



ACTIVIDADES DE PREVENCIÓN DE LOS TRASTORNOS DE LA ALIMENTACIÓN EN EL ENTORNO COMUNITARIO Y ESCOLAR

Margarita PINO

Universidad de Vigo, Facultad de Humanidades

Augusto González Besada, 17, 7º A 36700 TUI (Pontevedra)

El secreto de mi felicidad no está en esforzarme por el placer, sino encontrar placer en el esfuerzo.

ANDRÉ GIDE

RESUMEN:

En este trabajo nos centraremos en relatar posibles actividades de prevención de los trastornos de la alimentación que se podrán llevar en el ámbito escolar y comunitario. Previo a ello nos acercaremos, según los recientes estudios, a los distintos factores y consecuencias de estas enfermedades, entre las cuales frecuentemente se encuentra una dieta incorrecta y exagerada que alteró los mecanismos de la ingesta.

En una cultura en donde la tentación de comer en exceso tiene consecuencias tan amenazadoras para la autoestima, una enfermedad en la cual no se come y se llega a ser tan escuálida representa el triunfo definitivo de estar a dieta y, por consiguiente, es probable que despierte sentimientos encontrados de envidia, resentimiento y admiración entre las más jóvenes. De ahí la importancia de elaborar programas donde la población en general, pero sobre todo, los grupos de riesgo aprendan a tomar decisiones de forma independiente, a ser consecuentes con sus valores, a ser críticos con lo que en la ámbito social se les transmite, a asumir su personalidad y a manifestarse tal como son, a responsabilizarse de sus acciones, etc.

PALABRAS CLAVE: Trastornos de la alimentación, programas de intervención educativa, habilidades sociales, autoestima, responsabilidad, educación en valores.

I.- IMPORTANCIA DEL TEMA EN NUESTRA SOCIEDAD

En los últimos años, cada vez con más frecuencia, leemos o escuchamos noticias sobre la gravedad de los trastornos de la alimentación en nuestro país¹. Nos encontramos mayor cantidad de obesos y mayor necesidad social de estar delgados.

1. El nutricionista Gregorio Varela aseguró el 17 de julio de 2000 en A Coruña que Galicia es una de las comunidades españolas donde peor se come y afirmó que en nuestra comunidad están “los niños más gordos y los ancianos peor alimentados” (Curso: “Fisiología del buen comer y del buen beber”. Universidad Internacional Menéndez Pelayo. A Coruña. Julio. 2000)

Después de estudiar algunos casos de adolescentes anoréxicas y de revisar la literatura especializada sobre el tema hemos llegado a la conclusión de que actualmente existen dos lagunas importantes en su tratamiento. Por un lado, la escasez de programas preventivos que se realizan; y, por otro lado, el enfoque casi exclusivamente médico o terapéutico que se le está dando. Esta puede ser la causa de que a pesar de los progresos que se han conseguido en el tratamiento de esta enfermedad, estos se han debido fundamentalmente a la detección precoz, a los avances técnicos en el tratamiento de la desnutrición y a la aplicación de técnicas psicoterápicas inespecíficas, por eso esta enfermedad aumenta cada año entre nuestras adolescentes.

De ahí que este texto se centre en relatar posibles actividades de prevención, que se podrán llevar a cabo en centros escolares y en distintas asociaciones o colectivos (amas de casa, casa de la juventud, centros culturales, etc), teniendo en cuenta los distintos factores desencadenantes así como las causas por las cuales comenzó la enfermedad, entre las cuales frecuentemente se encuentra una dieta incorrecta y exagerada que alteró los mecanismos de la ingesta y desarrolla una fobia a la obesidad. Según CERVERA ENGUIX y QUINTANILLA MADERO (1995) el 62 % de las personas enfermas desencadenó su enfermedad por un régimen de adelgazamiento.

Intentando centrar el tema, hemos de señalar que tanto la anorexia como la bulimia han alcanzado mucha resonancia social *“tanto por su gravedad como por su aparentemente creciente incidencia, e incluso por la aparición en edades cada vez más tempranas”* (CHINCHILLA, 1995:3)².

En una cultura en donde la tentación de comer en exceso tiene consecuencias tan amenazadoras para la autoestima, una enfermedad en la cual no se come y se llega a ser tan escuálida representa el triunfo definitivo de estar a dieta y, por consiguiente, es probable que despierte sentimientos encontrados de envidia, resentimiento y admiración.

Según GORDON (1994:34) las anoréxicas y las bulímicas aprovechan el lenguaje cultural corriente de su época, adhiriendo a la manía contemporánea respecto de estar a dieta, la delgadez y el control de la comida que ha llegado a ser endémico en las sociedades industriales avanzadas.

Sin embargo, en nuestra sociedad se produce una doble paradoja. Por un lado, la necesidad de estar delgadas para responder a los cánones de belleza imperantes. Por otro, cualquier situación se ha convertido en una excusa para salir a comer o cenar. La más importante es quizás hacer sociedad (las celebraciones con compañeros de trabajo, con amigos del gimnasio, con los compañeros de estudios, etc.), pero también comidas de empresa.

Es decir, cada vez las comidas son más disocializadas³, así las que se realizan en familia son escasas, las prisas nos llevan a realizar comidas de negocios o a cenar delante del televisor, etc.

-
2. Según un estudio sobre la incidencia de la anorexia, que están realizando en el departamento de psiquiatría del Complejo Hospitalario Juan Canalejo de A Coruña unos tres mil gallegos padecen problemas de anorexia en estado ya avanzado, pero además 30.000 ciudadanos gallegos (el uno por cien de la población) sufre algún tipo de trastorno alimentario, entre los que se encuentra la anorexia, la bulimia y la obesidad. (Faro de Vigo, de martes, 18 de julio de 2000)
 3. El profesor CASTRO en su libro “A lume manso” relata en el primer capítulo de su libro las costumbres en torno a la alimentación y su relación con la sociabilidad en la Galicia rural y urbana.

El alimento como instrumento social también ha generado diferentes modelos culturales, donde lo afectivo, amistoso, lúdico e incluso científico han jugado un papel difusorio (CHINCHILLA MORENO, 1994: 6). El consumo de alimentos expresa también el lugar de los sujetos en la sociedad y lleva consigo la búsqueda de prestigio y diferenciación social. En nuestro contexto el hombre que no bebe alcohol no es un hombre, la mujer no debe repetir en una comida, y esta no debe ser abundante (ALVAREZ y PINOTTI, 1997: 16).

Pero, la causa de estas enfermedades no es sólo la necesidad socio-cultural de estar delgada; también algo de culpa tiene una sustancia llamada comida cuando esta se realiza en exceso. Aquí es necesario estudiar la causa de los atracones y cómo superar la adicción a la comida Según ARENSON (1991:25) millones de personas utilizan la comida como tranquilizante.

A todo ello debemos sumar que las modas y los cambios en las costumbres son rápidamente propagados por los medios de comunicación, tienen una gran influencia social gracias a la publicidad y han favorecido la rápida propagación de los trastornos de la alimentación⁴.

En otros países, el aumento de los trastornos de la ingesta de comida ha dado lugar a un importante desarrollo social: la proliferación de organizaciones de autoayuda dedicadas al apoyo, así como a la educación de la paciente y la familia (GORDON, 1994)⁵.

2.- FACTORES Y CAUSAS.

La enfermedad se produce mayoritariamente en el sexo femenino, solteras de todas las clases sociales y con prevalencia de hijas únicas, inteligentes, estudiosas y con rasgos de personalidad variables, fundamentalmente obsesivas y afectivo-angustiosas. Según el estudio de CERVERA ENGUIX y QUINTANILLA MADERO (1995) donde se describen las características de las personas anoréxicas, estas son mujeres, sobre los 19 años, solteras, estudiantes y con un nivel de estudios medio o superior. La mayoría tiene un nivel sociocultural medio-alto. El 86 % pertenecen a familias estables y completas.

Esta enfermedad provoca la rotura de vínculos con los familiares y con la sociedad fundamentalmente porque la enferma se vuelve manipuladora, caprichosa, desconfiada y exageradamente mentirosa y los demás se ven impotentes para ayudarla y han perdido la confianza en ella. Así se produce un grave deterioro familiar y social. Sin embargo, MORANDÉ (1999:59) señala que *“estas pacientes tienen mucha capacidad de adaptación social y buen uso del tiempo libre, son muy buenas alumnas y muy poco conflictivas”*.

Pero, vamos a intentar determinar de forma más concreta los rasgos más característicos. Según GARCÍA RODRÍGUEZ (1993) la anorexia es una enfermedad psicósomática que se apoya en el trípede siguiente:

-
4. El catedrático Varela Mosquera afirma que las industrias de la alimentación “están comerciando mucho con la imagen de la salud” y se anuncian productos naturales, enriquecidos con vitaminas o bajos en calorías que son una mentira. Recomienda que los ciudadanos sean escépticos ante las promesas de la publicidad.
 5. En Galicia existen dos asociaciones contra la bulimia y la anorexia, una en A Coruña (ABAC) y otra en Pontevedra (ABAP).

- Una fobia a la obesidad
- Una deificación de la delgadez
- Una alteración de los mecanismos de regulación de la ingesta
- La perturbación secundaria de la mente con alteraciones de la esfera familiar y social.

Intentaremos desarrollar estas ideas comparándolas con otros autores. Según CHINCHILLA (1995:3) las causas pueden ser sociofamiliares, biológicas y psicológicas y diferencia entre factores predisponentes, desencadenantes y de mantenimiento. Señalamos solamente aquellos más interesantes para poder diseñar un programa de intervención educativa en el ámbito socio-comunitario.

Como FACTORES PREDISPONENTES y DESENCADENANTES más importantes señalamos:

1. *Obesidad.* La idealización de la delgadez y la importancia concedida al control del peso es un valor muy importante en nuestra cultura. Es algo instaurado de forma muy exagerada en nuestra sociedad es “*el rechazo a la obesidad, del obeso y, en última instancia, de cuanto exceso de peso corporal se refiere*”. *Ser obeso constituye un auténtico estigma social*” (TORO, 1996:163). En las mujeres la obesidad está asociada a la movilidad social negativa, es decir, a descensos de nivel socioeconómico⁶. Los médicos también han favorecido al descrédito de la obesidad exagerando en muchas ocasiones la repercusión de esta en enfermedades como la diabetes, la hipertensión, las enfermedades cardiovasculares o el cáncer. Además la obesidad afecta a la autoestima dado el aumento de volumen corporal y provoca miedo al rechazo social.

2. *Preocupación familiar por la apariencia.* Según GORDON (1994:94) las familias de las anoréxicas conceden gran importancia al éxito y a la representación. A menudo hay una sensación de ansiedad respecto de mantener su estatus económico y social ganado a duras penas. La delgadez se asocia de algún modo a belleza, elegancia, juventud, autoestima alta, aceptación social, estar en forma, e incluso virtud y búsqueda de perfección (TORO, 1996:312).

3. *Dificultad para ser independiente*

4. Estas personas tienen *elevadas aspiraciones, son muy perfeccionistas*, se someten con facilidad a las normas sociales y son inocentes con lo que fácilmente caen en las garras de los mensajes publicitarios y de los ideales transmitidos a través de los medios de comunicación y muy bien transmitidos gracias a la publicidad.

5. *El ideal de mujer perfecta* que pide nuestra sociedad es la superwoman capaz de ser competente en su trabajo, ambiciosa y ejecutiva; pero al mismo tiempo atractiva y no asertiva. Su cuerpo como señala TORO (1996:295) es un elemento básico de atractivo interpersonal, de valoración social, incluso de aceptación en el entramado laboral; o como señala MORANDÉ (1999:35) reclamo erótico. Es decir, un culmen de virtudes que le llevan a ser encantadora personalmente, triunfadora en el ámbito laboral y social, esbelta y delgada físicamente; y por lo tanto centro de las miradas de nuestras adolescentes. Para conseguir este propósito de un cuerpo de moda, se ponen de moda las dietas de primavera, exponer nuestro cuerpo al sol en verano, vestir la talla 38, etc.

6. *Estrés.* Cualquier situación que provoque un índice de estrés un poco más elevado de lo normal, entendiéndose la pérdida de una amistad, la muerte de un familiar cercano precipita hacia una crisis de confianza en sí misma.

6. Véase el resumen de los estudios realizados sobre este tema por TORO (1996: 163-169)

7. *Hacen dieta para controlar algo*. Hemos de precisar también que estas enfermedades se producen, sobre todo, en el colectivo de chicas adolescentes y a esta edad es propio sobreestimar cualquier alteración de su cuerpo. MARTÍNEZ FORNÉS (1994:21) señala que los factores socio-culturales determinan que las muchachas muestren confusión a la hora de percibir su silueta como normal.

Entre los FACTORES DE MANTENIMIENTO hemos de citar los siguientes:

1. Muy responsables y vigilantes en sus obligaciones
2. Dificultad para expresar con palabras afectos y emociones
3. Hiperactividad (puedo hacer de todo y me encuentro bien)
4. Preocupada con pensamientos de comida
5. Amplios cambios de humor
6. Aislamiento de la enferma de su medio familiar
7. Aislamiento de la madre de su entorno por su afán de comprensión y de participación amorosa.

3.- PAUTAS DE INTERVENCIÓN

Para diseñar un programa de intervención educativa que tenga como objetivo la prevención de los trastornos de alimentación en los más jóvenes hemos de tener en cuenta los datos arriba citados, entre otros de carácter más general como el bajo espíritu de sacrificio, la presión que soportan para lograr el éxito –este está basado fundamentalmente en la fama, el dinero y el poder-, no se consideran lo suficientemente buenos para conseguir lo que desean, poseen poco espíritu crítico y reflexivo, les cuesta tomar decisiones –por miedo al conflicto personal que ello supone-, son poco creativos en la utilización de su tiempo libre y “salir a tomar algo” o “ir a la discoteca” se convierte en muchos casos en sus únicas aficiones, etc.

Hemos de tener en cuenta que podemos diseñar programas en tres niveles diferentes. Los programas de prevención primaria estarían dirigidos a **toda la población** de modo que se potencien mecanismos de defensa en el individuo, y se reduzcan los factores de riesgo. En este nivel podemos desarrollar programas tanto en el ámbito familiar, como escolar o comunitario para poder abarcar a la mayor cantidad de personas posible. Los programas de prevención secundaria se centran en el **colectivo de adolescentes**, sobre todo en los que piensan dedicarse a actividades laborales como modelos, azafatas, gimnastas, etc., donde su cuerpo deba tener una serie de características físicas para conseguir el trabajo deseado. Por último, la prevención terciaria va dirigida a **personas que ya sufren la enfermedad** para facilitar su incorporación a la sociedad con las menos secuelas posibles y reducir la duración del tratamiento.

Normalmente los expertos en este tema defienden distintas áreas de intervención (SALDAÑA GARCÍA, 1994). Entre otras la somática, conductual, psicológica y familiar. En los programas que hemos diseñado hemos tenido en cuenta dichas áreas, pero hemos optado por un planteamiento globalizado teniendo en cuenta los siguientes objetivos:

- Enseñar a pensar y a tomar decisiones por sí mismo asumiendo los riesgos y los fracasos, pero también aprendiendo a valorar los éxitos y la superación personal.
- Lograr un mayor espíritu de sacrificio

- Dominar nuestras reacciones y aumentar el autocontrol sobre nuestras conductas
- Valorar nuestra autoimagen y conocernos y valorarnos tal como somos para poder explotar lo mejor de nosotros mismos.
- Aceptar nuestros errores y asumir de forma responsable sus consecuencias, es decir enfrentarse a los problemas no esperar a que pasen o a que los demás –en general los padres- los solucionen.
- Aprender a colaborar y trabajar en equipo respetando las aportaciones del otro aún siendo crítico con ellas y expresando mis sentimientos, afectos, opiniones e ideas de forma abierta
- Organizar nuestro tiempo, de modo que su distribución sea acorde con las horas de trabajo, descanso y tiempo libre y ocio.
- Ser críticos y reflexivos con las dinámicas sociales de moda para ser capaces de seguir nuestros propios criterios y valores
- Asumir nuestras opciones como algo cotidiano, sin que nadie decida por nosotros
- Conocer las necesidades fisiológicas de nuestro organismo, los mecanismos de la ingesta, los procesos patológicos como consecuencia del exceso o defecto nutricional.

Estas finalidades se pueden llevar a cabo en distintos contextos de intervención, nosotros proponemos los siguientes: la familia, la escuela y en el ámbito comunitario bien en asociaciones juveniles, en asociaciones de amas de casa, en centros culturales, en casas de la juventud, etc. Y en cada uno de ellos, podríamos realizar distintos niveles de prevención. Señalaremos en cada uno de los contextos algunas actividades de carácter genérico y describiremos una experiencia concreta llevada a cabo en distintos contextos.

La prevención en **la familia** tendría como objetivo la intervención sobre las relaciones conflictivas familiares, intentando mejorar el nivel de expresión de sentimientos y la comunicación. Hemos de tener en cuenta que el pronóstico es mejor cuando existe un buen apoyo familiar y peor cuando existe un mayor aislamiento social y una falta de motivación para cambiar. Otros aspectos a tratar son:

- El horario de las comidas debe ser regular y con toda la familia junta donde se facilite la conversación y se elimine el televisor.
- Invitar a los hijos a realizar algún deporte favorito, mejor si los padres también realizan alguno.
- Animar a participar en grupos organizados para su edad (asociacionismo juvenil).
- Disfrutar de la comida, de su sabor⁷; pero también de la conversación amena, del tiempo de comunicación y relación. Existe tiempo para todo, es cuestión de organización.
- Organizar dietas sanas y equilibradas desde la infancia. En casa se come de todo, se educa el paladar desde pequeños para aprender a disfrutar de los distintos sabores.
- Facilitar una buena higiene digestiva; por ejemplo: lavarse las manos después de las comidas; no quedar con sensación de lleno, de pesadez después de las comidas; masticar despacio y triturando bien los alimentos; cocinar bien los alimentos; etc.

La prevención en **la escuela** debe incluir según MORANDÉ (1999): habilidades sociales, relación, autoestima, información nutricional, e información sobre anorexia y bulimia nerviosa. Además sería interesante:

7. Los especialistas en nutrición afirman que una dieta por muy ajustada que esté si no produce placer no sirve para nada, ya que debemos de comer lo que nos guste más, la comida debe ser un placer.

- Es necesario aprender dietas sanas, variadas, equilibradas y de forma regular, fundamentales para la salud, para poder evitar la obesidad que ya sabemos es un factor predisponente.
- Para que una persona sea atractiva tan importante como su silueta es la expresión de sus ojos, su sonrisa, la tersura de su piel. La inteligencia, creatividad, gusto por el trabajo, responsabilidad, coherencia, simpatía, encanto, etc.
- Ser críticos y reflexivos con los mensajes que se nos transmiten a través de los medios de comunicación, sobre todo en la publicidad. Podemos estudiar por ejemplo el trabajo sobre la muñeca Barbie de las profesoras PEREIRA DOMÍNGUEZ Y SUEIRO (1999), pero resulta también importante el estudio y la crítica sobre las bebidas light, la puesta de moda de las herboristerías, los alimentos enriquecidos con vitaminas, etc.
- Luchamos por lograr aquello que la sociedad nos vende, así hemos de tener en cuenta que la modelo es algo que por su perfección se tiende a imitar⁸. Hemos de ser conscientes de nuestras decisiones y saber que criterios tenemos para consumir un producto u otro.

En el ámbito comunitario se pueden organizar distintas actividades que a continuación resumimos:

Cuadro 1: Actividades que se pueden llevar a cabo en diferentes instituciones

INSTITUCIÓN	ACTIVIDAD
Amas de casa	Curso sobre economía doméstica
Casa de la Juventud	Ciclo de conferencias sobre alimentos transgénicos Organización de actividades de ocio y tiempo libre Técnicas de educación para el consumo Curso de cocina con alimentos de temporada (champiñones, diversas frutas como uva, ciruela, manzana, etc), verduras.
Centro Cultural	Taller de habilidades sociales Taller sobre asunción de valores
Ayuntamiento (Educador Familiar)	Cómo se elaboran menús equilibrados y económicos Importancia del desayuno en la dieta Cuidar la imagen personal
Centro de Salud	Dinámica en distintos grupos de riesgo sobre autoestima
CARITAS	Realizar la compra semanal con las familias en el economato Nociones básicas de economía doméstica

Teniendo en cuenta la incidencia de los trastornos de la alimentación en nuestra sociedad hemos elaborado a partir de los datos expuestos un programa de intervención que se complementa con otras experiencias llevadas a cabo en el contexto escolar y que a continuación resumimos. Podemos indicar que algunas actividades ya se han realizado en diferentes niveles educativos. Por ejemplo, los alumnos han apuntado en una carpeta las comidas que han realizado en sus domicilios durante toda una semana. Además han llevado de casa los envases vacíos de los distintos alimentos consumidos y también han localizado distintos folletos publicitarios que publican los numerosos centros comerciales. De estos folletos recortaban los precios y los colocaban al lado de los envases. Más tarde en la siguiente ficha anotaban los alimentos consumidos cada día.

8. En los últimos años se ha creado alguna polémica por la llamada “estética de la delgadez” que se ve mayoritariamente en las pasarelas. Así han empezado a aflorar desfiles para personas cuya talla es mayor que la 38 e incluso algunos modistos han hecho declaraciones a favor y en contra de esta estética al ser acusados de estar influyendo en la proliferación de estas enfermedades.

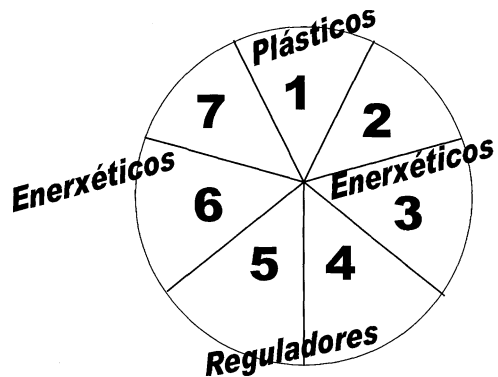
FICHA 1:

	<i>Se escribe el día</i>
ALMORZO	<i>Se anotan los alimentos consumidos</i>
XANTAR	“
MERENDA	“
CEA	“

Estos alimentos son rodeados con un círculo amarillo si son plásticos, con un círculo naranja si son energéticos y con un círculo verde si son reguladores⁹. De modo que sólo con ver la ficha el alumnado conoce, por la predominancia del color, si tiene una dieta equilibrada o consume en exceso algunos productos, mientras que la ingesta de otros es escasa. Más tarde se pasan a la rueda de los alimentos.

FICHA 2: Facemo-la roda dos alimentos

- 1: leite, queixo, iogurt
- 2: carne, ovos, peixes
- 3: patacas, legumes, froitos secos
- 4: verduras e hortalizas
- 5: froitas
- 6: pan, pastas, arroz, azucre
- 7: aceites, manteiga



Dentro de cada sector los niños pegan, después de recortar de los folletos publicitarios, los distintos alimentos. También se pueden escribir directamente.

Después de dominar los contenidos conceptuales el profesorado puede proponer la configuración de un menú equilibrado para toda la semana, se puede hacer un estudio comparativo entre los que se come y lo que deberíamos comer anotando aquellos alimentos menos nutritivos o aquellos que hemos estudiado como comida basura (bollería, chucherías, abuso de las comidas con grasas como por ejemplo hamburguesas, helados, exceso de embutidos, etc.).

Esto puede complementarse con la elaboración de platos tradicionales en el propio centro educativo, o recetas que se confeccionen con productos naturales típicos de la estación del año (frutas confitadas, batidos, postres que tengan como base bizcocho y frutas, sopas frías, purés; es decir, comidas que no necesiten cocina como el gazpacho, etc.)

Otra alternativa es estudiar las plantas que proporcionan alimentos, los animales que proporcionan alimentos y los minerales que proporcionan alimentos. Además podemos comparar productos que en nuestro país utilizamos como alimentos y en otros países por razones culturales o religiosas no tienen ese carácter.

9. Esta actividad se puede complicar todo lo necesario en función de la edad y nivel educativo del alumnado.

En el contexto del tratamiento o se está aconsejando una terapia basada en la utilización de técnicas conductuales para normalizar la ingesta y cognitivas para eliminar actitudes erróneas y pensamientos alterados, así como intervenciones psicopedagógicas, terapia familiar, entre otras. Pero, estos aspectos son trabajados desde una perspectiva más médica y psicológica.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALVÁREZ, M. y PINOTTI, L.V. (1997): *Procesos socioculturales y alimentación*. Buenos Aires: Ediciones del Sol
- ARENSON, G.(1991): *Una sustancia llamada comida. Cómo superar la adicción a comer*. Madrid: McGraw-hill
- CASTRO,X. (1998): *A lume manso. Estudios sobre historia social da alimentación en Galicia*. Vigo: Galaxia.
- CERVERA ENGUIX, S. y QUINTANILLA MADERO, B. (1995): *Anorexia nerviosa*. Pamplona, EUNSA.
- CHINCHILLA MORENO, A. (1994): *Anorexia y bulimia nerviosas*. Madrid: Ergon.
- CHINCHILLA MORENO, A. (1995): *Guía teórico-práctica de los trastornos de la conducta alimentaria: anorexia nerviosa y bulimia nerviosa*. Barcelona: Masson
- GARCIA RODRÍGUEZ, F. (1993): *Las adoradoras de la delgadez*. Madrid: Díaz de Santos.
- MARTÍNEZ FORNES, S. (1994): *La obsesión por adelgazar*. Madrid: Espasa Calpe
- MORANDÉ LAVÍN, G. (1999): *La anorexia. Cómo cambiar y prevenir el miedo a engordar de las adolescentes*. Madrid: Ediciones Temas de Hoy
- MORANDÉ LAVÍN,G. (1995): *Un peligro llamado anorexia. La tentación de adelgazar*. Madrid, Ed. Temas de hoy.
- PEREIRA DOMÍNGUEZ, C. y SUEIRO DOMÍNGUEZ, E. (1999): "Y Barbie Cumplió 40 años! (I). *Padres y maestros*, 248, Nov-Dic, pp. 28-32
- ROTH, G. (1995): *Cómo superar la adicción a la comida*. Barcelona: Urano
- SALDAÑA GARCÍA, C. (1994): *Trastornos del comportamiento alimentario*. Madrid, Fundación Universidad-Empresa.
- TORO, J. (1996): *El cuerpo como delito. Anorexia, bulimia, cultura y sociedad*. Barcelona: Ariel