

Original

Diagnóstico de necesidades a través del binomio Trastorno de la Conducta Alimentaria y Autorregulación en dos organizaciones sociales de Granada (España)

Emilio Berrocal de Luna, Iván Ramírez Pérez

Universidad de Granada, Granada. España.

Resumen

Fundamentos: Debido al creciente número de casos de Trastornos de la Conducta Alimentaria en la ciudad de Granada (España) se ha llevado un diagnóstico de necesidades en dos organizaciones sociales que abordan estos trastornos: ADANER Granada y Unidad Elca, con la finalidad de mejorar su funcionamiento. El objetivo fue diagnosticar necesidades que impidan el funcionamiento óptimo de todos los elementos que componen el contexto a través de la línea teórica "Autorregulación".

Métodos: Estudio descriptivo/cuantitativo de carácter transversal, complementándolo con instrumentos cualitativos. Se realizaron dos cuestionarios de escala Likert sobre autorregulación a una muestra de 50 sujetos (25 pacientes del centro y 25 familiares). También se utilizó una guía de autoevaluación que se aplicó a 14 sujetos (11 profesionales del centro y 3 pacientes) pertenecientes a la Asociación ADANER Granada y a la Unidad Elca.

Resultados: Se detectaron una serie de necesidades como ampliar el tiempo del tratamiento, el alto nivel de exigencia en relación a la aparición del trastorno en las pacientes y familiares, la falta de motivación de familiares y pacientes como agravamiento de las complicaciones de la enfermedad. El trabajo multidisciplinar se posiciona como la fortaleza más destacable.

Conclusiones: Los resultados obtenidos aportan información sobre las principales carencias y necesidades que tienen los principales implicados el proceso de tratamiento y mejora de los Trastornos de la Conducta Alimentaria (pacientes, familiares y profesionales). Se observó que una mejora en los procesos de autorregulación de las pacientes y los familiares mejoraría de manera significativa el tratamiento, por lo que se precisa elaborar proyectos orientados a la mejora de la autorregulación de estos colectivos. Así mismo se identifican factores asociados a recursos y temporalización que supondrían una mejora sustancial de los tratamientos por parte de los profesionales.

Palabras clave: Conducta alimentaria. Trastornos de Alimentación y de la Ingestión de Alimentos. Técnicas y Procedimientos Diagnósticos. Autoevaluación. Encuestas y Cuestionarios.

NEEDS ASSESSMENT THROUGH THE BINOMIAL EATING DISORDER AND SELF-REGULATION BEHAVIOR IN TWO SOCIAL ORGANIZATIONS IN GRANADA (SPAIN)

Abstract

Background: Due to the increasing number of cases of Eating Disorders in the city of Granada (Spain) a diagnosis of needs has been carried out in two social organizations that address these disorders: ADANER Granada and Elca Unit, in order to improve its functioning. The objective was to diagnosis needs that prevent the optimal functioning of all the elements that make up the context through the theoretical line "Self-regulation".

Methods: A cross-sectional descriptive/quantitative study, complemented by qualitative instruments. Two Likert-scale questionnaires on self-regulation were administered to a sample of 50 subjects (25 patients from the center and 25 relatives). Also a self-assessment guide that was applied to 14 subjects (11 professionals from the center and 3 patients), all of them belonging to the ADANER Granada Association and the Elca Unit.

Results: A series of needs have been detected in relation to the need to extend the time of treatment, the high level of demand in relation to the appearance of the disorder in patients and relatives, the lack of motivation of family members and patients as aggravation of the complications of the disease. The multidisciplinary work is positioned as the most remarkable strength.

Conclusions: The results obtained provide information on the main deficiencies and needs of the main people involved in the process of treatment and improvement of Eating Disorders (patients, relatives and professionals). It is observed that an improvement in the processes of self-regulation of patients and family members would significantly improve treatment, so it is necessary to develop projects aimed at improving the self-regulation of these groups. It also identifies factors associated with resources and timing that would mean a substantial improvement in treatments by professionals.

Key words: Feeding Behavior. Feeding and Eating Disorders. Diagnostic Techniques and Procedures. Self-Assessment. Surveys and Questionnaires.

Correspondencia: Emilio Berrocal de Luna.
Universidad de Granada.
Granada. España.
E-mail: emiliobl@ugr.es

Introducción

Es conocida la elevada frecuencia de aparición de casos de Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA), especialmente con Anorexia Nerviosa (AN), Bulimia Nerviosa (BN) y Trastornos de la Conducta Alimentaria no Especificados (TCANE). El culto al cuerpo, los estereotipos o los medios de comunicación son algunas de las causas que originan este aumento¹.

La AN es un trastorno grave de la conducta que induce a la búsqueda de un peso igual o inferior del recomendado en cuanto al sexo, edad o altura². El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-V por sus siglas en inglés) 3 formula algunos de los criterios de diagnóstico como puede ser la restricción de la ingesta alimentaria, un temor irracional al aumento de peso o la apreciación de distorsiones cognitivas relacionadas con la forma corporal y la percepción del peso. Frecuentemente se aprecia la coexistencia con otros tipos de trastornos como son la ansiedad, la depresión, los episodios bipolares y con algún tipo de Trastorno Obsesivo Compulsivo (TOC) de índole restrictivo³. Algunos autores señalan el exceso de perfeccionismo como una característica propia de la AN².

Por otro lado, la BN se caracteriza por sucesos recurrentes e incontrolables de excesiva ingesta de alimentos y por la preocupación irracional a ganar peso, seguido de comportamientos compensatorios no recomendados como pueden ser los vómitos autoprovocados, ayuno, o uso de diuréticos y laxantes⁴. Este tipo de trastorno es más frecuente que la AN y se da con mayor proporción en las adolescentes femeninas, siendo difícil su diagnóstico debido a la ocultación de sus síntomas⁵. Los TCANE son definidos como síndromes atípicos de los TCA los cuales pueden no cumplimentar todos los criterios anteriormente citados para la AN y la BN³.

Multitud de publicaciones epidemiológicas evidencia el incremento exponencial de los TCA y su alta tasa de incidencia especialmente en mujeres situadas en la etapa de la adolescencia^{6,7}. Investigaciones llevadas a cabo en España demuestran la prevalencia AN Y BN en mujeres, observándose también un aumento significativo de hombres con algún síntoma de TCA. De igual forma, se han obtenido porcentajes de TCANE, siendo estos los más frecuentes entre la población estudiada^{8,9}.

Las evidencias científicas destacan la existencia de factores de proliferación de los TCA como los responsables de este aumento, siendo las contribuciones socio-culturales, las influencias familiares, los riesgos individuales como son la personalidad o el déficit de autoestima y el factor biológico y genético los más destacables¹⁰⁻¹³.

Un buen tratamiento que lleve a la recuperación o a la reducción de personas con TCA debe de lograrse a través de un equipo multidisciplinar a través de tres métodos: prevención primaria que reduzca los factores que pueden originar la enfermedad, prevención secundaria cuya finalidad es minimizar el transcurso de la enfermedad y por último la prevención terciaria siendo su objetivo evi-

tar la recaída del sujeto^{14,15}. Los programas psicoeducativos dan respuesta a la demanda de mejora de la situación, orientados a la intervención directa no solo de pacientes, sino también de sus familiares^{16,17}. De igual modo se ha verificado la efectividad de programas de intervención educativa para lograr objetivos preventivos en cualquier área de la conducta alimentaria¹⁷⁻¹⁹.

Se debe señalar los riesgos de la prevención de los TCA, relacionados con la generación de un estado de alerta que implique una mala actuación debido al desconocimiento del problema²⁰. Estudios han demostrado que la mala práctica en la prevención de los TCA en adolescentes, conlleva como resultado un efecto contrario al deseado, aumentando de esta manera la restricción de la dieta por parte de los mismos²¹. Para evitar el problema, los programas psicoeducativos dirigidos a la prevención primaria se realizan indirectamente a través de los factores multicasuales de riesgo, como pueden ser la autoexigencia, la baja autoestima, el déficit de autoreforzamiento, impulsividad, pobres habilidades sociales, mal comportamiento hacia la comida, requisito de aprobación, presión social o insatisfacción corporal¹⁶.

Estos métodos son los utilizados por algunas organizaciones e instituciones que luchan contra los TCA, concretamente la presente investigación se centran en dos de ellos: Adaner Granada y Unidad Elca, una organización sin ánimo de lucro y una institución privada respectivamente en la ciudad de Granada.

A través de un estudio piloto se pretende conseguir información para orientar planes futuros de actuación para la mejora de estas dos instituciones a través del proceso autorregulatorio de todos los participantes que conforman el contexto. Para el logro de los resultados deseados se propone trabajar a través de la línea teórica de la autorregulación.

Zimmerman define la autorregulación como un proceso proactivo que el sujeto utiliza para desarrollar ciertas habilidades como el establecimiento de objetivos, selección de estrategias, ejecución de las mismas o autocontrol dirigido a la eficacia personal^{22,23}. La autorregulación puede darse a través de diversas formas, implicando no solo las conductas regulatorias del propio comportamiento que les permitirá centrarse en el objetivo marcado, sino también en variables emocionales y cognoscitivas²⁴.

Las cualidades proactivas de los sujetos derivan de sentimientos motivaciones y creencias de situación de ventaja, dotando a los mismos de capacidades conductuales, motivacionales y metacognitivas que mejora su propio proceso cognitivo. El uso efectivo de estas capacidades autorregulatorias favorece las percepciones de autocontrol, como puede ser la autonomía, la eficacia o la competencia, siendo estas percepciones positivas la base motivacional y emocional necesarias para llevar a cabo una buena autorregulación²⁵.

Los sistemas autorreguladores son procesos causales que proporcionan una acción decidida e intencional, regulada por la autopercepción. Los individuos crean percepciones sobre lo que pueden hacer, llegando a anticipar

par posibles consecuencias de las distintas estrategias de acción elegidas para provocar un resultado deseado²⁶.

Diversos autores han proporcionado distintas fases existentes en el proceso de autorregulación. Zimmerman establece tres fases clínicas en el proceso de autorregulación de los sujetos; fase previsión y planificación donde se realiza la preparación de los acontecimientos, la fase de rendimiento y ejecución de las estrategias seleccionadas y por último la fase autorreflexión o evaluación, destinada a revistar los esfuerzos para optimizar las diversas reacciones de los resultados obtenidos^{22, 24}. Este procedimiento cíclico tiene como objetivo dotar de significación los resultados obtenidos a través del esfuerzo²⁵.

Material y métodos

El estudio se llevó a cabo en las organizaciones: Adaner Granada y Unidad Elca, por tanto, la población estudiada se conformó por los participantes de estas dos comunidades. El objetivo fundamental de la investigación fue realizar un diagnóstico de necesidades válido que posibilite conocer las fortalezas y debilidades de cara a realizar un proyecto de intervención futuro que permita mejorar el funcionamiento de las dos instituciones estudiadas.

Instrumentos

La elección de los instrumentos de recogida de información fueron los siguientes: cuestionarios de autorregulación y guías de autoevaluación.

Se construyeron dos cuestionarios de autorregulación de escala Likert, uno dirigido a las pacientes ingresadas y otro dirigido a familiares. Para cumplir con los requisitos de validez y fiabilidad de los cuestionarios, se seleccionaron 4 dimensiones con sus ítems pertinentes a través de otros cuestionarios ya validados como son el Cuestionario de Salud General de Goldberg (GHQ28), Inventario Multidimensional de Estimación del Afrontamiento (COPE por sus siglas en inglés), Escala de Autoreporte de Inteligencia emocional, Inventario de Situaciones y Respuesta de Ansiedad (ISRA), Coeficiente de Empatía (EQ en sus siglas en inglés), Manejo del Conflicto THOMAS-KILMAN (KILMAN), cuestionario de Medida de Percepción en Enfermedades Crónicas (IPQ-BRIEF siglas en inglés), Escalas de Afrontamiento para Adolescentes y finalmente el Cuestionario de ansiedad de Hamilton.

El otro instrumento utilizado fueron las guías de autoevaluación. Para crear dichas guías se efectuó una revisión teórica de los TCA y de la Autorregulación con el objetivo de ser lo más fiel posible al contexto de la investigación y conseguir conocer las limitaciones percibidas por los participantes. Las dimensiones abordadas en la guía dirigida a los profesionales son las siguientes: objetivos, proyectos/consultas, actividades, tiempo, recursos, evaluación, resultados y propuestas de mejoras. Las

dimensiones elegidas para las pacientes se compondrían de: profesionales, ambiente, tiempo, recursos y autorregulación personal.

Selección de la muestra

La muestra del cuestionario se estableció a partir de las pacientes de la unidad ELCA, sus familiares y los profesionales tanto de ADANER como de la unidad ELCA. Se utilizó un procedimiento de muestreo intencional por conveniencia en el que se solicitó la participación de los implicados de forma voluntaria dada la naturaleza de fase inicial del proyecto. De esta forma, de las 30 pacientes del centro participaron 25 en el estudio con una edad media de 20 años en las que el 100% eran mujeres y con una media de 4 miembros en la unidad familiar, mientras que, por parte de las familias, fueron 25 los participantes para la recogida de datos mediante cuestionarios, siendo el 66,7% mujeres y un 33,3% hombres con una edad media de 47,76 años y 4 componentes de media de unidad familiar y 7 familiares los que se presentaron para el grupo de discusión. En relación a la muestra de profesionales, las guías de autoevaluación se administraron a 11 sujetos del total de 21 que forman parte de ADANER y la unidad ELCA. Entre ellos se encontraban áreas profesionales como Psicología, Nutrición, Psiquiatría o Educación Social con una media de 4 años de experiencia. Todos ellos dieron su consentimiento informado previa recogida de datos.

Metodología

El trabajo se elaboró a partir una metodología mixta con el fin de recoger información para la posterior elaboración de un plan de intervención. El procedimiento consta de 4 fases bien identificadas: fase inicial, fase propuesta de investigación, fase diseño e implementación de los instrumentos y fase análisis de datos.

En la fase inicial se obtuvo la información teórica necesaria mediante una búsqueda bibliográfica a través de criterios establecidos relacionados con las variables de la investigación.

En fase propuesta de investigación, se procedió a la presentación y negociación del procedimiento del estudio del diagnóstico de necesidades con todos los participantes, para ello se organizaron cuatro encuentros. El primer encuentro con las responsables de Unidad Elca y Adaner Granada, el segundo con los profesionales de ambas instituciones, un tercer encuentro con las pacientes de Unidad Elca y el último encuentro con los familiares. En la fase de diseño e implementación de los instrumentos se crearon los cuestionarios y las guías de autoevaluación que permitieron la recogida de información. Por último, la fase de análisis de datos consistió en recopilar toda la información obtenida de los dos instrumentos y analizarla a través de dos programas: SPSS 23 y MAXQDA 2018.

Tabla I Cuestionario Autorregulación de Pacientes		
Dimensión	Media	Desviación estándar
Inteligencia emocional	3,28	1,078
Ansiedad y estrés	3,48	1,381
Empatía	3,20	1,057
Resolución de problemas	3,07	1,164

Resultados

La media de edad de las pacientes que residen en Unidad Elca es de 20,24 años, el 36% han cursado un grado universitario y un 24% cursan el bachillerato, mientras que el número medio de componentes de la unidad familiar es de 4 miembros. Un 40% lleva menos de un año ingresada en Unidad Elca y todas son mujeres.

En cuanto los familiares investigados, se registró una edad media de 47,76 años. El 66,7% eran mujeres mientras que un 33,3% eran hombres. El número medio de los componentes de la unidad familiar es de 4 miembros. Un 47,6 % tienen un grado universitario mientras que solo un 4,8% no tiene estudios y finalmente el 57,1% llevan menos de un año en Unidad Elca.

Respecto a los cuestionarios de autorregulación proporcionados a las pacientes y sus respectivos familiares se recogió los siguientes resultados de las dimensiones:

En la tabla I se muestran las puntuaciones media y desviación típica de las dimensiones del cuestionario de autorregulación dirigido a pacientes. La elección de respuesta oscilaba entre la opción 1 "Completamente en desacuerdo" y la opción 5 "Completamente de acuerdo", las restantes se relacionan con el grado de acuerdo o desacuerdo. Las medias de las dimensiones se focalizan en torno al puntaje medio de "3", siendo la dimensión "Reso-

Tabla II Cuestionario autorregulación familiar		
Dimensión	Media	Desviación estándar
Inteligencia emocional	3,62	0,938
Ansiedad y estrés	3,16	1,129
Empatía	3,41	0,972
Resolución de problemas	3,38	0,886

lución de problemas" la más baja con 3,07 y "Ansiedad y Estrés" la más alta con 3,48. En cuanto a la desviación estándar, todas las dimensiones se localizan por encima de 1, siendo la dimensión "Empatía" la puntuación más baja con 1,05 y "Ansiedad y estrés" la más alta con 1,38.

Conforme los resultados obtenidos del cuestionario de autorregulación familiar recogido en la tabla II, la media de las dimensiones está acotadas en el valor 3. La dimensión con una menor media es "Ansiedad y Estrés" con un puntaje de 3,16, mientras que el valor más alto se encuentra en la dimensión "Inteligencia Emocional" con una media de 3,62. En cuanto la desviación estándar 3 de las dimensiones ha puntualizado por debajo del valor 1, y solo una dimensión se ha localizado por encima. La dimensión con una desviación menor es "Resolución de Problemas" con 0,88, mientras que la mayor dimensión se ubica en la dimensión "Ansiedad y Estrés" con 1,12.

En la figura 1 se observa que la dimensión Fortalezas de las Instituciones (FINS) se presenta como el código con mayor frecuencia en las guías de autoevaluación de profesionales con 49 puntos de aparición, seguido de las Necesidades Percibidas (NP) con 48 apariciones, y en tercer lugar se sitúa el código de Recursos Materiales y Humanos (RECU) con 31 manifestaciones. Las restantes frecuencias de códigos son: Tiempo (TIEM) con 25 apariciones, Actividades (ACTI) con 19, Objetivos (OBJS) con

Sistema de códigos	Todas las guías	Todas las guías	SUMA
CPR	■		11
PAUTO	■		14
RESU	■		15
EVAL	■		10
RECU	■		31
TIEM	■		25
ACTI	■		19
OBJ	■		17
NP	■		48
FINS	■		49
PME	■		15
Σ SUMA	254	0	254

Fig. 1.—Frecuencia de códigos de las guías de autoevaluación de profesionales.

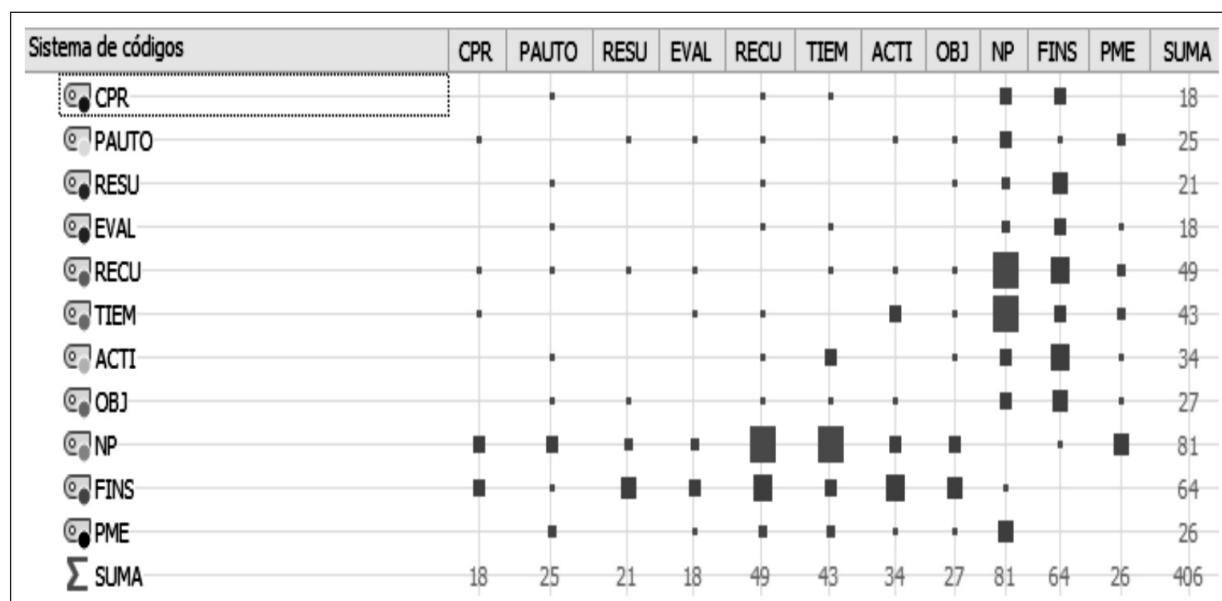


Fig. 2.—Relaciones de códigos guías de autoevaluación profesionales.

17, Resultados (RESU) con 15, Propuestas de Mejora (PME) con 15, Percepción Autorreguladora (PAUTO) con 14, Consultas y Proyectos (CPR) con 11, y por último Evaluación (EVAL) con 10 apariciones. La suma total de la frecuencia de los códigos es de 250.

La figura 2 contempla las relaciones entre los códigos producidos y la frecuencia de los mismos encontradas en las guías de autoevaluación de los profesionales.

La figura 3 muestra la frecuencia de aparición en las guías de autoevaluación de pacientes de cada uno de los códigos que se han construido. Se observa que la suma total de todas las frecuencias de los códigos es de 78. Los códigos utilizados de mayor frecuencia a menos son los siguientes: Necesidades Percibidas (NP) con 16, Fortalezas de las Insti-

tuciones (FINS) con 15, Percepción Autorreguladora (PAUTO) con 11 apariciones, Propuestas de Mejora (PME) con 9, Relaciones (RELA) con 8, Profesionales (PROF) con 6 apariciones, Recursos Materiales y Humanos (RECU) y el código Ambiente (AMB) ambos con 4 apariciones, Actividades (ACTI) con 3 y por último el código Tiempo (TIEM) con 2.

La figura 4 muestra las relaciones de los códigos de las pacientes en las guías de autoevaluación.

Discusión

Revisando los resultados obtenidos de los distintos instrumentos de recogida de información, se observan

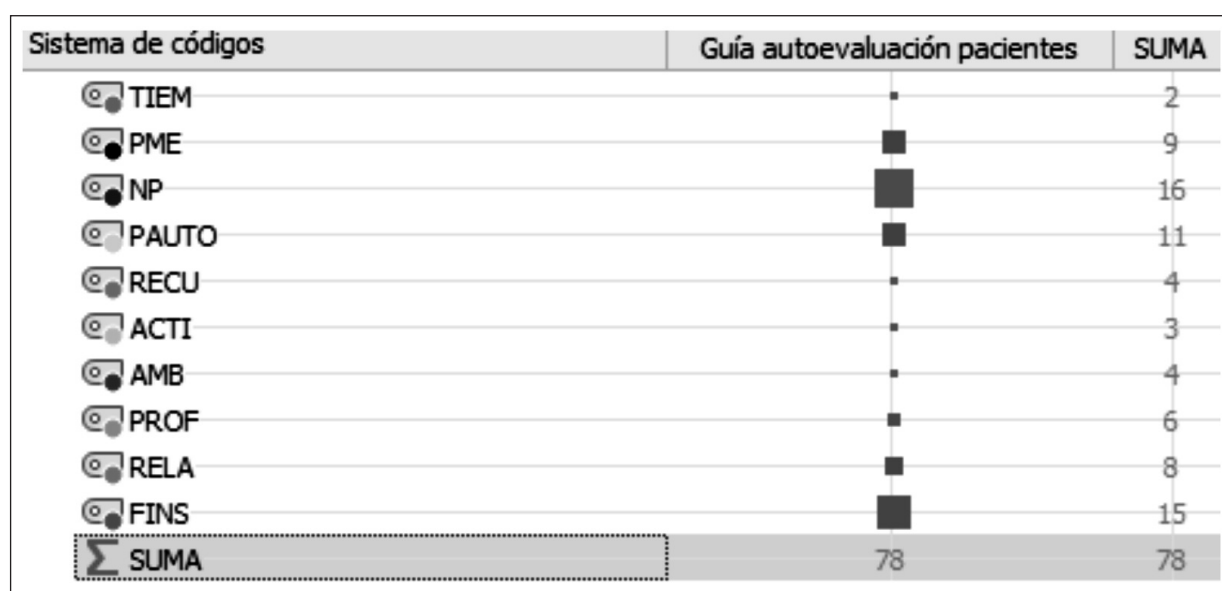


Fig. 3.—Frecuencia de códigos de las guías de autoevaluación de pacientes.

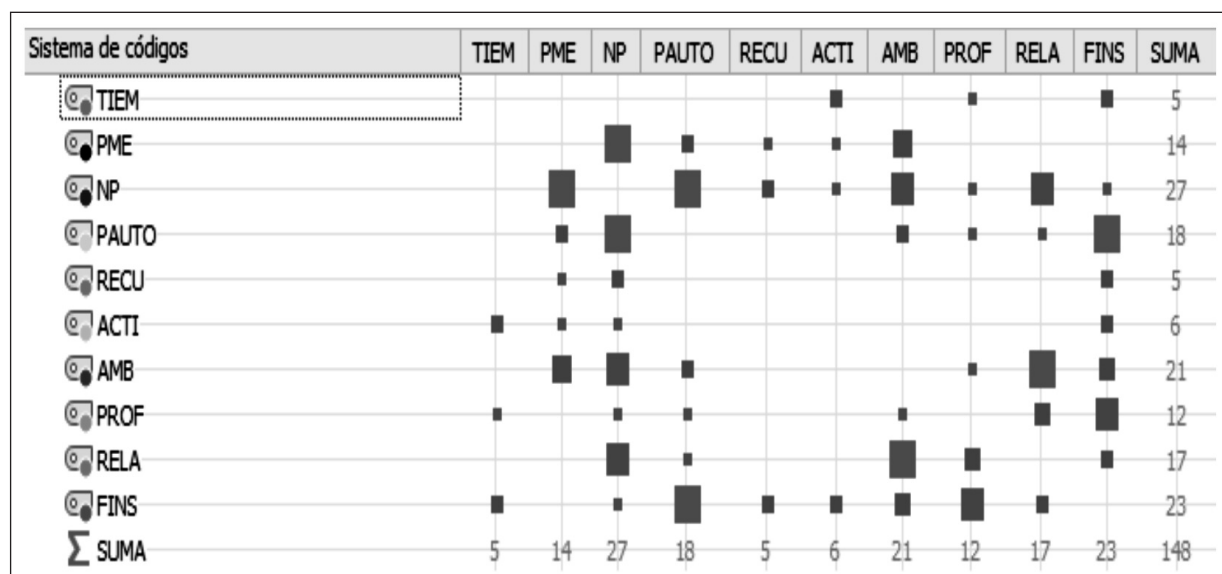


Fig. 4.—Relaciones de códigos guías de autoevaluación de pacientes.

datos relevantes en relación a las características y funcionamiento de las dos instituciones investigadas.

Una de los hechos a tener en cuenta para un futuro proyecto de intervención es el elevado número de mujeres ingresadas, siendo, en este caso el 100%, validando las investigaciones de otros estudios epidemiológicos⁸. La mayoría de las pacientes poseen un alto nivel de estudios, siendo uno de los posibles factores la alta exigencia o el perfeccionismo, tal y como se aprecia en otros estudios². Por otro lado, el factor tiempo se convierte en un problema en el proceso de recuperación de las pacientes, puesto que como se puede observar en los datos registrados, el 40% lleva menos de un año, es decir, la mayoría de las pacientes están en las primeras etapas de su terapia. Así mismo, factores como la falta de motivación, los pocos recursos económicos familiares, la escasa paciencia, o el desconocimiento de la enfermedad se sitúan entre las principales barreras a las que se enfrenta la recuperación, en relación con otros trabajos¹³.

En cuanto al nivel de autorregulación de las pacientes se muestran diferencias individuales debido a la diversidad de sus propias características, por lo que sería conveniente llevar a cabo intervenciones dirigidas especialmente a mejorar estas capacidades¹⁷.

La situación de los familiares va en la misma línea, ya que gran parte de ellos poseen un nivel alto de estudios. Este dato muestra el elevado nivel de sometimiento que tienen los familiares en cuanto a las exigencias tanto académicas como sociales y personales. De igual modo, los datos proporcionan información relevante sobre el tiempo transcurrido en Unidad Elca, fortaleciendo la idea de dificultad de seguir en el tratamiento por los motivos anteriormente citados. A nivel de autorregulación se puede observar la relación directa existente entre la ansiedad y el estrés en el trato con sus hijas/os, debido a su influencia en el avance de su tratamiento¹³.

Finalmente, respecto a los datos obtenidos por las guías de autoevaluación aplicadas a los profesionales de Adaner y Unidad Elca, estas muestran una relación directa entre los dos principales códigos analizados, las Fortalezas de las Instituciones (FINS) y las Necesidades Percibidas (NP). La falta de recursos económicos se establece como la principal necesidad a abordar en un futuro, y, como se afirma en diferentes estudios^{1,2,5}. Otro de los factores negativos identificados por los profesionales es el tiempo, ya que el proceso de tratamiento de las pacientes no suele ser corto debido a las complicaciones de esta enfermedad. También se identifican como factores a mejorar la difusión y divulgación del abordaje de los TCA, la falta de confianza y desmotivación de los familiares como inconveniente en la terapia y la falta de formación con personas voluntarias. Los resultados obtenidos muestran la necesidad de establecer actividades futuras que mejoren los procesos de autorregulación.

En relación a los aspectos positivos se identifican; la gran labor de trabajo multidisciplinar y el trabajo conjunto que se hace dentro de estas dos instituciones, siendo una de las características principales positivas sugeridas por distintos autores^{1,13,14}.

La investigación proporcionó datos suficientes para esclarecer las fortalezas y las carencias de las organizaciones analizadas con el objetivo de construir un proyecto de intervención que permita mantener las fortalezas y palie las necesidades analizadas, como se ha realizado en algunos estudios y proyectos anteriores¹⁵. Para ello se han diseñado unas líneas de actuación futuras relacionadas con la creación de métodos y procedimientos de evaluación continua de las dos instituciones, actividades relacionados con la mejora de la autorregulación de las pacientes, de las familias y los profesionales, actividades orientadas a la formación y mejora de los canales de difusión en la lucha de los TCA, actividades dirigidas a mejorar la convivencia de las pacientes den-

tro de Unidad Elca y encontrar alternativas a la falta de recursos económicos.

La principal limitación encontrada en la investigación ha sido la dificultad para acceder a la población debido a las características de la enfermedad, llevando consigo la revisión y la adaptación de todas las herramientas de recogida de información. Además de esta dificultad no se produjo ningún efecto en los resultados finales, ya que la participación de los profesionales, familiares y pacientes ha sido activa y positiva.

Conclusiones

Con este trabajo se ha realizado un análisis en el Trastorno de la Conducta Alimentaria dentro de las instituciones estudiadas con la finalidad de comprender las características propias del contexto y el análisis de necesidades que puedan entorpecer la lucha contra los TCA a nivel de pacientes y también desde una perspectiva comunitaria, todo ello englobado en la línea teórica de la autorregulación tanto personal como institucional.

Se ha logrado el propósito principal de reunir información necesaria a través de una metodología mixta, observándose, en una primera parte las principales necesidades y carencias propuestas por los propios implicados, pacientes, familiares y profesionales y, por otra parte, una necesidad de trabajar desde una perspectiva de autorregulación del aprendizaje con la finalidad de mejorar los tratamientos que se llevan a cabo. A partir de esto se han podido diseñar futuras líneas de actuación en proyectos de intervención dirigidos al nivel de autorregulación, comunicativo y formativo.

Referencias

1. Polivy J, Herman, P. Causes of Eating Disorders. *Annu Rev Psychol*. 2002; 53:187-213.
2. Fairburn C, Cooper, Z, Doll, H, Welch, S. Risk Factors for Anorexia Nervosa. *American Medical Association*. 1999; 56: 468-76.
3. American Psychiatry Association. Manual de diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-V), 5ª edición. Editorial Médica Panamericana Madrid. 2004.
4. CIE-10. Trastornos Mentales y del Comportamiento: Descripciones Clínicas y pautas para el diagnóstico. Meditor Madrid. 1992.
5. Rava S, Silver T. Bulimia nerviosa (Parte 1). Historia. Definición, epidemiología, cuadro clínico y complicaciones. *Arch Argent Pediatr*. 2004; 102 (5): 353-63.
6. Lucas A, Beard C, O Fallon M, Kurland L. 50-Year Trends in the Incidence of Anorexia Nervosa in Rochester, Minnesota: A Population-Based Study. *Am J Psychiatry*. 1991; 148(7): 917-22.

7. Pagsberg, A, Wang A. Epidemiology of anorexia nervosa and bulimia nervosa in Bornholm County, Denmark. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 1994; 90(4): 1970-1980.
8. Rivas T, Bersabé R, Castro, S. Prevalencia de los Trastornos de la Conducta Alimentaria en adolescentes de Málaga (España). *Salud Mental*. 2001; 24 (2): 25-31.
9. Pérez-Gaspar M, Gual-García P, Irala-Estévez J, Martínez-González M, Lahortiga F, Cervera S. Prevalencia de trastornos de la conducta alimentaria en las adolescentes navarras. *Medicina Clínica*. 2000; 114 (13): 481-6.
10. Lobo A. Manual de Psiquiatría general. Madrid: Editorial Médica Panamericana. 2013.
11. Nasser M. Eating Disorders: The cultural Dimension. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 1988; 23: 184-7.
12. Beato L, Rodríguez T, Belmonte A, Martínez C. Risk Factors for Eating Disorders in Adolescents: A Spanish community-based longitudinal study. *Eur Child Adolescent Psychiatry*. 2004; 13 (5): 287-94.
13. Losada, A. Trastornos de la Conducta Alimentaria y Estilos Parentales. Perspectivas Metodológicas. *Perspectivas Metodológicas*. 2018; 21 (1).
14. Becker A, Grinspoon S, Klibanski A, Herzog A. Eating Disorders: Currents Concepts. *N Eng J Med*. 1999; 340 (14): 1092-8.
15. Caplan G. Principios de Psiquiatría Preventiva. Paidós Barcelona. 1996.
16. Casado M, Helguera M. Prevención de Trastornos de Alimentación. Un primer programa de prevención en dos fases. *Clínica y salud*. 2008; 19 (1): 5-26.
17. Losada, A, Zavalia, C. Programa Psicoeducativo en Trastornos de la Conducta Alimentaria. *Revista Alternativas en Psicología*. 2019; 41.
18. Aedo-Santos M, Gomez-Fernández T, Vivas-Rodríguez G, Martín-del Campo C, Mácias-Gómez A. Intervención educativa para la mejora de prácticas de alimentación y actividad física en escuelas primarias del estado de Quintana Roo. *Rev Esp Nutr Comunitaria*. 2015; 21 (4): 9-16.
19. Marín, C, Gutiérrez, A, Pastor, J y Sepúlveda, A.R: Integrando la Arteterapia como Herramienta Terapéutica en Trastornos del Comportamiento Alimentario: Estudio Piloto de un Programa de Intervención Grupal. *Información Psicológica*. 2018; 116: 32-49.
20. Crispo R, Figueroa E, Guelar D. Anorexia y Bulimia: Un mapa para recorrer un territorio trastornado. Gedisa Barcelona. 2011.
21. Stewart W, Crow S, Halmi K, Mitchell J, Wilson G, Kraemer H. Outcome Predictors for The Cognitive Behavior Treatment of Bulimia Nervosa: Data From a Multisite Study. *Am J Psychiatry*. 2000; 157 (8): 1302-08.
22. Zimmerman B. Investigating Self-Regulation and Motivation: Historical Background, Methodological Developments, and Future Prospects. *Am Educ Res J*. 2008; 45 (1): 166-83.
23. Zimmerman B. From Cognitive Modeling to Self-Regulation: A Social Cognitive Career Path. *Education Psychologist*. 2013; 48 (3): 135-47.
24. Schunk D. Teorías del Aprendizaje: Una perspectiva educativa. Pearson Mexico. 2012.
25. Zimmerman B. Becoming a Self-Regulated Learner: Which Are the Key Subprocesses? *Contemporary Educational Psychology*. 1986; 11: 307-313.
26. Rosario P, Núñez JC, González-Piñeda JA. Historias que enseñan a estudiar y aprender: Una experiencia en la enseñanza obligatoria portuguesa. *Revista Electronica de Investigación Psicoeducativa*. 2004; 2 (1): 131-144.