

Hacia una integración de los paradigmas positivos y de enfermedad en la prevención de los trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes

Vanesa C. Góngora*

Resumen

La problemática referida a los trastornos de la conducta alimentaria es altamente relevante en la adolescencia y requiere de tareas de intervención a través de la implementación de programas de prevención y promoción de la salud. Pocos programas de prevención primaria de trastornos alimentarios han alcanzado resultados satisfactorios. Los resultados más exitosos se han obtenido con aproximaciones que promueven una visión crítica de los medios, la utilización de la disonancia cognitiva y el fortalecimiento de la autoestima. Dado que muchos de los programas basados en el modelo de enfermedad han fallado en prevenir tales dificultades, se puede pensar las tareas de prevención de los trastornos alimentarios tomando los aportes de la Psicología Positiva. Diferentes estudios han demostrado que las intervenciones basadas en este paradigma son eficaces para aumentar la sensación de felicidad y bienestar subjetivo. A diferencia de la aproximación tradicional que trabaja con la identificación de factores de riesgo y protectores de la salud, desde la Psicología Positiva se enfatiza la identificación y promoción de aspectos saludables. Las intervenciones asumen que fortaleciendo lo positivo, se debilita lo disfuncional o negativo. La integración de ambos aportes permitirá un enriquecimiento del abordaje promoviendo conductas saludables en adolescentes.

Palabras Clave: Prevención - Trastornos de la conducta alimentaria – Intervención – Psicología Positiva - Adolescentes

* Dra. en Psicología. Investigadora asistente CONICET. Jefa de Trabajos Prácticos de la cátedra Teoría y Técnica de Exploración y Diagnóstico Psicológico, Módulo I, cátedra II, Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires. vgongora@psi.uba.ar

Abstract

Eating disorders problems are highly relevant in adolescence and require intervention through the implementation of prevention and promotion health programs. A Few primary prevention programmers to fight eating disorders have reached satisfactory results. The most successful results have been obtained with approaches that promote media literacy, the use of cognitive dissonance and the enhancement of self-esteem. Since many of the programs based on the disease model have failed to prevent such difficulties, the prevention of eating disorders may be improved by taking the contributions of positive psychology. Studies have shown that interventions based on this paradigm are effective to increase the feeling of happiness and subjective well-being. Unlike the traditional approach that works with the identification of risk and protective factors, positive psychology emphasizes the identification and promotion of healthy factors. Positive interventions assume that strengthening the positive, the dysfunctional or negative will be diminished. The integration of both contributions will enrich the approach to promote healthy behavior in adolescents.

Key Words: Prevention – Eating disorders – Programs – Positive Psychology – Adolescents

Relevancia de los trastornos alimentarios

Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) presentan una alta prevalencia en mujeres adolescentes y jóvenes con tasas que varían del 1% para anorexia a un 3% para la bulimia nerviosa (American Psychiatric Association, 2006). Sin embargo, síndromes clínicos parciales llegan a afectar un 10 a 20% de mujeres adolescentes y jóvenes, en tanto que síntomas relacionados con los TCA tales como conducta purgativa, uso de laxantes, ayuno, y conducta dietante pueden presentarse en un 56 a 60% de las adolescentes (Fairburn & Brownell, 2002; O'Dea, 2004b).

En Argentina se calcula que alrededor de un 3-4% de la consulta a los servicios de Salud Mental de la Ciudad de Buenos Aires corresponde a TCA (Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, 2005). Estudios a nivel poblacional en Argentina indican la presencia de sintomatología relacionada con los TCA en un 3.8 % a un 21.4% de las estudiantes mujeres universitarias y entre un 10% a un 58 % de las adolescentes mujeres. Asimismo, los varones adolescentes presentan una preocupación creciente por su forma corporal, el control del peso y conductas para mejorar su forma corporal tales como dietas, ejercicio excesivo, uso de esteroides, etc. Se calcula que un 10% de los varones de 13 a 18 años presentaría sintomatología compatible con los TCA (Bay, Herscovici, Kovalskys, Orellana, & Bergesio, 2005; Casullo, Gonzalez Barron, & Sifre, 2000; Casullo, Gonzalez, & Sifre, 1999; Gongora & Casullo, 2008; Leiderman & Triskier, 2004; Lenoir & Silber, 2006; Torresani, 2003). Las altas tasas en la adolescencia responden a que los TCA se inician generalmente en este período y, si no son tratados oportunamente, generalmente se mantienen hasta los primeros años de la edad adulta (Fairburn & Brownell, 2002; Torresani, 2003).

En síntesis, la problemática referida a preocupaciones por la imagen corporal, conductas relacionadas con la pérdida de peso y la alimentación es altamente relevante en la adolescencia y requiere no sólo de su evaluación sino de tareas de intervención a través de la implementación de programas de prevención y promoción de la salud, en particular, en esa edad (O'Dea 2004, Yager & O'Dea, 2008).

Prevención de los trastornos de la alimentación

Hasta el momento, la mayoría de los programas de prevención primaria de TCA se han orientado en prevenir factores de riesgo y promover factores protectores de la enfermedad. Los programas se pueden clasificar en seis tipos de intervenciones:

- **De información didáctica:** esta clase de programas utilizan, en general, una única sesión para proveer información sobre los trastornos alimentarios, incluyendo síntomas y complicaciones médicas. La idea subyacente es

prevenir el inicio de conductas sintomáticas y motivar a los alumnos con desórdenes alimentarios a que busquen tratamiento (Mutterperl & Sanderson, 2002; Springer, Winzelberg, Perkins, & Taylor, 1999).

- **Psicoeducacionales:** son similares a los de información didáctica pero incluyen discusiones grupales sobre el ideal de delgadez, imagen corporal, conductas y actitudes alimentarias (Franko & Orosan-Weine, 1998; Stice & Ragan, 2002).
- **De terapia cognitivo-conductual:** este tipo de programas se basan en la utilización de técnicas de la terapia cognitivo conductual para modificar los sentimientos y creencias hacia el propio cuerpo. Emplean técnicas tales como: relajación, cambio de pensamientos automáticos negativos por positivos, o terapia cognitiva para imagen corporal (Nicolino, Martz, & Curtin, 2001; Rosen, Saltzberg, & Srebnik, 1989).
- **Educación crítica sobre medios masivos de comunicación:** los programas sustentados en este modelo, se basan en la premisa que promoviendo una evaluación crítica de los medios se reduce su credibilidad e influencia persuasiva. Se orienta a reducir las normas culturales sobre la imagen corporal y la internalización del ideal de delgadez, de esta forma se mejoraría la insatisfacción corporal y las conductas dietantes. Los programas incluyen discusiones grupales y presentación de videos (Berel & Irving, 1998; Irving & Berel, 2001).
- **Basados en disonancia cognitiva:** la teoría de la disonancia cognitiva asume que cuando hay una inconsistencia o disonancia entre las creencias personales sobre la salud y las conductas realizadas, se genera un malestar psicológico que motiva el cambio de actitud o de conductas para reducir tal inconsistencia. En particular se ha utilizado para reducir la internalización del ideal de delgadez, deseos de adelgazar y conductas alimentarias disfuncionales a través de discusiones grupales, ejercicios de roles o juegos con espejos (Stice, Chase, Stormer, & Appel, 2001; Stice, Mazotti, Weibel, & Agras, 2000).
- **De mejoramiento de la autoestima:** se basan en la teoría de la autoeficacia de Bandura que supone que para cambiar las conductas relativas a su salud, las personas necesitan tener ciertas habilidades, la percepción de autoeficacia en tales habilidades y un ambiente que promueva oportunidades de conductas saludables positivas y apoyo social. La baja autoestima es considerada un factor de riesgo para la insatisfacción corporal, las conductas dietantes y los trastornos alimentarios. Los programas incluyen actividades individuales y grupales destinadas a mejorar la autoestima de los participantes (O'Dea, 1995; Steiner-Adair et al., 2002).

La revisión sistemática de una amplia variedad de programas de prevención primaria de TCA ha encontrado que pocos han alcanzado resultados satisfactorios

en cuanto a lograr conductas y actitudes saludables (Yager & O'Dea, 2008). Más aún, algunos han mostrado generar más daño que ayuda al brindar información excesiva sobre el control alimentario y conductas compensatorias (O'Dea, 2002, 2005, 2006).

En términos generales, los programas basados en información, psicoeducativos y cognitivo-conductuales han demostrado ser poco efectivos para mejorar la imagen corporal y los problemas alimentarios. En cambio, los resultados más exitosos se han obtenido con aproximaciones que promueven una visión crítica de la información mediática (Grabe, Ward, & Hyde, 2008; Wade, Davidson, & O'Dea, 2003), la utilización de la técnica de disonancia cognitiva (E. Burton & Stice, 2006; Stice et al., 2001; Stice, Trost, & Chase, 2003) y, en particular, el fortalecimiento de la autoestima (Yager & O'Dea, 2008).

Ejemplo de algunos programas de prevención de TCA

En el área de las intervenciones para prevenir TCA, varios de los programas estandarizados y evaluados más efectivos se han centrado en el fortalecimiento de la autoestima considerándola como factor de protector de la salud mental.

O'Dea elaboró en Australia (O'Dea, 2004) un programa destinado a prevenir problemas alimentarios y de la imagen corporal en niños y adolescentes sobre la base del desarrollo de la autoestima. El programa estaba destinado a estudiantes de 12 a 14 años de ambos sexos a realizarse en el ámbito escolar y coordinados por maestros especialmente entrenados. Basándonos en teorías educacionales de aprendizaje cooperativo, interactivo y centrado en el estudiante para mejorar conductas, actitudes, autoestima y en la teoría del aprendizaje social de Bandura (Bandura, 1987; Hill & Hill, 1990; Sharan & Sharan, 1992). El tema principal del programa era que cada uno es único y que debe ser valorado y aceptado por ello. Se trabajó en 9 sesiones sobre: aceptación y descubrimiento de sí mismo y de otros, manejo del estrés, habilidades de comunicación y construcción de un sentido positivo de cada uno. El programa resultó efectivo, tanto para varones como para mujeres, para mejorar la aceptación corporal, reducir conductas relacionadas con TCA, aumentar la aceptación de otros y fortalecer los vínculos del grupo (O'Dea, 1995, 2000, 2001). Sin embargo, se observaron mayores beneficios en mujeres y aquellos participantes con menor severidad de síntomas iniciales. Muchos de los cambios se mantuvieron 12 meses después de la intervención.

Programas similares se desarrollaron en Canadá con niñas de 11 a 13 años y en adolescentes inglesas y americanas algunas con menos sesiones y seguimiento de 6 meses. (McVey et al., 2003; O'Dea, 2004a; Phelps, Sapia, Nathanson, & Nelson, 2000). Sin embargo, algunos estudios destacan que si bien la autoestima y el vínculo entre pares aumentaron y se mantuvieron en el tiempo, la disminución de conductas alimentarias de riesgo no logró tal sostenimiento. Los autores propusieron, por lo

tanto, un reforzamiento de la intervención para mejorar el mantenimiento de los cambios (O'Dea, 2004; Steiner-Adair et al., 2002).

Otro estudio en Estados Unidos incluyó actividades que rescataban las fortalezas de las participantes a través de actividades como: 10 cosas que encuentro hermosas, definir valores personales, el poder de acciones positivas, habilidades de cooperación y cómo ayudar a un amigo (Steiner-Adair et al., 2002).

Otro tipo de programa de intervención en la prevención de TCA que ha demostrado ser eficaz se refiere a la promoción de una visión crítica de la información mediática en cuanto a los modelos de belleza y éxito. En este tipo de programas son los propios participantes, y no el coordinador, los que analizan y cuestionan los estereotipos de género que se presentan en los medios de comunicación.

Por ejemplo, en el programa Belleza Artificial se presentan argumentos en donde se enfatiza que las imágenes de los medios son parámetros inapropiados de comparación porque la apariencia de las modelos se mejora por una variedad de técnicas no disponibles para las mujeres en su vida diaria. Entre ellas, se encuentra la cantidad excesiva de tiempo y energía que se invierte en la imagen para ser filmada, fotografiada o presentada en público. También se discute sobre las técnicas utilizadas para mejorar la imagen y crear un ideal irreal de belleza perfecta, como ser: efectos de fotografía, iluminación, maquillaje profesional, o estilistas (Posavac, Posavac, & Weigel, 2001).

Diversos estudios avalan la eficacia de estos programas en adolescentes y remarcan la aceptación e interés de los participantes en las actividades propuestas (Grabe et al., 2008; Surgenor, Maguire, & Beumont, 2004; Wade, Davidson, & O'Dea, 2002; Wade et al., 2003).

Aportes de la Psicología Positiva

Considerando el hecho de que muchos de los programas que se han centrado en los factores de riesgo han fallado en prevenir tales dificultades, se puede pensar las tareas de prevención de los TCA tomando los aportes de la Psicología Positiva (Steck, Abrams, & Phelps, 2004).

El paradigma positivo implica la identificación y comprensión de fortalezas con respecto a tres pilares: bienestar subjetivo, rasgos individuales constructivos e instituciones positivas (Keyes & Lopez, 2002; Linley, Joseph, Harrington, & Wood, 2006; Seligman, 2003; Seligman, Parks, & Steen, 2006; Zarit & Robertson, 2006). El bienestar subjetivo habla de la experiencia de emociones positivas, de la evaluación cognitiva y emocional de la propia vida, con el objetivo de llegar a la satisfacción. La sensación subjetiva de bienestar es la mejor aproximación al concepto de felicidad (Lyubomirsky, Sheldon, & Schkade, 2005; Seligman, 2002a). El segundo pilar se refiere a los rasgos individuales constructivos que incluyen

virtudes y fortalezas personales como el optimismo, la perseverancia, alta autoestima, y afrontamiento efectivo (Peterson & Seligman, 2004). El tercer pilar, lo constituyen las instituciones positivas que son especialmente relevantes en niños y adolescentes. Tales instituciones pueden ser la familia, la escuela y la comunidad (Peterson & Seligman, 2004; Seligman, 2000; Snyder & Lopez, 2002).

La Psicología Positiva ha trabajado en la última década en el desarrollo teórico de la disciplina y en la actualidad está cada vez más orientada en generar y validar intervenciones positivas, es decir, en promover el florecimiento y la realización de las personas, grupos y comunidades (King, Eells, & Burton, 2004; Linley & Joseph, 2004). Una intervención para ser positiva debe estar focalizada en aumentar los recursos personales más que en reducir lo negativo. Para ello, debe estar dirigida a aumentar el bienestar (punto de aplicación) pero a través de los tres pilares de la PP (mejora de afecto positivo, aplicación de fortalezas y cultivo de significado) (Linley & Joseph, 2004).

En particular, en los últimos cinco años, diversos estudios han demostrado que las intervenciones positivas podían generar cambios saludables en la población clínica, en personas con depresión moderada y severa, en estudiantes universitarios y en personas con problemas de salud física (Emmons & McCullough, 2003; Fava, 1999; Lyubomirsky et al., 2005; Seligman, 2002b, 2008; Seligman, Parks et al., 2006; Seligman, Rashid, & Parks, 2006). Los efectos de tales cambios han variado de moderados a grandes, lo que permite estimular el desarrollo de intervenciones positivas y su integración con aproximaciones tradicionales. En otras palabras, existe evidencia empírica que permite considerar seriamente esta aproximación e incluirla dentro de los abordajes de la práctica psicológica (Ingram & Snyder, 2006; Linley & Joseph, 2004).

Ejemplos de Intervenciones positivas

Diferentes estudios han demostrado que las intervenciones basadas en este paradigma son eficaces para aumentar la sensación de felicidad y bienestar subjetivo. La escritura diaria de experiencias positivas ha resultado una intervención acertada para aumentar las emociones positivas, disminuir síntomas de malestar físico y visitas al médico (C. M. Burton & King, 2004, 2008; Zarit & Robertson, 2006). La práctica de acciones de gratitud también resultó significativa para aumentar el bienestar subjetivo (Emmons & McCullough, 2003, 2004; McCullough, Tsang, & Emmons, 2004).

Por otro lado, intervenciones destinadas a desarrollar la esperanza mostraron ser eficaces en el tratamiento de pacientes depresivos (Klausner, Snyder, & Cheavens, 2000). En la aplicación de este tipo de intervención en pacientes con distintos niveles de depresión se encontró que actividades relacionadas con la formulación de metas, el uso de vías múltiples para alcanzar los objetivos, la

utilización de recursos motivacionales y la monitorización de progresos era muy útil para mejorar la esperanza (Cheavens, Feldman, Gum, Michael, & Snyder, 2006). Al aumentar los niveles de esperanza, los síntomas depresivos disminuyeron (Cheavens, Feldman, Woodward, & Snyder, 2006).

Seligman comparó cinco tipos de intervenciones positivas destinadas a aumentar los sentimientos de felicidad: realizar una visita de gratitud, escribir diariamente sobre tres cosas buenas que ocurrieron, escribir sobre un muy buen momento personal y las fortalezas desplegadas en ese momento, utilizar las fortalezas evaluadas en el Inventario de Fortalezas de una manera diferente e identificar y utilizar las fortalezas propias durante una semana. El estudio demostró que escribir sobre tres cosas buenas y utilizar las fortalezas de una forma diferente fueron las intervenciones que mejores resultados tuvieron para aumentar las emociones positivas, el compromiso y el significado de la vida de las personas. La visita de gratitud resultó efectiva pero a corto plazo ya que su efecto se diluyó luego de una semana (Seligman, Steen, Park, & Peterson, 2005).

Por otro lado, Fava desarrolló una terapia del bienestar basada en el modelo cognitivo de bienestar psicológico (Fava, 1999). La TBP se basa en la idea de que las personas que sufren condiciones afectivas negativas tienden a ignorar las condiciones positivas aún cuando estas ocurren. La existencia de niveles bajos de experiencias satisfactorias aumenta la probabilidad de reacciones negativas en la vida lo facilita la ocurrencia de recaídas. Se trata de una estrategia terapéutica estructurada, directiva y orientada hacia el problema que consta de 8 sesiones semanales. En ellas se trabaja en la identificación de situaciones de bienestar en la vida de la persona, los pensamientos y creencias que llevaron a interrumpir tales situaciones y en su modificación con ayuda del terapeuta. Su base teórica son las seis dimensiones del bienestar psicológico: manejo de situaciones, crecimiento personal, propósito en la vida, autonomía, aceptación de sí mismo y relaciones positivas con otros (Ryff & Singer, 2002). La terapia ha resultado efectiva en el tratamiento de la fase residual de trastornos afectivos, para prevenir depresiones recurrentes y para el tratamiento de ansiedad generalizada (Ruini & Fava, 2004). Este tipo de intervención puede perfectamente combinarse con tratamientos clínicos más estándares como la terapia cognitivo conductual (Karwoski, Garratt, & Ilardi, 2006).

Una vinculación de lo positivo y lo negativo

El énfasis desde la Psicología Positiva, se dirige a trabajar con aquellos aspectos que promueven la salud y que se relacionan con el bienestar psicológico (Keyes & Lopez, 2002; Wright & Lopez, 2002). A diferencia de la aproximación tradicional o basada en el paradigma del déficit que trabaja con la identificación de factores de riesgo y protectores de la salud, desde la Psicología Positiva se enfatiza la

identificación y promoción de aspectos saludables (Ingram & Snyder, 2006). Sin embargo, no se trata de enfoques alternativos sino complementarios. La inclusión de la Psicología Positiva no supone que el paradigma del déficit no funcione, ya que las personas sufren, tienen dificultades y llegan a la consulta psicológica con numerosos síntomas, sin embargo, se lo puede considerar incompleto ya que al enfocarse excesivamente en lo negativo se pierde de vista las fortalezas y rasgos positivos que también tienen las personas. Se considera que en las personas los aspectos positivos y negativos coexisten, las intervenciones por lo tanto asumen que fortaleciendo lo positivo, se debilita lo disfuncional o negativo. Los estudios empíricos avalan tal hipótesis (Seligman et al., 2005).

Dentro de la psicología clínica, la prevención podría ser considerada la forma más fácil de vincular lo patológico con lo positivo. El afianzamiento de virtudes y fortalezas tales como autenticidad, coraje, perdón, esperanza u optimismo puede no sólo prevenir ciertas dificultades antes de que ocurran sino fomentar una salud mental a largo plazo y aumentar la calidad de vida de las personas (Ingram & Snyder, 2006). Una psicoterapia positiva estaría encaminada hacia la mejora de los rasgos positivos, el cultivo de las fortalezas humanas y la ayuda que se da a los clientes para estimular el cambio positivo (Seligman, 2002b). El participante en este tipo de intervenciones tiene un rol claramente activo, ya que es a través de las actividades intencionales que realiza, con las que logrará el cambio.

En el caso de los programas de prevención de TCA se ve claramente la posibilidad de vinculación de ambos enfoques. Aunque estos programas de prevención de TCA han sido desarrollados sobre el modelo de factores de riesgo, los objetivos y actividades que se proponen son perfectamente compatibles con el modelo de intervención positiva. De hecho, aquellos que han alcanzado más éxito son los que justamente se orientan a mejorar rasgos positivos como la autoestima, afrontamiento efectivo, pensamiento crítico, consideración por otros y la identificación de valores y fortalezas personales. La integración de ambos aportes permitirá un enriquecimiento del abordaje promoviendo conductas saludables en adolescentes.

Hacia una propuesta de intervención positiva

Una de las dificultades de la implementación de programas de intervención elaborados en otros países, es que son difíciles de adaptar ya que provienen de contextos claramente diferentes. Por ejemplo, en el ámbito educativo las características del sistema de educación, la capacitación de docentes o incluso, el apoyo gubernamental para realizar las intervenciones pueden hacer que la implementación sea prácticamente inviable (Yager & O'Dea, 2005). Esto lleva a la necesidad de generar programas de intervención adaptados al contexto local que puedan ser aplicados y evaluados teniendo en cuenta las necesidades y

características de la población argentina. Para ello resultaría importante, rescatar las experiencias exitosas en el área de prevención de los TCA e incluir como nueva línea de intervención, los aportes de la Psicología Positiva.

Teniendo en cuenta los estudios existentes sobre programas de prevención de TCA y las intervenciones de la Psicología Positiva, se propone el desarrollo de un programa en escuelas medias para promover actitudes y conductas saludables y positivas hacia sí mismo, y hacia el propio cuerpo. A saber:

- Trabajar con grupos de adolescentes según cursos escolares con el fin de favorecer la aceptación de otros y las creencias compartidas entre pares. Cuanta mayor participación haya de un mismo curso, mejores resultados se encuentra en las intervenciones. (Steiner-Adair et al., 2002).
- Formar un grupo control para evaluar adecuadamente la eficacia del programa.
- Incluir alumnos de los últimos años del nivel inicial o primeros años del nivel medio. Esto se debe a que los adolescentes más jóvenes están en la etapa de cambio corporal y en general, están menos afectados por la sintomatología alimentaria que los mayores de 16 años; por lo tanto se ven más favorecidos con las intervenciones de prevención primaria. Una amplia cantidad de programas de prevención de TCA en adolescentes se realizan en pre-adolescentes y púberes de 11 a 14 años (O’Dea & Abraham, 1999).
- Tener en cuenta para el diseño de las actividades los programas de prevención de TCA que han resultado más eficaces: como ser los que promueven el desarrollo de la autoestima y una visión crítica de la información mediática (O’Dea, 2004b; Steiner-Adair et al., 2002). Se debería incluir también distintas actividades que han resultado efectivas en intervenciones positivas (Linley & Joseph, 2004) como la aplicación de virtudes y fortalezas, escritura de experiencias positivas o realizar acciones de gratitud.
- Dentro de los contenidos se podría incluir: aceptación de las diferencias individuales; identificar virtudes propias y de otros; aprender a dar y recibir comentarios positivos; explorar, discutir, identificar y rechazar estereotipos masculinos y femeninos en nuestra sociedad; reforzar la singularidad de las personas en diversos aspectos de sí mismo (físicos, virtudes personales) y valorarlo como deseable.
- Algunas de las actividades que se podrían realizar serían: discusiones grupales en base a disparadores, redacción sobre las propias virtudes y las de algún par significativo, intercambio grupal sobre características y virtudes propias y de otros, realizar una actividad artística que refuerce la idea de aceptación de la diversidad y rechazo de los estereotipos. Realizar una presentación positiva (a modo de publicidad) de sí mismo y de algún par.

- En lo posible el programa debería llevarse a cabo en no menos de 5 encuentros coordinados por psicólogos previamente entrenados en los objetivos y actividades del programa.
- Realizar una experiencia piloto previa y solicitar a los participantes que anónimamente evalúen la experiencia y las actividades realizadas. Esto será fundamental para la validez aparente de la intervención.
- Realizar una evaluación pre y post intervención con técnicas que evalúen aspectos positivos y negativos, es decir, sintomatología y bienestar psicológico o algún rasgo positivo.
- Realizar una evaluación de seguimiento del programa al menos a los 6 meses y si es posible a los 12 meses.

Comentarios Finales

En Argentina los estudios realizados sobre TCA se limitan a su evaluación. Si bien existen experiencias aisladas de intervención en instituciones educativas, estas son iniciativas individuales, no sistematizadas y cuyos resultados no han sido evaluados.

El desafío que se presenta es llevar a cabo intervenciones sistematizadas para promover actitudes y conductas saludables y positivas hacia sí mismo y hacia el propio cuerpo. Resulta fundamental que las intervenciones se evalúen ya que ello permitirá analizar su eficacia y realizar las modificaciones pertinentes para mejorarlas.

Para ello es importante aprender de las experiencias previas que han resultado eficaces tanto en el ámbito de prevención de los TCA como en intervenciones de la psicología positiva, pero también tener en cuenta las características culturales de las instituciones y de la población en donde se aplican.

Un ámbito ideal para el desarrollo de programas de promoción de salud son las escuelas medias. Justamente, la tercera ruta que conduce al bienestar son las instituciones positivas. Las interacciones con maestros y personal educativo, así como el vínculo entre pares, tienen una notable influencia en niños y adolescentes en forma positiva como negativa. El objetivo sería lograr una institución que sea un ámbito que promueva actitudes positivas y saludables en los adolescentes.

Finalmente, la Psicología Positiva ha dado una nueva perspectiva al enfoque y abordaje de las problemáticas psicológicas y resultaría relevante incorporarla en la práctica psicológica. Lo importante sería integrar los aportes del paradigma de enfermedad, que lleva más de un siglo de desarrollo, con el modelo de bienestar y tener en cuenta que ambos son complementarios y no excluyentes. De hecho, los lineamientos de la psicología del nuevo siglo apuntan a la superación de las limitaciones de cada uno de los enfoques y orientarse así a la integración de los paradigmas.

Referencias bibliográficas

- American Psychiatric Association, A. P. (2006). *Practice Guideline for the Treatment of Patients with Eating Disorders*, third edition. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Bay, L., Herscovici, C. R., Kovalskys, I., Orellana, L., & Bergesio, A. (2005). Alteraciones alimentarias en niños y adolescentes argentinos que concurren al consultorio del pediatra. *Archivos Argentinos de Pediatría*, 103 (4), 305-316.
- Berel, S., & Irving, L. M. (1998). Media and disturbed eating: An analysis of media influence and implications for prevention. *Journal of Primary Prevention*, 18 (4), 415-430.
- Burton, C. M., & King, L. A. (2004). The health benefits of writing about intensely positive experiences. *Journal of Research in Personality*, 38 (2), 150-163.
- Burton, C. M., & King, L. A. (2008). Effects of (very) brief writing on health: The two-minute miracle. *British Journal of Health Psychology*, 13 (1), 9-14.
- Burton, E., & Stice, E. (2006). Evaluation of a healthy-weight treatment program for bulimia nervosa: A preliminary randomized trial. *Behaviour Research and Therapy*, 44 (12), 1727-1738.
- Casullo, M. M., Gonzalez Barron, R., & Sifre, S. (2000). Factores de riesgo asociados y comportamientos alimentarios. *Psicología Contemporánea*, 7 (1), 66-73.
- Casullo, M. M., Gonzalez, R., & Sifre, S. (1999). Variables psicológicas del comportamiento alimentario en estudiantes adolescentes españoles y argentinos. *Revista de Psicología Social y Personalidad*, 15 (1), 59-75.
- Cheavens, J. S., Feldman, D. B., Gum, A., Michael, S. T., & Snyder, C. R. (2006). Hope therapy in a community sample: A pilot investigation. *Social Indicators Research*, 77 (1), 61-78.
- Cheavens, J. S., Feldman, D. B., Woodward, J. T., & Snyder, C. R. (2006). Hope in Cognitive Psychotherapies: On Working With Client Strengths. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 20 (2), 135-145.
- Emmons, R. A., & McCullough, M. E. (2003). Counting blessings versus burdens: An experimental investigation of gratitude and subjective well-being in daily life. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84 (2), 377-389.
- Emmons, R. A., & McCullough, M. E. (2004). *The psychology of gratitude*. The psychology of gratitude. xvi, 368 pp. New York, NY: Oxford University Press.

Fairburn, C. G., & Brownell, K. (2002). *Eating Disorders and Obesity: A Comprehensive Handbook* (Second Edition ed.). New York: The Guilford Press.

Fava, G. A. (1999). Well-being therapy: Conceptual and technical issues. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 68, 171-179.

Franko, D. L., & Orosan-Weine, P. (1998). The prevention of eating disorders: Empirical, methodological, and conceptual considerations. *Win*, 1998. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 5 (4), 459-477.

Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires (2005). Datos del Programa de Investigación y Vigilancia Epidemiológica en Salud Mental. Recuperado el 7 mayo de 2007, de http://www.buenosaires.gov.ar/areas/salud/s_mental/archivos/datos_pivesam.pdf

Gongora, V. C., & Casullo, M. M. (2008). Conductas y cogniciones relacionadas con los trastornos de la conducta alimentaria en estudiantes universitarios. *Revista Argentina de Psicología Clínica*, 17, 265-272.

Grabe, S., Ward, L. M., & Hyde, J. S. (2008). The role of the media in body image concerns among women: A meta-analysis of experimental and correlational studies. *Psychological Bulletin*, 134 (3), 460-476.

Ingram, R. E., & Snyder, C. R. (2006). Blending the Good With the Bad: Integrating Positive Psychology and Cognitive Psychotherapy. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*, 20 (2), 117-122.

Irving, L. M., & Berel, S. R. (2001). Comparison of media-literacy programs to strengthen college women's resistance to media images. *Psychology of Women Quarterly*, 25 (2), 103-111.

Karwoski, L., Garratt, G. M., & Ilardi, S. S. (2006). On the Integration of Cognitive-Behavioral Therapy for Depression and Positive Psychology. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 20 (2), 159-170.

Keyes, C. L. M., & Lopez, S. J. (2002). Toward a science of mental health: Positive directions in diagnosis and interventions. En S. J. Lopez & C. R. Snyder (Eds.), *Handbook of positive psychology* (pp. 45-59). New York, NY: Oxford University Press.

King, L. A., Eells, J. E., & Burton, C. M. (2004). The Good Life, Broadly and Narrowly Considered. In P. A. Linley & S. Joseph (Eds.), *Positive psychology in practice* (pp. 35-52). Hoboken, NJ: John Wiley & Sons Inc.

Klausner, E. J., Snyder, C. R., & Cheavens, J. (2000). A hope-based group treatment for depressed older adult outpatients. En P. A. Parmelee, G. M.

Williamson & D. R. Shaffer (Eds.), *Physical illness and depression in older adults: A handbook of theory, research, and practice* (pp. 295-310). Dordrecht, Netherlands: Kluwer Academic Publishers.

Leiderman, E., & Triskier, F. (2004). Actitudes, conductas alimentarias y rasgos obsesivo-compulsivos en adolescentes de la Ciudad de Buenos Aires. *Vertex - Revista Argentina de Psiquiatría*, 15 (57), 175-179.

Lenoir, M., & Silber, T. (2006). Anorexia nerviosa en niños y adolescentes (Parte 1). Criterios diagnósticos, historia, epidemiología, etiología, fisiopatología, morbilidad y mortalidad. *Archivos Argentinos de Pediatría*, 104 (3), 253-260.

Linley, P. A., & Joseph, S. (2004). *Positive psychology in practice*. Hoboken, NJ: John Wiley & Sons Inc.

Linley, P. A., Joseph, S., Harrington, S., & Wood, A. M. (2006). Positive psychology: Past, present, and (possible) future. *The Journal of Positive Psychology*, 1 (1), 3-16.

Lyubomirsky, S., Sheldon, K. M., & Schkade, D. (2005). Pursuing Happiness: The Architecture of Sustainable Change. *Review of General Psychology*, 9 (2), 111-131.

McCullough, M. E., Tsang, J.-A., & Emmons, R. A. (2004). Gratitude in Intermediate Affective Terrain: Links of Grateful Moods to Individual Differences and Daily Emotional Experience. *Journal of Personality and Social Psychology*, 86 (2), 295-309.

McVey, G. L., Lieberman, M., Voorberg, N., Wardrope, D., Blackmore, E., & Tweed, S. (2003). Replication of a Peer Support Program Designed to Prevent Disordered Eating: Is a Life Skills Approach Sufficient for All Middle School Students? *Eating Disorders: The Journal of Treatment and Prevention*, 11 (3), 187-195.

Mutterperl, J. A., & Sanderson, C. A. (2002). Mind over matter: Internalization of the thinness norm as a moderator of responsiveness to norm misperception education in college women. *Health Psychology*, 21 (5), 519-523.

Nicolino, J. C., Martz, D. M., & Curtin, L. (2001). Evaluation of a cognitive-behavioral therapy intervention to improve body image and decrease dieting in college women. *Eating Behaviors*, 2 (4), 353-362.

O'Dea, J. A. (1995). *Everybody's different: a self esteem program for young adolescents*. Sydney: University of Sydney Press.

O'Dea, J. A. (2000). School-based interventions to prevent eating problems: First do no harm. *Eating Disorders: The Journal of Treatment & Prevention*, 8 (2), 123-130.

- O'Dea, J. A. (2001). Self-concept, weight issues and body image in children and adolescents. In F. Columbus (Ed.), *Advances in psychology research*, Vol. 6 (pp. 157-191). Hauppauge, NY: Nova Science Publishers.
- O'Dea, J. A. (2002). Can body image education programs be harmful to adolescent females? *Eating Disorders: The Journal of Treatment & Prevention*, 10 (1), 1-13.
- O'Dea, J. A. (2004). Evidence for a Self-Esteem Approach in the Prevention of Body Image and Eating Problems among Children and Adolescents. *Eating Disorders: The Journal of Treatment and Prevention*, 12 (3), 225-239.
- O'Dea, J. A. (2005). Prevention of child obesity: 'First, do no harm'. *Health Education Research*, 20 (2), 259-265.
- O'Dea, J. A. (2006). Childhood Obesity Prevention--Issues and Controversies. *Health Education Research*, 21 (6), 761-762.
- O'Dea, J. A., & Abraham, S. (1999). Onset of disordered eating attitudes and behaviors in early adolescence: Interplay of pubertal status, gender, weight, and age. *Adolescence*, 34 (136), 671-679.
- Peterson, C., & Seligman, M. E. P. (2004). *Character strengths and virtues: A handbook and classification*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Phelps, L., Sapia, J., Nathanson, D., & Nelson, L. (2000). An empirically supported eating disorder prevention program. *Psychology in the Schools*, 37 (5), 443-452.
- Posavac, H. D., Posavac, S. S., & Weigel, R. G. (2001). Reducing the impact of media images on women at risk for body image disturbance: Three targeted interventions. *Journal of Social & Clinical Psychology*, 20 (3), 324-340.
- Rosen, J. C., Saltzberg, E., & Srebnik, D. (1989). Cognitive behavior therapy for negative body image. *Sum, 1989. Behavior Therapy*, 20 (3), 393-404.
- Ruini, C., & Fava, G. A. (2004). Clinical Applications of Well-Being Therapy. In P. A. Linley & S. Joseph (Eds.), *Positive psychology in practice* (pp. 371-387). Hoboken, NJ: John Wiley & Sons.
- Ryff, C. D., & Singer, B. (2002). From social structure to biology: Integrative science in pursuit of human health and well-being. En C. R. Snyder & S. J. Lopez (Eds.), *Handbook of positive psychology* (pp. 541-554). New York, NY: Oxford University Press.
- Seligman, M. E. P. (2000). Positive psychology. En J. E. Gillham (Ed.), *The science of optimism and hope: Research essays in honor of Martin E. P. Seligman* (pp. 415-429). West Conshohocken, PA: Templeton Foundation Press.

Seligman, M. E. P. (2002a). *Authentic happiness: Using the new positive psychology to realize your potential for lasting fulfillment*. New York, NY, US: Free Press.

Seligman, M. E. P. (2002b). Positive psychology, positive prevention, and positive therapy. En C. R. Snyder & S. J. Lopez (Eds.), *Handbook of positive psychology* (pp. 3-9). New York, NY: Oxford University Press.

Seligman, M. E. P. (2003). Positive psychology: Fundamental assumptions. *The Psychologist*, 16 (3), 126-127.

Seligman, M. E. P. (2008). Positive health. *Applied Psychology: An International Review*, 57 (Suppl 1), 3-18.

Seligman, M. E. P., Parks, A. C., & Steen, T. (2006). A balanced psychology and a full life. En H. Huppert, B. Keverne & N. Baylis (Eds.), *The science of well-being*. Oxford: Oxford University Press.

Seligman, M. E. P., Rashid, T., & Parks, A. C. (2006). Positive Psychotherapy. *American Psychologist*, 61 (8), 774-788.

Seligman, M. E. P., Steen, T. A., Park, N., & Peterson, C. (2005). Positive Psychology Progress: Empirical Validation of Interventions. *American Psychologist*, 60 (5), 410-421.

Snyder, C. R., & Lopez, S. J. (2002). *Handbook of positive psychology*. New York: Oxford University Press.

Springer, E. A., Winzelberg, A. J., Perkins, R., & Taylor, C. B. (1999). Effects of a body image curriculum for college students on improved body image. Jul 1999. *International Journal of Eating Disorders*, 26 (1), 13-20.

Steck, E. L., Abrams, L. M., & Phelps, L. (2004). Positive Psychology in the Prevention of Eating Disorders. *Psychology in the Schools*, 41 (1), 111-117.

Steiner-Adair, C., Sjostrom, L., Franko, D. L., Pai, S., Tucker, R., Becker, A. E., et al. (2002). Primary prevention of risk factors for eating disorders in adolescent girls: Learning from practice. *International Journal of Eating Disorders*, 32 (4), 401-411.

Stice, E., Chase, A., Stormer, S., & Appel, A. (2001). A randomized trial of a dissonance-based eating disorder prevention program. *International Journal of Eating Disorders*, 29 (3), 247-262.

Stice, E., Mazotti, L., Weibel, D., & Agras, W. S. (2000). Dissonance prevention program decreases thin-ideal internalization, body dissatisfaction, dieting, negative affect, and bulimic symptoms: A preliminary experiment. *International Journal of Eating Disorders*, 27 (2), 206-217.

- Stice, E., & Ragan, J. (2002). A preliminary controlled evaluation of an eating disturbance psychoeducational intervention for college students. *International Journal of Eating Disorders*, 31 (2), 159-171.
- Stice, E., Trost, A., & Chase, A. (2003). Healthy weight control and dissonance-based eating disorder prevention programs: Results from a controlled trial. *International Journal of Eating Disorders*, 33 (1), 10-21.
- Surgenor, L.-J., Maguire, S., & Beumont, P.-J. V. (2004). Drop-out from inpatient treatment for Anorexia Nervosa: Can risk factors be identified at point of admission? *European Eating Disorders Review*, 12 (2), 94-100.
- Torresani, M. (2003). Conductas alimentarias y prevalencia del riesgo de padecer trastornos alimentarios en estudiantes de nutrición. *Revista Española de Nutrición Comunitaria*, 9 (1), 30-33.
- Wade, T. D., Davidson, S., & O'Dea, J. A. (2002). Enjoyment and perceived value of two school-based interventions designed to reduce risk factors for eating disorders in adolescents. *AeJAMH (Australian e-Journal for the Advancement of Mental Health)*, 1 (2), 1-8.
- Wade, T. D., Davidson, S., & O'Dea, J. A. (2003). A preliminary controlled evaluation of a school-based media literacy program and self-esteem program for reducing eating disorder risk factors. *International Journal of Eating Disorders*, 33 (4), 371-383.
- Wright, B. A., & Lopez, S. J. (2002). Widening the diagnostic focus: A case for including human strengths and environmental resources. En S. J. Lopez & C. R. Snyder (Eds.), *Handbook of positive psychology* (pp. 26-44). New York, NY: Oxford University Press.
- Yager, Z., & O'Dea, J. A. (2005). The Role of Teachers and Other Educators in the Prevention of Eating Disorders and Child Obesity: What Are the Issues? *Eating Disorders: The Journal of Treatment & Prevention*, 13 (3), 261-278.
- Yager, Z., & O'Dea, J. A. (2008). Prevention programs for body image and eating disorders on University campuses: a review of large, controlled interventions. *Health Promotion International*, 23, 173-189.
- Zarit, S. H., & Robertson, S. M. (2006). Editorial: Positive dimensions of mental health. *Aging and Mental Health*, 10 (5), 437-438.

