media.
Fuente	<p>Elaboración propia.</p> <p>Estilos parentales y técnicas de disciplina: Berger, K. S. (2007). Los años del juego: el desarrollo psicosocial. En K. S. Berger, <i>Psicología del Desarrollo. Infancia y Adolescencia</i> (pp. 286-319). Madrid. Editorial Médica Panamericana.</p>

SESIÓN 3 – Fortaleciendo lazos

Actividad 1. ESTRECHANDO LAZOS AL AIRE LIBRE

Objetivos	<ul style="list-style-type: none"> - Reducir el aislamiento social (en las adolescentes afectadas con TCA). - Enseñar a los familiares los diferentes estilos parentales y proveerles de las herramientas necesarias para aprender a actuar de forma adecuada.
Desarrollo	<p>Cambiando la dinámica de las sesiones anteriores, esta actividad se producirá al aire libre (monte, paraje natural...) donde los familiares, junto a las adolescentes, disfrutarán de una actividad cuyo objetivo es establecer una relación adecuada. El enfoque lúdico va dirigido a romper momentos de tensión que puedan existir en el entorno familiar y crear un clima y vínculo de confianza. Se realizarán actividades que la promuevan como, por ejemplo:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dejarse caer: el familiar se pone frente a la paciente y ésta estando de espaldas y con los ojos cerrados, ha de dejarse caer hacia atrás con el propósito de que el familiar le coja. - Puenting casero: promueve la confianza grupal donde cada una de las pacientes se sube a algún lugar de un metro de altura aproximadamente y se coloca de espaldas con los ojos abiertos. El resto de participantes se colocan justo detrás en dos filas paralelas (de 7 personas aprox.) a la espera de que la participante colocada en alto se deje caer confiando en que el grupo la recoja. <p>Con estos ejercicios se trata de simbolizar el apoyo por parte de los familiares, donde éstos últimos "no permitirían que cayeran". Por otro lado, como algunas de las ingestas se harán fuera del domicilio familiar, recordaremos pautas a los familiares sobre el trato adecuado de sus hijas y la terapeuta podrá observar la evolución de las pacientes y la interacción con sus familiares. Para finalizar, la terapeuta dará un feedback de la sesión y se hará un cierre cordial y amistoso.</p>
Recursos	<p>Humanos: Una psicóloga formada en Género y Terapia Feminista.</p> <p>Materiales: -</p>
Duración	2 horas y media.
Fuente	Elaboración propia adaptada de http://www.educarueca.org/spip.php?article849 .

4. EJECUCIÓN E IMPLEMENTACIÓN

Para la implementación de este programa se trabajará de forma grupal fundamentalmente con las adolescentes que padecen TCA, dando cabida a dos sesiones individuales para realizar un pre-test y post-test de la intervención, donde la principal profesional de los talleres será una psicóloga formada en género y terapia feminista, junto a un/a nutricionista que se encargará de una de las actividades.

La aplicación del programa se realizará del mes de mayo a julio, en un total de 12 semanas, cuya asistencia a los talleres por parte de las adolescentes y familiares será una vez por semana. El programa se implementará próximo a la etapa vacacional para evitar que, debido al periodo lectivo, las participantes tengan dificultades para acudir a las sesiones. La primera parte de la intervención, formada por 3 sesiones (dos individuales y un taller grupal), irá centrada en las adolescentes, y la segunda, con un total 3 sesiones (4 actividades), se destinará en su mayoría a los familiares de las menores (a excepción de la última sesión que será conjunta).

Antes de comenzar los talleres, se recabará toda la información posible de las participantes relacionada con su ambiente social, personal y familiar, para poder orientar la intervención hacia un mayor impacto. En primer lugar, se realizará una sesión inicial para reunir los datos sociodemográficos, además de administrarle tres herramientas psicométricas con el objetivo de, por un lado, estudiar si sostienen la creencia de que las mujeres y hombres tienen por naturaleza rasgos y atributos adjudicados tradicionalmente como femenino y masculino, respectivamente, y que, por tanto, dichos atributos les dote de unas cualidades y capacidades para desempeñar determinadas funciones y roles (Recio, Cuadrado y Ramos, 2007) y, por otro, evaluar los rasgos más relevantes de los TCA y conocer el rol de género que tienen interiorizado, junto al grado de tradicionalidad. En segundo lugar, a través de las actividades familiares, se intentará obtener información sobre las pautas educativas que se llevan a cabo dentro del núcleo familiar y los roles que desempeñan cada miembro. De este modo, se podrá realizar un análisis detallado de los posibles factores de riesgo a los que están expuestas las participantes en el contexto familiar y, asimismo, evitar recaídas.

Dado que las personas con TCA se acostumbran a vivir con el trastorno y crean su identidad alrededor de él, dificultando así su recuperación y favoreciendo la recaída, se aplicará una terapia grupal para darle visión a la problemática de forma compartida, con una perspectiva de género, cuya finalidad será dotarles de las herramientas necesarias para hacer una crítica constructiva del mundo que les rodea, así como entender el férreo arraigo que existe en las mujeres tradicionales de mostrarse bellas, delgadas y perfectas, asociando estos adjetivos a éxito personal y aceptación social. En resumen, para la consecución de lo mencionado:

- Se realiza una atención individualizada y personalizada de las pacientes para valorar y evaluar los progresos conseguidos.
- Se forma a nivel teórico a las pacientes de los conceptos.
- Se integra la información teórica con actividades grupales.
- Se fomenta el vínculo entre las pacientes como elemento de apoyo personal y social, así como para la reducción del aislamiento social.
- Se ofrece un lugar seguro para la atención de las pacientes, que les permite expresarse emocionalmente.
- Se asegura la confidencialidad de los datos y verbalizaciones a las pacientes y los familiares.
- Se fomenta la autonomía y asertividad.
- Se sensibiliza y conciencia en materia de género a pacientes y familiares, con el fin de crear afán de superación y lucha frente a los estigmas sociales en la mujer.
- Se ponen actividades a disposición de los familiares para la formación en los diferentes conceptos que fomentan y crean la perdurabilidad de los TCA en sus hijas.
- Se ofrece a los familiares las herramientas adecuadas para la resolución de conflictos.

5. CRONOGRAMA

ACTIVIDADES SEMANALES	2019											
	MAYO				JUNIO				JULIO			
BLOQUE (I)	Sem.1	Sem.2	Sem.3	Sem.4	Sem.1	Sem.2	Sem.3	Sem.4	Sem.1	Sem.2	Sem.3	Sem.4
Sesión 1. Entrevista individual	<i>Pre-test</i> (1 h)											
Sesión 2. Trabajo grupal		<i>Los TCA</i> (1.5h)	<i>Historias de vida</i> (2.5h)	<i>Mito y Verdad</i> (1h)	<i>Maestros manipula.</i> (1.5h)	<i>Feminidad Tradicional</i> (2h)	<i>Gafas Violetas</i> (1.5h)					
Sesión 3. Puesta en común								<i>Post-test</i> (1h)				
BLOQUE (II)	Sem.1	Sem.2	Sem.3	Sem.4	Sem.1	Sem.2	Sem.3	Sem.4	Sem.1	Sem.2	Sem.3	Sem.4
Sesión 4. Taller educativo									<i>Los TCA</i> (1.5h)	<i>Anuncios</i> (2h)		
Sesión 5. Estilos parentales											<i>Educación</i> (1.5h)	
Sesión 6. Fortaleciendo lazos												<i>Aire libre</i> (2.5h)

6. RECURSOS

A continuación, se muestra en la Tabla 4 los recursos humanos y materiales que son necesarios para el desarrollo del programa.

Tabla 4

Recursos humanos y materiales

HUMANOS		MATERIALES		
Profesional	€/sesión	Material	Cantidad	€
Psicóloga	150x12	Proyector	1	480
Nutricionista	200x1	Ordenador	1	600
		Material de oficina (folios, bolígrafos)	(*)	10
		Fotocopias	(*)	10
TOTAL	2000	TOTAL	-	1100
(*) A estimar en función del número de participantes. COSTE TOTAL DEL PROYECTO - 3100 €				

7. EVALUACIÓN

Para la **evaluación de las participantes** y del proyecto de intervención, se desarrollará una evaluación de los resultados. Esta información permitirá analizar el impacto que ha tenido el proyecto, y servirá como guía para detectar las posibles limitaciones. De este modo, se podrán realizar mejoras para futuros proyectos. La evaluación de los resultados se llevará a cabo a través de dos herramientas psicométricas que se administrarán a las participantes en la primera sesión (pre-test) y en la última (post-test) del Bloque I, con el fin de conocer si se han conseguido algunos de los **objetivos específicos** del programa, **enfocado principalmente en las adolescentes**. Realizarlo de esta manera nos permitirá comparar los resultados obtenidos inicialmente con los datos finales y estimar la eficacia de los talleres.

A continuación, se describen los instrumentos psicométricos utilizados en nuestra evaluación:

- **Eating Attitude Test (EAT-40).**

Se trata de un cuestionario diseñado por Garner y Garfinkel (1979; versión española por Castro, 1991, véase Anexo II) y es una de las herramientas básicas de administración a personas con TCA. Está compuesto por 40 ítems valorados en una escala tipo Likert de 6 puntos sobre síntomas y conductas típicas de la AN. Se utiliza para detectar la presencia de actitudes alimentarias anómalas relacionadas con el miedo a engordar, el impulso de adelgazar y la presencia de patrones alimentarios restrictivos, así como el uso y/o abuso de laxantes, presencia de vómitos, comer a escondidas y presión social percibida al aumentar de peso. El EAT-40 es una herramienta autoaplicada de fácil utilización, que nos permitirá:

- Saber si las pacientes han ganado consciencia de enfermedad.
- Si la sintomatología principal ha remitido.

Por tanto, esto nos permitiría conocer si se han alcanzado los siguientes **objetivos**:

- **Reducir el aislamiento social** (pues algunos ítems están relacionados con la presión social percibida, así como con el gusto (o no) de comer con otras personas (ítem 1), siendo ésta la principal razón que les lleva al aislamiento social, como se mencionó con anterioridad).
- **Hacer conscientes a las personas con TCA de su enfermedad para cambiar conductas destructivas** (por ejemplo, a través de los ítems 5, 7, 13, o 28, se les puede mostrar que realizar esos comportamientos no son habituales ni saludables. Si existe un cambio en estos ítems, puede mostrarnos que son más conscientes de lo que les puede dañar gravemente su salud).

- **Conformity to Feminine Norms Inventory (CFNI-ES-23).**

Adaptada al español por García-Cano, Martínez, Paterna y Parent (2016), este inventario supone la versión abreviada de la escala original propuesta por Parent y Moradi (CFNI-45, 2010). Consta de 23 ítems, con una escala tipo Likert de 4 puntos, que va de 0 (*Totalmente en desacuerdo*) a 3 (*Totalmente de acuerdo*),

formada por varias subescalas: Relacional, Inversión en la apariencia, Hogar, Relación romántica, Fidelidad sexual, Modestia, Delgadez y Cuidado de niños/as (García-Cano et al., 2016). A través de esta herramienta es posible medir los diferentes aspectos de la feminidad (conductas, afectos y cogniciones), que permiten conocer:

- Grado en el que las participantes están culturalmente influenciadas por los agentes socializadores.
- Grado de asunción de los estereotipos, roles y mandatos de género, algunos de ellos relacionados con los TCA (por ejemplo, la delgadez).

Por tanto, la administración del CFNI permitiría mostrarnos si se han alcanzado los **objetivos**:

- **Conocer cuáles son los estereotipos, roles y mandatos de género que actúan como factor de riesgo en los TCA** (a través de ítems como el 1 "*Sería más feliz si fuera más delgada*" o el ítem 31 "*Siempre estoy intentado perder peso*").
- **Conocer la influencia de los agentes socializadores en la representación social del cuerpo** (pues a través de ellos las mujeres aprenden cuáles son las características que deben asumir para ser "una mujer", como maquillarse o estar delgada, algo que puede ser recogido, por ejemplo, por el ítem 14 "*Me maquillo regularmente*" o el ítem 17 "*Me gustaría perder unos kilos*"). Conocer la influencia de estos agentes, lleva intrínseco aprender a identificar cuáles son los elementos que se emplean en la publicidad y el entorno para la construcción de nuestra identidad de género (forman parte de los agentes socializadores) y, por ende, de nuestro cuerpo. Por tanto, se cubriría el objetivo de: **Aprender a identificar los elementos manipulativos de la publicidad y el entorno social.**

Es de gran utilidad e importancia la administración de herramientas como el CFNI-ES-23, porque existe evidencia empírica de que determinadas normas de género femeninas se han relacionado con mayor número de trastornos de la alimentación (Anastasiadou, Aparicio, Sepúlveda y Sánchez-Belena, 2013), y niveles más altos de

retraimiento o vergüenza con el propio cuerpo (Hurt et al., 2007; Smolak y Murnen, 2008; citado en García-Cano et al., 2016, pp. 1-2). Por tanto, la administración de ambas herramientas supondrá conocer de una forma más fiel si la efectividad y eficiencia del programa han sido adecuadas.

8. REFERENCIAS

- Asociación Americana de Psiquiatría (2013). *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM 5*. Arlington, VA, American Psychiatric Publishing.
- Associació contra l'Anorexia i la Bulímia (Sin fecha.). *Factores de riesgo para sufrir un TCA*. ACAB: Asociación contra la Anorexia y la Bulimia. Recuperado de <http://www.acab.org/es/que-son-los-trastornos-de-la-conducta-alimentaria/factores-de-riesgo-para-sufrir-un-tca>
- Behar, R. (2010). Funcionamiento psicosocial en los trastornos de la conducta alimentaria: Ansiedad social, alexitimia y falta de asertividad. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 1, 90-101.
- Behar, R., Manzo, R. y Casanova, D. (2006). Trastornos de la conducta alimentaria y asertividad. *Revista Médica de Chile*, 134, 312-319.
- Castro, J. (2007). Trastornos del comportamiento alimentarios. En J. Rodés, J. M. Piqué y A. Trilla (Eds.), *Libro de la salud del Hospital Clinic de Barcelona y la Fundación BBVA* (pp. 459-466). Bilbao: Editorial Nerea.
- Colás, P. y Villaciervos, P. (2007). La interiorización de los estereotipos de género en jóvenes y adolescentes. *Revista de Investigación Educativa*, 25(1), 35-58.
- Confederación Española de Agrupaciones de Familiares y Personas con Enfermedad Mental (FEAFES) (2006). *Afrontando la realidad del suicidio*. Madrid: FEAFES.
- De la Peña, E. M. (2007). *Fórmulas para la igualdad Nº 1: origen de las desigualdades*. Proyecto Equal NEMESIS. Fundación Mujeres. Recuperado de <http://www.fundacionmujeres.es/maletincoeducacion/pdf/CUAD1horiz.pdf>
- Dio, E. (2011). *Mujeres tratando a mujeres. Con mirada de género*. Barcelona: Octaedro.
- Etxeberria, Y., González, N., Padierna, J.A., Quintana, J.M., Ruíz, I. (2002). Calidad de vida en pacientes con trastornos de alimentación. *Psicothema*, 14(2), 399-404. Recuperado de <http://www.psicothema.com/pdf/739.pdf>
- Europapress (2016, 9 de febrero). La Unidad de Trastornos de la Conducta Alimentaria del Hospital Reina Sofía realiza cada año unos 30 ingresos. *Europapress*. Murcia: España.

- Ferrer, V. y Bosch, E. (2013). Del amor romántico a la violencia de género. Para una coeducación emocional en la agenda educativa. *Profesorado: revista de currículum y formación del profesorado*, 17(1), 106-122.
- Gandarillas, A., Zorrilla, B., Sepúlveda, A. R. y Muñoz, P. E. (2004). *Trastornos del comportamiento alimentario: prevalencia de casos clínicos en mujeres adolescentes de la Comunidad de Madrid*. Instituto de Salud Pública de la Comunidad de Madrid. Recuperado de <http://www.madrid.org>
- García-Cano, A., Martínez, C., Paterna, C. y Parent, M. C. (2016). Adaptación al español del Inventario de Conformidad con las Normas de Género Femeninas-45. *UARICHA Revista de Psicología*, 14(1), 1-12.
- Gil, M. y Cáceres, J. (Eds.). (2008). *Cuerpos que hablan: géneros, identidades y representaciones sociales*. España: Editorial Montesinos.
- Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Trastornos de la Conducta Alimentaria (2009). *Guía de Práctica Clínica sobre Trastornos de la Conducta Alimentaria*. Madrid: Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Consumo. Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques de Catalunya. Guías de Práctica Clínica en el SNS: AATRM Núm. 2006/05-01.
- Guadarrama, R. y Mendoza, S. A. (2011). Factores de riesgo de anorexia y bulimia nerviosa en estudiantes de preparatoria: un análisis por sexo. *Enseñanza e investigación en psicología*, 16(1), 125-136.
- Hogg, M. A. y Vaughan, G. M. (2008). Yo e identidad. En *Psicología Social*, (pp. 111-144). Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Jiménez, G. (2016, Julio). *Socialización diferencial de las identidades de género: masculinidades y feminidades en la cultura de masas y consecuencias para la adolescencia*. Comunicación presentada en el XII Congreso Español de Sociología: grandes transformaciones sociales, nuevos desafíos para la sociología, Gijón, España. Texto completo recuperado de <http://fes-sociologia.com/socializacion-diferencial-de-las-identidades-de-genero-masculinidad/congress-papers/2931/>
- López, M. (1993). Tipicidad de identidad de género y comparación intergrupala. *Revista de Psicología Social*, 8(2), 189-200.
- Maganto, C. (2011). Factores de riesgo o vulnerabilidad asociados a los Trastornos de la Conducta Alimentaria. *Infocop*. Recuperado de <http://www.cop.es/infocop/pdf/1924.pdf>
- Mancilla, J. M., Lameiras, M., Vázquez, R., Alvarez, G., Franco, K., López, X. y Ocampo, M. T. (2010). Influencias socioculturales y conductas alimentarias no saludables en hombres y mujeres de España y México. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 1, 36-47.
- Marmo, J. (2014). Estilos parentales y factores de riesgo asociados a la patología alimentaria. *Av. Psicol.*, 22(2), 165-178.

- Martínez, M. C. y Paterna, C. (2010). *Manual de Psicología de los grupos*. Madrid: Editorial Síntesis.
- Martín, F. M. (2003). Trastornos de la conducta alimentaria. En A. J. Cangas, L. A. Maldonado y M. López (Eds.), *Manual de Psicología Clínica y General (Vol. I)* (pp. 320-336). Granada: Alborán. Recuperado de <http://www.cop.es/colegiados/GR02024/Trastornos%20de%20la%20conducta%20alimentaria.pdf>
- Martín, J. C. (Coord.) (2005). *Guía Práctica Clínica de los Trastornos de la Conducta Alimentaria*. Subdirección General de Salud Mental. Servicio Murciano de Salud.
- Matud, M. P. (2005). Diferencias de género en los síntomas más comunes de salud mental en una muestra de residentes en Canarias, España. *Revista Mexicana de Psicología*, 22(2), 395-403. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=243020634004>
- Montesó, P. y Aguilar, C. (2014). Depresión según la edad y el género: análisis de una comunidad. *Atención Primaria*, 46(3), 167-172. Recuperado de <http://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-depresion-segun-edad-el-genero-S0212656713002199>
- Muñoz, R. y Martínez, A. (2007). Ortorexia y vigorexia: ¿nuevos trastornos de la conducta alimentaria? *Trastornos de la conducta alimentaria*, 5, 457-482.
- Nevado, A. M. (2014). "Ana y "Mia" en las redes sociales. Una investigación sobre la anorexia basada en la Artes. (Tesis doctoral). Universitat de Gerona. Programa de Doctorado en Ciencias Sociales, de la Educación y de la Salud. Recuperado de <http://www.tesisenred.net/bitstream/handle/10803/285584/tamna1de1.pdf?sequence=7>
- Olesti, M., Piñol, J. L., Martín, N., De la Fuente, M., Riera, A., Bofarull, J. M. y Ricomá, G. (2008). Prevalencia de anorexia nerviosa, bulimia nerviosa y otros TCA en adolescentes femeninas de Reus. *Anales de Pediatría*. 68(1), 18-23.
- Organización Mundial de la Salud (1992), *CIE 10. Décima Revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades. Trastornos Mentales y del Comportamiento: Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico*. Madrid: Ed. Méditor.
- Paterna, C. (1998). *Análisis psicosocial de la maternidad y su relación con el trabajo en madres con empleo*. (Tesis doctoral). Universidad de Murcia. Facultad de Psicología. Área de Psicología Social. Departamento de Psiquiatría y Psicología Social.
- Recio, P., Cuadrado, I. y Ramos, E. (2007). Propiedades psicométricas de la Escala de Detección de Sexismo en Adolescentes (DSA). *Psicothema*, 19(3), 522-528. Recuperado de <http://www.psicothema.com/psicothema.asp?ID=3394>
- Rivarola, M. F. y Penna, F. (2006). Los factores socioculturales y su relación con los trastornos alimentarios e imagen corporal. *Revista Intercontinental de Psicología y Educación*, 8(2), 61-72.

- Rivas, T., Bersabé, R. y Castro, S. (2001). Prevalencia de los Trastornos de la Conducta Alimentaria en Adolescentes de Málaga (España). *Salud Mental*, 24(2), 25-31. Recuperado de <http://www.redalyc.org/html/582/58222405/>
- Roja, C. (2005). *Anorexia y Bulimia*. España: Cruz Roja. Recuperado de <http://www.cruzroja.es/crj/docs/salud/manual/005.pdf>
- Sociedad Española de Pediatría Extrahospitalaria y Atención Primaria (2017, 25 de mayo). El 85% de los trastornos del comportamiento alimentario aparecen entre los 14 y 18 años. *Sociedad Española de Pediatría Extrahospitalaria y Atención Primaria (SEPEAP)*. Sevilla: España. Recuperado de <http://sepeap.org/el-85-de-los-trastornos-del-comportamiento-alimentario-aparecen-entre-los-14-y-18-anos/>
- Solano, N. y Cano, A. (2012). Ansiedad en los trastornos alimentarios: un estudio comparativo. *Psicothema*, Vol. 24(3), 384-389. Recuperado de <http://www.psicothema.com/psicothema.asp?ID=4027>
- Torío, S., Peña, J. V. y Rodríguez, M. C. (2008). Estilos Educativos Parentales. Revisión bibliográfica y reformulación teórica. *Teor. Educ.* (20), 151-178.
- Torres, I., Del Río, C. y Borda, M. (2011). MCMI-II borderline personality disorder in anorexia and bulimia nervosa. *Psicothema*, 20(1), 138-143. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=72720119>
- Torrico, E., Santín, C., Andrés, M., Menéndez, S. y López, M. J. (2002). El modelo ecológico de Brofenbrenner como marco teórico de la Psicooncología. *Anales de psicología*, 18(1), 45-59.
- Varela, P., Maldonado, M.J. y Ferre, F. (2011). Estudio de los perfiles clínicos de los pacientes con trastorno de la conducta alimentaria en dispositivos específicos. *Actas Esp. Psiquiatr.*, 39(1), 12-19.

9. ANEXOS

ANEXO I

Tips para engañar a los padres:

1. Pon la comida masticada en una servilleta y ve guardándolas en tu bolso.
2. Di que comerás en tu cuarto y tira la comida al baño.
3. Mastica la comida y haz como que vas a tomar agua y tira la comida en el vaso (debe ser un vaso oscuro sin líquido y que nadie esté cerca como para verlo).
4. Cuando hagas comida haz algo que no te guste o que seas alérgica/o o haz que sepa feo ponle jabón o mucha sal así aunque quieras no podrás comerla.
5. Muchas personas se cortan para auto castigarse cuando fallan, si lo haces no lo hagas muy profundo no querrás tener cicatrices, y hazlo en lugares que normalmente no te vean como las piernas o el estómago. O simplemente en todo caso poder usar algún producto que te ayude a borrarlas, como cicatricure.
6. No pelees con los que hablan mal de las personas delgadas o hacen alusión a comentarios como anoréxica o bulímica, o cosas así, mantente al margen ellos no entienden que tu eres más que ellos **(S., 2014, 20 agosto)**.

Hola princesas y príncipes

Estoy feliz! Me he dado cuenta que he perdido 10 kilos! Y es que como ya les había contado yo había dejado de ser princesa por mi novio, pero ya no, hace poco el término conmigo y la estuve pasando muy mal, practiqué self injury y me tomé 21 pastillas para dormir, lamentablemente no funcionó, sin embargo, sigo aquí y estoy feliz por los kilos perdidos, disculpen por no escribirles mucho y tener este blog medio abandonado pero ya no volverá a pasar bellos, se los prometo. He vuelto con todo. Llevo un ayuno de 10 días y mañana es el día de mía (*refiriéndose a Bulimia y, por tanto, al acto de purgarse/vomitarse*), pues ahora sigo la de Anahí, bueno quiero agradecerles por todo su apoyo, y a 2 bellas y hermosas princesas a las cuales adoro mucho. Karina y Viridiana, mis 2 mejores amigas. Princesas si leen esto las adoro harto y haría lo que fuera por ustedes, también quiero mandarles saludos a Mariella y a Sergio :3 mandarles un fuerte abrazo pues ambos están muy cerca de sus metas! Animo príncipes y princesas, sé que pronto ustedes también lo lograran los quiero un abrazo **(S., 2014, 4 octubre)**.

ANEXO II



Identificación **Fecha**

Ponga una marca en la casilla que mejor refleje su caso. Por favor, conteste cuidadosamente cada pregunta.

A: siempre **B:** casi siempre **C:** a menudo **D:** a veces **E:** pocas veces **F:** nunca

	A	B	C	D	E	F
1.- Me gusta comer con otras personas.						
2.- Preparo comidas para otros, pero yo no me las como.						
3.- Me pongo nervioso/a cuando se acerca la hora de las comidas.						
4.- Me da mucho miedo pesar demasiado.						
5.- Procuro no comer aunque tenga hambre.						
6.- Me preocupa mucho por la comida.						
7.- A veces me he "atracado" de comida, sintiendo que era incapaz de parar de comer.						
8.- Como mis alimentos en trozos pequeños.						
9.- Tengo en cuenta las calorías que tienen los alimentos que como.						
10.- Evito, especialmente, comer alimentos con muchos hidratos de carbono (por ejemplo: Pan, arroz, patatas, etc).						
11.- Me siento lleno/a después de las comidas.						
12.- Noto que los demás preferirían que yo comiese más.						
13.- Vomito después de haber comido.						
14.- Me siento muy culpable después de comer.						
15.- Me preocupa el deseo de estar más delgado/a.						
16.- Hago mucho ejercicio para quemar calorías.						
17.- Me peso varias veces al día.						
18.- Me gusta que la ropa me quede ajustada.						
19.- Disfruto comiendo carne.						
20.- Me levanto pronto por las mañanas.						
21.- Cada día como los mismos alimentos.						
22.- Pienso en quemar calorías cuando hago ejercicio.						
23.- Tengo la menstruación regular.						
24.- Los demás piensan que estoy demasiado delgado/a.						
25.- Me preocupa la idea de tener grasa en el cuerpo.						
26.- Tardo en comer más que las otras personas.						
27.- Disfruto comiendo en restaurantes.						
28.- Tomo laxantes (purgantes).						
29.- Procuro no comer alimentos con azúcar.						
30.- Como alimentos de régimen.						
31.- Siento que los alimentos controlan mi vida.						
32.- Me controlo en las comidas.						
33.- Noto que los demás me presionan para que coma.						
34.- Paso demasiado tiempo pensando y ocupándome de la comida.						
35.- Tengo estreñimiento.						
36.- Me siento incómodo/a después de comer dulces.						
37.- Me comprometo a hacer régimen.						
38.- Me gusta sentir el estómago vacío.						
39.- Disfruto probando comidas nuevas y sabrosas.						
40.- Tengo ganas de vomitar después de las comidas.						

TOTAL: