



Universitat Oberta
de Catalunya

www.uoc.edu

TRABAJO DE FIN DE MÁSTER

Propuesta de intervención

PREVENCIÓN DE LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA EN ADOLESCENTES:

“Una propuesta de intervención en Institutos de Educación Secundaria”

ALUMNO/A: M^a DEL MAR NAVARRO ALARCÓN

CONSULTOR/A: ANDREA ARROYO FERNÁNDEZ

Máster en Nutrición y Salud
Julio - 2016

INDICE

1- RESUMEN	3
2- INTRODUCCIÓN.....	3
3- OBJETIVOS.....	4
4- MARCO TEÓRICO SOBRE TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA	4
4.1 Concepto de los trastornos de la conducta alimentaria	4
4.2 Etiología y evolución de los trastornos de la conducta alimentaria.....	10
4.3 Complicaciones y comorbilidad médica y psicológica de los TCA	15
4.4 Comportamientos de los alumnos con TCA.....	17
4.5 Prevención en el ámbito escolar	18
5- PROPUESTA Y METODOLOGÍA DEL PROGRAMA DE PREVENCIÓN DE TCA EN ADOLESCENTES	32
5.1 Objetivos del programa	32
5.2 Metodología	32
5.2.1 Actividades	33
5.2.2 Temporalización	33
5.2.3 Recursos	35
5.2.4 Evaluación	35
5.2.5 Sesiones	36
6- DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES.....	41
7- BIBLIOGRAFÍA.....	43
8- ANEXOS.....	46

1- RESUMEN

En este trabajo se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica respecto a algunos Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA); más concretamente, la anorexia nerviosa, la bulimia nerviosa y el trastorno por atracón en la población adolescente.

Los principales contenidos abarcados son la definición de los trastornos conducta alimentaria, de aquí en adelante TCA, su posible etiología, consecuencias y evolución. Además se hablará de la prevención desde el ámbito escolar para desarrollar una ejemplo-propuesta de Programa de Prevención de TCA en adolescentes.

A lo largo del trabajo se desarrollaron los diversos puntos de los que está compuesto el programa como son los objetivos, metodología, recursos, evaluación y sesiones de este. Se finalizará con una breve discusión y conclusiones sobre los puntos tratados a lo largo de este y los aspectos tenidos en cuenta en la elaboración de la propuesta de intervención; argumentando la necesidad de realizar un enfoque preventivo interdisciplinar y globalizador.

2- INTRODUCCIÓN

Según el DSM-V, los trastornos de la conducta alimentaria y de la ingesta de alimentos se caracterizan por una alteración persistente en la alimentación o en el comportamiento relacionado con la alimentación que lleva a una alteración en el consumo o absorción de los alimentos y que causa un deterioro significativo de la salud física o el funcionamiento psicosocial¹. Los TCA constituyen en la actualidad un importante problema de salud en las sociedades desarrolladas, aunque hay cierto grado de controversia acerca de su impacto y relevancia epidemiológica (las tasas de prevalencia publicadas hasta el momento son variadas en los diferentes estudios realizados hasta el momento)². Una de las tasas más fiables de prevalencia de TCA, que ha sido manejada por los expertos durante los últimos años, es la que se incluye en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-V) de la American Psychiatric Association, según el cual entre las mujeres jóvenes hay una prevalencia aproximativa de AN del 0,4% y la BN entre el 1% al 1,5% (menos en común en hombres, con un proporción 10:1)¹.

Según una revisión reciente de diversos estudios³, la incidencia de la aparición de la AN y BN en la adolescencia parece ser mayor; quizás por los cambios biológicos, psicológicos y de redefinición del papel social en esta etapa de la vida, asociada a la preocupación por el culto a la belleza. La evidencia científica indica que los factores de riesgo causales de los TCA son multifactoriales (factores biológicos, socio-culturales y psicológicos que interfieren en el comportamiento del individuo).

Aunque estos trastornos no parecen alcanzar proporciones epidémicas, lo cierto es que tienen una relevancia clínica sustancial, y han suscitado un debate acerca de la conveniencia y el tipo de medidas preventivas que deben aplicarse. Hasta el momento los programas preventivos de mayor éxito son los que han utilizado una metodología interactiva, como role playing, discusiones, utilización de autorregistros, etc; además se ha visto la necesidad de implementar tratamientos interdisciplinarios, pues se ha encontrado que la interacción terapéutica (psiquiatras, psicólogos, nutricionistas, enfermeros y trabajadores sociales) aumenta la eficacia⁴.

A la hora de realizar intervención con adolescentes, la escuela es el medio ideal para desarrollar programas de prevención de TCA. Esta acoge a la totalidad de la población durante la etapa de enseñanza obligatoria, en la que están formando su personalidad y pueden adquirir conocimientos, hábitos y actitudes favorables; ya que es una herramienta poderosa de socialización en la que se pueden aprovechar las interacciones positivas entre ellos. La prevención primaria en adolescentes se debe centrar en realizar educación nutricional, fomentar el ejercicio físico, educarlos en la aceptación y la

percepción sobre la imagen corporal así como la mejora de habilidades personales (habilidades sociales, autoestima, etc.) e informarles sobre la adolescencia y sus cambios físicos/psíquicos y psicológicos⁵.

Por todo ello, este trabajo va a realizar una revisión bibliográfica de los aspectos más importantes de los TCA's, centrándonos en la anorexia nerviosa, bulimia nerviosa y el trastorno por atracón como principales patologías; y su prevención, para posteriormente desarrollar una propuesta de intervención multidisciplinar en adolescentes de un instituto de educación secundaria involucrando a padres-escuela-alumnos.

3- OBJETIVOS

- **Objetivo general:**

Realizar un abordaje multidisciplinar de los Trastornos de la Conducta de la Alimentaria planteando una propuesta de intervención en adolescentes con el fin de **dotarles de las herramientas nutricionales, sociales y personales necesarias como forma de prevención de las TCA's.**

- **Objetivos específicos:**

- Realizar una **revisión bibliográfica** dando a conocer **que son los trastornos de la conducta alimentaria** y su abordaje multidisciplinar.
- Incentivar los **hábitos saludables de alimentación y ejercicio físico en los adolescentes mediante talleres y actividades** donde se den a conocer los elementos y los beneficios de una dieta equilibrada y una actividad física regular.
- **Mejorar los modos de interacción en el grupo de iguales mediante dinámicas grupales** donde trabajen la asertividad, autoestima e imagen corporal.
- Fomentar la **actitud crítica de los jóvenes antes los mensajes sociales utilizando el debate y el análisis de modelos de belleza** emitidos en los medios de comunicación.
- **Involucrar familia, escuela y alumnos mediante su participación en actividades comunes;** como forma de refuerzo de hábitos de alimentación y ejercicio saludables.

4- MARCO TEÓRICO SOBRE TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

4.1 Concepto de los trastornos de la conducta alimentaria

Como ya se comentó al inicio del trabajo, los trastornos de la conducta alimentaria y de la ingesta de alimentos se caracterizan por una alteración persistente en la alimentación o en el comportamiento alimentario que conlleva un deterioro en la salud física y deterioro psicosocial. El DSM-V recoge diversas patologías como la pica, trastorno por rumiación, el trastorno por evitación/restricción de alimentos; pero nos centraremos en la **anorexia nerviosa, bulimia nerviosa y el trastorno por atracones.**

4.1.1 Anorexia nerviosa (AN)

La anorexia nerviosa tiene tres características básicas:

- La restricción de la ingesta energética persistente.
- El miedo intenso a ganar peso o engordar.
- La alteración de la forma de percibir el peso y la constitución de los propios.

El individuo mantiene un peso corporal por debajo del nivel mínimo normal para su edad, sexo, fase de desarrollo y salud física. En los adultos se utiliza el IMC 18,5 kg/m² como límite inferior del peso corporal normal, en niños y

adolescentes es útil determinar el percentil de IMC según edad también teniendo en cuenta si el curso de evolución es el esperado. Suelen tener miedo a ganar peso o engordar, en adolescentes pueden no reconocer este miedo.

La percepción y la importancia del peso y la constitución están distorsionadas, perciben que tienen sobrepeso en general, otras saben que están delgadas pero les preocupa una parte en concreto. La autoestima depende de cómo perciben su cuerpo y su constitución corporal; la pérdida de peso se ve como un logro (autodisciplina) y el aumento como un fracaso inexplicable de falta de autocontrol.

Los pacientes son llevados a profesionales por la familia después de una marcada pérdida de peso; en caso contrario, el propio paciente puede ir por las secuelas psicológicas y somáticas del hambre. Normalmente no suelen tener consciencia del problema o directamente lo niegan¹.

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS 307.1:

- 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 de 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 a ganar peso o engordar, o comportamiento persistente que interfiere en el aumento de peso, incluso en un peso significativamente bajo.
- C. Alteración en la que uno mismo no percibe su propio peso o constitución, influencia impropia del peso o la constitución corporal en la autoevaluación, o falta persistente de reconocimiento de gravedad del bajo peso actual.

Especificar si es:

(F50.01) Tipo restrictivo: durante los últimos tres meses, el individuo no ha tenido episodios recurrentes o atracones o purgas (es decir, vomito autoprovocado o utilización incorrecta de laxantes, diuréticos o enemas). Este subtipo describe presentaciones en las 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, vomito autoprovocado o utilización incorrecta de laxantes, diuréticos o enemas).

Especificar si es:

En remisión parcial: después de haber cumplido con anterioridad todos los criterios para la anorexia nerviosa, el Criterio A (peso corporal bajo) no se ha cumplido durante un tiempo 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 periodo continuado.

Especificar la gravedad actual:

La gravedad mínima se basa en los adultos, en el IMC actual o, en niños y adolescentes, en el percentil del IMC.

Leve IMC > 17 kg/m²

Moderado 16-16,99 kg/m²

Grave 15-15,99 kg/m²

Extremo <15 kg/m²

4.1.2 Bulimia nerviosa (BN)

Hay tres características principales de la bulimia nerviosa:

- Los episodios recurrentes de atracones.
- Los comportamientos compensatorios inapropiados y recurrentes para evitar el aumento de peso.
- La autoevaluación que se ve influida indebidamente por el peso y la constitución corporal.

Para hacer el diagnóstico **los comportamientos compensatorios deben realizarse una vez a la semana durante 3 meses.**

Un **episodio por atracón** se define como la ingestión, durante un periodo de tiempo (inferior a 2 horas), de una cantidad de alimentos que claramente es superior a la que mayoría de personas ingerirían en un periodo similar y en circunstancias parecidas. El consumo de alimentos debe ir acompañada de una sensación de pérdida de control (incapacidad de contenerse y no comer)¹.

Los atracones suelen caracterizarse por una alteración de la cantidad de alimentos y no un nutriente específico; pero si suelen consumirse aquellos que de normal se suelen evitar. Se suelen realizar a escondidas o discretamente y se abandonan hasta que el individuo se siente lleno o con sentimientos negativos.

Suelen utilizar varios métodos compensatorios para prevenir el aumento de peso; vomitar es el más común (alivio del malestar físico y reducción del miedo a coger peso), laxantes y diuréticos, algunos pueden llegar a tomar hormona tiroidea para intentar adelgazar, los que tienen diabetes mellitus pueden omitir la toma de la dosis de insulina, algunos pueden estar un día o dos realizando ayuno o ejercicio excesivo (este se considerara excesivo si interfiere en la vida cotidiana).

Los individuos que sufren esta patología asocian de manera excesiva su autoestima en base a la importancia de su peso y constitución personal. Pueden parecerse a los que padecen AN en su miedo excesivo a ganar peso, su deseo de perderlo y el grado de insatisfacción con su cuerpo¹.

CRITERIOS DIAGNOSTICOS 307.51 (F50.2):

- A. Episodios recurrentes de atracones. Un episodio de atracón se caracteriza por los dos hechos siguientes:
 - 1. Ingestión, en un tiempo determinado (p.ej., dentro de un periodo de dos horas), de una cantidad de alimentos que es claramente superior a la que mayoría de personas ingerirían en un periodo similar en circunstancias parecidas.
 - 2. Sensación de falta de control sobre lo que ingieren en ese periodo (p. ej., sensación de que no se puede dejar de comer o controlar lo que se ingiere o la que 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 o 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 3 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 es:

En remisión parcial: después de haber cumplido con anterioridad todos los criterios de bulimia nerviosa, algunos pero no todos los criterios no se han cumplido durante un periodo determinado.

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 periodo continuado.

Especificar la gravedad actual:

La gravedad mínima se basa en la frecuencia de los comportamientos inapropiados. La gravedad puede aumentar para reflejar otros síntomas o 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 o más de comportamientos compensatorios inapropiados a la semana.

4.1.3 Trastorno por atracón (TA)

La característica principal son los **episodios recurrentes de atracones que deben producirse, de promedio, una vez a la semana durante tres meses**. Tienen en común con la BN: el episodio de atracón; la sensación de pérdida de control ante el consumo excesivo de alimentos; malestar intenso ante los atracones asociados a comer mucho más rápido de normal, cuando no se siempre hambre físicamente, etc.; y sus desencadenantes suelen ser los factores estresantes interpersonales. A diferencia del BN, los trastornos por atracón **no se asocian con conductas compensatorias recurrentes**¹.

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS 307.51 (F50.8)

- A. Episodios recurrentes de atracones. Un episodio de atracón se caracteriza por los dos hechos siguientes:
 - 1. Ingestión, en un tiempo determinado (p.ej., dentro de un periodo de dos horas), de una cantidad de alimentos que es claramente superior a la que mayoría de personas ingerirían en un periodo similar en circunstancias parecidas.
 - 2. Sensación de falta de control sobre lo que ingieren en ese periodo (p. ej., sensación de que no se puede dejar de comer o controlar lo que se ingiere o la que cantidad de lo que se ingiere).
- B. Los episodios de atracones se asocian a tres o (más) de los siguientes hechos.
 - a) Comer mucho más rápidamente de lo normal.
 - b) Comer hasta sentirse desagradablemente lleno.
 - c) Comer grandes cantidades de alimentos cuando no se siente hambre físicamente.
 - d) Comer solo debido a la vergüenza que se siente por la cantidad que se ingiere.
 - e) Sentirse luego a disgusto con uno mismo, deprimido o avergonzado.
- C. Malestar intenso respecto a los atracones.
- D. Los atracones, se producen de promedio, al menos una vez a la semana durante tres meses.
- E. El atracón no se asocia a la presencia recurrente de un comportamiento compensatorio inapropiado como la bulimia nerviosa y no se produce exclusivamente en el curso de la bulimia nerviosa o la anorexia nerviosa.

Especificar si es:

En remisión parcial: después de haber cumplido con anterioridad todos los criterios, algunos pero no todos los criterios no se han cumplido durante un periodo determinado.

En remisión total: después de haberse cumplido con anterioridad todos los criterios, no se ha cumplido ninguno de los criterios durante un periodo continuado.

Especificar la gravedad actual:

La gravedad mínima se basa en la frecuencia de los atracones.

La gravedad puede aumentar para reflejar otros síntomas o el grado de discapacidad funcional.

Leve: un promedio de 1-3 atracones a la semana.

Moderado: un promedio de 4-7 atracones a la semana.

Grave: un promedio de 8-13 atracones a la semana.

Extremo: un promedio de 14 o más atracones a la semana.

4.1.4 Diagnóstico diferencial

- **Anorexia nerviosa**¹.

Se debe observar otras posibles causas para un peso corporal significativamente bajo sobre todo cuando se presentan características atípicas.

- **Afecciones médicas:** enfermedad gastrointestinal, hipertiroidismo, cáncer oculto o SIDA. Estas enfermedades pueden producir enfermedad, pero las personas afectadas no sufren una alteración de la percepción corporal, ni miedo intenso a ganar peso.
- **Trastorno depresivo mayor.** También hay una pérdida excesiva, pero no hay miedo a aumentar de peso ni percepción alterada de la imagen corporal.
- **Esquizofrenia.** Pueden presentar comportamientos alimentarios extraños y pérdida de peso, pero no tienen miedo al aumento de peso ni alteración de la imagen corporal.
- **Trastorno por consumo de sustancias.** Pueden tener un peso bajo por una ingesta nutricional escasa, pero tampoco muchas ni miedo a ganar peso ni distorsión de la imagen corporal.
- **Trastorno de ansiedad social (fobia social), trastorno obsesivo-compulsivo y trastorno dismórfico corporal.** Tienen en común con la fobia social el miedo a comer en público, con el TOC comportamientos compulsivos respecto a la comida y el trastorno dismórfico corporal por la preocupación por un defecto imaginario corporal. Sería anorexia si los miedos sociales se relacionan solo con la conducta alimentaria, TOC si solo presenta obsesiones y compulsiones respecto a otros aspectos que no sean la comida o trastorno dismórfico si las alteraciones corporales no son respecto a tamaño o composición corporal.
- **Bulimia nerviosa.** Muestran episodios recurrentes de atracones, utilizan comportamientos inapropiados para no aumentar de peso y están excesivamente preocupados por el peso y la composición corporal; pero la diferencia es que se mantienen en un peso corporal igual o mayor que el límite inferior normal.
- **Trastorno por evitación/restricción de la ingesta de alimentos.** Pueden mostrar una pérdida significativa de peso, pero no tienen miedo a engordar ni alteración en la percepción corporal.

- **Bulimia nerviosa**¹.

- **Anorexia nerviosa, del tipo atracones o purgas.** Los individuos que tienen atracones solamente durante el episodio de anorexia nerviosa se diagnosticarían como AN, y en las personas con diagnóstico inicial de AN que tienen atracones y purgas pero no muestra criterios para esta (p.ej. peso normal) y ha cumplido los de BN durante al menos 3 meses se diagnosticaría como Bulimia Nerviosa.
- **Trastorno por atracones.** Tienen atracones pero no tienen conductas compensatorias.
- **Síndrome de Kleine-Levin.** En ciertas afecciones neurológicas se produce una alteración de comportamiento alimentario; pero no hay manifestaciones psicológicas como la preocupación por el aumento de peso y la alteración de la imagen corporal.
- **Trastorno depresivo mayor, con características atípicas.** Puede haber sobrealimentación pero no hay conductas compensatorias y no hay preocupación excesiva por el aumento de peso ni la imagen corporal.
- **Trastorno de personalidad límite.** El comportamiento de atracarse entraría dentro del criterio de comportamiento compulsivo del trastorno de personalidad límite, se diagnosticarían ambos si cumplen los criterios para los dos trastornos.

- **Trastorno por atracón**¹

- **Bulimia nerviosa.** Comparte los atracones recurrentes pero no hay comportamiento compensatorio inapropiado, no suelen restringir ni intensa ni intencionadamente la ingesta de alimentos (aunque intentan hacer dieta), y la mejoría en cuanto al tratamiento es mayor en el trastorno por atracón que en la BN.
- **Trastorno depresivo y bipolar.** El aumento del apetito y de peso estarían dentro de los criterios diagnósticos de trastorno depresivo y bipolar, pero el aumento de la ingesta de alimentos puede estar relacionada o no con la pérdida de control. Si se pueden los criterios para los dos trastornos, se diagnostican ambos trastornos.
- **Trastorno de personalidad límite.** El comportamiento de atracarse entraría dentro del criterio de comportamiento compulsivo del trastorno de personalidad límite, se diagnosticarían ambos si cumplen los criterios para los dos trastornos.

4.2 Etiología y evolución de los trastornos de la conducta alimentaria

4.2.1 Factores predisponentes, precipitantes y de mantenimiento

- **Anorexia Nerviosa**

Estos factores que se citan a continuación son los que después de varios estudios científicos se ha constatado que influyen en la vulnerabilidad a padecer un trastorno alimentarios de forma específica^{1,3}.

Factores predisponentes	Factores precipitantes	Factores de mantenimiento
<ul style="list-style-type: none"> – Sexo femenino. – Pubertad (precoz). – Índice de masa corporal alto. – Perfeccionismo. – Evitación de daños alta. – Búsqueda de novedad baja. – Trastorno obsesivo compulsivo. – Trastorno obsesivo de la personalidad. – Depresión (AN bulímica). – Trastorno dismórfico. – Actividad física excesiva (estética). – Maltrato físico o sexual (AN bulímica). – Autoestima baja. – Insatisfacción corporal. – Irregularidades alimentarias. – Modelo estético corporal delgado. – Presión de medios, familia y coetáneos. – Disfunción serotoninérgica previa. – Susceptibilidad a la malnutrición. – Prematuridad. 	<ul style="list-style-type: none"> – Situaciones estresantes (AN purgativa). – Actividad física. – Decisión de perder peso: dieta. 	<ul style="list-style-type: none"> – Disfunción serotoninérgica (malnutrición). – Disfunciones corticales y límbicas. – Conflictos familiares secundarios. – Aumento del miedo al peso. – Modelo estético corporal delgado. – Síntomas depresivos y de ansiedad. – Síntomas obsesivos y compulsivos. – Actividad física compulsiva. – Distorsión de la imagen corporal. – Autoestima baja. – Presión de medios, familia y coetáneos.

Fuente adaptada de: American Psychiatric Association. DSM-V. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Editorial Panamericana. 2014. Portela de Santana, H. da Costa Ribeiro Junior, M. Mora Giral y R. M.ª Raich. La epidemiología y los factores de riesgo de los trastornos alimentarios en la adolescencia; una revisión M. L. Nutr Hosp. 2012;27 (2):391-401 ISSN 0212-1611.

- **Bulimia Nerviosa**

Parece que hay consenso general en no dudar de que la bulimia nerviosa de etiología multifactorial nace a causa de una combinación de factores generales y específicos que determinan el riesgo. A los riesgos específicos, determinados por las características individuales del sujeto (familia, biografía o genética), se suman los ambientales y culturales^{1,3}.

Factores predisponentes

Aspectos biológicos:

Alteraciones de los sistemas:

- Noradrenérgico (disminución de la actividad noradrenérgica),
- Serotoninérgico (disminución de la actividad serotoninérgica),
- Dopaminérgico (disminución de dopamina),
- Disminución de la acción colecistoquinérgica, y
- Aumento de la acción orexígena del péptido YY.

Se observa una disminución del metabolismo basal debido a un descenso en la actividad del eje hipotálamo-hipófiso-tiroideo; a causa de esto se precisa un menor número de calorías para mantener el peso corporal, siendo ésta una de las causas del desarrollo de la obesidad o del progresivo sobrepeso tras repetidas dietas adelgazantes.

Aspectos psicológicos:

- personalidad más marcada y extrovertida que AN.
- dificultades en el control de impulsos con tendencia al abuso de alcohol y drogas.
- trastornos afectivos e intentos autolíticos
- inestabilidad afectiva
- ansiedad manifiesta
- dificultades interpersonales
- acontecimientos vitales estresantes sufridos por los pacientes: historia de abuso sexual, abandono del domicilio paterno, estancia en el extranjero, sentimiento de pérdida, duelo, ruptura de una relación sentimental, etc.

Aspectos familiares:

- influencias y experiencias de aprendizaje del ambiente familiar.
- relaciones familiares disfuncionales, acompañadas con frecuencia de alteraciones psicopatológicas en los padres
- ambientes familiares más conflictividad y desintegración

Aspectos socioculturales:

- imposición de modelo de belleza de “delgadez extrema” y rechazo a la obesidad.

Factores precipitantes

- Sobrepeso previo
- Hacer dieta
- Haber tenido una anorexia nerviosa previa.

Factores predisponentes

- Persistencia y gravedad de todos los factores anteriores.

Fuente adaptada de: American Psychiatric Association. DSM-V. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Editorial Panamericana. 2014. Portela de Santana, H. da Costa Ribeiro Junior, M. Mora Giral y R. M. Raich. La epidemiología y los factores de riesgo de los trastornos alimentarios en la adolescencia; una revisión M. L. Nutr Hosp. 2012;27 (2):391-401 ISSN 0212-1611.

- **Trastorno por atracón**

En el esquema siguiente, se citan los factores predisponentes, precipitantes y de mantenimiento de los trastornos del atracón (TA) ^{1,3}.

Factores predisponentes	Factores precipitantes	Factores de mantenimiento
<ul style="list-style-type: none"> – Predisposición genética – Obesidad infantil – Antecedentes de casos de obesidad familiar – IMC alto – Historial de fracaso de dietas 	<p>Podemos clasificarlos en emocionales o cognitivos y en sociales y culturales:</p> <p><i>Emocionales:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> – Baja autoestima – Autoimagen negativa – Sintomatología depresiva – Problemas de regulación del humor – Trastornos psiquiátricos (TDM, distimia y ansiedad) – Preocupación por el cuerpo (peso y figura) – Perfeccionismo <p><i>Sociales:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> – Experiencias adversas en la infancia (estrés vital, abusos) – Presión paterna por adelgazar – Modelos alimentarios anómalos – Comentarios negativos sobre el peso, silueta o comportamiento alimentario – Menor cohesión y adhesión familiar – Presión cultural por estar delgado 	<ul style="list-style-type: none"> – Hábitos alimentarios alterados – Disminución de la tensión – Efectos de condicionamiento – Factores socioculturales – Perfeccionismo

Fuente adaptada de: American Psychiatric Association. *DSM-V. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Editorial Panamericana. 2014. Portela de Santana, H. da Costa Ribeiro Junior, M. Mora Giral y R. M.ª Raich. *La epidemiología y los factores de riesgo de los trastornos alimentarios en la adolescencia; una revisión* M. L. *Nutr Hosp.* 2012;27 (2):391-401 ISSN 0212-1611.

4.2.2 Prevalencia

- *Anorexia Nerviosa*

La prevalencia a los 12 meses de la anorexia nerviosa entre las mujeres jóvenes es aproximadamente del 0,4 %. Se sabe menos sobre la prevalencia entre los hombres, aunque la anorexia nerviosa es mucho menos común entre los hombres que entre las mujeres, reflejando normalmente la población clínica una proporción entre mujeres y hombres de aproximadamente 10:1¹.

- *Bulimia Nerviosa*

La prevalencia a doce meses de la bulimia nerviosa entre las mujeres jóvenes es del 1-1,5 %. La prevalencia puntual es mayor entre los adultos jóvenes, puesto que el trastorno tiene un pico en la adolescencia tardía y en la edad adulta temprana. Poco se sabe sobre la prevalencia puntual de la bulimia nerviosa en los hombres, aunque ésta es mucho menos común en los hombres que en las mujeres, con una proporción entre mujeres y hombres de 10:1¹.

- *Trastorno por atracón*

La prevalencia a doce meses del trastorno de atracones en las mujeres o los hombres adultos (igual o Mayores de 18 años) de Estados Unidos es de 1,6 y 0,8, respectivamente. La proporción por género está mucho menos desequilibrada en el trastorno de atracones que en la bulimia nerviosa. El trastorno de atracones es tan prevalente entre las mujeres de las minorías étnicas o raciales como entre las mujeres caucásicas. El trastorno es más prevalente entre los individuos que buscan tratamiento para perder peso que en la población general¹.

4.2.3 Desarrollo y curso

- *Anorexia Nerviosa*

La anorexia nerviosa suele empezar durante la adolescencia o la edad adulta temprana. Rara vez empieza antes de la pubertad o después de los 40 años, aunque se han descrito casos de inicio tanto temprano como tardío. El inicio de este trastorno se suele asociar a un acontecimiento vital estresante, como dejar el hogar familiar para ir a la universidad. El curso y el desenlace de la anorexia nerviosa son muy variables¹.

Las personas más jóvenes pueden manifestar características atípicas, como negar el "miedo a estar gordo". En los individuos de más edad es más probable que la enfermedad tenga una mayor duración y la presentación clínica puede contar con más signos y síntomas propios de un trastorno de larga duración. Los clínicos no deberían excluir la anorexia nerviosa del diagnóstico diferencial basándose únicamente en la mayor edad del individuo¹.

Muchas personas tienen un período de cambio en su conducta alimentaria antes de que se cumplan todos los criterios para diagnosticar el trastorno. Algunos individuos con anorexia nerviosa se recuperarán completamente después de un solo episodio; algunos muestran un patrón fluctuante de aumento de peso seguido de una recaída y otros presentan un curso crónico durante muchos años. Podría necesaria la hospitalización para recuperar el peso y solucionar las complicaciones médicas. La mayoría de los individuos con anorexia nerviosa presenta una remisión a los 5 años del comienzo. Entre los individuos ingresados en hospitales, las tasas de remisión total pueden ser menores. La tasa bruta de mortalidad (TBM) de la anorexia nerviosa es de aproximadamente un 5 % por década. La muerte se suele producir por las complicaciones médicas asociadas a la propia enfermedad o por suicidio¹.

- *Bulimia Nerviosa*

La bulimia nerviosa suele comenzar en la adolescencia o en la edad adulta temprana. El inicio antes de la pubertad o después de los 40 años es infrecuente. Los atracones frecuentemente empiezan durante o después de una dieta para perder peso. La experiencia de varios acontecimientos estresantes puede también precipitar el inicio de la bulimia nerviosa. Los comportamientos de ingesta alterados persisten al menos durante varios años en un alto porcentaje de las muestras clínicas. El curso puede ser crónico o intermitente, con períodos de remisión alternándose con recurrencias de atracones. Sin embargo, en el seguimiento a largo plazo, los síntomas de muchos individuos parecen disminuir con o sin tratamiento, aunque el tratamiento afecta claramente al resultado. Los períodos de remisión mayores de un año se asocian a mejores resultados a largo plazo¹.

Se ha comunicado un riesgo significativamente alto de mortalidad (por suicidio y por todas las causas) en los individuos con bulimia nerviosa. La TBM (tasa bruta de mortalidad) de la bulimia nerviosa es cercana al 2 % por década. El cambio de diagnóstico de una bulimia nerviosa inicial a la anorexia nerviosa se produce en una minoría de casos (10-15 %). Los individuos que experimentan este tránsito a la anorexia nerviosa suelen volver a tener bulimia nerviosa o

pueden tener varios episodios de cambio entre estos trastornos. Hay un subgrupo de personas con bulimia nerviosa que continúa con los atracones pero dejan de realizar comportamientos compensatorios inapropiados, por lo que sus síntomas cumplen los criterios del trastorno de atracones u otro trastorno de la conducta alimentaria especificado diagnóstico debería basarse en la presentación clínica actual (los 3 meses anteriores) ¹.

- *Trastorno por atracón*

Se conoce poco sobre el desarrollo del trastorno de atracones. Tanto los atracones como la pérdida de control de la ingesta, sin un consumo objetivamente excesivo, se presentan en los niños y se asocian a aumento de la grasa corporal, aumento de peso y aumentos de los síntomas psicológicos. Los atracones son frecuentes en las muestras de adolescentes y universitarios. La pérdida de control de la ingesta o los atracones episódicos pueden representar, en algunos individuos, la fase prodrómica de un trastorno de la conducta alimentaria¹.

Muchos individuos con trastorno de atracones hacen régimen después de desarrollar los atracones (esto contrasta con la bulimia nerviosa, en la que el cumplimiento de un régimen disfuncional generalmente precede el inicio del atracón). El trastorno de atracones empieza típicamente en la adolescencia o en la edad adulta temprana, aunque también puede empezar a una edad adulta o tardía¹.

Los individuos con trastorno de atracones que buscan tratamiento tienen, por lo general mayor edad que las personas con bulimia nerviosa o anorexia nerviosa que buscan tratamiento. Las tasas de remisión en los estudios sobre el curso natural o sobre los resultados del tratamiento con menores en el trastorno de atracones que en la bulimia nerviosa o en la anorexia nerviosa¹.

Trastorno de atracones parece ser relativamente persistente y su curso es comparable al de la bulimia nerviosa en términos de gravedad y duración. La oscilación entre el trastorno de atracones y otros tipos de trastornos de la conducta alimentaria es poco frecuente¹

4.3 Complicaciones y comorbilidad médica y psicológica de los TCA

Las complicaciones médicas de los TCA pueden afectar a la mayoría de los órganos del cuerpo. Los signos y síntomas físicos durante la adolescencia se deben principalmente a la malnutrición y a las consecuencias de las conductas compensatorias.

En la esfera de la salud mental, existen problemas psicológicos y psiquiátricos que frecuentemente acompañan a los TCA. Estos pueden llegar a afectar el normal desarrollo psicosocial de los adolescentes en esta etapa crítica del desarrollo. Por esto, es de suma importancia su atención y tratamiento temprano. Entre los problemas psicológicos se encuentran el aislamiento social y conflictos familiares, dificultades para fortalecer el autoconcepto, autoestima, autonomía y capacidad para intimidad. En otras palabras, la aparición de un TCA durante la adolescencia puede interferir en el logro de las tareas propias de esta etapa⁶.

4.3.1 Complicaciones médicas y psiquiátricas más frecuentes en la Anorexia Nerviosa

Estas complicaciones son más frecuentes en la AN y su aparición se correlaciona con la duración, severidad, número de episodios de TCA y momento del desarrollo en que este se presenta. Estas hacen de la AN una de las principales causas de incapacidad entre las mujeres jóvenes.

Algunas de las condiciones médicas asociadas a la AN son problemas cardiovasculares y gastrointestinales, deterioro del sistema inmune, disfunciones cognitivas y cerebrales, disminución del volumen cerebral, complicaciones músculo-esqueléticas tales como debilidad y pérdida de fuerza, osteopenia y osteoporosis.

La mayoría de las complicaciones de la AN remiten con la recuperación nutricional y/o el cese de las conductas purgativas, pero otras son irreversibles o incluso pueden conducir a la muerte. Entre aquellas que pueden ser irreversibles se encuentran el retardo del crecimiento en los casos en que el TCA se presenta antes del cierre de la epifisis, pérdida del esmalte dental, cambios en la estructura cerebral, retardo o detención en el desarrollo puberal y dificultad para la adquisición de masa ósea predisponiendo a osteopenia u osteoporosis.

Los trastornos psiquiátricos más frecuentes ligados a la AN son la depresión, trastornos de ansiedad y, en particular, obsesivo-compulsivos. La depresión puede ser vista como una consecuencia de la desnutrición más que un desorden precedente o una enfermedad independiente, mientras que los trastornos obsesivo-compulsivos se tienden a presentar en forma independiente de la AN y muchas veces la preceden. Conductas impulsivas tales como autoagresiones y abuso de sustancias también se han descrito frecuentemente asociadas a AN. En términos de rasgos de personalidad, los más comunes son los rasgos obsesivo-compulsivos y limítrofes. Finalmente, algunos desórdenes del desarrollo también se han encontrado presentes en adolescentes con AN, especialmente síndromes del espectro autista⁶.

4.3.2 Complicaciones médicas y psiquiátricas más frecuentes en la Bulimia Nerviosa

Entre los trastornos médicos asociados a la BN se encuentran los trastornos electrolíticos, problemas gastrointestinales y del sistema reproductivo, hinchazón de las glándulas parótidas y daño del esmalte dental. Estos son consecuencia, principalmente, de las conductas purgativas.

Las comorbilidades psiquiátricas en pacientes con BN también son comunes. En las adolescentes principalmente se observan trastornos del estado de ánimo, trastornos de ansiedad, síndrome por déficit atencional con hiperactividad, trastorno obsesivo-compulsivo, conductas impulsivas, trastorno de personalidad límite, baja autoestima, autoagresiones e intentos de suicidio. La BN tipo purgativa ha sido también asociada a conductas adictivas.

A continuación se resume en la siguiente tabla las complicaciones médicas más frecuentes en los TCA⁶:

COMPLICACIONES MÉDICAS EN LOS TCA

METABÓLICAS	Hipoglicemia
MÉDULA ÓSEA	Anemia Leucopenia Trombocitopenia
FLUIDOS Y ELECTRÓLITOS	Disminución potasio, sodio, fosfato, calcio, cloro, magnesio, zinc
CARDIOVASCULAR	Hipotensión Arritmias y taquicardia Cambios en el EGG (bajo voltaje, bradicardia sinusal, inversión de la onda I, depresión del segmento ST e intervalo QT prolongado)
PULMONAR	Neumotórax (rara)
GASTROINTESTINAL	Hematemesis Úlcera gástrica Disminución de la motilidad intestinal (constipación)
RENAL	Aumento de la urea y creatinina Oliguria Anuria
NEUROLÓGICAS O DE LA FUNCIÓN COGNITIVA	Convulsiones metabólicas Encefalopatías metabólicas Disfunciones cognitivas (memoria, atención, flexibilidad cognitiva, etc.) Disminución del volumen cerebral
MÚSCULO ESQUELÉTICO	Disminución de la masa ósea Pérdida de la masa muscular Miopatía proximal
ENDOCRINAS	Amenorrea Ovario poliquístico Hipotiroidismo Aumento del cortisol Secreción inapropiada de hormona antidiurética
OTRAS SECUNDARIAS A PURGAS	Esofagitis Erosiones en el esmalte dental Síndrome de Mallory-Weiss Ruptura esofágica o gástrica Neumonía aspirativa Acidosis metabólica Deshidratación crónica Aumento del nitrógeno ureico sanguíneo Predisposición a nefrolitiasis Hiperuricemia

Fuente extraída de: López C. y Treasure Janet. Trastornos de la Conducta Alimentaria en adolescentes: Descripción y manejo. Revista Médica Clínica Las Condes, Volume 22, Issue 1, January 2011, Pages 85–97.

A continuación se resumen en la siguiente tabla las complicaciones psiquiátricas más frecuentes en los TCA⁷:

TRASTORNOS PSICOLÓGICOS Y SOCIALES ASOCIADOS A LOS TRASTORNOS DE LARGA EVOLUCIÓN

- Alteraciones del sueño.
- Cambios de humor, con frecuencia, depresión.
- A largo plazo, riesgo de suicidio.
- Ansiedad, nerviosismo, hiperactividad.
- Dificultades de concentración.
- Aislamiento social.
- Problemas familiares y de pareja
- Falta de control de impulsos: promiscuidad, consumo de alcohol y otras sustancias, ludopatía y autolesiones.

Fuente extraída de: *Gomez del Barrio J.A, Gaité Pindado L, Gomez E, Carral L., Herrero S, Vázquez-Barquero J.L. Guía de Prevención de los trastornos de la Conducta alimentaria. 2012. Gobierno de Cantabria. Consejería de Sanidad y servicios Sociales. Dirección general de ordenación y atención sanitaria.*

4.4 Comportamientos de los alumnos con TCA

Según Carretero et al⁸, algunos de los comportamientos y rendimientos académicos de alumnos con trastornos de la conducta alimentaria son los siguientes.

ANOREXIA NERVIOSA:

Acostumbran a obtener muy buenos resultados gracias a su perfeccionismo, a su meticulosidad y al hecho de que acostumbran a buscar en el estudio un refugio a su **aislamiento social, a su inseguridad y a su afán competitivo** por destacar. Con el profesor o la profesora son atento/as, educado/as y obedientes. Su **perfeccionismo obsesivo** hace que dediquen muchas horas al estudio y a las tareas académicas que les mandan. Su **rendimiento acostumbra a ser muy alto** en todas las asignaturas y consiguen calificaciones de 10. Todas estas características que favorecen la obtención de buenos o muy buenos resultados académicos hacen que se puedan acabar considerando alumno/as ejemplares. Este reconocimiento puede reforzar aún más el perfeccionismo y el espíritu competitivo. El rendimiento académico, cuando ya han avanzado la enfermedad, puede disminuir, en algunos casos, la persona puede acabar abandonando los estudios.

BULIMIA NERVIOSA:

Predominarán resultados académicos mucho más variables, coincidiendo el deterioro de estos con el deterioro personal causado por el TCA. Por lo que respecta al comportamiento de estas personas, podrá ser conflictivo por la dificultad que presentan a la hora de controlar sus impulsos. Dentro del aula predominarán estos conflictos:

-**Cleptomanía:** falta de control sobre la impulsividad de coger cosas del resto de compañeros/as sin consentimiento.

-**Robos:** muchas veces se hacen robos deliberados para poder comprar los alimentos con los que se hacen los atracones.

-**Promiscuidad:** este comportamiento es menos frecuente a pesar de que, en algunas personas que sufren bulimia nerviosa, se da también la falta de control en las relaciones sexuales, propiciando la práctica no segura y el arrepentimiento posterior.

-**Absentismo escolar:** en algunas ocasiones, personas que sufren este trastorno tienden a ausentarse del instituto voluntario, esta conducta se justifica por la tendencia al comportamiento impulsivo.

-**Mentiras:** con el propósito de ocultar las conductas de atracón y vómito, las personas que sufren estas enfermedades se ven con la necesidad de recurrir a las mentiras. A medida que los otros incrementan la vigilancia sobre el comportamiento anómalo, las mentiras se van sofisticando.

-**Comportamiento caótico:** la impulsividad y la dificultad por prever las consecuencias de sus actos pueden verter la persona a actuar sin planificar estrategias y con dificultad por centrar la atención.

4.5 Prevención en el ámbito escolar

Como ya se comentó al inicio del trabajo, según una revisión de estudios recientes de prevalencia de trastornos del comportamiento alimentario³, la incidencia de la aparición de la AN y BN en la adolescencia parece ser mayor por lo que se hace necesario incidir especialmente en este colectivo para prevenir la aparición de nuevos casos y, por lo tanto, detectarlos cuanto más pronto mejor.

Cuando hablamos de prevención hay diferentes tipos según el momento del proceso en que tiene lugar la intervención⁷:

- **Prevención primaria:** actúa sobre la causa de los problemas facilitando los aprendizajes de los comportamientos que pueden proteger la salud (factores de protección) y reduciendo los que la pueden afectar negativamente (factores de riesgo).
- **Prevención secundaria:** detecta de manera precoz los problemas de salud con el fin de intervenir lo más pronto posible.
- **Prevención terciaria:** facilita el aprendizaje de conductas que evitan las recaídas, se hace después del tratamiento.

El tipo de prevención que recomiendan los expertos en TCA es la llamada **inespecífica**, que se basa en el desarrollo de habilidades y recursos que permiten el crecimiento integral de los adolescentes; en contra de la **específica** que consta en facilitar información adecuada sobre el riesgo de determinadas conductas⁸.

Por lo indicado con anterioridad, en este trabajo desarrollaremos la prevención **primaria e inespecífica** para los trastornos de la conducta alimentaria en la población adolescente; ya que se va a actuar sobre los factores de protección y de riesgo en nuestra propuesta de intervención.

4.5.1 Prevención primaria de los TCA

La prevención primaria tiene como objetivo limitar la incidencia de la enfermedad, en este caso los TCA, mediante el control de las causas y la exposición a factores de riesgo o el aumento de la resistencia de los individuos a los mismos. Sin lugar a dudas, el primer paso para establecer medidas de prevención primaria es identificar las exposiciones pertinentes y evaluar su impacto sobre el riesgo de enfermar en el individuo y en la población⁹.

Las intervenciones de prevención primaria específicas para los TCA más frecuentes se incluyen en los siguientes 5 tipos:

- Psicoeducacionales.
- Educación en el criticismo hacia los medios de comunicación (media literacy).
- Técnicas de inducción y disonancia.
- Intervenciones focalizadas en eliminar los factores de riesgo de los TCA y en fortalecer al huésped.

Para implementar las medidas de prevención primaria existen dos estrategias, a menudo complementarias:

- **Estrategia poblacional:** es de tipo general y se dirige a toda la población con el objetivo de reducir el riesgo promedio de la misma.
- **Estrategia de alto riesgo:** es de tipo individual y se dirige a aquellas personas que más lo necesitan, o sea, a los individuos más vulnerables o que presentan un riesgo especial como consecuencia de la exposición a determinados factores de riesgo.

En el caso de los TCA, los grupos de riesgo lo son ya sea por su edad (adolescencia), sexo (mujer) o participación en actividades de riesgo, ya sea a nivel de ocio o profesional (gimnastas, atletas, modelos, bailarinas/es, patinadoras/es, deportistas de élite, etc.).

4.5.2 Programas de prevención de los TCA

En la última década han proliferado los estudios de prevención de los TCA en el mundo occidental, como respuesta a los cambios epidemiológicos y la evidencia de las limitaciones terapéuticas. Los principales resultados de estos estudios pueden resumirse de la siguiente forma¹⁰:

- El 50% de los programas resultan exitosos en la reducción de los factores de riesgo.
- El 29% de los estudios demuestran un descenso en la aparición de futura patología alimentaria.
- Dos de los programas se muestran eficaces, reduciendo de forma simultánea el riesgo de TCA y de obesidad, asunto polémico y no totalmente resuelto.
- Se demuestra de forma convincente el fracaso de los programas informativos/educativos. Un análisis pormenorizado nos lleva a descubrir algunas claves del éxito de los modernos programas de prevención en TCA frente a los iniciales que no alcanzaban a modificar de forma consistente cogniciones y creencias. Otro tema sería discutir si estos últimos podrían llegar a ser iatrógenos por la introducción a los TCA y los métodos empleados por los pacientes, que facilitarían un conocimiento peligroso sin llegar a desarrollar un espíritu crítico.

Los **principales programas de prevención primaria** que refleja la literatura con estudios replicados serían¹¹:

- **“Body Project”:** basado en la discusión o disonancia cognitiva, técnica procedente de la psicología social y heredera de la clásica discusión socrática y la terapia racional-emotiva de Kelly (Green, 2005). Se intentan activar recursos y una postura crítica frente a la idealización cultural de la delgadez. Se aplica en tres-cuatro sesiones y ha sido replicada por diversos grupos, mostrando eficacia en la reducción del riesgo frente a TCA y frente a obesidad (Stice, 2008). El seguimiento a 1 año ha demostrado una mejoría del funcionamiento psicosocial de estas adolescentes y una menor utilización de los servicios de salud mental.
- **“Sorority body image program”:** derivado del anterior, pero con aplicación a grupos de pares seleccionados con lazos estrechos. Contempla únicamente dos sesiones y parece de fácil implementación (Becker, 2005).
- **“Peso saludable”:** centrado en cambios lentos y graduales en la dieta y ejercicio (cuatro sesiones) (Stice, 2006). Se diferencia de otros programas psicoeducativos en estar dirigido a enseñar a los participantes cómo alcanzar y mantener un peso saludable mediante cambios pequeños y graduales en dieta y ejercicio. También incorpora principios de psicología social, como la entrevista motivacional y el compromiso público de cambio.

PREVENCIÓN DE LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA EN ADOLESCENTES: “Una propuesta de intervención en Institutos de Educación Secundaria”

- **“Girl talk”**: intervención interactiva, de seis sesiones, que consiste en un grupo de soporte de pares (o iguales) centrado en promover crítica de los mensajes publicitarios, aceptación corporal, conductas de control del peso y herramientas para el manejo del estrés. No ha sido replicado de forma consistente (McVey, 2003).
- **“Student bodies”**: programa informatizado basado en intervenciones cognitivo-conductuales sobre insatisfacción corporal (Winzelberg, 2000). Facilita información sobre los TCA, conductas de control de un peso saludable y nutrición, e incluye un soporte no estructurado mediante correo electrónico. Suele requerir ocho sesiones y ha sido replicado de forma positiva.
- **“Weight to eat”**: programa centrado en la escuela, dirigido a cambiar ideas, actitudes y conductas hacia la nutrición, mejorar la autoimagen y la eficacia para hacer frente a presiones sociales sobre alimentación (Neumark-Sztainer, 1995). Se aplica en 10 sesiones. No se ha visto consolidación en los cambios iniciales a 6 meses.

Los resultados de estos programas son prometedores y suponen el reto de su generalización o difusión. Las intervenciones más eficaces debieran ser refinadas y sometidas a estudios de coste-efectividad y detección de posibles dificultades en su diseminación.

En el Estado español existen diversas experiencias de programas de prevención (Comunidad de Aragón, Valencia) desde el ámbito escolar y de la Atención Primaria, con resultados igualmente prometedores.

Como hemos visto, la mayoría de los proyectos para la prevención primaria de los TCA tienen como objetivos:

- Prevenir trastornos del comportamiento alimentario en población adolescente.
- Potenciar factores de protección frente a estas enfermedades.
- Facilitar el desarrollo de un pensamiento crítico frente al modelo estético corporal dominante, impuesto socialmente.
- Poner en manos de los profesionales que trabajan con adolescentes un instrumento de trabajo, sencillo y válido, con el que desarrollar actividades de promoción y educación para la salud y prevenir los TCA.

A continuación se resumen los **principales factores de éxito** de los programas de prevención en los trastornos de la conducta alimentaria¹¹:

- **Selectivos versus universales**. Se comparan programas que reducen las intervenciones a poblaciones de riesgo con otros que inciden sobre población general, resultando claramente favorables a los primeros. No parece útil incluir a toda la población adolescente en estos programas, siendo recomendables instrumentos de cribaje y selección de la población diana, teóricamente con factores motivacionales como responsables de las diferencias.
- **Edad de los participantes superior o en torno a 15 años**. Los programas que inciden en edades menores de 14-15 años presentan peores resultados, justificados por las dificultades de introspección y de adecuación de contenidos. Sin embargo, las evidencias en torno al aumento de prevalencia en grupos infantiles y preadolescentes podrían hacer cuestionables estos resultados.
- **Contenidos interactivos versus psicoeducativos**. Resulta evidente que la psicoeducación limitada a la transmisión de información unidireccional no obtiene buenos resultados, a pesar de que en muchas ocasiones sea el único instrumento de la administración o de los servicios. La interactividad y participación activa de los usuarios se antoja imprescindible, de la misma manera que se contempla hoy día la educación como un proceso dinámico y bidireccional.

PREVENCIÓN DE LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA EN ADOLESCENTES: “Una propuesta de intervención en Institutos de Educación Secundaria”

- **Focalizados en aceptación corporal.** Esta parece una de las claves de todos los programas que se han mostrado eficaces. Este es uno de los factores de riesgo más relevantes: la insatisfacción corporal y su deseo de cambio que puede acompañar a las pacientes durante toda su vida. Intentar modelar esta aceptación del cuerpo y la imagen en etapas precoces de la vida parece rendir buenos resultados.
- **Terapeutas profesionales entrenados versus agentes no terapéuticos (profesores, monitores).** Este es uno de los resultados que puede ser de más difícil generalización. Parece no bastar con el entrenamiento que puedan recibir agentes no terapéuticos, posiblemente condicionados por los diferentes focos de interés. El problema radica entonces en disponer del suficiente número de profesionales disponibles para llevar a cabo esta tarea.

Además existen una amplia variedad de **temáticas a trabajar en la prevención primaria** en TCA, en este bloque se muestran algunas de las extraídas de una revisión de distintas propuestas editadas en nuestro país sobre prevención de los TCA en el ámbito escolar ¹²:

- **Educación alimentaria y nutricional:** centrada en la promoción de hábitos saludables (dieta equilibrada, orden diario en las comidas, etc.)
- **Autoestima, autoconcepto y autoimagen:** que tienen como objetivo el desarrollo de una autoestima adecuada, y la seguridad en uno mismo, junto con el reconocimiento de las cualidades personales, la aceptación del propio cuerpo, el reconocimiento de las propias características físicas y, más concretamente, los cambios que, tanto a nivel físico como psicológico, tienen lugar en la adolescencia.
- **Habilidades emocionales, sociales y comunicativas:** centrada en el desarrollo de la capacidad de reconocer y exteriorizar sentimientos y emociones, el autocontrol y el afrontamiento del estrés y la ansiedad considerados elementos importantes en la prevención de los TCA. Otro elemento clave es la trabajar la resistencia a la presión de grupo (especialmente en lo que se refiere al grupo de iguales), necesariamente ligado a la comunicación y a la convivencia interpersonales; el juego de roles es la actividad más adecuada para trabajar este tipo de contenidos.
- **Presión sociocultural, estereotipos corporales y actitud crítica:** tienen como objetivo aprender a ser crítico con los mensajes de la publicidad y de los medios de comunicación social, con especial énfasis en lo que respecta a modelos y estereotipos corporales.
- **Estilos de vida saludables y actividad física:** su finalidad es promover y potenciar hábitos de vida saludables, concretando en una práctica de ejercicio físico como actividad saludable.
- **Información sobre los propios trastornos:** es uno de los aspectos más controvertidos por la conveniencia o no de informar sobre los propios trastornos. Algunos autores consideran necesario un conocimiento de los TCA justificado en la importancia de generar en los alumnos la responsabilidad individual; sin embargo, otros autores entienden que ofrecer demasiada información, alertar en exceso y ofrecer una publicidad sensacionalista de estos trastornos puede ser en muchos casos contraproducente.

4.5.3 Escuela y prevención

La escuela es un ámbito de especial relevancia en el campo de la prevención, especialmente en el período preadolescente (12-14 años) y adolescente. Es prácticamente imposible encontrar otro espacio donde poder intervenir de forma masiva e intensiva sobre la principal población en riesgo de padecer estos trastornos. Habría unas premisas básicas en el papel de la escuela en el campo de la prevención¹¹:

- **Educación para la salud.** Escenario ideal y casi obligado para desarrollar actividades de este tipo, aunque pueda parecer que los contenidos académicos sean centrales. La no existencia de una asignatura específica dentro del currículum escolar limita su aparición a iniciativas puntuales (campañas de prevención odontológicas, vacunaciones, talleres de alimentación o nutrición, etc.).
- **Incidencia transversal, de forma obligada.** La incidencia longitudinal podría ser deseable, pero muy lejana en el momento actual. Las sucesivas reformas educativas no ayudan a encontrar una estabilidad que permita desarrollar toda la potencialidad de la escuela en el ámbito de la salud, con unos estudios epidemiológicos rigurosos a largo plazo.
- **Difícil equilibrio entre exigencia/respeto a cualidades individuales.** Educar sin exigir parece un reto imposible, pero la realidad familiar muestra familias hiperexigentes y otras excesivamente permisivas. La alianza con la escuela debiera poder reconducir estas posiciones extremas. La educación debe ser un proceso conjunto y compartido, no exclusivo de nadie.

Como intervenciones deseables que el medio escolar debiera poner en marcha tendríamos¹¹:

- **Detección precoz de conductas alimentarias alteradas a través de monitores de comedor y de tutores.** El incremento masivo de alumnos que acuden a los comedores escolares hace imprescindible contar con mecanismos de control y sensibilización, especialmente en la adolescencia, justo cuando tienden a disminuir.
- **Combatir activamente el menosprecio o discriminación entre alumnos,** lacra presente en nuestras escuelas y que se aproxima peligrosamente a la figura del acoso escolar, escenario abonado para el desarrollo de un TCA u otras problemáticas de la adolescencia. El papel de los tutores y los espacios de tutoría parecen imprescindibles, junto al desarrollo de una conciencia crítica en aquellos compañeros que asisten como espectadores a tales situaciones.
- **Supervisión por dietistas de la alimentación en el comedor escolar,** cada vez más extendido, pero hasta hace poco asignatura pendiente en muchos colegios. Una feliz idea es la de llegar a facilitar menú a las familias para ayudar a conseguir una dieta saludable y equilibrada.
- **Hacer conscientes los mensajes culturales implícitos,** con discusión crítica de los mismos; parte crucial del proceso de aprendizaje, pero no siempre presente en los planes educativos, encorsetados por el cumplimiento del currículo.
- **Colaboración escuela/sistema sanitario.** Sería recomendable una mayor implicación en los dos sentidos. Charlas interactivas de los profesionales sanitarios en el medio escolar, visitas de los escolares a los centros sanitarios...
- **Constancia de los programas de prevención iniciados,** adecuados a los grupos de edad, uso de películas, series, estudio de anuncios, etc.

Encontramos varias **situaciones sensibles y que merecen una especial atención desde la escuela**; simplemente se enumeran, al suponer cada una de ellas una realidad diferente¹¹:

- Acoso escolar (bullying).
- Cambios de instituto o centro de enseñanza, especialmente cuando ha sido impuesto por necesidades familiares o ha sido imprevisto.
- Situaciones de aislamiento o rechazo que puedan generalizarse o tender a cronificarse.
- Detección de TCA en el aula (“contagio social”). El fenómeno del contagio social en el ámbito de los TCA es una realidad incuestionable, como pueda ocurrir de forma parecida con algunas drogodependencias. Extremar las precauciones cuando aparezca algún caso en el aula parece una medida elemental. No se trataría de poner en “cuarentena” a la paciente o sus compañeras sino de abrir vías de diálogo permanentes, grupos de discusión y tutorías individualizadas, al menos durante algún tiempo.

4.5.4 Escuela y familia en la prevención de los TCA

Existen diversos factores relacionados con el aumento de los TCA y el posible papel de la familia¹¹:

- Cambios demográficos con reducción de la familia nuclear y “desaparición” de la familia extensa.
- Alargamiento de los horarios laborales.
- Incorporación de la mujer al mundo laboral.
- Industrialización de la alimentación.
- Cambios de actitudes y valores.
- Temor a la obesidad, etc.

Parece evidente que la familia necesita ayudas para hacer frente a esta realidad cambiante. La pregunta en este punto es: ¿cómo hacer llegar los mensajes o programas de prevención cuando no tenemos a las familias agrupadas o dispuestas de forma homogénea para recibir esas ayudas? Conseguir acceder a ella representa en ocasiones un esfuerzo extraordinario¹¹.

- **Recomendaciones familiares**

Pueden ser múltiples, pero todas ellas van en la línea de ayudar a una adolescencia problemática y desorientada (quizás más a los padres, a menudo más desorientados que los propios hijos⁹:

- Mantener una alimentación saludable.
- Realizar al menos una comida en casa al día (con la familia).
- Facilitar la comunicación y mejorar la autoestima.
- Evitar que las conversaciones familiares giren compulsivamente sobre la alimentación y la imagen.
- Evitar bromas y desaprobaciones sobre el cuerpo, el peso o la forma de comer de los niños y adolescentes.

- **Situaciones familiares de riesgo elevado para TCA**

Como en el caso de las situaciones descritas para la escuela, reflejamos sólo los momentos de mayor peligro donde probablemente la familia pueda precisar un soporte externo¹¹:

- **Separación conyugal o divorcio:** frecuentemente las disputas conyugales se traducen en sobreimplicación de los hijos y sufrimiento, que puede derivar a diversas problemáticas.
- **Sobrepeso u obesidad materna** (o paterna), relacionado con el fenómeno universal de las dietas recurrentes casi como estilo de vida. Este sería un foco de interés de muchas campañas de prevención. Promocionar entre las familias la práctica de una dieta equilibrada y ejercicio físico moderado es una de las mejores fórmulas para evitar el modelado de las conductas de dieta en el entorno más cercano de las jóvenes.
- **Enfermedades familiares graves**, que desvían el foco del adolescente, a veces lo aíslan o lo sitúan en una encrucijada donde el TCA es visto como una alternativa.
- **Viajes de adolescentes al extranjero**, periodo de riesgo por los cambios de alimentación y la inseguridad que puede acompañar la situación.

- **Colaboración escuela y familias en la prevención de los TCA**

Algunos de los aspectos generales sobre los que se puede hacer incidencia dentro del proceso educativo son¹³:

Por parte de todos los educadores (docentes y familias):

- Favorecer la aceptación del propio cuerpo y los cambios que se presentan.
- Promover el conocimiento de las capacidades y las limitaciones personales.
- Potenciar el espíritu crítico frente de los estereotipos culturales y los modelos que nos propone el mundo de la publicidad y el modo.
- Dar las pautas adecuadas por conseguir un comportamiento alimentario saludable.
- Favorecer la autoestima, es decir, ayudar a descubrir las características personales positivas.
- Facilitar la expresión y la exteriorización de los sentimientos a través de la comunicación.

Por parte de los docentes:

- Integrar aspectos relacionados con la cultura alimentaria, las calidades sensoriales de los alimentos, su composición, la importancia de los menús equilibrados, etc., en las intervenciones de educación nutricional, rehuendo cálculos excesivos de nutrientes y de calorías.
- Mantener una buena coordinación con la familia por lo que respecta a la promoción de hábitos alimentarios, tanto en el aula como en el comedor.

Por parte de las familias:

- Otorgar unas responsabilidades adecuadas a la edad de cada uno de los hijos e hijas.
- Crear un clima de confianza que facilite y potencie la expresión de los sentimientos.
- Respetar la intimidad mutua y evitar ejercer un control exagerado sobre los hijos e hijas.
- Potenciar que el acto de comer sea un espacio de convivencia.

Educación y prevención es la mejor de las inversiones. Este debe ser el papel de la escuela y, en general, de las familias y los profesionales implicados en la etapa escolar. Atendida la necesidad de intervenir lo más pronto posible en enfermedades como la anorexia y la bulimia nerviosas, el trabajo conjunto entre familia y escuela puede cumplir una función preventiva esencial que requiere recursos y líneas de canalización de cada situación que se presente.

4.5.5 Educación nutricional

- **Alimentación y adolescencia**

La adolescencia, que comienza tras la niñez y finaliza en la edad adulta (9-10 años y de 18-20 años), es una etapa de tránsito en la vida de cada individuo durante la cual se completa el desarrollo del organismo¹⁴, por lo que los requerimientos nutricionales son muy elevados para poder hacer frente a todos los cambios que se producen. Una nutrición adecuada sin carencias ni excesos es fundamental para que todo el proceso se complete con normalidad.

La adolescencia es, además, la última oportunidad para promocionar consejos de salud y buenos hábitos alimenticios, ya que en muchos casos los hábitos adquiridos son los definitivos. Por tanto, es muy importante asegurarnos de que los adolescentes conocen cómo deben alimentarse y qué riesgos entraña una mala alimentación.

El conocimiento de las alteraciones propias de la alimentación del adolescente debe servir para prevenirlas, a partir de la elaboración de guías dietéticas, recomendaciones nutricionales y planes específicos para este periodo de vida. Este hecho es sumamente importante, debido al riesgo de que los hábitos no saludables relacionados con la alimentación y sus consecuencias persistan en la edad adulta. Por lo tanto, la educación nutricional en esta etapa puede ser una herramienta eficaz para la adquisición de hábitos alimentarios saludables con un valor significativo no para el momento actual, sino para el futuro y el resto de su vida¹⁴.

Los hábitos de los adolescentes se suelen caracterizar por¹⁴:

- Saltarse las comidas, especialmente el desayuno y, con menos frecuencia, el almuerzo.
- Comer fuera de casa.
- Consumir snacks, especialmente dulces, y bebidas azucaradas.
- Comer en restaurantes de comida rápida.
- Realizar dietas, especialmente de tipo restrictivo, con la intención de adelgazar.

Concepto de alimentación equilibrada:

Se entiende que una alimentación es equilibrada cuando le permite, teniendo en cuenta la edad y posibles situaciones fisiológicas especiales, el mantenimiento de un estado de salud a la vez que capacita para la realización del ejercicio que exige cada tipo de trabajo.

Una dieta equilibrada debe satisfacer los requerimientos de energía y de cada uno de los nutrientes esenciales (aminoácidos, ácidos grasos, vitaminas, nutrientes inorgánicos) a partir de la combinación de una variedad de alimentos de los diversos grupos: verduras, frutas, productos en grano, patatas, legumbres, productos lácteos, carnes, aves y pescados¹⁵.

Se considera que una ración de alimentos es la cantidad habitual de estos que suele consumirse. Teniendo en cuenta que no todas las personas comen la misma cantidad, se escoge una medida determinada por las costumbres sociales y las

PREVENCIÓN DE LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA EN ADOLESCENTES: “Una propuesta de intervención en Institutos de Educación Secundaria”

encuestas alimentarias, aunque las porciones son flexibles y se adaptan a las necesidades nutricionales de cada individuo. La coordinación de las diferentes raciones de los grupos de alimentarios configura la alimentación equilibrada o, dicho de otra forma, una representación diaria de cada uno de los grupos de alimentos en las distintas comidas del día aporta todos los elementos necesarios para una adecuada nutrición¹⁶.

Para conseguir una alimentación equilibrada se recomienda ingerir a diario un determinado número de raciones de cada grupo, que de un modo general representan las siguientes tablas^{16,17}:

CONSUMO OCASIONAL	
	Grasas (margarina, mantequilla)
	Dulces, bollería, caramelos, pasteles
	Bebidas refrescantes, helados
	Carnes grasas, embutidos
CONSUMO DIARIO	
	Pescados y mariscos <i>3-4 raciones semana</i>
	Carnes magras <i>3-4 raciones semana</i>
	Huevos <i>3-4 raciones semana</i>
	Legumbres <i>2-4 raciones semana</i>
	Frutos secos <i>3-7 raciones semana</i>
	Leche, yogur, queso <i>2-4 raciones día</i>
	Aceite de oliva <i>3-6 raciones día</i>
	Verduras y hortalizas <i>≥ 2 raciones día</i>
	Frutas <i>≥ 3 raciones día</i>
	Pan, cereales, cereales integrales, arroz, pasta, patatas <i>4-6 raciones día</i>
	Agua <i>4-8 raciones día</i>
	Vino/cerveza <i>Consumo opcional y moderado en adultos</i>
Actividad física <i>Diaria (>30 minutos)</i>	

Grupos de alimentos	Frecuencia recomendada	Peso de cada ración (en crudo y neto)	Medidas caseras
Patatas, arroz, pan, pan integral y pasta	4-6 raciones al día ↑ formas integrales	60-80 g de pasta, arroz 40-60 g de pan 150-200 g de patatas	1 plato normal 3-4 rebanadas o un panecillo 1 patata grande o 2 pequeñas
Verduras y hortalizas	≥ 2 raciones al día	150-200 g	1 plato de ensalada variada 1 plato de verdura cocida 1 tomate grande, 2 zanahorias
Frutas	≥ 3 raciones al día	120-200 g	1 pieza mediana, 1 taza de cerezas, fresas..., 2 rodajas de melón...
Aceite de oliva	3-6 raciones al día	10 ml	1 cucharada sopera
Leche y derivados	2-4 raciones al día	200-250 ml de leche 200-250 g de yogur 40-60 g de queso curado 80-125 g de queso fresco	1 taza de leche 2 unidades de yogur 2-3 lonchas de queso 1 porción individual
Pescados	3-4 raciones a la semana	125-150 g	1 filete individual
Carnes magras, aves y huevos	3-4 raciones de cada a la semana. Alternar su consumo	100-125 g	1 filete pequeño, 1 cuarto de pollo o conejo, 1-2 huevos
Legumbres	2-4 raciones a la semana	60-80 g	1 plato normal individual
Frutos secos	3-7 raciones a la semana	20-30 g	1 puñado o ración individual
Embutidos y carnes grasas	Ocasional y moderado		
Dulces, snacks, refrescos	Ocasional y moderado		
Mantequilla, margarina y bollería	Ocasional y moderado		
Agua de bebida	4-8 raciones al día	200 ml aprox.	1 vaso o 1 botellín
Cerveza o vino	Consumo opcional y moderado en adultos	Vino: 100 ml Cerveza: 200 ml	1 vaso o 1 copa
Práctica de actividad física	Diario	> 30 minutos	

Fuente extraída de¹⁷: “Guía de alimentación Saludable” Sociedad Española de Nutrición Comunitaria 2004.

PREVENCIÓN DE LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA EN ADOLESCENTES: “Una propuesta de intervención en Institutos de Educación Secundaria”



Fuente extraída de¹⁸: Pirámide de la alimentación saludable SENC 2015.

Recomendaciones dietéticas adaptadas a esta etapa:

En la adolescencia las recomendaciones dietéticas están condicionadas por el brote de crecimiento óseo y el gran aumento de masa corporal (casi se duplica), por lo que se requiere un gran aumento de las necesidades de energía, de proteínas y de micronutrientes. Las necesidades nutricionales serán diferentes en función del sexo y el grado de desarrollo y madurez y están más condicionadas por estos aspectos que por la edad cronológica¹⁹.

Los nutrientes clave en el crecimiento son las proteínas, el calcio, el hierro, el zinc y las vitaminas C y A. En los chicos aumenta, sobretodo, el esqueleto y el músculo, tejidos metabólicamente más activos, por lo que los requerimientos nutricionales son mayores. Por el contrario, en las niñas se produce un aumento de los tejidos grasos y se regularizan las menstruaciones, razón por la cual el hierro es un nutriente esencial¹⁹.

Recomendaciones energéticas

- Las necesidades calóricas en esta etapa son superiores a las de cualquier otra edad, y guardan una estrecha relación con la velocidad de crecimiento y con la actividad física.
- Entre los 11 y los 14 años las necesidades de energía son de 2.500-2.200 kcal/día para hombres y mujeres respectivamente y de los 15 a los 18 años de 3.000 a 2.200 kcal/día.

Recomendaciones de macronutrientes (nutrientes que suministran la mayor parte de la energía metabólica del organismo). : glúcidos, lípidos y proteínas

- Los glúcidos (cuya principal función es la de **proporcionar energía** de manera inmediata y estructural) deben aportar del 55 al 60% del valor calórico total en la dieta de un adolescente (10% debe provenir de glúcidos simples). Los hidratos de carbono complejos deben constituir la fuente principal de energía y también una fuente importante de fibra.
- Los lípidos (que entre sus múltiples funciones se encuentran la de **reserva energética** como los triglicéridos, **estructural** como los fosfolípidos de las bicapas y **reguladora** como las hormonas esteroides) representan del 30 al 35% del valor calórico total (el porcentaje de grasas saturadas no debe superar el 8-10%).
- Los requerimientos de proteína (importantes por su **función plástica**, sus **funciones biorreguladoras** y de **defensa**) son entre el 12 y el 15% del valor calórico total.

Recomendaciones de micronutrientes (sustancias que el organismo de los seres vivos necesita en pequeñas dosis e indispensables para los diferentes procesos metabólicos de los organismo): vitaminas y minerales

- El aporte de vitaminas y minerales es esencial durante la adolescencia, el calcio, el hierro y el zinc, junto con el aporte de vitaminas A y D y el complejo B son los de mayor relevancia.
- El calcio es esencial para el crecimiento de la masa ósea y debe consumirse a razón de 900 mg al día. Su disponibilidad depende del alimento del que proceda; los más adecuados son la leche y sus derivados, ya que la lactosa, la vitamina D y las proteínas presentes en estos alimentos favorecen su absorción.
- El adolescente debe consumir entre 500 y 700 ml diarios de leche o derivados, preferentemente desnatados o semidesnatados.
- El hierro es necesario para la formación de los tejidos musculares y sanguíneos (glóbulos rojos). Se recomienda consumir 12 mg/día para los chicos y 15 mg/día para las chicas, con el fin de contrarrestar las pérdidas durante la menstruación. El hierro que mejor se absorbe (20%) es el de origen animal (carne, hígado, mejillones, yema de huevo, etc.), mientras que el de origen vegetal (legumbres, almendras, espinacas, etc.) se absorbe mucho menos (5%). Para mejorar su absorción se recomienda combinar el consumo de estos alimentos con otros ricos en vitamina C (verduras y frutas, sobretodo cítricos).
- El zinc es indispensable para la síntesis de proteínas, por lo que es básico para el desarrollo de la masa ósea, muscular, de la piel, del cabello y las uñas. La carencia de zinc puede provocar lesiones en la piel, caída del cabello, retraso en la cicatrización de heridas, fragilidad en las uñas, etc. Su déficit crónico además puede causar hipogonadismo (pequeño tamaño de los órganos reproductores). Se aconseja consumir de 8 a 11 mg/día entre 10-13 años y 14-19 años respectivamente. Las fuentes principales de zinc son carnes, pescados, huevos, cereales y legumbres.
- La vitamina A es fundamental por su papel en el crecimiento, diferenciación, proliferación y reproducción celular.
- La vitamina D es esencial por su relación con el metabolismo del calcio y del fósforo.
- Las vitaminas del grupo B (tiamina, riboflavina, niacina, B6, ácido fólico y B12) participan, de una manera u otra, en el metabolismo energético.

En síntesis, la alimentación del adolescente debe²⁰:

- Incluir todo tipo de alimentos y preparaciones simples, los condimentos adecuados, pocas frituras y métodos de cocción más saludables (horno, hervido, vapor, a la plancha)
- Realizar una buena selección de carnes magras (vacuna, pescado, pollo), vegetales y frutas (al menos un plato de vegetales crudos y 2 frutas al día)
- Evitar la monotonía, ya que puede producir deficiencias nutricionales y también inapetencia por “hastío organoléptico”
- Lograr un buen aporte diario de calcio y fósforo, mediante leche y derivados (queso, yogur, postres) y de hierro a través de carnes y legumbres, combinados con un cítrico (ej. Tomate).
- Elegir grasas de buena calidad (aceites, frutos secos) y reducir la saturada (manteca, grasa, crema, lácteos enteros).
- Limitar en consumo de bebidas gaseosas azucaradas y jugos artificiales, y preferir siempre el agua.
- Aumentar el consumo de fibra a través de los cereales integrales, frutas enteras con su cascara, vegetales crudos, legumbres, pan o galletitas integrales.
- Crear buenos hábitos alimentarios desde edades tempranas para que persistan durante toda la vida, mediante educación alimentaria, logrando así prevenir enfermedades.

- **Concepto de educación nutricional**

La educación nutricional es un proceso multidisciplinario que tiene como objetivo la promoción de la salud mediante el aprendizaje, adecuación y aceptación de hábitos alimentarios saludables de acuerdo con la propia cultura alimentaria y los conocimientos científicos en materia de nutrición que se tienen hasta el momento¹⁴.

La educación nutricional es una parte esencial de la educación sanitaria, aquella destinada al mantenimiento de la salud, y aún más, es parte importante de la educación integral del individuo. Debe, por lo tanto, iniciarse lo más tempranamente posible, para lograr así un mayor impacto sobre el comportamiento individual.

Los programas de educación nutricional dan mejores resultados en la medida que responden a los siguientes principios²¹:

- Participación directa de los receptores de la intervención asumiendo su papel de actores del proceso de enseñanza/aprendizaje.
- Realización de propuestas de consumo de alimentos en un contexto facilitador.
- Transmisión del mensaje educativo de forma sencilla, clara, ajustada a su lenguaje y su a nivel de conocimientos.
- Adaptación del mensaje educativo a las necesidades del grupo y en función de los conocimientos y experiencias del mismo.
- Coordinación con de todas las instituciones que en la comunidad, de manera más o menos directa, están relacionadas con el desarrollo de las pautas alimentarias de la población.

- **Objetivos nutricionales en adolescentes**

En esta etapa es importante transmitir a los adolescentes²²:

- Los aspectos de la nutrición actual que se apartan del equilibrio dietético y son causa de las enfermedades más frecuentes.
- Una reflexión sobre el desequilibrio de disponibilidad alimentaria en el mundo y sus consecuencias en cuanto a la salud.
- Conocimientos básicos sobre los grupos de alimentos y los nutrientes principales que cada uno de ellos aporta.
- El concepto de ración alimentaria y comprobar la adecuación de su dieta habitual a los criterios de dieta equilibrada planteados como raciones de grupos de alimentos.
- Las ventajas de la dieta mediterránea.
- La importancia de los problemas derivados del aporte excesivo de calorías, grasas (saturadas y colesterol), azúcares, así como del sedentarismo.

Las pautas nutricionales deben centrarse en²²:

- **Marcar un horario en la alimentación diaria** es muy útil para que las digestiones se realicen de forma pausada, correcta y regular. También ayuda a prevenir una ingesta calórica excesiva y, por tanto, reduce el riesgo de obesidad. Es importante para el adolescente acostumbrarse a comer siempre a la misma hora. Con ello conseguiremos sincronizar ritmos circadianos digestivos y metabólicos.
- **Una dieta equilibrada** en la que el aporte de los distintos nutrientes respete las proporciones adecuadas es indispensable para un óptimo crecimiento y para el mantenimiento de la salud. Además es imprescindible que la dieta sea variada y que se acerque en la medida de lo posible al patrón de la dieta mediterránea.
- Los momentos destinados a la alimentación en niños y adolescentes pueden ser aprovechados para el **aprendizaje de contenidos cognitivos, procedimentales y actitudinales**, entre otros (tabla). Trabajar estos contenidos facilitará la progresiva autonomía del niño/a con relación a su alimentación, así como la adquisición de hábitos saludables por su parte.

APRENDIZAJE RELACIONADO CON LA ALIMENTACIÓN EN NIÑOS Y ADOLESCENTES

APRENDIZAJE COGNITIVO DIRECTO SOBRE LA PROPIA ALIMENTACION

- Higiene y limpieza y su relación con el bienestar persona (reducción de carga bacteriana, higiene de utensilios).
- Alimentos y hábitos de alimentación: tipos de alimentos (saludables y no saludables, alimentos que conviene consumir con moderación, nutrientes que aporta cada alimento).
- Distribución correcta de comidas durante la jornada (porcentaje de calorías en cada ingesta, horarios adecuados).
- Enfermedades relacionadas con la alimentación (alimentos tóxicos, toxinas ingeridas con los alimentos, problemas de salud a déficits o excesos de algún nutriente...)
- Limpieza, higiene y orden en los distintos espacios y su relación con el bienestar y la salud (desde la adquisición de los alimentos hasta su higiene, almacenaje, cocinado, análisis de los riesgos y control de puntos críticos en la cocina...)

APRENDIZAJE PROCEDIMENTAL

- Cuidado y limpieza con relación a la comida (cepillado de dientes, lavado de manos, limpieza de utensilios).
- Hábitos relacionados con el acto de comer: utilización progresiva correcta de los utensilios.
- Puesta en práctica de hábitos antes y después de la comidas (lavado de manos, poner y quitar la mesa).
- Colaboración en las tareas relacionadas con el acto de comer (cocinado, compra y selección de alimentos en la tienda).

APRENDIZAJE ACTITUDINAL

- Gusto por la limpieza tanto corporal como de utensilios e instalaciones.
- Aceptación de normas establecidas de comportamiento durante las comidas.

Fuente extraída de: Vilaplana i Batalla, M. Educación nutricional en el niño y adolescente. Objetivos clave. Revista Offarm, Vol. 30. Núm. 03. Mayo - Junio 2011.

5- PROPUESTA Y METODOLOGÍA DEL PROGRAMA DE PREVENCIÓN DE TCA EN ADOLESCENTES

5.1 Objetivos del programa

OBJETIVO GENERAL

Dotar de las herramientas nutricionales, sociales y personales necesarias como forma de prevención primaria de las TCA.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Incentivar los hábitos saludables de alimentación y ejercicio físico en los adolescentes mediante talleres y actividades donde se den a conocer los elementos y los beneficios de una dieta equilibrada y una actividad física regular.
- Mejorar los modos de interacción en el grupo de iguales mediante dinámicas grupales donde trabajen la asertividad, autoestima e imagen corporal.
- Fomentar la actitud crítica de los jóvenes ante los mensajes sociales utilizando el debate y el análisis de modelos de belleza emitidos en los medios de comunicación.
- Involucrar familia, escuela y alumnos mediante su participación en actividades comunes; como forma de refuerzo de hábitos de alimentación y ejercicio saludables.

5.2 Metodología

Los principios metodológicos que se tendrán en cuenta serán:

- Una metodología eminentemente **práctica** y adecuada a necesidades de los jóvenes.
- Libertad del/la joven para manifestar **iniciativa y autonomía**.
- Partir de las características individuales de los/as jóvenes y sus **conocimientos previos**.
- Una metodología cuyos ejes sean la **dinamización, motivación, participación, comunicación e interacción**.

Se utilizarán diferentes técnicas de dinamización del grupo, como dividir al alumnado en pequeños subgrupos de 4 o 5 participantes, con el objetivo de conseguir una experiencia más útil y promover una mayor asimilación y vivencia de los contenidos. Se realizan técnicas para favorecer la participación e implicación: juego de roles, dramatización, animación teatral, expresión artística mediante el dibujo, etc. Es importante explicar en todo momento a los participantes, para que sirvan las actividades que se van a realizar.

5.2.1 Actividades

Las actividades son grupales pero se tendrá en cuenta las necesidades individuales de cada alumno/a.

Se realizará una intervención educativa para la prevención de los TCA, que se dividirá en las siguientes actividades²³

Bloques temáticos	Actividades
Bloque 1: Alimentación, nutrición y ejercicio saludable.	<ul style="list-style-type: none"> -Aplicación de autoinformes -Debate sobre alimentación, nutrición y ejercicio saludable -“Verdades y mentiras” sobre alimentación-discusión -Actividad transversal. Elaboración folletos y murales (se realiza en todos los bloques temáticos)
Bloque 2: Imagen corporal.	<ul style="list-style-type: none"> -Dibujo del ideal de belleza -Imágenes de publicidad y cánones de belleza.
Bloque 3: Autoestima	<ul style="list-style-type: none"> -Árbol de la autoestima -Anuncio publicitario -¿Cómo soy? ¿Cómo me ven?
Bloque 4: Habilidades sociales	<ul style="list-style-type: none"> -Estilos comunicativos -Juego de roles -Expresión de emociones -Aplicación de autoinformes
Bloque 5: Trabajo con familias	<ul style="list-style-type: none"> -Charla-debate “Hábitos saludables en familia” -Almuerzo saludable-fomentando los hábitos saludables

Actividades adaptadas de: Gómez de Barrio J.A., Gaite Pindado L., Gómez E., Carral Fernández L, Herrero Castanedo S, Vázquez-Barquero J.L. Guía de Prevención de los Trastornos de la Conducta alimentaria y el sobrepeso. Gobierno de Cantabria. Consejería de Sanidad y Servicios Sociales.

5.2.2 Temporalización

Las actividades se desarrollarán los miércoles con una duración total de 21 horas dentro del horario del centro. La intervención constará de 8 sesiones para alumnos de una duración de 2 horas con una actividad transversal, una hora se dedicará a la actividad programada en el bloque y la otra a la elaboración del folleto y murales sobre la alimentación saludable (actividad transversal que se expondrán en la jornada); 1 sesión con padres de unas 2 horas y 1 jornada con alumnos-familiares-centro para fomentar los hábitos saludables de 3 horas.

Se llevarán a cabo durante 3 meses desde 19 de octubre al 21 de diciembre del 2016, se finalizará con el “Almuerzo saludable- fomentando hábitos saludables”:

ACTIVIDADES 2016	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE
B.1: Actividad transversal. Elaboración folletos y murales	2 horas	5 horas	1 hora
B.1: Sesión 1-1 Aplicación de autoinformes	30 minutos		
B.1: Sesión 1-2 Debate sobre alimentación, nutrición y ejercicio saludable	30 minutos		
B.1: Sesión 2. “Verdades y mentiras” sobre alimentación - discusión	1 hora		
B.2: Sesión 3. Dibujo del ideal de belleza		1 hora	
B.2: Sesión 4. Imágenes de publicidad y cánones de belleza		1 hora	
B.3: Sesión 5. Árbol de la autoestima		1 hora	
B.3: Sesión 6-1. Anuncio publicitario		30 minutos	
B.3: Sesión 6-2. ¿Cómo soy? ¿Cómo me ven?		30 minutos	
B.4: Sesión 7-1. Estilos comunicativos		30 minutos	
B.4: Sesión 7-2. Juego de roles		30 minutos	
B.4: Sesión 8-1. Expresión de emociones			30 minutos
B.4: Sesión 8-2. Aplicación de autoinformes			30 minutos
B.5: Charla-debate “Hábitos saludables en familia”			2 horas
B.5: Almuerzo saludable – fomentando los hábitos saludables			3 horas
TOTAL HORAS= 21 horas	4 horas	10 horas	7 horas

5.2.3 Recursos

Materiales:

- Fichas de la sesión.
- Material fungible.
- Reprografía.

Personales:

- Especialista en Nutrición.
- Psicólogo/a.

Institucionales:

- Escuela de Educación Secundaria.

Espaciales:

- Aula del centro.
- Sala Polivalente del centro.

Económicos:

- Subvencionado por el IES.

5.2.4 Evaluación

La evaluación nos ayudara a valorar los resultados de las actividades planteadas, pudiendo reconocer errores y aciertos en nuestra intervención educativa y así poder modificarlos.

La evaluación de las intervenciones educativas nutricionales tiene como objeto comprobar si se ha conseguido los objetivos propuestos en el programa.

En esta intervención educativa se medirá el grado de **idoneidad** (si es real y necesario el proyecto), **eficacia** (los objetivos conseguidos) y **eficiencia** (la relación entre los resultados y los medios utilizados). La evaluación se realizara al **inicio, durante y al final del proyecto**.

Las técnicas utilizadas para medir si se han logrado los objetivos serán:

- Observación directa e indirecta.**
- Cuestionario de conocimientos de nutrición (CN, Ruiz).**
- Escala Eating Attitudes Test (EAT-26, Castro y Cols.).**
- Escala de Satisfacción Corporal (GSP, Gismero).**

Los indicadores serán los siguientes:

- El grado de implicación** de los/as jóvenes en las actividades.
- Resultados de la medición pre-test y post-test de conocimientos y actitudes** mediante cuestionarios autoaplicados antes y después del taller, es decir, en el primer y cuarto bloque.

Los resultados se recogerán en un **informe final del proyecto** donde se recojan los resultados obtenidos y el cumplimiento o no de los objetivos. Si los resultados son significativos, se administra información a las familias sobre centros especializados de la provincia o asociaciones de TCA.

5.2.5 Sesiones

Bloque 1: Alimentación, nutrición y ejercicio saludable.

OBJETIVOS

- Realizar la medición pretratamiento.
- Reflexionar en grupo sobre los hábitos alimentarios.
- Proporcionar conocimientos sobre nutrición, alimentación y ejercicio saludables.
- Aprender los hábitos alimentarios correctos.

SESIÓN 1

Actividades a realizar:

1. **Aplicación de autoinformes** (Duración: 30 minutos)²³.

- **Cuestionario de Conocimientos de Nutrición -CN-** (Ruiz, 1998). Cuestionario de 26 ítems con tres subescalas: dieta, bulimia y preocupación por la comida y control oral, para medir actitudes alimentarias (Anexo 1).
- **EAT-26** (a partir del EAT-40 de Castro y cols, 1991). Consta de 10 ítems con 5 alternativas de respuesta para medir conocimientos de nutrición (Anexo 2).
- **Escala de Satisfacción Corporal (SCP)** (Gismero, 1996). Cuestionario de 8 ítems que mide el nivel de satisfacción corporal (Anexo 3).

2. **Debate sobre alimentación, nutrición y ejercicio saludable.** (Duración: 30 minutos)²³.

Metodología: Se divide al grupo en 5 o 6 subgrupos de igual tamaño de modo aleatorio. Y cada uno se encargará de definir que es una alimentación equilibrada y que dibujen la pirámide nutricional. En base a las respuestas obtenidas se iniciará una puesta en común, se expondrán de forma concisa las nociones correctas para una alimentación saludable y se enseñará la pirámide nutricional (anexo 4). Se recordará que a la alimentación adecuada siempre debe ir acompañada del ejercicio físico.

3. **Elaboración folletos y murales** (1 hora).

Metodología: Se divide al grupo en 5 o 6 subgrupos de igual tamaño de modo aleatorio. Y cada uno se encargará de la realización de varios murales sobre (a lo largo de varias sesiones):

- Macro y micronutrientes.
- Proporción calórica y reparto de comidas.
- ¿Cuánta energía necesito?

Y también se encargaran de la realización de un tríptico sobre la importancia de la alimentación equilibrada y ejercicio físico que será destinado a los familiares (este se entregará en la charla para padres).

SESIÓN 2

Actividades a realizar:

1. **“Verdades y mentiras” sobre alimentación – discusión** (1 hora)²³.

Metodología: Se divide al grupo y se reparte a cada subgrupo una hoja en donde estarán los 6 mitos siguientes:

1. Lo que más hay que comer son las vitaminas.
2. Lo que más hay que comer son las proteínas.
3. El pan engorda.
4. Hay alimentos que engordan o adelgazan.
5. El agua en las comidas engorda.

6. Las dietas para adelgazar no son peligrosas.

Los participantes deben escribir las razones a favor o en contra de los mismos. El portavoz de cada grupo explicará posteriormente las reflexiones surgidas de este debate.

Durante esta puesta en común se aclararán los conceptos y se argumentará acerca de la verdad o falsedad de cada mito.

Se aprovechará esta sesión para responder a las preguntas o comentarios de los participantes sobre aspectos relacionados con la alimentación y nutrición.

2. **Elaboración folletos y murales** (1 hora). Continuación de la sesión 1.

Bloque 2: Imagen corporal.

OBJETIVOS

- Proporcionar un modelo estético corporal saludable frente al culto a la delgadez.
- Concienciar de la necesidad de ser críticos frente a la publicidad, las influencias socioculturales.
- Aprender los hábitos alimentarios correctos.

SESIÓN 3

Actividades a realizar:

1. **Dibujo del ideal de belleza** (1 hora)²³

Metodología: Se reparte un folio a cada participante para que dibujen la figura ideal para su mismo sexo: chica si es mujer y chico si es varón. Cuando terminen se recogen los dibujos y se vuelven a repartir desordenados, con la intención de que les toque uno distinto al suyo. Cada uno deberá analizar el dibujo que le ha tocado, diciendo en voz alta su punto de vista.

2. **Elaboración folletos y murales** (1 hora). Continuación de la sesión 2.

SESIÓN 4

Actividades a realizar:

1. **Imágenes de publicidad y cánones de belleza** (1 hora)²⁴

Metodología: Se reparte por subgrupos revistas en las que elegirán y analizar unas fotografías que luego expondrán en el grupo. También se mostrarán diferentes fotos sobre cánones de belleza en cada época (anexo 5). El/la monitor/a deberá intervenir, hacer reflexionar sobre los dibujos y fotografías expuestas iniciando un debate sobre nuestro ideal de belleza y las influencias socioculturales.

2. **Elaboración folletos y murales** (1 hora). Continuación de la sesión 3.

Bloque 3: Autoestima

OBJETIVOS

- Mejorar el autoconcepto y la autovaloración de los participantes.
- Aprender a reconocer las propias cualidades a través de la reflexión y los mensajes de los demás.
- Tomar conciencia de las cualidades y logros de los que poder sentirse orgulloso.
- Aprender los hábitos alimentarios correctos.

SESIÓN 5

Actividades a realizar:

1. **Árbol de la autoestima** (1 hora)²⁵

Metodología: Se divide al grupo en subgrupos, se entrega una hoja con el árbol de la autoestima (anexo 6), en ella los participantes deben poner su nombre encima y escribir los logros en los frutos, las cosas positivas que saben hacer en las ramas y las cualidades en las raíces. Es importante que después contemplen al “Árbol de mi autoestima” durante unos minutos individualmente y escuchen lo que les trasmite. Se les invita a que escriban un mensaje debajo del “Árbol de su autoestima”.

2. **Elaboración folletos y murales** (1 hora). Continuación de la sesión 4.

SESIÓN 6

Actividades a realizar:

1. **Anuncio publicitario** (30 minutos)²³

Metodología: Se divide al grupo en subgrupos y se les da cinco minutos para pensar individualmente un anuncio publicitario sobre ellos mismos y cinco minutos para compartir en pequeño grupo.

Deberán elegir uno de los que hayan surgido para representar o exponer delante de toda la clase. Se trata de que se vendan bien y muestren sus cualidades a través del dibujo, unas palabras escritas, un lema, una cuña radiofónica o una representación. Tienen que ser directos y entusiastas.

2. **¿Cómo soy? ¿cómo me ven?** (30 minutos)²⁶

Metodología: Se reparte a cada alumno/a dos plantillas “¿cómo soy?” y “cómo me ven” (anexo 7). Una vez repartidos los papeles y escrito el nombre en cada cara, llega el momento en el que el/la alumno/a escribirá en la cara del papel que pone *¿Cómo soy?* tres adjetivos que le definan. Cuando todos los/as alumnos/as han escrito tres adjetivos que ellos creen que les definen cómo son, devuelven los papeles al monitor. En este momento se vuelve a repartir los papeles pero de forma aleatoria y sin mirar de manera que a cada alumno le toque un compañero de su clase. Es importante que el monitor dé el papel por la cara que pone *¿Cómo me ven?* para que así el compañero no pueda leer los adjetivos puestos en la cara denominada *¿Cómo soy?* El monitor da unos minutos para que los/as alumnos/as completen los adjetivos del compañero que les ha tocado al azar. Una vez completados los tres adjetivos por parte de cada alumno/a, es cuando estos alumnos/as devuelven los papeles al/la alumno/a del nombre que pone el papel. Cuando cada alumno/a tiene el papel con sus adjetivos y los que le ha puesto otro compañero, se da un minuto para que cada alumno/a contraste los adjetivos de cada cara del papel. A continuación, el mediador pedirá qué alumnos/as quieren leer en voz alta los adjetivos que han escrito ellos y los adjetivos que han escrito sobre ellos.

3. **Elaboración folletos y murales** (1 hora) Continuación de la sesión 5.

Bloque 4: Habilidades sociales

OBJETIVOS

- Aprender a relacionarse de forma más hábil y eficaz con los demás.
- Desarrollar estrategias personales para favorecer la asertividad.
- Trabajar la expresión de emociones.
- Aprender los hábitos alimentarios correctos.
- Evaluar el impacto, los resultados, los contenidos y actitudes desarrollados en las sesiones.

SESIÓN 7

Actividades a realizar:

1. Estilos comunicativos (30 minutos).

Metodología: Se explican que tres estilos comunicativos existen y sus característica de formas breve y concisa. A continuación se crean 3 grupos de alumnos/as que deben desarrollar en una hoja las características de un estilo comunicativo adjudicado al azar (anexo 8), deberán elegir a un representante del grupo que hagan una escenificación de su estilo, el resto de grupos deberán adivinar que estilo comunicativo es el del resto y porque.

2. Juego de roles (30 minutos).²²

Metodología: Se dividen en cinco subgrupos para representar primero dos personas de cada grupo una situación y posteriormente ser corregidos por el/la monitor/a explicando las técnicas asertivas. Después de explicarlas vuelven a representarla las mismas personas, pero esta vez aplicando cada una de las técnicas que se indican (anexo 9).

3. Elaboración folletos y murales (1 hora). Continuación de la sesión 6.

SESIÓN 8

Actividades a realizar:

1. Expresión de emociones (30 minutos)²⁷

Metodología: A cada participante se le coloca en la frente un post-it con una emoción escrita previamente por los/as monitores (usar cinta adhesiva para que no se caiga), de modo que, todos menos él puedan ver la emoción que tiene. Así, el resto del grupo debe decirle situaciones que provocan dicha emoción para que, con esa información, el participante pueda auto-descubrir de qué emoción se trata. Dicho procedimiento se realizará con cada participante (anexo 10), se finalizará la dinámica con una puesta en común de que son las emociones y la importancia de la expresión/canalización de estas.

2. Elaboración folletos y murales (1 hora) Continuación de la sesión 6.

3. Aplicación de autoinformes (Duración: 30 minutos).²³

- EAT-26 (a partir del EAT-40 de Castro y cols, 1991)
- Cuestionario de Conocimientos de Nutrición -CN- (Ruiz, 1998)
- Escala de Satisfacción Corporal (SCP) de 8 ítems (Gismero, 1996)

Bloque 5: Trabajo con familias

OBJETIVOS

- Informar y concienciar sobre hábitos de alimentación saludable como forma de prevención sobre TCA's.
- Colaborar familia-centro- alumnos en el fomento de hábitos de alimentación saludable.

SESIÓN 1

Actividades a realizar:

Charla-debate “Hábitos saludables en familia”. (2 horas).

Metodología: se guiará una charla-debate sobre el fomento de hábitos alimenticios y ocio saludable en familia, será una metodología interactiva con el objetivo de promover la mayor participación e interacción entre familiares, centro y mediador/a. Los contenidos serán:

-Aspectos básicos de alimentación y nutrición.

-Promoción de hábitos saludables en familia:

- *Organización de comidas en casa.*
- *La importancia del desayuno.*
- *Alimentación con supervisión en la distancia.*
- *Alimentación familiar como modelo a seguir.*
- *Establecimiento de horarios de comida.*
- *Reforzamiento de comportamientos alimenticios adecuados en los hijos.*
- *Ocio saludable en familia.*

-Ejercicio físico y valores morales sobre la imagen corporal.

Entrega de trípticos elaborados por sus hijos/as en los talleres.

JORNADA

Actividades a realizar:

“Almuerzo saludable – fomentando los hábitos saludables” (3 horas)

Metodología: se realizará una jornada de “puertas de abiertas” con el siguiente programa:

- Apertura del almuerzo saludable con una pequeña presentación realizada por los alumnos sobre los aspectos y conocimientos adquiridos en los talleres realizados.
- Exposición de murales y trabajos del taller.
- Show-cooking padres-alumnos-docentes.
- Almuerzo de los productos elaborados.

6- DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Como se ha visto a lo largo de este trabajo, los trastornos de la conducta alimentaria se consideran un **importante problema de salud en las sociedades desarrolladas** y con una mayor incidencia de aparición en la población adolescente, ya no por su relevancia epidemiológica sino por sus consecuencias físicas (metabólicas, endocrinas, cardiovasculares, óseas) o psicosociales en la población afectada (alteraciones del sueño, cambios de humor, riesgo de suicidio, aislamiento social, problemas familiares y de pareja)

Tal y como se plantea en el desarrollo de este proyecto, los **factores de riesgo causales de los TCA son multifactoriales** (biológicos, socio-culturales y psicológicos) por lo que se ha reflejado la importancia de la **aplicación de medidas preventivas**, entre las que se ha visto mayor éxito las que utilizan una **metodología interactiva y multidisciplinar** (trabajo conjunto de psiquiatras, psicólogos, nutricionistas, enfermeros y trabajadores sociales).

También se ha indicado la importancia de la **prevención primaria e inespecífica como objeto de limitar la incidencia de los TCA**, mediante el control de las causas y la exposición a factores de riesgo; demostrando de forma convincente el fracaso de los programas informativos/educativos, ya que facilitarían un conocimiento peligroso sin llegar a desarrollar un espíritu crítico; frente a los programas interactivos.

Al igual se ha reflejado el **papel fundamental de la familia y la escuela como agentes socializadores** y de modelado de patrones de alimentación saludable, aprendizaje de habilidades interpersonales adecuadas y actitud crítica ante los mensajes socioculturales.

Por todo lo expuesto con anterioridad, en la propuesta de intervención desarrollada a lo largo del trabajo:

- Se ha utilizado una **metodología interactiva**: incluyendo dinámicas con aprendizaje significativo y bidireccional; evitando los enfoques psicoeducativos.
- **Se han tenido en cuenta los factores de éxito de programas realizados con anterioridad**; por lo que se ha centrado la intervención en población de riesgo adolescente por su mayor capacidad de introspección, con contenidos interactivos, focalizados en la aceptación corporal y realizada por terapeutas capacitados.
- El **contenido del programa se ha centrado en los objetivos específicos propuestos** al inicio del trabajo:

OBJETIVOS PROGRAMA

CONTENIDOS

Incentivar los hábitos saludables de alimentación y ejercicio físico en los adolescentes mediante talleres y actividades donde se den a conocer los elementos y los beneficios de una dieta equilibrada y una actividad física regular.	Bloque 1: Alimentación, nutrición y ejercicio saludable
Fomentar la actitud crítica de los jóvenes antes los mensajes sociales utilizando el debate y el análisis de modelos de belleza emitidos en los medios de comunicación.	Bloque 2: Imagen corporal
Mejorar los modos de interacción en el grupo de iguales mediante dinámicas grupales donde trabajen la asertividad, autoestima e imagen corporal.	Bloque 3: Autoestima Bloque 4: Habilidades sociales
Involucrar familia, escuela y alumnos mediante su participación en actividades comunes; como forma de refuerzo de hábitos de alimentación y ejercicio saludables.	Bloque 5: Trabajo con familias

PREVENCIÓN DE LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA EN ADOLESCENTES: “Una propuesta de intervención en Institutos de Educación Secundaria”

- El programa ha intentado incidir en el **papel importante de la familia y la escuela como agentes socializadores por lo que se ha centrado en una metodología donde estén implicados ambos**, para ello se ha utilizado como eje y desarrollo del programa la propia escuela como espacio para incidir de forma masiva sobre la población adolescente y se ha buscado la colaboración de las familias en varias actividades como forma de inculcar y reforzar hábitos y valores protectores en estos.

En resumen, este trabajo ha realizado un acercamiento teórico a los aspectos más importantes de los trastornos de la conducta alimentaria desde un enfoque global (biopsicosocial), además de proponer una intervención interdisciplinar y multifactorial en una población de riesgo como es la adolescente; en un espacio masivo como es la escuela con la implicación de varios de los agentes como son los tutores, alumnos y padres. Ha sido un acercamiento a esta visión completa (u holística), pero que se podría desarrollar a mayor escala si se realizará una mayor planificación temporal y metodológica; y se implicaran a una mayor cantidad de agentes como son las instituciones públicas y los medios de comunicación, lo que aun daría una visión más amplia e integradora (aunque quizás más compleja de implementar).

Como reflexiones finales deberíamos plantearnos:

- *Aunque la escuela y la familia son importantes agentes socializadores, ¿no sería también importante incidir en otros ámbitos socioculturales más amplios como las instituciones públicas o medios de comunicación? ¿sería posible el trabajo coordinado e interdisciplinar entre todas ellas?*
- *¿Realmente las intervenciones preventivas podrían dar lugar a cambios a largo plazo en los patrones culturales que están incidiendo en este tipo de problemáticas?*

7- BIBLIOGRAFÍA

1. American Psychiatric Association. DSM-V. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Editorial Panamericana. 2014
2. Peláez Fernández M.A., Raich Escursell R.M. y Labrador Encinas F.J. Trastornos de la conducta alimentaria en España: Revisión de estudios epidemiológicos. Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios/Mexican Journal of Eating Disorders 1, 2010, 62-75. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3652303>
3. Portela de Santana , H. da Costa Ribeiro Junior , M. Mora Giral y R. M.ª Raich. La epidemiología y los factores de riesgo de los trastornos alimentarios en la adolescencia; una revisión M. L. Nutr Hosp. 2012;27 (2):391-401 ISSN 0212-1611. Disponible en: http://scielo.isciii.es/pdf/nh/v27n2/08_revision_07.pdf
4. De la vega Morales I, Gómez-Peresmitré G. Intervención cognitivo-conductual en conductas alimentarias de riesgo. Psicología y salud, vol.22, Núm.2, 225-234, julio-diciembre de 2012. Disponible en: <http://revistas.uv.mx/index.php/psicysalud/article/view/547/934>
5. Sánchez-Carracedo, D., López-Guimerà, G. Fauquet, J., Barrada, J.R., Pàmias, M., Puntí, J., Querol, M. y Trepat, E. A school-based program implemented by community providers previously trained for the prevention of eating and weight-related problems in secondary-school adolescents: the MABIC study protocol. BMC Public Health 2013, 13 (955), 1-17. doi:10.1186/1471-2458-13-955. Disponible en: <http://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2458-13-955>
6. López C. y Treasure Janet. Trastornos de la Conducta Alimentaria en adolescentes: Descripción y manejo. Revista Médica Clínica Las Condes, Volume 22, Issue 1, January 2011, Pages 85–97. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0716864011703960>
7. Gomez del Barrio J.A, Gaite Pindado L, Gomez E, Carral L., Herrero S, Vázquez-Barquero J.L. Guía de Prevención de los trastornos de la Conducta alimentaria. 2012. Gobierno de Cantabria. Consejería de Sanidad y servicios Sociales. Dirección general de ordenación y atención sanitaria. Disponible en: <http://www.saludcantabria.es/uploads/pdf/ciudadania/Guia%20Prevencion%20Trastornos%20Conducta%20Alimentaria-2012.pdf>
8. Carretero C. y Sabariego I. Detecció i prevenció a l'aula de trastorns del comportament alimentari Guia bàsica per a educadors/es. Fundació Ima. Disponible en: <http://www.acab.org/fitxer/691/Detecc%C3%B3%20i%20prevenc%C3%B3%20a%20l%20aula%20vdef.pdf>
9. Guía de Práctica Clínica sobre Trastornos de la Conducta Alimentaria. GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA EN EL SNS MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO. 2009 Ministerio de sanidad y consumo. Disponible en: [http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_440_Tt_Conduc_Alím_compl_\(4_jun\).pdf](http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_440_Tt_Conduc_Alím_compl_(4_jun).pdf)

PREVENCIÓN DE LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA EN ADOLESCENTES: “Una propuesta de intervención en Institutos de Educación Secundaria”

10. Stice E, Shaw H, Marti CN. A meta-analytic review of eating disorder prevention programs: Progress at last. *Ann Rev of Clin Psychol* 2007; 3:233-57. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17716054>
11. Soriano Pacheco, J. “Prevención de los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) desde la escuela y la familia”. *Controversias sobre los Trastornos de la Conducta alimentaria*, pag. 97-104. Fundación de Trastornos de Alimentarios (FITA). Disponible en:
http://www.institutotomaspascualsanz.com/descargas/formacion/publi/Libro_Controversias_Trastornos_Alimentarios.pdf
12. García-Peñuela A., López Pastor V.M, Pérez Brunicardi D., López Pastor E., Monjas Aguado R. La prevención de los trastornos de la conducta alimentaria (anorexia y bulimia) desde la educación. *Las posibilidades de la Educación Física (Escuela Universitaria de Magisterio, Segovia)*. Disponible en:
<http://servicios2.abc.gov.ar/lainstitucion/sistemaeducativo/educacionfisica/materialdeconsulta/documentosdescarga/educacionysalud/29.pdf>
13. Guia per a educadors i educadores en la prevenció del trastorns del comportament alimentaria: Anorexia y bulimia nerviosa. *Generalitat de Catalunya*, 2001. Disponible en:
<http://www.xtec.cat/monografics/edsalut/anorexia.pdf>
14. Gil A., Maldonado J., Martínez de Victoria E. *Tratado de Nutrición: Nutrición Humana en el Estado de Salud*. 2010. 2ª ed. Editorial. Panamericana.
15. Bellido Guerrero, de Luis Román G. D. *Manual de nutrición y metabolismo*. 2006. Editorial: Días de santos.
16. Serra Majem L., Aranceta Bartrina F., Mataix Verdú J. *Nutrición y salud pública: métodos, bases científicas y aplicaciones*. 2006. Editorial: Masson.
17. Sociedad Española de Nutrición Comunitaria (Internet). “Guía de alimentación Saludable” Sociedad Española de Nutrición Comunitaria 2004. Disponible en: www.nutricioncomunitaria.org/es/noticia-documento/19
18. Sociedad Española de Nutrición Comunitaria (Internet). Pirámide de la alimentación saludable SENC 2015. Disponible en: <http://www.nutricioncomunitaria.org/es/noticia/piramide-de-la-alimentacion-saludable-senc-2015>
19. Hernández Rodríguez M. *Alimentación Infantil*. 3ª edición 2014. Editorial: Días de santos.
20. EspacioNutrición (Internet). *Educación alimentaria en la adolescencia*. Disponible en:
<http://espacionutricion.com/educacion-alimentaria-en-la-adolescencia/>
21. Calvo Bruzo SC, Gomez Candela C, López Nomdedeu C, López Plaza B. *Manual de alimentación. Planificación alimentaria*. 2016. Editorial: UNED

22. Vilaplana i Batalla, M. Educación nutricional en el niño y adolescente. Objetivos clave. Revista Offarm, Vol. 30. Núm. 03. Mayo - Junio 2011. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-offarm-4-articulo-educacion-nutricional-el-nino-adolescente--90020509>
23. Gómez de Barrio J.A., Gaité Pindado L., Gómez E., Carral Fernández L, Herrero Castanedo S, Vázquez-Barquero J.L. Guía de Prevención de los Trastornos de la Conducta alimentaria y el sobrepeso. Gobierno de Cantabria. Consejería de Sanidad y Servicios Sociales. Disponible en: <http://www.saludcantabria.es/uploads/pdf/ciudadania/Guia%20Prevencion%20Trastornos%20Conducta%20Alimentaria-2012.pdf>
24. Yoroboku (Internet). La evolución del canon de belleza femenino a lo largo de la historia. Disponible en: <http://www.yorokobu.es/canon-de-belleza-femenino/>
25. Cursoinea (Internet). Árbol de la autoestima. Disponible en: http://www.cursosinea.conevyt.org.mx/cursos/oh/htm/u1/u1_act11.htm
26. Justifica tu respuesta (Internet) Actividad de autoconcepto: ¿Cómo soy? ¿Cómo me ven?. Disponible en: <http://justificaturespuesta.com/actividad-de-autoconcepto-como-soy-como-me-ven/>
27. Aulafacil (Internet). Dinámica para identificar y expresar emociones: "Descubriendo emociones". Disponible en: <http://www.aulafacil.com/cursos/111591/psicologia/psicologia/taller-de-habilidades-sociales-y-comunicacion/dinamica-para-identificar-y-expresar-emociones-descubriendo-emociones>

8- ANEXOS

ANEXO 1. CUESTIONARIO DE CONOCIMIENTOS DE NUTRICIÓN²³

NUTRICIÓN

¿Cuántas comidas deben hacerse al día?

- Cinco: desayuno, almuerzo, comida, merienda y cena.
- Tres: desayuno, comida y cena.
- Con hacer una comida principal es suficiente.
- Dos: comida y cena.
- Ninguna de las anteriores.

2. ¿Qué tipo de principios inmediatos (alimentos) es que hay que comer más?

- Hidratos de carbono.
- Proteínas.
- Grasas.
- Vitaminas.
- Ninguna de las anteriores.

3. ¿Qué tipo de alimentos es el que hay que comer menos o evitar?

- Hidratos de carbono.
- Proteínas.
- Grasas.
- Alcohol, aceites y dulces (chucherías)
- Ninguna de las anteriores.

4. Los hidratos de carbono están en...

- Carne magra, pescado, pollo.
- Huevo.
- Aceites y mantequilla.
- Pan, patatas, pasta, cereales.

5. A la semana hay que comer...

- Con frecuencia refrescos de naranja, limón, cola.
- Huevos todos los días.
- Hay que tomar pocas legumbres.
- Cuatro veces huevo y cuatro veces pescado.
- Ninguna de las anteriores.

6. El desayuno debe consistir en...

- Leche, pan, galletas, cereales y fruta.
- No hace falta hacerlo.
- Es sólo para mayores.
- Basta con un vaso de leche al levantarse.
- Una pieza de fruta.

7. Los productos lácteos (leche, yogur, queso)...

- Son perjudiciales para la salud.
- Engordan.
- Son vegetales.
- Van mal para los huesos.
- Son de consumo diario.

8. Las frutas y verduras han de tomarse...

- Con poca frecuencia.
- Lo menos posible, pues son de mal sabor.
- Sin lavar.
- Varias veces al día.
- Con cuidado porque pueden ser peligrosas.

9. El agua ha de tomarse...

- Antes de las comidas.
- Después de las comidas.
- Durante las comidas.
- Poca porque engorda.
- A cualquier hora.

10. El pan ha de tomarse...

- Poca porque engorda.
- Todos los días.
- Blanco
- De molde.
- Ninguna de las anteriores.

ANEXO 2. EAT-26²³

	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Bastantes veces	Casi siempre	Siempre
1. Me da mucho miedo pesar demasiado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Procuro no comer aunque tenga hambre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Me preocupo mucho por la comida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. A veces me he <<atracado>> de comida, siento que era incapaz de parar de comer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Corto mis alimentos en trozos pequeños	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Tengo en cuenta las calorías que tienen de los alimentos que como	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Evito especialmente comer alimentos con muchos hidratos de carbono (p.ej., pan, arroz, patatas, etc,...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Noto que los demás preferirían que yo comiese más	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Vomito después de haber comido	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Me siento muy culpable después de comer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Me preocupa el deseo de estar más delgado/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Hago mucho ejercicio para quemar calorías	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Los demás piensan que estoy demasiado delgado/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Me preocupa la idea de tener grasa en el cuerpo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Tardo en comer más que otras personas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Procuro no comer alimento con azúcar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Como alimentos de régimen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Siento que los alimentos controlan mi vida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Me controlo en las comidas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Noto que los demás me controlan para que coma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Paso demasiado tiempo pensando y ocupándome de la comida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Me siento incómodo/a después de comer dulces	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Me comprometo a hacer régimen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Me gusta sentir el estómago vacío	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Disfruto probando comidas nuevas y sabrosas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Tengo ganas de vomitar después de las comidas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ANEXO 3. ESCALA DE SATISFACCIÓN CORPORAL²³

	Muy acuerdo	De acuerdo	En desacuerdo	Muy en desacuerdo
1. Siento que mi cuerpo a veces me limita.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Me gustaría poder cambiar algunas partes de mi cuerpo.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Creo que soy bastante feo/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Me siento más seguro vestido eque en bañador.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Nadie podría enamorarse de mí por mi aspecto físico.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Me gusta mi aspecto físico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Me gusta que me miren.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Me gusta mirarme en el espejo.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

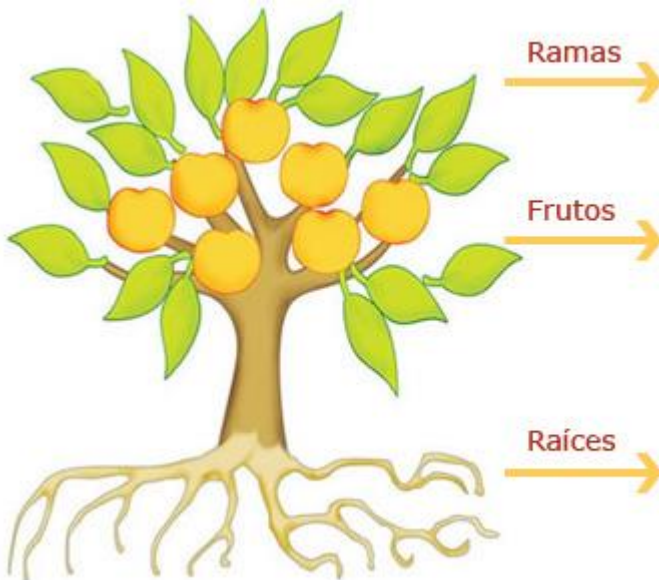
ANEXO 4. PIRÁMIDE NUTRICIONAL¹⁸



ANEXO 5. CÁNONES DE BELLEZA²⁴



ÁNEXO 6. ÁRBOL DE LA AUTOESTIMA²⁵



ANEXO 7. ¿CÓMO SOY? ¿CÓMO ME VEN? ²⁶

¿CÓMO SOY?	¿CÓMO ME VEN?
NOMBRE: _____ • • •	NOMBRE: _____ • • •

ANEXO 8. JUEGO DE ROLES

<u>ESTILO COMUNICATIVO</u>	<u>PASIVO/AGRESIVO/ASERTIVO</u>
<u>CONDUCTA VERBAL</u>	
<u>CONDUCTA NO VERBAL</u> <ul style="list-style-type: none"> • Voz • Mirada • Manos 	
<u>EFECTOS QUE PROVOCA EN EL INTERLOCUTOR</u>	
<u>EJEMPLO A DESARROLLAR EN EL ROLE-PLAYING</u>	

ANEXO 9. JUEGO DE ROLES²³

CINCO SITUACIONES

- Expresión de desacuerdo y sentimientos negativos: Un amigo expresa una opinión con la que estoy muy en desacuerdo: “Hay que ser perfecto para tener éxito y ser feliz”. Al decirle que estoy muy en desacuerdo me llama estúpido por no compartir su opinión.
- Iniciar interacciones con el otro sexo: Le pido a un chico/a que me gusta ir juntos al cine.
- Autoafirmación ante extraños y defensa de derechos: Al salir de la tienda descubro que me han dado mal la vuelta.
- Autoafirmación ante cercanos. Saber decir no: (2 situaciones)
 1. Me disgusta prestar mis discos compactos. Un compañero de clase me los pide con insistencia.
 2. Me enfrento a un error y a las críticas de él derivadas: no he traído el trabajo que debía entregar hoy en clase.

TÉCNICAS ASERTIVAS

Aserción negativa

Dejar de lado el hábito de decir “lo siento” o “perdona” a fuerza de repetirlos no signifi can nada y utilizar frases del tipo: “Ha sido una tontería por mi parte”, “No debería haber dicho/hecho”, “Tienes toda la razón”.

Autorrevelación

Proporciona información de lo que uno siente y piensa y facilita el diálogo con otra persona. Se pueden emplear mensajes “Yo”: “Yo siento...”, “pienso que...”.

Banco de niebla

Se utiliza cuando alguien te critica por algo con lo que tú no estás demasiado desacuerdo, pero no puedes demostrar que lo que tú crees o piensas es correcto. Se utilizan los argumentos de la persona que nos critica, pero sin enfrentarnos a ella. Se utilizan expresiones del tipo: “Es posible”, “Seguramente a ti te lo parece”, “Seguramente tienes razón, pero...”.

Compromiso viable

Trata de conseguir que las dos personas obtengan parte de lo que desean. No se trata de ganar siempre; es preferible llegar a un acuerdo cuando sea posible. La única limitación es el respeto a lo que uno cree correcto porque entonces ceder no es ser asertivo sino todo lo contrario.

Disco rayado

Se reduce a repetir una y otra vez lo que se quiere decir hasta que el otro se convenza de que la manipulación no le sirve contigo. La insistencia es fundamental para hacer prevalecer la propia opinión. Para que no parezca tan mecánico el repetir siempre lo mismo se pueden usar frases tipo: ”Entiendo lo que me dices pero”.

Interrogación negativa

Está pensada para enfrentarse a los juicios que otras personas hacen de nosotros. Obliga al otro a explicar su opinión y deja claro que no la aceptaremos porque sí. Ante la afirmación de la otra persona respondemos preguntando “¿Qué tiene de malo / de raro / de estúpido?...”.

ANEXO 10. EXPRESIÓN DE EMOCIONES²⁷

Recursos materiales:

- Post-its (con emociones escritas miedo, asco, sorpresa, felicidad, ira, amor, vergüenza, culpa, tristeza, alegría, celos, envidia, etc.).
- Cinta adhesiva.
- Rotuladores.

Culpa

Tristeza

Alegría

Ira

Amor