



TRABAJO FIN DE MÁSTER
MÁSTER UNIVERSITARIO EN PSICOLOGÍA GENERAL
SANITARIA
UNIVERSITAT JAUME I

**PROPUESTA DE INTERVENCIÓN: PROGRAMA
DE PREVENCIÓN DE TRASTORNOS DE
CONDUCTA ALIMENTARIA EN EL AULA**

Tutora

Dra. Berenice Serrano Zárate

Autora

Juana María Fernández Gutiérrez

ÍNDICE

1. Introducción.....	3
2. ¿Qué son los TCA? Criterios Diagnósticos según DSM-5.....	5
3. ¿Por qué se producen los TCA? Factores de riesgo.....	8
4. Prevalencia de TCA.....	9
5. Evolución de los TCA y sus consecuencias.....	10
6. Importancia de la detección precoz de los TCA. Signos de alarma.....	11
7. La <u>prevención de casos</u> de TCA.....	12
8. Programas de prevención de TCA	13
9. Planteamiento del problema: Justificación, objetivos y metodología.....	14
10. Diseño de la propuesta de intervención: Programa de Prevención de TCA en el aula.....	18
10.1. Objetivos, destinatarios y requerimientos del programa.....	18
10.2. Organización del programa	19
10.3. Metodología del programa	20
10.4. Estructura de las sesiones	21
10.5. Sesiones.....	23
10.5.1. Sesión 1. Presentación del programa.....	24
10.5.2. Sesión 2. Alimentación, nutrición y ejercicio saludable.....	26
10.5.3. Sesión 3. Imagen corporal y crítica del modelo estético.....	29
10.5.4. Sesión 4. Autoconcepto y autoestima.....	31
10.5.5. Sesión 5. Asertividad y habilidades sociales.....	33
10.5.6. Sesión 6. Evaluación Post-Programa.....	35
10.5.7. Sesión 7. Trabajo con la familia.....	36
10.5.8. Convivencia saludable.....	39
11. Resultados de la evaluación por juicio de expertos en TCA.....	40

12. Conclusiones.....	43
13. Bibliografía.....	47
14. Anexos.....	53

RESUMEN

Introducción: Los Trastornos de Conducta Alimentaria (TCA) se consideran un importante problema de salud en sociedades desarrolladas y población adolescente, tanto por su relevancia epidemiológica, como por las consecuencias físicas, psicológicas y sociales que conllevan.

Objetivo: desarrollar un programa de prevención de TCA en el ámbito escolar, dirigido a adolescentes.

Método: primero se llevó a cabo una revisión bibliográfica respecto a los TCA y diferentes programas de prevención de estos trastornos.

Posteriormente, se desarrolló una propuesta de programa de prevención el cual consiste en 8 sesiones psicoeducativas donde se utilizarán diferentes actividades de dinamización de grupo. Los temas a trabajar serán: 1) alimentación, nutrición y ejercicio saludable; 2) imagen corporal y crítica del modelo estético; 3) autoconcepto y autoestima; 4) asertividad y habilidades sociales. Con el fin de validar la propuesta desarrollada, se llevó a cabo una evaluación por juicio de expertos.

Resultados: la valoración de la propuesta fue muy positiva, aunque se deberían de realizar algunos cambios para aumentar la efectividad del programa.

Conclusiones: el programa debe realizar algunas mejoras para mejorar su efectividad: aumentar la concienciación e información sobre problemas alimentarios en familiares y profesorado, introducir gestión emocional en sesiones, utilizar imágenes que impacten a los adolescentes o apostar por la prevención inespecífica en lugar de la específica.

Palabras clave: Trastornos de Conducta Alimentaria, Prevención primaria, Programa de prevención TCA, Adolescencia, Ámbito escolar.

ABSTRACT

Introduction: Food Behavior Disorders are considered an important health problem in developed societies and adolescent population, both for their epidemiological relevance, as well as for the physical, psychological and social consequences.

Objective: To develop prevention program of Food Behavior Disorder in the school environment, aimed at adolescents.

Method: First a bibliographical review was carried out with regard to the Food Behavior Disorder and different programs of prevention of these disorders.

Subsequently, a proposed prevention program was developed which consists of 8 psycho-educational sessions where different activities of group dynamization will be used. Topics to work will be: 1) nutrition and healthy exercise; 2) image and critique of the aesthetic model; 3) Self-concept and esteem; 4) Assertiveness and social skills. In order to validate the proposal developed, an evaluation was carried out by expert judgement.

Results: The valuation of the proposal was very positive, although some changes should be made to increase the effectiveness of the programme.

Conclusions: The program should make some improvements to improve its effectiveness: increase awareness and information about food problems in families and teachers, introduce emotional management in sessions, use images that impact Adolescents or betting on non-specific prevention rather than specific.

Keywords: Eating Disorders, Primary Prevention, Prevention Program, Adolescence, Schools.

1. Introducción

Hoy en día la sociedad da verdadera importancia a la belleza y la asocia al éxito. Autores como Fanjul (2008), piensan que la relación entre felicidad y éxito es canalizada a través de lo estético. La búsqueda de la satisfacción con el cuerpo como camino para alcanzar la felicidad y la tranquilidad, está potenciando diferentes patologías que afectan a la percepción de la imagen corporal, derivando en comportamientos autodestructivos. En el peor de los casos estos comportamientos terminan en muerte. Gran parte de esta percepción se encuentra influenciada por la publicidad y la moda, indicando que es lo bello, lo atractivo y lo exitoso.

Las patologías de las que hacemos referencia anteriormente son los Trastornos de Conducta Alimentaria (TCA) y de la ingesta de alimentos. Éstos se caracterizan por una alteración persistente en la alimentación o en el comportamiento relacionado con la alimentación, que lleva una alteración en el consumo o absorción de los alimentos y que causa un deterioro significativo de la salud física o el funcionamiento psicosocial. (American Psychiatric Association, 2014). Existen varios tipos de estos trastornos, los más estudiados son la Anorexia Nerviosa y la Bulimia Nerviosa. Los detalles sobre éstos se desarrollan más adelante.

Según Peláez, Raich y Labrador (2010), en la actualidad estos trastornos constituyen un importante problema de salud en sociedades desarrolladas, aunque existe cierto grado de controversia alrededor de su impacto y relevancia epidemiológica (las tasas de prevalencia publicadas hasta el momento son variadas en los diferentes estudios realizados hasta el momento). Una de las tasas más fiables de prevalencia de los TCA, está disponible en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales en su 5ª edición de la American Psychiatric Association (2014), donde en mujeres jóvenes existe una prevalencia aproximada de Anorexia Nerviosa del 0,4% y de Bulimia Nerviosa entre el 1% y el 1,5%. Y en hombres es menos común, con una proporción 10:1.

La incidencia de la aparición de casos de TCA en la adolescencia parece ser mayor. Los motivos podrían ser los cambios biológicos, psicológicos y de redefinición del papel social en la adolescencia, asociada a la preocupación por el culto a la belleza. Estudios científicos muestran que los factores de riesgo que causan estos trastornos son multifactoriales como factores biológicos, socio-culturales y psicológicos. (Portela, Da Costa, Mora y Raich, 2012).

Este tipo de problemas están llegando a causar preocupación en el ámbito clínico hasta llegar a plantearse la aplicación de ciertas medidas preventivas. Actualmente los programas preventivos con mayor éxito son los que utilizan una metodología interactiva, como role playing, discusiones, utilización de autorregistros, etc. Además se ha comprobado que una interacción multidisciplinaria por parte de distintos profesionales de la salud (psicólogos, psiquiatras, trabajadores sociales, enfermeros y nutricionistas) aumenta la eficacia de estos programas. (De la Vega y Gómez-Peresmitré, 2012).

A la hora de trabajar con chicos y chicas adolescentes, el mejor medio para desarrollar estos programas de prevención de TCA es el ámbito escolar, una etapa en la que la personalidad se está formando y donde los adolescentes pueden adquirir conocimientos, hábitos y actitudes favorables sobre llevar a cabo una vida saludable. Los contenidos de la prevención primaria en adolescentes deben centrarse en la educación nutricional, el fomento del ejercicio físico, aceptación y percepción sobre la imagen corporal, mejora de habilidades personales (habilidades sociales) e información sobre los cambios experimentados durante la adolescencia. (Sánchez-Carracedo et al., 2013).

La Guía de Práctica Clínica sobre Trastornos de la Conducta Alimentaria (2009), nos ofrece varios tipos de intervenciones en prevención primaria más frecuentes en TCA:

- Psicoeducacionales
- Educación en el criticismo hacia los medios de comunicación
- Técnicas de inducción y disonancia
- Intervenciones focalizadas en eliminar los factores de riesgo y en fortalecer al participante

Es muy importante la participación de la familia en estos tipos de programas de prevención. Según la Guía de Práctica Clínica sobre Trastornos de la Conducta Alimentaria (2009), algunas recomendaciones a seguir por parte de familias con hijos/as adolescentes son:

- Llevar a cabo una alimentación saludable
- Realizar al menos una comida en casa al día con toda la familia
- Desarrollar la comunicación y mejorar la autoestima
- No fomentar las conversaciones sobre alimentación e imagen

- Evitar bromas y críticas sobre el cuerpo, el peso o la forma de comer de sus hijos/as.

La necesidad de prevenir de manera precoz este tipo de casos lleva a la realización de este trabajo, el cual va a consistir en una revisión bibliográfica de los aspectos más importantes de los TCA, centrándonos en la Anorexia Nerviosa y la Bulimia Nerviosa como principales patologías; y algunos programas de prevención de estos trastornos ya existentes en la actualidad, para desarrollar un posible programa de prevención a implantar en el ámbito escolar, en este caso en un Instituto de Educación Secundaria Obligatoria, teniendo en cuenta la escuela, alumnos/alumnas y a familiares.

2. ¿Qué son los TCA? Criterios Diagnósticos según el DSM-V

Los TCA, se caracterizan por la alteración del comportamiento con respecto a la ingesta de alimento, acompañados de una serie de conflictos psicosociales. Su resolución está condicionada por el logro y/o persistencia por conseguir un estado de delgadez (López, Malano y Piñeros, 2010; Maor, Sayag, Dahan y Hermoni, 2006; Santacoloma y Quiroga, 2009).

Según la American Psychiatric Association (2014), los TCA se encuentran en el grupo de trastornos mentales conductuales. Estos trastornos incluyen varios tipos como la pica, el trastorno de rumiación, el trastorno de evitación o restricción de alimentos, la anorexia nerviosa, la bulimia nerviosa, trastornos de la conducta alimentaria no especificados y el trastorno de atracones. Los trastornos de la alimentación más estudiados son la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa por lo que se centra este programa en esas patologías.

La anorexia nerviosa según American Psychiatric Association (2014), consiste en “la restricción de la ingesta energética persistente, el miedo intenso a ganar peso y la alteración de la forma de percibir el peso y constitución de otros”. Se trata de un trastorno de la imagen corporal que lleva a alteraciones de la conducta alimentaria para controlar el peso. Personas con este trastorno tiene estados nutricionales carenciales que pueden llegar a consecuencias muy graves, llegando a ocasionar trastornos endocrinos y hormonales.

En la bulimia nerviosa nos encontramos con episodios repetidos de atracones donde se ingieren grandes cantidades de comida en un periodo de tiempo muy corto. Posteriormente se realizan acciones compensatorias para evitar aumentar el peso. Estos

atracones y métodos compensatorios, según aparece en el DSM-5 (American Psychiatric Association, 2014), deben aparecer al menos una vez a la semana durante 3 meses. Las personas con bulimia nerviosa suelen estar dentro de los límites del índice de masa corporal o IMC normal o tener sobrepeso. A continuación aparecen los criterios diagnósticos de ambos trastornos según el DSM-5.

Criterios diagnósticos según el DSM-5, (American Psychiatric Association, 2014):

Anorexia nerviosa

A. Restricción de la ingesta energética en relación con las necesidades, que conduce a un peso corporal significativamente bajo con relación a la edad, el sexo, el curso del desarrollo y la salud física. Peso significativamente bajo se define como un peso que es inferior al mínimo normal o, en niños y adolescentes, inferior al mínimo esperado.

B. Miedo intenso a ganar peso o a engordar, o comportamiento persistente que interfiere en el aumento de peso, incluso con un peso significativamente bajo.

C. Alteración en la forma en que uno mismo percibe su propio peso o constitución, influencia impropia del peso o la constitución corporal en la autoevaluación, o falta persistente de reconocimiento de la gravedad del peso corporal bajo actual.

Nota de codificación: El código CIE-9-MC para la anorexia nerviosa es **307.1**, que se asigna con independencia del subtipo. El código CIE-10-MC depende del subtipo (véase a continuación).

Especificar si:

(F50.01) Tipo restrictivo: Durante los últimos tres meses, el individuo no ha tenido episodios recurrentes de atracones o purgas (es decir, vómito autoprovocado o utilización incorrecta de laxantes, diuréticos o enemas). Este subtipo describe presentaciones en la que la pérdida de peso es debida sobre todo a la dieta, el ayuno y/o el ejercicio excesivo.

(F50.02) Tipo con atracones/purgas: Durante los últimos tres meses, el individuo ha tenido episodios recurrentes de atracones o purgas (es decir, vómito autoprovocado o utilización incorrecta de laxantes, diuréticos o enemas).

Especificar si:

En remisión parcial: Después de haberse cumplido con anterioridad todos los criterios para la anorexia nerviosa, el Criterio A (peso corporal bajo) no se ha cumplido durante un período continuado, pero todavía se cumple el Criterio B (miedo intenso a aumentar de peso o a engordar, o comportamiento que interfiere

en el aumento de peso) o el Criterio C (alteración de la autopercepción del peso y la constitución).

En remisión total: Después de haberse cumplido con anterioridad todos los criterios para la anorexia nerviosa, no se ha cumplido ninguno de los criterios durante un período continuado.

Especificar la gravedad actual:

La gravedad mínima se basa, en los adultos, en el índice de masa corporal (IMC) actual (véase a continuación) o, en niños y adolescentes, en el percentil del IMC. Los límites siguientes derivan de las categorías de la Organización Mundial de la Salud para la delgadez en adultos; para niños y adolescentes, se utilizarán los percentiles de IMC correspondientes. La gravedad puede aumentar para reflejar los síntomas clínicos, el grado de discapacidad funcional y la necesidad de supervisión.

Leve: $IMC \geq 17 \text{ kg/m}^2$

Moderado: $IMC 16-16,99 \text{ kg/m}^2$

Grave: $IMC 15-15,99 \text{ kg/m}^2$

Extremo: $IMC < 15 \text{ kg/m}^2$

Bulimia nerviosa 307.51 (F50.2)

A. Episodios recurrentes de atracones. Un episodio de atracón se caracteriza por los dos hechos siguientes:

1. Ingestión, en un periodo determinado (p. ej., dentro de un período cualquiera de dos horas), de una cantidad de alimentos que es claramente superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en un período similar en circunstancias parecidas.

2. Sensación de falta de control sobre lo que se ingiere durante el episodio (p. ej., sensación de que no se puede dejar de comer o controlar lo que se ingiere o la cantidad de lo que se ingiere).

B. Comportamientos compensatorios inapropiados recurrentes para evitar el aumento de peso, como el vómito autoprovocado, el uso incorrecto de laxantes, diuréticos u otros medicamentos, el ayuno o el ejercicio excesivo.

C. Los atracones y los comportamientos compensatorios inapropiados se producen, de promedio, al menos una vez a la semana durante tres meses.

D. La autoevaluación se ve indebidamente influida por la constitución y el peso corporal.

E. La alteración no se produce exclusivamente durante los episodios de anorexia nerviosa.

Especificar si:

En remisión parcial: Después de haberse cumplido con anterioridad todos los criterios para la bulimia nerviosa, algunos pero no todos los criterios no se han cumplido durante un período continuado.

En remisión total: Después de haberse cumplido con anterioridad todos los criterios para la bulimia nerviosa, no se ha cumplido ninguno de los criterios durante un período continuado.

Especificar la gravedad actual:

La gravedad mínima se basa en la frecuencia de comportamientos compensatorios inapropiados (véase a continuación). La gravedad puede aumentar para reflejar otros síntomas y el grado de discapacidad funcional.

Leve: Un promedio de 1–3 episodios de comportamientos compensatorios inapropiados a la semana.

Moderado: Un promedio de 4–7 episodios de comportamientos compensatorios inapropiados a la semana.

Grave: Un promedio de 8–13 episodios de comportamientos compensatorios inapropiados a la semana.

Extremo: Un promedio de 14 episodios de comportamientos compensatorios inapropiados a la semana.

3. ¿Por qué se producen los TCA? Factores de riesgo

No podemos hablar de unas causas específicas que provoquen este tipo de trastornos. Maganto (2011), afirma que existen diferentes factores a la hora de hablar de la etiología de los TCA Menciona factores genéticos, socioculturales, familiares y psicológicos.

1. En los factores genéticos, la herencia juega un papel muy importante en este tipo de trastornos. Estos factores genéticos en la transmisión familiar de dichos trastornos se encuentran en primera línea de investigación.

2. Entre los factores socioculturales señala que la publicidad y la rentabilidad económica de las industrias relacionadas con el cuerpo (gimnasios, empresas

dietéticas, etc.) promueven la idea de cuerpos delgados en mujeres y cuerpos musculosos en hombres. Con ello, la mujer tiene asociada la delgadez al éxito y el hombre tiene la necesidad de muscular su cuerpo a base de gimnasios y anabolizantes (Maganto y Cruz, 2008; William, Germov y Young, 2007). El estudio de Bell, Lawton y Ditmar (2007), muestra que los factores sociales se relacionan con la insatisfacción corporal, sobre todo los que promueven los medios de comunicación, ya que influyen mediante mensajes directos acerca de lo que está bien físicamente y lo que no lo está.

3. En los factores familiares según Maganto (2011), son importantes los cambios de hábitos y estilo de alimentación, la falta de control por parte de los padres en la dieta alimentaria y la preocupación y/o antecedentes parentales en relación con estos problemas.

4. Los factores psicológicos asociados a estos trastornos son la insatisfacción y distorsión de la imagen corporal, los Índices de Masa Corporal extremos, el uso y abuso de dietas injustificadas, la depresión y la ansiedad. Existe una correlación entre la insatisfacción corporal y los TCA (Berg, Frazier y Sherr, 2009).

Otro estudio sobre los factores implicados en la adquisición de estos trastornos es el de Moreno y Ortiz (2009), los cuales identificaron para adolescentes entre 12 y 15 años tres factores de riesgo: el perfeccionismo, el riesgo de enfermedad psíquica (en pacientes y familiares) y la autoevaluación negativa.

Los factores perpetuantes de los TCA, o factores que mantienen la evolución del trastorno una vez que se ha desencadenado, podrían ser: llevar una alimentación incorrecta, la fluctuación del estado de ánimo, ansiedad y depresión (Bardone y Fitzsimmons, 2011; Markey y Vander Wal, 2007; Moreno, Ortega y Rodríguez, 2009).

4. Prevalencia de TCA

Según el DSM-5 (American Psychiatric Association, 2014), la prevalencia a los 12 meses de la anorexia nerviosa entre mujeres jóvenes es del 0,4% aproximadamente. Se tienen menos datos sobre la prevalencia en hombres, aunque la anorexia es mucho menos común en hombres que en mujeres. La proporción entre mujeres y hombres en población clínica es de 10:1 aproximadamente.

La prevalencia a los 12 meses de la bulimia nerviosa entre mujeres jóvenes es del 1-1,5%. La prevalencia puntual es mayor entre los adultos jóvenes, ya que el trastorno tiene un pico en la adolescencia tardía y en la edad adulta temprana. Se tiene pocos datos sobre la prevalencia de la bulimia nerviosa en hombres, aunque es mucho menos común en hombres que en mujeres, con una proporción entre mujeres y hombres de 10:1. (American Psychiatric Association, 2014).

Gracias al Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre T.C.A. (2009), tenemos una idea sobre la prevalencia de estos trastornos en España. En mujeres de entre 12 y 21 años se obtuvo una prevalencia del 0,14% al 0,9% para la Anorexia Nerviosa, del 0,41% al 2,9% en Bulimia Nerviosa y del 2,76% al 5,3% en TCANE. En total se obtuvo una prevalencia del 4,1% al 6,41%. En chicos adolescentes, se encontró un 0% en Anorexia Nerviosa, del 0% al 0,36% en Bulimia Nerviosa y del 0,16% al 0,77% en TCANE.

5. Evolución y consecuencias

Estos trastornos generan una serie de consecuencias negativas para las personas que los padecen. Debemos de hablar sobre consecuencias físicas, psicológicas y sociales o relacionales.

Según López y Treasure (2011), padecer alguno de estos trastornos puede acarrear complicaciones físicas como problemas metabólicos (hipoglucemia), problemas en la médula ósea (anemia), complicaciones en fluidos y electrolitos (disminución de potasio, sodio, calcio ,etc.), problemas cardiovasculares (arritmias y taquicardias), pulmonares, gastrointestinales (úlceras gástricas), renales, neurológicos o de la función cognitiva (disminución en la memoria, atención, etc.), problemas musculares, problemas en el sistema endocrino y otros problemas secundarios asociados a las purgas, como esofagitis o ruptura esofágica.

Algunas de las consecuencias psicológicas de padecer uno de los trastornos de conducta alimentaria son alteración en el sueño, cambios de humor (más frecuente los estados de ánimos depresivos), riesgo de suicidio, ansiedad, nerviosismo, hiperactividad o dificultades de concentración. (Guía de Prevención de los trastornos de la Conducta alimentaria, 2012).

Por último, según la Guía de Prevención de trastornos de la Conducta alimentaria (2012), las consecuencias sociales o relacionales son el aislamiento social, problemas familiares y de pareja o la falta de control de los impulsos (promiscuidad, consumo de alcohol y otras sustancias, ludopatía y autolesiones).

6. Detección precoz. Signos de alarma

La detección precoz de los TCA influye de manera considerable en el pronóstico de la enfermedad. Consiste en detectar rápidamente posibles casos clínicos para realizar un diagnóstico precoz y poder iniciar el tratamiento oportuno para la mejoría del paciente.

Por ello, los familiares son siempre los primeros en detectar señales de alarma de estos trastornos en sus hijos/as, por lo que es muy importante saber de este tipo de señales.

La guía de Prevención de los trastornos de la Conducta alimentaria. (2012), nos describe algunos signos de alarma:

- Cambios en el interés y la atención que el niño/a presta a la “comida sana” y a los modelos de alimentación “saludables”. Comienzan a prestar más atención al valor nutricional de los alimentos y a revisar a través de internet o redes sociales información sobre suplementos o complementos nutricionales
- Cambios en los gustos alimentarios. Se inician en el interés por la cocina y la realización de recetas. La búsqueda de recetas es un modo sutil de manipulación en el cual consiguen que la familia elaboren las recetas de manera más saludable. En el caso de la Anorexia Nerviosa, los pacientes elaboran las recetas sin probar ninguna de ellas
- Interés por la forma de comer de los demás
- Rechazo de alimentos no dietéticos
- Cambios en la velocidad de ingesta de los alimentos. Para la anorexia nerviosa la velocidad es excesivamente lenta y para la bulimia nerviosa excesivamente rápida
- Evitación de las comidas sociales
- Preocupación y molestias gastrointestinales, estreñimiento, control excesivo de las excreciones
- Cambios en el estado de ánimo. Generalmente al inicio experimentan un estado de ánimo eufórico al conseguir los objetivos que pretenden alcanzar, seguido de sintomatología depresiva, irritable, ansiosa, etc.

- Dificultad en el reconocimiento de emociones
- Enfado o irritabilidad ante comentarios sobre la forma de comer, peso corporal o imagen
- Comprobaciones con otras personas de su imagen y aumento de los comentarios sobre su propio cuerpo
- Dificultades en las relaciones familiares y con el grupo de iguales. El motivo es la irritabilidad emocional y los cambios
- Aislamiento de la persona con respecto al grupo de iguales
- Cambios repentinos en el nivel de actividad física
- En la anorexia nerviosa existe una pérdida brusca de peso progresiva. Aparece el control excesivo del peso y rituales frente a la comida (trocear los alimentos en trozas muy pequeños, comer alimentos menos grasos, etc.). (Jáuregui, Santed, Shafran, Santiago y Estébanez, 2012).
- En el caso de la bulimia se observan rápidas fluctuaciones de peso corporal. Una señal muy característica de este trastorno es la desaparición de comida en casa y encontrar restos de comida o envoltorios en la habitación. También es característico el uso de laxantes, diuréticos o productos adelgazantes. Puede producirse problemas dentales y de garganta. En casos extremos, debido a la presencia de vómitos, los familiares detectan el signo de Russell o marca en la mano provocada por la erosión de los dientes y los ácidos gástricos al provocarse el vómito. (Jáuregui, Bolaños, Carbonero y Valero, 2010).

7. La prevención de casos de TCA

Según Portela et al, (2012), la incidencia de la aparición de casos de TCA en la adolescencia parece ser mayor, porque lo que existe la necesidad implantar programas de prevención de estos casos en el aula. Una detección temprana de estos trastornos nos lleva a tener una buena evolución de la enfermedad.

Según la guía de Prevención de los TCA, (2012), existen tres tipos de prevención según el momento en el que tiene lugar la intervención:

- Prevención primaria: facilita los aprendizajes de los comportamientos para proteger la salud o factores de protección y reduce los comportamientos que afectan negativamente o factores de riesgo.

- Prevención secundaria: detecta problemas de salud con la finalidad de intervenir lo más pronto posible.
- Prevención terciaria: se realiza después de un tratamiento con la finalidad de evitar posibles recaídas.

Este programa se encuentra dentro de la prevención primaria, que tiene como objetivo disminuir la incidencia de la enfermedad mediante el control de las causas y la exposición a factores de riesgo.

Los aspectos esenciales de este programa de prevención son:

- Intervención en adolescentes en el medio escolar
- Utilización de talleres desarrollados dentro del programa escolar
- Se incluyen a profesionales del medio escolar y familiares
- En las sesiones se trabaja autoestima, autoimagen, comunicación interpersonal, juicio crítico ante los modelos culturales que nos impone la sociedad, conocimientos nutricionales y hábitos de vida saludables
- Se aporta información sobre estos trastornos a la familia y trabajamos con ella aspectos como la sobreprotección, comunicación, afectividad, valores y control de la televisión y medios de comunicación

8. Programas de prevención de TCA

Algunos de los principales programas de prevención de estos trastornos que intentan abordar el problema actual de los problemas alimenticios se describen a continuación:

- “Body Project”: basado en la discusión o disonancia cognitiva. Es una técnica que procede de la psicología social y heredada de la clásica discusión socrática y la terapia racional-emotiva de Kelly (Green, Scott, Diyankova y Gasser, 2005). Se trata de activar recursos y una postura crítica frente al culto a la delgadez que hoy en día se extiende en nuestra sociedad. Es aplicado en 3 o 4 sesiones y ha sido replicado por diversos grupos, mostrando una reducción del riesgo frente a estos trastornos. (Stice, Shaw, Burton y Wade, 2006).

- “Sorority body image program”: es una derivación del anterior programa, aplicado a grupos de pares seleccionados con lazos estrechos. Se aplica en 2 sesiones y es fácil de implementar. (Becker, Smith y Ciao, 2005).
- “Peso saludable”: se aplica en 4 sesiones realizando cambios lentos y graduales en la dieta y el ejercicio físico. (Stice, Shaw y Marti, 2007). Está dirigido a enseñar a los participantes a alcanzar y mantener un peso saludable mediante cambios pequeños y graduales en su dieta y la práctica de ejercicio. Además incorpora la entrevista motivacional y el compromiso público de cambio.
- “Girl talk”: es una intervención interactiva de 6 sesiones que promueve la crítica de los mensajes publicitarios, aceptación corporal, conductas de control del peso y herramientas para manejar el estrés. (McVey et al., 2003).
- “Students bodies”: consiste en aportar información basándose en intervenciones cognitivo-conductuales sobre insatisfacción corporal (Winzelberg et al., 2000). Aporta información sobre los TCA, conductas de control de peso y nutrición. Se desarrolla en 8 sesiones.
- “Weight to eat”: está centrado en la escuela intentando cambiar las ideas, actitudes y conductas hacia la nutrición, mejorar la autoimagen y la eficacia para hacer frente a presiones sociales sobre alimentación. Se aplica en 10 sesiones. (Neumark-Sztainer, Butler y Palti, 1995).

En España existen diversas experiencias de programas de prevención desde el ámbito escolar y de la Atención Primaria, como por ejemplo el Programa de Prevención de la Comunidad de Aragón o de la Comunidad Valenciana, que se están llevando a cabo en el ámbito escolar. (Soriano, 2012).

9. Planteamiento del problema: Justificación, objetivos y metodología

Justificación:

1. Los nuevos tipos de trastornos alimentarios del siglo XXI

Según Iglesias (2016), en la población española infanto-juvenil los TCA presentan una mayor prevalencia que cualquier otra enfermedad psiquiátrica en la adolescencia. Debemos destacar la aparición de nuevos trastornos como la Ortorexia (obsesión por la comida sana) y la Vigorexia (obsesión por obtener un cuerpo musculoso), muy a tener en

cuenta a la hora de la prevención y su tratamiento. La prevención de este tipo de problemas podría disminuir el número de casos y controlar los nuevos tipos de trastornos alimentarios en la actualidad.

2. Incidencia y prevalencia de TCA

Algunos datos estadísticos sobre TCA durante la historia son:

- Según Lucas et al. (1991), en el año 1935 la incidencia de la Anorexia Nerviosa era del 7/100.000 aumentando a un 26,3/100.000 en 1984 con un aumento en chicas adolescentes.
- La incidencia para la Anorexia Nerviosa en EEUU en 2006, fue de un 136 por 100.000, en Holanda en ese mismo año de 109 por 100.000 y en Finlandia 270 por 100.000 en 2007 en mujeres de 15 a 19 años. Estos datos reflejan un aumento de la incidencia de la Anorexia Nerviosa entre 5 y 10 veces desde los años 80. (Keski-Rahkonen, 2007).
- En el 2000 se llevó a cabo un estudio en la Comunidad de Madrid y los resultados obtenidos reflejan que las cifras se habían estabilizado. (Encuesta de Prevalencia de Trastornos de la Conducta Alimentaria en adolescentes escolarizados de la Comunidad de Madrid, 2001). Según, Toro (2000), la prevalencia en mujeres con Anorexia Nerviosa era de 0,4, para la Bulimia Nerviosa 1% y 3,5% para el Trastorno de Conducta Alimentaria No Especificado (TCANE).
- En 2010, 551 adolescentes con una media de 17,6 presentaron criterios diagnósticos de Anorexia Nerviosa del 0,9%, de Bulimia Nerviosa entre 0,4 y 2,4% y otros tipos de TCA del 5,3%. En 2015, en Canarias, se realizó un estudio empleando los criterios diagnósticos del DSM-IV-TR. Los resultados fueron los siguientes: para la Anorexia Nerviosa la prevalencia fue de un 0,19%, para la Bulimia Nerviosa de 0,57% y para el TCANE de 3,34%. (Male, Bautista y Serra, 2015; Ruíz et al., 2008).
- Una estimación realizada por la Asociación contra la Anorexia y la Bulimia (ACAB), señala que un 11% de los jóvenes españoles están en riesgo de sufrir algún tipo de trastorno alimentario. La edad más vulnerable es entre los 12 y 14 años y puede afectar tanto a personas que ya tengan algún problema en su alimentación como a personas totalmente sanas.

Actualmente unos 28.000 jóvenes están mostrando alguna conducta de riesgo. Un ejemplo es el caso de Cataluña, donde en el año 2012 se atendieron y trataron unos 3.000 casos. (Escriche, 2013).

Aunque es muy difícil realizar una precisión por la disparidad de muestras en los estudios realizados durante la historia, parece que la prevalencia de este tipo de trastornos se ha estancado o estabilizado. No obstante, es recomendable la implantación de programas de prevención de TCA para conseguir un descenso de estas cifras en las próximas décadas.

3. Influencia de factores socioculturales y fenómeno de la imitación

Otro motivo de justificación para el desarrollo de este programa, es el problema de la etiología multifactorial que comparten estos trastornos, como se ha explicado anteriormente, lo que dificulta la implantación de programas de prevención. Sólo estos programas de prevención son eficaces si se conoce la causa del trastorno. Una de las causas de la aparición de este tipo de trastornos es la influencia de los factores socioculturales, por lo que habría que reflexionar y plantear la posibilidad de programas de prevención dirigidos a estos trastornos. El mito de considerar la Anorexia Nerviosa como una enfermedad de moda para los adolescentes debería de evitarse, ya que podría atraer a chicos y chicas a sufrir esta enfermedad. A estas edades el fenómeno de la imitación es muy frecuente y los adolescentes buscan sus modelos de comportamiento en otros chicos, primero en personas cercanas, y después en personajes que aparecen en los medios de comunicación (series de televisión, anuncios o famosos). Por ello es recomendable dar información sobre estos trastornos pero acompañada de estrategias para facilitar el cambio de actitudes, ya que si solo informamos sobre los TCA puede actuar en sentido contrario en la aparición de nuevos casos. (Protocolo de actuación en los Trastornos de la Conducta Alimentaria, Gobierno de Canarias, 2009).

4. Fenómeno de pánico

Debemos tener cuidado al alertar a la población, ya que puede producirse el fenómeno de pánico y acabar viendo el problema en todas partes, cuando pueden ser conductas pasajeras propias de una determinada edad sin gravedad ninguna. (Iglesias, 2016). Para no encontrarnos con este problema, este programa integra tanto información sobre los TCA, como herramientas psicoeducativas que introduzcan cambios en la influencia del contexto sociocultural, y así defender otros valores que desarrollen la

personalidad de los adolescentes. Al no sólo informar de este tipo de problemas, el programa podría no causar alarma social y ayudar en la detección de signos de alarma que puedan llevar a desencadenar un trastorno.

5. Deterioro de la alimentación y falta de educación nutricional

Se han producido cambios durante la historia en el significado de la alimentación. El hombre prehistórico se preocupaba por la cantidad de alimento que podía consumir, ya que todo giraba en torno a la supervivencia. Hoy en día nos preocupamos por la calidad de los alimentos. Esto no implica comer mejor, ya que podemos apreciar un aumento de enfermedades relacionadas con la alimentación actualmente. El deterioro de nuestra alimentación se debe al aumento de la frecuencia de comidas fuera del hogar, la creación de establecimientos de comida rápida, elaboración de alimentos precocinados y congelados, etc. En definitiva, la reducción en una alimentación completa, variada y equilibrada. Es muy importante una educación nutricional para el cambio de patrones y actitudes alimentarios no saludables, restaurando hábitos perdidos, ya que tendría una gran influencia en la disminución en el número de casos de este tipo de trastornos relacionados con la alimentación. (Bolaños, 2009).

6. Resultados de los tratamientos de los TCA

Los tratamientos actuales consiguen mejorías que no superan el 70% de los pacientes y de éstos, alrededor del 20% mantienen síntomas que los hacen vulnerables a las recaídas. El 25-30 % restante sigue un curso crónico y los pacientes siguen atrapados en la patología. (Calvo et al., 2014). El pronóstico de este tipo de trastornos podría mejorar con una prevención de dichos trastornos.

Objetivos:

El objetivo general de este trabajo es el plantear una propuesta de intervención primaria en el ámbito escolar para dotar al alumnado, al profesional educativo y a las familias de herramientas psicoeducativas nutritivas, personales y sociales necesarias para disminuir la incidencia de TCA.

Los objetivos específicos se exponen a continuación:

- Revisar algunos de los programas de prevención primaria de TCA en ámbito escolar ya existentes.

- Aportar nuevas ideas a los diferentes programas de prevención de TCA que ya existen para aumentar su eficacia.
- Adherir consejos y nuevas ideas de expertos en TCA para eliminar, modificar o insertar elementos o sesiones al programa desarrollado.

Metodología:

Se ha realizado una revisión bibliográfica exhaustiva sobre la temática de TCA en diferentes webs académicas de universidades y centros de investigación; repositorios; portales de revistas; bases de datos; editoriales comerciales; catálogos de bibliotecas; sociedades científicas, etc. El objetivo fue el investigar más a fondo este tipo de trastornos para conocer la necesidad o no de la creación de programas de prevención.

También se realizó una revisión bibliográfica en diferentes bases de datos sobre diferentes programas de prevención de TCA ya existentes, y así estudiar sus objetivos, características y estructura para poder integrar componentes de cada uno de ellos en la creación de nuestro programa.

Se desarrolló un programa completo de prevención de TCA con componentes de diferentes programas de prevención que se encuentran en vigor, añadiendo nuevas aportaciones que podrían ser de utilidad.

Se elaboró un cuestionario para probar la viabilidad del programa. El programa fue revisado por expertos en materia de trastornos relacionados con la alimentación. Una vez revisado, cumplieron un cuestionario para así comprobar la viabilidad del programa para una posible puesta en marcha futura.

Una vez obtenidos los resultados de los expertos, se concluyó con posibles mejoras en el programa, cambios y nuevas ideas para la mejora del programa.

10. Diseño de la propuesta de intervención: Programa de prevención de TCA en el aula

10.1. Objetivos, destinatarios y requerimientos del programa

Objetivos:

- Prevenir problemas de alimentación en el aula
- Promover una alimentación y estilos de vida saludables

- Desarrollar un pensamiento crítico frente al modelo estético corporal dominante en la sociedad de hoy en día
- Construir un instrumento de trabajo sencillo y válido que permita desarrollar actividades para prevenir la aparición de TCA en el ámbito escolar

Destinatarios:

Este programa va dirigido a alumnos y alumnas de Educación Secundaria Obligatoria (E.S.O). Desde el primer curso de esta fase educativa hasta el último (desde 1º hasta 4º de la E.S.O.).

Requerimientos del programa:

- Este programa está diseñado para ser impartido por el Departamento de Orientación, tutores y otros docentes interesados en la prevención de los TCA en el aula
- No es necesario tener conocimientos clínicos específicos sobre los Trastornos de Conducta Alimentaria para llevar a cabo este programa
- Es necesario estar familiarizado con los materiales y los contenidos de cada sesión
- Se recomienda realizar una formación por parte de las personas que impartan el programa antes de llevarlo a cabo en el aula

10.2. Organización del programa

Este programa de prevención de TCA está estructurado para poder ser desarrollado en 14 horas, repartidas en seis sesiones de dos horas cada una con los alumnos/as y una sesión final con los padres/madres/tutores de los participantes. Puede ser impartido por los propios educadores dentro del horario habitual de actividades de cada centro. La duración total del programa será de 6 semanas para los alumnos/as (sesión por semana) y de una última sesión de dos horas para los familiares.

Al finalizar estas 7 sesiones con el alumnado y los familiares, es muy recomendable realizar una convivencia con los alumnos/as que participen en el programa y sus familiares. Esta sesión sería opcional, dependiendo si existen los recursos materiales y temporales necesarios para llevarla a cabo.

Antes de comenzar con la implantación de este programa, aconsejamos valorar el grado de conocimientos que tienen los alumnos/as sobre los TCA. Eso puede hacerse con actividades que favorezcan la introducción a los temas que vamos a tratar.

Antes de aplicar este programa, es aconsejable que la persona que lo implante reflexione sobre la capacidad de llevar a cabo este programa con chicos y chicas adolescentes, ya que se tratarán temas delicados como el peso, la realización de dietas para adelgazar, el aspecto físico, etc. Las opiniones y creencias de la persona a cargo de llevar a cabo el programa no pueden influir a la hora de impartir estas sesiones.

10.3. Metodología del programa

En la primera sesión se toman las medidas administrando las siguientes baterías de tests EAT 40 (Castro, Toro, Salamero y Guimerá, 1991) y BSQ (Cooper, Taylor, Cooper y Fairburn, 1987). Aparte se calcula el Índice de Masa Corporal (IMC) de cada alumno/a para detectar posibles casos de TCA. Hacemos un pequeño resumen de nuestro programa a implantar y explicamos el porqué de su implantación. Una vez corregidos los diferentes cuestionarios, se obtienen las diferentes puntuaciones con sus respectivos IMCs para seguir con las siguientes sesiones de este programa de prevención.

En el resto de las sesiones se utilizarán diferentes actividades psicoeducativas de dinamización de grupo. Vamos a intentar siempre dividir al alumnado en pequeños subgrupos de 4 o 5 participantes, para conseguir una experiencia más útil y promover una mayor asimilación y vivencia de los contenidos. Los temas a abordar en las sesiones serán: la alimentación, nutrición y ejercicio saludable; imagen corporal y crítica del modelo estético; autoconcepto y autoestima; asertividad y habilidades sociales.

En la sesión 6 se vuelven a administrar las baterías anteriormente mencionadas y se observan las diferencias tanto de los resultados de los diferentes cuestionarios como de los IMCs de cada alumno/a. También tenemos en cuenta posibles actitudes de los alumnos/as realizadas durante todas las sesiones mediante la observación.

La sesión 7 va dirigida a los familiares de los alumnos y alumnas, para hacerles conscientes de este tipo de problema y ayudarlos a prevenirlos en casa.

Una última sesión va dirigida a la convivencia de padres/madres/tutores con sus hijos/as si fuera posible.

Un aspecto muy importante a considerar es que en el caso de tener una mínima sospecha sobre posibles casos de desarrollo de TCA a medida que desarrollamos este programa, concertaremos una cita con los padres/madres/tutores para tratar el tema de su hijo/a y si están de acuerdo poder derivarlos a centros externos especializados en estos trastornos.

10.4. Estructura de las sesiones

El programa se basa en un conjunto amplio de actividades y contenidos que deben aplicarse de forma estructurada durante siete semanas. Se desarrolla en seis sesiones (sesiones 1-6) dirigidas a los alumnos/as, una sesión informativa para los familiares (sesión 7) y una última sesión será utilizada para realizar una convivencia entre los participantes del programa y sus familiares si se es posible. La Tabla 1 refleja un esquema sobre la estructura de las sesiones del programa.

Las sesiones y actividades de este programa son actividades adaptadas de la Guía de Prevención de los Trastornos de la Conducta alimentaria y el sobrepeso del Gobierno de Cantabria, (Gómez et al., 2012) y del documento Salud y deporte en femenino, la importancia de mantenerse activa desde la infancia, (Ferrer, 2018).

Tabla 1.

Estructura de las sesiones

<i>Sesiones</i>	<i>Objetivos</i>	<i>Actividades</i>	<i>Recursos materiales</i>
1. Presentación del programa 1º semana (2 h.)	Explicar la finalidad del programa, objetivos y evaluar actitudes hacia la alimentación y la imagen corporal	Información sobre los objetivos y finalidad del programa; consentimiento informado; cumplimentación EAT-40 y BSQ; toma de peso y talla para cálculo de IMC	Documento consentimiento informado del alumnado; documento datos personales del alumnado; cuestionarios EAT-40 y BSQ; peso digital; metro; calculadora; lámina para explicación del cálculo de IMC; lámina de los diferentes niveles de IMC; ordenador; proyector

2. Alimentación, nutrición y ejercicio saludable 2º semana (2 h.)	Reflexionar sobre hábitos alimentarios actuales; proporcionar conocimientos sobre nutrición, alimentación y ejercicio físico saludable; aprender hábitos alimentarios correctos y a realizar ejercicio físico saludable	Encuesta dietética de desarrollo propio; información sobre alimentación, nutrición y ejercicio saludable; información sobre mitos alimentarios	Encuesta dietética de desarrollo propio; lámina pirámide alimentaria; lámina pirámide de actividad física; documento sobre algunos mitos alimentarios; ordenador; proyector
3. Imagen corporal y crítica del modelo estético 3ª semana (2 h.)	Eliminar la idea de culto a la delgadez; aceptar diferencias de la figura corporal; aceptar la propia imagen y concienciar sobre la necesidad de criticar el modelo físico impuesto en la sociedad (medios de comunicación e influencias socioculturales)	Dibujo de la figura humana e imágenes de publicidad con crítica	Papel en blanco; lápices; lámina de figuras humanas mujer y hombre; lámina con imágenes revistas de adelgazamiento y modelos delgados y musculosos; ordenador; proyector
4. Autoconcepto y autoestima 4ª semana (2 h.)	Mejorar autoconcepto y autoestima; reconocer cualidades a partir de mensajes externos; tomar conciencia de las cualidades que tenemos y sentirnos orgullosos	Debate sobre autoestima y autoconcepto; árbol de mi autoestima; “caricias circulares”	Papel en blanco; lápices; lámina árbol, ordenador; proyector
5. Asertividad y habilidades sociales 5ª semana (2 h.)	Aprender a relacionarse; favorecer la asertividad; aprender a ser más asertivo frente a los mensajes exteriores; adquirir seguridad	Debate sobre asertividad y habilidades sociales; diferentes estilos de diálogo	Papel en blanco; lápices; lámina diferentes estilos de diálogo; ejemplos sobre diferentes escenas para practicar los diferentes estilos de dialogo; ordenador; proyector
6. Evaluación Post-programa 6ª semana (2 h.)	Evaluar el impacto, resultados y desarrollo de las sesiones	Cumplimentación EAT-40 y BSQ; toma de peso y talla para cálculo de IMC; debate	Cuestionarios EAT-40 y BSQ; peso digital; metro; calculadora; documento con preguntas para la mejora del programa; lápices
7. Trabajo con la familia (2 h.)	Informar a la familia sobre los TCA; enseñar a llevar una vida saludable en casa; informar sobre los tipos de alarmas para prevenir estos problemas	Lectura de un caso de TCA; charla informativa; decálogo	Papel en blanco; lápices; documento con la lectura del caso de TCA; documento con cuestiones a contestar por los familiares; documento con los puntos a debatir con los familiares; decálogo; ordenador; proyector

8.Convivencia saludable	Favorecer la implicación de la familia en la educación en hábitos saludables; fomentar la comunicación; intercambiar experiencias y reflexiones entre las diferentes familias; aportar herramientas y conocimientos para una buena convivencia en casa; concienciar sobre los TCA y dar soluciones antes posibles casos; pasar un rato agradable en familia	Debate sobre aspectos y conocimientos adquiridos gracias al programa; actividades físicas saludables; murales sobre la temática del TCA; elaboración de platos saludables; degustación de dichos platos	Lugar donde realizar la convivencia (recreo); lugar donde cocinar (comedor); diferentes materiales deportivos; murales en blanco; lápices; pinturas; alimentos y utensilios para cocinar; ordenador; proyector
-------------------------	---	---	--

Nota. Las actividades anteriores son adaptadas de la Guía de Prevención de los Trastornos de la Conducta alimentaria y el sobrepeso del Gobierno de Cantabria, (Gómez et al., 2012) y del documento Salud y deporte en femenino, la importancia de mantenerse activa desde la infancia, (Ferrer, 2018).

10.5. Sesiones

- Sesión 1. Presentación del programa
- Sesión 2. Alimentación, nutrición y ejercicio físico saludable
- Sesión 3. Imagen corporal y crítica del modelo estético
- Sesión 4. Autoconcepto y autoestima
- Sesión 5. Asertividad y habilidades sociales
- Sesión 6. Evaluación Post-Programa
- Sesión 7. Trabajo con la familia
- Sesión 8. Convivencia saludable

Anteriormente a la iniciación del programa, se le entrega a cada alumno/a el documento de consentimiento informado para informar a los padres sobre el programa a implantar en el aula (Véase Anexo A, pág. 53).

Con este documento nos referimos a la conformidad que da una persona a la práctica que vamos a realizar, una vez informado sobre este programa. El motivo de presentar este documento a los padres es porque el programa va dirigido a niños menores de 18 años y los padres, madres o tutores deben estar informados sobre esta práctica a llevar a cabo.

Una vez entregado a los padres/madres/tutores, se recogen los documentos de consentimiento informado firmados por los padres que están de acuerdo en la participación de su hijo/a en este programa para entregar en la primera sesión este mismo documento a los alumnos/as que quieran participar.

10.5.1. Sesión 1. Presentación del programa

Objetivos:

- Explicar la finalidad del programa a implantar
- Explicar los objetivos del programa
- Evaluar actitudes hacia la alimentación y la imagen corporal de los alumnos/as

Actividades:

1. Pequeña charla sobre los objetivos de nuestro programa y su finalidad
2. Consentimiento informado
3. Cumplimentación de los dos cuestionarios: EAT-40 (Castro et al., 1991) y BSQ (Cooper et al., 1987)
4. Peso y talla con cálculo de IMC

1. Pequeña charla sobre los objetivos de nuestro programa y su finalidad

Se informa al alumnado sobre el motivo de nuestra presencia, los objetivos del programa a seguir y la finalidad de éste.

2. Consentimiento informado

Justo después, se presenta el documento de consentimiento informado a los alumnos/as para saber si están de acuerdo en la participación de nuestro programa de prevención de TCA en el aula (Véase Anexo B, pág. 53).

3. Cumplimentación de los dos cuestionarios: EAT-40 (Castro et al., 1991) y BSQ (Cooper et al., 1987)

Antes de la administración de estos dos cuestionarios, los alumnos/as cumplimentan una serie de datos personales. (Véase Anexo C, pág.54).

Más tarde continuamos con la cumplimentación de los siguientes cuestionarios:

- EAT-40 (Castro et al., 1991): es un cuestionario que detecta a personas con riesgo de padecer un TCA. Dirigido a población preferiblemente joven y adolescente (ambos sexos). Contiene 40 ítems. Evalúa el riesgo a engordar, motivación para adelgazar y patrones alimentarios restrictivos. Es idóneo para identificar problemas alimentarios en poblaciones no clínicas, pero no es capaz de discriminar entre Anorexia Nerviosa y Bulimia Nerviosa. La versión a utilizar es la española, la cual discriminó correctamente entre pacientes anoréxicas y grupo control; sensibilidad del 91% y especificidad del 69% para un punto de corte de 20; consistencia interna de alfa= 0,93 para el total y 0,92 para el grupo de pacientes anoréxicas; validez concurrente de $r=0,63$ con de BDI; buena sensibilidad a los efectos de una intervención. Se administra entre 10 y 15 minutos. (Garner y Garfinkel, 1979). (Véase Anexo D, pág. 54).
- BSQ (Cooper et al., 1987): es un cuestionario que mide la preocupación por el peso y la imagen corporal, la insatisfacción producida por el propio cuerpo, el miedo a engordar, la autodesvalorización por la apariencia física, el deseo de perder peso y la evitación de las situaciones en las que la apariencia física pueda atraer la atención. Mide la insatisfacción en trastornos alimentarios y discrimina a la población clínica de la población normal. Dirigido a población preferiblemente adolescente y adulta. Contiene 34 ítems Mide la insatisfacción en trastornos alimentarios. El coeficiente de consistencia interna (alfa de Cronbach) es de 0,93 a 0,97 en población no clínica. El coeficiente de correlación intraclases con test-retest es de 0,88. El coeficiente de correlación de Pearson sobre la validez convergente oscila entre un 0,61 y 0,81. Adecuado poder discriminante entre pacientes con bulimia nerviosa, con posible Bulimia Nerviosa y sin trastorno del comportamiento alimentario. El tiempo de administración de este cuestionario oscila entre 10 y 20 minutos. (Véase Anexo E, pág. 55).

4. Peso y talla con cálculo de IMC

También informamos sobre el cálculo del IMC durante esta sesión. (Véase Anexo F, pág. 55). Según la Organización Mundial de la Salud (O.M.S., 2018), talla y peso son

las medidas básicas más accesibles que nos permiten hacer una valoración adecuada y rápida del estado nutricional y así obtener el Índice de Masa Corporal. Hoy día la valoración del estado nutricional más utilizada es el IMC. Este índice es definido por la relación peso en kilogramos dividido por la talla en metros al cuadrado. Por sí solo es un indicador nutricional válido.

Explicamos a los alumnos y alumnas, mediante una tabla, los diferentes significados que existen dependiendo de los resultados del cálculo de un IMC. Si el resultado de nuestro IMC es menor de 18.50 estaremos en un bajo peso; entre 18.50 y 24.99 estaremos en un peso normal; mayor de 25 estaremos en sobrepeso y mayor de 30 en obesidad. . (Véase Anexo G, pág. 56).

El cálculo del IMC de cada alumno/a se lleva a cabo mientras cumplimentan los dos cuestionarios descritos anteriormente. La toma del peso y la talla se realizan en un lugar apartado del aula sin informar al alumnado de los datos obtenidos para evitar comentarios sobre este tema. En el caso de que algún alumno/a no quisiera subir a la báscula, una vez acabada la sesión, intentaremos dialogar y saber el porqué de su no participación e indagaremos sobre posibles problemas existentes.

10.5.2. Sesión 2. Alimentación, nutrición y ejercicio saludable

Objetivos:

- Reflexionar sobre los hábitos alimentarios que siguen los alumnos/as
- Proporcionar conocimientos sobre nutrición, alimentación y ejercicio físico saludable
- Aprender sobre los hábitos alimentarios correctos y la realización de ejercicio físico saludable

Actividades:

1. Realización de una pequeña encuesta de desarrollo propio sobre dietética
2. Charla sobre alimentación, nutrición y ejercicio saludable
3. Mitos sobre alimentación

1. Encuesta dietética de desarrollo propio en pequeños grupos

Dividimos el grupo en 5 o 6 grupos con igual tamaño de manera aleatoria. Entregamos la encuesta dietética al portavoz de cada grupo, quien tomará nota de las respuestas de sus compañeros. En este caso, la encuesta dietética ha sido elaborada por la autora de este trabajo. (Véase Anexo H, pág. 56).

Una vez realizada dicha encuesta hacemos una puesta en común comentando las respuestas de cada grupo recogidas por cada uno de los portavoces.

2. Charla sobre alimentación, nutrición y ejercicio saludable

A partir de la dinámica anterior, explicamos la pirámide alimentaria aclarando dudas que surjan sobre los alimentos que se deben comer en mayor o menor cantidad, alimentos saludables o no saludables, etc. (Véase Anexo I, pág. 58). Un ejemplo de explicación de la pirámide alimentaria podría ser: *“Chicos y chicas, aquí tenemos la pirámide de Alimentación, ¿Quién podría explicarme de que trata esta pirámide? Como podemos observar es un triángulo dividido en diferentes pisos. Si observamos esta pirámide o triángulo desde la base a la punta, podemos aprender los tipos de alimentos que existen y el aporte de estos alimentos que hay que consumir a diario, a la semana y ocasionalmente. Comenzamos con el agua, hay que beber agua en abundancia pero sin pasarnos, de 6 a 8 vasos diarios. Tipos de alimentos como el arroz, la pasta, el pan, los cereales, etc. debemos consumirlos entre 4 y 6 veces al día y es recomendable consumirlos integrales. Muy importante consumir fruta y verdura, debemos de tomar sobre 5 o más piezas de fruta y verdura al día. El aceite de oliva es muy saludable y debemos consumirlo para cocinar y aliñar entre 3 y 6 veces diarias. 2 y 4 raciones al día de lácteos como leche, yogurt o leche debemos de tomar. Los frutos secos nos aportan mucha energía por lo que debemos de consumirlos entre 3 y 7 raciones a la semana. Pescados y mariscos, carnes blancas como el pollo, el pavo o el conejo y huevos debemos tomarlos entre 3 y 4 raciones a la semana. Y las legumbres entre 2 y 4 veces por semana. ¿Qué alimentos debemos consumir ocasionalmente? Las carnes grasas, embutidos, mantquilla, dulces, bollería, chucherías, pasteles, helados, etc. Como podemos observar, en la punta de esta pirámide, vemos dos chicos recomendándonos que debemos realizar casi todos los días 60 minutos de ejercicio físico. Más adelante pasaremos a explicar la pirámide de ejercicio físico saludable.”*

Recordamos que hay que realizar cinco comidas al día (desayuno, media mañana, comida, merienda y cena), evitando comer entre horas, las calorías vacías como las chucherías, etc. Explicamos las raciones diarias a consumir con ayuda de la pirámide alimentaria. Damos mucha importancia a la realización del desayuno, ya que aporta la energía necesaria para realizar las actividades en el horario escolar.

Recordamos la importancia de llevar una buena alimentación junto con la realización de ejercicio moderado. Ponemos algunos ejemplos sobre actividades físicas que puedan realizar los alumnos y alumnas. (Véase Anexo J, pág. 58). Un ejemplo de explicación de la pirámide de actividad física podría ser: *“Aquí tenemos la pirámide de actividad física. Cada día por ejemplo debemos jugar al aire libre, en vez de utilizar el ascensor debemos tomar las escaleras. También hay que ayudar en casa a realizar las tareas del hogar. Lavar nuestras mascotas, recoger los juguetes, caminar hasta el colegio o pasear son actividades recomendables para hacer en el día a día. De 3 a 5 veces por semana durante unos 20 minutos podemos realizar las siguientes actividades físicas: patinaje, ciclismo, ejercicios aeróbicos, natación, correr, y practicar deportes como el voleibol, tenis, básquet, esquí o fútbol. De 2 a 3 veces por semana podemos jugar en los columpios, jugar en el parque, apuntarnos a artes marciales o baile. No es recomendable pasa más de dos horas al día viendo la televisión, jugando a la videoconsola o utilizando el ordenador. ¿Cuántas horas pasas en casa frente a la televisión?”*

3. Falsos mitos sobre alimentación

Exponemos al alumnado varios ejemplos de algunos mitos sobre alimentación como:

1. El pan engorda
2. Existen alimentos que engordan y otros que adelgazan
3. Beber agua en las comidas engorda
4. Realizar dietas muy estrictas no son peligrosas para nuestra salud

Hacemos una puesta en común con las razones a favor y en contra de estos mitos. Una vez leídas las razones a favor y en contra de cada grupo, aclaramos los conceptos y argumentamos acerca de la verdad o falsedad de cada mito:

1. El pan engorda: 100 gramos de pan contienen 250 kilocalorías. Es un alimento del grupo de los cereales que nos da una importante fuente de hidratos de

carbono, tipo de alimento que más hay que comer. Creer que los hidratos de carbono engordan es un falso mito. Los hidratos de carbono son una fuente de energía que necesitamos consumir. Un buen desayuno con hidratos de carbono como por ejemplo 100 gramos de pan tostados, nos aporta mucha energía para llevar un buen ritmo de trabajo un día normal de clase.

2. Existen alimentos que engordan y otros que adelgazan: Todos los alimentos nos aportan calorías menos el agua. Si llevamos una dieta equilibrada debemos comer de todo en proporciones adecuadas. No existen alimentos para perder peso o para ganar peso. Ganar peso o perder peso no tiene nada que ver con los alimentos, sino con las cantidades de alimentos que consumimos.
3. Beber agua en las comidas engorda: El agua es el único alimento que no tiene calorías, por lo tanto no engorda. Debemos consumir agua en cantidades abundantes, sin pasarse. Si dejamos de consumir agua podría ser peligroso para nuestra salud. Los refrescos o zumos sí que tienen calorías. Debemos intentar sustituir los refrescos o bebidas azucaradas por agua mientras comemos.
4. Realizar dietas muy estrictas no son peligrosas para nuestra salud: Existe una relación en llevar a cabo dietas restrictivas con la aparición de los Trastornos de Conducta Alimentaria. Las dietas muy restrictivas causan problemas de salud. Hoy en día circulan muchas dietas absurdas y no son equilibradas para una pérdida de peso rápido. Si fuera necesario perder peso debe ser recomendado y controlado por un especialista en alimentación.

10.5.3. Sesión 3. Imagen corporal y crítica del modelo estético

Objetivos:

- Eliminar la idea de culto a la delgadez
- Aceptar las diferencias de nuestra figura corporal
- Aceptar nuestra propia imagen corporal
- Concienciar sobre la necesidad de ser críticos ante el modelo físico impuesto en nuestra sociedad, siendo críticos frente a los medios de comunicación e influencias socioculturales

Actividades:

1. Dibujo de figura humana
2. Imágenes de publicidad con crítica

1. Dibujo de figura humana

A cada alumno/a se le ofrece un folio en blanco para que dibujen la figura corporal ideal para su mismo sexo (si es chica debe dibujar una figura de mujer y si es chico debe dibujar una figura de hombre).

Al finalizar los dibujos, se recogen y se vuelven a repartir desordenados para que a cada alumno/a le toque uno distinto al suyo.

Cada uno deberá analizar el dibujo que le ha tocado dando su punto de vista, mientras que el monitor debe intervenir y hacer reflexionar sobre dibujos que no representen el modelo corporal normalizado. Para ello podemos realizar algunas preguntas como: ¿Qué os parece este dibujo?, ¿os parece un cuerpo delgado, normal, con un alto peso, etc.?, ¿te gustaría tener esa figura? ¿Por qué?

Posteriormente mostramos a los alumnos y alumnas las imágenes de modelos corporales sanos o saludables y explicamos que los hombres deben tener los hombros más anchos que la cintura y cadera. Las mujeres deben tener más caderas y los hombros más estrechos y con formas redondeadas y curvas, no rectas. Ponemos el ejemplo de que la silueta del hombre nos recuerda a la punta de una lanza y la silueta de la mujer nos recuerda a un jarrón. (Véase Anexo K, pág. 59).

Finalizamos explicando que cada persona tiene su propia figura, que no existe una figura universal ni una figura perfecta. Hay que aceptarse tal y como somos sin angustiarse ni intentar cambiar nuestra silueta para alcanzar un tipo de delgadez irreal como poco saludable.

2. Imágenes de publicidad con crítica

Mostramos imágenes sobre revistas de adelgazamiento y modelos excesivamente delgados y musculosos para realizar una crítica sobre la cultura del cuerpo existente en

nuestra sociedad (Véase Anexo L, pág. 59). Podemos hablar sobre los siguientes temas mientras observamos las imágenes y abrir así un debate con los alumnos y alumnas:

1. En nuestra cultura, la sociedad nos impone como modelos a seguir. Mujeres delgadas y hombres musculosos. ¿Crees que esto es correcto?
2. Los chicos deben preocuparse si no son atléticos y musculosos
3. ¿Cuántas personas tiene un cuerpo como éstos (se señalan las imágenes expuestas)? Si no tenemos estos cuerpos, ¿no podemos estar a gusto con nosotros mismos? Si no somos semejantes a ellos, ¿podemos llegar a ser felices?
4. Estas chicas tan delgadas, ¿se ven con un buen estado de salud? ¿Sabéis si lo pasan bien horas antes de salir a una pasarela a desfilarse?
5. La publicidad nos impone cuerpos irreales delgados sobre todo el caso de las chicas
6. Los modelos hombres deben realizar una dieta estricta y ejercicio físico excesivo para poder desfilarse en pasarela
7. Los modelos son personas con tallas pequeñas entre millones de personas con tallas normales
8. Las dietas sin control no son saludables y la mayoría de la gente las realiza porque creen que con un determinado tipo de cuerpo pueden llegar a ser felices
9. Los kilos de más no son un problema de salud sino de belleza, estética, etc. Otra cosa muy diferente es el problema de la obesidad
10. El culto al cuerpo nos hace olvidarnos de lo que realmente somos
11. Si no somos como los/las modelos, ¿no somos personas bellas?
12. Cualquiera de nosotros podemos ser guapos/as con cualquier cuerpo. Es sólo cuestión de modas y de épocas. Debemos aceptarnos todos tal y como somos

10.5.4. Sesión 4. Autoconcepto y autoestima

Objetivos:

- Mejorar el autoconcepto y autoestima de los alumnos y alumnas
- Reconocer nuestras propias cualidades a partir de los mensajes de los demás
- Tomar conciencia de las cualidades que tenemos y sentirnos orgullosos de ellas

Actividades:

1. Pequeño debate sobre qué es la autoestima y qué es el autoconcepto
2. Árbol de mi autoestima
3. “Caricias circulares”

1. Pequeño debate sobre qué es la autoestima y qué es el autoconcepto

Comenzamos esta sesión preguntando a los alumnos/as qué es la autoestima y qué es el autoconcepto.

Una vez que tenemos la opinión de los alumnos y alumnas ofrecemos una definición a cada uno de estos términos.

Una posible definición que se adecue al nivel educativo de los alumnos y alumnas sería por ejemplo: *“La autoestima es como nos evaluamos a nosotros mismos y el autoconcepto es la opinión que cada uno de nosotros tenemos sobre nosotros. Autoestima y autoconcepto no podrían entenderse uno sin la presencia del otro.”*

2.Árbol de mi autoestima

Dividimos al grupo en subgrupos y entregamos una hoja en blanco a cada alumno/a. Se les indica que deben dividir la hoja en blanco en dos columnas verticales de igual tamaño. En una columna deben escribir los logros o éxitos alcanzados en su vida (en la escuela, en familia, con amigos...). En otra columna deben escribir las cualidades físicas o corporales, espirituales o mentales de cada uno de ellos/as.

Al finalizar las dos listas, se les indican a los alumnos y alumnas que dibujen un árbol. En él debe escribir cada participante su nombre encima, los logros y éxitos en los frutos y sus cualidades en las raíces. (Véase Anexo M, pág. 61).

Una vez terminado, cada alumno y alumna toma unos minutos para escuchar lo que le trasmite su árbol. Finaliza la tarea escribiendo debajo del “árbol de su autoestima” un mensaje motivador.

3. “Caricias circulares”

Hacemos un círculo con todos los alumnos/as sentados en el suelo. Cada participante debe decir una cualidad física que le guste del compañero sentado a su izquierda y otra cualidad psíquica o espiritual del compañero sentado a su derecha.

Una vez que todos los alumnos/as hayan realizado el ejercicio, explicamos que debemos acostumbrarnos a decir a los demás lo que nos gusta de ellos, que cosas buenas tienen, etc. ya que todos tenemos cosas buenas y nos gusta que nos lo digan de vez en cuando.

Para terminar, preguntamos a cada alumno/a cómo se ha sentido en el momento que le decían sus compañeros las cualidades físicas y psíquicas que le gustaba de él/ella.

10.5.5. Sesión 5. Asertividad y habilidades sociales

Objetivos:

- Aprender a relacionarse eficazmente con los demás
- Favorecer el desarrollo de la asertividad
- Aprender a ser más asertivo frente a los mensajes exteriores de la sociedad, publicidad, etc.
- Adquirir seguridad en uno mismo

Actividades:

1. Pequeño debate sobre qué es la asertividad y qué son las habilidades sociales
2. Diferentes estilos de diálogo

1. Pequeño debate sobre qué es la asertividad y qué son las habilidades sociales

Comenzamos esta sesión preguntando a los alumnos/as qué es la asertividad y qué son las habilidades sociales.

Una vez que tenemos la opinión de los alumnos y alumnas ofrecemos una definición a cada uno de estos términos.

Una posible definición que se adecue al nivel educativo de los alumnos y alumnas sería por ejemplo: *“Las habilidades sociales son una serie de estrategias de conducta y la capacidad para aplicarlas, que nos ayudan a resolver una situación social de manera correcta. Algunos tipos de habilidades sociales son: escuchar, iniciar una conversación, formular una pregunta, dar las gracias, presentarse, presentar a otras personas, realizar un cumplido. Y la asertividad es una habilidad social que nos permite ser claros, sinceros y directos, diciendo lo que sentimos sin herir los sentimientos de los demás.”*

2. Diferentes estilos de diálogo

Iniciamos esta actividad explicando que existen tres estilos de diálogo o de comunicación: asertivo, agresivo y pasivo. (Véase Anexo N, pág. 61).

Explicamos que usando el estilo asertivo expresamos lo que pensamos, decimos lo que sentimos y hacemos ver a los demás como vemos las cosas. Si usamos el estilo agresivo damos a entender que sólo nosotros somos importantes y que la opinión de los demás no cuenta. Sin embargo si utilizamos el estilo pasivo damos a entender a los demás que pueden aprovecharse de nosotros y que los demás son superiores. Con el estilo asertivo conseguimos afirmar nuestros derechos y mantenemos la relación con los demás. Si utilizamos el estilo agresivo podemos conseguir lo que queremos pero podemos estropear dicha relación. Y si nuestro estilo a utilizar es el pasivo, no conseguimos defender nuestros derechos y seremos pisoteados.

A continuación, leemos en voz alta un ejemplo de asertividad:

“Compraste ayer unas deportivas y al día siguiente la suela ya está despegada. Tú quisieras descambiar los zapatos. Por ello vas a la tienda y le cuentas tu problema a la dependienta. Ésta te dice que es muy fácil de arreglar y que lo puedes hacer tu mismo/a.”

Al finalizar, leemos las diferentes contestaciones que podemos realizar según el estilo de comunicación que utilicemos:

- Estilo asertivo: *“Es posible, pero prefiero que me los descambiaras. Quisiera otro par de zapatillas”*
- Estilo agresivo: *“Cámbiame ahora mismo las zapatillas, ¿tú crees que yo soy un zapatero para arreglar las zapatillas?”*
- Estilo pasivo: *“Bueno...está bien...supongo... Gracias...”*

Más tarde exponemos las siguientes escenas para que los alumnos/as escriban diferentes respuestas según los diferentes estilos de comunicación:

1. Estás en clase y el profesor ha explicado un tema del cual no has entendido nada
2. Quieres pedirle a un amigo que te devuelva algo que le has prestado
3. Decirle a tu madre que quieres vestir a tu gusto
4. Negarte a hacerle a tu madre un recado porque tienes que acudir a otro lugar
5. Pedir al profesor de gimnasia un descanso porque estás cansado

Comentamos entre todos los alumnos/as las diferentes respuestas a las situaciones de los ejemplos.

10.5.6. Sesión 6. Evaluación Post-Programa

Objetivos: Evaluar el impacto, los resultados y el desarrollo de todas las sesiones anteriores del programa implantado en el aula.

Actividades:

1. Complimentación de cuestionarios
2. Peso y talla con cálculo de IMC
3. Debate

1. Complimentación de cuestionarios

Repetimos las medidas de la sesión 1 (EAT-40 y BSQ). Se trata de comparar con las contestaciones del primer día y comprobar si existen cambios.

2. Peso y talla con cálculo de IMC

Volvemos a medir y a pesar a los alumnos/as para volver a calcular su IMC para ver si ha habido algún cambio.

3. Debate

Al ser la última sesión con los alumnos/as realizamos un debate final sobre el programa implantado. Planteamos una serie de cuestiones para tratar de mejorar la programación futura aprendiendo de la experiencia realizada.

Se plantean las siguientes preguntas para que los alumnos/as las contesten de forma voluntaria:

1. ¿Te ha gustado el taller? ¿Qué es lo que más te ha gustado? ¿Y lo que menos?
2. ¿Cambiarías algo de la dinámica?
3. ¿Cómo te has sentido?
4. ¿Has aprendido algo? Enumera ejemplos de nuevos aprendizajes

10.5.7. Sesión 7. Trabajo con la familia

Objetivos:

- Informar a los padres sobre los TCA
- Enseñar a llevar una vida saludable en casa
- Prevenir estos tipos de trastornos en sus hijos
- Informar sobre los diferentes tipos de alarmas y así poder prevenir este tipo de problemas

Actividades:

1. Lectura de un caso de TCA
2. Charla informativa para padres y madres
3. Decálogo

Antes de comenzar con las actividades, hacemos una pequeña presentación de nuestro programa a implantar, los objetivos y la finalidad de éste.

1. Lectura de un caso de TCA

Leemos en voz alta una historia real sobre un caso de TCA a los padres/madres/tutores para hacerles reflexionar sobre el tema y ponerlos en contexto. (Véase Anexo Ñ, pág. 62).

2. Charla informativa para padres y madres

En esta charla se hablará sobre conocimientos acerca de los TCA, prevención en la familia, indicadores de riesgo para su detección precoz. Vamos a usar como método el coloquio con los padres y madres.

Vamos a dividir el gran grupo en otros más pequeños para mejorar la participación y la discusión de los temas a tratar.

Los diferentes grupos responden a las siguientes preguntas:

1. ¿Es importante proteger a los/as hijos/as? ¿Hasta qué edad? ¿Es bueno darle responsabilidades?
2. ¿Realmente conoces a tus hijos/as? ¿Qué les gusta hacer en su tiempo libre? ¿Conoces a sus amigos/as?
3. ¿Son tus hijos/as felices en casa? ¿Se sienten queridos/as?
4. ¿Te gustaría que tus hijos/as fueran perfectos/as? ¿Les das la enhorabuena cuando hacen cosas buenas? ¿Los/as criticas si hacen algo mal?
5. ¿Ves la TV con tus hijos/as? ¿Hablas con ellos/as sobre lo que sale en la TV?
6. ¿Soléis comer juntos en casa? ¿Tenéis una conversación mientras se come? ¿Cuáles son los horarios de comidas que seguís en casa?

Una vez finalizada la puesta en común de las anteriores cuestiones, iniciamos nuestra charla. La charla se va a dividir en 6 puntos donde vamos a explicar una serie de conceptos a los que ya hemos hecho referencia en la anterior puesta en común. Estaremos dispuestos a resolver cualquier duda de los padres y madres o a la creación de algún debate en torno al tema expuesto.

1. Sobreprotección

La sobreprotección es difícil de evitar en una relación padres-hijos. Ésta puede crear a hijos incapaces de superar obstáculos, ya que nunca se han esforzado en resolver sus propias necesidades. Hijos/as protegidos/as se convierten en personas dependientes con una necesidad de asesoramiento por parte de los demás. Es muy importante que los hijos/as alcancen una autonomía como individuos ya que es necesaria en el proceso de crecimiento y maduración personal, por lo que es preciso ir dándoles responsabilidades.

2. Comunicación

¿Qué hace conocer bien a nuestros hijos/as? Tener un diálogo abierto con ellos/as, un interés por su forma de pensar, de sentir, etc. En general, tener una escucha activa con ellos/as.

3. Afectividad

Debemos lograr que las personas que integran la familia se sientan felices, cómodas, queridas, respetadas y apoyadas por todos los miembros de la familia. El marco familiar es el principal referente al que el niño/a acude en busca de afecto, apoyo y ánimo. Es el lugar seguro del niño/a.

4. Valores

Debemos dar más importancia al ser que al poseer. Los padres/madres/tutores han de criticar lo superficial de la sociedad y ese culto a la imagen de hoy en día. Es mejor resaltar las cualidades personales de su hijo/a y no las cualidades físicas. Debemos alabar sus logros y evitar las descalificaciones. Muy importante enseñarles a respetar a los demás aceptando las diferencias y comprendiendo los errores. Debemos quedarnos con esta frase: “no es preciso ser perfecto para ser feliz”.

5. Control de medios de comunicación

Muy importante controlar la TV en casa en etapa la infantil y adolescente. Debemos intentar que nuestros hijos/as desarrollen una conciencia crítica como lectores,

espectadores o consumidores. Una táctica a seguir sería dialogar con los hijos/as sobre imágenes y mensajes erróneos que aparezcan en los medios de comunicación.

6. Alimentación

Debemos realizar al menos una comida en común toda la familia para dialogar, interesarse en el día que cada uno ha tenido, comentar distintos acontecimientos, expresar opiniones, sentimientos y emociones. Se debe hacer una rutina de los horarios de comidas: desayuno, media mañana, comida, merienda y cena, sin picoteos ni desorden.

3. Decálogo

Ofrecemos a los padres 10 pautas a seguir con sus hijos/as para prevenir algunos problemas de alimentación, pensamientos y emociones erróneos sobre su cuerpo etc. y para ayudarles a mejorar la educación en alimentación y vida saludable de sus hijos/as.

- Animar a nuestros hijos/as a ser sociables y a relacionarse con los demás niños/as
- Animarles a ser independientes y autónomos
- Premiar los pequeños logros en el momento y no esperar a mayores metas en el futuro
- No insistir en el perfeccionismo
- No fijar patrones o normas difíciles para su hijo/a
- Mostrarles amor sin sobreprotegerlo excesivamente
- No dar importancia al peso, la talla o la figura corporal
- No dar demasiada importancia a la comida o a la alimentación
- Educar sexualmente a sus hijos/as
- No castigar físicamente a sus hijos/as

10.5.8. Convivencia saludable

Objetivos:

- Favorecer la implicación de padres/madres/tutores en una educación de hábitos saludables en familia
- Fomentar la comunicación entre padres/madres/tutores y sus hijos/as
- Intercambiar experiencias y reflexiones entre las familias que participen

- Aportar a las familias las herramientas y conocimientos para una buena convivencia en casa
- Concienciar en la problemática de los TCA y dar soluciones ante posibles casos
- Pasar un rato agradable entre familias, ya que hoy en día el estrés diario de trabajo no lo permite

Actividad: Para finalizar este programa de prevención, se invitará tanto al alumnado como a familiares a participar en una convivencia conjunta para reforzar los conocimientos adquiridos por ambas partes en este programa. Algunas de las actividades que se podrían llevar a cabo son:

- Pequeño debate sobre aspectos y conocimientos adquiridos durante el programa por parte de los alumnos/as y sus familiares
- Actividades físicas saludables formando equipos entre familiares e hijos/as fomentando la cooperación
- Realización de murales sobre temas relacionados con el programa
- Elaboración por parte de participantes y familiares de platos saludables
- Degustación de los platos elaborados

11. Resultados de la evaluación por juicio de expertos en TCA

Con motivo de la falta de tiempo para llevar a cabo la implementación de este programa en el contexto escolar, la viabilidad de dicho programa ha sido evaluada por expertos en TCA.

Objetivos:

- Conocer si los objetivos propuestos en el programa se cumplen al llevarlo a cabo
- Adherir al programa nuevas ideas que mejoren dicho programa
- Saber si es buen método a seguir en el contexto del aula para la prevención de este tipo de trastornos
- Realizar cambios futuros en el programa

Materiales para la evaluación:

1. Diseño de la propuesta de intervención: en el que se ha informado de los objetivos del programa, los criterios de participación, características generales de intervención y estructura y características de las sesiones
2. Cuestionario de desarrollo propio para realizar la evaluación del programa. (Véase Anexo O, pág. 62)

Participantes:

En la evaluación de dicho programa han participado 9 expertos de los cuales 4 son hombres y el resto mujeres. La edad de los participantes oscilaba entre los 26 años y los 51. Todos los colaboradores son Psicólogos expertos en TCA, de los cuales 8 trabajan en el sector privado y sólo 1 en el sector público. Con respecto a los años de experiencia laboral, 6 de ellos tienen 8 o más años y 3 tienen entre 3,5 y 7 años.

Resultados:

Los resultados obtenidos en la evaluación por juicio de expertos en trastornos alimentarios se presentan en la Tabla 2.

Tabla 2.

Resultados de la evaluación por juicio de expertos en TCA

<i>Ítem</i>	<i>Resultados</i>
1. El diseño del programa es el adecuado para chicos/as adolescentes	SI 100%
2. La duración del programa y sesiones se adecuan a las necesidades del contexto	SI 100%
3. Es un recurso fácil y manejable para personas no profesionales del tema	SI 66,6% NO 33,3%
4. Si llevamos a cabo esta intervención podrían cumplirse todos los objetivos planteados previamente (prevención TCA, promoción de una alimentación saludable y vida saludable y el desarrollo de un pensamiento crítico frente al modelo estético que predomina en la actualidad.	SI 100%
5. La selección de los contenidos de las sesiones es la apropiada al logro de los objetivos	SI 100%
6. La metodología empleada junto a las actividades son las adecuadas para este programa	SI 100%
7. Existe la necesidad de recursos adicionales en el desarrollo para este programa	SI 55,55% NO 44,44%
8. Los resultados obtenidos tras la implantación de este programa serán positivos	SI 100%
9. En general, este programa de prevención de TCA en el aula puede ser un buen recurso para la evaluación primaria de estos casos	SI 100%

En la pregunta N° 7 del cuestionario (ver Tabla 2.), si el participante respondía que era necesario recursos adicionales para desarrollar el programa, debían de señalar qué recursos incorporarían al programa. Algunos recursos fueron:

- Concienciar a profesores y padres sobre el gran problema de los TCA hoy en día
- Desincentivar la realización de dietas restrictivas sin motivos médicos
- Ofrecer más información sobre prevención de los TCA al profesorado
- Introducir más sesiones con los familiares sobre conciencia de TCA, forma de prevenir, alimentación saludable y explorar como se come en casa
- Acompañar la prevención con gestión emocional

También se recogieron algunas sugerencias y comentarios por parte de los expertos:

- *“Programa completo que reúne los puntos más importantes a tratar en un TCA. Recalcaría una evaluación más exhaustiva del sistema familiar del paciente ya que la persona que desarrolla un TCA está mostrando el síntoma de una enfermedad que está en todo el sistema familiar”*
- *“Programa muy completo y muy valorable que no se centra en las descripción y explicación de los TCA, sino que trabaja la prevención abarcando aspectos clave que pueden desencadenar en esta patología como la baja autoestima, las dietas innecesarias o la asertividad. Es interesante que incluya a los padres”*
- *“La aplicación del programa tendría múltiples ventajas en cuanto a la detección precoz de estos problemas cada vez más presentes y detectables también en el ámbito académico. Una buena forma de llegar a los jóvenes es cambiar las imágenes típicas de revistas por las de páginas de Instagram, Facebook y otras redes sociales. Es un buen trabajo que debería implementarse cada vez más en centros educativos y de salud”*
- *“Buen trabajo, ojalá se puedan llevar a cabo más programas preventivos en aulas. Habría que tener mucho cuidado a la hora de calcular el IMC, ya que las comparaciones con el resto de compañeros podría ser un factor potencialmente peligroso”*

- *“Habría que hacer una diferenciación entre la prevención específica y prevención inespecífica. La prevención específica (hablar del síntoma clínico o conducta patológica o de riesgo) en edades donde no existe un pensamiento maduro, puede invitar indirectamente a la realización de la conducta a evitar. Si se hace una correcta prevención inespecífica (de un modo general, hablar de conductas saludables y adecuadas a la edad, no solo hablar de TCA) utilizando un método ecléctico que permita ajustarse al alumno en cada entorno y circunstancias, es muy probable que se obtengan mejores resultados en la población directa que recibe el programa, así como en sus redes y círculos más cercanos, logrando a su vez un alcance mayor en la promoción de la salud mental, tanto en número como en factores de protección”*
- *“Los adolescentes están bombardeados constantemente con información por diferentes canales. El desarrollo de un programa de prevención requiere de elementos visuales y experienciales que les haga recordar lo trabajado en la sesión. Considero que para aumentar su efectividad y alcanzar los objetivos previstos, debe ser un requisito. Hablarles de “lo que deben hacer” para no enfermar no suele funcionar.*

12. Conclusiones

Los TCA están considerados como un importante problema de salud en las sociedades desarrolladas y con una mayor incidencia en población adolescente, no por su relevancia epidemiológica sino por las consecuencias físicas (hipoglucemia, problemas en la médula ósea, complicaciones en fluidos y electrolitos, problemas cardiovasculares, pulmonares, gastrointestinales, renales, neurológicos o de la función cognitiva, problemas musculares, problemas en el sistema endocrino, etc.) , psicológicas (alteración en el sueño, cambios de humor, riesgo de suicidio, ansiedad, nerviosismo, hiperactividad o dificultades de concentración) y consecuencias sociales o relacionales (aislamiento social, problemas familiares y de pareja o la falta de control de los impulsos que conlleva sufrir estos tipos de trastornos). (Guía de Prevención de los trastornos de la Conducta alimentaria, 2012). (López y Treasure, 2011).

Al ser multifactoriales los factores de riesgo de estos trastornos (factores genéticos, socioculturales, familiares y psicológicos), aparece la necesidad de implantar

medidas preventivas que utilicen una metodología interactiva y multidisciplinar para controlar este tipo de problemas. (Maganto, 2011).

Es muy importante llevar a cabo una prevención primaria e inespecífica para limitar la incidencia de los TCA. Ofrecer información sin incorporar un trabajo sobre control de las causas y la exposición a factores de riesgo podría ser peligroso y llevarnos al fenómeno del pánico. (Iglesias, 2016).

Concienciar e informar tanto a familiares como a personal educativo es primordial, ya que pueden actuar como agentes socializadores y de modelado para chicos/as adolescentes. . (Protocolo de actuación en los Trastornos de la Conducta Alimentaria, Gobierno de Canarias, 2009).

¿Qué podemos concluir con respecto al programa de prevención de TCA en el aula desarrollado durante este trabajo? En general, es un buen recurso para la prevención primaria de estos casos por los siguientes motivos, en base a la evaluación por juicio de expertos en TCA:

1. Se considera que el diseño del programa es adecuado para adolescentes
2. La duración del programa y sus sesiones son las adecuadas en el ámbito escolar
3. Con la implantación de dicho programa se podrían cumplir todos los objetivos propuestos antes de la creación del programa
4. Los contenidos de las sesiones son apropiados
5. La metodología y actividades empleadas son las adecuadas
6. Los resultados que se obtengan tras la implantación de este programa serán positivos

Sin embargo, una vez elaborado el programa completo, revisado y obtenido los resultados de la evaluación por juicio por parte de expertos en TCA, podemos señalar algunos **cambios y mejoras futuras** en el programa a realizar para aumentar su efectividad como por ejemplo:

1. Realizar un entrenamiento intensivo con las personas que impartan el programa en el aula o en su defecto, que el programa sea implantado por personas expertas en TCA

2. Aumentar la concienciación sobre este tipo de problemas a familiares y al personal escolar
3. Dar mucha más información a familiares de chicos/as adolescentes sobre los problemas alimentarios (introducir más sesiones con los padres para trabajar la conciencia de los TCA, formas de prevenirlos, información sobre alimentación saludable y explorar como comen en casa).
4. Introducir un taller sobre gestión emocional, ya que la sociedad actual no solo impone presiones en torno al cuerpo y la figura, sino también al estado de “felicidad constante” y evitación del sufrimiento como elemento de la belleza. Poder trabajar en expresión emocional puede ser un recurso vital en la prevención de los TCA.
5. A la hora de presentar al alumnado imágenes sobre el tema, utilizaría imágenes más impactantes y realistas para hacerles recordar lo trabajado en cada sesión del programa.
6. Apostaría por una prevención inespecífica, realizando talleres no centrados sólo en informar sobre TCA, sino en potenciar los factores de riesgo para una prevención con mejores resultados.
7. Implicar a una mayor cantidad de agentes como son las instituciones públicas y los medios de comunicación, para hacer conscientes a toda la población sobre este tipo de problemas.

Pero existen algunas **limitaciones** a la hora de implantar los anteriores cambios a un programa preventivo de TCA y desarrollarlo en el contexto educativo:

1. Al tener que entrenar a la persona que imparte el programa, exigiría la contratación de personal especializado para el entrenamiento y un tiempo determinado para realizar dicho entrenamiento. En el caso de contratar a personal experto en este tipo de trastornos, exigiría una recompensación económica externa al ámbito escolar para la persona que lo realice.
2. Para aumentar la concienciación e información sobre los TCA, tanto a familiares como a personal educativo, hay que dedicar un tiempo determinado en realizar este tipo de talleres. Existirían limitaciones en el tiempo. Familias y profesorado tendrían que implicarse en este tema, podrían haber problemas de falta de tiempo o una reducción de la implicación a medida que se vayan realizando los diferentes talleres.

3. Si adherimos al programa talleres sobre gestión emocional, no valdría cualquier persona para llevar a cabo este tipo de taller, se necesitaría a una persona experta en este tema.
4. Es muy difícil llegar a una coordinación con las diferentes instituciones públicas para llevar a cabo este tipo de programas de prevención. Sería cuestión de mucho trabajo por parte de asociaciones de TCA, el Sistema Sanitario, Sistema Educativo, etc.
5. Más difícil es acabar con temas relacionados con imagen, peso, belleza, felicidad, etc. que nos ofrecen los medios de comunicación. Nos bombardean todos los días con estos temas. Todo gira en torno a la moda impuesta por personas conocidas, que se hacen ver en medios de comunicación y cada vez más, en redes sociales
6. En general, el gran problema de implantar programas de prevención de TCA en el ámbito escolar es la falta de formación y de tiempo. Hay equipos educativos que quieren su tiempo para llevar a cabo la labor de educar y piensan que realizar este tipo de programas es una pérdida de tiempo para los alumnos/as.

En resumen, gracias a este trabajo se ha realizado un acercamiento teórico a los aspectos más importantes de los TCA desde un enfoque global (biopsicosocial), además de proponer una intervención en una población de riesgo como es la adolescente, en un espacio masivo como es la escuela con la implicación de profesorado, alumnos/as y familiares.

Reflexiones finales:

Implantando este tipo de programas de prevención en el ámbito escolar se puede tener un control sobre casos de TCA, pero ¿deberíamos de llevar este tipo de programas a las instituciones públicas o medios de comunicación? ¿Se podría trabajar de manera conjunta y coordinada?

¿Cómo acabar con las grandes industrias que incitan a la realización de dietas restrictivas o a la venta de productos milagrosos que activan los factores de riesgo de padecer un TCA?

¿Con este tipo de programas preventivos podemos a hacer frente a los patrones culturales de nuestra sociedad que inciden en este tipo de problemas?

Si existiera más concienciación e información sobre el problema y las consecuencias de padecer un trastorno alimentario, ¿se reclamarían este tipo de programas preventivos?

¿Se debería revisar el marco educativo e introducir otras asignaturas que aporten a los alumnos/as herramientas psicológicas para hacer frente a problemas reales de la vida diaria?

13. Bibliografía

Alimentacion.es. (2018). *Pirámide de alimentación. Conoce lo que comes*. Disponible en:http://www.alimentacion.es/es/conoce_lo_que_comes/cocinar_en_familia/piramide_de_alimentacion/

American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV-TR*. (4th ed., text revision). Washington, DC: Author.

American Psychiatric Association, Kupfer, D. J., Regier, D.A., Arango López, C., Ayuso-Mateos, J.L., Vieta Pascual, E. y Bagney Lifante, A. (2014). *Diagnostic and statistical manual of DSM-5: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. (E.M. Panamericana, Ed.) (5^a. ed.).Madrid.

Bardone, A.M. y Fitzsimmons, E.E. (2011). Coping and social support as potential moderators of the relation between anxiety and eating disorder symptomatology. *Eating Behaviors*, 12(1), 21-28.

Becker, C.B., Smith, L.M. y Ciao, A.C. (2005). Reducing eating disorder risk factors in sorority members: A randomized trial. *Behavior Therapy*, 36(3), 245-253.

Bell, B.T., Lawton, R. y Dittmar, H. (2007). The impact of thin models in music videos on adolescent girl body dissatisfaction. *Body Image*, 4,137-145.

Berg, K. C., Frazier, P. y Sherr, L. (2009). Change attitudes and behavior of eating disorder in college women: prevalence and predictors. *Eating Behaviors*, 10(3), 137-142.

Bolaños, P. (2009). Evolución de los hábitos alimentarios. De la salud a la enfermedad por medio de la alimentación. *Trastornos de la Conducta Alimentaria*, 9, 956-972.

- Calvo, R., Gallego, L.T., Solórzano, G., Kassem, S., Morales, C., Codesal, R. y Blanco, A. (2014). Procesamiento emocional en pacientes con trastornos de conducta alimentaria adultas vs adolescentes; reconocimiento emocional y teoría de la mente. *Nutrición Hospitalaria*, 29(4), 941-952.
- Castro, J., Toro, J., Salamero, M. y Guimerá, E. (1991). The Eating Attitudes Test: validation of the spanish versión. *Evaluación Psicológica*, 7, 175-189.
- Chile Vive Sano. (2018). *Calculadora de IMC*. Disponible en: <http://www.chilevivesano.cl/calculadora-de-imc>
- Comunicación Asertiva. (2018). *Estilos en la comunicación*. Disponible en: <https://comunicacionasertiva7.wordpress.com/2012/09/20/estilos-en-la-comunicacion/>
- Cooper, P.J., Taylor, M.J., Cooper, Z y Fairburn, C.G. (1987). The development and validation for the Body Shape Questionnaire. *International Journal of Eating Disorders*, 6, 485-494.
- David Nesher Blog. (2018). *Aprende a Calcular tu IMC (Índice de Masa Corporal)*. Disponible en: <http://davidnesher.com.ar/aprende-a-calcular-tu-imc-indice-de-masa-corporal/>
- De la Vega., I. y Gómez-Peresmitré, G. Intervención cognitivo-conductual en conductas alimentarias de riesgo. *Psicología y salud*, 22(2), 225-234.
- El Diario de Juárez. (2018). *'Prohíbe' Francia modelos demasiado delgadas*. Disponible en: http://diario.mx/Internacional/2017-05-06_59e84a07/prohibe-francia-modelos-demasiado-delgadas/
- Encuesta de Prevalencia de Trastornos de la Conducta Alimentaria en adolescentes escolarizados de la Comunidad de Madrid (2001). Dirección General de Salud Pública. *Comunidad de Madrid*, 7, 46-67.
- Escriche, E. (2013). Un 11% dels joves catalans presenten alguna conducta de risc de patir anorèxia o bulímia. *Diari Ara*.
- Es.pngtree.com. (2018). *Vector - hombre mujer firme cuerpo perfil*. Disponible en: https://es.pngtree.com/freepng/vector-man-woman-sign-body-profile_2938236.html

- Garner, D.M. y Garfinkel, P.E. (1979). The Eating Attitudes Test: An index of the symptoms of anorexia nervosa. *Psychological Medicine*, 9, 273-279.
- Fanjul, C. (2008). *Vigorexia: una Mirada desde la publicidad*. Madrid: Editorial Fragua.
- Ferrer, E. (2018). Salud y deporte en femenino. La importancia de mantenerse activa desde la infancia. *Barcelona: Hospital Sant Joan de Déu*.
- Gómez, J.A., Gaité, L., Gómez, E., Carral L., Herrero, S. y Vázquez-Barrero J.L. (2012). *Guía de Prevención de los trastornos de la Conducta alimentaria*. Gobierno de Cantabria. Consejería de Sanidad y Servicios Sociales. Dirección general de ordenación y atención sanitaria. Disponible en: <http://saludcantabria.es/uploads/pdf/ciudadania/Guia%20Prevencion%20Trastornos%20Conducta%20Alimentaria-2012.pdf>
- Gottau, G. (2018). *Pirámide de actividad física para niños*. Vitonica.com. Disponible en: <https://www.vitonica.com/fitness/piramide-de-actividad-fisica-para-ninos>
- Green, M., Scott, N., Diyankova, I. y Gasser, C. (2005). Eating disorder prevention: an experimental comparison of high level dissonance, low level dissonance, and no-treatment control. *Eat Disord*, 13, (2), 157-169.
- Guía de Práctica Clínica sobre Trastornos de la Conducta Alimentaria. (2009). Madrid: *Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Consumo. Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques de Catalunya*. Disponible en: [http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_440_Tt_Conduc_Alimentari_compl_\(4_jun\).pdf](http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_440_Tt_Conduc_Alimentari_compl_(4_jun).pdf)
- Iglesias, J.L. (2016). Situación de la adolescencia en la España actual. *Adolescere*, 4(1), 8-16.
- Jáuregui, I., Bolaños, P., Carbonero, R. y Valero, E. (2010). Psychometric properties of the spanish versión of Good Craving Inventory (FCI-SP). *Nutrición Hospitalaria*, 25(6), 984-992.
- Jáuregui, I., Santed, M.A., Shafra, R., Santiago, M.J. y Estébanez, S. (2012). Psychometric properties of the Spanish versión of the Thought-Shape Fusion. Questionnaire. *The Spanish Journal of Psychology*, 15(1), 410-423.

- Keski-Rahkonen, A. (2007). Epidemiology and course of anorexia nervosa in the community. *Am J Psychiatry*, 164(8), 1259-1265.
- López, C., Molanao, J. y Piñeros, S. (2010). Factores de riesgo de los trastornos de la conducta alimentaria en jóvenes escolarizados en Cundinamarca (Colombia). *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 39(2), 313-328.
- López, C. y Treasure J. (2011). Trastornos de la Conducta Alimentaria en Adolescentes: Descripción y manejo. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 1(22), 85-97.
- Lucas, A.R., Berard, C.M., O'Fallun W.M. y Kurland, L.T. (1991). 50-Year Trends in the Incidence of Anorexia Nervosa in Rochester, Minn.: A Population-Based Study. *Am J Psychiatry*, 148, 917-922.
- Maganto, C. y Cruz, S. (2008). *TSA. Test de siluetas para adolescentes*. Madrid: TEA Ediciones.
- Maganto, C. (2011). Factores de Riesgo o vulnerabilidad asociados a los trastornos de la conducta alimentaria. *Infocop Online*. Recuperado de <http://www.infocop.es/view.article.asp?id=3436>
- Male, M.L., Bautista, I. y Serra, LL. (2015). Prevalencia de los trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes de Gran Canaria. *Nutr. Hosp.*, 31(5), 2283-2288.
- Maor, N.R., Sayag, S., Dahan, R. y Hermoni, D. (2006). Eating Attitudes among Adolescents. *IMAJ*, 8, 627-229.
- Markey, M.A. y Vander Wal, J.S. (2007). The role of emotional intelligence and negative affect in bulimic symptomatology. *Comprehensive Psychiatry*, 48, 458,464.
- McVey, G.L., Lieberman, M., Voorberg, N., Wardrope, D., Blackmore, E. y Tweed, S. (2003). Replication of a peer support program designed to prevent disordered eating: is a life skills approach sufficient for all middle school students? *Eat Disord*, 11(3), 187-195.
- Moreno, S., Ortega, B. y Rodríguez S. (2009). Impulsividad en mujeres con bulimia nerviosa. *EduPsykhé*, 8(1), 63-77.
- Moreno, M. y Ortiz, G. (2009). Trastornos de alimentación y su relación con Imagen Corporal y Autoestima en Adolescentes. *Terapia Psicológica*, 27(2), 181-189.

- Neumark-Sztainer, D., Butler, R. y Palti, H. (1995). Eating disturbances among adolescent girls: Evaluation of a school-based primary prevention program. *Journal of Nutrition Education*, 27(1), 24-31.
- Organización Mundial de la Salud. (2018). *Obesidad y sobrepeso*. Recuperado de: <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>
- Peláez, M.A., Raich, R.M. y Labrador, F.J. Trastornos de la conducta alimentaria en España: Revisión de estudios epidemiológicos. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios/Mexican Journal of Eating Disorders*, 1(1), 62-65.
- Portela, M.L., Da Costa, H., Mora, M. y Raich, R.M^a. (2012). La epidemiología y los factores de riesgo de los trastornos alimentarios en la adolescencia; una revisión. *Nutrición Hospitalaria*, 27(2), 391-401.
- Protocolo de actuación en los Trastornos de la Conducta Alimentaria. (2009). Gobierno de Canarias, *Conserjería de Sanidad*.
- Revista Cuerpo De Mujer. (2018). Disponible en: <https://www.todocoleccion.net/coleccionismo-revistas-periodicos/revista-cuerpo-mujer-guia-adelgazar-n-2-48-paginas-portada-dietas-seguras~x48004229>
- Ruíz, P.M., Comet, M.P., Calvo, A.I., Zapata, M., Cebollada, M., Trebol, L. y Lobo, A. (2008). Prevalencia de Trastornos Alimentarios en estudiantes Adolescentes Tempranos. *An Pediatr*, 68(1), 18-23.
- Sánchez-Carracedo, D., López-Guimerá, G., Fauquet, J., Barrada, J.R., Pámias, M., Puntí, J., Querol, M. y Trepas, E. (2013). A school- based program implemented by community providers previously trained for the prevention of eating and weight-related problems in secondary-schools adolescents: the MABIC study protocol. *BMC Public Health*, 13(955), 1-17.
- Santacoloma, A. y Quiroga, B. (2009). Perspectivas de estudio con la conducta alimentaria. *Revista Iberoamericana de Psicología: Ciencia y Tecnología*, 2(2), 7-15.

- Sinomeconoces.blogspot.com (2018). *Conociéndose: actividad para trabajar la autoestima*. Disponible en: <http://sinomeconoces.blogspot.com/2013/12/conociendose-actividad-para-trabajar-la.html>
- Soriano, J. (2012). Controversias sobre los Trastornos de la Conducta alimentaria. *Fundación de Trastornos Alimentarios (FITA)*. Disponible en: http://www.institutotomas Pascualsanz.com/descargas/formacion/publi/Libro_Co ntroversias_Trastornos_Alimentarios.pdf
- Stice, E., Shaw, H., Burton, E. y Wade, E. (2006). Dissonance and Healthy Weight Eating Disorder Prevention Programs: A Randomized Efficacy Trial. *J Consult Clin Psychol*, 74(2), 263-275.
- Stice, E., Shaw, H. y Marti C.N. (2007). A meta-analytic review of eating disorder prevention programs: encouraging findings. *Annu Rev Clin Psychol*, 3, 207-231.
- Toro, J. (2001). Detección de la Anorexia Nerviosa en atención primaria. *Psiquiatría y Atención Primaria*, 18-22.
- Winzelberg, A.J., Eppstein, D., Eldredge, K.L., Wilfley, D., Dasmahapatra, R., Dev, P. y Taylor, C.B. (2000). Effectiveness of an Internet-based program for reducing risk factors for eating disorders. *J Consult Clin Psychol*, 68(2), 346-350.
- Williams, L., Germov, J. y Young, A. (2007). Preventing weight gain: a population cohort study of the nature and effectiveness of mid-age women's weight control practices. *International Journal of Obesity*, 31(6), 978-986.
- 20minutos.es. (2018). *La pasarela de Milán para el hombre*. Disponible en: <https://www.20minutos.es/fotos/actualidad/la-pasarela-de-milan-para-el-hombre-278/1/>

14. Anexos

Anexo A. Consentimiento informado para padres/madres/tutores.

Mi nombre es Juana María Fernández Gutiérrez, alumna del Máster Universitario en Psicología General Sanitaria de la Universidad Jaume I. Estoy trabajando en un proyecto relacionado con la nutrición y la prevención de trastornos relacionados con la conducta alimentaria en el que su hijo/a podría participar. El objetivo de este programa es la prevención de dichos casos en el aula, donde se llevaran a cabo una serie de sesiones psicoeducativas relacionadas con este ámbito. El proyecto está iniciándose y necesito a algunos participantes para conocer más acerca de sus conocimientos, actitudes y practicas relacionadas con la nutrición y el ejercicio físico. Toda la información que se obtenga será tratada con estricta confidencialidad y las respuestas y nombre de su hijo/a jamás serán revelados. En el caso que usted autorice a que su hijo/a participe en este programa, también se le pedirá a él/ella que de su consentimiento.

¿Acepta que su hijo/a participe en nuestro programa?

SI___**NO**_____

Nombre y apellidos del padre/madre/tutor

Firma

Nombre y apellidos del hijo/a

Anexo B. Anexo A. Consentimiento informado para el participante.

Mi nombre es Juana María Fernández Gutiérrez, alumna del Máster Universitario en Psicología General Sanitaria de la Universidad Jaume I. Estoy trabajando en un proyecto relacionado con la nutrición y la prevención de trastornos relacionados con la conducta alimentaria. El objetivo de este programa es la prevención de dichos casos en el aula, donde se llevaran a cabo una serie de sesiones psicoeducativas relacionadas con este ámbito. El proyecto está iniciándose y necesito a algunos participantes para conocer más acerca de los conocimientos, actitudes y practicas relacionadas con la nutrición y el ejercicio físico. Si participas, tu nombre y tus respuestas nunca serán revelados. No estás obligado a contestar las preguntas que no quieras y podrás abandonar este programa en el momento que tú lo desees.

Nos gustaría que contestaras a las preguntas de los cuestionarios con toda honestidad, diciendo lo que sabes, lo que sientes o piensas, la manera en la que vives,

preparas la comida y comes. Puedes tomar el tiempo que necesites para responder a las preguntas.

¿Aceptas participar en este programa?

SI ___ NO ___

Nombre y apellidos del participante

Anexo C. Datos del participante.

Nombre y apellidos:

Sexo: Edad: Nacionalidad: Estado civil de padres:

Nº de hermanos:

Responde a las siguientes preguntas:

1. ¿Qué has desayunado hoy?
2. ¿Qué comiste o comerás en el recreo hoy?

Anexo D.EAT-40 (Castro, Toro, Salamero y Guimerá, 1991).

E.A.T.-40: versión española (Castro,Toro,Salamero y Guimerá,1991)

	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Bastantes veces	Casi siempre	Siempre
1. Me gusta comer con otras personas.						
2. Preparo comida para otros, pero yo no me las como.						
3. Me pongo nervioso cuando se acerca la hora de las comidas.						
4. Me da mucho miedo pesar demasiado.						
5. Procuero no comer aunque tenga hambre.						
6. Me preocupo mucho por la comida.						
7. A veces me he "atracado" de comida, sintiendo que era incapaz de parar de comer.						
8. Corto mis alimentos en trozos pequeños.						
9. Tengo en cuenta las calorías que tienen los alimentos que como.						
10. Evito, especialmente, comer alimentos con muchos hidratos de carbono (p. ej., pan, arroz, patatas, etc.).						
11. Me siento lleno/a después de las comidas.						
12. Noto que los demás preferirían que yo comiese más.						
13. Vomito después de haber comido.						
14. Me siento muy culpable después de comer.						
15. Me preocupa el deseo de estar más delgada/a.						
16. Hago mucho ejercicio para quemar calorías.						
17. Me peso varias veces al día.						
18. Me gusta que la ropa me quede ajustada.						
19. Disfruto comiendo carne.						
20. Me levanto pronto por las mañanas.						
21. Cada día como los mismos alimentos.						
22. Pienso en quemar calorías cuando hago ejercicio.						
23. Tengo la menstruación regular.						
24. Los demás piensan que estoy demasiado delgada/o.						
25. Me preocupa la idea de tener grasa en el cuerpo.						
26. Tardo en comer más que las otras personas.						
27. Disfruto comiendo en restaurantes.						
28. Tomo laxantes (purgantes).						
29. Procuero no comer alimentos con azúcar.						
30. Como alimentos de régimen.						
31. Siento que los alimentos controlan mi vida.						
32. Me controlo en las comidas.						
33. Noto que los demás me presionan para que coma.						
34. Paso demasiado tiempo pensando y ocupándome de la comida.						
35. Tengo estreñimiento.						
36. Me siento incómoda/o después de comer dulces.						
37. Me comprometo a hacer régimen.						
38. Me gusta sentir el estómago vacío.						
39. Disfruto probando comidas nuevas y sabrosas.						
40. Tengo ganas de vomitar después de las comidas.						

Anexo E.BSQ. (Cooper, Taylor, Coorper & Fairburn, 1987).

B.S.Q Cooper y cols., 1987; traducido y adaptado por Mora y Raich, 1993b

Nos gustaría saber cómo te has sentido respecto a tu figura en las cuatro últimas semanas. Por favor, lee cada pregunta y rodea con un círculo el número apropiado siguiendo esta escala:

1= Nunca; 2= Raramente; 3= Alguna vez; 4= A menudo; 5= Muy a menudo; 6= Siempre

1. ¿Sentirte aburrida/o te ha hecho preocuparte por tu figura?	1	2	3	4	5	6
2. ¿Te has preocupado tanto por tu figura que has pensado que tendrías que ponerte a dieta?	1	2	3	4	5	6
3. ¿Has pensado que tenías los muslos, caderas o nalgas demasiado grandes en relación con el resto del cuerpo?	1	2	3	4	5	6
4. ¿Has tenido miedo a engordar?	1	2	3	4	5	6
5. ¿Te ha preocupado que tu carne no sea lo suficientemente firme?	1	2	3	4	5	6
6. Sentirte llena/o (después de una gran comida), ¿te ha hecho sentir gorda/o?	1	2	3	4	5	6
7. ¿Te has sentido tan mal con tu figura que has llorado a llorar?	1	2	3	4	5	6
8. ¿Has evitado correr para que tu carne no botara?	1	2	3	4	5	6
9. Estar con chicas/os delgadas, ¿te ha hecho fijar en tu figura?	1	2	3	4	5	6
10. ¿Te ha preocupado que tus muslos se ensanchen cuando te sientas?	1	2	3	4	5	6
11. El hecho de comer poca comida, ¿te ha hecho sentir gorda/o?	1	2	3	4	5	6
12. Al fijarte en la figura de otras chicas/os, ¿la has comparado con la tuya desfavorablemente?	1	2	3	4	5	6
13. Pensar en tu figura, ¿ha interferido en tu capacidad de concentración (cuando miras la televisión, lees o mantienes una conversación)?	1	2	3	4	5	6
14. Estar desnuda/o (por ejemplo cuando te duchas), ¿te ha hecho sentir gorda/o?	1	2	3	4	5	6
15. ¿Has evitado llevar ropa que marque tu figura?	1	2	3	4	5	6
16. ¿Te has imaginado cortando partes gruesas de tu cuerpo?	1	2	3	4	5	6
17. Comer dulces, pasteles u otros alimentos con muchas calorías te ha hecho sentir gorda/o?	1	2	3	4	5	6
18. ¿Has evitado ir a actos sociales (por ejemplo una fiesta) porque te has sentido mal con tu figura?	1	2	3	4	5	6
19. ¿Te has sentido excesivamente gorda/o o redondeada/o?	1	2	3	4	5	6
20. ¿Te has sentido acomplejada por tu cuerpo?	1	2	3	4	5	6
21. Preocuparte por tu figura, ¿te ha hecho poner a dieta?	1	2	3	4	5	6
22. ¿Te has sentido más a gusto con tu figura cuando tu estómago estaba vacío?	1	2	3	4	5	6
23. ¿Has pensado que la figura que tienes es debida a tu falta de autocontrol?	1	2	3	4	5	6
24. ¿Te ha preocupado que otra gente vea michelines alrededor de tu cintura o estómago?	1	2	3	4	5	6
25. ¿Has pensado que no es justo que otras chicas/os sean más delgadas que tú?	1	2	3	4	5	6
26. ¿Has vomitado para sentirte más delgada/o?	1	2	3	4	5	6
27. Cuando estás con otras personas, ¿te ha preocupado ocupar demasiado espacio (por ejemplo, sentándote en un sofá o en el autobús)?	1	2	3	4	5	6
28. ¿Te ha preocupado que tu carne tenga aspecto de piel de naranja (celulitis)?	1	2	3	4	5	6
29. Verte reflejada en un espejo o un escaparate, ¿te ha hecho sentir mal por tu figura?	1	2	3	4	5	6
30. ¿Te has pellizcado zonas del cuerpo para ver cuánta grasa tenías?	1	2	3	4	5	6
31. ¿Has evitado situaciones en las que la gente pudiese ver tu cuerpo (por ejemplo, en vestuarios comunes de piscinas o duchas)?	1	2	3	4	5	6
32. ¿Has tomado laxantes para sentirte más delgada/o?	1	2	3	4	5	6
33. ¿Te has fijado más en tu figura estando con otras personas?	1	2	3	4	5	6
34. La preocupación por tu figura, ¿te ha hecho pensar que deberías hacer ejercicio?	1	2	3	4	5	6

Anexo F. Cálculo de IMC.

$$IMC = \frac{PESO}{ALTURA^2}$$

Fuente extraída de: David Neshler Blog, (2018).

Anexo G. Tabla de resultados IMC.

Clasificación	IMC (kg/m ²)
Bajo Peso	< 18.50
Delgadez severa	< 16.00
Delgadez moderada	16.00 - 16.99
Delgadez aceptable	17.00 - 18.49
Normal	18.50 - 24.99
Sobrepeso	≥ 25.00
Pre-obeso (riesgo)	25.00 - 29.99
Obeso	≥ 30.00
Obeso tipo I (riesgo moderado)	30.00 - 34.99
Obeso tipo II (riesgo severo)	35.00 - 39.99
Obeso tipo III (riesgo muy severo)	≥ 40.00

Fuente extraída de: Chile Vive Sano, (2018).

Anexo H. Encuesta dietética de desarrollo propio.

1. Señala las comidas que realizas al día

- Desayuno
- Media mañana
- Comida
- Merienda
- Cena

2. ¿Picoteas fuera de las comidas?

- Nunca
- 1 o 2 veces
- Muchas veces
- Los fines de semana
- Los días de fiesta

3. ¿Cuáles son tus alimentos favoritos? -----

4. ¿Qué alimentos te gustan menos? -----

5. Señala entre estos alimentos los que tomas habitualmente:

- Ensaladas Verduras Legumbres Arroz Pastas
- Sopas Huevos Pollo Carne de cerdo Salchichas, hamburguesas
- Carne de cordero Pescado Fruta Postres dulces Leche y derivados
- Frutos secos Embutidos Cereales

6. ¿Comes los mismos alimentos que el resto de la familia?

- Siempre
- A veces
- Nunca

7. ¿A qué hora aproximada realizas las siguientes comidas?

- Desayuno:
- Media mañana:
- Comida:
- Merienda:
- Cena:

8. ¿En casa coméis todos a la misma hora?

- Siempre
- A veces
- Nunca

9. ¿Qué sueles comer en un día normal?

Desayuno: -----

Media mañana: -----

Comida: -----

Merienda: -----

Cena: -----

10. ¿Qué bebida tomas habitualmente con las comidas?

- Agua Gaseosa Vino Leche Cerveza Zumos
- Refrescos -----

11. ¿Qué prefieres tomar a media mañana o en la merienda?:

- Bollería industrial o chucherías
- Fruta, zumos, lácteos o bocadillos

Anexo I. Pirámide alimentaria.



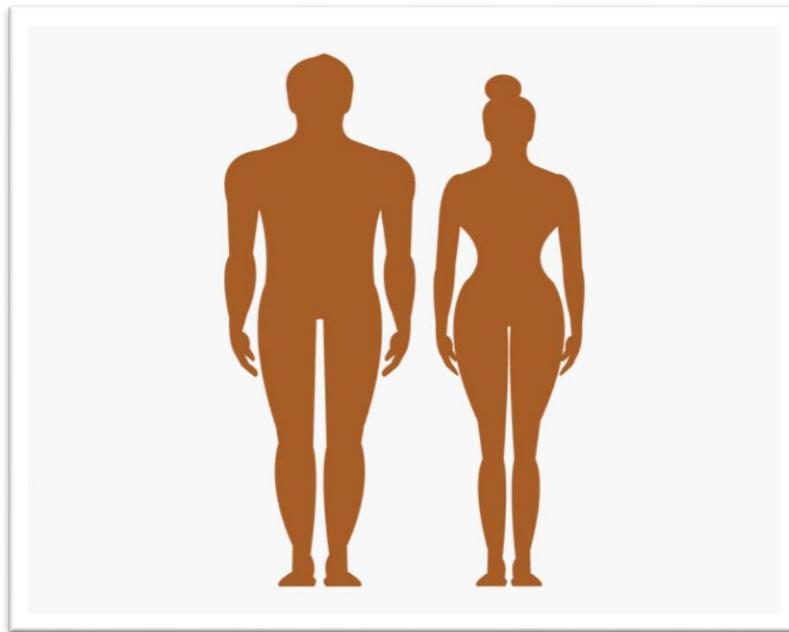
Fuente extraída de: alimentación.es, (2018).

Anexo J. Pirámide de actividad física.



Fuente extraída de: Gottau, (2018).

Anexo K. Dibujo de figura humana.



Fuente extraída de: Es.pngtree.com, (2018).

Anexo L. Imágenes de publicidad con crítica.



Fuente extraída de: Revista cuerpo de mujer, (2018).

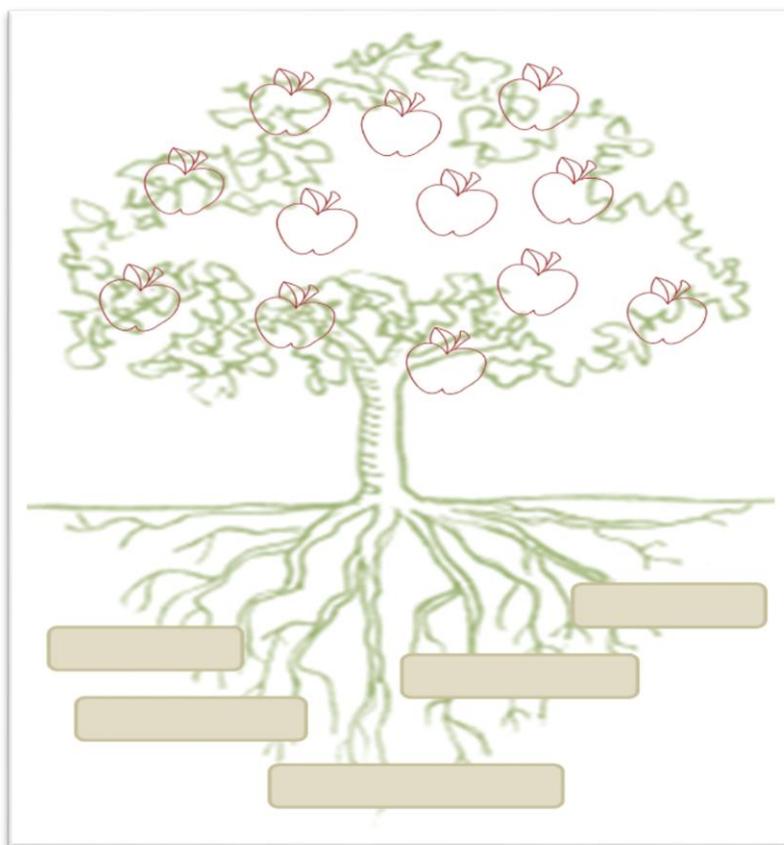


Fuente extraída de: El Diario de Juárez, (2018).



Fuente extraída de: 20minutos.es, (2018).

Anexo M. Árbol de mi autoestima.



Fuente extraída de: Sinomeconoces.blogspot.com, (2018.)

Anexo N. Diferentes estilos de diálogo.

ESTILO ASERTIVO	ESTILO AGRESIVO	ESTILO PASIVO
<p>*Conducta verbal:</p> <ul style="list-style-type: none"> –Directa –Firme <p>*Conducta no verbal:</p> <ul style="list-style-type: none"> –Contacto ocular directo –Gestos firmes –Postura relajada –Voz sin vacilación <p>*Consecuencias:</p> <ul style="list-style-type: none"> –Defiende sus derechos –Esta relajado y satisfecho –Resuelve problemas 	<p>*Conducta verbal:</p> <ul style="list-style-type: none"> –Impositiva –Interrumpe a los demás <p>*Conducta no verbal:</p> <ul style="list-style-type: none"> –Mirada fija –Gestos amenazantes –Postura hacia delante –Volumen de voz elevado <p>*Consecuencias:</p> <ul style="list-style-type: none"> –Viola derechos de otros –Crea tensión –Conflictos interpersonales 	<p>*Conducta verbal:</p> <ul style="list-style-type: none"> –Vacilante –Cortada <p>*Conducta no verbal:</p> <ul style="list-style-type: none"> –Rehúye la mirada –Movimientos nerviosos –Postura recogida –Volumen inaudible <p>*Consecuencias:</p> <ul style="list-style-type: none"> –No defiende sus derechos –Pierde oportunidades –Conflictos interpersonales

Fuente extraída de: Comunicación asertiva, (2018).

Anexo Ñ. Lectura de un caso real de TCA.

“M. (20 años), desde hace un año comienzan los atracones con una frecuencia de 1 o 2 veces al día y vómitos autoinducidos 2 veces al día. Hace dos años disminuye la ingesta alimentaria de manera exagerada (no desayunaba, comía y cenaba muy poco). En la época de restricción alimentaria sufre amenorrea (ausencia de menstruación) durante 3 meses. Los padres cuentan que la chica está más irascible, que ha sufrido un gran cambio en su comportamiento, siempre está enfadada, no tiene vida social, no sale de casa, no ve a sus amigos y en casa existen numerosas discusiones en torno a la comida y la ropa (no quiere comer ciertos alimentos y siempre viste con ropa ancha). M. reconoce su problema y quiere solucionarlo. Admite que tiene miedo a la comida, a engordar y a ser valorada negativamente por los demás.”

Anexo O. Cuestionario de desarrollo propio a cumplimentar por profesionales de TCA.

Mi nombre es Juana María Fernández Gutiérrez, alumna del Máster Universitario en Psicología General Sanitaria de la Universidad Jaume I. Estoy realizando mi trabajo fin de máster en el cual desarrollo una propuesta de programa de prevención de Trastornos de Conducta Alimentaria (TCA) en población adolescente, y cuyo propósito es aplicarlo en el aula.

Para validar la viabilidad de la implantación de dicho programa, requiero que expertos profesionales en el tratamiento de los TCA, como es su caso, evalúen la viabilidad del programa propuesto en base a los objetivos del mismo. Para ello le pedimos que rellene el siguiente cuestionario. La realización de este cuestionario no le llevará mucho tiempo y sus respuestas no tendrán valor calificativo sobre el trabajo realizado. Una vez cumplimentado, por favor envíe este documento al correo jmfergu@hotmail.es, correo desde donde se le ha mandado tanto la descripción del programa de prevención como el cuestionario.

Gracias por su tiempo y atención.

Iniciales: Sexo: Edad:

Profesión: Años de experiencia:

¿Trabaja en el sector público o privado?:

Cuestionario a cumplimentar (marque con una X al lado de cada respuesta):

1. ¿Considera que el diseño del programa es el adecuado para chicos/as adolescentes? SI NO
2. ¿La duración del programa y las sesiones se adecuan a las necesidades del contexto? SI NO
3. ¿Cree que es un recurso fácil y manejable para personas no profesionales del tema? SI NO
4. Si llevamos a cabo esta intervención, ¿podrían cumplirse todos los objetivos planteados previamente (prevención TCA, promoción de una alimentación saludable y vida saludable y el desarrollo de un pensamiento crítico frente al modelo estético que predomina en la actualidad)? SI NO
5. ¿La selección de contenidos de las sesiones es la apropiada al logro de los objetivos? SI NO
6. ¿La metodología empleada junto a las actividades son las adecuadas para este programa? SI NO
7. ¿Cree que existe la necesidad de recursos adicionales en el desarrollo del programa? SI NO

Si responde “sí”, hablemos sobre esos recursos que emplearía:

8. ¿Considera que los resultados obtenidos tras la implantación de este programa serán positivos? SI NO
9. En general, ¿cree que este programa de prevención de TCA en el aula puede ser un buen recurso para la prevención primaria de estos casos? SI NO
10. Comentarios adicionales (ventajas, inconvenientes, sugerencias, mejoras del programa etc.):