

CAPÍTULO 1.

PLANTEAMIENTO Y JUSTIFICACIÓN

1. PLANTEAMIENTO Y JUSTIFICACIÓN

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Los trastornos de conducta alimentaria en la actualidad han cobrado gran importancia ya que se han convertido en uno de los problemas de salud pública más serios de nuestros días, tanto su prevalencia y necesidad de tratamiento especializado, como por su tendencia a la cronicidad y la gravedad. Asimismo, los trastornos de la conducta alimentaria pueden ser entendidos como expresiones de dificultades emocionales internos que inducen a buscar, a través del control de la dieta y del cuerpo, algo de seguridad en la vida.

De esta manera el proyecto que se plantea en este documento trata de buscar una alternativa para la prevención primaria de trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes de 16 a 18 años de colegios fiscales de la provincia Cercado - Tarija, al referirnos trastornos de la conducta alimentaria entendemos *“Los Trastornos de la Conducta Alimentaria son enfermedades crónicas y progresivas que se manifiestan principalmente por medio de la modificación de la conducta alimentaria. Sin embargo, las personas que los sufren también son víctimas de factores psicológicos y emocionales, que tienen especialmente una alteración o distorsión de la auto-imagen corporal, un gran temor a subir de peso y una muy baja autoestima”*. (Turón, 2001: S/P)

A nivel **internacional** se realizaron numerosas investigaciones como ser en Ecuador sobre factores de riesgo que inciden en la probabilidad de padecer trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes de un colegio de Rumipamba, en la cual se tomó *“una muestra de 554 adolescentes divididos en 93 hombres y 461 mujeres de similares características socio demográficas para aplicar el Eating Attitude Test (EAT – 26). De la muestra estudiada el 12,8%, 60 mujeres y 11 hombres tienen riesgo medio de padecer trastornos de la conducta alimentaria y el 7,1%, 37 mujeres y 2 hombres tienen riesgo alto de padecer trastornos de la conducta alimentaria. Los resultados obtenidos confirman estudios anteriores al resaltar que ha aumentado la prevalencia del riesgo medio y alto de padecer dichos trastornos con los factores de riesgo como*

las prácticas de conducta alimentaria inusuales, las conductas compensatorias, la presión social percibida con la imagen corporal y la depresión". (Calvopina, 2014: 2)

Los resultados de otra investigación realizada en Madrid sobre trastornos de la conducta alimentaria indican que *"el 84,7% (n=100) de los pacientes con trastornos de la conducta alimentaria informan de algún AVE en la infancia y adolescencia, el 69,5% (n=82) informa de un AVE en la edad adulta y el 81,4% (n=96) informa de algún AVE en el año previo al inicio de los síntomas de trastornos de la conducta alimentaria. También se diagnosticó a un 28% (n=33) tiene un diagnóstico de anorexia nerviosa, un 50% (n=59) tiene bulimia nerviosa y un 22% (n=26) presenta un trastorno por atracón"*. (Pérez, 2018: 14)

En el ámbito **nacional** se realizó una investigación sobre trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes en tres departamentos de Bolivia, en los cuales están las ciudades de La Paz, Santa Cruz y Tarija, los resultados del estudio demuestran *"los trastornos de la conducta alimentaria son un problema entre los adolescentes con un alto porcentaje que se encuentran en riesgo de padecer estos trastornos 78,9% de la población estudiada, de la cual el 25% presenta alto riesgo, en relación al sexo las mujeres presentan una mayor prevalencia de presentar trastornos de la conducta alimentaria con un 8,54% y en los hombres un 0,35% lo cual justifica modificar la tendencia a descartar la posibilidad de que estos trastornos se manifiesten en varones. Con relación al lugar de residencia, se ha visto que la prevalencia es mayor en los departamentos de Tarija y Santa Cruz donde hay algunos aspectos socioculturales y ecográficos similares y es menor en la ciudad de La Paz donde estos aspectos son diferentes.* (Ajayu, 2004: S/P)

En el plano **regional** se realizó una investigación comparativa entre estudiantes universitarias obesas y no obesas por un estudiante de la UAJMS, en el cual los resultados demuestran que *"las estudiantes universitarias obesas presentan un nivel de ansiedad ligera con el porcentaje alto, esto quiere decir que los síntomas tanto físicos, psicológicos, conductuales, intelectuales y asertivos pueden alterar de alguna manera su actuar social, ya que se cree que tienen mayores dificultades para poder*

realizar actividades con normalidad y tienen menor capacidad de conciencia. También presentan una depresión moderada ya que existe un grado de complejidad en la aceptación de su imagen corporal, así mismo presentan un nivel de autoestima baja ya que al no tener una buena imagen corporal no se valoran a sí mismas lo cual lleva a afectar a sus relaciones interpersonales y su estado emocional y finalmente presentan un nivel extremo de insatisfacción de la imagen corporal lo cual se debe a las exigencias impuestas por la sociedad, el rechazo al que suelen estar sometidas por los demás, las burlas, discriminaciones por parte de amigos, compañeros e incluso la propia familia". (Ramírez, 2014: 74)

En base a toda la información abordada y buscando un cambio en la misma, pretendiendo que el comportamiento real se acerque al ideal, se plantea la realización del siguiente proyecto teórico o propositivo:

ELABORACIÓN DE UNA PROPUESTA DE INTERVENCIÓN SOBRE TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA PARA LOGRAR LA PREVENCIÓN PRIMARIA EN ADOLESCENTES DE 16 A 18 AÑOS DE COLEGIOS FISCALES DE LA PROVINCIA CERCADO – TARIJA DE LA GESTIÓN 2020.

1.2. JUSTIFICACIÓN

El presente proyecto pro positivo se centra en la elaboración de una propuesta que permita dar la importancia necesaria a los Trastornos de conducta alimentaria, ya que en la actualidad existen múltiples factores sociales, ambientales, familiares e individuales, que en su mayoría hacen que los adolescentes se sientan inconformes con su cuerpo, pudiendo así desarrollar trastorno de conducta alimentaria especificados como la Anorexia Nerviosa y la Bulimia. Siendo así que la población femenina es la más afectada entre los 12 y 21 años padece un 0,3% de anorexia, 0,8% de bulimia (DSM-IV, 2011), que se encuentran íntimamente relacionados con la morbi-mortalidad; siendo la tasa de mortalidad anual entre las personas con anorexia del 0,56% Además, estos trastornos se han ubicado dentro de las tres enfermedades principales que padecen los adolescentes (OMS, 2011)

La magnitud del problema es evidente, pues afecta al menos a una de cada diez chicas adolescentes (DSM-IV, 2011). Padecer de un trastorno de conducta alimentaria acarrea una serie de complicaciones que comprometen de manera inherente la calidad de vida de los adolescentes, y entre éstas se puede mencionar el aislamiento del individuo que la padece, ya que al tener una baja autoestima carecen del ánimo necesario para desarrollar a plenitud la vida social que en esta etapa específicamente se forja; la insatisfacción con la imagen corporal es uno de los síntomas más importantes ya que por lo general los adolescentes no tienen una adecuada aceptación de su cuerpo; y, sobre todo, la baja utilización biológica de los alimentos por las conductas compensatorias que realizan para evitar ganar peso.

El estudio planteado cuenta con una justificación **práctica**, ya que la propuesta podría interesar a investigadores del área de salud para que puedan analizar el problema de nutrición en los adolescentes y finalmente servirá para que futuros investigadores adecuen la propuesta o la pongan en marcha.

CAPÍTULO 2.
DISEÑO TEÓRICO

2. DISEÑO TEÓRICO

2.2. OBJETIVO GENERAL

Implementar una propuesta de intervención de trastornos de la conducta alimentaria para lograr la prevención primaria en adolescentes de 16 a 18 años de colegios fiscales de la provincia Cercado - Tarija de la gestión 2020.

2.3. OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

1. Diseñar un programa de prevención primaria de trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes de 16 a 18 años de colegios fiscales de la provincia Cercado - Tarija de la gestión 2020.
2. Incentivar hábitos saludables de alimentación y ejercicio físico en los adolescentes mediante talleres y actividades donde se den a conocer elementos y beneficios de una dieta equilibrada.
3. Mejorar los modos de interacción en el grupo de iguales mediante dinámicas grupales donde trabajen la asertividad, autoestima e imagen corporal.
4. Fomentar la actitud crítica de los adolescentes ante los mensajes sociales utilizando el análisis de modelos de belleza emitidos en los medios de comunicación.
5. Involucrar a la familia, escuela y alumnos mediante su participación en actividades comunes, como forma de refuerzo de hábitos de alimentación saludable.

CAPÍTULO 3.
MARCO TEÓRICO

3. MARCO TEÓRICO

En el presente capítulo se expone toda la información recabada en relación al tema. En el mismo se presenta las definiciones y teoría que servirán de respaldo para la correcta comprensión de los conceptos abordados.

3.1. TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

La Guía de Trastornos Alimentarios (2008), define a un trastorno como un conjunto de síntomas, signos y conductas de riesgo que puede presentarse con distintos niveles de severidad.

“Los Trastornos de la Conducta Alimentaria son enfermedades crónicas y progresivas que se manifiestan principalmente por medio de la modificación de la conducta alimentaria. Sin embargo, las personas que los sufren también son víctimas de factores psicológicos y emocionales, que tienen especialmente una alteración o distorsión de la auto-imagen corporal, un gran temor a subir de peso y una muy baja autoestima”.
(Turón, 2001: S/P)

En base a este concepto se ha visto que durante mucho tiempo estos trastornos de conducta alimentaria se caracterizaban casi por afectar solo a mujeres; pero hoy en día, muchos adolescentes varones son víctimas de éstos, por el deseo exacerbado de tener un mejor cuerpo. Según Gil, (2005), las personas que padecen cualquier tipo de trastorno de conducta alimentaria dan una especial importancia a los alimentos, ya que alrededor de estos, giran la mayoría de sus pensamientos, sentimientos, sueños, ideales y problemas, desarrollando así un trastorno de identidad a partir de la enfermedad.

Las conductas desarrolladas pueden alterarse o no voluntariamente, y para ello están involucrados múltiples factores personales, familiares y sociales, en los que el nivel de autoestima, las comparaciones constantes entre amigos y familiares, la presión de los medios de comunicación con relación a la moda y la «belleza» y el miedo a tener sobrepeso, hace que quienes los padecen pierdan el sentido de la realidad, sometiéndose a dietas y hábitos que ponen en gran riesgo la vida y la salud integral.

Padecer algún tipo de trastorno de conducta alimentaria se acompaña de una serie de síntomas entre los cuales se destacan: aislamiento marcado, cansancio excesivo, sueño, irritabilidad, conductas violentas, agresión hacia personas conocidas como miembros de familia, autoagresión al no aceptarse, vergüenza, culpa y depresión. (González, 2012)

3.1.1. Los trastornos de conducta alimentaria según el DSM – 5

Según la American Psychiatric Association (2014), los Trastornos de conducta alimentaria se encuentran en el grupo de trastornos mentales conductuales. Estos trastornos incluyen varios tipos como la pica, el trastorno de rumiación, el trastorno de evitación o restricción de alimentos, la anorexia nerviosa, la bulimia nerviosa, trastornos de la conducta alimentaria no especificados y el trastorno de atracones.

Los trastornos de la alimentación más estudiada son la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa, por lo cual este programa se centra en esas patologías. Asimismo, vamos a definir el concepto de cada una de ellas para una mejor comprensión.

La **anorexia nerviosa** según la American Psychiatric Association (2014), *“es un trastorno caracterizado por la presencia de una pérdida deliberada de peso, inducida o mantenida por el mismo enfermo. Así mismo consiste en la restricción de la ingesta energética persistente, el miedo intenso a ganar peso y la alteración de la forma de percibir el peso y constitución de otros”*.

Se trata de un trastorno de la imagen corporal que lleva a alteraciones de la conducta alimentaria para controlar el peso. Personas con este trastorno tienen estados nutricionales carenciales que pueden llegar a consecuencias muy graves, llegando a ocasionar trastornos endocrinos y hormonales. El trastorno aparece con mayor frecuencia en muchachas adolescentes y mujeres jóvenes, aunque en raras ocasiones pueden verse afectados varones adolescentes y jóvenes, así como niños pre púberes o mujeres maduras hasta la menopausia. La anorexia nerviosa constituye un síndrome independiente, en el siguiente sentido:

- a) los rasgos clínicos del síndrome son fácilmente reconocibles, de tal forma que el diagnóstico resulta fiable con un alto grado de concordancia entre clínicos y
- b) los estudios de seguimiento han demostrado que, de entre los enfermos que no se recuperan, una proporción considerable continúa mostrando de manera crónica las características principales de la anorexia nerviosa.

En la **bulimia nerviosa**, *“es un síndrome caracterizado por episodios repetidos de ingesta excesiva de alimentos y por una preocupación exagerada por el control del peso corporal lo que lleva al enfermo a adoptar medidas extremas para mitigar el aumento de peso producido por la ingesta de comida”*.

Dentro de este trastorno nos encontramos con episodios repetidos de atracones donde se ingieren grandes cantidades de comida en un periodo de tiempo muy corto. Posteriormente se realizan acciones compensatorias para evitar aumentar el peso. Estos atracones y métodos compensatorios, según aparece en el DSM-5 (American Psychiatric Association, 2014), deben aparecer al menos una vez a la semana durante 3 meses. Las personas con bulimia nerviosa suelen estar dentro de los límites del índice de masa corporal o IMC normal o tener sobrepeso. Este término debería restringirse a las formas del trastorno que estén relacionadas con la anorexia nerviosa por el hecho de compartir la misma psicopatología. La distribución por edades y sexo es similar a la de la anorexia nerviosa aunque la edad de presentación tiende a ser ligeramente más tardía. El trastorno puede ser considerado como una secuela de la anorexia nerviosa persistente (aunque también puede darse la secuencia contraria). A primera vista, un enfermo previamente anoréxico puede parecer que está mejorando a medida que gana peso e incluso recupera la menstruación si es mujer, pero entonces surge una forma maligna de comportamiento caracterizado por sobrealimentación y vómitos. Los vómitos repetidos pueden dar lugar a trastornos del equilibrio electrolítico, a complicaciones somáticas (tetania, crisis comiciales, arritmias cardíacas o debilidad muscular) y a una mayor pérdida de peso.

A continuación aparecen los criterios diagnósticos de ambos trastornos según el DSM-5.

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

- **Anorexia nerviosa**

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

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

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

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

Especificar si:

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

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

Especificar si:

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

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

Especificar la gravedad actual:

La gravedad mínima se basa, en los adultos, en el índice de masa corporal (IMC) actual (véase a continuación) o, en niños y adolescentes, en el percentil del IMC.

Los límites siguientes derivan de las categorías de la Organización Mundial de la Salud para la delgadez en adultos; para niños y adolescentes, se utilizarán los percentiles de IMC correspondientes. La gravedad puede aumentar para reflejar los síntomas clínicos, el grado de discapacidad funcional y la necesidad de supervisión.

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

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

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

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

- **Bulimia nerviosa 307.51 (F50.2)**

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

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

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

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

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

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

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

Especificar si:

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

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

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

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

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

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

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

Las personas que padecen anorexia atraviesan una serie de síntomas que si no son tratados a tiempo pueden acarrear graves complicaciones que pueden provocar la muerte. Los síntomas y complicaciones se detallan a continuación:

3.2. SÍNTOMAS Y COMPLICACIONES DE LOS TRASTORNOS DE CONDUCTA ALIMENTARIA

3.2.1. Anorexia nerviosa

- *“Rechazo a mantener el peso corporal por encima del mínimo adecuado para la edad y talla del enfermo*

- *Huesos frágiles y músculos que se debilitan impidiendo el desarrollo de actividades*
- *Miedo al aumento de peso*
- *Presión arterial baja*
- *Percepción distorsionada del cuerpo Amenorrea*
- *Ausencia de ciclos menstruales consecutivos en las mujeres*
- *Libido disminuida y esterilidad*
- *Estreñimiento, dolor abdominal, vómitos, náuseas*
- *Preocupación excesiva por la composición calórica y la preparación de los alimentos*
- *Estreñimiento crónico, Hinchazones, dolores abdominales y dolores intestinales persistentes*
- *Problemas con los dientes*
- *Anemia o desnutrición*
- *Constante sensación de frío*
- *Reducción progresiva de los alimentos Parálisis de las extremidades*
- *Obsesión por la imagen, la báscula y los estudios.*
- *Insomnio*
- *Utilización de trampas para evitar la comida*
- *Dificultad para concentrarse o pensar de forma clara*
- *Uñas quebradizas o pérdida de cabello Depresión*
- *Conducta alimentaria extraña: come de pie, corta los alimentos en pequeños trozos*
- *Convulsiones epilépticas*
- *Piel seca y agrietada Infarto del miocardio*
- *Coloración amarillenta en las palmas de las manos y las plantas de los pies*
- *Pancreatitis*
- *Hiperactividad Agrandamiento de las glándulas salivares*
- *Sensación de saciedad y plenitud antes de las comidas*

- *Dedos hinchados*
- *Calambres Daño renal*
- *Presencia de lanugo en la espalda, los antebrazos, los muslos, el cuello y las mejillas”. (Karen J. Cooper, 2009)*

3.2.2. **Bulimia nerviosa (BN)**

- *“Atracones o sobre ingesta de alimentos (mínimo 2 veces por semana)*
- *Arritmias que pueden desembocar en infartos*
- *Vómitos auto inducidos*
- *Deshidratación*
- *Irregularidades menstruales*
- *Colon irritable*
- *Ejercicio físico excesivo*
- *Reflujo gastrointestinal o esofagitis*
- *Libido disminuida*
- *Hernia hiatal*
- *Depresión, culpa y vergüenza*
- *Pérdida de masa ósea*
- *Debilidad Perforación esofágica y cáncer al esófago*
- *Dolores de cabeza Úlceras gástricas*
- *Hinchazón del rostro Pancreatitis*
- *Problemas con los dientes, caries dentales*
- *Bruscos aumentos y reducciones de peso*
- *Hemorroides*
- *Vasos sanguíneos rotos en los ojos*
- *Inflamación de la garganta*
- *Boca seca*
- *Desequilibrios electrolíticos*
- *Salpullidos y granos*

- *Hematemesis*
- *Pequeñas cortaduras y callosidades en las puntas de los dedos debido al vómito*
- *Hemorragia digestiva*
- *Mareos Melena*
- *Pérdida de cabello*". (Linda J. Vorvick 2012)

3.3. CONSECUENCIAS DE LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

Tanto en la anorexia como en la bulimia nerviosa se presentan una serie de consecuencias cognitivas, conductuales y consecuencias físicas que se describen a continuación:

- **A nivel cognitivo**

Intenso deseo de bajar de peso y miedo terrible a volverse obeso, evitan la comida por el miedo intenso a subir de peso y no poder parar, se presentan pensamientos de que hay gran facilidad de atrapar peso aunque coman muy poco. También hay una distorsión de la imagen corporal en la cual sobreestiman su silueta. No existe conciencia de enfermedad o la niegan, creen que solo están a dieta y que pueden controlarla. Tienen pensamientos obsesivos y repetitivos entorno al peso, la figura y la comida. Presentan tendencias perfeccionistas y existe la necesidad extrema de controlar todo. Labilidad emocional en el que existe cambios frecuentes del estado de ánimo y por último tienen sentimientos de culpa que giran en torno a cualquier cosa o tema.

- **A nivel conductual**

Las personas presentan restricción voluntaria a la dieta eliminando alimentos de alto contenido calórico, hay un incremento del gasto calórico mediante la hiperactividad física, también se presentan rituales entorno a la comida y el peso en el que cortan la comida en trocitos y comen de pie o pueden contar las calorías, evitan comer en público, usan ropa muy holgada, tienen conductas de evitación social, aislamiento, conductas auto lesivas, relaciones familiares muy conflictivas y pueden consumir sustancias toxicas.

- **A nivel físico**

Las personas pueden presentar pérdida de grasa y masa muscular, intolerancia al frío y dificultad para mantener la temperatura corporal, también tienen alteraciones cardíacas, alteraciones hormonales, caída de cabello, la piel de estas personas es muy seca, se da la aparición de vello en las mejillas, muslos, brazos y espalda y tienen complicaciones relacionadas con los vómitos y laxantes.

3.4. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

3.4.1. Anorexia nerviosa

Belloch, Sandín y Ramos (2008) indican que hay diversas alteraciones que cursan con pérdidas significativas de peso y/o patrones alimentarios anómalos que hay que diferenciar de lo que es un trastorno de la conducta alimentaria. Entre las alteraciones físicas que hay que descartar se destacan la diabetes mellitus, la neoplasia y la tirotoxicosis. La característica diferencial entre unos y otros trastornos estaría en la idea sobrevalorada de la delgadez, que solo aparece en los TCA (Perpiñá, 1989).

Por su parte, el DSM-IV-TR (APA, 2000) mantiene la necesidad de distinguir entre las enfermedades médicas (p. ej., enfermedad digestiva, tumores cerebrales, neoplasias ocultas y síndrome de inmunodeficiencia adquirida), el síndrome de la arteria mesentérica superior, el trastorno depresivo mayor, la fobia social, el trastorno obsesivo-compulsivo, el trastorno dismórfico y la bulimia nerviosa o la anorexia nerviosa, ya que pueden compartir características como la pérdida de peso, pero no presentar otras como la imagen distorsionada del cuerpo que tienen las personas con anorexia nerviosa. En la misma línea, el DSM-5 (APA, 2013) considera que pueden existir otras posibles causas para un peso corporal significativamente bajo o una pérdida significativa de peso en el diagnóstico diferencial de la anorexia nerviosa, sobre todo cuando esta manifiesta características atípicas. La anorexia nerviosa se debe diferenciar de otras enfermedades con las que comparte la pérdida significativa de peso pero no comparte otras características concretas como son la percepción alterada del peso o de la constitución, el miedo intenso a ganar peso o el deseo de perderlo. Dichas enfermedades son las afecciones médicas (p. ej., enfermedad gastrointestinal,

hipertiroidismo, cáncer oculto y síndrome de inmunodeficiencia adquirida), el trastorno depresivo mayor, la esquizofrenia, los trastornos por consumo de sustancias, el trastorno de ansiedad social, el trastorno obsesivo-compulsivo y el trastorno dismórfico corporal, la bulimia nerviosa o el trastorno de evitación/restricción de la ingesta de alimentos.

En el apartado de diagnóstico diferencial, la CIE-10 (OMS, 1992) afirma que, a pesar de no plantear grandes problemas, es necesario diferenciar o utilizar más de una categoría diagnóstica, ya que pueden aparecer síntomas depresivos u obsesivos, así como rasgos de la personalidad anormales. Del mismo modo, no debe confundirse esta enfermedad con las causas somáticas de la pérdida de peso en enfermos jóvenes, entre las que se encuentran enfermedades crónicas, tumores cerebrales y trastornos intestinales como la enfermedad de Crohn o el síndrome de malabsorción.

3.4.2. **Bulimia nerviosa**

Al igual que ocurría en el caso de la anorexia nerviosa, son varias las enfermedades que se deben incluir en el diagnóstico diferencial de la bulimia nerviosa. Belloch y colaboradores (2008) establecen que la característica diferencial es el propósito de los patrones anómalos de alimentación y de la pérdida de peso. Afirman que entre las alteraciones de etiología orgánica que hay que descartar se deben mencionar los tumores hipotalámicos y los síndromes de Kleine-Levin y de KlüverBucy en los que se pueden ingerir sustancias no nutritivas.

En cuanto al DSM-IV-TR (APA, 2000) y el diagnóstico diferencial de la bulimia nerviosa, esta clasificación determina que hay algunas enfermedades neurológicas y médicas (como el síndrome de Kleine-Levin) o trastornos como el trastorno depresivo mayor con síntomas atípicos, en los que se observa una conducta alimentaria alterada pero en los que no aparecen otras características diagnósticas de la bulimia nerviosa, como son la preocupación excesiva por el peso y la silueta corporales y tampoco existen medidas compensatorias para el peso. Tampoco se ha de confundir la bulimia nerviosa con la anorexia nerviosa de tipo compulsivo/purgativo. Del mismo modo, en el DSM-5 (APA, 2013) el diagnóstico diferencial de la bulimia nerviosa presenta ciertas

enfermedades que no deben confundirse con esta, dichas enfermedades son la anorexia nerviosa, del tipo con atracones/purgas, el trastorno por atracones, el síndrome de Kleine-Levin, el trastorno depresivo mayor con características atípicas, y el trastorno límite de la personalidad.

Sin embargo, la CIE-10 (OMS, 1992) establece que la bulimia nerviosa se debe diferenciar de enfermedades como los trastornos del tracto digestivo superior que pueden producir vómitos repetidos, y de una alteración más profunda de la personalidad, ya que el trastorno de la conducta alimentaria puede coexistir con dependencia al alcohol y conducta antisocial y los trastornos depresivos.

3.5. CURSO, EVOLUCIÓN Y PRONÓSTICO DE LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

3.5.1. Anorexia nerviosa

Los estudios indican que la AN comienza típicamente en la adolescencia con una restricción en la dieta extrema y rígida que produce una pérdida de peso. En algunos casos el trastorno es de corta duración y remite sin tratamiento o con una intervención breve, pero en otros tiende a persistir y requiere tratamientos especializados largos y complejos (Fairburn y Harrison, 2003). En el DSM-5 (APA, 2013) se indica que *“la anorexia nerviosa suele empezar durante la adolescencia o la edad adulta temprana y que 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, aunque el curso y el desenlace del mismo son muy variables”*. Algunas personas se recuperan totalmente después de un único episodio, sin embargo, otras presentan un patrón fluctuante de ganancia de peso seguido de recaída y otras sufren un deterioro crónico a lo largo de los años. *“La tasa de remisión de este trastorno es relativamente baja (alrededor del 20-30 %) al poco tiempo de seguimiento, pero aumenta a casi un 70-80 % después de 8 o más años de seguimiento”* (Keel y Brown, 2010).

En el DSM-IV-TR (APA, 2000) se indica que una fracción significativa de individuos que padecen anorexia nerviosa tipo restrictivo empieza a recurrir a atracones, lo que indica un cambio al subtipo compulsivo/purgativo. De modo que, *“un cambio sostenido en el cuadro clínico (aumento de peso junto con presencia de atracones y purgas) puede permitir, a veces, un cambio en el diagnóstico al de bulimia nerviosa. La tasa de mortalidad total se estima en 0,56 % por año o en, aproximadamente, el 5,6 % por década (Dalle, 2011), y las muertes suelen deberse a complicaciones médicas o suicidio”* (Nielsen et al., 1998).

Un factor pronóstico favorable es el inicio en una edad temprana, mientras que entre los factores de pronóstico desfavorable están la comorbilidad somática y psiquiátrica. A su vez, se han considerado como factores de buen pronóstico, los rasgos de personalidad histriónica y el inicio en la adolescencia. En este último caso, no sería exactamente de buen pronóstico sino de mejor pronóstico que cuando el inicio de la AN se produce en la etapa adulta. Como factores de mal pronóstico también se han señalado la comorbilidad con otros trastornos psiquiátricos (trastornos afectivos, trastornos de ansiedad, abuso de sustancias), presencia de vómitos auto inducidos, atracones o abuso de laxantes, rasgos de personalidad obsesivo-compulsiva, ajuste social y duración de la enfermedad (Steinhausen, 2002; Tozzi et al., 2005).

3.5.2. Bulimia nerviosa

En el DSM-IV-TR (APA, 2000) se indica como edad de inicio de la bulimia nerviosa el final de la adolescencia o el principio de la vida adulta, con una persistencia de la alteración de la conducta alimentaria de, al menos, varios años en un alto porcentaje de muestras clínicas y en el DSM-5 (APA, 2013) se especifica que es infrecuente el inicio antes de la pubertad o después de los 40 años.

La BN, por lo general, comienza con una restricción en la dieta extrema y rígida, y una cuarta parte de los casos tiene un periodo en el que satisface criterios diagnósticos para la AN. Sin embargo, es frecuente que después de un cierto periodo de tiempo los atracones interrumpan la dieta restrictiva y, como consecuencia, el peso del cuerpo

tienda a permanecer en el rango normal. *“La tasa de remisión para la BN es baja en seguimientos a corto plazo (de entre el 27-28 % al año de seguimiento) y mejora en seguimientos más largos (hasta un 70 % o más a los 10 años de seguimiento), pero casi el 23 % tiene un curso crónico. Las tasas brutas de mortalidad de la BN han oscilado entre 0 % y 2 %. También en la BN se puede ver afectado el funcionamiento laboral y educativo”* (Hay y Mond, 2005).

Como factor de buen pronóstico se ha señalado el inicio precoz del tratamiento, al relacionarse con un mejor pronóstico. Este factor se estima como el mejor indicador de buen pronóstico, más aún que el tipo y la duración de dicho tratamiento. Por su parte, también correlaciona con el buen pronóstico, el comienzo de la enfermedad en la adolescencia en comparación con el inicio en la edad adulta. Sin embargo, *“los factores de mal pronóstico serían los antecedentes de trastornos por consumo de sustancias o el abuso de laxantes que predicen intentos de suicidio; la comorbilidad con el trastorno obsesivo está asociada a una mayor duración de la enfermedad, la presencia en la infancia temprana de conflictos y/o rechazos en la comida, un peor funcionamiento psicosocial y una mayor alteración de la imagen corporal, son los factores que más influyen en la recaída de la BN. Asimismo, la obesidad infantil, la baja autoestima y los trastornos de la personalidad parecen asociados con un peor pronóstico”* (Fairburn et al., 2003).

3.6. ¿POR QUÉ SE PRODUCEN LOS TCA? FACTORES DE RIESGO

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

3.6.1. **Factores genéticos.** La herencia juega un papel muy importante en este tipo de trastornos. Estos factores genéticos en la transmisión familiar de dichos trastornos se encuentran en primera línea de investigación.

3.6.2. **Factores socioculturales.** Señala que la publicidad y la rentabilidad económica de las industrias relacionadas con el cuerpo (gimnasios, empresas dietéticas,

etc.) promueven la idea de cuerpos delgados en mujeres y cuerpos musculosos en hombres. Con ello, la mujer tiene asociada la delgadez al éxito y el hombre tiene la necesidad de muscular su cuerpo a base de gimnasios y anabolizantes, muestra que los factores sociales se relacionan con la insatisfacción corporal, sobre todo los que promueven los medios de comunicación, ya que influyen mediante mensajes directos acerca de lo que está bien físicamente y lo que no lo está.

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

3.6.4. **Factores psicológicos.** Asociados a estos trastornos son la insatisfacción y distorsión de la imagen corporal, los Índices de Masa Corporal extremos, el uso y abuso de dietas injustificadas, la depresión y la ansiedad. Existe una correlación entre la insatisfacción corporal y los TCA.

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

Los factores perpetuantes de los TCA, o factores que mantienen la evolución del trastorno una vez que se ha desencadenado, podrían ser: llevar una alimentación incorrecta, la fluctuación del estado de ánimo, ansiedad y depresión.

3.7. EVOLUCIÓN Y CONSECUENCIAS

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

Según López y Treasure (2011), *“padecer alguno de estos trastornos puede acarrear complicaciones físicas como problemas metabólicos (hipoglucemia), problemas en la médula ósea (anemia), complicaciones en fluidos y electrolitos (disminución de*

potasio, sodio, calcio ,etc.), problemas cardiovasculares (arritmias y taquicardias), pulmonares, gastrointestinales (úlceras gástricas), renales, neurológicos o de la función cognitiva (diminución en la memoria, atención, etc.), problemas musculares, problemas en el sistema endocrino y otros problemas secundarios asociados a las purgas, como esofagitis o ruptura esofágica”.

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

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

3.8. DETECCIÓN PRECOZ. SIGNOS DE ALARMA

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

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

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

- Cambios en el interés y la atención que el niño/a presta a la “comida sana” y a los modelos de alimentación “saludables”. Comienzan a prestar más atención al valor nutricional de los alimentos y a revisar a través de internet o redes sociales información sobre suplementos o complementos nutricionales

- Cambios en los gustos alimentarios. Se inician en el interés por la cocina y la realización de recetas. La búsqueda de recetas es un modo sutil de manipulación en el cual consiguen que la familia elaboren las recetas de manera más saludable. En el caso de la Anorexia Nerviosa, los pacientes elaboran las recetas sin probar ninguna de ellas
- Interés por la forma de comer de los demás
- Rechazo de alimentos no dietéticos
- Cambios en la velocidad de ingesta de los alimentos. Para la anorexia nerviosa la velocidad es excesivamente lenta y para la bulimia nerviosa excesivamente rápida
- Evitación de las comidas sociales
- Preocupación y molestias gastrointestinales, estreñimiento, control excesivo de las excreciones
- Cambios en el estado de ánimo. Generalmente al inicio experimentan un estado de ánimo eufórico al conseguir los objetivos que pretenden alcanzar, seguido de sintomatología depresiva, irritable, ansiosa, etc.
- Dificultad en el reconocimiento de emociones
- Enfado o irritabilidad ante comentarios sobre la forma de comer, peso corporal o imagen
- Comprobaciones con otras personas de su imagen y aumento de los comentarios sobre su propio cuerpo
- Dificultades en las relaciones familiares y con el grupo de iguales. El motivo es la irritabilidad emocional y los cambios
- Aislamiento de la persona con respecto al grupo de iguales
- Cambios repentinos en el nivel de actividad física
- En la anorexia nerviosa existe una pérdida brusca de peso progresiva. Aparece el control excesivo del peso y rituales frente a la comida (trocear los alimentos en trozas muy pequeños, comer alimentos menos grasos, etc.).

- En el caso de la bulimia se observan rápidas fluctuaciones de peso corporal. Una señal muy característica de este trastorno es la desaparición de comida en casa y encontrar restos de comida o envoltorios en la habitación. También es característico el uso de laxantes, diuréticos o productos adelgazantes. Puede producirse problemas dentales y de garganta. En casos extremos, debido a la presencia de vómitos, los familiares detectan el signo de Russell o marca en la mano provocada por la erosión de los dientes y los ácidos gástricos al provocarse el vómito.

3.9. IMAGEN CORPORAL EN LOS ADOLESCENTES

Según Gadea y Villaba (2007). El desarrollo de la imagen del yo físico o de la imagen corporal es una tarea intelectual, emocional y psicológica que se relaciona con las prácticas nutricionales.

Los adolescentes a menudo se sienten incómodos e inconformes con sus cuerpos que atraviesan cambios drásticos, y desean tener un cuerpo como sus compañeros o ídolos culturales más perfectos. Su autoestima se deriva de sentimientos sobre sus propios atributos físicos, un rasgo que los torna vulnerable a las distorsiones serias cuando se desarrolla un TCA. (García y colaboradores, 2010)

El deseo exagerado para modificar su tasa de crecimiento o sus proporciones corporales conduce a los adolescentes a modificaciones alimentarias que tienen graves consecuencias para su salud. Martínez (2013) menciona que, el rápido aumento de peso que se suscita en esta etapa, acompañada del desarrollo de las características sexuales secundarias como el ensanchamiento de las caderas, el crecimiento de busto, en las mujeres, hace que ellas limiten indebidamente la cantidad de alimento que consumen. Los adolescentes están tentados a utilizar suplementos nutricionales, con el objetivo de lograr el aspecto muscular y estético de algunos adultos y evitar así el temido bullying por parte de los compañeros.

3.9.1. Insatisfacción del adolescente con su cuerpo

Según el artículo de la Revista TeenHealth (2012), en la adolescencia, la imagen corporal y la autoestima tienen una estrecha relación. La insatisfacción con el cuerpo es el principal factor que contribuye al desarrollo de comportamientos de dieta, prácticas y conductas alimentarias desordenadas y aparición de trastornos de la conducta alimentaria. Los adolescentes con baja autoestima, y por ende con un nivel bajo de satisfacción corporal, tienen un mayor riesgo de recurrir a métodos enfermizos e inadecuados para controlar el peso.

3.9.2. Rol de los padres frente a los trastornos alimentarios que adoptan los adolescentes

En un estudio realizado por Martinatto (2008), se demostró que *“el 40 % de las niñas entre 9 y 10 años están tratando de perder peso, generalmente por recomendación de las madres. Algunos estudios han encontrado que las madres de los anoréxicos tienden a estar sobre involucradas en la vida de sus hijos, mientras que las madres de los bulímicos son críticas y distantes. Aunque las madres pueden tener una influencia grande sobre sus hijos en lo que respecta a los trastornos del comer, los padres y los hermanos excesivamente críticos también pueden desempeñar un papel importante en el desarrollo de anorexia en las niñas”*.

Entre los resultados de otro estudio se menciona que:

“Las personas con cualquiera de los trastornos del comer tienen mayor probabilidad de tener padres que sufren de alcoholismo o abuso de sustancias. Parece que existe entre las mujeres con trastornos del comer una incidencia mayor de abuso sexual; los estudios han reportado tasas de abuso sexual de hasta un 35 % en las mujeres con bulimia. Las personas con bulimia también tienen una mayor probabilidad de tener un padre obeso o de haber sido ellas mismas obesas en la niñez” (Quiñonez, 2010).

Los trastornos alimenticios como la anorexia y la bulimia «tienen una estrecha relación con las pautas de relación afectiva que se desarrolla con la madre en la infancia, existiendo un apego ambivalente en que la madre utiliza la comida como medio de refuerzo o castigo, lo que se reedita en la adolescencia». (Gómez, 2009)

Como se puede observar en los estudios anteriormente mencionados, en la actualidad, la situación emocional y económica juegan un papel importante en el desarrollo de los trastornos de la conducta alimentaria, pero la relación que llevan las personas que padecen trastornos de la conducta alimentaria con sus madres y familiares también tiene una estrecha relación, si bien es cierto que las madres quieren el bienestar para sus hijos, también pueden llegar a exagerar en algunos puntos, con tal de que su hija o hijo tengan un cuerpo considerado “normal” en la sociedad. Quiñonez, 2010 menciona que cada vez las madres presionan a sus hijas desde temprana edad para que guarden un bajo peso y aprendan a tener extremo cuidado hacia la comida que tiene altos porcentajes de grasas, azúcares y carbohidratos, creando así el rechazo y la disconformidad con su propio cuerpo desde que son pequeñas, agravándose este problema con el paso del tiempo, desencadenándose en la etapa de la adolescencia en donde los y las adolescentes, sienten un gran rechazo al cuerpo.

3.10. **LA IMPORTANCIA DE LA AUTOESTIMA**

La autoestima la definimos como: *“la capacidad de aceptación, valoración positiva de sí mismo; es un proceso que parte del conocimiento de sí mismo, cuando más profundo sea el conocimiento del sujeto se tendrá que una imagen más real y positiva de lo que se es, permitiendo de esta manera una autovaloración personal y mejora de las habilidades para el desarrollo personal”*. (Branden, 1993: 56)

Así mismo Coopersmith (1996: 125) dice que *“la autoestima es la evaluación que el individuo hace y habitualmente mantiene con respecto a sí mismo. Esta autoestima se expresa a través de una actitud de aprobación o desaprobación que refleja el grado en el cual el individuo cree en sí mismo para mostrarse como un ser capaz, productivo, importante y digno. Por tanto la autoestima implica un juicio personal de la dignidad que es expresado en las actitudes que el individuo tiene hacia sí mismo”*. Todo esto resulta de una experiencia subjetiva que el individuo trasmite a otros a través de reportes verbales y otras conductas expresadas en forma evidente que reflejan la extensión en la cual el individuo se cree valioso, significativo y exitoso, esto implica un juicio personal de su valía.

Dentro de lo que es la autoestima, esta se compone de dos elementos psíquicos, los cuales son esenciales para cada uno de los individuos en su desarrollo psíquico, estos elementos son los siguientes:

“El primer elemento es la conciencia que cada uno tenemos de nosotros mismos, los cuales son nuestros rasgos de identidad, siendo las cualidades y características más significativas de nuestra manera de ser y el segundo elemento es el sentimiento, en el cual está el aprecio y amor que experimentamos hacia nuestra propia persona, la consideración que mantengamos hacia nuestros intereses, creencias, valores y modos de pensar”. (Masso, 2001: 238)

3.10.1. Bases de la autoestima

La autoestima se desarrolla cuando se experimenta positivamente cuatro condiciones o bases de la autoestima, las mismas serán descritas a continuación:

- *“**Vinculación**, resultado de la satisfacción que se obtiene al establecer vínculos que son importantes y que los demás también reconocen como importantes.*
- ***Singularidad**, resultado del conocimiento y respeto que se siente por aquellas cualidades o atributos que le hacen especial o diferente, apoyado por el respeto y la aprobación que recibe de los demás por esas cualidades.*
- ***Poder**, consecuencia de la disponibilidad de medios, de oportunidades y de capacidad para modificar las circunstancias de su vida de manera significativa.*
- ***Modelos o pautas**, puntos de referencia que proporcionan ejemplos adecuados, humanos, filosóficos y prácticos que le sirven para establecer su escala de valores, sus objetivos, ideales y modales propios”.* (Walsh y Vaughan, 1999: 327)

3.11. PREVENCIÓN DE LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

Como ya se comentó al inicio del trabajo, según una revisión de estudios recientes de prevalencia de trastornos del comportamiento alimentario, la incidencia de la aparición de la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa 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 intervención:

- **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 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 trastornos de conducta alimentaria es la llamada inespecífica, que se basa en el desarrollo de habilidades y recursos que permitan el crecimiento integral de los adolescentes; en contra de la específica que consta en facilitar información adecuada sobre el riesgo de determinadas conductas.

Por lo indicado anteriormente, 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.

3.11.1. Prevención primaria de los trastornos de la conducta alimentaria

La prevención primaria tiene como objetivo limitar la incidencia de este trastorno, 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 población.

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

- Psico educativas
- Educación en el criticismo hacia los medios de comunicación
- Técnicas de inducción y disonancia
- Intervenciones focalizadas en eliminar los factores de riesgo de los trastornos de la conducta alimentaria y en fortalecer al huésped

3.11.1.1. **Temáticas a trabajar**

- **Educación alimentaria y nutricional:** centrada en la promoción de hábitos saludables (dieta equilibrada, orden diario en las comidas, etc.)
- **Autoestima, auto concepto 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 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 trastornos de la conducta alimentaria. Otro elemento clave es 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 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 trastornos de la conducta alimentaria 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.

Investigaciones realizadas en relación al tema de investigación propositiva “TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA”.

Una investigación en Ecuador sobre factores de riesgo que inciden en la probabilidad de padecer trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes de un colegio de Rumipamba señala que: *“los resultados obtenidos confirman estudios anteriores al resaltar que ha aumentado la prevalencia del riesgo medio y alto de padecer dichos trastornos con los factores de riesgo como las prácticas de conducta alimentaria inusuales, las conductas compensatorias, la presión social percibida con la imagen corporal y la depresión”*. (Calvopina, 2014: 2)

Otra investigación realizada en ciudades de La Paz, Santa Cruz y Tarija, presenta resultados del estudio y demuestran que *“los trastornos de la conducta alimentaria son un problema entre los adolescentes con un alto porcentaje que se encuentran en riesgo de padecer estos trastornos 78,9% de la población estudiada, de la cual el 25% presenta alto riesgo, en relación al sexo, las mujeres presentan una mayor prevalencia*

de presentar trastornos de la conducta alimentaria con un 8,54% y en los hombres un 0,35% lo cual justifica modificar la tendencia a descartar la posibilidad de que estos trastornos se manifiesten en varones..... (Ajayu, 2004: S/P)

Una investigación realizada en la UAJMS, presenta resultados donde se muestra que *“las estudiantes universitarias obesas presentan un nivel de ansiedad ligera con el porcentaje alto, esto quiere decir que los síntomas tanto físicos, psicológicos, conductuales, intelectuales y asertivos pueden alterar de alguna manera su actuar social, ya que se cree que tienen mayores dificultades para poder realizar actividades con normalidad y tienen menor capacidad de conciencia..... (Ramírez, 2014: 74/76)*

CAPÍTULO 4.

METODOLOGÍA

4. METODOLOGÍA

4.1. TIPIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

El presente proyecto propositivo pertenece al área de **psicología clínica**, puesto que la unidad de estudio es el individuo.

“La psicología clínica es una estrategia de abordaje, metódico y científico, en base a una visión cierta por sus causas, así entendemos que la psicología se encarga de la investigación de todos los factores, evaluación, diagnóstico, tratamiento y prevención que afecten a la salud mental y a la conducta adaptativa, en condiciones que puedan generar malestar subjetivo y sufrimiento al individuo humano”. (Wikipedia, 2018: S/P)

4.2. DESCRIPCIÓN SISTEMATIZADA DEL DESARROLLO DEL PROGRAMA

En este proyecto propositivo que se plantea se aborda la problemática que en la actualidad afecta al menos a uno/a de cada diez adolescentes de la ciudad de Tarija. Padeecer de un trastorno de conducta alimentaria acarrea una serie de complicaciones que comprometen de manera inherente la calidad de vida de los adolescentes, y entre éstas se puede mencionar el aislamiento del individuo que la padece, ya que al tener una baja autoestima carecen del ánimo necesario para desarrollar a plenitud la vida social que en esta etapa específicamente se forja, así mismo existen múltiples factores sociales, ambientales, familiares e individuales, que en su mayoría hacen que los adolescentes se sientan inconformes con su cuerpo, pudiendo así desarrollar trastorno de conducta alimentaria especificados como la Anorexia Nerviosa y la Bulimia. Por lo tanto se pretende dar una solución mediante la elaboración de un programa de prevención de los trastornos de la conducta alimentaria.

Este programa se enmarca en la prevención primaria de los trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes. Además se especifican los instrumentos de recolección, análisis de información y el recorrido específico a través del cronograma de actividades que determinan la delimitación y alcance de la propuesta del proyecto.

Asimismo, este programa está estructurado para poder ser desarrollado en 14 horas, repartidas en siete sesiones de dos horas cada una con los alumnos/as y una sesión final con los padres/madres/tutores de los participantes. Puede ser impartido por los propios educadores dentro del horario habitual de actividades de cada centro. La duración total del programa será de 7 semanas para los alumnos/as (sesión por semana) y de una última sesión de dos horas para los familiares.

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

Las sesiones llevadas a cabo se presentan a continuación:

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

En la primera sesión se trabajó de manera individual y en el resto de las sesiones se utilizaron diferentes actividades psico educativas de dinamización de grupo. Vamos a intentar siempre dividir al alumnado en pequeños subgrupos de 4 o 5 participantes, para conseguir una experiencia más útil y promover una mayor asimilación y vivencia de los contenidos.

4.3. POBLACIÓN BENEFICIARIA

Este programa va dirigido a estudiantes adolescentes de 16 a 18 años de educación secundaria obligatoria (desde 5º hasta 6º de secundaria), de colegios fiscales de la provincia Cercado – Tarija de la gestión 2020.

4.4. MÉTODOS, TÉCNICAS E INSTRUMENTOS

4.4.1. MÉTODOS

La investigación utiliza un **método analítico – crítico**, que permite desarrollar una mejor comprensión del entorno social y cultural en el cual se encuentra inmerso la persona, asimismo, desarrolla un pensamiento crítico; que se manifiesta en la capacidad de indagar, resolver problemas y ocupar un pensamiento creativo, el cual se manifiesta en la muestra de una postura propia. También se refleja la capacidad para aprender a discutir, a respetar las ideas de los demás aunque no se compartan, a buscar y encontrar la verdad sin egolatría ni terquedad, se adquieren habilidades para diferenciar entre hechos reales y opiniones y se eleva la autoestima y seguridad en sí mismo.

Desde otro punto de vista es un **método expositivo – participativo**, el que permite comunicar a los otros aquello que resulta importante, relevante o necesario de ser conocido. Este método aumenta el interés, permite desenvolverse con seguridad en la vida, expresar nuestras ideas y saber defendernos ante alguna postura. Asimismo, permite la participación de cada estudiante.

Asimismo, es un **método activo – participativo**, ya que es una forma de concebir y abordar los procesos de enseñanza aprendizaje y construcción del conocimiento, permite a los participantes ser agentes activos en la construcción, reconstrucción del pensamiento. También promueve y procura la participación activa y protagónica de todos los integrantes del grupo incluyendo al facilitador en el proceso de enseñanza aprendizaje.

Y por último, es un **método creativo**, significa formar personas con un pensamiento y una actitud divergente, de cambio, de diversidad, de novedad, de innovación, pero asimismo de poner en contacto con la realidad. Es por ello que los beneficios de este método es que los adolescentes adquieran autoestima, respeto, aprendan a convivir en grupo, conozcan y controlen sus emociones, motivan el ejercicio del pensamiento, estimulan la creatividad y la imaginación.

4.4.2. TÉCNICAS

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

El aspecto esencial de este programa de prevención es la intervención en adolescentes en el medio educativo, con la utilización de **talleres** desarrollados dentro del programa educativo; Asimismo, se incluye a profesionales del medio educativo y familiares de cada uno de los adolescentes. Esta técnica promueve en los adolescentes el fortalecimiento de la autoestima, autoimagen, comunicación interpersonal, juicio crítico ante los modelos culturales y no culturales que nos impone la sociedad, conocimientos nutricionales y hábitos de vida saludables, también se aporta información sobre estos trastornos a la familia y se trabaja con ella aspectos como la sobreprotección, comunicación, afectividad, valores y control de la televisión y medios de comunicación. Asimismo, los adolescentes son los protagonistas de la participación activa y crítica de cada una de las actividades desarrolladas en la propuesta del proyecto de prevención.

Otra técnica a utilizar es la **dinámica de presentación**, la cual permite la interacción y promueve el contacto entre las personas involucradas, de manera que se puedan generar nuevos vínculos para futuras relaciones que beneficien el trabajo en equipo. De esta manera se toma en cuenta la **“cadena de nombres”** que es una dinámica para romper el hielo y sirve para que los integrantes se sientan más cómodos, esta dinámica consiste en que cada integrante diga su nombre y alguna característica que lo represente y así sucesivamente con todos los demás.

4.4.3. INSTRUMENTOS

Los instrumentos que se emplean en este proyecto son los siguientes: (ver anexos)

➤ **Test psicométricos**

A continuación se describe la ficha técnica de cada uno de los instrumentos que se emplearan en la presente investigación:

- **EATING ATTITUDES TEST (EAT – 40, Castro y Cols).**

Autor: Garner y Garfinkel

Objetivo del test: Detección de la bulimia y la anorexia

Técnica: Técnica psicométrica

Historia de creación: Es el instrumento de auto reporte más conocido y ampliamente utilizado en la evaluación de la bulimia y la anorexia, es específico y puede ser auto administrado, diseñado y validado por Garner y Garfinkel (1984), con el fin de ayudar a los profesionales de salud con fines clínicos, epidemiológicos y de investigación a determinar el riesgo bajo, medio o elevado que tienen los pacientes de padecer trastorno de la conducta alimentaria, además se puede determinar las prácticas alimentarias inusuales, las conductas compensatorias, la presión social percibida con la imagen corporal y la depresión.

Confiabilidad y validez: Para evaluar la validez y la utilidad diagnóstica de la escala EAT-26 para la evaluación del riesgo de trastornos de conducta alimentaria (TCA) en población femenina, se realizó un estudio observacional de validación de pruebas.

El emplazamiento, realizado en la ciudad de Medellín en nivel de atención comunitaria de consulta psiquiátrica mixta (pública y privada), donde los participantes fueron veinticinco mujeres con edades entre 15 y 25 años que cumplieran criterios DSM-IV-TR para anorexia y bulimia nerviosa y 11 controles sin TCA.

Mediciones principales de la muestra de casos fue por conveniencia y en controles, aleatoria simple. Se comparó el «criterio de oro» (entrevista estructurada por psiquiatra para determinar el cumplimiento o no de criterios de inclusión de caso de TCA) con el EAT-40, y al instrumento se le hizo validación cultural y semántica, validación factorial, evaluación de confiabilidad, así como determinación del mejor punto de corte por medio de la curva ROC.

El EAT-40 modificado y abreviado es un instrumento multidimensional, con excelentes valores de confiabilidad y sensibilidad, y con un adecuado valor de

especificidad, apropiado para el cribado de posible trastorno de la conducta alimentaria en población de riesgo y útil en atención primaria para su detección temprana en mujeres jóvenes.

La versión a utilizar es la española, la cual discriminó correctamente entre pacientes anoréxicas y grupo control; sensibilidad del 91% y especificidad del 69% para un punto de corte de 20; consistencia interna de $\alpha = 0,93$ para el total y $0,92$ para el grupo de pacientes anoréxicas; validez concurrente de $r = 0,63$ con de BDI; buena sensibilidad a los efectos de una intervención.

Procedimiento de aplicación y calificación: La administración puede ser aplicada de manera individual o colectiva, la aplicación dura aproximadamente entre 15 a 20 minutos, se puede aplicar a adolescentes y adultos.

Descripción de los materiales: Las respuestas se puntúan de la siguiente manera:

- Siempre: 3
- Muy a menudo: 2
- A menudo: 1
- A veces: 0
- Raramente: 0
- Nunca: 0

La pregunta 25 varía su puntuación:

- Siempre: 0
- Muy a menudo: 0
- A menudo: 0
- A veces: 1
- Raramente: 2

- Nunca: 3

Escala: El rango de puntuación del EAT-26 es de 0-78 con un punto de corte de 20, los niveles considerados en el análisis se han establecido en:

Riesgo bajo con una puntuación menor o igual a 10.

Riesgo medio y con una puntuación entre 11 y 20.

Riesgo elevado, si la puntuación es igual o superior a 21.

- **TEST DE IMAGEN CORPORAL (BSQ, Cooper & Fairburn).**

Autor: Cooper y Fairburn

Objetivo del test: Mide la preocupación por el peso y la imagen corporal, la insatisfacción producida por el propio cuerpo, el miedo a engordar, la auto desvalorización por la apariencia física, el deseo de perder peso y la evitación de las situaciones en las que la apariencia física pueda atraer la atención. Mide la insatisfacción en trastornos alimentarios y discrimina a la población clínica de la población normal.

Técnica: Test psicométrico

Confiabilidad y validez: La presente escala presenta una confiabilidad en el coeficiente de consistencia interna (alfa de Cronbach) es de 0,93 a 0,97 en población no clínica. El coeficiente de correlación intra clases con test re test es de 0,88. El coeficiente de correlación de Pearson sobre la validez convergente oscila entre un 0,61 y 0,81. Adecuado poder discriminante entre pacientes con bulimia nerviosa, con posible Bulimia Nerviosa y sin trastorno del comportamiento alimentario.

Procedimiento de aplicación y calificación: La administración puede ser aplicada de forma individual y grupal, tiene una duración aproximada de 15 a 20 minutos, dirigido a población preferiblemente adolescente y adulta de ambos sexos. La corrección es muy sencilla y puede ser realizada por cualquier persona experimentada en el área.

Descripción de los materiales: Consta de 34 ítems. Se puntúa en una escala tipo Likert de 1 a 6 puntos siendo el rango de la prueba 34 – 204.

Escala: Se expresa de la siguiente manera:

- < 81 no hay insatisfacción corporal
- 82 – 110 leve insatisfacción corporal
- 111 – 139 moderada insatisfacción corporal
- > 140 extrema insatisfacción corporal

4.5. MATERIALES

Los materiales empleados para el desarrollo del programa son los siguientes:

TIPO DE MATERIAL	CANTIDAD
Proyector	Uno
Lápiz negro	5 docenas
Bolígrafos	5 docenas
Marcadores	5 docenas
Papel bond tamaño carta	½ paquete
Fotocopias	Lo necesario

CAPÍTULO 5.
PRESENTACIÓN DEL PROGRAMA

5. PROGRAMA DE PREVENCIÓN PRIMARIA DE TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA EN COLEGIOS FISCALES DE LA PROVINCIA CERCADO – TARIJA DE LA GESTIÓN 2020

La presente propuesta de intervención se describe minuciosamente a continuación y se especifican las sesiones a llevarse a cabo.

5.1. OBJETIVO GENERAL:

Implementar una propuesta de prevención primaria en el ámbito escolar para dotar al alumnado, al profesional educativo y a las familias de herramientas psico educativas nutritivas, personales y sociales, necesarias para disminuir la incidencia de trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes de 16 a 18 años de colegios fiscales de la provincia Cercado - Tarija de la gestión 2020.

5.2. ORGANIZACIÓN DEL PROGRAMA

Este programa de prevención de trastornos de la conducta alimentaria está estructurado para poder ser desarrollado en 14 horas, repartidas en siete sesiones de dos horas cada una con los alumnos/as y una sesión final con los padres/madres/tutores de los participantes. Puede ser impartido por los propios educadores dentro del horario habitual de actividades de cada centro. La duración total del programa será de 7 semanas para los alumnos/as (sesión por semana) y de una última sesión de dos horas para los familiares.

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

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

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

5.3. METODOLOGÍA DEL PROGRAMA

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

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

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

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

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

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

5.4. ESTRUCTURA DE LAS SESIONES

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

El siguiente cuadro refleja un esquema sobre la estructura de las sesiones del programa.

SESIONES	OBJETIVOS	ACTIVIDADES	RECURSOS MATERIALES
1. Presentación del programa 1º semana (2 h.)	Explicar la finalidad del programa, objetivos y evaluar actitudes hacia la alimentación y la imagen corporal	Información sobre los objetivos y finalidad del programa; consentimiento informado; cumplimentación EAT-40 y BSQ; toma de peso y talla para cálculo de IMC	Documento consentimiento informado del alumnado; documento datos personales del alumnado; cuestionarios EAT-40 y BSQ; peso digital; metro; calculadora; lámina para

			explicación del cálculo de IMC; lámina de los diferentes niveles de IMC; ordenador; proyector.
2. Alimentación, nutrición y ejercicio saludable 2º semana (2 h.)	Reflexionar sobre hábitos alimentarios actuales; proporcionar conocimientos sobre nutrición, alimentación y ejercicio físico saludable; aprender hábitos alimentarios correctos y a realizar ejercicio físico saludable.	Encuesta dietética de desarrollo propio; información sobre alimentación, nutrición y ejercicio saludable; información sobre mitos alimentarios	Encuesta dietética de desarrollo propio; lámina pirámide alimentaria; lámina pirámide de actividad física; documento sobre algunos mitos alimentarios; ordenador; proyector
3. Imagen corporal y crítica del modelo estético 3ª semana (2 h.)	Eliminar la idea de culto a la delgadez; aceptar diferencias de la figura corporal; aceptar la	Dibujo de la figura humana e imágenes de publicidad con crítica	Papel en blanco; lápices; lámina de figuras humanas mujer y hombre; lámina con

	propia imagen y concienciar sobre la necesidad de criticar el modelo físico impuesto en la sociedad (medios de comunicación e influencias socioculturales).		imágenes revistas de adelgazamiento y modelos delgados y musculosos; ordenador; proyector
4. Auto concepto y autoestima 4ª semana (2 h.)	Mejorar auto concepto y autoestima; reconocer cualidades a partir de mensajes externos; tomar conciencia de las cualidades que tenemos y sentirnos orgullosos.	Debate sobre autoestima y auto concepto; árbol de mi autoestima; “caricias circulares”	Papel en blanco; lápices; lámina árbol, ordenador; proyector
5. Asertividad y habilidades sociales 5ª semana (2 h.)	Aprender a relacionarse; favorecer la asertividad; aprender a ser más	Debate sobre asertividad y habilidades sociales; diferentes estilos de diálogo	Papel en blanco; lápices; lámina diferentes estilos de diálogo; ejemplos sobre

	asertivo frente a los mensajes exteriores; adquirir seguridad		diferentes escenas para practicar los diferentes estilos de dialogo; ordenador; proyector.
6. Evaluación Post-programa 6ª semana (2 h.)	Evaluar el impacto, resultados y desarrollo de las sesiones	Cumplimentación EAT-40 y BSQ; toma de peso y talla para cálculo de IMC; debate	Cuestionarios EAT-40 y BSQ; peso digital; metro; calculadora; documento con preguntas para la mejora del programa; lápices.
7. Trabajo con la familia (2 h.)	Informar a la familia sobre los trastornos de la conducta alimentaria ; enseñar a llevar una vida saludable en casa; informar sobre los tipos de alarmas para prevenir estos problemas	Lectura de un caso de trastornos de la conducta alimentaria ; charla informativa; decálogo	Papel en blanco; lápices; documento con la lectura del caso de trastornos de la conducta alimentaria ; documento con cuestiones a contestar por los familiares; documento con los puntos a debatir con los familiares;

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

NOTA. Las actividades anteriores son adaptadas del master universitario en psicología general sanitaria de la UNIVERSITAT JAUME I, realizado por Juana María Fernández Gutiérrez (2018) “*Propuesta de intervención: programa de prevención de trastornos de conducta alimentaria en el aula*”.

5.5. SESIONES

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

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

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

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

5.5.1. Sesión 1. Presentación Del Programa

Objetivos:

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

Actividades:

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

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

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

2. Consentimiento informado

Justo después, se presenta el documento de consentimiento informado a los alumnos/as para saber si están de acuerdo en la participación de nuestro programa de prevención de trastornos de la conducta alimentaria en el aula

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

Antes de la administración de estos dos cuestionarios, los alumnos/as cumplimentan una serie de datos personales.

Más tarde continuamos con la cumplimentación de los siguientes cuestionarios:

- **EAT-40 (Castro et al., 1991):** es un cuestionario que detecta a personas con riesgo de padecer un trastorno de la conducta alimentaria. Dirigido a población preferiblemente joven y adolescente (ambos sexos). Contiene 40 ítems. Evalúa el riesgo a engordar, motivación para adelgazar y patrones alimentarios

restrictivos. Es idóneo para identificar problemas alimentarios en poblaciones no clínicas, pero no es capaz de discriminar entre Anorexia Nerviosa y Bulimia Nerviosa. La versión a utilizar es la española, la cual discriminó correctamente entre pacientes anoréxicas y grupo control; sensibilidad del 91% y especificidad del 69% para un punto de corte de 20; consistencia interna de alfa= 0,93 para el total y 0,92 para el grupo de pacientes anoréxicas; validez concurrente de $r=0,63$ con de BDI; buena sensibilidad a los efectos de una intervención. Se administra entre 10 y 15 minutos. (Garner y Garfinkel, 1979).

- **BSQ (Cooper et al., 1987):** es un cuestionario que mide la preocupación por el peso y la imagen corporal, la insatisfacción producida por el propio cuerpo, el miedo a engordar, la auto desvalorización por la apariencia física, el deseo de perder peso y la evitación de las situaciones en las que la apariencia física pueda atraer la atención. Mide la insatisfacción en trastornos alimentarios y discrimina a la población clínica de la población normal. Dirigido a población preferiblemente adolescente y adulta. Contiene 34 ítems Mide la insatisfacción en trastornos alimentarios. El coeficiente de consistencia interna (alfa de Cronbach) es de 0,93 a 0,97 en población no clínica. El coeficiente de correlación intraclases con testretest es de 0,88. El coeficiente de correlación de Pearson sobre la validez convergente oscila entre un 0,61 y 0,81. Adecuado poder discriminante entre pacientes con bulimia nerviosa, con posible Bulimia Nerviosa y sin trastorno del comportamiento alimentario. El tiempo de administración de este cuestionario oscila entre 10 y 20 minutos. 4. Peso y talla con cálculo de IMC

También informamos sobre el cálculo del IMC durante esta sesión. Según la Organización Mundial de la Salud (O.M.S., 2018), talla y peso son las medidas básicas más accesibles que nos permiten hacer una valoración adecuada y rápida del estado nutricional y así obtener el Índice de Masa Corporal. Hoy día la valoración del estado nutricional más utilizada es el IMC. Este índice es definido por la relación peso en kilogramos dividido por la talla en metros al cuadrado. Por sí solo es un indicador nutricional válido.

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

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

5.5.2. **Sesión 2. Alimentación, Nutrición y Ejercicio Saludable**

Objetivos:

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

Actividades:

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

1. Encuesta dietética de desarrollo propio en pequeños grupos

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

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

2. Charla sobre alimentación, nutrición y ejercicio saludable

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

Recordamos que hay que realizar cinco comidas al día (desayuno, media mañana, comida, merienda y cena), evitando comer entre horas, las calorías vacías como las chucherías, etc. Explicamos las raciones diarias a consumir con ayuda de la pirámide

alimentaria. Damos mucha importancia a la realización del desayuno, ya que aporta la energía necesaria para realizar las actividades en el horario escolar.

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

3. Falsos mitos sobre alimentación

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

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

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

1. El pan engorda: 100 gramos de pan contienen 250 kilocalorías. Es un alimento del grupo de los cereales que nos da una importante fuente de hidratos de carbono, tipo de alimento que más hay que comer. Creer que los hidratos de carbono engordan es un falso mito. Los hidratos de carbono son una fuente de energía que necesitamos consumir. Un buen desayuno con hidratos de carbono como por ejemplo 100 gramos de pan tostados, nos aporta mucha energía para llevar un buen ritmo de trabajo un día normal de clase.

2. Existen alimentos que engordan y otros que adelgazan: Todos los alimentos nos aportan calorías menos el agua. Si llevamos una dieta equilibrada debemos comer de todo en proporciones adecuadas. No existen alimentos para perder peso o para ganar peso. Ganar peso o perder peso no tiene nada que ver con los alimentos, sino con las cantidades de alimentos que consumimos.

3. Beber agua en las comidas engorda: El agua es el único alimento que no tiene calorías, por lo tanto no engorda. Debemos consumir agua en cantidades abundantes, sin pasarse. Si dejamos de consumir agua podría ser peligroso para nuestra salud. Los refrescos o zumos sí que tienen calorías. Debemos intentar sustituir los refrescos o bebidas azucaradas por agua mientras comemos.

4. Realizar dietas muy estrictas no son peligrosas para nuestra salud: Existe una relación en llevar a cabo dietas restrictivas con la aparición de los Trastornos de Conducta Alimentaria. Las dietas muy restrictivas causan problemas de salud. Hoy en día circulan muchas dietas absurdas y no son equilibradas para una pérdida de peso rápido. Si fuera necesario perder peso debe ser recomendado y controlado por un especialista en alimentación.

5.5.3. Sesión 3. Imagen Corporal y Crítica del Modelo Estético

Objetivos:

- Eliminar la idea de culto a la delgadez
- Aceptar las diferencias de nuestra figura corporal

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

Actividades:

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

1. Dibujo de figura humana

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

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

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

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

Finalizamos explicando que cada persona tiene su propia figura, que no existe una figura universal ni una figura perfecta. Hay que aceptarse tal y como somos sin

angustiarne ni intentar cambiar nuestra silueta para alcanzar un tipo de delgadez irreal como poco saludable.

2. Imágenes de publicidad con crítica

Mostramos imágenes sobre revistas de adelgazamiento y modelos excesivamente delgados y musculosos para realizar una crítica sobre la cultura del cuerpo existente en nuestra sociedad. Podemos hablar sobre los siguientes temas mientras observamos las imágenes y abrir así un debate con los alumnos y alumnas:

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

11. Si no somos como los/las modelos, ¿no somos personas bellas?

12. Cualquiera de nosotros podemos ser guapos/as con cualquier cuerpo. Es sólo cuestión de modas y de épocas. Debemos aceptarnos todos tal y como somos

5.5.4. Sesión 4. Auto Concepto y Autoestima

Objetivos:

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

Actividades:

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

1. Pequeño debate sobre qué es la autoestima y qué es el auto concepto

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

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

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

2. Árbol de mi autoestima

Dividimos al grupo en subgrupos y entregamos una hoja en blanco a cada alumno/a. Se les indica que deben dividir la hoja en blanco en dos columnas verticales de igual tamaño. En una columna deben escribir los logros o éxitos alcanzados en su vida (en

la escuela, en familia, con amigos...). En otra columna deben escribir las cualidades físicas o corporales, espirituales o mentales de cada uno de ellos/as.

Al finalizar las dos listas, se les indica a los alumnos y alumnas que dibujen un árbol. Cada participante debe escribir su nombre en la parte superior, los logros y éxitos en los frutos y sus cualidades en las raíces.

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

3. “Caricias circulares”

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

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

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

5.5.5. Sesión 5. Asertividad y Habilidades Sociales

Objetivos:

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

Actividades:

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

2. Diferentes estilos de diálogo

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

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

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

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

2. Diferentes estilos de diálogo

Iniciamos esta actividad explicando que existen tres estilos de diálogo o de comunicación: asertivo, agresivo y pasivo.

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

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

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

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

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

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

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

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

5.5.6. Sesión 6. Evaluación Post-Programa

Objetivos:

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

Actividades:

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

1. Complementación de cuestionarios

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

2. Peso y talla con cálculo de IMC

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

3. Debate

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

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

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

5.5.7. Sesión 7. Trabajo con la Familia

Objetivos:

- Informar a los padres sobre los trastornos de la conducta alimentaria

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

Actividades:

1. Lectura de un caso de trastornos de la conducta alimentaria
2. Charla informativa para padres y madres
3. Decálogo

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

1. Lectura de un caso de trastornos de la conducta alimentaria

Leemos en voz alta una historia real sobre un caso de trastornos de la conducta alimentaria a los padres/madres/tutores para hacerles reflexionar sobre el tema y ponerlos en contexto.

2. Charla informativa para padres y madres

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

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

Los diferentes grupos responden a las siguientes preguntas:

1. ¿Es importante proteger a los/as hijos/as? ¿Hasta qué edad? ¿Es bueno darles responsabilidades?
2. ¿Realmente conoces a tus hijos/as? ¿Qué les gusta hacer en su tiempo libre? ¿Conoces a sus amigos/as?

3. ¿Son tus hijos/as felices en casa? ¿Se sienten queridos/as?
4. ¿Te gustaría que tus hijos/as fueran perfectos/as? ¿Les das la enhorabuena cuando hacen cosas buenas? ¿Los/as criticas si hacen algo mal?
5. ¿Ves la TV con tus hijos/as? ¿Hablas con ellos/as sobre lo que sale en la TV?
6. ¿Acostumbran comer juntos en casa? ¿Tienen una conversación mientras se come? ¿Cuáles son los horarios de comidas que siguen en casa?

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

1. Sobreprotección

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

2. Comunicación

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

3. Afectividad

Debemos lograr que las personas que integran la familia se sientan felices, cómodas, queridas, respetadas y apoyadas por todos los miembros de la familia. El marco familiar

es el principal referente al que el niño/a acude en busca de afecto, apoyo y ánimo. Es el lugar seguro del niño/a.

4. Valores

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

5. Control de medios de comunicación

Muy importante controlar la TV en casa en etapa la infantil y adolescente. Debemos intentar que nuestros hijos/as desarrollen una conciencia crítica como lectores, espectadores o consumidores. Una táctica a seguir sería dialogar con los hijos/as sobre imágenes y mensajes erróneos que aparezcan en los medios de comunicación.

6. Alimentación

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

3. Decálogo

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

- Animar a nuestros hijos/as a ser sociables y a relacionarse con los demás niños/as

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

5.5.8. **Sesión 8. Convivencia Saludable**

Objetivos:

- Favorecer la implicación de padres/madres/tutores en una educación de hábitos saludables en familia
- Fomentar la comunicación entre padres/madres/tutores y sus hijos/as
- Intercambiar experiencias y reflexiones entre las familias que participen
- Aportar a las familias las herramientas y conocimientos para una buena convivencia en casa
- Concienciar en la problemática de los trastornos de la conducta alimentaria y dar soluciones ante posibles casos
- Pasar un rato agradable entre familias, ya que hoy en día el estrés diario de trabajo no lo permite

Actividad:

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

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

