

TRABAJO FIN DE MÁSTER

**Propuesta de intervención
basada en Psicología Positiva
para anorexia nerviosa en
bailarines adolescentes**

Autor: Laura Sanz Porras

Director/a: Dr./a. Virginia Martín Romera

Alcalá de Henares, 2021

**Máster Universitario en
Psicología General Sanitaria**

Centro Universitario Cardenal Cisneros
Universidad de Alcalá

Índice

1.	Resumen/Abstract.....	1
2.	Introducción y justificación del tema elegido.....	2
3.	Objetivos e hipótesis	4
4.	Marco teórico	4
4.1.	Anorexia Nerviosa	5
4.1.1.	Prevalencia	5
4.1.2.	Etiología	6
4.1.3.	Complicaciones médicas.....	9
4.1.4.	Comorbilidad	10
4.1.5.	Tratamiento	10
4.2.	Psicología Positiva.....	20
4.3.	Tratamientos Psicología Positiva en anorexia nerviosa	22
5.	Metodología de investigación	24
6.	Propuesta de intervención.....	25
6.1.	Presentación de la propuesta	25
6.2.	Objetivos de la propuesta	26
6.3.	Método	27
6.3.1.	Participantes	27
6.3.2.	Instrumentos	28
6.3.3.	Procedimiento	30
6.4.	Actividades	32
6.5.	Cronograma de aplicación	42
7.	Resultados	45
8.	Conclusiones	46
9.	Referencias bibliográficas	49
10.	Anexos	62
10.1.	Anexo 1. Hoja de información al participante	62
10.2.	Anexo 2. Consentimiento informado menores	64
10.3.	Anexo 3. Consentimiento informado padres/tutores legales y profesores..	65
10.4.	Anexo 4. Póster factores de riesgo AN.....	66
10.5.	Anexo 5. Póster signos y complicaciones médicas	67
10.6.	Anexo 6. Pirámide alimentaria y hábitos saludables.....	68
10.7.	Anexo 7. Ejemplo de lista de distorsiones cognitivas personalizada.....	69
10.8.	Anexo 8. Ejemplo árbol de los logros	72
10.9.	Anexo 9. Ejemplo rueda de la vida	73

1. Resumen/Abstract

El objetivo principal del estudio es ofrecer la posibilidad de disminuir el riesgo de un diagnóstico futuro de anorexia nerviosa, y mejorar el bienestar y calidad de vida de bailarines jóvenes. La importancia y relevancia sanitaria y social de los trastornos de la conducta alimentaria, han ido en aumento en los dos últimos decenios. Esto puede deberse al incremento de su prevalencia y a sus efectos negativos en todas las áreas de la vida de las personas. En particular, la anorexia nerviosa es una afección médica con un riesgo de mortalidad alto, que afecta cada vez más a los adolescentes. Asimismo, suele ser mayor en profesiones que requieren un IMC específico, como la danza. Los bailarines son vulnerables al desarrollo de un desorden alimentario, debido a los factores de riesgo a los que se encuentran expuestos. Se recoge la sintomatología, prevalencia, etiología, comorbilidad y tratamiento de la anorexia nerviosa en los bailarines jóvenes. Además, se encuentra el concepto de Psicología Positiva, sus principales componentes y los tratamientos utilizados que recogen actividades positivas, que después se incorporarán dentro del tratamiento. Se presenta una propuesta de programa cognitivo conductual con intervenciones positivas añadidas, para bailarines de 12-13 años que se encuentren cursando el primer curso de las enseñanzas profesionales de danza. Dentro de la intervención se encuentra incluida la participación de los padres/tutores legales de los adolescentes y los maestros de danza. El programa se encuentra compuesto de periodos pre-post evaluación y cuatro fases de seguimiento.

Palabras clave: Anorexia nerviosa; Adolescentes; Bailarines; Tratamiento cognitivo-conductual; Psicología Positiva

The main objective of the study is to offer the possibility of reducing the risk of a future diagnosis of anorexia nervosa, and improving the well-being and quality of life of young dancers. Eating disorders importance and social relevance have been increased in the last two decades. This is caused by the increase in its prevalence and its negative effects

in all areas of people's lives. In particular, anorexia nervosa is a medical condition with a high mortality risk which affects adolescents mostly. Also, it occurs in professions that require a specific BMI, such as dance. Dancers are vulnerable to develop an eating disorder, due to the risk factors they are exposed. Symptoms, prevalence, etiology, comorbidity and treatment of anorexia nervosa in young dancers are collected. In addition, the Positive Psychology concepts, treatments and components based on collecting positives activities, will be later incorporated into the treatment. A proposal for a cognitive behavioral program with added positive interventions is presented for dancers aged 12-13 who are studying the first year of professional dance training. In the intervention is very important the participation of parents / legal guardians of adolescents and dance teachers. The program is composed of pre-post evaluation periods and four follow-up phases.

Keywords: Anorexia nervosa; Teenagers; Dancers; Cognitive-behavioral treatment; Positive Psychology

2. Introducción y justificación del tema elegido

A pesar de que los trastornos de la conducta alimentaria (en adelante TCA) han formado parte de la nomenclatura psiquiátrica desde hace muchos años, no ha sido hasta las dos últimas décadas cuando ha suscitado mayor interés. Causan importantes consecuencias en todas las áreas, incluida la calidad de vida en el ámbito familiar y laboral, así como el funcionamiento personal y social. En particular, la anorexia nerviosa (en adelante AN), se trata de una de las afecciones psiquiátricas más comunes en los adolescentes, con altas tasas de mortalidad. Debido al impacto de esta problemática decidí incluir pacientes con sintomatología de este trastorno en mi intervención (Álvarez-Malé et al., 2015; Bulik et al., 2015).

Tras una revisión bibliográfica, se ha podido observar que los bailarines, en especial, los adolescentes, representan una población especialmente vulnerable a

padecer un TCA, debido a las altas presiones a las que se ven sometidos y al ideal de belleza requerido en su profesión (Maciel et al., 2017; Matalas et al., 2002). A pesar de que la prevalencia de AN es ligeramente superior en chicas jóvenes (1%-4%), también existen casos en varones adolescentes (0,3%-0,7%) (Contaldo et al., 2019). De modo que la intervención va a englobar a participantes de los dos sexos, ambos expuestos a los mismos factores de riesgo.

La edad de inicio de conservatorio de danza es a los 8 años, pero no es hasta los 12 cuando se especializan en danza clásica, española o contemporánea. La exigencia a partir de este momento puede aumentar, dado que va a ir más encaminada hacia su futuro profesional. Por consiguiente, he decidido escoger a participantes en su primer año de especialización, es decir, bailarines de 12-13 años. Sumado a lo anterior, durante este periodo sufren grandes cambios hormonales, comienzan el instituto y pueden verse sometidos a grandes presiones en la sociedad, que puede conllevar la aparición de los primeros síntomas.

Generalmente, los TCA se suelen tratar con los programas de elección según las guías principales, y a pesar de que se ha comprobado que mejora la sintomatología, aún existen altas tasas de recaída, en especial en AN. Por tanto, he considerado conveniente investigar sobre la eficacia de la Psicología Positiva (en adelante PP) en las intervenciones con TCA, para conseguir mejorar los tratamientos de la AN y reducir la recaída futura.

La PP es un campo que se encarga del estudio del bienestar psicológico y se ha comprobado su eficacia en la prevención e intervención de numerosas patologías (Bergsma et al. 2011; Chancellor et al., 2014; Moran y Nemeč, 2013; Park et al., 2004; Park et al., 2013). La gran mayoría de tratamientos de cualquier tipo de trastorno van dirigidos hacia la disminución de la sintomatología negativa, y no pretenden potenciar o incrementar aquellas fortalezas o factores de protección ya existentes (Csikszentmihalyi y Seligman, 2000; Moran y Nemeč, 2013). Por esta razón, el presente trabajo va a

abarcando el diseño de un programa cognitivo conductual unido a actividades positivas, para bailarines adolescentes de danzas profesionales con sintomatología de AN.

3. Objetivos e hipótesis

El propósito del presente trabajo es aprender a intervenir sobre la sintomatología de la AN en bailarines adolescentes de enseñanzas profesionales (danza clásica, española y contemporáneo) con un rango de edad entre los 12 y 13 años, mediante una propuesta de intervención basada en PP.

Investigar sobre los diferentes elementos englobados dentro del concepto de PP e intervenciones realizadas a adolescentes con AN.

Realizar una revisión bibliográfica sobre las distintas intervenciones llevadas a cabo en adolescentes y en bailarines con AN según las guías principales.

Analizar la literatura sobre los factores de riesgos y protección presentes en adolescentes dedicados a la danza.

Revisar y analizar los programas, intervenciones y guías en PP para tratar la sintomatología de AN en bailarines adolescentes de 12-13 años.

Con todo esto se puede establecer de hipótesis que tras el tratamiento habitual para la AN con intervenciones positivas añadidas, se producirá una reducción de la sintomatología, una potenciación del bienestar y de las fortalezas de la persona, y una mayor madurez emocional, por lo que esto reduciría la posibilidad de un diagnóstico o una recaída futura.

4. Marco teórico

Los TCA se caracterizan por un desorden persistente en la alimentación o en el comportamiento alimentario, conduciendo a una alteración en el consumo de alimentos. Dentro de estos, la AN es la tercera enfermedad crónica más común y está asociada a

complicaciones médicas y altas tasas de mortalidad (American Psychiatric Association, 2014; Garner, 2010; World Health Organization, 2018).

4.1. Anorexia Nerviosa

La AN es una afección psiquiátrica caracterizada por una imagen corporal distorsionada, miedo intenso a la ganancia de peso, rigidez del pensamiento, falta de reconocimiento de la gravedad del problema y una restricción persistente de la ingesta energética, que conduce a un bajo peso corporal (American Psychiatric Association, 2014; Arun, 2008; Bulik et al., 2015; Fuller y Peterson, 2019; Wehbe, 2019). Se reconocen dos categorías dentro de la AN: restrictivo o de atracones o purgas (American Psychiatric Association, 2014; Arun, 2008; Fuller y Peterson, 2019).

4.1.1. Prevalencia

Puede afectar a personas de todas las edades y sexos, pero las adolescentes y las mujeres adultas son personas particularmente en riesgo (Álvarez-Malé et al., 2015; Bulik et al., 2015). En población general, es menos común en varones, reflejando una proporción entre mujeres y hombres adultos de aproximadamente 10:1 (American Psychiatric Association, 2014; Le Grange, 2005). Con respecto a población adolescente, su prevalencia se encuentra entre el 1%-4% en mujeres y entre el 0,3%-0,7% en hombres (Contaldo et al., 2019).

La edad máxima de aparición es entre los 15 y los 19, pero numerosos estudios informan sobre un aumento de casos en adolescentes en las últimas dos o tres décadas, con un notable aumento en menores de 12 años (Brockmeyer et al., 2018; Dettmer et al., 2019). Durante la adolescencia temprana o media se producen varias modificaciones, como cambios hormonales, desregulaciones, vulnerabilidad y transición a la vida adulta, que puede conducir al desarrollo de TCA (Bulik et al., 2015; Le Grange, 2005).

Se ha encontrado una mayor prevalencia en aquellas actividades donde se enfatiza la delgadez, como la danza, el modelaje o la gimnasia rítmica... (Amado et al.,

2018; Arana et al., 2010). Los bailarines en general, tienen tres veces más probabilidades de sufrir TCA que la población general, dado que se trata de una población vulnerable a los conceptos erróneos alimentarios y a las modas relacionadas con la nutrición (Amado et al., 2018; Gearhart et al., 2018; Matalas et al., 2002). Arcelus et al. (2014) realizaron un metaanálisis y encontraron que la prevalencia de TCA en la danza es de un 12%, 2% con AN, 4,4% con bulimia nerviosa y 9,5% con un TCA no especificado. Varios estudios epidemiológicos mostraron que la prevalencia de AN en un grupo de bailarines oscilaba entre el 2% y el 7%, siendo mayor entre las bailarinas adolescentes (Duraković-Belko y Zoletić, 2009). Se ha observado que el riesgo es mayor en el ballet clásico, seguido del baile español; siendo menor en el contemporáneo (Amado et al., 2018).

4.1.2. Etiología

La danza actúa como un factor de riesgo para el desarrollo de TCA, debido a que estar delgado también se asocia a un mejor rendimiento o éxito. Esto puede facilitar una mayor distorsión de la imagen corporal, tomando el cuerpo como esquema personal (Arana et al., 2010; Duraković-Belko y Zoletić, 2009). En investigaciones en las que se comparan bailarinas de ballet y pacientes anoréxicas han descubierto rasgos comunes, como restricción de alimentos, aversión a la gordura, imagen corporal distorsionada, menarquía tardía, ayuno, atracones y purgas (Braisted et al., 1985). Por otro lado, en estudios realizados a bailarines de conservatorios profesionales se ha observado que el porcentaje con bajo peso es del 20,8% en ballet clásico, 18,2% en danza contemporánea y 14,8% en danza española. Sin embargo, existen algunas escuelas de baile donde promueven una imagen corporal delgada, ayudando a aceptar su forma corporal más fácilmente (Amado et al., 2018).

Los bailarines se encuentran expuestos a una imagen visual de su cuerpo varias horas al día, al entrenar en salas con espejos (Amado et al., 2018; Fontenelle et al., 2012). A pesar de que son instrumentos necesarios, varios estudios han encontrado

que los espejos pueden contribuir a una mala imagen corporal, debido a que muchos bailarines lo utilizan para evaluar constantemente su apariencia física, aumentando la auto-objetivación. Esto podría actuar de precursor de la insatisfacción corporal, en particular de la parte inferior del cuerpo, y conducir a hábitos alimentarios anormales. Se ha demostrado que las bailarinas tienen menor autoestima y satisfacción corporal, especialmente en el ballet clásico, seguido del baile español (32,6% y 24,9%, respectivamente) (Amado et al., 2018; Gearhart et al., 2018).

Muchas compañías y conservatorios requieren que los bailarines utilicen ropa ajustada para ver mejor la alienación del cuerpo, lo que puede actuar como factor de riesgo, dado el impacto de la vestimenta en la autoestima corporal (Gearhart et al., 2018). En el estudio de Gill et al. (2005) el 99,1% de participantes afirmaron que el uniforme les hacía sentir más conscientes de su peso y apariencia. Se ha comprobado que los bailarines que utilizan ropa holgada aportan una mayor autoestima que aquellos que utilizan leotardos ajustados y mallas. Permitir que utilicen la ropa con la que se sientan más cómodos, ayuda a mejorar la satisfacción corporal y reducir el riesgo de comportamientos desadaptativos de pérdida de peso (Gearhart et al., 2018; Gill et al., 2005).

Las presiones ejercidas por coreógrafos y compañeros, la competitividad, la ansiedad y la necesidad de control, se encuentran entre los factores que hacen que los bailarines se preocupen de forma obsesiva por la forma y tamaño de su cuerpo; y sean más vulnerables a desarrollar patrones alimentarios desadaptativos (Matalas et al., 2002). Los compañeros, profesores e instructores de la danza van a presentar un papel importante en la moderación de las expectativas externas e individuales (Amado et al., 2018; Cumming et al., 2016; Gearhart et al., 2018; Giguere, 2015). Se ha observado que en el contexto de la danza, algunos bailarines veían a sus coreógrafos como una fuente indirecta de presión para adelgazar y modificar sus figuras (Amado et al., 2018; Giguere, 2015; Gill et al., 2005; Nordin-Bates et al., 2011). Muchos bailarines

a menudo presentan inanición o alteran los comportamientos alimentarios para alcanzar y mantener sus ideales físicos, que son reforzados por profesores y entrenadores (Duraković-Belko y Zoletić, 2009).

Algunos instructores sugieren dietas o evitar algunos alimentos sin tener los conocimientos nutricionales necesarios, lo que puede provocar preocupación corporal, prácticas dietéticas y creencias nutricionales desadaptativas en los bailarines a edades tempranas (Amado et al., 2018; Braisted et al., 1985; Del Río y García-Dantas, 2016). En informes de caso, entrevistas y observaciones de bailarines, se ha observado que para ajustarse a los requisitos de peso corporal, suelen ingerir pocas calorías o realizar dietas estrictas. En el estudio de Braisted et al. (1985) encontraron que el 48,8% de los bailarines declararon hacer dieta a menudo o siempre, en comparación del 28,6% del grupo control. Asimismo, se ha observado que los bailarines utilizan numerosos métodos de reducción de peso, como restringir alimentos, comer porciones reducidas o menos almidón (Braisted et al., 1985). En el estudio de Gearhart et al. (2018) encontraron que las conductas de pérdida de peso intencional entre los bailarines fueron la disminución de la ingesta de calorías (69,2%), el aumento de los ejercicios aeróbicos (53,9%), el uso de píldoras dietéticas, diuréticos y laxantes (23,1%), y vómito autoprovocado (15,4%). Dado que comienzan a una edad temprana y realizan entrenamiento intensivo durante cinco o siete horas por día, es importante que tomen las suficientes calorías y lleven unas buenas prácticas nutricionales (Braisted et al., 1985).

Suelen relacionarse con un mayor grado de perfeccionismo, factor relacionado con TCA, dado que se requiere y espera que los bailarines de ballet sean fuertes, que sus movimientos sean técnicos y estéticos, y que realicen una actuación con perfección (Duraković-Belko y Zoletić, 2009). En España, el acceso al conservatorio de danza comienza a los 8 años y las demandas físicas, mentales y ambientales llevan a una alta tasa de deserción (Braisted et al., 1985; Caracuel y García-Dantas, 2011). Es importante

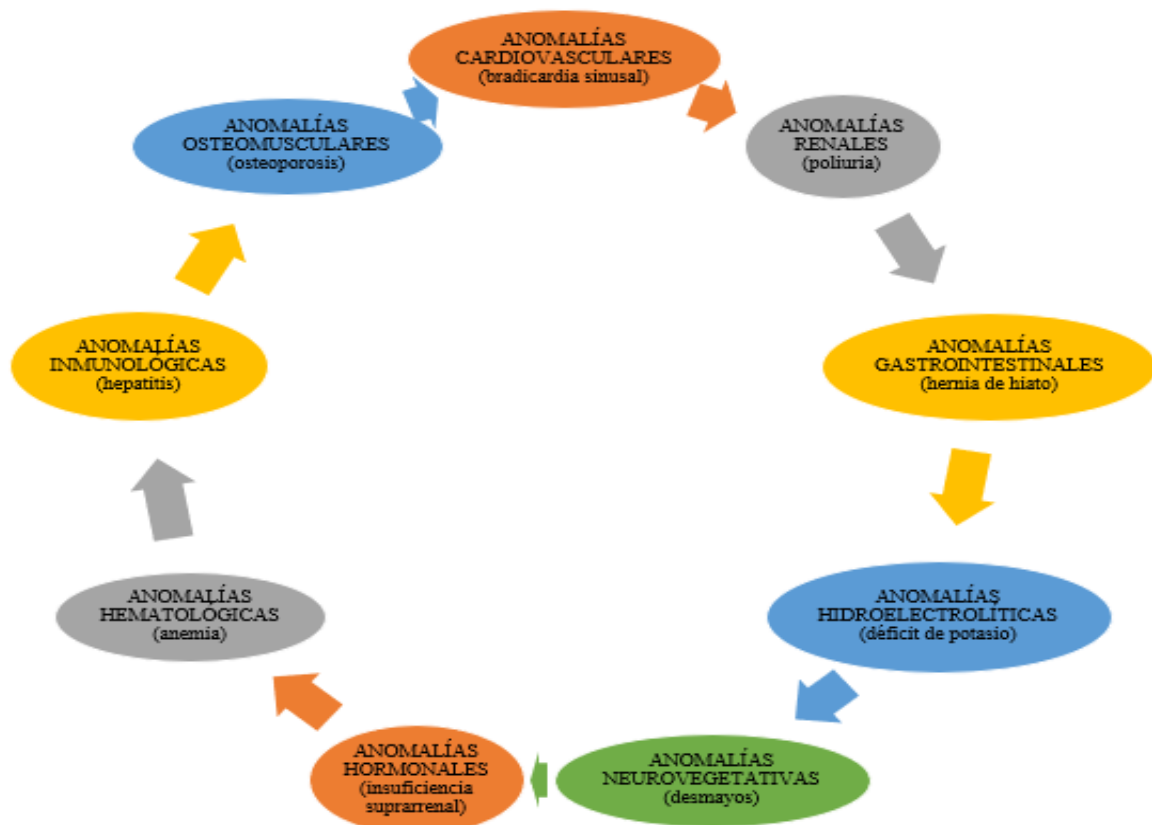
intervenir en esta población, dadas las circunstancias en las que se encuentran y los amplios factores de riesgo que pueden presentar (Gearhart et al., 2018).

4.1.3. Complicaciones médicas

Entre todos los trastornos mentales, la AN presenta la tasa de mortalidad más alta. En un metaanálisis se pudo observar una tasa de 5,1 muertes por 1000 personas/año, debido a la inanición, complicaciones cardíacas e infecciones graves. Una de cada cinco muertes en pacientes con AN es resultado del suicidio (Bulik et al., 2015). Los estrictos requisitos de rendimiento físico y estética corporal necesarios en el mundo de la danza, pueden derivar en comportamientos de alimentación inadecuados, lo que puede conllevar graves daños a la salud, como puede amenorrea u osteoporosis (Maciel et al., 2017). En la Figura 1 podemos observar las complicaciones médicas existentes en población general.

Figura 1

Complicaciones médicas AN en población general



Nota. Información tomada de “Anorexia nervosa: aetiology, assessment, and treatment” por C.M. M. Bulik, K.E. Giel, P. Hay, U. Schmidt, y S. Zipfel, 2015, *Lancet Psychiatry*, 2(12); “Anorexia nervosa in adolescents: An overview” por R. Fuller y K. Peterson, 2019, *Nursing*, 49(10); “An update on the medical consequences of anorexia nervosa” por C. Wehbe, 2019, *Current opinion in Pediatrics*, 31(4).

4.1.4. Comorbilidad

La AN se ha visto relacionada con trastornos de ansiedad, depresivos (trastorno depresivo mayor) y bipolares (American Psychiatric Association, 2014; Bulik et al., 2015). Otros problemas asociados son ansiedad social, ansiedad por separación, fobias, trastornos de la personalidad, conductas autolesivas y disfunciones sexuales (Fuller y Peterson, 2019; Giraldi et al., 2020). Por otra parte, se han observado que el 15-29% de personas con AN restrictivo presentaban TOC, y hasta el 79% experimentaba obsesiones o compulsiones en algún momento de sus vidas. Sin embargo, el tipo de atracones/purgas se ha asociado con abuso de alcohol (9%-25%) o trastorno por consumo de sustancias (American Psychiatric Association, 2014; Bulik et al., 2015; Fuller y Peterson, 2019). A pesar de que se ha investigado la comorbilidad en población general, no existen numerosas investigaciones en bailarines.

4.1.5. Tratamiento

Los tratamientos disponibles para la AN son principalmente psicológicos, centrándose también en la rehabilitación nutricional, ya que este por sí solo es insuficiente (Abd et al., 2015; Bulik y Watson, 2013; Bulik et al., 2015; Brockmeyer et al., 2018; Hay, 2013; Kass et al., 2013). Es necesario el trabajo de un equipo multidisciplinario (psicólogos, enfermeros, nutricionistas...) para aumentar la posibilidad de recuperación (Lenoir y Silber, 2006). En la Tabla 1 se presentan los tratamientos conductuales en adolescentes con AN y la evidencia existente.

Tabla 1

Evidencia de los tratamientos conductuales en pacientes adolescentes con AN

	Evidencia	Efecto (nivel de evidencia)
Terapia basada en la familia (FBT)	Fuerte*	+++ (1)
Terapia familiar con enfoque Maudsley (MFT)	Fuerte *	+++ (1)
Terapia familiar sistémica (FST)	Moderada*	++ (2)
Terapia enfocada en el adolescente (AFT)	Moderada*	++ (2)
Terapia cognitivo-conductual ampliada (CBT-b)	Débil/moderada	-/+ (4)
Terapia cognitivo-conductual mejorada (CBT-E)	Moderada*	+ (4)

Nota: Los grados de evidencia son débiles, moderados o fuertes. Los efectos son: - sin efecto beneficioso; - / + para resultado mixto o resultado aún inconsistente; + para un ligero efecto beneficioso; ++ para un efecto beneficioso moderado y duradero (mejora adicional en el seguimiento); y +++ para un fuerte efecto beneficioso (superioridad demostrada en el resultado primario de un ensayo aleatorizado). Los niveles de evidencia son: 1 para bien establecido, 2 para probablemente eficaz y 4 para experimental.

*Al menos un ensayo aleatorio multicéntrico o más de un ensayo aleatorio.

Nota. Tomado de “Anorexia nervosa: aetiology, assessment, and treatment” (p.6) por C.M. M. Bulik, K.E. Giel, P. Hay, U. Schmidt, y S. Zipfel, 2015, *Lancet Psychiatry* 2(12).

El tratamiento que tiene mayor base de evidencia para niños y adolescentes, y el recomendado por las guías NICE, es la terapia basada en la familia (en adelante TBF) y tiene 18-20 sesiones durante 1 año. Se divide en 3 fases y trabaja la restauración de peso con la ayuda de los padres, control e independencia de la alimentación del adolescente y el establecimiento de una relación familiar sana (Bulik et al., 2015; Lock, 2019; National Institute for Health and Care Excellence, 2017).

La terapia familiar con enfoque Maudsley (TFM) es el tratamiento más prometedor para los adolescentes con AN, y está dividida en 3 fases de 15-20 sesiones/año (Agras et al., 2000; Bulik et al., 2015; Calugi et al., 2019b; Harrington et al., 2015; Le Grange, 2005). Los objetivos son muy similares a la TBF, pero en esta terapia se incluye una comida familiar en la que se observan los patrones de interacción

(Agras et al., 2000; Calugi et al., 2019b; Harrington et al., 2015; Le Grange, 2005; Rienecke, 2017).

Por otra parte, se encuentra la terapia familiar sistémica (TFS) que consta de 3 fases de 10-20 sesiones durante 6-12 meses. Con este tratamiento se pretende realizar un cambio en el proceso familiar, en la interacción y la comunicación (Lock, 2019). Por otro lado, la terapia enfocada en el adolescente se desarrolla en 32-40 sesiones individuales durante 12-18 meses, añadiendo 8-12 sesiones conjuntas con la familia. Dentro de este tratamiento se realiza psicoeducación nutricional, se enseñan nuevas estrategias de afrontamiento y se trabaja autoimagen y el miedo a engordar (Lock, 2019; National Institute for Health and Care Excellence, 2017).

Finalmente, se encuentra la terapia cognitivo-conductual mejorada (en adelante TCC-M) desarrollada por Fairburn et al. (2003). Dentro de esta terapia, existen dos versiones, una de 20 sesiones para pacientes sin bajo peso y otra de 30-40 sesiones cuando presentan bajo peso. Ambas se dividen en 4 etapas, presentando sesiones individuales y con los padres. En la primera etapa se realiza psicoeducación nutricional y del trastorno; en la segunda etapa, se encuentra el plan de tratamiento, y en la tercera y cuarta etapa se trabaja con el mantenimiento de mejora y prevención de recaídas (Bulik et al., 2015; Cooper et al., 2003; National Institute for Health and Care Excellence, 2017). Dentro del plan de tratamiento vamos a encontrar técnicas como exposición con prevención de respuesta, reestructuración cognitiva, entrenamiento en habilidades de autocontrol o experimentos conductuales (Bronwyn y Waller, 2019; National Institute for Health and Care Excellence, 2017). En la Tabla 2 podemos observar estudios de los últimos 10 años de tratamientos realizados a niños y adolescentes,.

Tabla 2

Estudios de tratamientos realizados a niños y adolescentes con AN de los últimos 10 años

Autor (año)	Tratamiento	Instrumentos	Sesiones	Participantes	Resultados	Mejoras futuras o limitaciones
Calugi et al. (2019a)	TCC-M	- Centiles de IMC - EDE-Q - BSI - CIA	40 sesiones/40 semanas 20 semanas seguimiento 8-10 sesiones con padres y paciente	Adolescentes (n=51) de edades entre 11-18 años con AN	<ul style="list-style-type: none"> • 71,4%: tratamiento completo • Aumento peso (más del 60%) • Disminución sintomatología • Mantenimiento en seguimiento • Buena validez externa 	<ul style="list-style-type: none"> • No compararon tratamientos • Posible tasa de deserción • Periodo de seguimiento corto • Tamaño de muestra pequeño • Baja validez interna
(Asen et al., 2016)	TFS Vs TFM	- Escala de resultados global de Morgan/Russell - Datos peso - Examen de trastornos alimentarios - Adolescentes: BDI, escala de autoestima de Rosenberg - Padres: Inventario de	En ambos tratamientos: periodo de 12 meses - TFS: sesiones y frecuencia según necesidades clínicas (3-4 sesiones por semana) - TFM: 10 días más reuniones familiares	Pacientes (n=169) entre 13-20 años con AN	<ul style="list-style-type: none"> • Aumento peso en TFS y TFM • Mejora sintomatología en TFS y TFM • Recuperación menstruación: TFS: 51,4% (en 18 meses) • Desarrollo síntomas bulímicos: TFS (5) y TFM (8) • Ingresos hospitalarios TFS (2) y TFM (3) 	<ul style="list-style-type: none"> • Investigaciones en diferentes contextos y grupos clínicos

Propuesta de intervención basada en Psicología Positiva para anorexia nerviosa en bailarines adolescentes

		experiencias de cuidado	de intervalos	individuales a intervalos		
		- Cuestionario de satisfacción				
(Agras et al., 2014)	TBF Vs TFS	- BDI - STAI - CY-BOCS - Escala de autoestima de Rosenberg - Escala de trastornos alimentarios de Yale-Brown-Cornell - Cuestionario de calidad de vida, disfrute y satisfacción	En ambos: 16 sesiones de 1 hora durante 9 meses	Adolescentes (12-18 años) con AN (n=164)	<ul style="list-style-type: none"> • No diferencias entre TBF y TFS para peso corporal, síntomas de AN o trastornos comórbidos • TBF: aumento de peso más rápido, menores costos de tratamiento/paciente • TFS: mayor aumento de peso en pacientes con síntomas obsesivo-compulsivos • Tasas de finalización del tratamiento: 67.1% (TBF); 64,6% (TFS) • Tasas de recuperación en seguimiento: 40,7% (TBF), 39 % (TFS) 	<ul style="list-style-type: none"> • Resultados solo aplicados a los que pesan más del 75% de su IMC • Pérdida de sitio debido a la falta de contratación, lo que requirió reemplazo
(Calugi et al., 2013)	TCC-M	- Cálculo IMC - EDE-Q - GSI	Sesiones individuales de 40-45 min/ 40 semanas 2 sesiones de 1 hora y 8 sesiones	Pacientes de 13-17 años que cumplían criterios para AN (n=46)	<ul style="list-style-type: none"> • 2/3 de los pacientes: tratamiento completo • Aumento IMC medio (26,9) • 28,3% ganaron peso • Reducciones en TCA y psicopatología general 	<ul style="list-style-type: none"> • Determinar costo relativo y rentabilidad • Determinar si existen moderadores de respuesta que

Propuesta de intervención basada en Psicología Positiva para anorexia nerviosa en bailarines adolescentes

de 15 min con
padres y paciente

- En seguimiento: mayor aumento de IMC, 89,7% tenía psicopatología mínima de TCA residual

puedan permitir compatibilidad con TCC-M o TBF

Nota: EDE-Q (Eating Disorder examination questionnaire); BSI (Brief Sympton Inventory); CIA (Clinical Impairment Assessment); BDI (Beck Depression Inventory); STAI (The State-Trait Anxiety Inventory); CY-BOCS (Children´s Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale); GSI (Global Severity Index).

Previo al tratamiento se realiza un periodo de evaluación con una entrevista y un examen físico, para establecer gravedad, sintomatología, comorbilidad, motivación... (Bulik et al., 2015). La participación de los padres en el tratamiento e intervención temprana, es importante para aumentar su autoeficacia, reducir la angustia, ansiedad y carga, y aumentar el beneficio de la intervención (Agras et al., 2000; Brockmeyer et al., 2018; Gledhill et al., 2020; Goddard et al., 2011; Le Grange, 2005). Como ejemplo de programa grupal para padres se encuentra la intervención temprana de Surrey para TCA en niños y adolescentes (2012) (Gledhill et al., 2020; Nicholls y Yi, 2012).

El éxito del tratamiento puede depender de la alianza terapéutica, la estrecha colaboración del equipo y la motivación pretratamiento (Booij et al., 2020; Brockmeyer et al., 2018). Es importante establecer una buena relación terapéutica, dado que los pacientes pueden encontrarse ambivalentes y temerosos respecto a la intervención (Bulik et al., 2015). Se ha encontrado que una mayor motivación pretratamiento predice mayores cambios en la psicopatología general e IMC, reducciones posteriores de conductas alimentarias restrictivas y cogniciones, menor probabilidad de abandono y mejores resultados después del tratamiento (Booij et al., 2020).

Dados los numerosos factores de riesgo en bailarines, los programas multidisciplinarios a largo plazo serían de gran importancia. Se debe actuar sobre la forma en la que ven la comida y el acto de comer, cómo se sienten acerca de sus cuerpos, realizar educación nutricional, y que tomen conciencia de la necesidad de una ingesta adecuada de energía y nutrientes. Esta educación debe ir acompañada de prevención primaria de los TCA, para reducir su incidencia y facilitar la adopción de hábitos alimentarios saludables (Matalas et al., 2002). Estos hallazgos respaldan la utilidad de tratamientos en bailarines para reducir la sintomatología de TCA. A pesar de esto, existen pocos programas en escuelas de danza; en la Tabla 3 podemos observar algunos de ellos (Bar et al., 2017; Matalas et al., 2002).

Tabla 3

Estudios de programas para TCA en bailarines ordenados por año de aparición

Autor (año)	Tratamiento	Instrumentos	Sesiones	Participantes	Resultados	Mejoras futuras o limitaciones
Bar et al. (2017)	Impacto a largo plazo del programa de prevención desarrollado por Piran (1999)	- DSED - EAT - EDI	Evaluaron 3 veces en 4 meses	Bailarinas de ballet graduadas (n=116) en la década anterior (1980), durante (1990) y después (2000) del programa	<ul style="list-style-type: none"> • Menos comportamientos extremos de pérdida de peso • Menos pensamientos y comportamientos asociados con bulimia • Menores conductas purgativas • 25,9 %: vómitos o uso laxantes 	<ul style="list-style-type: none"> • Posible sesgo de autoselección • Falta de respuesta de graduados con TCA más grave • Falta grupo control → posibles explicaciones alternativas • Generalización de conclusiones limitada
Matalas et al. (2002)	Programa de intervención nutricional	- EAT-26 - DEBQ - NKT - BDQ - Escala de insatisfacción de peso	12 lecciones semanales de 2 horas	Bailarines de 19-25 años (n=32)	<ul style="list-style-type: none"> • Comportamientos más permanentes • Mejoras en TCA • Alimentación emocional modificada positivamente (seguimiento) 	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluar impacto de estado nutricional a largo plazo • Análisis de seguimiento en alimentos para detectar cambios en 1 o 2 años.

Propuesta de intervención basada en Psicología Positiva para anorexia nerviosa en bailarines adolescentes

					<ul style="list-style-type: none"> • Participantes con alto riesgo a TCA más beneficiados • Menos conocimientos nutricionales meses después del programa • Tasa de respuesta en seguimiento más baja que en post-intervención • No se observaron diferencias en EAT-26 (seguimiento)
Piran (1999)	Programa grupal de prevención: - Terciaria (pacientes con TCA) - Secundaria (síntomatología) - Primaria (reducir futuros diagnósticos).	- DSED - EAT - EDI	1987-1996 recogida de datos en 3 momentos durante los 10 años	Profesionales de ballet (n=370) entre 10-18 años	<ul style="list-style-type: none"> - Disminuciones en: <ul style="list-style-type: none"> • Patrones de alimentación desordenados • Distorsiones alimentarias e imagen corporal • Restricciones ingesta - Menos purgas y atracones: <ul style="list-style-type: none"> • Vómitos (de 19% a 4%) • Uso de laxantes (27% a 4%)
					<ul style="list-style-type: none"> • Falta de grupo de control → posibles explicaciones alternativas • ¿Efectos a largo plazo? • Falta de generalización de resultados (conviven en la escuela de danza)

Propuesta de intervención basada en Psicología Positiva para anorexia nerviosa en bailarines adolescentes

-
- Atracones (de 39% a 12%),
 - Hábitos alimenticios más saludables
 - IMC medio de 17,7 a 18,4
-

Nota: EAT/EAT-26 (Eating Attitudes Test), DSED (Diagnostic Survey for Eating Disorders), EDI (Eating Disorder Inventory), DEBQ (Dutch Eating Behavior Questionnaire), NKT (Nutrition Knowledge Test), BDQ (Body Part Dissatisfaction Questionnaire)

4.2. Psicología Positiva

La PP, desarrollada por Martin Seligman, tiene como objetivo mejorar la calidad de vida y el bienestar. Previene del desarrollo o recaída de ciertos trastornos mentales, estudia los procesos y condiciones relacionadas con las cualidades y emociones positivas, y enseña a establecer una vida feliz, saludable, productiva y significativa (Csikszentmihalyi y Seligman, 2000; Gable y Haidt, 2005; Park et al., 2013; Vera, 2006). Pone la atención no exclusivamente en la ausencia de patología, sino también en los aspectos positivos del funcionamiento mental y social, que potencia el bienestar (Bijkerk et al., 2017). Abarca 6 dominios centrales: *virtudes y fortalezas del carácter* (rasgos positivos (esperanza, gratitud, trabajo en equipo o amor) que conducen a una mayor satisfacción vital), *felicidad*, *crecimiento*, *buena vida*, *prosperar y florecer*, y *funcionamiento positivo* (Brownell et al., 2014; Park et al., 2005; Park et al., 2013).

Normalmente los tratamientos disminuyen la sintomatología o mejoran los déficits, dejando de lado las *emociones positivas* (Csikszentmihalyi y Seligman, 2000; Moran y Nemeč, 2013). Estas se van a encargar del crecimiento o desarrollo personal, de la potenciación de estados mentales o patrones de comportamiento más creativos para enfrentarnos con éxito a las dificultades, y de la ampliación del pensamiento y la atención (Chancellor et al., 2014; Hervás et al., 2006). En comparación con las negativas, las positivas no se encuentran limitadas a un patrón de actuación en concreto, por lo que promueve actuaciones más flexibles y una mayor adquisición de recursos para el futuro (Hervás et al., 2006).

Otra característica relacionada es el *bienestar*, definida como una alta satisfacción con la vida, que puede reducir el desarrollo de ciertos trastornos mentales, actuando en la disminución de factores de riesgo (baja autoestima). Se encuentra dividida en bienestar psicológico, emocional y social (Bijkerk et al, 2017; Chancellor et al., 2014; Lyubomirsky et al., 2005; Moran y Nemeč, 2013). El bienestar va a actuar de factor protector y va a conducir a resultados positivos en el trabajo, el amor o la salud.

Esto va a ayudar a un afrontamiento más adaptativo de situaciones adversas, evitando o protegiendo de ciertos niveles clínicos como depresión, ansiedad u otras patologías (Chancellor et al., 2014). Se ha comprobado que las personas con un bienestar significativo, obtienen mayores éxitos en el ámbito académico y profesional, tienen más amigos y mejores relaciones, son más activos y agradables, tienen mejor salud mental y física, mayor resiliencia y una función inmunológica más fuerte (Chancellor et al., 2014; Park et al., 2013).

Añadido a esto, vamos a encontrar otros factores dentro de la PP como el *optimismo*, el *humor*, la *resiliencia*, la *creatividad*, la *gratitud*, el *significado* y el *propósito*, el *compromiso*, las *relaciones positivas*, y la *teoría del flujo* (estado psicológico que promueve el autodesarrollo, la potenciación de habilidades y competencias, y el fortalecimiento de los talentos naturales) (Csikszentmihalyi, 1997; Moran y Nemeč, 2013; Park et al., 2004; Park et al., 2013).

Se ha investigado que ciertos síntomas de TCA como preocupación por el peso, insatisfacción corporal o ejercicio compulsivo, se relacionan negativamente con la satisfacción con la vida. Algunos factores como el optimismo, la autodeterminación, la autoestima o el bienestar pueden mitigar la insatisfacción corporal (Botella et al., 2020). Además, se ha descubierto que la gratitud mejora la satisfacción con el cuerpo en aquellas personas que se obsesionan con el tamaño de su cuerpo (Chancellor et al., 2014). Por otro lado, se ha encontrado que personas con TCA presentan menos niveles de afecto positivo y niveles más altos de afecto negativo, en comparación con un grupo control (Botella et al., 2020). Otro factor relacionado con TCA es la expresión de emociones, viéndose inhibida en estos pacientes, lo que va a contribuir al mantenimiento del trastorno, posponiendo la recuperación (Hambrook et al., 2015).

Especialmente en bailarines se ha observado que ciertos rasgos como ambición, sensibilidad, automotivación o expresividad emocional, pueden estar relacionados con factores de la PP, y pueden conducir a un rendimiento de baile superior. Dentro del

cuerpo de danza, podemos encontrar potenciados ciertos patrones como la empatía o la expresión de emociones, dado que son variables claves en la interpretación de la danza (Mouskounti et al., 2006). Numerosos estudios señalan la importancia de la danza y su impacto en las personas, como influencia para una mejor calidad de vida (Ajtlibez et al., 2020).

Las actividades positivas suelen ser breves, sencillas, accesibles, requieren de poco o ningún recurso económico, y satisface necesidades psicológicas básicas como autonomía, control, competencia, eficacia, conectividad y relación. Estas actividades pueden ser: optimismo sobre el futuro, estar agradecido por la vida, saborear experiencias positivas, identificar fortalezas y utilizarlas en el día a día, usar un diario de agradecimiento, perdonar o ayudar a los demás (Brownell et al., 2014; Chancellor et al., 2014; Parks et al., 2006).

4.3. Tratamientos Psicología Positiva en anorexia nerviosa

Las intervenciones basadas en PP se pueden aplicar de forma grupal o individual, y se fundamentan en factores como la satisfacción con el pasado, el optimismo hacia el futuro y el ser feliz en el presente (Brownell et al., 2014; Csikszentmihalyi y Seligman, 2000; Seligman, 2002). Como objetivos principales están la potenciación de la felicidad, el bienestar y la satisfacción, y el incremento de las emociones, comportamientos y pensamientos positivos, mientras que de forma secundaria se disminuyen los síntomas (Brownell et al., 2014; Hervás y Vázquez, 2008; Lyubomirsky, 2008).

Se han encontrado resultados beneficiosos tanto en prevención como en intervención con personas con trastorno mental en el aumento del bienestar (Bergsma et al. 2011; Chancellor et al., 2014). La introducción de intervenciones psicológicas positivas dentro de los tratamientos para pacientes de TCA puede jugar un papel importante en la recuperación, reduciendo el número de recaídas y restituyendo el funcionamiento óptimo y bienestar de la persona (Botella et al., 2020; Hervás et al.,

2006). Estas intervenciones promueven emociones positivas, estrategias adaptativas de solución de problemas, mayor optimismo, mejor establecimiento de objetivos, mayores expectativas de futuro que ayudarían al compromiso con el tratamiento y una reducción de los efectos negativos de la sintomatología (Botella et al., 2020). Ciertos factores de la PP pueden causar efecto en el pronóstico de la recuperación en TCA, como son la autoaceptación, las relaciones positivas, el crecimiento personal, la disminución de síntomas, la resiliencia, la autonomía, el propósito de la vida y el afecto positivo. Se ha encontrado que las dimensiones de bienestar y resiliencia son criterios importantes para la recuperación del TCA (Bijkerk et al., 2017).

En algunos estudios se ha observado que los pacientes con TCA presentan un bienestar psicológico más deteriorado en comparación con el grupo control (Bijkerk et al., 2017). Ballardini et al. (2017) comparó pacientes de TCA tratados con TCC con un grupo control de personas sin patología, y observó que, tras la intervención, las relaciones positivas se encontraban deterioradas, y existía una baja consideración positiva hacia uno mismo. Además, encontraron que el 50% de los pacientes ambulatorios con TCA obtuvieron puntuaciones bajas en el bienestar psicológico global, a pesar de que su respuesta al tratamiento era significativa (Ackard, et al., 2014; Norman y Herzog, 1986).

Por tanto, una estrategia para lograr una eficacia superior en los tratamientos existentes, sería añadir intervenciones positivas como complemento, con el fin de reducir la sintomatología, fomentar el bienestar y mejorar la madurez emocional, es decir, no solo prestar atención a la debilidad sino que también a la fortaleza (Hervás et al., 2006; Park et al., 2013). Albieri et al. (2017) aplicaron un tratamiento de TCC junto con estrategias positivas (creatividad, flexibilidad y autoconciencia) en TCA no especificado y encontraron que los síntomas disminuyeron, los pacientes comenzaron a identificar y utilizar fortalezas y comportamientos positivos y tenían mayor bienestar. Dawson et al. (2015) establecieron que además de los criterios mínimos para el

tratamiento de AN, deberían añadirse medidas psicológicas y calidad de vida (Bijkerk et al., 2017). Botella et al. (2020) implementaron una intervención grupal de PP en un servicio de pacientes con AN y EDNOS y tras el programa, encontraron una disminución en las expectativas negativas de futuro, un cambio de afecto y una mejora en el optimismo. Actualmente no existen numerosos estudios de eficacia de tratamientos de TCA basados en PP (Bijkerk et al., 2017; Hervás et al., 2006).

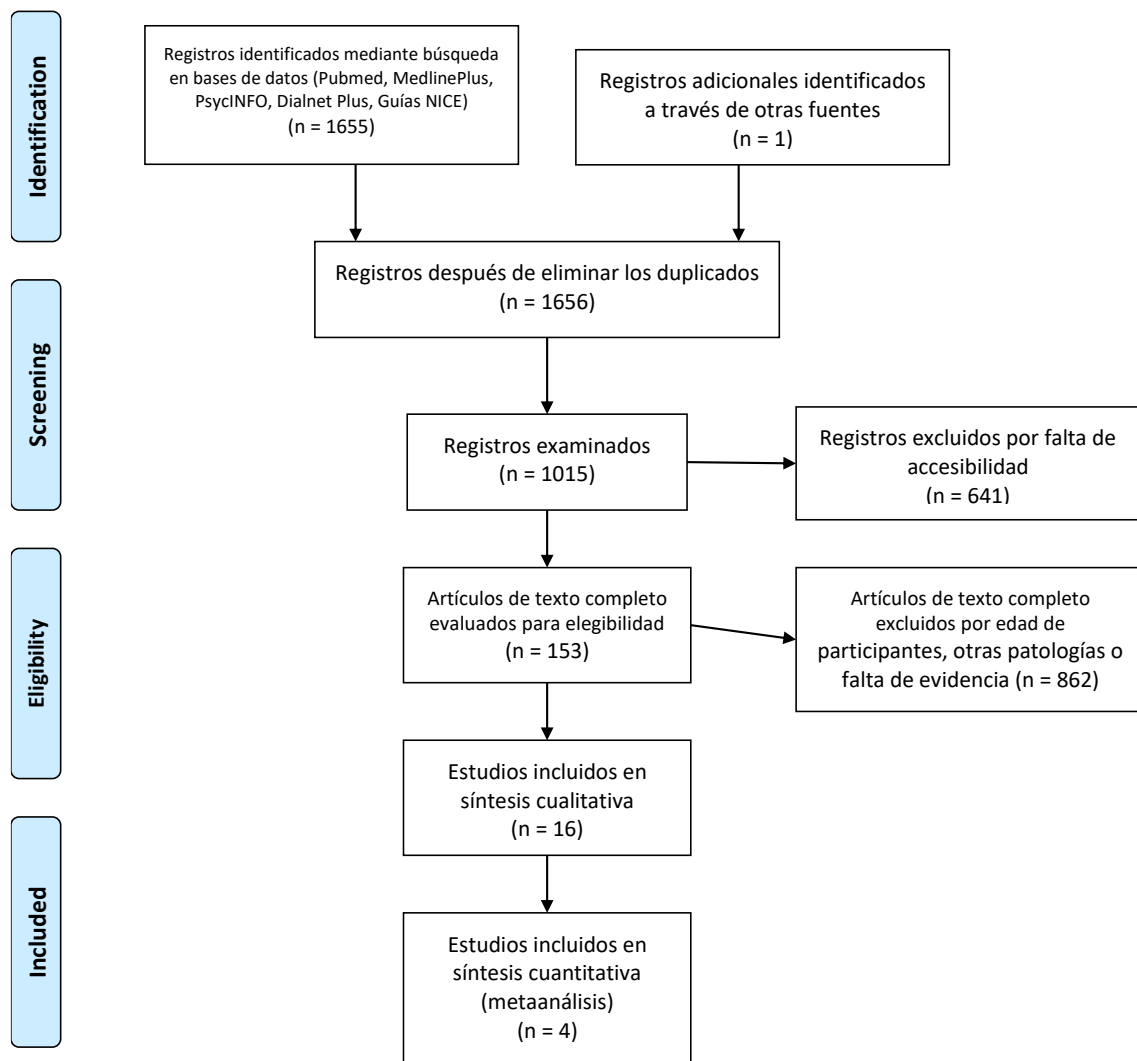
La gran mayoría de los tratamientos de TCA se centran en la reducción de la sintomatología, mientras que el afecto positivo y el desarrollo del bienestar sigue sin abordarse. Botella et al. (2020) y otros autores afirman la necesidad de implementar intervenciones dirigidas a promover emociones positivas como complemento de los tratamientos existentes, para mejorar los efectos dañinos de la sintomatología del TCA. En relación a la muestra seleccionada, aunque se ha encontrado que puede favorecer el rendimiento y el bienestar de los bailarines, no se suelen implementar intervenciones positivas en esta población.

5. Metodología de investigación

Para la búsqueda y recopilación de fundamentación teórica, se ha utilizado las siguientes bases de datos: PubMed, MedlinePlus, PsycINFO, Dialnet Plus, Guías NICE y Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5). Como palabras clave y conectores booleanos utilizados se encuentran: anorexia nervosa, anorexia nervosa and teenagers, comorbidity and anorexia nervosa and dancers, risk factors and anorexia nervosa and dancers, treatment and anorexia nervosa and teenagers and dancers, positive psychology, positive psychology and dancers, positive emotions and dancers, strengths and dancers, optimism and dancers, happiness and dancers, treatment and anorexia nervosa and positive psychology and teenagers, treatment and anorexia nervosa and positive psychology and dancers. En la Figura 2 se observa el flujograma de la búsqueda de tratamientos de AN para niños y adolescentes.

Figura 2

Diagrama de flujo estudios de tratamientos AN en niños y adolescentes en los últimos 10 años



6. Propuesta de intervención

6.1. Presentación de la propuesta

El estudio abarca el diseño de un programa de intervención basado en PP para bailarines jóvenes de conservatorio profesional que presentan sintomatología de AN. Se ha comprobado que el tratamiento de elección para la AN en adolescentes es la

TBF, pero hay síntomas como la ansiedad o la autoestima, que no se abordan directamente (Rienecke, 2017). Sin embargo, la TCC-M engloba esta sintomatología, añadido a los objetivos de la TBF.

Se ha encontrado que la TCC-M presenta un porcentaje de recaída después del tratamiento mayor que la TBF. Por tanto, para mejorar su efectividad y reducir la posibilidad de recaída, se incluyen intervenciones positivas, debido a que tiene un papel importante en la recuperación y en la disminución de recidiva (Botella et al., 2020; Calugi et al., 2019a; Wehbe, 2019). Asimismo, el programa incluye sesiones con los padres y los maestros de danza.

6.2. Objetivos de la propuesta

El programa está diseñado con el objetivo principal de reducir la sintomatología de la AN, restituir el bienestar personal y el funcionamiento óptimo, y por consiguiente la satisfacción con la vida.

Involucrar a familiares y profesores como colaboradores del programa para aumentar la posibilidad de recuperación.

Restaurar hábitos alimentarios saludables y normalizar el peso y el estado nutricional, para prevenir un riesgo médico mayor o una complicación médica futura a causa de la desnutrición o de los comportamientos nutricionales desadaptativos.

Establecer habilidades de control de conductas purgativas y de la ingesta dietética.

Eliminar patrones de comportamientos disfuncionales como restricción alimentaria o categorización de la comida como “buena” o “mala”.

Abordar los síntomas asociados a la AN como auto-objetivación, distorsiones de la imagen corporal, insatisfacción corporal, preocupación por el cuerpo, perfeccionismo o necesidad de control.

Potenciar el optimismo, la gratitud, el bienestar, la autodeterminación, el afecto positivo y la participación en actividades y relaciones positivas.

Mejorar la autoestima proporcionando estrategias, y desarrollando habilidades de autonomía, autoaceptación, automotivación, autoeficacia y autorrefuerzo.

Dotar de una mayor flexibilidad en la conducta, potenciar la creatividad, la felicidad en el momento presente, la satisfacción con el pasado, el optimismo hacia el futuro, el propósito de la vida y la identificación y uso de fortalezas.

6.3. Método

6.3.1. Participantes

La propuesta presenta dos grupos, un grupo experimental al que se le aplicará la intervención, y un grupo control. Para el diseño del experimental se utilizan bailarines del Real Conservatorio Profesional de Danza Mariemma ubicado en la Comunidad de Madrid, que se encuentren en el primer curso de las enseñanzas profesionales de danza. La muestra seleccionada presenta 12 alumnos por cada especialidad (número máximo de bailarines por especialidad), por lo que en total habrá $n=36$. En referencia a los criterios de inclusión, se escogen a bailarines que tengan 12-13 años, que pertenezcan tanto al sexo femenino como al masculino y que presenten un IMC inferior a 20 kg/m². Se excluyen a aquellos que presenten un diagnóstico de AN, un grave riesgo médico (IMC inferior a 16), a quienes se les sugerirá atención hospitalaria, uno o más criterios de inestabilidad médica (deshidratación, bradicardia...), alguna discapacidad de aprendizaje, psicosis, adicción a sustancias, o alguna condición médica coexistente (enfermedad gastrointestinal, hipertiroidismo...) que esté produciendo la pérdida de peso. Como grupo control se escogen a bailarines del Conservatorio Profesional De Danza Carmen Amaya ubicado en la Comunidad de Madrid, que se encuentren en el primer curso de las enseñanzas profesionales de danza. Nuevamente, deben tener 12-13 años y pertenecer al sexo femenino y masculino. Del mismo modo, se escogen 12 participantes por cada especialidad, por lo que en total habrá $n=36$. El estudio se realiza en base al comité de ética reglado por el conservatorio.

6.3.2. Instrumentos

6.3.2.1. *Eating Disorder Inventory III (Garner, 2004)*

Se utiliza la versión adaptada al español de Elosua et al. (2010). Se trata de un autoinforme de 90 ítems para evaluar rasgos psicológicos y comportamientos relevantes de personas con TCA. Se divide en 12 subescalas: obsesión por la delgadez, bulimia, insatisfacción corporal, baja autoestima, alienación personal, inseguridad interpersonal, desconfianza interpersonal, déficits interoceptivos, desajuste emocional, perfeccionismo, ascetismo y miedo a la madurez. Además, presenta 3 escalas de validez: inconsistencia, infrecuencia e impresión negativa. Se puede implementar a muestras clínicas de personas con TCA de 12 años en adelante, y muestras no clínicas de 10 años en adelante, y el tiempo de administración es de 20 minutos. Para la puntuación de cada ítem se utiliza una escala graduada de tipo Likert de 6 opciones de respuesta (nunca-siempre). Cada ítem puntúa de 0 a 4: los extremos del polo sintomatológico reciben 4 puntos; las respuestas “casi siempre” o “pocas veces” obtienen 3 puntos; las opciones “a veces” y “a menudo” reciben 2 puntos; y finalmente, las últimas opciones “a menudo” y “a veces” puntúan 1. Las dos opciones opuestas al polo patológico, reciben una puntuación de 0. El Alfa de Cronbach para muestras clínicas se sitúa entre 0.74-0.96, y para muestras no clínicas los valores están comprendidos entre 0.44-0.95, por lo que tiene una buena fiabilidad interna (Bar et al., 2017; Batista et al., 2018; Elosua et al., 2010; Gardner et al., 1983; Garner, 2004).

6.3.2.2. *Thompson and Gray's Contour Drawing Rating Scale (Gray y Thompson, 1995).*

El CDRS se trata de una escala gráfica autoadministrada de 9 siluetas femeninas y masculinas (divididas en bajo peso (1-3), peso normal (4-6) y sobrepeso (7-9)) que evalúa el grado de satisfacción con el contorno del cuerpo. En ella deben indicar qué imagen se ajusta mejor a su cuerpo actualmente (figura percibida), y cuál a cómo desean verse (figura deseada). Paxton et al. (2004) informaron confiabilidades de

prueba-reprueba de 14 semanas que iban de 0.71 a 0.90 y proporcionaron evidencia de validez de constructo satisfactoria y discriminante. Asimismo, presenta una buena validez y fiabilidad en niños y adolescentes. Al incorporar figuras, rasgos faciales o corporales sin especificidad étnica, puede ser ampliamente aplicable (Bärnighausen et al., 2020; Elizathe et al., 2010; Gray y Thompson, 1995; Paxton et al., 2004).

6.3.2.3. Cuestionario PANAS (Positive and Negative Affect Schedule) (Clark et al., 1988)

Se ha escogido la versión para niños y adolescentes elaborada por Sandin (1997), el PANASN. Se trata de un cuestionario de autoinforme de 20 ítems que evalúa el afecto positivo y el afecto negativo. Los ítems poseen un formato tipo Likert con tres opciones de respuesta (nunca, a veces y muchas veces), y debe cumplimentarlo teniendo en cuenta cómo se siente o comporta habitualmente. Los coeficientes de fiabilidad de Cronbach en el estudio de Sandin (2003) son aceptables, situándose por encima del 0.70 (Clark et al., 1988; Chorot et al., 1997; Sandin, 2003).

6.3.2.4. Students' Life Satisfaction Scale (Huebner, 1991)

Se utiliza una versión traducida al español desarrollada por Alfaro et al. (2016). Posee 7 ítems que miden la satisfacción con la vida de niños y adolescentes entre 8-18 años. Presenta un formato tipo Likert con 6 opciones de respuesta (desde totalmente en desacuerdo (1) a totalmente de acuerdo (6)). El índice global de satisfacción vital se obtiene mediante la suma de todas las puntuaciones. Los coeficientes Alfa de Cronbach reportados oscilan entre 0.79-0.89, tanto en población clínica como no clínica (Alfaro et al., 2016; Huebner, 1991).

6.3.2.5. Brief Multidimensional Students' Life Satisfaction Scale (Huebner et al., 2003)

Se utiliza la versión traducida al español por Alfaro et al. (2015). La escala BMSLSS está formada por 6 preguntas cerradas que indagan sobre diferentes ámbitos de la vida del niño/adolescente. El formato de respuesta es de tipo Likert con 11 niveles

(de totalmente descontento/a (0) a totalmente contento/a (10)). El Alfa de Cronbach es de 0.70 (Alfaro et al., 2015; Alfaro et al., 2016; Huebner et al., 2003).

6.3.2.6. Entrevista diagnóstica semiestructurada

Se trata de una entrevista individual basada en el Eating Disorder Examination (EDE), con preguntas abiertas y cerradas sobre los factores de riesgo del TCA. Asimismo se recogen otras variables clínicas, educativas, sociales y familiares (Calugi et al., 2013; Calugi et al., 2019a; Crosby et al., 2005; Elizathe et al., 2010; Expósito et al., 2012).

6.3.2.7. Prueba de conocimiento nutricional

Se administra un cuestionario para evaluar los conocimientos nutricionales, tomando como ejemplo el NKT realizado por Matalas et al. (2002). En su estudio diseñaron un cuestionario de 25 ítems para evaluar el conocimiento y los conceptos erróneos de los bailarines sobre cuestiones de nutrición (Matalas et al., 2002).

6.3.3. Procedimiento

El programa consta de 27 sesiones y se divide en pre-evaluación, intervención y post-evaluación. El grupo control no recibe la intervención. Previo al inicio, se pasa al comité de ética de la UAH y tras su aceptación, se informa a los conservatorios sobre el programa y su participación dentro del proceso.

A continuación, comienza el periodo de pre-evaluación y se manda por correo electrónico al conservatorio las hojas de información del participante (Anexo 1), los consentimientos informados de menores de edad (Anexo 2) y los instrumentos de evaluación comentados anteriormente, para que puedan mandárselo a los progenitores, y los bailarines puedan cumplimentarlo en casa. Después, los padres mandan por correo los resultados, para que de este modo se tenga su contacto. Tras esto, se calculan los centiles de IMC a partir de la altura y el peso del adolescente que describan en el EDI-

3, y aquellos que presenten un IMC inferior a 16 se excluirán de la intervención y se les sugerirá atención hospitalaria.

Después de la administración de los instrumentos, se contacta con los padres/tutores legales de los bailarines y se desarrolla con ellos una primera sesión de evaluación de 60 minutos. Se pretende completar la información del adolescente, evaluando a través de la entrevista diagnóstica semiestructurada, factores familiares que puedan obstaculizar la intervención, y factores de riesgo en el adolescente, alentando a que participen dentro del proceso. Tras la sesión, se manda a los padres y a los maestros el consentimiento informado (Anexo 3), para que puedan permitir su papel dentro del proceso. Por otro lado, se realizan dos sesiones individuales con el adolescente (sesión 1 y 2) de 60 minutos, para desarrollar alianza terapéutica, y para obtener información sobre pensamientos, conductas, emociones, relaciones familiares y sociales... a través de la entrevista diagnóstica semiestructurada. Estas sesiones de evaluación se desarrollan por los mismos psicólogos que realizan la intervención.

El programa de intervención se divide en 3 fases, de 25 sesiones presenciales de 60 minutos (de la 3 a la 27), de manera individual y grupal durante todo el curso de enseñanza profesional. Estas sesiones se realizan fuera del horario provisto para sus clases. Las sesiones grupales se dividen en tres grupos, según la especialidad. Asimismo, a lo largo del proceso se realizan 3 sesiones de 60 minutos con los padres y profesores de danza (2 sesiones en la fase 1 y 1 sesión en la fase 2). El programa se desarrolla por 4 psicólogos especialistas en TCA y una nutricionista. En relación a las sesiones individuales (11), cada terapeuta se encarga de las sesiones de evaluación y las sesiones de intervención (9) de 9 pacientes, interviniendo con 2 pacientes diariamente, y se realizan en el centro donde se encuentran trabajando. Las sesiones grupales (16) se desarrollan en un aula del conservatorio por los 4 terapeutas, realizando tres sesiones grupales semanalmente. No obstante, hay 5 sesiones grupales que ejecutan los profesores de danza.

Al finalizar la intervención, comienza la post-evaluación en el que se vuelven a suministrar los instrumentos, para evaluar el grado de mejora de la sintomatología. Nuevamente se mandan por correo a los padres para que los adolescentes los puedan realizar en casa. Además, la propuesta consta de cuatro etapas de seguimiento: 6 meses y 1 año después de la intervención, al graduarse de la enseñanza profesional y 5 años después de la graduación, en el que se vuelven a administrar los instrumentos para comprobar el efecto a largo plazo de la propuesta. Nuevamente estos instrumentos se mandan por correo para que los participantes puedan elaborarlos en casa.

6.4. Actividades

El programa se divide en 3 fases: un proceso de psicoeducación del problema y de hábitos saludables de comida y ejercicio, un plan de tratamiento, y finalmente, prevención de recaídas. Es importante que durante su desarrollo, se refuercen los avances que va presentando, motivándole a que realice autorrefuerzo, además de mostrar empatía y calidez.

6.4.1. 1ª Fase

Esta fase comienza en la sesión 3 y se realiza de forma grupal. Tiene como objetivo la psicoeducación sobre la AN y las consecuencias médicas de la restricción alimentaria, las conductas purgativas o los atracones. Previo a esto, se realiza una dinámica de presentación llamada “telaraña de lana” (Tabla 4) (Bustillos y Vargas, 1990). Para la psicoeducación se emplean varios pósters, en los que de manera gráfica y explicativa, se exponen los factores de riesgo presentes en la AN (Anexo 3) y sus consecuencias médicas (Anexo 4). Cada consecuencia o factor de riesgo presenta un velcro pegado, y cada uno deberá pegarlo en el póster donde considere. Por tanto se necesitan cartulinas, rotuladores y velcros. Aquellas consecuencias médicas que no se entiendan como hernia de hiato, osteoporosis o anemia, se explican con anterioridad.

Tabla 4

Actividad sesión 3

Actividad	
“Telaraña de lana” (Bustillos y Vargas, 1990)	<ul style="list-style-type: none">• Objetivo: Promover la cohesión grupal y el conocimiento entre los compañeros• Duración: 15-20 minutos• Material: Ovillo de lana• Descripción: Con la ayuda del ovillo de lana, deberán ir pasándose entre los integrantes del grupo. Cuando reciban el ovillo dirán su nombre y una cualidad que consideren que les defina, y después pasarán el ovillo al siguiente compañero. Este deberá repetir lo que ha dicho el anterior y añadir su propia presentación y así sucesivamente hasta que se hayan presentado todos.

En la sesión 4, se discute de forma grupal la clasificación de comida como “buena” o “mala”, se realiza psicoeducación nutricional para modificar los patrones de alimentación, y en consecuencia, lograr un peso corporal y hábitos alimentarios saludables. En esta sesión se enseña la pirámide alimentaria y hábitos saludables de comida (Anexo 5), las consecuencias de las dietas, los riesgos y diferencias de la comida sana y comida basura o el etiquetado nutricional. En estas sesiones colaborará una nutricionista, quien elabora previamente el material a trabajar, en función de los resultados de las pruebas de conocimiento nutricional realizados anteriormente.

6.4.2. 2ª Fase

En las sesiones individuales 5, 6, 7, 8 y 9 se trabajan los pensamientos desadaptativos mediante la técnica de reestructuración cognitiva (en adelante RC) (Andrés y Bas, 1994; Díaz et al., 2012), que se utilizará a lo largo de toda la intervención.

Durante estas sesiones se explica el ABC de Ellis, y se expone con ejemplos la diferencia entre pensamiento racional e irracional, para su posterior identificación en el registro de pensamientos. Se le enseña la lista de distorsiones cognitivas (Anexo 6) e ideas irracionales, personalizada con ejemplos de pensamientos comentados. Además,

se realiza la discusión de pensamientos irracionales, con el objetivo de que el paciente adquiriera habilidades de autoreestructuración. Se le enseña a buscar pruebas a favor y en contra de cada pensamiento, consecuencias positivas y negativas de pensar así, pruebas de realidad y pensamientos alternativos. Dentro de esta discusión, se utiliza la técnica “inversión del rol racional” (Díaz et al., 2012). En ella, el paciente adquiere el papel de terapeuta, y este de paciente, y debe reestructurar lo que el terapeuta vaya exponiéndole, favoreciendo el distanciamiento de sus pensamientos. Después de aprender a autoreestructurarse, se realiza la técnica “Mi otro yo” (Tabla 5). Dado que se ha comprobado que los bailarines tienen altamente desarrollada la expresión de emociones, se pretende que mediante la danza pueda expresar sus emociones y pensamientos (Mouskounti et al., 2006).

Tabla 5

Actividad sesión 9

Por otra parte, se realiza un entrenamiento en habilidades de autocontrol, para reducir la ansiedad y las conductas purgativas o atracones (sesiones 10-14). En la sesión 10, de forma grupal, se les enseñan la técnica de la relajación muscular progresiva de Jacobson, y técnicas de distracción (ensayar, escuchar música...) (Díaz

Actividad	
“Mi otro yo”	<ul style="list-style-type: none">• Objetivo: Se pretende conseguir que, a través de la danza, exprese y busque una forma de reestructurarse los pensamientos que le están creando malestar.• Duración: 60 minutos• Material: No requiere material• Descripción: Representar mediante improvisación los pensamientos desadaptativos, para que pueda expresar todo aquello que siente y piensa a través de la danza. A continuación, de la misma forma, va a responder a esa improvisación con una nueva representación, buscando en su interior una manera de expresar esos pensamientos alternativos, expulsando de esta forma el malestar que le crean esos pensamientos irracionales.

et al., 2012). En la sesión 11, se entrena de forma grupal en autoinstrucciones (EA), para aprender a afrontar el atracón, las purgas o la ansiedad y así retrasar el refuerzo (Díaz et al., 2012). Durante este periodo deben utilizar las habilidades de autoreestructuración que han aprendido, adelantando consecuencias y discutiendo los pensamientos que presenten.

Finalmente, en las sesiones 12, 13 y 14, de forma individual, se realiza exposición con prevención de respuesta al atracón o a las conductas purgativas (Díaz et al., 2012), añadida a la RC, adaptándolo a las características de cada paciente. En el caso de que presenten solo restricción alimentaria, se realiza exposición gradual a los alimentos (Díaz et al., 2012), junto con RC, introduciéndole dos alimentos nuevos cada semana. Se le explica la técnica y su utilidad, elabora una lista de alimentos “prohibidos”, gradúan cada alimento según el nivel de ansiedad que le suscita, y firman un contrato conductual para establecer un acuerdo sobre su puesta en práctica. Para aquellos que presenten restricción alimentaria y conductas purgativas, se les realizan ambas técnicas, pudiendo aumentar el número de sesiones si resulta necesario.

En las sesiones 15, 16, 17 y 18 se trabaja de manera grupal la insatisfacción corporal y la autoestima, promoviendo la autoaceptación, el autoconocimiento, el autorrefuerzo y la autoconfianza. Estas sesiones se realizan por los maestros de danza. En primer lugar, se lleva a cabo la “técnica del espejo” (Tabla 6) elaborada por el doctor Fernando Bianco (1975). Se desarrolla en el aula donde realizan danza clásica (asignatura común de las tres especialidades), utilizando los ejercicios que suelen trabajar en la barra.

Tabla 6

Actividad sesión 15

Actividad

-
- “Técnica del espejo”** (Bianco, 1975)
- **Objetivo:** Realizar exposición al cuerpo, promover la autoaceptación, exponer al adolescente a las distorsiones de la imagen corporal que pueda presentar y fomentar la autoestima.
 - **Duración:** 60 minutos
 - **Material:** Espejo y barra para ejercicios.
 - **Descripción:** La técnica consiste en la exposición del bailarín/a al espejo, mientras realiza relajación y se le expone un cuestionamiento personal. Se coloca frente al espejo, realizando los ejercicios que suele hacer en danza clásica mientras se les exponen las preguntas. Cada ejercicio se encuentra relacionado con una de ellas:
 1. ¿Qué ves en el espejo? → tendu a 1ª posición, plié
 2. ¿Cómo es la persona que te mira desde el espejo? → Tendu a 3ª o 5ª posición y jetté
 3. ¿Lo conoces? → rond de jambe
 4. ¿Qué cosas buenas tiene esa persona? → fondu
 5. ¿Qué cosas malas tiene quien te mira desde el espejo? → frappé
 6. ¿Qué es lo que más te gusta de esa persona? → grand battement
 7. ¿Cambiarías algo de la persona del espejo? → adagio
-

Otra técnica que se implementa es “el bote de las caricias”. De manera análoga, se trabajará la insatisfacción corporal a través de la técnica “carta corporal”, basada en la actividad positiva “carta del perdón” (Rashid et al., 2016). Previo a la sesión, realizan las cartas que compartirán con sus compañeros y reflexionan sobre cómo se han sentido. En la Tabla 7 podemos observar estas actividades de manera desglosada.

Tabla 7

Actividades sesiones 16 y 17

Actividad

“Bote de las caricias” (Andreu, 2019)	<ul style="list-style-type: none">• Objetivo: Potenciar la autoestima, autoaceptación y el autorrefuerzo.• Duración: 60 minutos• Material: Bote, folios A4 y rotuladores• Descripción: Consiste en la creación de un bote, en el que incluyen frases o ideas positivas para hacer. En este bote participan todos los bailarines y profesores, incluyendo frases o cualidades positivas que consideran que tiene el compañero/a.
“Carta corporal” (Rashid et al., 2016)	<ul style="list-style-type: none">• Objetivo: Trabajar la insatisfacción corporal y distanciarse de ella. Promover el autoconocimiento sobre cómo se está tratando, y fomentar el perdón y la autoaceptación.• Duración: 60 minutos• Material: Folios A4 y bolígrafos• Descripción: Se les pide que elaboren una carta como si aquella parte que no les gusta de su cuerpo les escribiera apenados por la forma en la que les trata o piensan sobre él. Después, contestarán a esa parte del cuerpo pidiéndole perdón por el daño ocasionado.

Finalmente, en la sesión 18, se realiza la técnica “árbol de los logros” (Tabla 8) (Egea Sánchez, 2018). Previo a esta sesión, se pide a los bailarines que traigan un objeto que les represente, para colgarlo en el árbol. En el Anexo 7 podemos encontrar un ejemplo.

Tabla 8

Actividad sesión 18

Actividad	
“Árbol de los logros” (Egea Sánchez, 2018)	<ul style="list-style-type: none">• Objetivo: Potenciar autoestima, autoconocimiento y autorrefuerzo. Asimismo, como se coloca en el aula de danza, podrán recordar todos los días aquellas cualidades positivas que les representa y los logros conseguidos.

- Duración: 60 minutos
 - Material: Papel para tapar la pared, rotuladores de colores y objeto personal de cada bailarín/a.
 - Descripción: Dibujan entre todos un árbol grande en la pared del aula donde suelen dar las clases de danza (en el que previamente se pone un papel para no manchar directamente la pared) en el que todos participan. En las raíces, escriben aquellas cualidades positivas que presentan, tanto físicas como personales. Después, en la copa del árbol, como si fuera un fruto, cuelgan un objeto con los que se consideren identificados (como por ejemplo, unas puntas de ballet, unas castañuelas, un abanico...) y escribirán encima de ese objeto aquellos logros que consideren que han conseguido hasta ahora.
-

Las sesiones 19 y 20 se realizan de manera grupal. Se les aplica el Listado de fortalezas de Seligman (2002), para identificar las virtudes individuales de cada uno. Se realiza psicoeducación de la definición de fortalezas, las existentes, la diferencia con las capacidades innatas, cómo aplicarlas en su vida diaria y las consecuencias positivas de su utilización. Para potenciar las fortalezas se utiliza el documento 340 maneras de usar las fortalezas de los caracteres de Anjum y Rashid (2008), en el que viene su descripción y cómo estimularlas. Cada adolescente lo escribe en su "diario de fortalezas", donde añaden diariamente de qué forma las están utilizando. Se puede realizar con un cuadernillo que traigan o con cartulinas dobladas y grapadas, para hacerlo de manera manual, y así potenciar la creatividad.

En las sesiones 21 y 22, de manera grupal se realiza psicoeducación sobre el afecto positivo y negativo, relacionándolo con el desarrollo de fortalezas personales, y se enseñan estrategias sencillas para conseguir el afecto positivo, como compartir todos los días acontecimientos positivos con otros, crear un álbum de recuerdos positivos o felicitar a uno mismo cuando suceden cosas buenas. Asimismo, se realiza la técnica

“creamos un mini-yo” (Tabla 9), basada en la actividad positiva “Buenos y malos momentos” (Rashid et al., 2016).

Tabla 9

Actividad sesión 22

Actividad	
“Creamos un mini-yo” (Rashid et al., 2016)	<ul style="list-style-type: none">• Objetivo: Aprender a convivir consigo mismos, a aceptarse y quererse tal y como son, mientras siguen con su vida normal. Potenciar la autoestima, promover el afecto positivo y las emociones positivas, y motivar al adolescente a que comente los recuerdos positivos del día.• Duración: 60 minutos• Material: Plastilina• Descripción: Se reparte un trozo de plastilina a cada adolescente. A continuación, se les pide que realicen una figura de ellos mismos y que representen de manera desproporcionada sus defectos, inseguridades y/o cosas que no les gusten de su físico o personalidad. Después, ponen un nombre a su figura y se lo llevan a casa para que lo pongan en su habitación. Se les dan una serie de instrucciones que deben llevar a cabo todos los días, como por ejemplo, saludar a la figura todas las mañanas antes de irse al instituto o al conservatorio y, al final del día contarle cómo les ha ido el día y qué cosas positivas les han pasado.

De manera posterior, en la sesión 23 se trabaja el desarrollo de propósitos y satisfacción con la vida, mediante la “rueda de la vida” (Anexo 8) creada por el pionero Paul J. Meyer, en la que no solo evalúan el grado de satisfacción (0-10) en diferentes áreas (autoestima, amor, trabajo, salud, dinero, amistad, ocio, entorno, crecimiento personal y familia), sino que también reflexionan sobre metas o logros que les gustaría alcanzar en cada ámbito. Esta sesión se realiza de forma grupal por los maestros de danza.

Finalmente, las sesiones grupales 24 y 25, pretenden incrementar el pensamiento optimista, las relaciones positivas y la gratitud. Los familiares y amigos de los bailarines deben elaborar una serie de cartas, como en la actividad positiva “carta de gratitud” (Rashid et al., 2016), para expresar qué cualidades positivas consideran que presenta el adolescente, qué les gusta hacer con él/ella, qué planes les gustaría hacer en un futuro, y agradecerle por su compañía. Después, los adolescentes reflexionan sobre qué les ofrecen a sus familiares o amigos y qué reciben de ellos. Asimismo, se les enseña a establecer relaciones positivas, y a imaginar un futuro donde todo ha resultado de la mejor manera posible en diferentes ámbitos de la vida, a través de la actividad positiva “Mejor yo posible” (Botella et al., 2020), basada en el trabajo de King (2001).

6.4.3. 3ª Fase

Durante esta fase se pretende desarrollar la técnica “prevención de recaídas”. La sesión 26 se desarrolla de manera individual. Mediante un video, que se le manda con posterioridad, el joven habla a su “yo” del futuro sobre cómo se encuentra en ese momento, qué ha aprendido y cómo le gustaría continuar de ahora en adelante. Finalmente, en la sesión 27 de forma grupal se realiza un repaso de habilidades y conceptos que han aprendido, se identifican posibles factores de riesgo que pueden presentarse en ocasiones futuras y cómo afrontarlos. Todo esto se incluye en “el baúl de las herramientas”, en el que meterán en una caja todo lo que han trabajado durante la intervención, como por ejemplo los registros de pensamientos, “el diario de fortalezas”...Tras esto, se finaliza el programa con una despedida conjunta.

6.4.4. Sesiones padres y profesores de danza

Tras firmar los consentimientos y realizar la sesión de evaluación con los padres, comienza la intervención, desarrollada en 3 sesiones de 60 minutos junto con los padres/tutores legales y profesores del conservatorio. En la primera fase, se realizan 2 sesiones de psicoeducación de los factores de riesgo de la AN, cómo identificarlos y

controlarlos y sus consecuencias médicas, y de nutrición y planificación de comidas. Para ello, se utiliza material explicativo elaborado en un PowerPoint o diseño Canva y los pósters realizados a los bailarines. Se les proporcionará por correo toda la información desarrollada.

En la segunda fase, se les educa sobre autoestima y autoeficacia, su importancia para un correcto desarrollo cognitivo y emocional del adolescente, y cómo potenciarlo en casa y en el aula. Se les enseñan habilidades de refuerzo y potenciación del autorrefuerzo del adolescente. En el caso de los maestros, se les explica su participación en las técnicas de potenciación de la autoestima y de la satisfacción con la vida dentro del proceso de tratamiento.

Propuesta de intervención basada en Psicología Positiva para anorexia nerviosa en bailarines adolescentes

6.5. Cronograma de aplicación

PERIODOS	FASES	ACTIVIDADES	SESIONES PRESENCIALES																											RESPONSABLES	MODO		
			<i>Duración: 60 minutos</i>																														
			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27				
PRE-EVALUACIÓN		Consentimiento + administración instrumentos <i>Bailarines</i>																														Terapeutas	Correo
		Sesión evaluación <i>Padres</i>																														Terapeutas	Individual
		Consentimiento <i>Padres y Profesores</i>																														Terapeutas	Correo
		Sesiones evaluación <i>Bailarines</i>																														Terapeutas	Individual
INTERVENCIÓN	1ª	“Telaraña de lana” + Psicoeducación AN <i>Bailarines</i>																													Terapeutas	Grupal	
		Psicoeducación AN <i>Padres y profesores</i>																														Terapeutas	Grupal
		Psicoeducación nutrición <i>Bailarines</i>																														Nutricionista	Grupal
		Psicoeducación nutrición <i>Padres y profesores</i>																														Nutricionista	Grupal
		RC + “Mi otro yo”																													Terapeutas	Individual	
		relajación + distracción																													Terapeutas	Grupal	
	HH autocontrol EA																												Grupal				

7. Resultados

La presente propuesta abarca un tratamiento de TCC-M basado en actividades positivas, para reducir los factores de riesgo presentes en bailarines, potenciar su bienestar y satisfacción con la vida y aumentar las fortalezas, el afecto positivo y la madurez emocional. Para comprobar la eficacia del programa se presentaron periodos pre-post evaluación, un grupo control y 4 etapas de seguimiento. .

El procesamiento de los datos se lleva a cabo mediante el SPSS para *Windows* (versión 15.0). Se analizan cuantitativamente y cualitativamente los instrumentos para observar si se han producido cambios que justifiquen la eficacia del programa. Para ello, se comparan los resultados pre-post de cada instrumento. En primer lugar, en el EDI-3 se analizan los tamaños del efecto utilizando la *d* de Cohen, y para comparar la media y la desviación estándar entre el control y el experimental se utiliza la prueba T. Se observaría que las puntuaciones, previamente aumentadas en el primer periodo, han disminuido significativamente en la post-evaluación en todas las subescalas, lo que conllevaría un menor riesgo de padecer un TCA. Asimismo, se encontrarían diferencias significativas en las puntuaciones del EDI-3 con respecto al grupo control en la post-evaluación.

En el CDRS se calculan estadísticas descriptivas y se ejecutan regresiones lineales multivariantes para evaluar cómo los factores de riesgo se asocian con la puntuación de diferencia de la CDRS entre “figura percibida” y “figura deseada”. Se busca que las distorsiones de la imagen corporal se vean disminuidas, por lo que, los adolescentes se identificarán con una figura percibida más adaptada a la realidad y con una figura deseada más adaptativa. Para establecer el análisis del PANASN, se efectúa la rotación ortogonal (varimax) y la rotación oblicua (oblimin) para observar la correlación entre los factores. Se podría observar que, tras la intervención, las puntuaciones en afecto positivo se verán incrementadas, mientras que las de afecto negativo disminuirán.

Para el SLSS y el BMSLSS se usa una rotación Geoim y el método WLSMV. Las puntuaciones de la escala SLSS van de 7 a 42, significando una puntuación alta mayor satisfacción. Por tanto, habrá un aumento en todas las puntuaciones, objetando una mayor satisfacción con la vida en general, lo mismo que sucedería en el BMSLSS. Finalmente, en la prueba de conocimiento nutricional, se podrá observar una mejora de los conocimientos nutricionales, adquiriendo hábitos alimentarios más saludables.

Del mismo modo, se realizarán las comparaciones entre el grupo control y el experimental, a través del análisis de varianza multivariado (MANOVA). Se identificarán diferencias entre grupo control y experimental, viéndose una mejora en este último en el periodo post-evaluación. Sin embargo, las puntuaciones del grupo control se mantendrán o tendrán cambios muy ligeros. Esto validaría nuestra hipótesis y concluiría que la mejora se ha podido deber a la intervención. Finalmente, si la propuesta funciona adecuadamente se espera que en los cuatro periodos de seguimiento, se mantenga los conocimientos nutricionales, así como su puesta en práctica en la vida diaria. En referencia a los instrumentos, se verían ligeras modificaciones en las puntuaciones hacia la dirección de la falta de posibilidad de recaída o diagnóstico de AN futuro.

8. Conclusiones

Se presenta un programa cognitivo-conductual e intervenciones positivas para bailarines jóvenes de conservatorios profesionales. Abarca periodos de pre-post evaluación, en el que se administran los instrumentos sugeridos en los estudios encontrados, un periodo de intervención con 27 sesiones y 4 etapas de seguimiento. Se incluyen 27 sesiones, dado que los tratamientos revisados que consiguen mejoras en adolescentes, suelen presentar en torno a 20-30 sesiones si no presentan bajo peso. Asimismo, el programa incluye sesiones individuales y grupales, para que puedan ayudarse mutuamente y potenciar las relaciones positivas entre ellos. Asimismo, basado

en estudios anteriores, la intervención se divide en tres etapas (Bulik et al., 2015; Cooper et al., 2003; National Institute for Health and Care Excellence, 2017).

Otro aspecto incluido es la participación de los padres y profesores, dado su papel fundamental en la vida de los adolescentes. Su participación es importante para aumentar el beneficio de la intervención, aumentar su autoeficacia y reducir cierta sintomatología como la ansiedad (Agras et al., 2000; Brockmeyer et al., 2018; Gledhill et al., 2020; Goddard et al., 2011; Le Grange, 2005). Del mismo modo, los bailarines se ven expuestos a las presiones ejercidas por los coreógrafos e instructores, la falta de conocimientos nutricionales, y el exigente ideal de belleza por parte del conservatorio y los propios maestros, lo que puede propiciar el desarrollo de factores de riesgo (Amado et al., 2018; Braisted et al., 1985; Del Río y García-Dantas, 2016; Matalas et al., 2002). Por tanto, el programa incluye 3 sesiones de intervención con los padres y profesores para psicoeducarles en AN, aportarles conocimientos nutricionales y educarles en autoestima y autorrefuerzo. De este modo, se disminuye el riesgo de desarrollo de dichos factores de riesgo. Asimismo, se incluye a los maestros en algunas técnicas como la “técnica del espejo”, “el bote de las caricias”....

Debido a su profesión y la presión exigida, los bailarines pueden presentar numerosos factores de riesgo, por lo que es importante que se realicen intervenciones con ellos y se les eduque en conductas nutricionales saludables y patrones de comportamiento adaptativos. El programa va a actuar sobre la forma en la que ven la comida y cómo se sienten con el acto de comer, además de enseñarles educación nutricional y sobre la necesidad de una ingesta adecuada de energía y nutrientes (Matalas et al., 2002). También irá acompañada de psicoeducación del problema y de sus consecuencias médicas.

Tal y como sugiere la bibliografía, el programa incluye técnicas cognitivo-conductuales como exposición con prevención de respuesta, reestructuración cognitiva o entrenamiento en habilidades de autocontrol (Bronwyn y Waller, 2019; National

Institute for Health and Care Excellence, 2017). A pesar de que se ha observado que la TCC-M es un tratamiento útil en niños y adolescentes, en el seguimiento presenta numerosas recaídas. Por tanto, para mejorar la eficacia del programa, aumentar la posibilidad de recuperación y reducir la posibilidad de recaída se incluyen conceptos de la PP, como optimismo, satisfacción con la vida, gratitud, relaciones positivas... (Botella et al., 2020; Calugi et al., 2019a; Wehbe, 2019). Se presentan actividades positivas como la carta del perdón, el diario de fortalezas o la rueda de la vida.

Asimismo, una de las limitaciones que se han encontrado en estudios como los de Bar et al. (2017) o Piran (1999), es la falta de grupo control. Por tanto, se añade un grupo control de otro conservatorio de danza, para comparar los resultados y comprobar la efectividad de la intervención. Del mismo modo, existen 4 etapas de seguimiento para verificar el efecto de la intervención a largo plazo. Gracias al programa presentado, se pueden disminuir factores de riesgo como obsesión por la delgadez, ansiedad por la comida o necesidad de control, aumentar su satisfacción con la vida, el afecto positivo y las fortalezas personales. Dada la falta de programas de intervención en bailarines y la necesidad de disminuir los factores de riesgo a los que están expuestos, este proyecto resulta novedoso e imprescindible.

En referencia a las limitaciones, comentar la posibilidad de pérdida de participantes tanto en el periodo de intervención como de seguimiento, lo que podría alterar ligeramente los resultados. Asimismo, es posible que los padres/tutores legales y los profesores de danza puedan negarse a participar dentro de la intervención, por lo que, en este caso, todas las actividades tendrían que ser realizadas por los terapeutas. Bien es cierto, que no se podría realizar una evaluación de forma completa, pero gracias a la gran cantidad de instrumentos y las sesiones de evaluación con los bailarines, podríamos obtener información suficiente para el periodo de intervención. Dadas las circunstancias actuales de pandemia mundial, resulta importante comentar que, si no se pudiera realizar de manera presencial, podría desarrollarse de forma online,

adaptando el material explicativo a otros programas y pidiendo, previo a la sesión online, que traigan el material necesario.

Resultaría interesante que en próximas investigaciones se tuviera en cuenta la comorbilidad existente en AN, investigando sobre ella en bailarines y añadiendo a la intervención, programas de prevención de posibles disfunciones sexuales, TOC, abuso de alcohol...que pudieran surgir a consecuencia de la sintomatología de la AN. Del mismo modo, resultaría útil añadir un programa de intervención específico a profesores de danza, lo que podría ayudar a mejorar el correcto desarrollo del adolescente, reducir la exposición a factores de riesgo y por ende, disminuir la posibilidad de un diagnóstico futuro de AN.

Los hallazgos encontrados en bailarines respaldan la utilidad y necesidad de los tratamientos para reducir la sintomatología de TCA. A pesar de esto, existen pocos programas en entornos de alto riesgo a desarrollar TCA como escuelas de danza. La investigación científica sobre bailarines debe ampliarse y luego traducirse en recomendaciones y programas de intervención (Bar et al., 2017; Matalas et al., 2002).

9. Referencias bibliográficas

- Abd, G., Claudino, A. M., Hay, P. J., y Touyz, S. (2015). Individual psychological therapy in the outpatient treatment of adults with anorexia nervosa. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (7), 1-98. <https://doi.org/10.1002/14651858.cd003909.pub2>
- Ackard, D. M., Cronemeyer, C. L., Egan, A., Enger, S., y Richter, S. (2014). The meaning of (quality of) life in patients with eating disorders: a comparison of generic and disease-specific measures across diagnosis and outcome. *International Journal of Eating Disorders*, 47(3), 259-267. <https://doi.org/10.1002/eat.22193>
- Agras, W. S., Brandt, H., Bryson, S. W., Dodge, E., Halmi, K. A., Jo, B., Johnson, C., Kaye, W., Lock, J., Wilfley, D. y Woodside, B. (2014). Comparison of 2 family

- therapies for adolescent anorexia nervosa: a randomized parallel trial. *JAMA Psychiatry*, 71(11), 1279-1286.
<https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2014.1025>
- Agras, W. S., Dare, C., Le Grange, D., y Lock, J. (2000). *Treatment manual for anorexia nervosa: A family-based approach*. Guildford Press.
- Ajtlbez, L., Babić, D., Barać, K., Franjić, D., Haxhibeqiri, S. S., y Martinac, M. (2020). *Psychic Symptoms and Self-Esteem in Dancers. Psychiatria Danubina*, 32, 244-253.
- Albieri, E., Ruini, C., y Vescovelli, F. (2017). *Positive Narrative Therapy for an Unspecified Eating Disorder: A Child Case Report. Clinical Case Studies*, 16(5), 351-369. <https://doi.org/10.1177%2F1534650117698799>
- Alfaro, J., García, C., Gaudlitz, L., Guzmán, J., Oyanedel, J. C., y Sirlopú, D. (2015). *Propiedades psicométricas de la Escala Breve Multidimensional de Satisfacción con la Vida para Estudiantes (BMSLSS) en población infantil chilena (10-12 años). Universitas Psychologica*, 14(1), 15-27.
<http://dx.doi.org/10.11144/Javeriana.upsy14-1.ppeb>
- Alfaro, J., García, C., Gaudlitz, L., Guzmán, J., Reyes, F., y Sirlopú, D. (2016). *Propiedades psicométricas de la Escala de Satisfacción con la Vida en los Estudiantes (SLSS) de Huebner en niños y niñas de 10 a 12 años de Chile. Anales de Psicología*, 32(2), 383-392.
<http://dx.doi.org/10.6018/analesps.32.2.217441>
- Álvarez-Malé, M. L., Bautista, I., y Serra, L. (2015). *Prevalencia de los trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes de Gran Canaria. Nutrición Hospitalaria*, 31(5), 2283-2288. <http://dx.doi.org/10.3305/nh.2015.31.5.8583>
- Amado, D., García Dantas, A., del Río, C., y Sánchez-Miguel, P. A. (2018). *Factors Dancers Associate with their Body Dissatisfaction. Body image*, 25, 40-47.
<https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2018.02.003>

- American Psychiatric Association. (2014). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5®): Spanish Edition of the Desk Reference to the Diagnostic Criteria From DSM-5® (5ª ed.). (A. P. Pub, Ed.) Panamericana.
- Andrés, V., & Bas, F. (1990). Abandono voluntario de la terapia y recaídas en el seguimiento de 64 depresivos unipolares tratados con terapia cognitivo-conductual. *Psicología española en la Europa de los 90. Ciencia y profesión*, 6, 210-214.
- Andreu, M. (2019). Herramientas para trabajar la autoestima con adolescentes.
- Anjum, A., & Rashid, T. (2008). 340 maneras de usar las fortalezas de los caracteres. <http://www.viastrengths.org/Applications/Exercises/tabid/132/Default.aspx>
- Arana, F., Armatta, A. M., Elizathe, L., Leonardelli, E., Murawski, B., y Rutzstein, G. (2010). Trastornos alimentarios en mujeres adolescentes: un estudio comparativo entre pacientes, estudiantes de danza y estudiantes de escuelas medias. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 39(2), 329-346. [https://doi.org/10.1016/S0034-7450\(14\)60254-7](https://doi.org/10.1016/S0034-7450(14)60254-7)
- Arcelus, J., Mitchell, A., y Witcomb, G. (2014). Prevalence of eating disorders amongst dancers: a systemic review and meta-analysis. *European Eating Disorder Review*, 22(2), 92-101. <https://doi.org/10.1002/erv.2271>
- Arun, C. P. (2008). Drive for Leanness, Anorexia Nervosa, and Overactivity: The Missing Link. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 526-529. <https://doi.org/10.1196/annals.1410.055>
- Asen, E., Berelowitz, M., Connan, F., Eisler, I., Ellis, G., Hodsoll, J., Hugo, P., Landau, S., Simic, M., Schmidt, V., Treasure, J. y Yi, I. (2016). A pragmatic randomised multi-centre trial of multifamily and single family therapy for adolescent anorexia nervosa. *BMC Psychiatry*, 16(1), 1-14. <https://doi.org/10.1186/s12888-016-1129-6>

- Ballardini, D., Schumann, R., Tecuta, L., & Tomba, E. (2017). Does psychological well-being change following treatment? An exploratory study on outpatients with eating disorders. *Comprehensive Psychiatry*, *74*, 61-69. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2017.01.001>
- Bar, R. J., Cassin, S. E., y Dionne, M. M. (2017). The long-term impact of an eating disorder prevention program for professional ballet school students: A 15-year follow-up study. *Eating Disorders*, *25*(5), 375-387. <https://doi.org/10.1080/10640266.2017.1308731>
- Bärnighausen, T., Bountogo, M., Friederich, H.-C., Harling, G., Nikendei, C., Ouermi, L., Sié, A. y Terhoeven, V. (2020). Eating disorders, body image and media exposure among adolescent girls in rural Burkina Faso. *Tropical Medicine and International Health*, *25*(1), 132-141. <https://doi.org/10.1111/tmi.13340>
- Batista, M., Begovac, I., Jakovina, T., Žaja, O., y Žigić, L. (2018). Predictors of eating disorder risk in anorexia nervosa adolescents. *Acta Clinica Croatica*, *57*(3), 399-410. <https://doi.org/10.20471/acc.2018.57.03.01>
- Bergsma, A., de Graaf, R., Have, M. t., y Veenhoven, R. (2011). Do they know how happy they are? on the value of self-rated happiness of people with a mental disorder. *Journal of Happiness Studies: An Interdisciplinary Forum on Subjective Well-being*, *12*(5), 793-806. <http://dx.doi.org/10.1007/s10902-010-9227-5>
- Bianco, F. (1975). Técnica del espejo.
- Bijkerk, C. A., Bohlmeijer, E. T., De Vos, J. A., LaMarre, A., Radstaak, M., y Westerhof, G. J. (2017). Identifying fundamental criteria for eating disorder recovery: a systematic review and qualitative meta-analysis. *Journal of eating disorders*, *5*(1), 1-14. <https://doi.org/10.1186/s40337-017-0164-0>
- Booij, L., Fletcher, É., Gauvin, L., Islam, F., Israël, M., Sansfaçon, J., y Steiger, H. (2020). Pretreatment motivation and therapy outcomes in eating disorders: A systematic

- review and meta-analysis. *International Journal of Eating Disorders*, 53(12), 1879-1900. <https://doi.org/10.1002/eat.23376>
- Botella, C., Bretón-López, J., Enrique, A., Llorca, G., y Molinari, G. (2020). Implementation of a positive psychology group program in an inpatient eating disorders service: a pilot study. *Eating and Weight Disorders*, 1-10. <https://doi.org/10.1007/s40519-020-00908-5>
- Braisted, J. R., Gong, E. J., Irwin, C. E., y Mellin, L. (1985). The adolescent ballet dancer. Nutritional practices and characteristics associated with anorexia nervosa. *Journal of adolescent health care*, 6(5), 365-371. [https://doi.org/10.1016/s0197-0070\(85\)80004-8](https://doi.org/10.1016/s0197-0070(85)80004-8)
- Brockmeyer, T., Friederich, H.-C., y Schmidt, U. (2018). Advances in the treatment of anorexia nervosa: a review of established and emerging interventions. *Psychological Medicine*, 48(8), 1228-1256. <https://doi.org/10.1017/s0033291717002604>
- Bronwyn, R., y Waller, G. (2019). Behavioral Interventions in the treatment of eating disorders. *Psychiatric Clinics of North America*, 42(2), 181-191. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2019.01.002>
- Brownell, T., Schrank, B., Slade, M., y Tylee, A. (2014). Positive psychology: an approach to supporting recovery in mental illness. *East Asian Archives of Psychiatry*, 24(3), 95-103.
- Bulik, C. M., y Watson, H. J. (2013). Update on the treatment of anorexia nervosa: review of clinical trials, practice guidelines and emerging interventions. *Psychological Medicine*, 43(12), 2477-2500. <https://doi.org/10.1017/s0033291712002620>
- Bulik, C. M., Giel, K. E., Hay, P., Schmidt, U., y Zipfel, S. (2015). Anorexia nervosa: aetiology, assessment, and treatment. *Lancet Psychiatry*, 2(12), 1-13. [https://doi.org/10.1016/s2215-0366\(15\)00356-9](https://doi.org/10.1016/s2215-0366(15)00356-9)

- Bustillos, G., & Vargas, L. (1990). Técnicas participativas para la educación popular. Centro de Investigación y Desarrollo de la Educación.
- Calugi, S., Dalle, R., Doll, H. A., y Fairburn, C. G. (2013). Enhanced cognitive behaviour therapy for adolescents with anorexia nervosa: an alternative to family therapy? *Behaviour Research and Therapy*, 51(1), 9-12. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2012.09.008>
- Calugi, S., Dalle, R., y Sartirana, M. (2019a). Enhanced cognitive behavioral therapy for adolescents with anorexia nervosa: Outcomes and predictors of change in a real-world setting. *International Journal of Eating Disorder*, 52(9), 1042-1046. <https://doi.org/10.1002/eat.23122>
- Calugi, S., Dalle, R., Eckhardt, S., y Daniel, L. (2019b). A conceptual comparison of family-based treatment and enhanced cognitive behavior therapy in the treatment of adolescents with eating disorders. *Journal of Eating Disorders*, 7(1), 1-9. <https://doi.org/10.1186/s40337-019-0275-x>
- Caracuel, J. C., y García-Dantas, A. (2011). Factors that influence students' dropping out of a dance conservatory. *Revista Iberoamericana de Psicología del Ejercicio y del Deporte*, 6(1), 79-97.
- Chancellor, J., Layous, K., y Lyubomirsky, S. (2014). Positive Activities as Protective Factors Against Mental Health Conditions. *Journal of Abnormal Psychology*, 123(1), 3-12. <http://dx.doi.org/10.1037/a0034709>
- Cherot, P., Romero, M., y Sandín, B. (1997). Datos preliminares con el cuestionario de afecto positivo y negativo para niños y adolescentes (PANASN). I Congreso de la Asociación Española de Psicología Clínica y Psicopatología, Madrid.
- Clark, L. A., Tellegen, A., y Watson, D. (1988). Development and validation of brief measures of positive and negative affect: The PANAS scales. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54(6), 1063-1070. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.54.6.1063>

- Contaldo, F., De Caprio, C., De Filippo, E., Marra, M., Pasanisi, F., Sammarco, R., y Speranza, E. (2019). Resting Energy Expenditure, Body Composition and Phase Angle in Anorectic, Ballet Dancers and Constitutionally Lean Males. *Nutrients*, 11(3), 1-7. <https://doi.org/10.3390/nu11030502>
- Cooper, Z., Fairburn, C. G., y Shafran, R. (2003). Cognitive behaviour therapy for eating disorders: a "transdiagnostic" theory and treatment. *Behaviour Research and Therapy*, 41(5), 509-528. [https://doi.org/10.1016/s0005-7967\(02\)00088-8](https://doi.org/10.1016/s0005-7967(02)00088-8)
- Csikszentmihalyi, M. (1997). Evolution and flow. *NAMTA Journal*, 22(1), 118-149.
- Csikszentmihalyi, M., y Seligman, M. E. (2000). Positive psychology: An introduction. *American Psychologist*, 55(1), 5-14. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.55.1.5>
- Cumming, S. P., Haase, A. M., Malina, R. M., y Mitchell, S. B. (2016). The role of puberty in the making and breaking of young ballet dancers: Perspectives of dance teachers. *Journal of Adolescence*, 47, 81-89. <https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2015.12.007>
- Dawson, L., Rhodes, P., y Touyz, S. W. (2015). Defining recovery from anorexia nervosa: a Delphi study to determine expert practitioners' views. *Journal of Eating Disorders*, 1, 1-12. <http://dx.doi.org/10.1080/21662630.2015.1009145>
- Del Río, C., y García-Dantas, A. (2016). Insatisfacción corporal e ideas sobrevaloradas en danza. GRIN.
- Dettmer, E., Huniewicz, P., Omiwole, M., Paslakis, G., y Richardson, C. (2019). Review of Mindfulness-Related Interventions to Modify Eating Behaviors in Adolescents. *Nutrients*, 11(12), 1-16. <https://doi.org/10.3390/nu11122917>
- Díaz, M. I., Ruíz, M. A., y Villalobos, A. (2012). Manual de técnicas de intervención cognitivo conductuales. Desclée De Brouwer.
- Duraković-Belko, E., y Zoletić, E. (2009). Body image distortion, perfectionism and eating disorder symptoms in risk group of female ballet dancers and models and in control group of female students. *Psychiatria Danubina*, 21(3), 302-309.

- Egea Sánchez, E. (2018). *Árbol de los logros*. <http://www.sicomurcia.es/juegos-educativos/>
- Elizathe, L., Murawski, B., Rutzstein, G., y Scappatura, M. L. (2010). Eating disorders: Detection in female and male adolescents in Buenos Aires. A two-stage study. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 1(1), 48-61. <https://doi.org/10.22201/fesi.20071523e.2010.1.6>
- Elosua, P., López-Jáuregui, A., y Sánchez, F. (2010). EDI-3 Inventario de trastornos de la conducta alimentaria-3. TEA Ediciones.
- Fontenelle, L. F., Luna, J. V., y Nascimento, A. L. (2012). Body dysmorphic disorder and eating disorders in elite professional female ballet dancers. *Annals of Clinical Psychiatry*, 24(2), 1-5.
- Fuller, R., y Peterson, K. (2019). Anorexia nervosa in adolescents: An overview. *Nursing*, 49(10), 24-30. <https://doi.org/10.1097/01.nurse.0000580640.43071.15>
- Gable, S. L., y Haidt, J. (2005). What (and Why) is Positive Psychology? *Review of General Psychology*, 9(2), 103-110. <https://doi.org/10.1037%2F1089-2680.9.2.103>
- Gardner, D. M., Olmstead, M. P., y Polivy, J. (1983). Development and validation of a multidimensional eating disorder inventory for anorexia nervosa and bulimia. *International Journal of Eating Disorders*, 2(2), 15-34. [https://doi.org/10.1002/1098108X\(198321\)2:2%3C15::AIDEAT2260020203%3E3.0.CO;2-6](https://doi.org/10.1002/1098108X(198321)2:2%3C15::AIDEAT2260020203%3E3.0.CO;2-6)
- Garner, D. M. (2004). EDI-3, Eating Disorder Inventory-3. Psychological Assessment Resources.
- Garner, D. M. (2010). EDI-3, Inventario de trastornos de la conducta alimentaria-3. TEA ediciones.
- Gearhart, M. G., Meehan, W. P., Stracciolini, A., y Sugimoto, D. (2018). Body Satisfaction, Performance Perception, and Weight Loss Behavior in Young

- Female Dancers. *Medical Problems of Performing Artists*, 33(4), 225-230.
<https://doi.org/10.21091/mppa.2018.4033>
- Giguere, M. (2015). Anorexia Nervosa and the Dancer: Perspectives for the Dance Educator. *Dance Education in Practice*, (1), 8-10.
<https://doi.org/10.1080/23734833.2015.1068066>
- Gill, D. L., Jamieson, K. M., Reel, J. J., y SooHoo, S. (2005). Femininity to the extreme: Body image concerns among college female dancers. *Women in Sport & Physical Activity Journal*, 14(1), 39-51. <http://dx.doi.org/10.1123/wspaj.14.1.39>
- Giraldi, A., Lokind, T. S., Magnus, J., Price, T., Treasure, J., y Zebitz, M. (2020). Sexual function and dysfunction among women with anorexia nervosa: A systematic scoping review. *International Journal of Eating Disorders*, 53, 1-23.
<https://doi.org/10.1002/eat.23299>
- Gledhill, J., Harvey, L., Hosking, A., Nicholls, D., Rosello, R., Viner, R., Watking, B. y Yi, I. (2020). Early intervention in child and adolescent eating disorders: The role of a parenting group. *European eating disorders review*, 1-8.
<https://doi.org/10.1002/erv.2798>
- Goddard, E., Macdonald, P., Murray, J., y Treasure, J. (2011). Carer's experience and perceived effects of a skills based training programme for families of people with eating disorders: a qualitative study. *European Eating Disorders Review*, 19(6), 475-486. <https://doi.org/10.1002/erv.1065>
- Gray, J., y Thompson, M. (1995). Development and validation of a new body-image assessment scale. *Journal of Personality Assessment*, 64(2), 258-269.
https://doi.org/10.1207/s15327752jpa6402_6
- Hambrook, D., Harrison, A., Marin, M. A., y Tchanturia, K. (2015). Why Study Positive Emotions in the Context of Eating Disorders? *Current Psychiatry Reports*, 17(1), 1-12. <https://doi.org/10.1007/s11920-014-0537-x>

- Harrington, B. C., Haxton, C., Jimerson, D. C., y Jimerson, M. (2015). Initial evaluation, diagnosis, and treatment of anorexia nervosa and bulimia nervosa. *American Academy of Family Physicians*, 91(1), 46-52.
- Hay, P. (2013). A systematic review of evidence for psychological treatments in eating disorders: 2005-2012. *International Journal of Eating Disorders*, 46(5), 462-469. <https://doi.org/10.1002/eat.22103>
- Hervás, G., y Vázquez, C. (2008). Psicología positiva aplicada. Desclée de Brouwer.
- Hervás, G., Ho, S. M., y Vazquez, C. (2006). Intervenciones clínicas basadas en la psicología positiva: Fundamentos y aplicaciones. *Psicología Conductual-Revista Internacional De Psicología Clínica De La Salud*, 401-432.
- Herzog, D. B., y Norman, D. K. (1986). A 3-year outcome study of normal-weight bulimia: assessment of psychosocial functioning and eating attitudes. *Psychiatry Research*, 19(3), 199-205. [https://doi.org/10.1016/0165-1781\(86\)90098-3](https://doi.org/10.1016/0165-1781(86)90098-3)
- Huebner, E. S. (1991). Initial Development of the Student's Life Satisfaction Scale. *School Psychology International*, 12(3), 231-240. <https://doi.org/10.1177%2F0143034391123010>
- Huebner, E. S., Seligson, J. L., y Valois, R. F. (2003). Preliminary Validation of the Brief Multidimensional Students' Life Satisfaction Scale (BMSLSS). *Social Indicators Research*, 61, 121-145. <https://doi.org/10.1023/A:1021326822957>
- Kass, A. E., Kolko, R. P., y Wilfley, D. E. (2013). Psychological treatments for eating disorders. *Current Opinion in Psychiatry*, 26(6), 549-555. <https://doi.org/10.1097/ycp.0b013e328365a30e>
- King, L. A. (2001). The Health Benefits of Writing about Life Goals. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 27(7), 798-807. <https://doi.org/10.1177/0146167201277003>
- Le Grange, D. (2005). The Maudsley family-based treatment for adolescent anorexia nervosa. *World Psychiatry*, 4(3), 142-146.

- Lenoir, M., y Silber, T. J. (2006). Anorexia nerviosa en niños y adolescentes (Parte 2). *Archivos Argentinos de Pediatría*, 104(4), 338-344.
- Lock, J. (2019). Updates on Treatments for Adolescent Anorexia Nervosa. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 28(4), 523-535. <https://doi.org/10.1016/j.chc.2019.05.001>
- Lyubomirsky, S. (2008). La ciencia de la felicidad. Ediciones Urano.
- Lyubomirsky, S., Schkade, D., y Sheldon, K. M. (2005). Pursuing Happiness: The Architecture of Sustainable Change. *Review of general psychology*, 9(2), 111-131. <https://doi.org/10.1037/1089-2680.9.2.111>
- Maciel, L., Maria dos Santos, S., Mezzomo, T. R., y Yumi, K. (2017). Sintomas de transtornos alimentares em bailarinos profissionais. *Nutrición clínica y dietética hospitalaria*, 37(3), 151-157. <http://dx.doi.org/10.12873/373mezzomo>
- Matalas, A.-L., Sitara, M., y Yannakoulia, M. (2002). Reported eating behavior and attitudes improvement after a nutrition intervention program in a group of young female dancers. *International Journal of Sport Nutrition and Exercise Metabolism*, 12(1), 24-32. <https://doi.org/10.1123/ijsnem.12.1.24>
- Ministerio de Agricultura, A. y. (2010). *Pirámide de la dieta mediterránea*. https://www.alimentosdespana.es/images/es/piramide_ni%C3%B1os%20Dieta%20Mediterr%C3%A1nea%20completa_2_tcm69-481313.pdf
- Moran, G. S., y Nemeck, P. B. (2013). Walking on the sunny side: What positive psychology can contribute to psychiatric rehabilitation concepts and practice. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 36(3), 202-208. <https://doi.org/10.1037/prj0000012>
- Mouskounti, T., Niven, L., y Petrides, K. V. (2006). The trait emotional intelligence of ballet dancers and musicians. *Psicothema*, 18, 101-107.
- National Institute for Health and Care Excellence. (2017). *Eating disorder: recognition and treatment NICE guideline*. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng69>

- Nicholls, D. E., y Yi, I. (2012). Early intervention in eating disorders: a parent group approach. *Early Intervention in Psychiatry*, 6(4), 357-367. <https://doi.org/10.1111/j.1751-7893.2012.00373.x>
- Nordin-Bates, S. M., Redding, E., y Walker, I. J. (2011). Correlates of disordered eating attitudes among male and female young talented dancers: findings from the UK centres for advanced training. *Eating Disorders*, 19(3), 211-233. <https://doi.org/10.1080/10640266.2011.564976>
- Park, N., Peterson, C., y Seligman, M. E. (2004). Strengths of character and wellbeing. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 23(5), 603-619. <https://doi.org/10.1521/jscp.23.5.603.50748>
- Park, N., Peterson, C., y Sun, J. K. (2013). La Psicología Positiva: Investigación y aplicaciones. *Terapia psicológica*, 31(1), 11-19. <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082013000100002>
- Park, N., Peterson, C., Seligman, M. E., y Steen, T. A. (2005). Positive Psychology Progress: Empirical Validation of Interventions. *American psychologist*, 60(5), 410-421. <http://dx.doi.org/10.1037/0003-066X.60.5.410>
- Parks, A. C., Rashid, T., & Seligman, M. E. (2006). Positive psychotherapy. *American Psychologist*, 61(8), 774-788. <https://doi.org/10.1037/0003-066x.61.8.774>
- Paxton, S. J., Tilgner, L., y Wertheim, E. H. (2004). Test-retest reliability and construct validity of Contour Drawing Rating Scale scores in a sample of early adolescent girls. *Body image*, 1(2), 199-205. [https://doi.org/10.1016/s1740-1445\(03\)00024-x](https://doi.org/10.1016/s1740-1445(03)00024-x)
- Piran, N. (1999). Eating Disorders: A Trial of Prevention in a High Risk School Setting. *Journal of Primary Prevention*, 20(1), 75-90. <https://doi.org/10.1023/A:1021358519832>

- Rashid, T., Riches, S., Schrank, B., y Slade, M. (2016). WELLFOCUS PPT: Modifying Positive Psychotherapy for Psychosis. *Psychotherapy*, 53(1), 68-77. <http://dx.doi.org/10.1037/pst0000013>
- Rienecke, R. D. (2017). Family-based treatment of eating disorders in adolescents: current insights. *Adolescent Health, Medicine and Therapeutics*, 8, 69-79. <https://doi.org/10.2147/ahmt.s115775>
- Sandin, B. (2003). Escalas PANAS de afecto positivo y negativo para niños y adolescentes (PANASN). *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 8(2), 173-182. <https://doi.org/10.5944/rppc.vol.8.num.2.2003.3953>
- Seligman, M. (2002). La auténtica felicidad. Vergara.
- Vera, B. (2006). Psicología Positiva: una nueva forma de entender la psicología. *Papeles del Psicólogo*, 27(1), 3-8.
- Wehbe, C. (2019). An update on the medical consequences of anorexia nervosa. *Current opinion in Pediatrics*, 31(4), 448-453. <https://doi.org/10.1097/mop.0000000000000755>
- World Health Organization. (2018). *International classification of diseases for mortality and morbidity statistics (11th Revision)*. <https://icd.who.int/browse11/l-m/en>

10. Anexos

10.1. Anexo 1. Hoja de información al participante

HOJA DE INFORMACIÓN AL PARTICIPANTE

Nos dirigimos a usted por medio del presente documento para informarle sobre las características de las condiciones de la investigación en desarrollo, por parte de la psicóloga Laura Sanz Porras, estudiante del Máster en Psicología General Sanitaria del Centro Universitario Cardenal Cisneros, con motivo de la realización de su Trabajo Fin de Máster. El estudio ha sido aprobado por el Comité de Ética de la Investigación de la Universidad de Alcalá de Henares y de los conservatorios Real Conservatorio Profesional de Danza Mariemma y Conservatorio Profesional De Danza Carmen Amaya.

Nuestra intención es que usted reciba la información correcta y suficiente para que pueda decidir si acepta o no participar en el proceso de este programa. Para ello lea esta hoja informativa con atención y nosotros le aclararemos las dudas que le puedan surgir. Si durante su participación presenta alguna duda o necesita obtener más información, póngase en contacto a través del correo laura.sanz@alu.cucc.es.

Datos de la investigación

- Título del estudio: Programa de intervención para bailarines jóvenes con sintomatología de anorexia nerviosa
- Lugar de realización: Centro de psicología y Real Conservatorio Profesional de Danza Mariemma
- Finalidad del estudio para la cual consiente: Mejorar la sintomatología de anorexia nerviosa, la satisfacción con la vida, las fortalezas y emociones positivas del adolescente
- Beneficios esperados para el participante: Se reducirán aquellos síntomas que pudiera presentar y se potenciarán las emociones positivas, además de reducir las negativas. Por tanto, el adolescente tendría una mejor calidad de vida, además de reducir la posibilidad de que en un futuro pudiera presentar un diagnóstico de anorexia nerviosa.

Descripción del estudio

En este estudio participa el Real Conservatorio Profesional de Danza Mariemma y el Conservatorio Profesional De Danza Carmen Amaya, estimándose que participen un total de 36 alumnos del primer curso de enseñanzas profesionales de cada centro, contando que por cada especialidad existen 12 alumnos por clase.

A los participantes del Real Conservatorio Profesional de Danza Mariemma se les aplicará evaluación, es decir, la administración de cuestionarios, e intervención. Los bailarines del Conservatorio Profesional De Danza Carmen Amaya recibirán solo la parte de evaluación, para comprobar la efectividad del programa de intervención.

El programa se encuentra englobado en 27 sesiones que se desarrollarán de forma individual y grupal en el Centro de psicología y en el Real Conservatorio Profesional de Danza Mariemma. Después de realizar la intervención, habrá un proceso de seguimiento dividido en 4 momentos puntuales: a los 6 meses después, un año después, en el momento de graduación y 5 años después de la graduación.

Usted podrá negarse a participar dentro del estudio, dado que su participación es completamente voluntaria. Asimismo tendrá derecho a la revocación del consentimiento y sus efectos en cualquier momento, incluida la posibilidad de la destrucción o de la anonimización de la muestra, y de que tales efectos no se extiendan a los resultados de la investigación.

Protección de datos personales

La investigadora se compromete al cumplimiento de lo dispuesto en el Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo de 27 de abril de 2016 relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales.

Los datos recogidos estarán identificados mediante un código y será incluidos en un fichero creado bajo nuestra responsabilidad, de manera que no incluya información identificativa. Su información personal quedará restringida al Comité de Ética de la investigación, el centro de psicología, el Real Conservatorio Profesional de Danza Mariemma y el Conservatorio Profesional De Danza Carmen Amaya, cuando lo precisen para comprobar los datos y procedimiento del estudio, pero siempre manteniendo la confidencialidad de los mismos de acuerdo a la legislación vigente. El tratamiento, la comunicación y la cesión de los datos de carácter personal de todos los participantes se ajustarán a lo dispuesto en la ley.

De acuerdo a lo establecido en la ley de protección de datos, usted tendrá derecho a ejercer sus derechos de acceso, rectificación, supresión, portabilidad de sus datos, de limitación y oposición a su tratamiento dirigiéndose por escrito a cualquiera de los profesionales responsables de la intervención o a través del siguiente correo electrónico: laura.sanz@alu.cucc.es.

En _____, a _____ de _____ de 20__

Firma del participante

Firma del psicólogo

10.2. Anexo 2. Consentimiento informado menores

CONSENTIMIENTO INFORMADO MENORES

D/a _____ y D/a _____,
mayores de edad, con domicilio en _____ y provistos de
DNI número _____ y DNI número _____,
respectivamente, por el presente documento aceptamos y confirmamos que nuestro
hijo/a: _____ con edad _____

AUTORIZO A:

- Participar de forma voluntaria en el periodo de evaluación y, por ende, en la administración de los instrumentos necesarios.
- Participar en las actividades que se encuentran dentro del programa de intervención. De acuerdo con la normativa legal, la autorización de la familia o tutores/as legales del alumnado es preceptiva para la realización de cualquier actividad. En consecuencia, el alumnado que no presente la correspondiente autorización no realizará ninguna dinámica.
- Durante el mismo, es necesario que se realice la filmografía de video. Autorizo a la fijación, reproducción, de su imagen, en cualquier soporte o formato, para su utilización terapéutica, en cualquier medio a disposición de los profesionales. Así bien, conozco que podré ejercer el derecho de acceso, rectificación, cancelación y oposición a través de comunicación escrita, fechada y firmada, aportando fotocopia de mi DNI o documento equivalente e identificándome como padre, madre o tutor de uno de los participantes. En el caso de que permita la toma de fotografías, marque una X en esta casilla En caso de no marcarla, el centro no permitirá la reproducción de fotografías al menor.
- Facilitar la información correspondiente a su hijo/a (instrumentos de evaluación), que con posterioridad a su realización serán mandados al siguiente correo: laura.sanz@alu.cucc.es
- Al finalizar la firma de este documento, nuevamente mandar al correo: laura.sanz@alu.cucc.es

Recibiré una copia firmada y fechada de este documento de consentimiento informado.
Presto libremente mi conformidad para participar en el estudio.

En Madrid a _____ de _____ de _____

Firmas de AMBOS padres/tutores legales:

Firma del psicólogo/a:

10.3. Anexo 3. Consentimiento informado padres/tutores legales y profesores

CONSENTIMIENTO INFORMADO

D/a. _____, mayores de edad, con domicilio en _____ y provisto de DNI número _____, por el presente documento acepto y confirmo que permito:

AUTORIZO A:

- Participar de forma voluntaria en el estudio
- Participar en las actividades que se encuentran dentro del programa de intervención. De acuerdo con la normativa legal, la autorización es preceptiva para la realización de cualquier actividad. En consecuencia, el participante que no presente la correspondiente autorización no realizará ninguna dinámica.
- Facilitar la información correspondiente para la correcta realización del programa de intervención
- Al finalizar la firma de este documento, debe mandarlo al correo: laura.sanz@alu.cucc.es

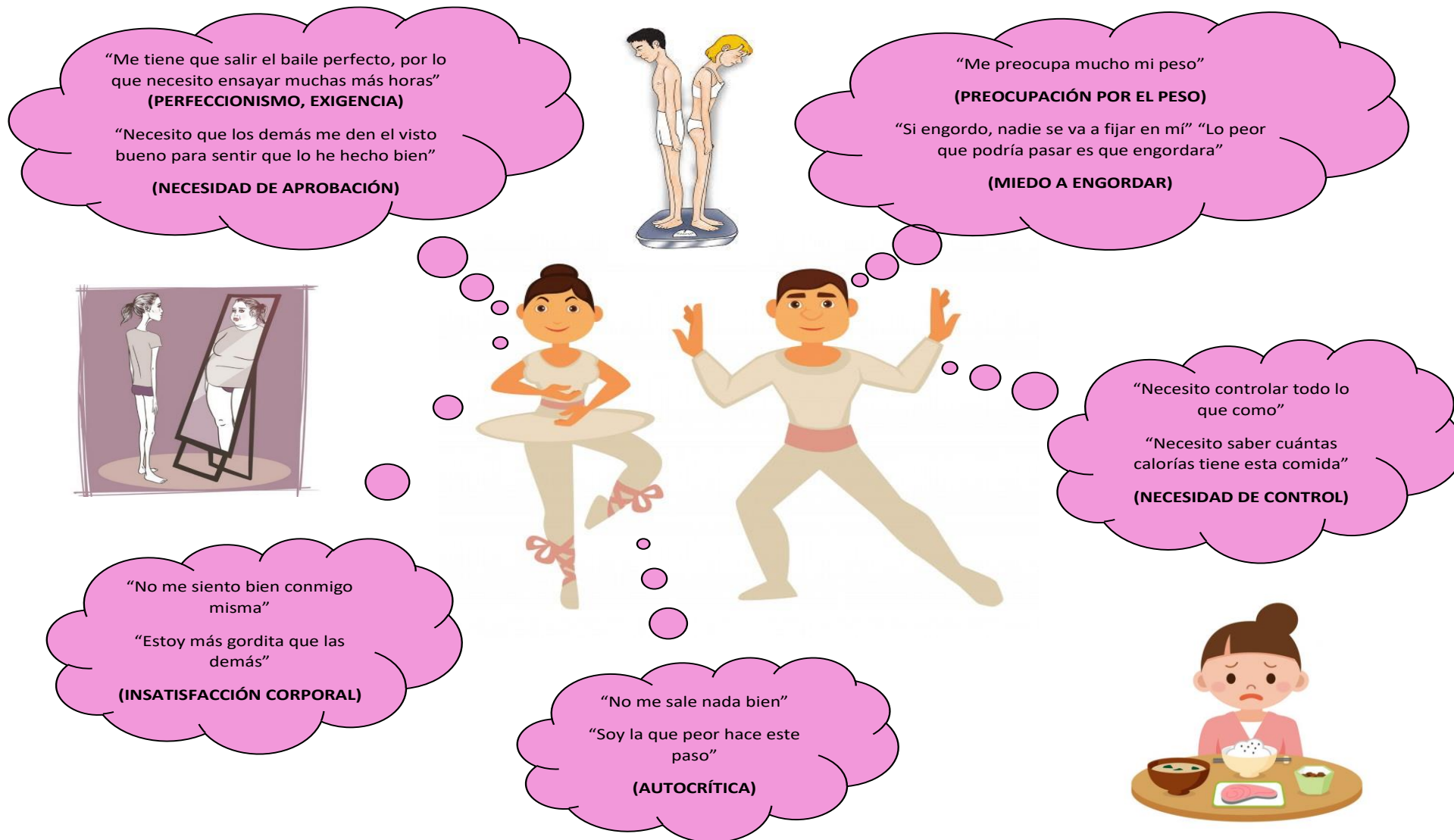
Recibiré una copia firmada y fechada de este documento de consentimiento informado. Presto libremente mi conformidad para participar en el estudio.

En Madrid a _____ de _____ de _____

Firma de participante:

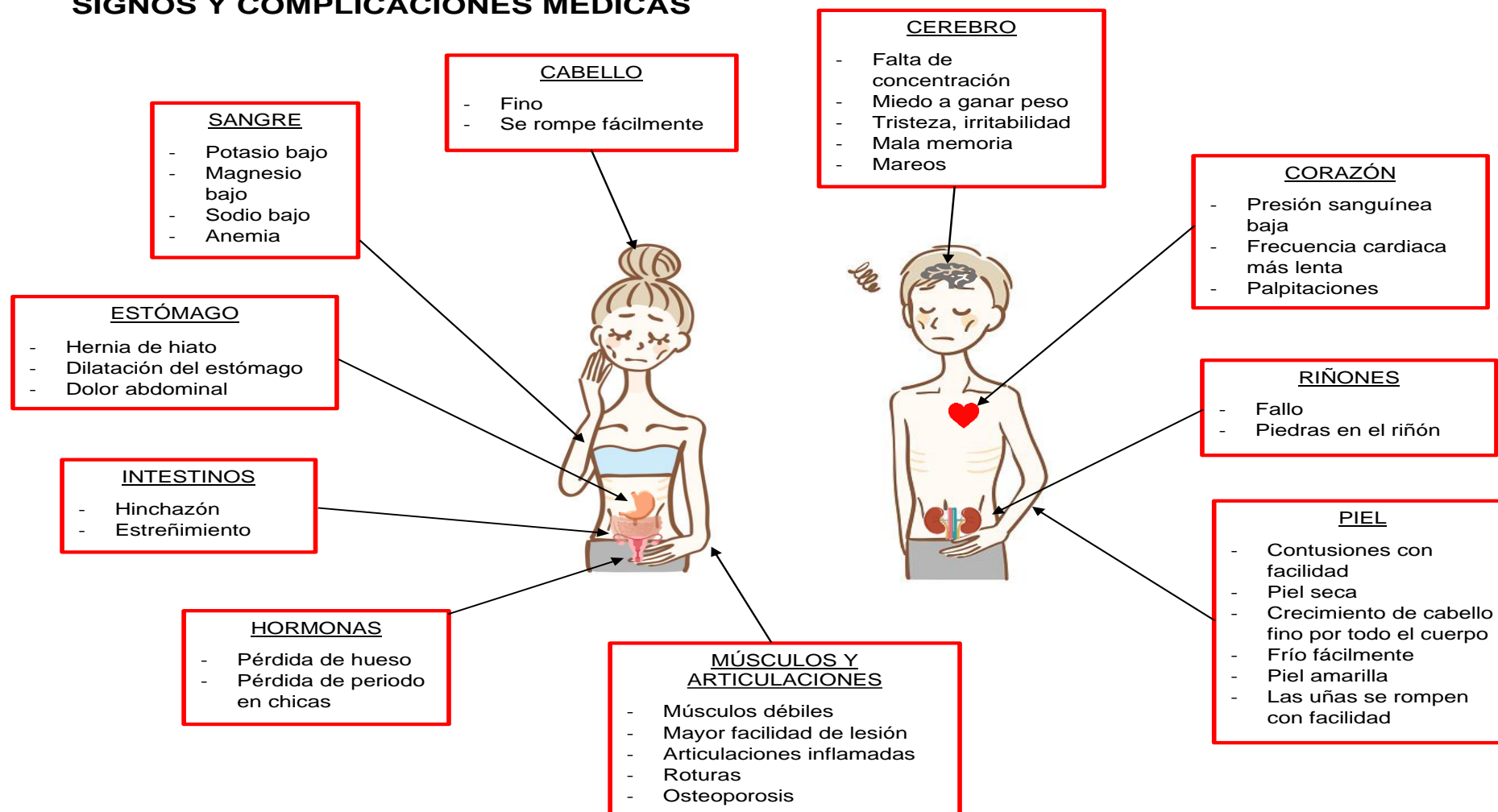
Firma del psicólogo/a:

10.4. Anexo 4. Póster factores de riesgo AN



10.5. Anexo 5. Póster signos y complicaciones médicas

SIGNOS Y COMPLICACIONES MÉDICAS



10.6. Anexo 6. Pirámide alimentaria y hábitos saludables



¿Conoces la pirámide de la Dieta Mediterránea?

Dulces, bollería, caramelos, pasteles, bebidas refrescantes, helados	→	Ocasionalmente
Carnes grasas, embutidos, grasas (mantequilla, margarina)	→	Ocasionalmente
Legumbres	→	2-3 raciones a la semana
Pescados y mariscos, carnes magras, huevos	→	2-4 raciones a la semana
Frutos secos	→	1-2 raciones al día
Vegetales	→	Más de 2 raciones en cada comida principal
Lácteos	→	3-4 raciones al día
Frutas	→	1-2 raciones en cada comida principal
Aceite de oliva (Cocinar y aliñar)	→	1-2 raciones en cada comida principal
Arroz / pasta / pan / patata	→	1-2 raciones en cada comida principal
Agua	→	Entre 1,5l - 2l al día
Actividad física	→	Todos los días comer sin prisas y en compañía

Tomado de *Pirámide de la dieta mediterránea* por Ministerio de Agricultura, Alimentación y Medio Ambiente, 2010, obtenido de https://www.alimentosdespana.es/images/es/piramide_ni%C3%B1os%20Dieta%20Mediterr%C3%A1nea%20completa_2_tcm69-481313.pdf

10.7. Anexo 7. Ejemplo de lista de distorsiones cognitivas personalizada

DISTORSIÓN COGNITIVA	DEFINICIÓN	EJEMPLO
Adivinación del pensamiento	Cree que se sabe lo que el otro está pensando	<i>La gente que me ve bailar seguro que piensa “mira qué piernas tan gordas”</i>
Adivinación del futuro	Anticipación sin evidencia de algún acontecimiento futuro	<i>“Nadie me va a querer así de gordo”</i>
Abstracción selectiva	Centrarse en los detalles, obviando el contexto y dejando al margen otra información más relevante	<i>“Soy una ballena, me he comido una galleta” Estaba comiendo con gente y alguien se empezó a reír y pensé “se ha reído de mí de cómo como”. (realmente se había reído porque estaban contando un chiste)</i>
Sobregeneralización	Tu cabeza solo se centra en los aspectos negativos de la situación y en base a eso saca conclusiones globales. No nos afecta la información que ha podido ser neutra o positiva, no nos impacta y no contrapesa con lo negativo.	<i>“Me he saltado la dieta, nunca voy a hacer nada bien”</i>

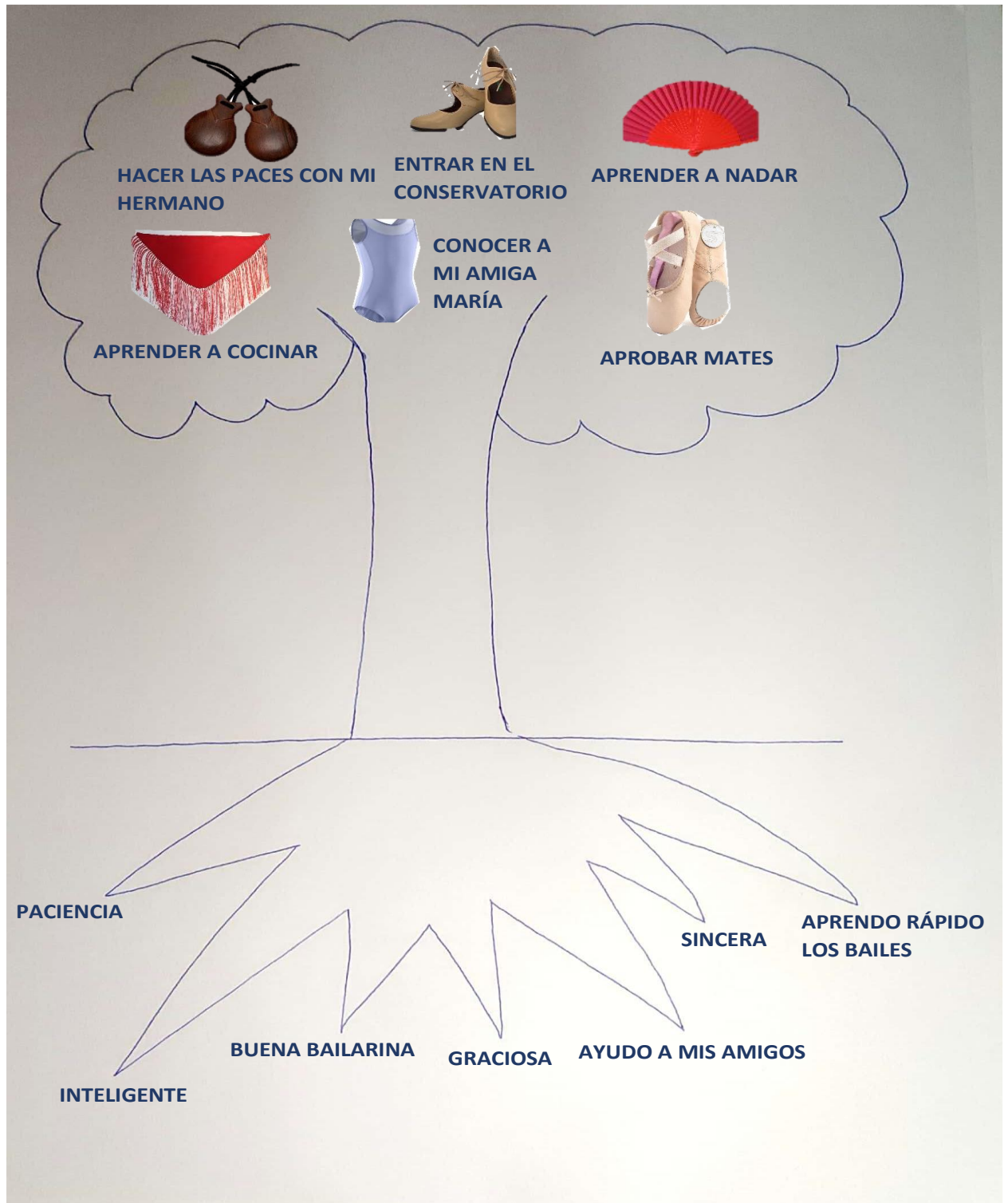
Propuesta de intervención basada en Psicología Positiva para anorexia nerviosa en bailarines adolescentes

<p>Magnificación y minimización</p>	<p>Pensar que cuando nos pasa algo bueno es por suerte y si nos pasa algo malo es por nuestra culpa. Atribuimos nuestros logros a algo externo y nuestros fallos a nosotros.</p>	<p><i>Magnificación: “Qué mal me queda la ropa, es que nada me queda bien” “El mundo se viene abajo con un kilo de más”</i></p> <p><i>Minimización: “Es normal que me haya salido mal porque soy poco inteligente”</i></p>
<p>Personalización</p>	<p>Hacernos responsables de todo lo que ocurre, aunque no haya una causalidad entre nosotros y lo que ha pasado; pero pensamos que hemos provocado esa situación.</p>	<p><i>“Si hay alguna bronca en mi familia, la culpa es mía, porque yo solo traigo problemas”</i></p>
<p>Pensamiento dicotómico</p>	<p>Consiste en la clasificación de todas las experiencias en uno o dos categorías opuestas (todo o nada, malo o bueno, blanco o negro), seleccionando los extremos sin tener en cuenta grados intermedios (escala de grises)</p>	<p><i>“O estoy gordo o estoy delgado”</i></p> <p><i>“o valgo o no valgo”</i></p>
<p>Descalificación de lo positivo</p>	<p>No dar importancia a lo positivo. Si haces las cosas bien consideras que es lo que debes hacer entonces no dice nada de ti. Pero en cambio, lo negativo dice mucho de ti, refleja lo que eres tú.</p>	<p><i>“El otro día tuve un buen ensayo, pero después comí una galleta porque tenía hambre y me salté la dieta”</i></p>
<p>Razonamiento emocional</p>	<p>Interpretamos la situación en base a cómo nos hemos sentido en el momento. Pensar que una cosa debe ser verdad porque se siente como si lo fuera. Las cosas son tal y como nos hacen sentir.</p>	<p><i>“Me siento tonto y poco inteligente, por tanto no valgo para ser bailarín”</i></p>

Propuesta de intervención basada en Psicología Positiva para anorexia nerviosa en bailarines adolescentes

Debería	Son autoimposiciones que nos ponemos sin justificación. También se lo ponemos mucho a los demás. Este “debería” es el camino correcto, adecuado... para nosotros.	<i>“No debo engordar”</i> <i>“No debería haberme comido ese turrón”</i> <i>“Debo hacer lo que haga falta para que la gente me quiera y me mire”</i>
Etiquetado	Utilizar etiquetas para describir la conducta, a una persona, una situación...	<i>“Soy estúpido y tonto”</i> <i>“Soy una ballena”</i>

10.8. Anexo 8. Ejemplo árbol de los logros



10.9. Anexo 9. Ejemplo rueda de la vida

