

PODEMOS EVITAR EL EFECTO IATROGÉNICO EN LA PREVENCIÓN DE TCA?

José de la Corte Navas

jose.corte@ayto-getafe.org

RESUMEN

Una de las características fundamentales del trabajo comunitario, es la participación de las personas en el análisis y solución de sus problemas y el ajuste de los profesionales al entorno y sus características, no solo para evitar fracasar en las intervenciones, sino para que éstas sean lo más efectivas posibles, incluso bajando la fiabilidad en función de la utilidad. En Getafe, municipio al sur de Madrid con 173.000 habitantes, se desarrolla desde 1997 un Programa de Prevención y Detección Precoz de los Trastornos de la Alimentación por parte del equipo de Educación del Ayuntamiento. Casi 13.000 adolescentes de 2º de ESO (con edades comprendidas entre 12 y 16 años), han sido analizados con dos cuestionarios validados internacionalmente (EDI y EAT-26) con el objetivo de detectar posibles situaciones de riesgo. En estos casos, se descarta o ratifica a través de una entrevista semidiagnóstica individual y, si es preciso, se deriva a los recursos asistenciales de la zona. El planteamiento no es complejo, pues podemos aprovechar las relaciones indirectas que en este momento evolutivo tienen algunas variables implicadas en los riesgos de padecer TCA con otras variables propias del adolescente y sus familias para actuar sobre ellas sin incidir directa y abiertamente en el trastorno. El cambio de actitud en las familias, la modificación de la percepción que éstas tienen sobre su propio adolescente y el cambio en el Estilo Educativo a través de las nuevas Habilidades Educativa y de Comunicación, junto al trabajo preventivo en grupos de intervención secundaria (con previo diagnóstico de riesgo) con los adolescentes, hacen que se reduzcan los casos que previsiblemente pudieran desarrollarse.

PODEMOS EVITAR EL EFECTO IATROGÉNICO EN LA PREVENCIÓN DE TCA?

INTRODUCCIÓN

Bastantes años de trabajo en la práctica de la psicología educativa y especialmente en sus aspectos preventivos y de intervención familiar, hacen plantearse multitud de dudas que no siempre la ciencia escrita consultada resuelve de manera satisfactoria.

Es difícil trabajar directamente con los adolescentes sobre los factores de riesgo de padecer TCA, por iatrogenia, pero cuando se trabaja con los padres de adolescentes sobre sus habilidades educativas y estilo educativo familiar, aunque es poco probable que a corto plazo se modifiquen comportamientos y formas de hacer, es muy posible e importante el **cambio de actitud** que en ellos se produce al obtener información sobre la adolescencia, sus problemáticas y sobre todo sobre las estrategias de cambio a nivel conductual, emocional y de pensamiento, de tal forma que conviene investigar si favoreciendo el cambio, al menos en actitud, respecto al Estilo Educativo familiar, conseguiríamos disminuir o impedir, de manera preventiva, la posibilidad de padecer este trastorno, sobre todo después de una detección precoz a través de sus factores de riesgo.

Se persiguen dos objetivos fundamentales:

- Analizar los datos que mi trabajo cotidiano produce, con el ánimo de dejar evidencia de ciertos procesos, relaciones, intuiciones... que ocurren, la mayor parte de veces, sin planificación, ni control, por si a otros profesionales fueran de utilidad y
- Mostrar teórica y prácticamente aquello que frente a un adolescente, una familia o un grupo de madres/padres, funciona para desbloquear un conflicto, iniciar un cambio de actitud, realizar un, aparentemente, milagroso cambio de comportamiento que hace relativo y funcional lo que hasta ahora era, para ellos, un problema.

Desde la psicología comunitaria se observa la tendencia a la colaboración entre investigadores académicos, técnicos de servicios y responsables políticos (Smetana, Campione-Barr, y Metzger, 2006), poniendo el acento en investigaciones trasladables a la arena política y parecería sensato cambiar los criterios de lo que significa buena investigación en la práctica, bajar las normas tan rígidas y tener claro que el objetivo es saber si la práctica implantada se ha hecho según lo previsto, se mantiene en el tiempo y los factores de sostenibilidad que hay que tener en cuenta. (Hoagwood y Johnson, 2003).

La mejor forma de conseguirla es buscar la prevención a través de la intervención primaria que según Bloom y Gullota (en Gullota, Plant y Evans, 2015) significa **proteger** el estado de salud actual, **promover** el bienestar psicosocial y **prevenir** posibles problemas, a través de la estrategia de dar información.

PODEMOS EVITAR EL EFECTO IATROGÉNICO EN LA PREVENCIÓN DE TCA?

El año 1997 fue un año muy importante y productivo, al menos en lo que respecta a los Trastornos del Comportamiento Alimentario, surgen nuevas asociaciones de familiares y profesionales, se afianzan las que ya existen, se planifican congresos y reuniones de expertos, los medios de comunicación se hacen eco de la problemática, prevalencias, consejos, repuntes, incidencias... y en el caso concreto de Getafe, surge cierta alarma social que motivó en los servicios comunitarios y en los representantes políticos la planificación del *Programa de Prevención en Trastornos de la Alimentación*, en activo desde ese año hasta la actualidad (curso 2014-2015)

Aunque no fuera preciso, hay que explicitar que nuestras intervenciones están basadas en el modelo de salud bio-psico-social (OMS, 1989), según el cual existe una etiología multifactorial, una interacción de aspectos físicos, mentales, emocionales, sociales y ambientales de las personas en un contexto socio-ambiental determinado. Este modelo defiende que la salud y por consiguiente la enfermedad, están íntimamente relacionadas con lo que las personas hacen, con su comportamiento, en el medio en el que normalmente se desenvuelven y con los recursos con los que cuentan (Bronfrenbener, 2005; Tudge, Mokrova, Hatfield y Karnik, 2009).

Con estos presupuestos, parece claro, que ni la familia, ni la institución educativa, ni la institución sanitaria por sí solas tienen la respuesta a tan complejas situaciones y es desde el trabajo multidisciplinar desde donde hay que abordarlas (Fernández y Vidal, 2008; Hombrados, 2013) y las acciones han de ser integrales y globales, pues ante nuevas necesidades deben surgir nuevos enfoques (Pianta, 2003).

Múltiples modelos son aplicables, pero parece especialmente acertado el modelo de salud pública que permite llegar a más gente porque mira lo sano y tiene el acierto de tomar la población como sujeto de intervención y como prioridad mostrando interés por los factores de riesgo y protección, pues la idea central es la intervención temprana, la promoción, la prevención (Strein, Hoagwood y Cohn, 2003) y el fomento de la participación de las personas en la solución de sus propios problemas (Weist et al, 2014).

En referencia a lo comunitario y al entendimiento de las situaciones familiares, están surgiendo nuevas perspectivas que nos hacen tener en cuenta variables que hasta ahora no eran muy usadas para explicar diferencias y que despiertan mi interés; es el sistema de valores de las familias respecto a la sociedad en que se desarrollan. Dos tipos dominan: las sociedades individualistas y las colectivistas.

Estos dos ejes, en algunos casos, mediatizan los estilos educativos y los tipos de conflictos familiares que se dan entre adolescentes y padres, aunque pueden servir de indicadores de detección de problemas.

PODEMOS EVITAR EL EFECTO IATROGÉNICO EN LA PREVENCIÓN DE TCA?

Aunque no hay mucha evidencia (Stice et al, 2007; Newton y Ciliska, 2006) del posible efecto iatrogénico (estropear más de lo que podemos arreglar) que conlleva trabajar sobre factores influyentes en los TCA y, si es cierto que la adolescencia es un factor importante en el desarrollo de los TCA, ¿podríamos conocer los factores que en la adolescencia correlacionan positivamente como protección de padecer TCA y trabajar sobre ellos para evitar así esos efectos iatrogénicos? Aun así es recomendado que este tema se aborde con mucha cautela (O'Dea, 2002).

La edad de referencia de este trabajo (12-15 años), es bastante importante, pues es en la pubertad o pre adolescencia cuando suelen hacer su aparición los primeros síntomas claros de una futura enfermedad, que puede continuar hasta la edad adulta (WHO, 2012) y se produce un pequeño "caos" que no todos saben gestionar apropiadamente.

Por lo que respecta a los estudios de salud y de prevención, la adolescencia ha sido un período frecuentemente olvidado, probablemente porque las tasas de mortalidad y morbilidad son bajas con relación a otros momentos evolutivos (Williams, Holmbeck y Greenley, 2002). Sin embargo, la tendencia está cambiando, al considerar la adolescencia como un período fundamental del desarrollo para los diversos aspectos relacionados con la salud y la enfermedad y como un período ideal para la prevención.

Por otra parte, la importancia concedida tradicionalmente a las hormonas, como responsables de la "turbulencia de la adolescencia", está siendo desplazada por otras consideraciones en las que lo social tiene una influencia mayor, las aproximaciones ecológicas (Bronfenbrenner, 1979, Bronfenbrenner y Morris, 1998) continúan dominando el campo, ampliándolo a las aproximaciones contextuales y a las interacciones entre múltiples contextos. Por otra parte, el interés en la teoría del apego más allá de la infancia ha llevado al análisis del desarrollo desde el punto de vista relacional (Collins y Steinberg, 2006; Klebanov y Travis, 2015), mediante el análisis de las relaciones con padres, iguales y parejas y también se observa la mayor presencia de estudios longitudinales, imprescindibles para el análisis de estas relaciones y un aumento en la complejidad de la investigación (Brown, 2005).

Así pues, la Adolescencia como caldo de cultivo de conflictos, puede tener, al menos, dos formas de verse:

- Los múltiples cambios que se producen a todos los niveles (físico, cognitivo, social, emocional, familiar....) inevitables, no siempre deseables pero necesarios, se toman como **preocupación**, con alarma y con la **visión única del riesgo**, lo que nos lleva a "magnificar" los problemas y a "ver" solamente las dificultades.
- Esos mismos cambios que producen crisis, se "ven" como una **oportunidad de aprendizaje**, de exploración de la propia identidad, de entrenamiento de habilidades y

PODEMOS EVITAR EL EFECTO IATROGÉNICO EN LA PREVENCIÓN DE TCA?

sobretudo de preparación de capacidades para que el adolescente sea autónomo a la hora de **gestionar sus propios riesgos**, objetivo último de la educación.

Históricamente los cambios puberales se han visto como indeseables para las niñas, pero deseables para los niños, lo que abunda en la idea de que la etapa de la pubertad significa un factor de riesgo de sufrir patologías para las chicas, pero un factor de protección para los chicos (Rudolph, 2014).

En la adolescencia, no solo es importante el momento en que se lleva a cabo la maduración, sino también el tiempo que tarda en producirse (Mendle, Harden, Brooks-Gunn y Graber, 2010), con la posible aparición de desajustes psicológicos, con una influencia mayor en las chicas que en los chicos.

Muy interesante me parece la idea de desajuste temporal que se produce según las nuevas perspectivas en las neurociencias. Puede existir un desequilibrio durante la pubertad entre las áreas relacionadas con el proceso emocional y la corteza prefrontal (asociada a procesos de control y toma de decisión), producto de un ligero retraso madurativo en ésta última. Este desajuste temporal puede contribuir a la desregulación emocional y un posterior riesgo de sufrir patologías, en muchos casos (Dahl y Gunnar, 2009; Ladouceur, 2012) debido a la idea de invulnerabilidad y asunción de riesgos externos sin control/gestión.

Aún siguen congeniando tres formas de ver la adolescencia por parte de los padres, una más antigua dominada por la idea de agitación inevitable (Arnett, 1999) actualizada por la menor influencia de la familia, productora de inseguridad y estrés y por el creciente número de separaciones (Gavazzi, 2011; Laursen y Collins, 2009), una segunda visión que ofrece mayor importancia al cambio hormonal, impulsos sexuales, cambiantes expectativas sociales, etc. (Peterson, 2005) y por fin, una visión más equilibrada y positiva (Masten y Schaffer, 2006; Peterson y Bush, 2013a). Incluso la investigación más actual indica que las diferencias de opinión son mayores entre los propios adolescentes que entre los adolescentes y sus padres (Gavazzi, 2011). A pesar de estas variaciones, la crianza de los hijos dentro de las familias que fomentan la competencia social y la adquisición coherente de normas, proporciona adolescentes con mayor capacidad de recuperación y afrontamiento; habilidades básicas de la prevención.

No obstante, las relaciones padres-hijos experimentan cambios importantes durante la adolescencia y para los padres es el estadio educativo más difícil (Buchanan et al, 1990).

Investigaciones recientes están planteando si los estereotipos en que suele basarse la idea de la adolescencia, son expresados también por personas que conviven con los adolescentes, tales como profesores y padres (Buchanan y Holmbeck, 1998; Hines y Paulson, 2006; Jacobs, Chhin y Shaver, 2005; Casco y Oliva, 2005). Los estudios confirman que padres y profesores mantienen estos estereotipos sobre los adolescentes, aunque no parece que reflejen las propias

PODEMOS EVITAR EL EFECTO IATROGÉNICO EN LA PREVENCIÓN DE TCA?

experiencias con sus hijos y alumnos. Pareciera que cuando se trata de valoraciones de proximidad, de cercanía, no existieran adolescentes, pues "a mi hijo o a mi alumno" no le pasa eso, "a los otros", sí.

Juicios, prejuicios, creencias, estereotipos, atribuciones....sea como sea, lo que está muy claro es que las percepciones y atribuciones que los hijos y los padres elaboran unos sobre otros afectan a sus relaciones (del Barrio, 1995) y en el cambio /modificación de dichas percepciones debemos trabajar con unos y otros.

La situación actual, predominantemente virtual y de globalización, hace que el adolescente y el joven acceda mucho más a estar en un constante tránsito de idas y vueltas, de mudar los roles, del estatus de adulto al de joven, del de independencia al de hijo/a (cuando se acaba el contrato), del de viajero real o virtual al de localista solidario... que a la idea de pasos de ritual conseguidos e instalación sedentaria en la siguiente fase.

Respecto a los TCA, sobre todo en adolescentes cuyos padres han utilizado un estilo educativo protector, se producen dificultades a la hora de tener que decidir sobre qué hacer ante situaciones no previstas y recurren a lo que han aprendido de sus padres, necesidad de control y perfección y, puede que en la anorexia encuentren una protección, una justificación a esa necesidad de control y seguridad que precisan para no tener que afrontar lo incierto (Calvo et al, 2014). Morandé (1999), con su experiencia de trabajo, asegura que estos adolescentes más que malos comedores, tienen su factor de riesgo fundamental en el miedo o la dificultad al cambio.

Para poder pensar en una prevención, hemos de verlos como el extremo de un hecho compuesto por una serie de componentes, que en sí, son normativos y ordinarios (Levine et al, 2015).

Con respecto a esta prevención, hay muchas críticas de funcionamiento a los programas diseñados (Levine y Smolak, 2006; Stice et al, 2007). Desde el punto de vista de la Salud Pública, se fomentó mucho el trabajo a nivel de población y comunidad, pero últimamente la investigación se está centrando más en las diferencias individuales en los factores de riesgo (McLaren y Piran, 2012) y en la faceta de reconocimiento emocional (Calvo et al, 2014).

Al hablar de TCA, debemos pensar en la interrelación de conductas alimentarias, prácticas de control de peso, actitudes acerca de la comida, el peso y la forma del cuerpo, una pelea constante con el auto concepto y el autocontrol y procesos neurofisiológicos que se interrumpen momentáneamente (hambre, saciedad y emociones) (Neumark-Sztainer, Wall, Story y Sterwood, 2009) y son enfermedades mentales que comprometen seriamente el alcance y la calidad de vida de las personas (Ackard, Fulkerson y Neumark-Stainer, 2011; Keel y Brown, 2010).

PODEMOS EVITAR EL EFECTO IATROGÉNICO EN LA PREVENCIÓN DE TCA?

En **Anorexia Nerviosa**, la prevalencia en enseñanza secundaria, está entre entre 0'1% y 0'5% (Keel, 2010; Levine y Smolak, 2010; Swanson et al, 2011). Por el contrario, en esta edad, no tenemos mucha incidencia de diagnóstico de **Bulimia**, pues suele iniciarse en la adolescencia tardía (Norris et al, 2011; Steinhouse, 2011), en todo caso, cuando se señala, en enseñanza secundaria los datos de prevalencia que se manejan en Bulimia (tal vez más de factores de riesgo), son de 0'9% y 2% (Keel 2010; Levine y Smolak, 2010; Swanson et al 2011).

La relación chico/chica en Anorexia Nerviosa y Bulimia Nerviosa, es de 1:4 y en TCANE es de 1'5:2 aunque el sexo no se toma como factor de riesgo fijo, sino que se hace más hincapié en cómo se construyen y viven los roles de adolescente o joven (Piran y Teall, 2012; Smolak y Piran, 2012). De ahí, la gran importancia de tomar la variable sexo y edad como criterios importantes a la hora de establecer los baremos para determinar los riesgos.

En los TCA, la pubertad tiene unos efectos "tapados", por denominarlos de alguna forma, significando que todos los riesgos que se inician en esta etapa afectarán a algo que se visualizará en la adolescencia (American Psychiatric Association, 2013 ; Bulik, 2002 ; Favaro, Caregaro, Tenconi, Bosello y Santonastaso, 2009 ; Favaro, Ferrara y Santonastaso, 2003 ; Klump, 2013; Klump, 2014). El diagnóstico precoz de los TCA, hace que pueda realizarse una intervención temprana, con una recuperación más probable (Treasure y Russell, 2011) aunque habría que ajustar los criterios diagnósticos a edades de adolescencia temprana, pues los criterios que se usan son los de adultos (Lask y Bryant-Waugh, 2007b).

Las familias de adolescentes con TCA no tienden a tener mayores niveles de disfunción que las familias con adolescentes sin TCA (Strober y Peris, 2011), si bien esto no significa que la influencia de la familia sea irrelevante pues un apego inseguro temprano es factor de riesgo para cualquier psicopatología y por tanto para el TCA, los modelos de aprendizaje en general y más expresamente en aspectos relacionados con la comida, también influyen en la solución de situaciones complejas, las bromas y burlas sobre la imagen corporal, puede desembocar en una gestión de peso no saludable (Smolak, 2012). Los meta análisis realizados por Menzel et al (2010) indicaron que los efectos de las burlas sobre la imagen corporal eran, en general, más negativos para los chicos adolescentes frente a los adultos y también para las chicas frente a los chicos. Igualmente estudios longitudinales avisan que la intervención temprana de los padres, previene la aparición de los TCA más adelante (Neumark-Sztainer et al, 2007; Smolak, 2012), pero no parece que los padres sean capaces de percibir algunas señales que indicarían tempranamente esta problemática.

Hay evidencia clara de que los programas de intervención en TCA con padres (Álvarez, Sepúlveda, Anastasiadou y Parks, 2013) que no se acompañan de estrategias de transformación del entorno social, es poco probable que tengan efectos duraderos (Levine y Smolak, 2006).

PODEMOS EVITAR EL EFECTO IATROGÉNICO EN LA PREVENCIÓN DE TCA?

Especialmente problemáticos son dos tipos extremos de educación, la sobreprotección y la excesiva tolerancia con distancia emocional (Carrobles y Gámez-Guadix, 2012), impidiendo ambas posiciones la superación de la frustración, el aprendizaje de la toma de decisión y de la gestión de los propios riesgos, algo vital en el desarrollo adolescente.

Parte de la predisposición a los trastornos alimentarios, se genera y adquiere en la infancia (Calvo, 2002), esta es una idea central para tomar en consideración las posibilidades de prevención del trastorno a partir del trabajo temprano con padres. La comunicación con los padres es clave en el establecimiento de la familia como un factor de protección y es muy importante que funcione así desde la infancia, pues la facilidad de comunicación con los padres baja de manera estrepitosa en la adolescencia (WHO, 2012).

Los componentes centrales del proceso de influencia de las familias en los hijos, son las estrategias de socialización y los estilos educativos parentales (renegociar las relaciones, encontrar equilibrios entre control y afecto,...) (Gavazzi, 2011; Peterson, 2009). Los adolescentes son vistos, principalmente, como receptores pasivos pero cada vez es más patente la influencia bidireccional entre padres y adolescentes (Bush y Peterson, 2013. Gavazzi, 2011; Maccoby, 2007; Peterson y Bush, 2013a) y una de las variables más importantes para explicar el sistema familiar, son las creencias, valores y expectativas que los adolescentes y los padres van construyendo en esa dirección (Peterson y Bush, 2013a).

Los programas con padres, parten de la creencia en las potencialidades que ofrecen los primeros años, cuando la familia puede contribuir **conscientemente** a los procesos de educación y desarrollo.

Pero... inconsistencias, incoherencias, falta de constancia, de paciencia y, lo que es peor, de cariño y humor pueden dar al traste con nuestros esfuerzos. Está bastante asumido (Olivares, Rosa y Olivares. 2006) que esta serie de carencias que presentan los padres al desempeñar su papel como educadores constituye uno de los factores de riesgo que nos explicarían la aparición, desarrollo y mantenimiento de problemas en la infancia y la adolescencia.

Dentro del estudio de las relaciones familiares tiene una especial importancia esta área denominada de estilos educativos y disciplina. La disciplina ha sido definida como las técnicas que usan los padres para intentar hacer decrecer las conductas inapropiadas y aumentar la conformidad en los hijos (Locke y Prinz, 2002). Existen muchos estilos de disciplina disponibles a los padres. El modelo más aceptado, es la tipología de Baumrind (1991). Para esta autora, las prácticas educativas y disciplinarias de los padres varían a lo largo de dos dimensiones: **receptividad y exigencia-atención**, que supone una disciplina consistente y contingente; en el cuestionario que hemos usado (Bersabé et al, 2001) responde a las dos escalas de afecto/crítica y exigencia/control de normas.

PODEMOS EVITAR EL EFECTO IATROGÉNICO EN LA PREVENCIÓN DE TCA?

Formas leves de autoridad, incluso punitividad, no siempre conducen a graves problemas en la adolescencia (Baunrind, Larzelere y Cowan, 2002; Larzelere y Baunrind, 2010). Ahora bien, la dificultad está en saber gestionar la levedad y coincidir en la definición de punitividad en las distintas culturas, incluso en la vertiente individualista/colectivista, y dadas las contraindicaciones del uso del castigo como forma de control, según un importante meta análisis de Gershoff (2002), será más conveniente utilizar los métodos más cercanos al diálogo, al refuerzo positivo, a la atención... como estrategias de establecimiento de conductas, normas y límites.

Aunque los estilos educativos suelen constituir formas de comportamiento duraderos y consistentes, pueden modificarse, cambiando los pensamientos y las actitudes que los sustentan (Carrobles y Gámez-Guadix, 2012; Valdivia, 2010). Además, los estilos educativos no suelen darse puros y estables, de hecho, suelen mezclarse y solaparse.

Así, la hipótesis fundamental planteada es: *la información y formación temprana a las familias sobre el desarrollo físico, emocional, social..., las estrategias educativas y de aprendizaje, el cambio y manejo de comportamientos y los criterios básicos en el establecimiento de normas y límites, podrán motivar cambio de actitud y generar estilos educativos que favorecerán la aparición de factores de protección, no solo respecto a los TCA, sino también a otras problemáticas derivadas de la crisis adolescente y podrán evitar el, posible, efecto iatrogénico al no incluir directamente los TCA en el discurso.*

MÉTODO Y RESULTADOS

Todos los datos en que se basan las conclusiones, están recogidos en Getafe, municipio del cinturón sur de Madrid, con 172.983 habitantes, donde desarrollo mi trabajo de Psicólogo del Ayuntamiento. Contamos con 13 Centros de Enseñanza Secundaria Públicos y 6 Centros Concertados con este mismo nivel educativo.

Varias son las bases de datos utilizadas (fundamentalmente dos), siempre de adolescentes entre 12 y 16 años y de sus familias (padre y madre). La más amplia, consta de 12.829 sujetos que en el transcurso de los casi 30 años de existencia del programa en que todo se sustenta, han sido evaluados con los cuestionarios EAT26 y EDI, para a través de cribaje, poder realizar entrevistas diagnósticas de detección precoz de TCA y la otra base de datos consta de 2998 sujetos con idénticas características sociodemográficas, pues coinciden con la muestra de los tres últimos cursos de ambas. Esta última, además, ha permitido extraer los descriptivos de los cuestionarios de Estilos Educativos y las relaciones con otras variables (TCA, percepción sobre la adolescencia, imagen corporal...).

PODEMOS EVITAR EL EFECTO IATROGÉNICO EN LA PREVENCIÓN DE TCA?

Con los datos, se han realizado múltiples tratamientos estadísticos, correlaciones, diferencias de medias, medidas de asociación, de acuerdo, regresión, análisis factorial exploratorio y confirmatorio... y cabe destacar análisis longitudinal con los mismos sujetos al paso de dos años en TCA y de cuatro en Estilos Educativos, utilizando los paquetes informáticos estadísticos SPSS V15, Gpower V3.1 y Factor.10.WIN64.

Como resultados de más interés, resaltamos:

- El procedimiento utilizado en mi trabajo (obtención de información, análisis para detección, intervención en compensación y, sobre todo, guía para la prevención) es útil y después de ver tantas relaciones, a pesar de no ser algunas de ellas muy llamativas, indican que este procedimiento puede ser efectivo en la prevención de los TCA, tan sobradamente enjuiciada. **Estilo Educativo y percepción/actitudes sobre adolescencia, tienen relación con prevención en riesgos de TCA.**
- Trabajar con el establecimiento de normas cotidianas (tiempo de estudio, tareas en casa, etc.) como paralelo al establecimiento del estilo educativo familiar, a veces es más fácil y sobre todo más práctico cuando se está trabajando con grupos de madres/padres. Según nuestros datos, podríamos concluir que **a través del análisis del establecimiento de las normas cotidianas, también nos podemos acercar a la idea de Estilo Educativo Familiar.**
- En muy pocas de las investigaciones revisadas se trabaja teniendo en cuenta las diferencias entre sexo y edad a los extremos que nosotros hemos profundizado. En concreto **en la corrección del EDI las diferencias en sexo y edad son muy influyentes y sobre todo de cara al establecimiento de los criterios de riesgo.**
- En TCA, **al paso de uno o dos años, en los casos detectados de riesgo, se produce una bajada en los porcentajes de riesgo de los factores, acercándose a valores similares a los de la primera medición de los sujetos de no riesgo.** A su vez, en los sujetos de no riesgo se produce, una bajada, pero no es tan llamativa como en los sujetos de riesgo (parece que fueran los valores normativos), incluso en los no riesgo **se incrementa en bastante mayor proporción el factor de Insatisfacción Corporal, junto con el factor Tendencia a Adelgazar que son los únicos que crecen con el paso del tiempo.**
- **La asistencia a talleres de Habilidades Personales** en los adolescentes de riesgo en TCA, no garantiza que el cambio en los factores de riesgo se produzca antes y en mayor cantidad que si no se asiste, pero en el momento en que el adolescente está en situación de cambio fuerte, **le ayuda a afianzar ciertos criterios que le servirán posteriormente para sentirse más estables.**

PODEMOS EVITAR EL EFECTO IATROGÉNICO EN LA PREVENCIÓN DE TCA?

- Con los datos más actuales, en nuestro estudio longitudinal, detectamos una situación de más riesgo en los factores Tendencia a Adelgazar, Insatisfacción Corporal y Miedo a Madurar en la primera medición (12-13 años), produciéndose una bajada importantes en la segunda medición (15-16 años), podríamos suponer que el mero paso del tiempo hace que el riesgo desaparezca, pero hay que tomar en cuenta que con todos los sujetos detectados de riesgo, se hace entrevista con los chicos y con los padres y se les dan estrategias de protección. **No sabemos cómo evolucionarían siendo de riesgo y no utilizando este procedimiento informativo.**
- Al determinar las coincidencias en riesgos en la percepción del Estilo Educativo por parte del hijo y de los padres, se observa que **los factores más influyentes y con mayor porcentaje en riesgo, son el factor de crítica de la escala de afecto y el factor autoritarismo de la escala de normas, en mayor medida en la madre que en el padre y más hacia las chicas que hacia los chicos.**
- Cuando se observan las coincidencias en riesgo en Estilos Educativos entre padres e hijos en el sentido que sea, las relaciones con los factores del EDI, se dan en la manera siguiente: **los factores más positivos (afecto y democrático) tienen relaciones con factores del EDI que tienen que ver más con la alimentación y los factores más negativos (crítica, autoritario y negligencia) más relación con los de adolescencia.**
- **Es muy importante para esforzarnos en establecer un cambio en Estilos Educativos, en aras a obtener cierta protección en TCA, saber que las puntuaciones medias en estilos educativos son muy estables en el paso del tiempo (2 años) tanto las que dan los adolescentes como las que dan los padres,** las fluctuaciones que se producen, son sobre todo, en el factor autoritarismo con un aumento en la media de puntuación en la Edad2 (15-18 años) que realmente significa menor autoritarismo percibido por adolescentes y por padres. Es curiosa la diferencia que se da en la escala de afecto hacia la madre, los adolescentes mayores perciben que dan más afecto a las madres y ellas perciben que dan más a los más pequeños. Pareciera que los adolescentes más pequeños no desean reconocer "los mimos" de la madre.
- Aunque las relaciones de los factores del EDI en riesgo y los factores de Estilos Educativos no son muy elevadas, son de interés para el trabajo en los talleres. **Los dos factores que más relación tienen con los riesgos en TCA, a través del EAT26 o del EDI, son el factor de Crítica, de la primera escala, cuando lo expresa el padre y el factor de Autoritarismo, de la segunda escala, presente en cinco factores, cuando lo expresa la madre.** También una puntuación baja en el factor de Afecto de la primera escala expresado por la madre correlaciona con ser caso de riesgo y con la situación de riesgo en

PODEMOS EVITAR EL EFECTO IATROGÉNICO EN LA PREVENCIÓN DE TCA?

dos factores importantes del EDI (Miedo a Madurar e Insatisfacción Corporal, tal vez los dos claves en la dimensión alimentación y adolescencia del EDI).

- Las correlaciones más elevadas, se dan entre la imagen corporal, sobre todo en su aspecto más personal y con los factores más claramente relacionados con la alimentación como el EAT1 y EAT2 y EDI1, EDI2 y EDI3.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Durante la realización de talleres de Habilidades Educativas con familias y a través de su evaluación, queda demostrado con la consecución de cambios rápidos y estables, que, según plantea Gullota et al, (2015), contribuimos honestamente a la construcción de comunidades saludables, pues educamos informando y favorecemos los procesos de empoderamiento (Costa y López, 2006) a través de la acción y la participación comunitaria, siempre a través de los recursos con los que cuentan las personas (Tudge et al, 2009) y no forzando los procesos para la mejor obtención de los productos deseables.

Aun en desacuerdo con lo que plantean Stice et al (2007) respecto a la efectividad de la detección precoz, pienso que la prevención puede gestionarse a través de ella y ante nuevos problemas hay que aventurar nuevas soluciones (Hombrados, 2013; Pianta, 2003), este ha sido mi intento a pesar de que surjan voces discrepantes basadas en la idea de que la prevención es inefectiva (Turón, 2009) y cerrando las intervenciones en unos corsés, a veces, tan apretados (Levine y Smolak, 2006) que ni siquiera las mejores prácticas basadas en la evidencia (Hoadwood et al, 2003) entrarían en esta categoría de prevención. Creo que en todo el proceso de trabajo, he podido demostrar que vale más ajustar la acción a las poblaciones diana (Tudge et al, 2009), bajando incluso los criterios de fiabilidad en aras de la utilidad (Weist et al, 2014), tal y como, últimamente, no duelen prendas en reconocer.

Incluso tomando el riesgo de caer ligeramente en un efecto iatrogénico, por otra parte no demostrado claramente (Stice et al, 2007; Newton et al, 2006), no hay que claudicar ante la falta de concienciación social como recomienda Morandé y seguir encarando el reconocimiento de factores de riesgo de caer en un TCA, derrochando toda la cautela que sea precisa (O'Dea, 2002), si bien, sigue siendo necesario trabajar paralelamente sobre otras variables personales y de contexto que indirectamente afectan a los TCA.

La mayor parte de adolescentes no están en situación de problema, sino, como mucho, en una crisis "normativa" (Gullota et al, 2015) que tenderán a superar, dando paso a otra etapa de la vida, así pues, merece la pena que sigamos pensando en ellos como sujetos en construcción (Funes, 2003) sobre los cuales pueden modelarse nuevos comportamientos contando con otras

PODEMOS EVITAR EL EFECTO IATROGÉNICO EN LA PREVENCIÓN DE TCA?

actitudes, comportamientos y emociones firmes que no faciliten la confusión emocional que suelen aparecer en personas en riesgo de padecer un TCA (Calvo et al, 2014).

La idea clave de la prevención es que el hecho de que un problema aparezca en la adolescencia, no significa que sea de la adolescencia (Zahn-Waxler et al, 2000). Es necesario distinguir claramente, a la hora de la intervención, entre patrones duraderos de conductas problema y experimentación ocasional, que es lo que suele ocurrir en el tema de la imagen corporal y la alimentación si los padres saben verlo y relativizan la importancia en el desarrollo del adolescente. Hay que empezar el trabajo mucho antes, así esto será siempre más efectivo en los momentos en que los conflictos están en germen (Peterson et al, 2013a).

Puede parecer una idea algo anticuada en la época BC (Before Computer) y digital en la que están los adolescentes, pero una de las cuestiones más efectivas como factor de protección es (¡albricias!) la comunicación en los momentos de las comidas familiares (Fulkerson et al, 2006; Eisenberg et al, 2004).

En el sano intento de organizar, reconocer, etiquetar, diagnosticar con claridad "absoluta" un trastorno tan multifactorial como lo es el del comportamiento alimentario, no hay que caer en la cerrazón de que la no existencia al completo de los indicadores del DSM que corresponda, no nos indique una problemática posible, pues lo que fue TCANE, ahora es criterio diagnóstico (APA, 2013) y no sabemos cómo será en adelante. Construyamos estrategias que ayuden a las familias (Smolak, 2012; Menzel et al, 2010; Neunmark-Sztainer et al, 2007) e incluso favorezcan el reconocimiento de manera prematura de señales livianas ocultas que aparecen después como síntomas importantes (Pérez deEulate, 2009) y en los adolescentes favorezcan la autoaceptación, la autoestima y la sensación de bienestar emocional (Gustaffson et al, 2009), sin olvidar la necesaria transformación en el entorno, si queremos que los cambios sean estables (Álvarez et al, 2013; Levine et al, 2006).

- Una conclusión, importante, puede ser la posibilidad de reducir los factores de riesgo en el cuestionario EDI de ocho factores a cinco con la convicción de que su sensibilidad y especificidad no bajen y si nos permita bajar el número de entrevistas a realizar sin dejar fuera casos que sean y no detectemos (falsos negativos).
- Fijándonos en los resultados de los talleres que realizamos con familias, creemos que son muy útiles. Respecto a la evaluación, lo que más destacan los padres es el cambio que sufren sobre la visión que tienen de sus hijos cuando termina el taller, mucho más tranquilos a la hora de percibir, analizar y actuar sobre la problemática, con una percepción alta de control de situaciones hasta el momento no controladas ni entendidas, **el comprender y ampliar la información, les hace ver de forma distinta las cosas e intentar hacer modificaciones sobre sus comportamientos y actitudes**. Adaptando las expectativas respecto a sus hijos y la otra forma de comunicación y resolución de los conflictos cotidianos.

PODEMOS EVITAR EL EFECTO IATROGÉNICO EN LA PREVENCIÓN DE TCA?

- A pesar de ser conscientes de la relación importante del auto concepto con la autoestima y problemáticas personales, los datos, aunque son significativos, no nos ofrecen unas relaciones claras para conjeturar acciones basándonos en ellas, seguiremos confiando en el oficio para ofrecer posibles soluciones a nuestras familias.
- Es de gran ayuda en el cambio de actitud respecto al hijo, demostrar que la mayor parte de percepciones que tenemos sobre la adolescencia dependen de tópicos que, a veces, trasladamos a los hijos, si no media experiencia directa con ese comportamiento.
- Algunos de los factores de riesgo (imagen corporal, insatisfacción, desconfianza interpersonal, autoestima...) se dan en la adolescencia y como etapa **evolutiva** genera en los chicos/as conflictos que irán superando. El trastorno, aunque preocupa y es necesario dar respuesta desde los distintos recursos comunitarios, una vez "controlado" no es tan alarmante como se presenta en los medios de comunicación.
- Los padres y madres viven la convivencia y su tarea como educadores, frecuentemente con preocupación y angustia. Esta preocupación impide una adecuada comunicación y provoca distanciamiento. Su miedo al NO CONTROL de los comportamientos del adolescente provoca inseguridad. Es necesario intentar el cambio de actitud y comportamiento desde las familias y en edades tempranas
- Todos los ojos son pocos para vigilar por los abusos, mala utilización, vejación, etc. de los adolescentes por los medios de comunicación o cualquier otro ente. Debieran existir canales de denuncia de aquellas situaciones, empresas, personas o entidades que no sean escrupulosos en el trato con los adolescentes, su imagen y las que les afectan e influyen y del mismo modo de aquellas situaciones que favorecen, ilegalmente, los consumos de alcohol, tabaco y otras drogas en adolescentes.
- Apoyándome en los datos de la investigación realizada, lo primero que hay que resaltar es la importancia que tiene para obtener colaboración, ofrecer seriedad y coherencia en el trabajo. Uno de los grandes aciertos de este estudio ha sido contar en todo momento con el apoyo y respaldo de la comunidad educativa, desde la consecución de una devolución de cuestionarios por parte de los padres en una tasa casi impensable (86,7%). Realmente lo que respalda la fiabilidad y la validez de todos los tratamientos realizados a los datos, ha sido y es la participación constante y activa de los propios sujetos de la investigación.
- Un descubrimiento importante ha sido la demostración de eso que todos intuimos en la práctica, existen distintos tipos de adolescentes, funcionando de manera distinta y con necesidades distintas y no podemos seguir planteando unas mismas acciones para todos. En la diversificación de la atención estarán las claves de la no exclusión de entre un 10% y un 15% que significan los chicos y chicas de riesgo que tienen capacidades larvadas para

PODEMOS EVITAR EL EFECTO IATROGÉNICO EN LA PREVENCIÓN DE TCA?

poder desarrollar los factores de protección que necesitan. Es necesario mirar al adolescente no como un problema sino como una posibilidad de aprendizaje para todos los que lo rodean (padres, profesores, técnicos comunitarios...).

BIBLIOGRAFÍA

Ackard, D.M., Fulkerson, J.A. y Neumark-Sztainer, D. (2011). Psychological and behavioral risk profiles as they relate to eating disorder diagnoses and symptomatology among a school-based sample of youth. *International Journal of Eating Disorders*, 44, 440-446.

Álvarez, E.G., Sepúlveda, A.R., Anastasiadou, D. y Parks, M. (2013). Familia y Trastornos del Comportamiento Alimentario: Avances en Evaluación y Diseño e Intervención Psicoeducativa. *COP Madrid. Clínica Contemporánea*. Vol. 4, n.º 2, 107-117

Arnett, J.J. (1999). Adolescent storm and stress reconsidered. *American Psychologist*, 54, 317-326.

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, Fifth edition (DSM-5)*. Washington, DC: American Psychiatric Association.

Baumrind, D. (1991). The influence of parenting styles on adolescent competence and substance abuse. *Journal of Early Adolescence*, 11, 56-95.

Baumrind, D., Larzelere, R. E. y Cowan, P. A. (2002). Ordinary physical punishment: Is it harmful? Comment on Gershoff. *Psychological Bulletin*, 128, 580-589.

Bersabé, R., Fuentes, M.J. y Motrico, E. (2001) Análisis psicométrico de dos escalas para evaluar estilos educativos parentales. *Psicothema*. Vol. 13, nº 4, pp. 678-684

Bronfenbrenner, U. y Morris, P.A. (1998). The ecology of developmental process. En W.Damon y R.M. Lerner (Eds.), *Handbook of child psychology, theoretical models of human development*. (pp.993-1028). New York: Wilwy.

Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development*. Cambridge, MA: Harvard University Press.

Bronfenbrenner, U. (Ed.). (2005). *Making human beings human: Bioecological perspectives on human development*. Thousand Oaks, CA: Sage.

Brown, B.B. (2005). Introduction. *Journal of Research on Adolescence*, 15, 353-355.

Buchanan, C.M., Eccles, J. S., Flanagan, C., Midgley, C., Feldlaufer, H. y Harold, R. (1990). Parents' and teachers' beliefs about adolescents: Effects of sex and experience. *Journal of Youth and Adolescence*, 19, 363-394.

PODEMOS EVITAR EL EFECTO IATROGÉNICO EN LA PREVENCIÓN DE TCA?

Buchanan, CM y Holmbeck, G. (1998) Measuring beliefs about adolescent personality and behavior. *Journal of Youth and Adolescence*. Vol 27, (5) 607-627

Bulik, C. M. (2002). Eating disorders in adolescents and young adults. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 11 , 201-218.

Bush, K. R. y Peterson, G. W. (2013). Parent-child relations in diverse contexts. In G. W. Peterson y K. R. Bush (Eds.), *Handbook of marriage and the family* (3rd ed., pp. 275-302). New York: Springer.

Calvo, R. (2002). *Anorexia y Bulimia. Guía para padres, educadores y terapeutas*. Planeta Prácticos

Calvo, R., Solórzano, G., Morales, C., Kassem, M.S., Codesal, R., Blanco A. y Gallego, L.T. (2014). Procesamiento emocional en pacientes TCA adultas vs. adolescentes. Reconocimiento y regulación emocional. *Clínica y Salud vol.25 no.1* . 19-37

Carrobbles, J.A. y Gámez-Guadix (2012). La educación positiva de los hijos: principios y procedimientos. En F.J. Méndez, y L.M. Llavona. *Manual del psicólogo de familia: un nuevo perfil profesional* (pp. 57-77). Madrid: Pirámide.

Casco, F.J. y Oliva, A. (2005). Ideas sobre la adolescencia entre padres, profesores, adolescentes y personas mayores. *Apuntes de Psicología*, 22, 171-185

Collins, W.A. y Steinberg, L. (2006). Adolescent development in interpersonal context. En M.E. Eisenberg (Ed.). *Handbook of Child Psychology*. Vol.3. (pp. 1003-1066). Hoboken, NJ: Wiley.

Costa, M. y López, E. (2006). *Manual para la ayuda psicológica. Dar poder para vivir*. Edit. Psicología Pirámide

Dahl, R. E., & Gunnar, M. R. (2009). Heightened stress responsiveness and emotional reactivity during pubertal maturation: Implications for psychopathology. *Development and Psychopathology*, 21 , 1-6.

Del Barrio, C. (1995). Conflictos con los padres desde la perspectiva de los hijos. *Infancia y sociedad*. 30. 133-143.

Eisenberg, M.E., Olson, R.E. y Neumark-Sztainer, D. (2004). Correlations between family meals and psychological well-being among adolescents. *Archives of Pediatric Adolescence Medicine*, 158, 792-796.

PODEMOS EVITAR EL EFECTO IATROGÉNICO EN LA PREVENCIÓN DE TCA?

Favaro, A., Caregaro, L., Tenconi, E., Bosello, R., & Santonastaso, P. (2009). Time trends in age at onset of anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Journal of Clinical Psychiatry*, 70 (12), 1715–1721.

Favaro, A., Ferrara, S., & Santonastaso, P. (2003). The spectrum of eating disorders in young women: A prevalence study in a general population sample. *Psychosomatic Medicine*, 65 (4), 701–708.

Fernández Ramírez, B y Vidal Moranta, T (Edit). (2008) *Psicología de la ciudad. Debate sobre el espacio urbano*. Editorial VOC. Barcelona.

Fulkerson, J.A., Story, M., Mellin, A., Leffert, N., Neumark-Sztainer, D. y French, S.A. (2006). Family dinner meal frequency and adolescent development; Relationships with developmental assets and high-risk behaviors. *Journal of Adolescence Health*, 39, 337-345.

Funes, J. (2003) Claves para leer la adolescencia. *Cuadernos de Pedagogía* (320). 46-51

Gavazzi, S. M. (2011). *Families with adolescents: Bridging the gaps between theory, research, and practice*. New York: Springer.

Gershoff, E. T. (2002). Physical punishment by parents and associated child behaviors and experiences: A meta-analytic and theoretical review. *Psychological Bulletin*, 128, 539–579.

Gullotta, T.P., Plant, R.W. y Evans, M.A. (2015). *Handbook of Adolescent Behavioral Problems. Evidence-Based Approaches to Prevention and Treatment*. Springer Science+Business Media New York

Gustafsson, S. A., Edlund, B., Kjellin, L. y Norring, C. (2009). Risk and protective factors for disturbed eating in adolescent girls – Aspects of perfectionism and attitudes to eating and weight. *European Eating Disorders Review*, 17, 380–389.

Hines, A.R. y Paulson, S. (2006). Parents' and teachers' perceptions of adolescent storm and stress: Relations with parenting and teaching styles. *Adolescence*, 41, 597-614

Hoagwood, K. E. y Johnson, J. (2003). School psychology: A public health framework: I. From evidence-based practices to evidence based policies. *Journal of School Psychology*, 41, 3–21.

Hombrados, M.I. (2013) *Manual de psicología comunitaria*. Edit. Síntesis

Jacobs, J.E., Chhin, C. y Shaver, K. (2005). Longitudinal links between perceptions of adolescence and the social beliefs of adolescents: Are parents' stereotypes related to beliefs held about and by their children? *Journal of Youth and Adolescence*, 34, 61-72.

PODEMOS EVITAR EL EFECTO IATROGÉNICO EN LA PREVENCIÓN DE TCA?

Keel, P. K. y Brown, T. A. (2010). Update on course and outcome in eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 43, 195–204.

Keel, P. (2010). Epidemiology and course of eating disorders. En W. S. Agras (Ed.), *Oxford handbook of eating disorders* (pp. 25–32). New York: Oxford University Press.

Klebanov, M y Travis, A. (2015). *The Critical Role of Parenting in Human Development*. Edit. Routledge. New York

Klump, K. L. (2013). Puberty as a critical risk period for eating disorders: A review of human and animal studies. *Hormones and Behavior*, 64 , 399–410.

Klump, K. (2014). Developmental Trajectories of Disordered Eating: Genetic and Biological Risk During Puberty. En Lewis, M y Rudolph, K. (2014). *Handbook of Developmental Psychopathology*. Edit. Springer. New York.

Ladouceur, C. D. (2012). Neural systems supporting role of puberty and implications for affective disorders. *Frontiers in Integrative Neuroscience*, 6 , 65.

Larzelere, R. E. y Baumrind, D. (2010). Are spanking injunctions scientifically supported? *Law and Contemporary Problems*, 73, 57–87.

Lask, B. y Bryant-Waugh, R. (2007b). Overview of management. En B. Lask y R. Bryant-Waugh (Eds.), *Eating disorders in childhood and adolescence* (pp. 149–175). East Sussex, England: Routledge.

Laursen, B. y Collins, W. A. (2009). Parent–child relationships during adolescence. En R. Lerner y L. Steinberg (Eds.), *Handbook of adolescent psychology* (3rd ed., Vol. 2, pp. 3–42). Hoboken, NJ: Wiley.

Levine, M., Piran, N. y Jasper, K. (2015). Eating Disorders en Gullotta, T.P.; Plant, R.W.; Evans, M.A.. *Handbook of Adolescent Behavioral Problems. Evidence-Based Approaches to Prevention and Treatment*. (pp. 305-328)Springer Science+Business Media New York

Levine, M. P. y Smolak, L. (2006). *The prevention of eating problems and eating disorders: Theory, research, and practice*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.

Levine, M. P. y Smolak, L. (2010). Cultural influences on body image and the eating disorders. En W. S. Agras (Ed.), *Oxford handbook of eating disorders* (pp. 223–246). New York: Oxford University Press.

Locke, L.M. y Prinz, R.J. (2002). Measurement of parental discipline and nurturance. *Clinical Psychological Review*, 22, 895-929.

PODEMOS EVITAR EL EFECTO IATROGÉNICO EN LA PREVENCIÓN DE TCA?

Maccoby, E. E. (2007). Historical overview of socialization research and theory. En J. E. Grusec y P. D. Hastings (Eds.), *Handbook of socialization theory and research* (pp. 13–41). New York: Guilford Press.

Masten, A. S. y Shaffer, A. (2006). How families matter in child development. En A. Clarke-Stewart y A. J. Dunn (Eds.), *Families count* (pp. 5–25). New York: Cambridge University Press.

McLaren, L. y Piran, N. (2012). Prevention of disordered eating through structural change: The population health framework and lessons from case studies in intensive community-based intervention. En G. McVey, M. P. Levine, N. Piran, y H. B. Ferguson (Eds.), *Preventing eating-related and weight-related disorders: Collaborative research, advocacy, and policy change* (pp. 45–69). Waterloo, ON: Wilfred Laurier Press.

Mendle, J., Harden, K. P., Brooks-Gunn, J., & Graber, J. A. (2010). Development's tortoise and hare: Pubertal timing, pubertal tempo, and depressive symptoms in boys and girls. *Developmental Psychology*, 46, 1341–1353.

Menzel, J. E., Schaefer, L. M., Burke, N. L., Mayhew, L. L., Brannick, M. T. y Thompson, J. K. (2010). Appearance-related teasing, body dissatisfaction, and disordered eating: A meta-analysis. *Body Image*, 7, 261–270.

Morandé, G. (1999). *La anorexia. Cómo combatir y prevenir el miedo a engordar de las adolescentes*. Temas de Hoy.

Neumark-Sztainer, D. R., Wall, M. M., Story, M. T. y Sherwood, N. E. (2009). Five-year longitudinal predictive factors for disordered eating in a population based sample of overweight adolescents: Implications for prevention and treatment. *International Journal of Eating Disorders*, 42, 664–672.

Newton, M. S. y Ciliska, D. (2006). Internet-based innovations for the prevention of eating disorders: A systematic review. *Eating Disorders*, 14, 365–384.

Norris, M. L., Bondy, S. J. y Pinhas, L. (2011). Epidemiology of eating disorders in children and adolescents. En D. Le Grange y J. Lock (Eds.), *Eating disorders in children and adolescents; A clinical handbook* (pp. 63–89). New York: Guilford.

O'Dea, J. (2002). Can body image education programs be harmful to adolescent females? *Eating Disorders: The Journal of Treatment and Prevention*, 10, 1–13.

Olivares, J., Rosa, A.I. y Olivares, P.J. (2006) *Ser padres, actuar como padres. Un reto que requiere formación y tiempo*. Edit. Psicología. Pirámide

PODEMOS EVITAR EL EFECTO IATROGÉNICO EN LA PREVENCIÓN DE TCA?

OMS. (1989). *Educación para la Salud. Manual sobre Educación Sanitaria en Atención Primaria de Salud*. Ginebra

Pérez de Eulate, L. (2009) Actitudes alimentarias y vulnerabilidad al modelo de delgadez transmitido por los medios de futuras maestras de educación primaria. *Enseñanza de las ciencias, Núm. Extra*, p. 1025-1029

Peterson, G. W. (2005). Family influences on adolescent development. En G. R. Adams y T. P. Gullotta (Eds.), *Handbook on the treatment and prevention of dysfunctional behavior: Theory, practice, and prevention* (pp. 27–55). New York: Kluwer.

Peterson, G. W. y Bush, K. R. (2013a). Conceptualizing cultural influences on socialization: Comparing parent- adolescent relationships in the U.S. and Mexico. En G. W. Peterson y K. R. Bush (Eds.), *Handbook of marriage and the family* (3rd ed., pp. 177–208). New York: Springer.

Pianta, R.C. (2003) School psychology: A public health framework: I. From evidence-based practices to evidence-based policies. Edit. *Journal of School Psychology*. 41. 1-2

Piran, N. y Teall, T. (2012). The developmental theory of embodiment. En G. McVey, M. P. Levine, N. Piran, y H. B. Ferguson (Eds.), *Preventing eating-related and weight-related disorders: Collaborative research, advocacy, and policy change* (pp. 169–198). Waterloo, ON: Wilfred Laurier Press.

Rudolph, K. (2014). Puberty as a Developmental Context of Risk for Psychopathology. En Lewis, M y Rudolph, K. (2014). *Handbook of Developmental Psychopathology*. Edit. Springer. New York.

Smetana, J.G.Campione-Barr, N. y Metzger, A. (2006). Adolescent development in interpersonal and societal contexts. *Annual Review of Psychology*, 57, 255-284.

Smolak, L. (2012). Risk and protective factors in body image problems. En G. L. McVey, M. P. Levine, N. Piran, y H. B. Ferguson (Eds.), *Preventing eating-related and weight-related disorders: Collaborative research, advocacy, and policy change* (pp. 147–167). Waterloo, Canada: Wilfred Laurier University Press.

Smolak, L. y Piran, N. (2012). Gender and the prevention of eating disorders. En G. L. McVey, M. P. Levine, N. Piran, y H. B. Ferguson (Eds.), *Preventing eating related and weight-related disorders: Collaborative research, advocacy, and policy change* (pp. 199–222). Waterloo, Canada: Wilfred Laurier University Press.

Steinhausen, H.-C. (2011). Course and outcome. En D. Le Grange y J. Lock (Eds.), *Eating disorders in children and adolescents: A clinical handbook* (pp. 90–104). New York: Guilford.

PODEMOS EVITAR EL EFECTO IATROGÉNICO EN LA PREVENCIÓN DE TCA?

Stice, E., Shaw, H. y Marti, C. N. (2007). A meta-analytic review of eating disorder prevention programs: Encouraging findings. *Annual Review of Clinical Psychology*, 3, 207–231.

Strein, W., Hoagwood, K. y Cohn, A. (2003) School psychology: a public health perspective: I. Prevention, populations, and systems change. *Journal of School Psychology*. 41 (1) 23-38

Strober, M. y Peris, T. (2011). The role of family environment in etiology: A neuroscience perspective. En D. Le Grange y J. Lock (Eds.), *Eating disorders in children and adolescents; A clinical handbook* (pp. 34–60). New York: Guilford.

Swanson, S. A., Crow, S. J., Le Grange, D., Swendsen, J. y Merikangas, K. R. (2011). Prevalence and correlates of eating disorders in adolescents: Results from the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*, 68, 714–723.

Treasure, J. y Russell, G. (2011). The case for early identification in anorexia nervosa: Theoretical exploration of maintaining factors. *British Journal of Psychiatry*, 199, 5–7.

Tudge, J. R., Mokrova, I., Hatfield, B. E. y Karnik, R. B. (2009). Uses and misuses of Bronfenbrenner's bioecological theory of human development. *Journal of Family Theory and Review*, 1, 198–210.

Turón, V. (2009) *Recomendaciones de buena praxis en los TCA: Guías y protocolos*. <http://hdl.handle.net/10401/487>

Valdivia, M.C. (2010). *Madres y padres competentes. Claves para optimizar las relaciones con nuestros hijos e hijas*. Edit. Graó

Weist, M., Lever, N., Bradshaw, C. y Sarno, J. (Edit). (2014). *Handbook of School Mental Health. Research, Training, Practice and Policy*. Edit. Springer Science. New York.

Williams, P. G., Holmbeck, G.N. y Greenley, R.N. (2002). Adolescent Health Psychology. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70, 828-842.

World Health Organization (Regional Office for Europe). Malta 2012. *Health Behaviour in School-Aged Children (HBSC) Study: International Report from the 2009/2010 Survey*.

Zahn-Waxler, C., Klimes-Dougan, B. y Slattery, M. (2000). Internalizing problems of childhood and adolescence: Prospects, pitfalls, and progress in understanding the development of anxiety and depression. *Developmental and Psychopathology*. 12 (03) 443-466