

GUÍA DE PREVENCIÓN DE TRASTORNOS DE CONDUCTA ALIMENTARIA

Programa ZARIMA



GUÍA DE PREVENCIÓN DE TRASTORNOS DE CONDUCTA ALIMENTARIA

Febrero 2022

Profesor Pedro Manuel Ruiz Lázaro, Grupo ZARIMA-Prevención.
Jefe de Sección de Psiquiatría Infanto-Juvenil. Hospital Clínico Universitario de Zaragoza. Universidad de Zaragoza. Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud I+CS. pmruiz@aragon.es

In memoriam de Alicia Pueyo Usón y Piluca Comet Cortés, del grupo ZARIMA.

Y de Gonzalo Morandé Lavin, pionero en la lucha contra los TCA.

Zaragoza

Gobierno de Aragón, 2022.

Coordina:




Con la colaboración de:

ARBADA



CONCEPTOS	08
1. EDUCACIÓN PARA LA SALUD, PROMOCIÓN DE LA SALUD Y TIPOS DE PREVENCIÓN	10
2. CAUSAS, FACTORES DE RIESGO DE TCA	16
3. METODOLOGÍA Y MODELOS EN PREVENCIÓN	26
4. ÁREAS EN DESARROLLO	44
5. PREVENCIÓN DE TCA EN ESPAÑA	50
6. PROGRAMAS INTERNACIONALES DE PEVENCIÓN DE TCA	58
7. PREVENCIÓN CONJUNTA DE TCA Y SOBREPESO, OBESIDAD	64
8. RESULTADOS PROGRAMA ZARIMA	70
DINÁMICAS	86
ANEXOS	112
1. MATERIAL DE TRABAJO	114
2. RECURSOS	144
3. CINE Y SALUD, EXPERIENCIA EDUCATIVA DE SALUD Y PREVENCIÓN DE LOS TCA	150
4. BIBLIOGRAFÍA	160



Programa ZARIMA

GUÍA DE PREVENCIÓN DE TRASTORNOS DE CONDUCTA ALIMENTARIA

PRÓLOGO

El Grupo ZARIMA-Prevención de la Unidad Mixta de Investigación del Hospital Clínico Universitario-Universidad de Zaragoza es un equipo interdisciplinar de profesionales de Enfermería y Psiquiatría fundamentalmente, así como de Psicología, Trabajo social y Terapia ocupacional, Antropología. Su vocación es investigadora y su tema los trastornos alimentarios.

Tras realizar un estudio de prevalencia de los Trastornos de Conducta Alimentaria (TCA) vimos la necesidad de realizar actividades preventivas con los adolescentes y jóvenes. Así, en colaboración con el Gobierno de Aragón, ARBADA y con el Consejo Nacional de la Juventud de Aragón hemos emprendido diversas acciones preventivas con escolares de secundaria, padres y mediadores juveniles, después de diseñar un programa preventivo manualizado. Y hemos realizado ensayos controlados aleatorizados en Aragón y el Norte de España, el método científico adecuado para demostrar la eficacia y efectividad en el mundo real de este programa preventivo.

Los/as destinatarios/as de esta Guía sobre Prevención de los TCA son todos aquellos mediadores juveniles, agentes sociales, animadores socioculturales, monitores y directores de tiempo libre, profesionales y voluntarios de la educación no formal, ocio y tiempo libre, responsables y miembros de asociaciones juveniles.

Y los docentes de la educación formal (colegios e institutos), orientadores, psicopedagogos.



Y los demás agentes de salud, profesionales sociosanitarios, de Atención primaria y especializada que hagan intervenciones comunitarias, de promoción de la salud y prevención con menores.

Los objetivos que pretendemos son:

- Ser un instrumento o herramienta de trabajo con el propósito de adquirir las habilidades necesarias para desarrollar un programa de prevención primaria y secundaria sobre anorexia, bulimia y otras alteraciones alimentarias.
- Concienciar de la necesidad de incluir la educación para la salud y la prevención de los trastornos alimentarios en las programaciones de los centros y asociaciones juveniles, los colegios e institutos y los centros de salud.

Su finalidad es que las personas interesadas dispongan de un texto base para poder programar actividades efectivas de educación para la salud en el terreno de las alteraciones alimentarias.



INTRODUCCIÓN En los últimos años, desde la década de los noventa, la frecuencia de los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) se ha incrementado, sobre todo entre las mujeres adolescentes y jóvenes. Esta realidad epidemiológica nos invita a intentar prevenir su aparición, sugiere la necesidad de desarrollar programas preventivos eficaces para su aplicación en el mundo real.

Hay importantes razones para un creciente interés en este campo:

1. La prevalencia de TCA entre los adolescentes españoles, especialmente entre las mujeres.
2. Las graves complicaciones médicas y psicosociales asociadas con estos trastornos.
3. La gran preocupación en la sociedad que existe por estos problemas.

En las pasadas décadas, se han publicado rigurosos artículos científicos, capítulos y libros que nos llaman a prestar más atención a la prevención de la anorexia nerviosa (AN) y la bulimia nerviosa (BN).

Pese al volumen de escritos publicados acerca de la prevención de los TCA, la investigación empírica de programas e intervenciones preventivas estaba todavía en la primera generación hasta hace poco, un panorama que ha mejorado espectacularmente en los últimos años.

Comparado con el voluminoso trabajo de prevención de drogas legales e ilegales la investigación sistemática en prevención de los problemas alimentarios y de imagen corporal era relativamente limitada.

Importantes grupos de investigación en Canadá, Estados Unidos, Noruega, Suiza, Reino Unido, Australia y España han desarrollado programas diseñados para prevenir los TCA en la adolescencia, inicialmente con escasos resultados, en la actualidad, con pruebas científicas de eficacia y efectividad.

Es necesario examinar, mediante la investigación, los factores de riesgo y de protección de los TCA que son potencialmente modificables, para desarrollar una prevención segura y eficaz.

Recientes revisiones y meta-análisis de programas de prevención de TCA en forma de artículos, capítulos, libros y bases de datos encuentran que los efectos de la intervención van desde la ausencia o escaso efecto hasta reducciones en la actual y futura patología, con cambios actitudinales y comportamentales.

Afortunadamente, las últimas revisiones sistemáticas y meta-análisis demuestran relevantes avances teóricos y metodológicos en el campo de la prevención de los TCA frente a los primeros programas muy psicoeducativos con éxito limitado.



La mitad de las intervenciones preventivas en los TCA (un 51%) reducen los factores de riesgo para los TCA y más de un cuarto (29%) reduce la patología alimentaria actual o futura.

Una pareja de programas verdaderamente breves han demostrado reducir el riesgo para el inicio de patología alimentaria y obesidad.

La tarea es diseñar programas que se aprovechen de los previos, pero que incluyan componentes adicionales para producir cambios en las actitudes y conductas, que se mantengan a largo término. Y difundirlos.

Dentro de las futuras direcciones en la prevención de los TCA será útil desarrollar programas que produzcan mayores y más persistentes efectos de reducción en los síntomas de TCA y en su inicio.

Se dice que en la sanidad no hay mejor inversión que la aplicada en la prevención de las enfermedades psíquicas y la promoción de la salud mental. Es una necesidad no por difícil, ineludible. Las dificultades no deben impedir una activa política de prevención.

El esfuerzo empleado en las actividades de prevención debería ser prioritario, aunque raramente lo es.





CONCEPTOS





EDUCACIÓN PARA LA SALUD, PROMOCIÓN DE LA SALUD Y TIPOS DE PREVENCIÓN

01



01 EDUCACIÓN PARA LA SALUD, PROMOCIÓN DE LA SALUD Y TIPOS DE PREVENCIÓN

Tienes en tus manos la Guía práctica del Programa ZARIMA completamente actualizada para poder realizar prevención primaria y secundaria de TCA con jóvenes y adolescentes.

Puede servirte para trabajar en tu barrio, comunidad, en asociaciones juveniles, instituciones de educación formal (colegios e institutos) y no formal (campamentos, colonias, campos de trabajo, centros de tiempo libre, Casas de Juventud, Ludotecas...).

Se basa en la experiencia y la información actual sobre el tema, y la investigación rigurosa, con ensayos controlados aleatorizados, dentro del marco teórico de la Educación para la Salud.

Es importante prestar atención a los/as adolescentes y jóvenes, pero sin olvidar a padres/madres y educadores/as.

La edad idónea para fomentar hábitos y actitudes positivas es la escolar, integrando en el proceso de aprendizaje y educación, materias de educación para la salud; pero no es la única, pues todas las edades son susceptibles de educar.

Simultáneamente, se deben conseguir cambios de comportamiento del núcleo familiar, reforzado todo ello por campañas de información dirigidas al público en general.

La educación para la salud en el tiempo libre, dentro del asociacionismo juvenil y los ámbitos específicos de la pedagogía del ocio, presenta indudables ventajas respecto al contexto académico o escolar, ya que las actividades son voluntarias, con metodología bidireccional, participación activa de los/as destinatarios/as en la programación y espíritu lúdico. El aprendizaje es deseado y a través de la vivencia se hace significativo.





PROMOCIÓN DE LA SALUD

Promover la salud significa capacitar a las personas para que puedan aumentar el control sobre su salud y mejorarla.

La promoción de la salud se dirigirá a los aspectos positivos de fomento de la salud en los individuos, grupos y colectividades.

La prevención es un término más médico, centrado en evitar los trastornos o enfermedades.

En la práctica hay una superposición de estrategia y contenidos. Es una distinción más teórica y de concepto (una simple cuestión de matices) que otra cosa, para los que nos dedicamos a la intervención comunitaria. La prevención de las enfermedades se debe integrar en una perspectiva de promoción de la salud.

El objetivo de la educación para la salud es la modificación en sentido favorable de los conocimientos, actitudes y conductas de salud de los individuos, grupos y colectividades.

El objetivo final son los comportamientos. El modificar actitudes y conocimientos no es sino un vehículo para que cambien las conductas y, en definitiva, se consiga una Promoción de la Salud.

La promoción de hábitos de vida saludables lleva consigo estos aspectos:

- El estado de salud hay que entenderlo desde un sentido amplio de la palabra, esto es, buscar tanto el bienestar individual como el colectivo.
- Promocionar una educación centrada en los aspectos positivos de la salud
- Responsabilizarnos individual y colectivamente para crear y construir hábitos y estilos de vida saludables.
- Educar para la libertad y la responsabilidad.
- Hacer partícipes a la comunidad y a sus destinatarios/as de los diferentes programas de Educación para la Salud.

Es preciso un empoderamiento dentro de la promoción de la salud que enseñe a los individuos habilidades personales para afrontar el estrés y tomar a cargo sus vidas.

El paradigma de la promoción de la salud se muestra hasta la fecha como la fórmula más eficaz para favorecer una adecuada prevención de los TCA.

TIPOS DE PREVENCIÓN

En los últimos años ha habido un cambio en la terminología empleada para referirse a los programas de prevención.

Durante muchas décadas se designaron como:

- **PREVENCIÓN PRIMARIA:** reduce o elimina factores de riesgo claves, incrementa o potencia factores de protección, previene la aparición de problemas y disminuye la incidencia.

La prevención primaria es aquella política de salud que establece programas que pretendan reducir la incidencia (aparición de casos nuevos) de una patología concreta.

La prevención primaria de los TCA se centra en la reducción o eliminación de aquellos factores que causan o contribuyen al desarrollo del trastorno y en la aparición o incremento de factores protectores o de resiliencia.

- **PREVENCIÓN SECUNDARIA:** detecta tempranamente problemas emergentes o identifica signos y síntomas de riesgo e interviene, disminuye la prevalencia.

La prevención secundaria iría dirigida a disminuir la prevalencia (los casos de TCA existentes en un momento dado) con un diagnóstico lo más temprano posible y un tratamiento eficaz.

- **PREVENCIÓN TERCIARIA:** reduce el impacto de los trastornos en pacientes identificados y previene la aparición de dificultades más graves, con un tratamiento efectivo; previene la cronicidad y complicaciones secundarias.

La nueva terminología sobre prevención ayuda a clarificar las distinciones entre los programas de prevención y diferencia entre:

- **UNIVERSAL:** promueve la salud, previene el riesgo en toda la población.
- **SELECTIVA:** previene el riesgo en población general con mayor riesgo.
- **INDICADA:** reduce el riesgo o su impacto en individuos identificados con uno o más factores relacionados con el trastorno.

Hoy en día conviven las dos terminologías. Las dos conceptualizaciones tienen su utilidad. La primaria sería la universal y la selectiva y la secundaria la indicada.

Y se habla asimismo de **PREVENCIÓN CUATERNARIA** (de la iatrogenia).

La integración entre los diferentes niveles de prevención es esencial. La mayor atención en la investigación se dirigía al tratamiento y la prevención terciaria, pero ahora hay un interés creciente por la prevención primaria y secundaria.

La prevención primaria es la ideal. En general, pero no necesariamente, una intervención capaz de prevenir el inicio de un trastorno requiere del conocimiento del proceso involucrado en su desarrollo. Este conocimiento falta o al menos es incompleto con respecto a los TCA.

La prevención primaria de los TCA con una perspectiva de promoción de la salud es paradójica porque es mejor no tener los TCA como foco.

La prevención de los TCA, tal y como se señala en los principales resultados de la literatura científica, debe orientarse a aspectos genéricos que permitan la promoción de la salud en general o la creación de actitudes positivas hacia ella, incorporando aspectos básicos tales como el fortalecimiento de la autoestima, la formación básica en nutrición o la lucha contra la presión mediática hacia un cuerpo femenino excesivamente delgado.

Debido a las dificultades para cambiar las influencias socioculturales, algunos autores han recomendado en el pasado centrarse exclusivamente en la prevención secundaria por motivos únicamente económicos.

Esta recomendación carece de fundamento alguno en el momento presente con el actual estado de conocimiento basado en pruebas.

Se habla de la siguiente evolución en los programas de prevención de los TCA:

1. **PRIMERA GENERACIÓN:** psicoeducativos: información sobre los TCA.
2. **SEGUNDA GENERACIÓN:** centrados en desarrollar resistencia a las presiones socioculturales sobre la delgadez (modelo estético corporal de culto a la delgadez).
3. **TERCERA GENERACIÓN:** intervenciones selectivas sobre individuos en riesgo. Ejercicios interactivos (dinámicas grupales y trabajo cognitivo) sobre los principales factores de riesgo.

Según **LA POBLACIÓN DIANA** se clasifican los programas de prevención de los TCA en:

De vulnerabilidad específica:

- Dinámicas grupales con base cognitiva e inclusión de factores socioculturales en los TCA conducido por personas significativas (psicólogos, profesores o compañeros).
- Selección de población de riesgo.
- Trabajo sobre factores protectores.

De vulnerabilidad no específica:

- No hay que conocer los factores de riesgo específicos.
- La aceptación y autoestima son críticas para la promoción de la salud mental.
- Hacer el entorno de los adolescentes menos estresante y que apoye más lo positivo.
- No se selecciona la población de riesgo.

Según la **METODOLOGÍA GRUPAL** se pueden clasificar los programas de prevención de los TCA en:

Directivos:

- Basados en clases magistrales de transmisión de la información (Educación para la Salud): no fomentan el cambio de actitudes y pueden tener un efecto paradójico si se mencionan directamente los TCA.

Participativos:

- Didáctica mayéutica que promueve la generación de conocimiento desde el propio grupo.
- Basados en el desarrollo de la inteligencia emocional.







CAUSAS, FACTORES DE RIESGO DE TCA

02



02 CAUSAS, FACTORES DE RIESGO DE TCA

En la actualidad, la causa de los TCA parece claramente biopsicosocial, ya que intervienen, tanto los factores biológicos como los psicológicos y sociales.

A su vez, parecen ser multicausales: con factores individuales biológicos, psicodinámicos, psicológicos, interpersonales, medioambientales, familiares, sociales y culturales implicados en su etiología.

Si consideramos la AN como un trastorno determinado por distintos factores se pueden evocar unos factores **predisponentes** (psiquismo individual, familia y contexto sociocultural), unos factores **precipitantes** (estrés, régimen y pérdida ponderal) y unos factores de **mantenimiento o cronificación** (asociados al entorno).

El énfasis que pone nuestra sociedad y el valor que otorga a los cuerpos delgados y juveniles, especialmente en las mujeres, contribuye probablemente al desarrollo y prevalencia de estos trastornos.

En el mundo globalizado, en los países industrializados modernos, países en transición y minorías privilegiadas de países en vías de desarrollo, el ser delgado se asocia con la belleza, la salud y la riqueza. No es de extrañar que una mayoría de chicas adolescentes quieran ser más delgadas. Nunca en la historia la coacción publicitaria y social fue tan avasalladora.

Y el mensaje que les llega a las adolescentes es que sólo siendo delgadas serán atractivas, espirituales y competitivas con las demás.

Para muchas adolescentes no existe autoestima sin delgadez. El adelgazar se ha convertido en metáfora del éxito y el engordar del fracaso. La delgadez extrema, la belleza es esencial para que una mujer triunfe, sea aceptable y exitosa en nuestra sociedad.

El culto al cuerpo y el canon estético de la delgadez esquelética, imposible para el común de las personas porque la osamenta no puede reducirse, obliga a inhumanos sacrificios.

Durante siglos las chinas ricas vendaban los pies de sus hijas para que cumplieran una norma de belleza, culturalmente definida, del mismo modo, la sociedad norteamericana, y por extensión, la occidental, impone una norma concreta de apariencia delgada, no mediante la coerción física, sino a través de la socialización.

Estos mensajes culturales los transmiten al parecer la familia (las madres), los iguales y las pantallas, las TCI, la prensa, los medios de comunicación de masas y la publicidad, que amplifican los valores socioculturales predominantes.

Las pantallas de las TCI, las redes sociales (RRSS) y los medios de comunicación nos recuerdan que una persona atractiva debe parecerse a una determinada imagen idealizada.

Las revistas femeninas o para adolescentes muestran una intensa presión publicitaria en favor del adelgazamiento.

Los contenidos en redes sociales que fomentan la anorexia o bulimia han aumentado un 470% en los últimos cinco años.

Se ha demostrado que ver imágenes de personas delgadas te hace querer estar delgado.



Instagram y las demás redes sociales (Facebook, Snapchat, Youtube...) propagan imágenes de *thinspiration* y **desafíos, retos virales o "challenge"**, muchos provenientes de China, como rodearse la cintura con un cable de auriculares (**Earphones Waist**), ver cuántas monedas se pueden poner en el hueco clavicular (**Collarbone challenge**, que puso de moda la actriz china **Ly Jarong** al colocarse hasta 80 monedas

sobre la clavícula), medirse la cintura con un folio A4 o DIN A-4 (21 cm de ancho), el **iPhone legs challenge** (rodillas más estrechas que la pantalla de un móvil Iphone 6) o el **Belly button challenge** (desafío del ombligo, tocarse el ombligo pasando el brazo por detrás de la espalda). Y se promueve el **Thigh Gap** (hueco entre los muslos, hasta con operación estética) y el **Bikini bridge** (medir la delgadez por los huesos de la cadera).



Las redes, pantallas y medios fomentan la pérdida de peso para buscar el atractivo físico, con una motivación estética. Exhiben modelos femeninos más lineales, con menos curvas.

“En aquellos días, el culto al esqueleto se hizo religión. Los modistos las querían sin nada, sin pecho, sin caderas, casi sin rostro, aunque parezca un contrasentido, andróginas, para poder moldearlas a su antojo con cada colección y cada pase”.

Jordi Sierra i Fabra
“Las chicas del alambre” (1999)

En resumen, contribuyen al medio cultural en que la delgadez es anhelada por la mujer. Esto es especialmente grave, porque los/as estudiantes han identificado a las pantallas, a las redes sociales y a los “mass media”, en especial a las revistas, como sus fuentes primarias de información nutricional. Y la población receptora de ésta publicidad coincide con la que se detecta en la epidemiología de los trastornos alimentarios: femenina, en la adolescencia e inicio de la juventud, de niveles socioeconómicos medios y altos y urbana.

En lugar de fijarnos en nuestro entorno cercano lo hacemos en las diferentes pantallas que nos bombardean con sus iconos. Tendemos a cotejarnos con la etérea perfección de lo inexistente, a la que atribuimos, erróneamente, el valor de la autenticidad. Es la tiranía de los medios, la imagen y la moda, que nos presionan, nos hacen obsesionarnos con el cuerpo. Y que conlleva, además de un sufrimiento y malestar emocional, el riesgo de caer en dietas innecesarias, insalubres o salvajes que son la antesala de un posible TCA.

La mujer del siglo XXI experimenta un malestar casi crónico por no ajustarse a un ideal de cuerpo esbelto hasta lo escuálido, eternamente joven y seductor.

La cultura anoréxica está influyendo en los hábitos de alimentación a través de los medios de difusión. Hay muchas instituciones implicadas en regular la imagen corporal occidental, los cánones exigidos por la sociedad, generar y difundir unos usos del cuerpo determinados: medios de comunicación, industrias de moda e imagen, dietética, empresas deportivas, el ámbito médico-sanitario por lo que es necesario no hacer lecturas excesivamente simples respecto a estas cuestiones. que no somos como las de

“¿Acaso no dicen que hay millones de jovencitas anoréxicas que se embarcan en una espiral de hambruna sólo por mimesis, por asimilación de los modelos que les graba en el subconsciente una pesadilla mediática? Raquel prefiere no creer que una niña todavía impúber haya dejado de comer sólo porque haya visto su foto en el Elle, aunque es cierto que desde que Jaime la dejó y Raquel dejó a su vez la comida recibe muchas más ofertas de trabajo. Raquel se está quedando en piel y huesos. Cuando se mira no se reconoce.”

Lucía Etxebarría
“Nosotras que no somos como las demás” (1999)

La moda se basa en la necesidad de la persona de variar y al ideal de morbilidad de otras épocas le ha sucedido el actual período cuyo arquetipo morfológico está representado por la mujer delgada, de líneas rectas y movibles, de trazos casi esqueléticos: una morfología andrógina, intersexual, adolescente.

"Me enfrento con la sombra borrosa de mi imagen en el espejo empañado. Con el dorso de la muñeca retiro las gotitas de vapor condensadas sobre el cristal y aparezco más nítida, yo misma. Estoy delgada. Flaca, como diría mi madre. Los huesos de las caderas se marcan tanto que no me cuesta lo más mínimo imaginar mi esqueleto. Me tapo los pechos con las manos y cruzo una pierna por delante de la otra. Me alegro al comprobar que mi cuerpo bien podría ser el de un adolescente, uno de los modelos de Calvin Klein".

Lucía Etxebarría

"Nosotras que no somos como las demás"
(1999)

Los anunciantes no son personas particularmente malvadas empeñadas en engañarnos y embaucarnos. Lo que hacen es proporcionarnos imágenes que ya nos resultan seductoras, dar voz y eco a un sistema de valores que equipara virtud e imagen y exige la delgadez como aspecto correcto. El gran problema es que la mayoría de las mujeres no tiene la forma corporal que la cultura les impone y son vulnerables a estos mensajes. Es como si la biología apuntara hacia un lado y la presión estética sociocultural hacia otro.

"Y todos están tan delgados. Cuerpo de moderno, magro y consumido. Y ya dijo Kerouak que prefería ser flaco que famoso".

Lucía Etxebarría

"Amor, curiosidad, prozac y dudas" (1997).

En medio de ese bombardeo, se encuentran las mujeres, especialmente las adolescentes, más influidas que los varones por la presión social y cultural, por los prejuicios contra la gordura, los falsos mitos, exageraciones y estereotipos negativos que se asocian al peso excesivo, a la obesidad.

La enorme importancia dada por casi todos los autores a la influencia de los factores socioculturales debe hacer tomar una postura reflexiva al respecto y plantear la posibilidad de prevenir estos trastornos desde los mismos.

"El amor es la única razón que logra hacer soportable una dieta de adelgazamiento".

Almudena Grandes

"Malena, una vida hervida"
(Relato parcialmente autobiográfico)
"Modelos de mujer" (1995)



Así, parece aceptado qué en la adolescencia, con los cambios morfológicos, se empieza a percibir la valoración de la propia imagen en relación con el grupo de amigos, y a ser más sensibles a las presiones socioculturales, como comentarios de amigos, familia, publicidad, que actualmente promocionan en demasía la delgadez, hacen excesivo hincapié en la fealdad de cualquier sobrepeso y en el culto de la imagen como valor en alza.

“Line había pactado con el diablo para mantener su talla 38. Consérvame niña y yo a cambio dejaré de comer”.

Lucía Etxebarría

“Amor, curiosidad, prozac y dudas” (1997).

No es de extrañar, por ello, qué en la adolescencia, una época de mayor sensibilidad femenina a los estándares de la sociedad y las opiniones de los otros, muchas chicas estén a dieta.

La dieta es el predictor más importante de nuevos trastornos alimentarios.



Y es aún más probable que suceda así si los padres y madres, y otras figuras de referencia, no les ayudan a adaptarse a estos cambios puberales, a entender y apreciar el desarrollo normal de su cuerpo, su sexualidad.

Las dietas restrictivas, el control del peso, la preocupación por la figura, el anhelo de delgadez, el miedo a engordar, son prácticas y actitudes normativas en la población general, son valores y comportamientos profundamente enraizados en nuestra cultura.

Una persona en este medio de culto al cuerpo, tendrá más riesgo de desarrollar alguna forma de patología alimentaria teniendo además estos factores:

- Algunos rasgos de personalidad que la hacen más sensible a esta presión social.
- Una situación de estrés personal en el estudio, el trabajo o el entorno afectivo.
- Una historia personal de trauma sexual infantil, abuso físico (en especial en la bulimia).
- Un ambiente familiar más conflictivo.

Nuestro énfasis cultural en la delgadez proporciona el telón de fondo contra el que los factores interpersonales y familiares pueden actuar en un individuo que es biológicamente vulnerable.

Durante las pasadas décadas, muchas investigaciones se han dirigido a buscar posibles factores causales, y diferentes teorías de un solo factor han sido propuestas, pero la tendencia en los últimos años es la visión de la anorexia como un trastorno heterogéneo y multifactorial.

Culpar a la familia por el trastorno alimentario de un miembro, resulta tan irreal como echar la culpa a toda la sociedad.

Las diversas explicaciones propugnadas para entender la aparición de los trastornos alimentarios: biológica, genética, fisiológica, de aprendizaje y desarrollo, psicológica y social por sí solas no han resultado definitivas.

Es preciso su combinación o interacción. Se sitúan en una encrucijada entre la psicología individual, las interacciones familiares, el cuerpo en su aspecto más biológico y la sociedad en general.

Se hace necesario adoptar modelos integra- dores que den cuenta de la verdadera complejidad de estos trastornos, sin caer en modelos etiológicos simplistas ni negativos, que atribuyan a un solo factor culpabilizador el origen de los desórdenes de la alimentación.

Aunque no se conoce la existencia de una etiología específica en el desarrollo de los trastornos alimentarios sí hay pruebas, evidencias, que sugieren fuertemente una interacción de factores biopsicosociales que los crea y mantiene.

Se debe tratar de atender a todos los factores predisponentes, desencadenantes o precipitantes y perpetuadores o de mantenimiento, implicados en su producción (socioculturales, individuales, biológicos, psicológicos, consecuencias de la crisis adolescente, familiares).

No hay que olvidar su aceptada multicausalidad, multidimensionalidad, aunque no se conozca exactamente su etiología e intentar actuar sobre los factores que vamos conociendo.

Puede ser útil realizar nuevos estudios prospectivos de factores de riesgo de los TCA metodológicamente rigurosos, con muestras amplias y largos periodos de seguimiento, medidas objetivas y validadas, datos de informantes múltiples, con un amplio conjunto de factores de riesgo a estudiar para la predicción del inicio de un TCA.

Los esfuerzos para identificar factores de riesgo o causales de TCA están indicados por razones críticas:

1. El conocimiento de las causas de vulnerabilidad de determinados sujetos.
2. La mejora de las clasificaciones nosológicas internacionales (que se basan en la etiología).
3. Mejorar los tratamientos y determinar grupos de alto riesgo para intervenir, diseñar programas de prevención, salud pública.

La investigación de factores de riesgo y síntomas prodrómicos de TCA puede ayudar en el diseño de programas de prevención eficaces y la identificación de individuos de alto riesgo a los que dirigir estas intervenciones.

Tanto factores biológicos (genéticos y trauma precoz durante el desarrollo) como factores culturales contribuyen a incrementar el riesgo para el desarrollo de un TCA y de actitudes y conductas asociadas.

Hay varios estudios de casos y controles importantes que han valorado los factores de riesgo de TCA: identifican el perfeccionismo, el riesgo general de enfermedad psíquica (en pacientes y familiares), los problemas de drogas y alcohol en los padres, el poco contacto entre padres e hijos, las discusiones entre los padres y una autoevaluación negativa.

Estos hallazgos necesitan ser replicados, puesto que se basan en casos prevalentes y una evaluación retrospectiva de los factores de riesgo y, consecuentemente, pueden estar afectados por sesgos en la selección y recogida de información.

Una información más fiable se obtiene con diseños de cohortes prospectivas donde se confirma el papel de los rasgos psicológicos de vulnerabilidad: perfeccionismo y autocontrol, neuroticismo y baja autoestima.

Los cambios corporales con un incremento del peso, la talla y la aparición de caracteres sexuales secundarios pueden facilitar sentimientos de inseguridad en el adolescente y repercutir en su autoestima. Los estudios longitudinales confirman que la baja autoestima es un consistente factor de vulnerabilidad y que la autoestima elevada es un factor protector para la insatisfacción corporal.

También, está cada vez más claro el efecto de determinantes ambientales como los factores familiares (antecedentes de TCA, estado civil, familia monoparental, padres separados o divorciados, viudos, madres solteras, conflictos familiares, percepción de funcionamiento familiar disfuncional, prácticas alimentarias pa-

rentales restrictivas, que el adolescente realice las comidas solo).

Y las influencias que llegan a través de la exposición a los "mas media", medios de comunicación (revistas, radio, televisión, pantallas, TCI, redes sociales, Instagram, Tik Tok, YouTube, plataformas streaming como Netflix, Amazon Prime Video).

El estrés crónico y la comorbilidad psiquiátrica (factor mediador parcial) se asocian fuertemente con el inicio de los TCA.

Los problemas del neurodesarrollo se pueden implicar asimismo en la patogénesis de los TCA, como en muchos trastornos mentales y del comportamiento. Las complicaciones neonatales incrementan el riesgo para la AN. Hay un significativo mayor riesgo de TCA para los sujetos con tipos específicos de complicaciones obstétricas, prenatales y perinatales: mayor edad de los padres, anemia materna, diabetes mellitus, infarto placentario, problemas cardiacos neonatales, hiporreactividad neonatal, dificultades en la alimentación temprana y bajo peso para la edad gestacional y prematuridad.

Los estudios longitudinales muestran de forma consistente que la internalización del ideal de delgadez, la presión percibida para adelgazar, la preocupación por el peso y la insatisfacción corporal, el sobrepeso y la conducta de dieta restrictiva para perder peso ("dieting") son predictores del riesgo de iniciar un TCA.

En el Proyecto **EAT-IV** (*Eating and Activity in Teens and Young Adults*) con seguimiento prospectivo durante 15 años de una cohorte, se encuentran diferencias por sexo, con diferente impacto de burlas de padres y pares según el género. Para mujeres, las asociaciones longitudinales ocurren con las burlas por familiares y compañeros y predicen síntomas alimentarios 15 años después. Para varones, sólo las burlas de pares predicen mayor IMC, con menores asociaciones.

Los hallazgos aquí sí refuerzan la importancia de trabajar en las burlas relacionadas con el peso en las iniciativas de preventivas.

Las bromas por la familia acerca del peso, la preocupación personal por el peso y la conducta de dieta y otras conductas compensadoras no saludables para intentar controlar el peso (como vómitos, píldoras adelgazantes, laxantes y diuréticos) predicen de forma fuerte y consistente un status de sobrepeso, una alimentación compulsiva con sensación de pérdida de control ("binge eating") y conductas extremas de control de peso a los cinco años.

La estigmatización por el peso, el estrés y el aislamiento social se asocian a menudo con conductas de TCA.

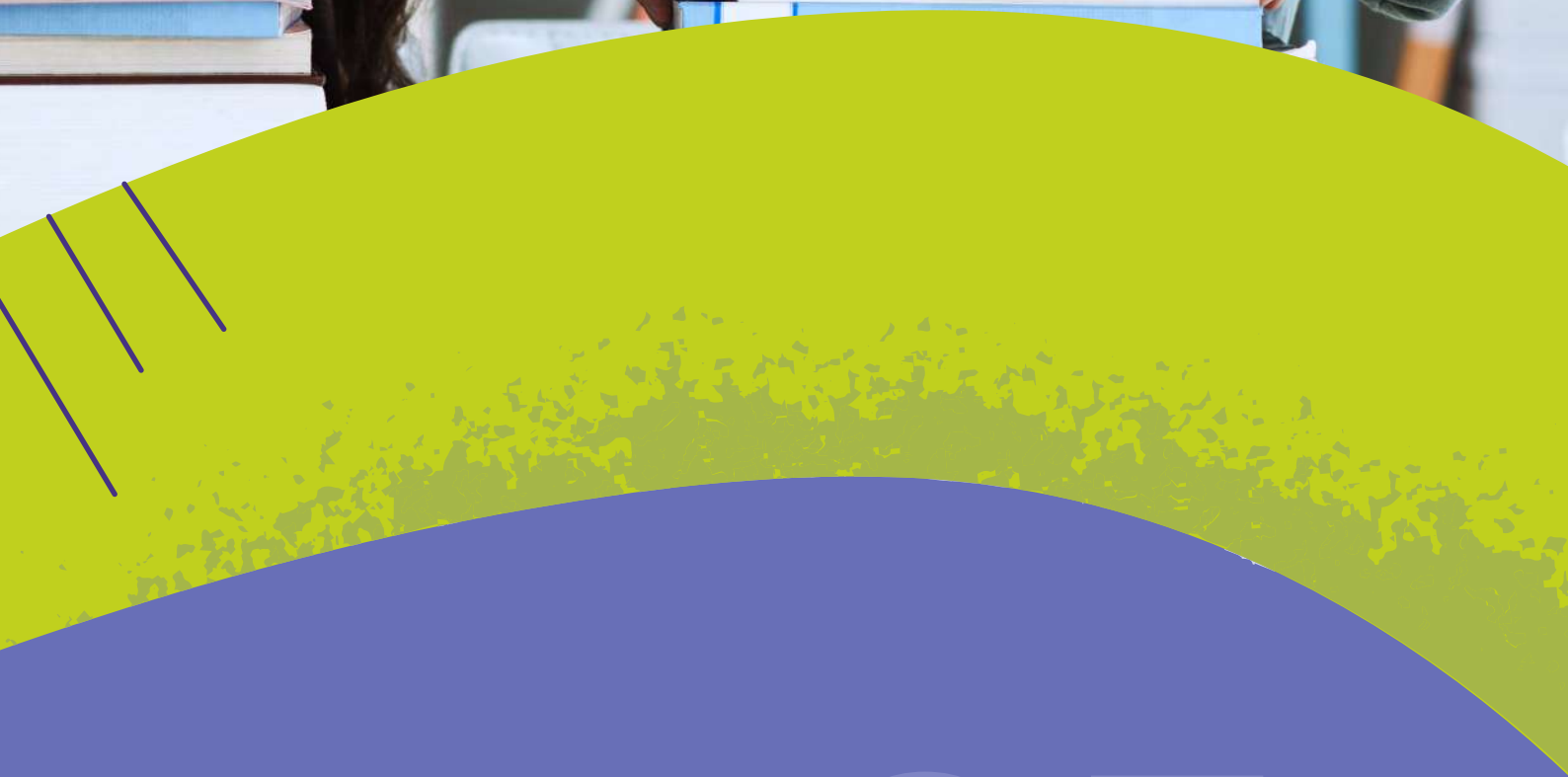
También se ha encontrado el apoyo más consistente para los afectos negativos y el uso de sustancias.

El abuso sexual infantil parece un factor de riesgo para el desarrollo de síndromes bulímicos, no necesariamente mediado por la morbilidad psiquiátrica o las dietas graves.

Se necesita más investigación para determinar si la preocupación por el peso y la conducta de dieta restrictiva son posibles síntomas prodromicos de un TCA.







03

METODOLOGÍA Y
MODELOS EN PREVENCIÓN



03 METODOLOGÍA Y MODELOS EN PREVENCIÓN

PREVENCIÓN PRIMARIA

Tras la experiencia de años en prevención, promoción y educación para la salud en intervención comunitaria se pueden sugerir las siguientes críticas y recomendaciones para los programas de prevención primaria:

1. Actuar sobre lo ya conocido

El no conocer de forma total y exhaustiva las causas, factores etiológicos, de los TCA no es excusa para la inactividad, para no tratar de **intervenir sobre los factores ya conocidos** o que vamos descubriendo con las nuevas investigaciones.

2. Cuidado con solo informar

La información de síntomas no sólo es inútil sino que puede ser contraproducente. Existe el riesgo de la sugestión, la inducción mimética de conductas de riesgo, si se da sólo información a los adolescentes, en edad de experimentar, emular.

Conviene evitar el mito de considerar la anorexia nerviosa como una enfermedad de moda, lo que podría hacerla atractiva a algunas adolescentes. Los fenómenos de imitación son frecuentes en estas edades.

Las adolescentes buscan sus modelos de comportamiento en las otras chicas, primero las más cercanas, luego en las que aparecen en las series de televisión, los anuncios, en las famosas.

Por eso puede resultar peligroso y nocivo dar publicidad sensacionalista sobre estos trastornos pues puede actuar como un verdadero semillero de nuevos casos. El dar la información pertinente sobre estas enfermedades en lugar de significar una advertencia para el cuidado y la detección temprana puede acabar siendo un modo de aprender cómo hacer para finalmente terminar padeciéndolas.

La información no es sinónimo de conocimiento. Es neutra y debe ser valorada de forma crítica. Esto se ha observado en los programas de prevención del uso de drogas y de los trastornos de la conducta alimentaria.

Por ello, las charlas, conferencias o clases magistrales (metodología didáctica transmisiva), que informan específicamente sin educar ni formar a los adolescentes, están totalmente desaconsejadas.



Diferentes estudios controlados concluyen que la información de síntomas es inútil, no produce cambios positivos o es incluso perjudicial.

Aunque, recientes metanálisis no observan ningún efecto perjudicial relacionado con la inclusión de información sobre los TCA en el contenido de la intervención. Si bien sus resultados no constataron los efectos iatrogénicos de incluir contenido psicoeducativo sobre los TCA en los programas preventivos este tema todavía es objeto de polémica y controversia. Y es preferible no hacerlo, evitar riesgos innecesarios.

3. Ser interactivos

La intervención interactiva que implica de igual a igual es más efectiva que la didáctica, centrada en un profesor, no experiencial ni interactiva.

Los programas selectivos interactivos multisesión son los que tienen mayor efecto.

4. Siempre positivos

El enfoque ha de ser positivo sin mucho énfasis en los aspectos negativos y de enfermedad.

5. El currículo oculto también educa

Hay que atender al denominado “currículo oculto”: la relación entre los pares; los medios de comunicación social, de masas (vehículo transmisor de modelos de conducta y de valores); las actitudes de los profesores y los sociosanitarios (los valores patológicos que podemos transmitir); las instalaciones y los servicios de salud.

Así, hasta un 5,52% de las mujeres y un 0,0% de los varones puntúan por encima del punto de corte con el EAT-26 entre 290 mujeres y 61 varones profesionales de la enseñanza, educación no formal, de la orientación y sociosanitarios.

6. Mantener los programas en el tiempo

Los programas parecen proteger un corto periodo de tiempo. De ahí, la necesidad de su continuidad en el tiempo para asegurar efectos más prolongados.

Las campañas aisladas y descontextualizadas están condenadas al fracaso. Además, conviene hacer sesiones de refuerzo.

7. Prevenir en menores

Se diría que son más eficaces cuando son aplicados en edades infantiles y juveniles. La **adolescencia temprana** parece un excelente momento (por desarrollo cognitivo y edad de riesgo) y así lo hemos constatado en programas españoles (como el currículo ZARIMA).

Sin embargo, en algún meta-análisis no se llegó a ninguna conclusión firme sobre la efectividad de los programas de prevención de TCA en menores de 15 años, tanto de los dirigidos a población general (estrategias universales) como a los de alto riesgo (estrategia selectiva).

Se argumenta que la edad es un importante factor moderador de los efectos de la intervención. Los adolescentes más jóvenes podrían tener una conciencia ("insight") y habilidades más limitadas para aplicar los principios de la intervención preventiva.

Además, los bajos niveles de patología alimentaria durante la adolescencia temprana pueden hacer que sea más difícil demostrar resultados, conducir a un efecto de baja respuesta.

De todos modos, a cualquier edad se puede realizar un trabajo de promoción de la salud, de prevención, adecuado al desarrollo emocional y cognitivo del ciclo vital en que se encuentra la población diana.

8. Usar pedagogía activa

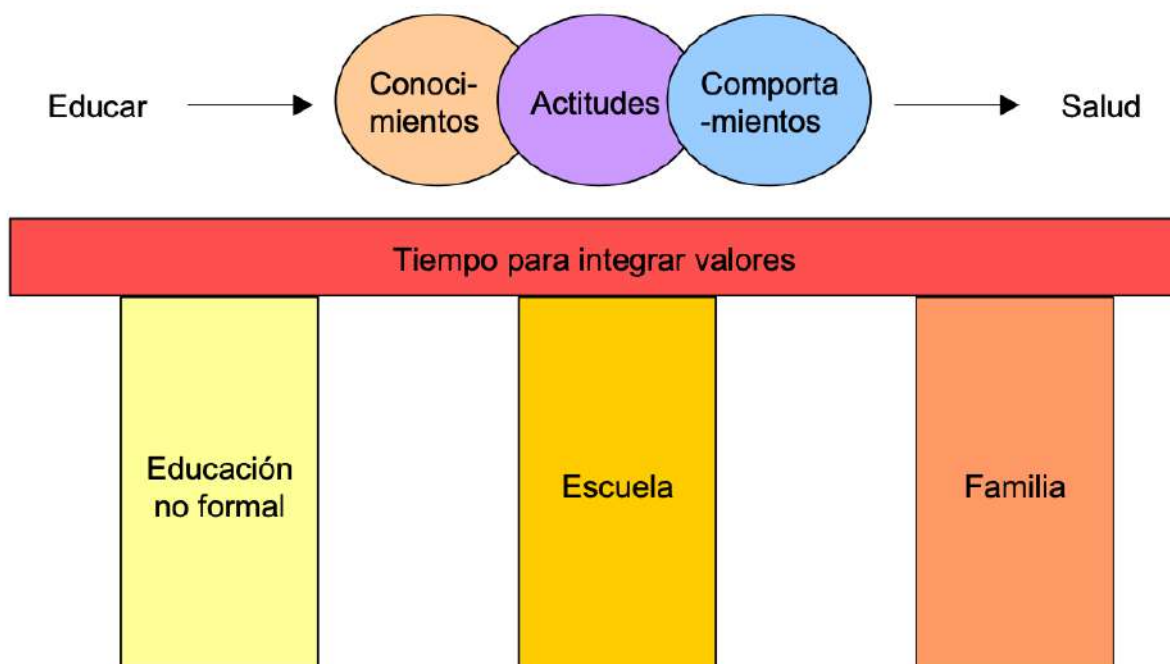
El objetivo es modificar los conocimientos, actitudes y conductas. Para ello es preciso el empleo de **técnicas de implicación**, una metodología pedagógica activa, participativa y experiencial, que responde a contenidos de procedimientos y actitudinales.

9. Educar en todos los ámbitos

Es fundamental trabajar con la educación formal (académica reglada) y la no formal (tiempo libre y medios de comunicación), la familia, el entorno con una **visión sistémica**.

De acuerdo con nuestro modelo de educación para la salud:

MODELO DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Ruiz-Lázaro y Ruiz-Lázaro (1998)



10. Un programa para cada medio

Los programas, aunque similares, se deben **adaptar al entorno** urbano o rural, a nuestro barrio, a nuestra realidad sociocultural. No son válidas las fórmulas de “café para todos”, rígidas, sin tener en cuenta las características del medio, la población, con la que trabajamos.

11. Ser interdisciplinarios

Los programas se enriquecen de la aportación **interdisciplinar**. De la colaboración de diversos tipos de profesionales del ámbito educativo y de la salud y las ciencias sociales, de la coparticipación de distintos agentes de la comunidad. Se recomienda los equipos multiprofesionales. Es precisa una **formación previa** a las personas que llevan a cabo el programa.

12. Trabajar en pequeño grupo

El **grupo en sí mismo es un factor protector**. De ahí, la conveniencia de educar para la salud en pequeños grupos, que obliguen a la participación, experiencia y descubrimiento de todos los miembros, en centros educativos, centros de tiempo libre, centros de salud, en la comunidad.

13. Intervenir en la escuela

La mayoría de los programas de prevención son curricula con intervenciones en **pequeño grupo para estudiantes**. Se centran en cambiar los conocimientos, creencias, actitudes, intenciones y conductas de los individuos escolarizados.

El ámbito escolar podría ser el idóneo para establecer un programa de prevención de TCA, en la medida en que los mensajes llegarían prácticamente a toda la población con riesgo y además se podría diseñar un **listado de objetivos, evaluable después en cuanto a su grado de cumplimiento**.

Puede considerarse como un entorno ideal para realizar estos programas preventivos.

El medio escolar permite un fácil acceso a jóvenes estudiantes con riesgo por su edad. Los adolescentes pasan un cuarto de su tiempo en el colegio. La escuela es particularmente im-

portante para ellos. La mayoría asiste al colegio. Las escuelas son a menudo las instituciones educativas y sociales más accesibles para la intervención. Así, la viabilidad es el principal argumento para el papel de la escuela en el trabajo preventivo.

14. Contar con los padres

Los padres junto con los profesores, los entrenadores y otros miembros de la escuela juegan un papel importante en el ambiente social de los jóvenes y deben incorporarse a las intervenciones.

Los programas multimodales que incluyen el entrenamiento de adolescentes en habilidades y el entrenamiento parental, son más efectivos que sólo cualquiera de los dos.

Nuestro enfoque comprensivo implica padres, profesores y adolescentes.

Los programas preventivos escolares deben incluir padres y profesores en un intento de **modificar el medio escolar y el hogar**. Hasta la fecha, pocos programas preventivos centrados en las actitudes y conductas alimentarias han incluido a los padres junto con sus hijos, tienen componentes para ellos. Lo que sorprende.

15. Coeducar

Se recomienda la intervención en un **medio coeducativo** sin un curriculum separado para estudiantes masculinos o femeninos. Que los participantes sean estudiantes de ambos sexos no sólo chicas o chicos con riesgo.

Para la mayoría de adolescentes el medio escolar es mixto y puede tener la ventaja de animar a la comunicación entre sexos, géneros de las cuestiones tratadas en el programa, mejorar las habilidades de relación entre chicos y chicas. Además, los varones son también vulnerables a la publicidad y los medios y pueden contribuir con sus actitudes a la aparición de nuevos TCA entre sus compañeras.



16. Con un enfoque global

Deben tener un abordaje educativo **global** de los problemas de los adolescentes, aunque vayan dirigidos de forma específica a un trastorno (lo que facilita la evaluación de sus resultados).

El éxito en las intervenciones se basa en tratar simultáneamente múltiples temas de salud mediante **enfoques genéricos**.

17. Contenidos múltiples

A los niños y adolescentes se les debe enseñar a aceptar un amplio rango de siluetas corporales, guiar el desarrollo de intereses y habilidades; dotar de competencias; clarificar valores; educar en una alimentación saludable con énfasis en no saltarse comidas y realizar al menos alguna comida diaria con la familia; enseñar herramientas de asertividad para resistir las bromas y la presión social, de los iguales, a ser empáticos, a tener una conducta prosocial; educar sobre el desarrollo corporal y la afectividad-sexualidad para evitar ansiedades durante la crisis de la adolescencia; trabajar su autoestima y autoconcepto; entrenarles en habilidades sociales, de comunicación y de manejo del estrés; enseñarles a disfrutar del tiempo libre con un ocio saludable sin necesidad de recurrir a tóxicos.

Sería útil desarrollar programas con diana en más factores de riesgo que la imagen y la insatisfacción corporal, como los afectos negativos.

Y abordar múltiples problemas de salud pública como la obesidad y los TCA con factores de riesgo compartidos. O explorar los potenciales beneficios secundarios de los programas de prevención de TCA en depresión y abuso de sustancias. O aprovechar el tiempo de clase para intervenciones universales en colaboración o alianza estratégica con programas de prevención de uso de drogas o conductas sexuales de riesgo.

Respecto al contenido de la prevención parece claro que **no se previenen los TCA cuando se habla acerca de ellos. La información pura es altamente insuficiente en términos de prevención.**

18. Mejorar el empoderamiento ("empowerment")

En la prevención de los TCA y la promoción de la salud resulta eficaz empoderar a los sujetos. El empoderamiento es un concepto multidimensional, en el cual están interrelacionados los diferentes componentes que lo constituyen como son la autoestima, la responsabilidad, la capacidad crítica y la autonomía.

19. Programas basados en pruebas científicas ("evidence")

El desarrollo de programas preventivos de TCA eficaces, coste-efectivos y ampliamente accesibles es crucial para reducir la carga de enfermedad relacionada con los TCA.

Las revisiones sistemáticas y meta-análisis de ensayos controlados aleatorizados nos ayudan a identificarlos.

Las pasadas dos décadas el campo de los TCA ha tenido notables pasos en identificar, evaluar y diseminar programas de prevención exitosos.

Se pueden identificar nueve distintos programas que reducen patología existente o previenen el inicio de patología futura.

Cada programa se ha evaluado en uno o más ensayos controlados publicados con periodo de seguimiento de al menos seis meses.

Sus características comunes son que todos los programas están basados en teoría, dirigidos a uno o más factores de riesgo (p.e. insatisfacción corporal), con múltiples sesiones grupales e incluyen al menos un contenido interactivo.

La mayoría de programas incluyen contenido relacionado con nutrición/alimentación saludable, alfabetización en medios/presión socio-cultural, y aceptación y satisfacción corporal.

Señaladamente, hay una amplia variación en las características de los participantes (edad, sexo, estado de riesgo) e intervenciones (p.e. formato y escenario, duración, dosis, proveedores) lo que sugiere una variedad de programas que pueden ser beneficiosos con impacto en la patología de los TCA.

En revisión narrativa se revisa las características de programas que han producido efectos fidedignos, reproducibles, clínicamente significativos, ensayos cuya efectividad ha sido probada con valoración de los efectos de la intervención bajo condiciones ecológicamente válidas en el mundo real.

Seis programas de prevención han producido reducciones significativas de síntomas de TCA, al menos a seis meses de seguimiento y dos han reducido significativamente el inicio de un futuro TCA.

Los ensayos de efectividad indican que dos programas preventivos han producido efecto bajo condiciones ecológicamente válidas sólo ligeramente atenuados.

A pesar de que se han hecho pocos esfuerzos de diseminación las pruebas sugieren que un enfoque **participativo comunitario** es más efectivo (como **Tri Delta** con **Body Project** en 90 campus de universidades).

Tras décadas de investigación tres programas (**Student Bodies**, **the Body Project** y **Healthy Weight Intervention**) se pueden citar como que han producido efectos verdaderamente preventivos respecto a los TCA.

Los programas que usan enfoques basados en la **disonancia cognitiva y cognitivo conductuales** son los más efectivos para la prevención selectiva de TCA.

20. Diseminar los programas eficaces y efectivos

Se debe trasladar la investigación de eficacia y efectividad de los programas a trabajar en la diseminación, en una amplia implementación clínica, por investigadores, clínicos y agentes comunitarios.

La expansión de la capacidad de nuestras sociedades para prevenir los TCA requiere una integración estratégica del tema en los "curricula" de los programas de formación y entrenamiento profesional.

Pasa por cerrar la brecha del "no saber hacer" con el entrenamiento de profesionales de salud pública en la prevención de los TCA mediante la vía de la enseñanza con el método de caso, más efectivo que las técnicas docentes tradicionales, como en **The Strategic Training Initiative for the Prevention of Eating Disorders**.

Hay avances recientes en la investigación de la intervención psicológica con un incremento de las intervenciones basadas en pruebas, pero permanece un retraso en su diseminación e implementación.

El **cambio de tareas** y el modelo de la **formación de formadores (train-the-trainer, TTT)** son dos estrategias potencialmente útiles para mejorar el alcance de intervenciones preventivas basadas en pruebas científicas, como el **Body Project**.

El **TTT** es una estrategia exitosa para incrementar la implementación. Un entrenador maestro entrena a uno novicio para entrenar a líderes de compañeras mujeres no graduadas, de 18 o más años, para administrar el **Body Project** con efectos similares a los encontrados en ensayos previos.

POSIBLES INTERVENCIONES

1° Persuadir a los medios de comunicación, en especial los destinados a la mujer y moda, para incluir otros modelos corporales entre sus contenidos.

El mensaje crucial a transmitir no es que la delgadez es mala, sino que un amplio rango de formas y tallas es aceptable y deseable en nuestra sociedad.

El mensaje asociado es oponer a la conformidad con el "ideal de delgadez", los valores "individualidad" y "autoaceptación".

Otra posibilidad es el uso de la educación de la salud, tendente a desarrollar el juicio crítico frente a los medios de comunicación, y reconocer lo apropiado o no de sus mensajes.

2° Aumentar el conocimiento del público general respecto a la naturaleza y gravedad de los trastornos alimentarios con informaciones correctas.

3° Ocuparse de la población de riesgo: adolescentes y jóvenes, mediante información, técnicas conductuales directas, oportunidades personales y experienciales de autoconocimiento.

Un programa de prevención primaria completo ha de abordar:

- La sensibilización e información de las personas a riesgo, sus familias y de la población general.
 - Modificar las conductas precursoras de la enfermedad (como dietas sin motivo justificado).
 - Identificar los grupos de riesgo y trabajar específicamente con ellos.
 - Actuar sobre los estereotipos culturales y dar educación.
-

Se trataría de actuar en la población adolescente: favorecer su autoestima, autoimagen, comunicación interpersonal, integración social, juicio crítico ante los modelos culturales y mensajes de los medios de comunicación, disfrute vital.

Y también en la familia: actuar sobre la sobreprotección, comunicación, afectividad, valores y control de la televisión y medios de comunicación.



EVALUACIÓN DE LA PREVENCIÓN PRIMARIA

La evaluación rigurosa del proceso y resultados es fundamental para demostrar eficacia, efectividad y eficiencia (decisivo para la financiación y continuidad de programas).

Una duración suficiente con seguimiento de meses y un diseño experimental o cuasi-experimental aportan una calidad que es necesaria para modificar no sólo conocimientos sino actitudes y conductas.

Una de las áreas más importantes de la evaluación del programa es valorar el grado en que se alcanzan los objetivos deseados, las metas del programa. Desafortunadamente, la eficacia de muchos programas preventivos no se ha examinado empíricamente.

Es preferible el uso de entrevistas clínicas que aseguren que sólo se registran TCA clínicamente significativos. Esto también ayuda a minimizar los falsos positivos, el problema de los cuestionarios autocumplimentados.

El diseño experimental óptimo para controlar las amenazas a la validez interna es el estudio aleatorizado pre-post con grupo control.

El **sesgo de selección** puede ser la amenaza más importante a la validez interna en la investigación de las intervenciones, pero es a menudo insuficientemente reconocido y controlado. El sesgo de selección en la intervención se controla de la forma más adecuada mediante estudios aleatorizados o diseños cuasi-experimentales. Esta opción de diseño es la usada en nuestros estudios.

El ensayo aleatorizado es la mejor herramienta metodológica para la evaluación de la eficacia de una intervención preventiva.

La presencia de un control que sirva de referencia es un elemento esencial.

El enmascaramiento o carácter ciego para prevenir el sesgo del observador evaluador es tan importante como la aleatorización.

Si todos los procedimientos evaluadores tiene sus debilidades es importante establecer muchas protecciones o defensas en contra de posibles sesgos y distorsiones.

Esto se acepta en general, y, por lo tanto, es importante: emplear varios métodos en lugar de uno, emplear evaluadores o entrevistadores entrenados, un formato estructurado (p.e. SCAN, EDE) y medidas autocumplimentadas con preguntas escritas claramente y fáciles de contestar (p.e. EAT-26, ChEAT, EDI) con instrumentos de criba validados en población general.

No hemos encontrado un modo efectivo de evitar que los adolescentes que reciben el currículum comenten lo aprendido con los del grupo control de su mismo centro (efecto de contaminación o "stillover"), lo que puede interferir en la evaluación de resultados, minimizar diferencias, pero no es lo mismo vivir la experiencia y participar en técnicas de implicación que recibir información oral por los pares. Una opción es que grupo de intervención y grupo control estén en centros diferentes (aunque se pierde homogeneidad).

Los datos de la evaluación cualitativa pueden ser generados en grupos de discusión de los participantes conducidos por facilitadores. Esta retroalimentación es importante para ambos, facilitadores del equipo investigador y participantes.

Los facilitadores necesitan la perspectiva de los adolescentes acerca del programa para continuar adaptando futuras intervenciones que sigan las necesidades y preferencias de los adolescentes.

Aprendimos que los adolescentes valoran esta naturaleza participativa del currículum que les da una oportunidad para la discusión abierta y el pensamiento crítico.

TIPOS DE PREVENCIÓN PRIMARIA

Las intervenciones de prevención primaria específicas para los TCA más frecuentes se incluyen en los siguientes 5 tipos: psicoeducacionales, de educación (alfabetización) en el criticismo hacia los medios de comunicación ("media literacy"), de movilización y activismo social y político ("advocacy"), técnicas de inducción y disonancia cognitiva, e intervenciones focalizadas en eliminar los factores de riesgo de los TCA y en fortalecer a su huésped.

Para implementar las medidas de prevención primaria existen dos estrategias, a menudo complementarias: la estrategia poblacional y la estrategia de alto riesgo.

La **estrategia poblacional** es de tipo general y se dirige a toda la población con el objetivo de reducir el riesgo promedio de la misma.

La **estrategia de alto riesgo** es de tipo individual y se dirige a aquellas personas que más lo necesitan, o sea, a los individuos más vulnerables o que presentan un riesgo especial como consecuencia de la exposición a determinados factores de riesgo.

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

HISTORIA DE LA PREVENCIÓN PRIMARIA

1. Los ochenta

Desde la década de los ochenta diferentes aproximaciones preventivas se han desarrollado. La **psicoeducación** ha sido un foco clave, particularmente en los primeros programas (**primera generación**). Históricamente los programas de prevención de TCA se han centrado principalmente en dar información acerca de sus efectos adversos con la falsa esperanza de reducir sus tasas.

Se pensaba que incrementar el conocimiento sobre los TCA entre la gente joven llevaría a los afectados a buscar ayuda y disuadiría a otros de desarrollarlos.

Como un factor de riesgo mayor en los países desarrollados es la presión sociocultural para hacer dieta uno de los focos era enseñar a los jóvenes a ser conscientes de los mensajes no saludables de los "media" y a desafiarlos.

Otro factor clave es la **baja autoestima** con numerosos programas centrados en promover una autoestima positiva.

Más de treinta programas preventivos han sido evaluados hasta la fecha. Los más tempranos implicaban psicoeducación y en algunos casos entrenamiento en el análisis de medios de comunicación. Se encontraban cambios en los conocimientos pero no en las actitudes y conductas.

No es sorprendente que los programas psicoeducativos tuvieron un éxito más que limitado en prevenir los TCA y la obesidad ya que este tipo de intervenciones no han resultado en otros problemas como el abuso de drogas, la depresión o las prácticas sexuales con riesgo.

2. Los noventa

Desde los noventa hay un creciente interés por desarrollar programas más innovadores. Los más exitosos tienden a emplear **métodos interactivos y construcción de autoestima**.

En España fueron pioneros en los noventa en prevención primaria indicada Morandé y su equipo en 1995 con chicos y chicas de 15 y 16 años seleccionados por su ideación anoréxica alta, rendimiento escolar elevado, IMC sospechoso y red social escasa para realizar seis sesiones de dos horas de habilidades sociales, relajación, autoestima, información nutricional, proceso de información e información sobre anorexia y bulimia nerviosa.

Y en prevención primaria selectiva Líndez en 1996, con alumnos de 1º de BUP en institutos de Reus desde el programa de educación de

la salud con el taller “Cómo comemos, cómo nos vemos” con sesiones de autoestima, psicología aplicada, expresión y conocimiento corporal y alimentación.

Y Ruiz, también en 1996, con más de cien alumnas de 1º, 2º y 3º de BUP de un colegio privado concertado de Zaragoza con un taller interactivo de alimentación, imagen corporal y crítica de la publicidad e imágenes de los medios de comunicación.

Las revisiones sistemáticas de ensayos controlados aleatorizados de programas de prevención han mostrado en el pasado en conjunto resultados decepcionantes.

Aunque, los efectos de las intervenciones tienen resultados mixtos. Y un amplio rango desde ninguno hasta la disminución de los trastornos alimentarios actuales y futuros. Con mayor efecto en los conocimientos (es relativamente fácil incrementar el conocimiento) y pequeños efectos netos en reducir actitudes y conductas alimentarias alteradas (difícil a corto plazo y mucho más difícil mantener los cambios a largo plazo).

3. El siglo XXI

Con los últimos metanálisis y revisiones sistemáticas del siglo XXI ya se puede identificar programas prometedores y delinear muestras, formatos y diseños que se han asociado con un mayor efecto.

Así, los estudios que se dirigen a participantes con un riesgo relativo mayor para desarrollar un TCA, los programas selectivos (frente a los universales), producen mayores beneficios, así como los interactivos (frente a los didácticos), los multi sesión, los dirigidos a mujeres (mejor que a grupos mixtos), a mayores de 15 años (mejor que a gente más joven), sin contenido psicoeducativo y para ensayos que usan medi-

das validadas, llevados a cabo por profesionales de la intervención entrenados (mejor que los conducidos por proveedores endógenos, como los maestros o educadores), y que incluyan como contenidos la aceptación corporal o la inducción de disonancia cognitiva (mejor que las intervenciones psicoeducativas o socioculturales), evaluados con medidas validadas y, por tanto, más sensibles en la determinación del efecto de las intervenciones (sólo se deberían usar este tipo de medidas) y con períodos de seguimiento más cortos.

Los datos no apoyan el pesimismo acerca de la prevención universal-selectiva, pero sí indican que hay que mejorar los programas: su contenido, la necesidad de una perspectiva social más crítica y el prestar más atención a lo ecológico que simplemente al refinamiento del curriculum.

La preocupación acerca de los efectos iatrogénicos de incluir materiales psicoeducativos sobre los TCA es objeto de controversia y los últimos datos no parecen apoyarla.

Se trata, en cualquier caso, de no dar sólo información sin modificar actitudes, de emplear técnicas de implicación, para evitar cualquier riesgo de iatrogenia.

Los investigadores sugieren enfoques más comprensivos, ecológicos en el ambiente social con la implicación de estudiantes, profesores y padres, en colaboración con otros programas preventivos de suicidio, drogas y alcohol.

Hay un estudio con resultados esperanzadores aplicado durante seis semanas a mujeres estudiantes por profesores entrenados en el programa de prevención de TCA durante cinco semanas.

Y sugestivos programas basados en pares conductores que resultan efectivos en reducir factores de riesgo de TCA mediante disonancia cognitiva y crítica de los medios, como el **The Sorority Body Image Program**.

La prevención basada en la disonancia cognitiva se centra en la internalización de los estándares femeninos de belleza (como el ideal basado en la delgadez), lo cual está empíricamente demostrado, constituye un factor de riesgo para el desarrollo de los TCA. E intenta crear un estado psicológico de incomodidad estimulando a los participantes a actuar y a hablar en contra del ideal de belleza basado en la delgadez, que se resuelve conforme el individuo consigue minimizar la internalización de ese ideal delgado.

Por otra parte, la intervención basada en la defensa de los medios de comunicación es bastante similar a la anterior, pero, en este caso, se sustituyen los ejercicios de disonancia ("role playing", descripciones) por el visionado de vídeos que exploran el papel de los medios de comunicación en la perpetuación del ideal de belleza basado en la delgadez.

Los programas de prevención de TCA en adolescentes con insatisfacción corporal basados en la disonancia cognitiva o el control saludable del peso parecen tener una potencial utilidad en la salud pública, en los síntomas bulímicos.

El programa **Body Project** basado en la disonancia cognitiva y la aceptación corporal ha demostrado en ensayos controlados que reduce el riesgo para desarrollar síntomas de TCA y obesidad en el futuro.

Hay sugestivos programas basados en pares conductores que resultan efectivos en reducir factores de riesgo de TCA mediante disonancia cognitiva y crítica de los medios, como el **The Sorority Body Image Program**.

Muchos ensayos han provisto de soporte a los programas de prevención de TCA basados en la disonancia. Una revisión meta-analítica de 2019 busca guiar la implementación de las versiones efectivas más óptimas. Se identifican 56 ensayos que evalúan 68 programas de prevención de TCA basados en la disonancia (7808 participantes).

Los tamaños del efecto de las intervenciones en relación con la mínima condición control e intervenciones alternativas creíbles (respectivamente) son 0,57 y 0,31 para la internalización del ideal delgado; 0,42 y 0,18 para la insatisfacción corporal; 0,37 y 0,17 para la conducta de dieta; 0,29 y 0,21 para el afecto negativo y 0,31 y 0,13 para síntomas de TCA.

De acuerdo a las hipótesis planteadas, los efectos son mayores para las intervenciones con más actividades que inducen disonancia, más sesiones de grupo y mayor tamaño de grupo, y mejor en persona de forma presencial versus online, con sesiones grabadas, participación voluntaria, con insatisfacción corporal requerida, en la adolescencia media o edad adulta (versus adolescencia tardía), con más minoría étnicas, con grupos conducidos por clínicos vs investigadores y con al menos dos facilitadores, que reciban mayor entrenamiento y supervisión.

Inesperadamente, desde la perspectiva basada en la disonancia cognitiva, los efectos son mayores cuando se compensa a los participantes.

Estos resultados ofrecen direcciones para maximizar los beneficios de los esfuerzos de implementación de los programas preventivos de TCA basados en la disonancia y pueden ofrecernos lecciones para prevenir otros problemas de salud pública con intervenciones basadas en la disonancia.

Intervenciones basadas en la promoción de la salud, de prevención universal y selectiva interactivas multimedia con actividades de imagen corporal positiva, alfabetización de medios, autoestima e influencia de los compañeros con expansión de un modelo estético corporal más flexible, pueden ser efectivas.

Se debe cambiar aspectos de la autoestima de los adolescentes y que la aceptación social, la apariencia física y la habilidad atlética pasen a ser menos importantes.

Las intervenciones en las burlas no parecen ser una prioridad, pero hay que dirigirse a las relacionadas con el peso en las iniciativas de educación y salud.

Las intervenciones multisesión son probablemente necesarias para mantener las mejoras de la imagen corporal de forma sostenida.

Los profesores pueden impartir las intervenciones de forma ecológica con mínimo entrenamiento, lo que indica que es posible su diseminación.

Hay programas efectivos, diseñados para su uso en educación primaria y para preescolares.

En España, **ZARIMA**, **DITCA** y **AMEMC** son tres programas exitosos, efectivos en ensayos controlados. Y se debe trabajar en la diseminación e implementación de los programas coste efectivos.





PREVENCIÓN SECUNDARIA

A este nivel de prevención es al que más importancia se le ha dado hasta la actualidad. Y se le han dedicado gran cantidad de recursos y esfuerzos. La finalidad de este tipo de prevención se centra en reducir la prevalencia de los TCA, esto es, acortar la duración del trastorno y el tiempo que media entre su aparición y la búsqueda de tratamiento. Reducir el tiempo de enfermedad no tratada es un objetivo prioritario. Controlar el Gap asistencial de TCA en cada zona asistencial debiera ser una herramienta de control de calidad de la atención.

Para lograr esto se ha invertido gran cantidad de recursos para conseguir:

- La formación adecuada de diferentes colectivos de profesionales que están en contacto con la población de riesgo, de manera que puedan actuar como elementos de detección de los TCA (maestros, profesores, monitores, entrenadores deportivos, psicólogos escolares, farmacéuticos, etc.).
- La formación continuada de médicos de atención primaria, Pediatría y Medicina familiar y comunitaria, que trabajan en el primer nivel asistencial, de manera que puedan diagnosticar lo más tempranamente la pre-

sencia o el inicio de un TCA y, en consecuencia, tratar o derivar los casos que llegan a sus consultas. Sin olvidar especialistas como endocrinos, ginecólogos, odontólogos.

- El desarrollo de los dispositivos asistenciales necesarios para proporcionar un tratamiento adecuado a los casos que han sido identificados.

La prevención secundaria se basa en el pensamiento ampliamente extendido de que una temprana identificación y tratamiento de los TCA mejora el pronóstico, aunque no hay muchas pruebas consistentes que apoyen esta idea. Pero, sin duda, parece de sentido común que es mejor detectar antes que tarde.

Hay programas preventivos con herramientas de criba eficaces para una detección temprana. La detección temprana se recomienda en población escolar de riesgo y en colectivos con mayor probabilidad, especialmente jóvenes deportistas, obesos, diabéticos.

La **detección temprana** de personas pre-anoréxicas parece asociarse con buenos resultados evolutivos. Cuanto mayor tiempo pasa entre el inicio del trastorno y el tratamiento, peor es el resultado en la evolución y el pronóstico.

Es importante identificar a las personas con alto riesgo de desarrollar un trastorno alimentario, para poder incidir en las etapas tempranas de la enfermedad y hacer una intervención temprana.

Los cuestionarios estandarizados pueden ser instrumentos útiles y económicos para identificar casos de trastornos alimentarios incipientes, en especial en la población con riesgo.

Para la prevención de los trastornos alimentarios sería importante administrar a la población adolescente o preadolescente cuestionarios auto-evaluativos, como el Eating Attitudes Test: EAT-26 (ver anexo) que permitan la valoración sistemática del comportamiento alimentario.

La detección de jóvenes y adolescentes con riesgo y los estudios longitudinales a largo plazo son fundamentales para una mejor comprensión de la naturaleza del problema y para elaborar programas de prevención.

El contexto educativo constituye un ámbito inmejorable para concienciar y sensibilizar sobre los TCA y lograr detectar los casos de forma temprana, en las fases iniciales de su evolución.

Las actividades de prevención en el contexto escolar ayudan a la detección de posibles casos de TCA, que de otra forma pasarían desapercibidos. Los profesores formados y sensibilizados detectan más temprano y mejor.

Los programas educativos y de cribado pueden ser una prometedora estrategia para la prevención secundaria de los TCA, pero hay que ser especialmente vigilante con la no adherencia a las recomendaciones de tratamiento y ser proactivos en facilitarlos.

Los estudios de prevalencia muestran invariablemente que hay más casos en las poblaciones escolares que los revelados por las investigaciones clínicas. Los casos no especificados o atípicos parecen ser los más frecuentes.

En nuestro estudio de 2007 encontramos una prevalencia puntual de TCA en una muestra poblacional de adolescentes tempranos de 1º de la ESO del Norte de España de 13/1846, el 0,7% de TCANE, TCA atípicos o subclínicos, 13 casos que cumplen los criterios diagnósticos de un F 50.9 CIE-10, DSM-IVTR.

Entre los casos diagnosticados ninguno estaba en tratamiento médico o psicológico por su TCA o había sido detectado por el entorno familiar o la comunidad educativa previamente a este estudio comunitario de prevención secundaria.

Por ello, sería aconsejable desarrollar dispositivos de vigilancia de la población con riesgo y de los casos, de prevención secundaria, en la comunidad. Dada la prevalencia observada es necesario potenciar los servicios tanto de prevención primaria como secundaria.

La formación de los médicos de atención primaria, los profesores y orientadores es crucial, pues pueden jugar un importante papel en la promoción de la salud y la detección de casos de TCA.

Otro de los riesgos al intentar prevenir es el de alertar tanto que se produzca el efecto de pánico, de terminar viendo el problema en todas partes, aun en conductas triviales o pasajeras o propias de una determinada edad y exentas de toda gravedad.

PREVENCIÓN TERCIARIA

Su objetivo fundamental consiste en reducir las consecuencias del trastorno, mediante un tratamiento adecuado capaz de reducir la aparición de las secuelas asociadas a los TCA y evitar la cronificación de las pacientes.

El trabajo interdisciplinario entre médicos de cabecera, pediatras, psiquiatras, psicólogos y unidades de hospitalización va a favorecer la continuidad del tratamiento, disminuye las hospitalizaciones, reduce la estancia media de las mismas y actúa sobre los factores que provocan o mantienen el cuadro.

Asimismo, dentro de este nivel de intervención, es importante contar con el desarrollo de dispositivos específicos capaces de proporcionar tratamientos a largo plazo y de brindar el apoyo social necesario con la intención de reducir la discapacidad futura de pacientes gravemente deterioradas por la enfermedad.

En el área de los trastornos alimentarios, la prevención terciaria no se ha considerado como algo de suma importancia.

Ya sea por la novedad de la enfermedad en la década de los noventa o por considerar que ésta, en último término, se puede resolver favorablemente con el tiempo, ha hecho que los profesionales hasta hace unos años no se plantearán todavía que existe un grupo importante de pacientes de larga evolución resistentes al tratamiento, a las que se les puede ofrecer una prevención terciaria de sus síntomas más graves y de sus complicaciones más graves.









04

ÁREAS EN DESARROLLO



04 ÁREAS EN DESARROLLO

Para la investigación futura se incluye el incremento del foco en los programas de prevención universal e indicada, expandir los programas a un amplio rango de edades, que incluya niños y preadolescentes, y a un mayor espectro de problemas relacionados con el peso y una evaluación rigurosa de la eficacia, efectividad e implementación.

Hay que poner el foco en ensayos de efectividad que confirmen que los programas preventivos producen efectos clínicamente significativos bajo condiciones del mundo real, impartidos por proveedores comunitarios (con mejoras en su entrenamiento y supervisión).

Estudiar los mediadores de los efectos de la intervención y los mecanismos de acción que den mayor apoyo a la teoría de la intervención de los programas de prevención.

E investigar los métodos óptimos de diseminación e implementación de programas, basados en pruebas científicas

Un área de investigación a tener en cuenta es la prevención en poblaciones especiales, grupos de alto riesgo: deportistas, atletas de élite, bailarines (ballet, danza, flamenco), diabéticos, homosexuales varones.

Hallazgos preliminares demuestran de forma prometedora la aceptabilidad y eficacia a corto plazo de un enfoque basado en el "mindfulness" para reducir el riesgo de TCA en mujeres jóvenes, adolescentes. Con reducción de la preocupación por el peso, las dietas restrictivas, la internalización del ideal de delgadez, los síntomas alimentarios, sin diferencias estadísticamente significativas entre la intervención con "mindfulness" y la basada en disonancia cognitiva.



Es importante implementar ensayos con el programa americano **Body Project** a largo plazo en Europa.

Puede ser interesante para la investigación futura usar periodos de seguimiento más prolongados que tres años (el mayor periodo hasta la fecha).

Y otros métodos rigurosos de investigación como la comparación del **Body Project** con condiciones alternativas creíbles de control y otros programas preventivos de TCA con una amplia base de pruebas científicas.

Y usar verificaciones de fidelidad, entrevistas ciegas para la valoración de intervenciones y resultados biológicos objetivos.

Para conocer las versiones más efectivas, el número necesario de facilitadores y las horas de entrenamiento, el número de actividades basadas en disonancia y la supervisión recibida y poder corroborar qué se asocia con los efectos más duraderos.

Por ejemplo, el **Body Project** implementado en grupo de pares muestra reducciones significativas mayores de inicio de TCA a tres años frente al impartido en grupo por clínicos.

Hay novedosas pruebas de que tres intervenciones del **Body Project** (conducidas por clínicos, pares o Internet, el **eBody Project**) supera-

ron a los controles de video educativo, aunque los grupos dirigidos por pares superaron a la intervención basada en Internet y mostraron un inicio de TCA más bajo (8,1%) durante el seguimiento de 4 años que las otras condiciones.

Los resultados implican que podría ser óptimo trasladar la implementación del **Body Project** a líderes de pares para abordar las barreras asociadas con la intervención dirigida por un clínico.

Una vía preliminarmente exitosa en reducir factores de riesgo puede ser trabajar con parejas románticas en la prevención de los TCA.

Puede ser beneficioso añadir intervenciones con foco en la auto-objetificación o en distintos factores de riesgo de TCA como el funcionamiento psicosocial alterado.

Las nuevas tecnologías como los ordenadores e Internet se han incorporado a los programas (p.e. DITCA C.V., o protegeles.com con la campaña "Tú eres más que una imagen", masqueunaimagen.com, anaymia.com).

Hay un interés cada vez más grande en el uso de la red para la promoción de la salud. Y crecerá en el futuro el empleo de programas basados en la Web, donde ya hay intervenciones exitosas (como Student Bodies) en reducir actitudes y conductas relacionadas con los TCA.

El uso de los medios en Internet es un tema importante para tratar en los programas de prevención de los TCA. Si se comparan programas preventivos On line y cara a cara basados en el modelo de disonancia cognitiva entre mujeres universitarias no se encuentran diferencias. Los programas preventivos pueden ser exitosamente adaptados para su uso On line.

Se ha realizado un ensayo aleatorio y controlado de la utilidad del **programa online Media Smart (MS-T)**, con mujeres jóvenes en Australia y Nueva Zelanda. El programa consta de 9 módulos semanales y el grupo control recibió consejos positivos para la imagen corporal.

Se investigaron los efectos de prevención (en los asintomáticos al inicio del estudio) y tratamiento (en los sintomáticos basales). Se observó mejora para la prevención en síntomas depresivos y consumo recreativo de drogas, mientras que en el grupo de tratamiento una reducción de los consumos de drogas y, aunque no de forma significativa, de las ideas suicidas.

Aunque no fue significativo, los participantes de MS-T que no cumplieron con los criterios de TCA al inicio del estudio tenían un 85% menos de probabilidades que los controles de cumplir con los criterios a los 12 meses de seguimiento.

Las tasas de reducción en el inicio de un TCA fueron comparables a las encontradas para la entrega presencial, cara a cara, del **The Body Project** (60%) y el **Healthy Weight** (61%) y en ensayos anteriores del **Student Bodies-Eating Disorders** (SB-ED) (88% para aquellos con IMC elevado al inicio del estudio), aunque estos hallazgos respectivos se realizaron durante un seguimiento de 2 a 3 años utilizando criterios de diagnóstico.

En quienes cumplieron con criterios TCA al inicio, en los del grupo MS-T fue significativamente menos probable (59%) que los controles presentar un diagnóstico a los 12 meses de seguimiento.

Se ha demostrado la efectividad de estos programas online en participantes con niveles altos de TCA de forma basal. El MS-T se adapta bien a una población clínica dado que el programa no es presencial y no incluye grupos de discusión abiertos donde otros participantes podrían estar expuestos a contenido inútil.

Un reciente ejemplo en España de prevención de TCA en redes sociales es la campaña de Orange, FEACAB y AEETCA dentro del Uso love de la tecnología: <https://usolovedelatecnologia.com/trastornos-alimentarios-y-redes-sociales>

E implementar programas preventivos eficaces que afecten a múltiples problemas de salud pública, como la obesidad y los TCA, que parecen compartir factores de riesgo (p.e. afectos negativos, restricción calórica, baja autoestima e insatisfacción corporal).

La expansión de la capacidad de nuestras sociedades para prevenir los TCA requiere una integración estratégica del tema en los currículos de los programas de formación y entrenamiento profesional.

Pasa por cerrar la brecha del "no saber hacer" con el entrenamiento de profesionales de salud pública en la prevención de los TCA mediante la vía de la enseñanza con el método de caso, más efectivo que las técnicas docentes tradicionales, como en **The Strategic Training Initiative for the Prevention of Eating Disorders**.

La prevención conjunta de trastornos relacionados con el peso y la alimentación (TCA y sobrepeso/obesidad) es una de las vías de desarrollo futuro más interesante, excitante, en la prevención de estos problemas.

Los desafíos en el campo de la prevención de los TCA incluyen pasar de la eficacia a la efectividad y desarrollar un enfoque integrado de

prevención de la alimentación y los problemas relacionados con el peso.

Un ensayo previo eficaz del **MABIC**, un programa preventivo de TCA universal, basado en el modelo cognitivo social, enfoque educativo de **alfabetización de medios** y teoría de la **disonancia cognitiva** reduce factores de riesgo para TCA, pero es necesario aclarar que bajo condiciones más del mundo real tiene efectos, para lo que se realiza un ensayo de efectividad.

Con proveedores comunitarios entrenados con una aproximación integrada el programa MABIC resulta ser efectivo en un ensayo controlado multtécéntrico en 152 chicas catalanas en intervención y 413 en control, con medidas basales, post-test y año de seguimiento.

Las chicas del grupo intervención reducen de forma significativa, frente a las chicas controles, la internalización del ideal de belleza, actitudes alimentarias alteradas y burlas relacionadas con el peso en post-test y al año de seguimiento.

Se encuentra hasta ahora una mínima participación entre los profesionales de la salud pública en la investigación de la prevención de los TCA. La amplia mayoría de estudios se encuentra concentrada entre las disciplinas de la Psicología y la Psiquiatría.

Hay una enorme posibilidad de crecimiento en la prevención de los TCA con nuevas estrategias con un enfoque de salud pública, particularmente con el foco en el macro ambiente.

Un enfoque multidisciplinar con el foco en los adolescentes, su contexto y relaciones parece efectivo, con programas relativamente económicos (coste, tiempo y recursos humanos).

Los programas de prevención primaria escolar selectiva pueden representar una oportunidad actualmente para disminuir la incidencia de los TCA, cuya prevalencia en la comunidad se mantiene en cifras similares desde la década de los noventa.

Los programas basados en la escuela, centrados en los factores de riesgo para las mujeres, con elementos interactivos, inducción de disonancia cognitiva y sesiones de refuerzo muestran efectos significativos en condiciones metodológicamente rigurosas.

Al comenzar el milenio no se tenía ningún programa preventivo que redujera el inicio futuro de TCA y pocos lograban reducir los factores de riesgo.

Dieciséis años después, el campo de la prevención de los TCA ha transferido la investigación básica de factores de riesgo a la intervención, con demostrada eficacia y efectividad en reducir factores de riesgo e inicio de futuros TCA en múltiples ensayos, como los del **Body Project**.

Se ha trasladado de forma exitosa la investigación de eficacia y efectividad a una amplia implementación clínica, por investigadores, clínicos y agentes comunitarios que trabajan con el **Body Project**.

Se ha logrado progresos significativos en abordar barreras de escalabilidad (aumento de capacidad de trabajo), implementación a mayor escala y sostenibilidad, con un alcance de 3,5 millones de chicas y mujeres jóvenes en 125 países.

La tarea ahora es diseminar intervenciones efectivas en el "mundo real" y convencer a los proveedores, gerentes y autoridades sanitarias de su coste efectividad y valor humano.





PREVENCIÓN DE TCA
EN ESPAÑA

05



05 PREVENCIÓN DE TCA EN ESPAÑA

En el ámbito de la prevención primaria de los TCA actualmente se están realizando en España varios programas dirigidos a adolescentes, padres y personal docente.

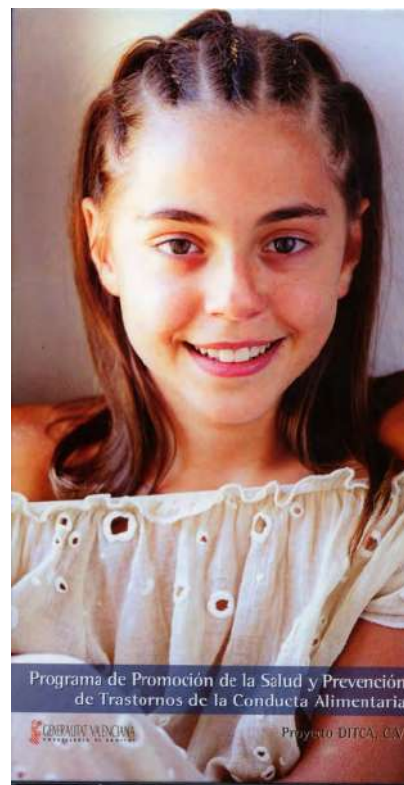
Parece claro que estos programas son muy útiles en cuanto a la detección de casos no diagnosticados. Falta por conocer si son realmente eficaces en cuanto a la prevención primaria, es decir, a la reducción de la aparición de casos nuevos.

Así tenemos:

- El programa de Promoción de la Salud y Prevención de trastornos de la Conducta Alimentaria **DITCA C.V.** en Valencia para la detección temprana y prevención de TCA en alumnos valencianos de 13 a 15 años con doble criba con el ChEAT y un programa diagnóstico en la red seguida por una entrevista con un experto clínico. Han participado en el pasado de los cursos 2007/2008 a 2011/2012 un total de 1.555 centros y 88.919 alumnos con 706 casos de TCA DITCA detectados.

El programa preventivo con métodos audiovisuales se imparte en las escuelas por los profesores en tutoría y educación física y orientadores con apoyo continuo por Internet, con un modelo participativo con un material semiestructurado que no sólo transmite información, que promueve la reflexión y participación, facilita el cambio de

actitudes, trabaja en factores protectores; autoestima, hábitos saludables, satisfacción corporal, pensamiento crítico frente a la presión ambiental, mitos sobre las dietas y el cuerpo y con un modelo de referencia para consultar.





- El programa de prevención y detección precoz de TCA (Anorexia/Bulimia) en **Getafe** de Petit, de la Corte y Astray desde el curso 1997/1998 en miles de adolescentes de los institutos del municipio de 1º ESO.
- O el programa breve (una única sesión de 75 minutos con trabajo grupal) también en la Comunidad de Valencia **“Tal como eres”** en 3.023 mujeres adolescentes escolarizadas en 1º y 3º de ESO de Villena y Castillo. Constan cambios en hábitos insanos, como el consumo de bollería industrial, pipas y otras chucherías. Y una modificación en las puntuaciones del EAT-40, con cambios significativos al mes y tres meses de seguimiento, pero sin emplear grupo control, lo que resta rigor metodológico a sus resultados. Y que también se ha llevado a cabo en Castilla La Mancha con Villena, Castillo y la coordinación de Calvo desde el curso escolar 2000-2001 hasta el 2004-2005 ya con chicos y chicas alumnos de 2º de la E.S.O. de 13 y 14 años. Desde las primeras intervenciones hasta 2005 habían trabajado con más de 6.000 chicas de edades comprendidas entre los 12 y 15 años en 175 centros escolares.
- El Taller en la comunidad valenciana de **Mercedes Jorquera** en 4268 participantes reclutados de la población general, de los cuales, 2118 sujetos formaron parte del grupo experi-

mental, 1094 mujeres y 1024 varones, mientras que los 2150 restantes constituyeron el grupo lista de espera. Incluso cuando el programa incluía una única sesión, dirigida a fomentar el espíritu crítico respecto de los medios de comunicación y de la publicidad, tiene efectos positivos en la población adolescente, con disminución significativa de sus puntuaciones en los cuestionarios utilizados. Tras estos primeros resultados, realizan un taller más participativo con contenidos más concretos a lo largo de dos sesiones dirigido más específicamente a la población “diana” más vulnerable: chicas de riesgo con puntuaciones elevadas en los cuestionarios autocumplimentados.

- El programa **AMEMC Alimentación, modelos estético femenino y medios de comunicación. Cómo formar alumnos críticos en educación secundaria** de Raich, Sánchez y López, dirigido a prevenir o reducir los comportamientos no saludables relacionados con la alimentación y el control del peso, así como a mejorar la autoestima de los adolescentes estudiantes de enseñanza secundaria.

Con intervención escolar universal, para prevenir actitudes alimentarias alteradas, la internalización del modelo estético y otros factores de riesgo de TCA en adolescentes de ambos sexos, interactiva, multimedia, de alfabetización en medios y nutrición. Y otra

con foco en los mismos temas con uso de arte dramático (“teatro vivo”). Con mejora de la autoestima en ambos grupos y menor internalización del ideal estético en alfabetización y nutrición respecto al control. Se ha aplicado el AMEMC en Méjico en versión adaptada por Ramírez y Franco-Paredes (2013).

Es un estudio de los pocos que han evaluado un programa escolar de prevención de las alteraciones alimentarias (programa AMEMC) también con chicos, con resultados favorables a los 30 meses de seguimiento. Sus hallazgos deben ser interpretados con cautela, dadas las limitaciones relacionadas con el tipo de muestreo y la pérdida del 37,7% de la muestra a los 30 meses de seguimiento.

Ejemplo de actividades del Programa AMEMC:

ACTIVISMO 1: “ANTES-DESPUÉS, MENTIRAS DIGITALES”

La primera actividad consiste en el entrenamiento en la utilización de herramientas de edición fotográfica digital en un programa de edición gratuito.

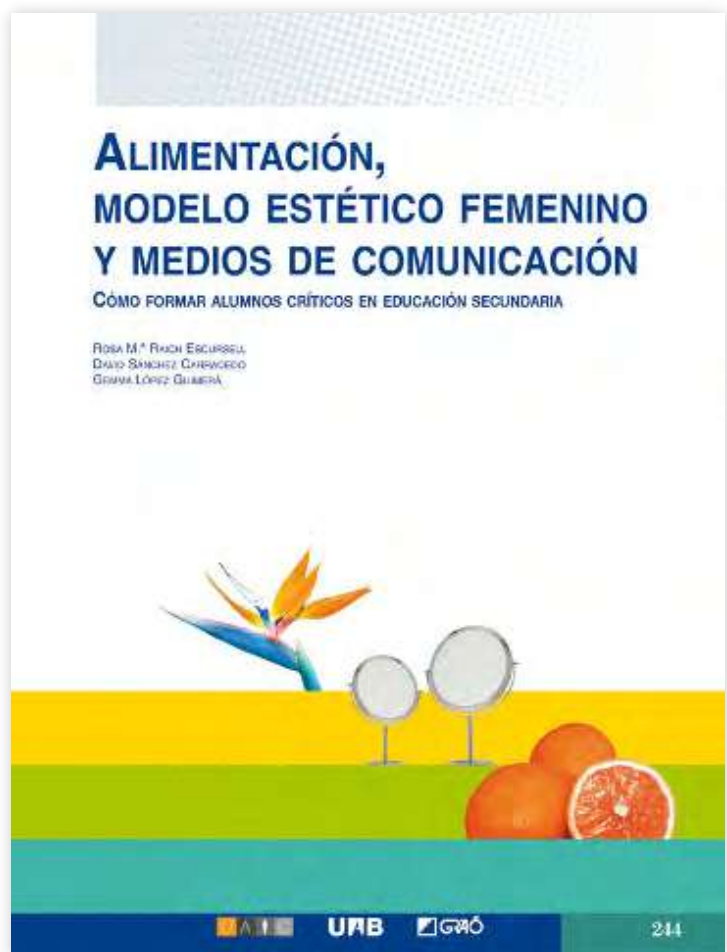
ACTIVISMO 2: OTRAS BELLEZAS

La segunda actividad consiste en crear su alter-ego a partir de una fotografía de los estudiantes y utilizando un programa de edición fotográfica digital gratuito por Internet.

ACTIVISMO 3: RE-CREANDO UN SPOT PUBLICITARIO

La tercera actividad supone un trabajo de producción colectivo y colaborativo, tanto en el “Análisis de un anuncio”, como en la actividad “**Ma-king-off de un vídeo parodia**” a partir de spots publicitarios de moda.

“Teatro Vivo”.



- El programa multisesión e interactivo en adolescentes tempranos de **Borda, Del Río, Torres et al** en 115 chicas de 1º y 2º de la E.S.O. con seguimiento a un año con menor pato-

logía alimentaria y de imagen corporal con eficacia a corto y largo plazo. Y como curso idóneo para su aplicación en 2º de la E.S.O.

- El programa de **Promoción de Imagen Positiva y Alimentación Saludable en Danza (IPASDA)** para alumnado de estas enseñanzas.



Con un protocolo de detección y derivación de casos de riesgo para profesorado y un programa preventivo que asienta sus bases en un estudio sobre factores de riesgo y protección percibidos realizado con 368 estudiantes de grado profesional de dos conservatorios de danza de Andalucía ya concluido. Es un programa piloto que tiene como objetivos fundamentales mejorar la satisfacción corporal del alumnado de danza, así como, promover una alimentación saludable, por ejemplo, reducir las dietas. Incide en el alumnado, profesorado, familias e institución.

El número de sesiones es reducido (4 para el alumnado, 3 para el profesorado y 2 para las familias) pero, están distribuidas a lo largo de todo un curso académico

- Nuestro **currículo ZARIMA**: la meta del proyecto es lograr la prevención primaria y secundaria de los TCA en adolescentes en la escuela y asociaciones juveniles, ONGs, clubes de ocio, y educación no formal.

El programa ZARIMA ha probado ser efectivo evaluado científicamente con métodos estandarizados al año de seguimiento.

Tras 12 meses de seguimiento hay una modificación favorable de conocimientos y actitudes. Y el riesgo de TCA en el grupo intervención es casi un tercio del control (4,1% v. 10,5%), y la incidencia de TCA es menor significativamente en el grupo intervención y

no en control (0,0% v. 2,7%), un resultado preliminar altamente prometedor.

Una evaluación rigurosa con un ensayo controlado aleatorizado en un estudio de cohorte ha mostrado estos resultados. Que precisaban ser replicados con una investigación adicional, con una muestra mayor y diferente. Y así se ha hecho en la Zona Norte, en Galicia, Cantabria y Aragón.

La intervención consiste en cinco sesiones semanales de 120 minutos de duración. Está manualizada con una guía teórica/ práctica (material educativo del programa) la "Guía práctica. Bulimia y anorexia. Prevención de TCA" con siete capítulos teóricos con información para educadores y siete prácticos con objetivos y tareas para adolescentes y padres. Cuya versión actualizada tienes entre tus manos. Se edita asimismo un DVD "Comer bien, verse mejor" para la sesión de refuerzo al año y folletos para padres y adolescentes.

Se trabaja con adolescentes, padres y profesores. Se combina la evaluación por profesores, entrenamiento de padres y entrenamiento en habilidades de los estudiantes.

Se integra en el horario escolar habitual, con actividades en pequeño grupo, coeducativos, técnicas de implicación en alimentación, imagen corporal, diferencias genéricas, habilidades para resistir presión social, influencia sociocultural, interpretar y resistir influencia de "media", autoestima/autocon-

cepto, habilidades sociales y comunicativas, entrenamiento asertivo.

Diferentes enfoques técnicos y metodológicos se aplican, como "role-playing", juegos, discusión en pequeño grupo, debates, video, diapositivas, dibujo, representaciones.

Las intervenciones se diseñan para llegar a los estudiantes en lo cognitivo, emocional y conductual.

Tras el seguimiento a doce meses de la aplicación por equipos interdisciplinarios del Programa manualizado ZARIMA en ensayo controlado aleatorizado multicéntrico (FIS PI05/ 2533) en adolescentes tempranos escolarizados de la Zona Norte de España (Comunidades de Aragón, Cantabria y Galicia) demuestra ser efectivo, especialmente en Cantabria, al año de aplicarlo en adolescentes tempranos en la escuela.

Se encuentra tras entrevista clínica una prevalencia puntual de TCA en adolescentes tempranos españoles de 13/1.846, el 0,7% de TCANE, F50.9, subclínicos o síndromes atípicos (Wilson IC 95%: 0,4%-1,2%) con una ratio 12:1 para el género femenino.

Como se observa en otros estudios entre los casos diagnosticados ninguno estaba en tratamiento o había sido detectado previamente a este estudio comunitario de prevención secundaria. De ahí la importancia de las campañas de detección temprana en la comunidad.

En el apartado 8 se amplían los datos de este programa.

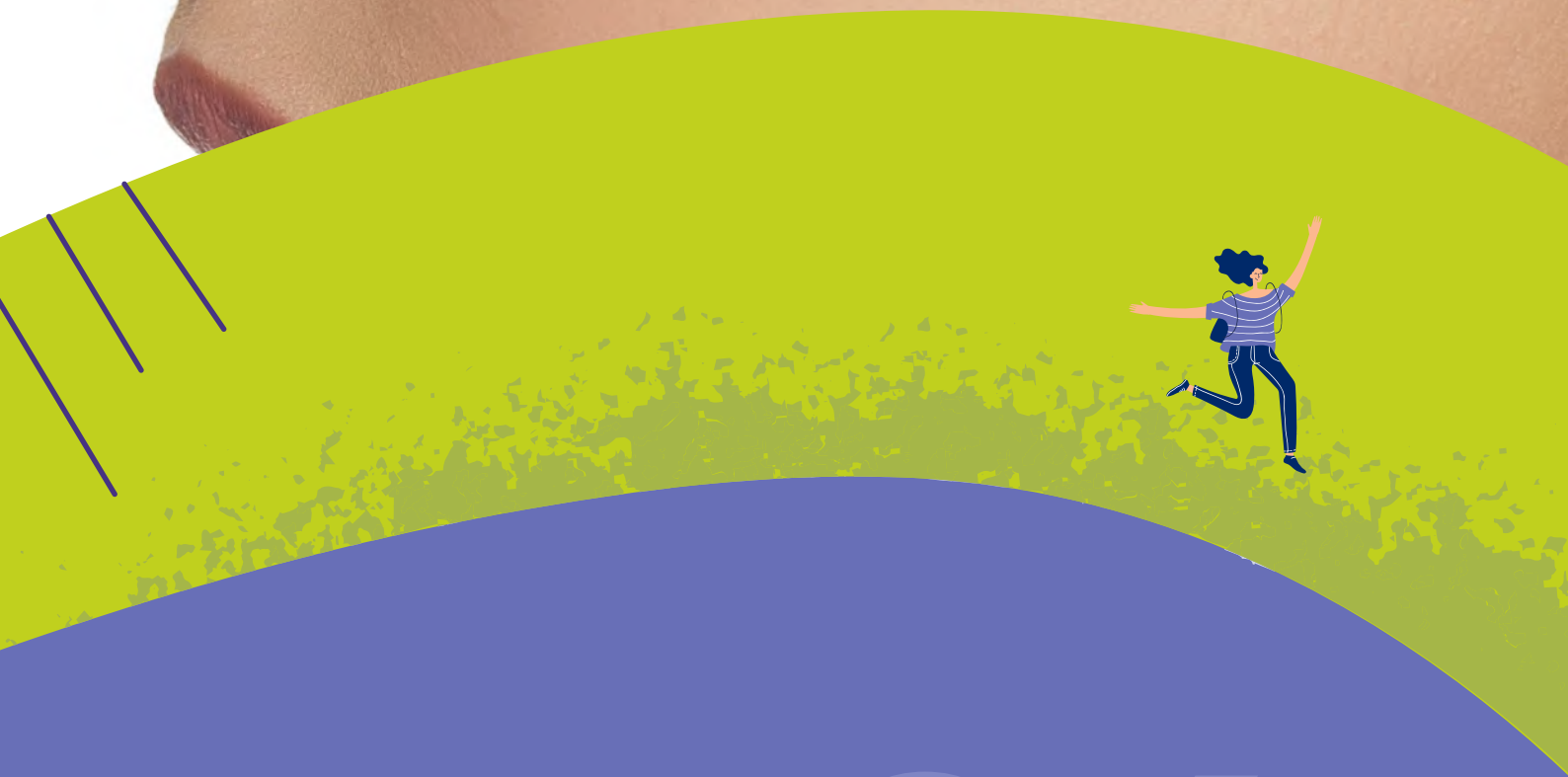
- El **PRETA**: una intervención escolar de prevención primaria de TCA en Canarias para reducir el riesgo de TCA en escolares de 5º y 6º de Primaria (entre 10 y 12 años de edad) mediante el uso de una estrategia a aplicar sobre todos los actores involucrados en la comunidad educativa (alumnos, padres y profesores). Se trata de un ensayo clínico controlado aleatorizado en curso.
- El **GUATA** de Turón, el **PICTA** de Maganto, Ruiz y del Río en universitarios. Los talleres de **Espido Freire** en institutos. Los programas del Proyecto Europeo **SALUT "Edu-cando en salud: así soy yo, así son ell@s"**. El **PLENUFAR I y II** de educación nutricional del Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos de España, "**Tú eres más que una imagen**" de la O.N.G. Protégeles.



- Los programas de sociedades y asociaciones AEETCA, APTAB, Mujeres Jóvenes y diferentes asociaciones de familiares desde FEACAB, ARBADA, ADANER, ADEFAB (de Burgos) con su "Taller de Prevención de TCA" en educación secundaria, FPB y ciclos de formación profesional, basado en el Programa ZARIMA, en tres sesiones, ACAB Prevenir la anorexia y la bulimia: un reto para todos (www.acab.org/cat/prevencio/prevencio.htm). El Proyecto Deméter, FITA, la Fundación Imagen y Autoestima (IMA) desde 2006 en Cataluña.







PROGRAMAS
INTERNACIONALES DE
PREVENCIÓN DE TCA

06



06 PROGRAMAS INTERNACIONALES DE PREVENCIÓN DE TCA

Algunos de los más recientemente exitosos y prometedores programas de prevención de TCA internacionales se enumeran a continuación. Actualmente, tras décadas de investigación, al menos tres programas (Student Bodies, The Body Project y Healthy Weight Intervention) se pueden citar como que han producido efectos verdaderamente preventivos respecto a los TCA.

• **The Sorority Body Image Program**

Un sugestivo programa basado en pares conductores, que resulta efectivo en reducir factores de riesgo de TCA mediante disonancia cognitiva y crítica de los medios. La prevención basada en la disonancia cognitiva se centra en la internalización de los estándares femeninos de belleza, un factor de riesgo demostrado para el desarrollo de los TCA. E intenta crear un estado de incomodidad psicológica, con el estímulo de los participantes a actuar y a hablar en contra del culto a la delgadez, el ideal estético corporal esbelto, que acabe con la minimización de esa internalización de ese ideal delgado.

La intervención basada en la crítica de los medios de comunicación social es muy similar, pero se sustituyen los ejercicios de disonancia cognitiva (juego de papeles o roles, descripciones) por la visión de audiovisuales que exploran el papel de los "mass media" en la perpetuación del ideal de belleza basado en la delgadez.

• **Body Project**

Un programa breve (con versiones de tres y cuatro sesiones) y muy interactivo, basado en los principios de la disonancia cognitiva y la aceptación corporal, ha demostrado en ensayos controlados que reduce el riesgo para desarrollar síntomas de TCA y obesidad en el futuro. Los programas de prevención de TCA en adolescentes con insatisfacción corporal basados en la disonancia cognitiva o el control saludable del peso parecen tener una potencial utilidad en la salud pública, en los síntomas bulímicos.

El Body Project, que lleva a las mujeres jóvenes con preocupación por la imagen corporal a criticar el ideal de delgadez, está sólidamente apoyado por numerosos ensayos controlados.

Ha sido utilizado en programas de prevención primaria, selectiva e indicada y ha demostrado su eficacia en todas estas intervenciones. Se han encontrado diferencias en eficacia de dicho programa según la nosología siendo más eficaz en la prevención de TCA diagnosticados con DSM-IV que con DSM-5.



Pese a los tamaños de efecto moderados o grandes algunas participantes terminan por desarrollar un TCA, lo que sugiere mejoras en el reclutamiento e intervención.

En estudio de seguimiento a tres años las participantes que desarrollan un TCA (n=20) respecto a las que no (n=216) tienen al inicio de la intervención más síntomas alimentarios, afecto negativo, internalización del ideal de delgadez e insatisfacción corporal. Y los mismos predictores de inicio de TCA emergen en los controles.

Con estos datos, parece sensato desarrollar una versión del programa más intensiva, para las que exhiben mayor riesgo, sintomatología alimentaria al inicio. El hecho de que los no respondedores muestren más afectos negativos y síntomas TCA sugiere que puede ser también útil añadir actividades para la mejora emocional e incrementar la disonancia con los síntomas alimentarios.

• **PRIDE Body Project**

En universitarios varones homosexuales ("gays") ha demostrado con un ensayo controlado aleatorizado que la disonancia cognitiva en dos sesiones también parece funcionar en esta población con un riesgo incrementado de TCA.

• **Healty Weight Intervention**

Inicialmente incluido como grupo control en un estudio para probar la eficacia de un programa de disonancia se ha visto que tiene también efectos profilácticos y puede reducir el inicio futuro de TCA y obesidad y mejorar el funcionamiento psicosocial a un año de seguimiento. Enseña a los participantes a alcanzar y mantener un peso saludable con pequeños y graduales cambios en la dieta y el ejercicio físico, con técnicas motivacionales.

Se consigue con el **Healty Weight 2** (un programa de prevención basado en grupos con cuatro horas de intervención) menor insatisfacción corporal y un 60% de reducción del inicio de un trastorno alimentario tras dos años de seguimiento de forma clínicamente significativa frente a controles (sólo con un folleto educativo). Pero, no se logra efecto en el Quetelet o IMC ni en el inicio de obesidad. Los efectos en ambos, síntomas de TCA e IMC, son mayores en aquellos con más síntomas e IMC en el pretest.

• **Student Bodies**

Es un programa online de 8 semanas administrado por ordenador basado en intervenciones cognitivo-conductuales en la insatisfacción corporal que resulta exitoso

en reducir factores de riesgo, actitudes y conductas relacionadas con los TCA.

• **Girl Talk**

Un programa interactivo con seis sesiones de intervención que consiste en un grupo de apoyo por los pares coetáneos que se centra en la promoción del uso crítico de los medios de comunicación (mediante alfabetización en medios), la aceptación corporal, el peso saludable, el control de la conducta y habilidades de manejo del estrés.

• **Planet Health**

Una intervención preventiva basada en la escuela con contenidos de nutrición y ejercicio físico diseñada para prevenir la obesidad que ha demostrado baja la incidencia de las conductas alteradas de control del peso (purgativas, empleo de laxantes, píldoras) en adolescentes tempranas chicas, previene de forma coste efectiva el desarrollo de la bulimia neviosa.

• **Media Smart**

Un programa en alfabetización de medios en el que un total de 1316 chicos y chicas australianos de unos 13 años se aleatorizan en ensayo controlado para recibir tres diferentes intervenciones escolares: **Media Smart**; **Life Smart**; the Helping, Encouraging, Listening and Protecting Peers (**HELPP**) initiative; o control (clase escolar). Se miden factores de riesgo basales, post-programa (cinco semanas) y a los 6 y 12 meses de seguimiento.

Las chicas participantes en Media Smart tienen la mitad de tasa de inicio de preocupaciones clínicamente significativas acerca de la forma y el peso que las chicas control a los 12 meses de seguimiento.

Las chicas que participan en Media Smart y HELPP refieren significativamente menores preocupaciones por la forma y el peso que las chicas participantes en Life Smart a los 12 meses.

Las chicas participantes en Media Smart y control puntúan significativamente menos que las chicas HELPP en preocupaciones alimentarias y presión percibida a los 6 meses.

Los chicos participantes en Media Smart y HELPP experimentan un beneficio significativo en la internalización de medios en comparación con los controles. Y esto se

mantiene a los 12 meses de seguimiento en los participantes en Media Smart.

Los participantes en Media Smart refieren más actividad física que los controles y HELPP a los 6 meses de seguimiento. Los participantes en Media Smart refieren también menor tiempo de pantallas que los controles.

Media Smart muestra beneficio en factores de riesgo de obesidad y de TCA.

Se trata de un programa escolar interactivo, en pequeño grupo, basado en pruebas, con ocho lecciones de alfabetización de medios, para chicos y chicas de escuela primaria o secundaria temprana. Que entre sus temas incluye las técnicas usadas por los medios para manipular imágenes (p.e.airbrushing), ideas para analizar y criticar, desafiar los mensajes de los medios o consejos para el manejo de las presiones. Media Smart tiene la diana en la internalización de la creencia de tener que verse como las imágenes ideales presentadas en los medios.

• **REBel Peer Education**

Modelo integrado en contexto escolar en adolescentes de secundaria. Que incrementa los sentimientos de empoderamiento y reduce el riesgo de TCA, con descenso de las cogniciones y conductas de TCA, con tamaño de efectos moderados o grandes, de forma factible y aceptable.

Los profesores de secundaria auto-seleccionan una intervención semi-manualizada, basada en la disonancia cognitiva, con actividades en grupo entre compañeros, diseñadas para criticar el ideal de delgadez y empoderar macro-cambios en las estructuras sociales que enfatizan el ideal de delgadez. Los participantes refieren una reducción de las comprobaciones corporales y de la internalización del ideal de delgadez. Los estudiantes en escuelas REBel, comparado con los controles demuestran de forma estadísticamente significativa menores puntuaciones post-test en EDE-Q Global, EDQ- restricción, en las subescalas preocupaciones alimentarias y por la forma corporal y el peso y en el Body Checking Questionnaire.

• **Girl's Group**

De Catherine P. Cook-Cottone de Buffalo, EEUU.

Un programa de prevención primaria para chicas de educación primaria de 10-11 años con un currículo basado en factores de riesgo y protección validados empíricamente con discurso interactivo, yoga y relajación con 10 sesiones semanales. Con pre y post-test con seguimiento a los 13 meses con descenso significativo de la insatisfacción corporal, tendencia a adelgazar e influencia de los medios.

• **Y's Girl**

Un currículo publicado de imagen corporal, que puede ser implementado por profesores, se ha diseñado específicamente para "ellas" (chicas) y ha demostrado ser efectivo. Las chicas de 11-12 años (sexto grado) que reciben esta intervención frente al control mejoran en imagen corporal, internalización del ideal de delgadez, comparaciones corporales y autoestima. Los cambios en la satisfacción corporal fueron moderados por los niveles iniciales de factores de riesgo.

• **PriMa**

Un programa escolar alemán para la promoción de la salud y la prevención primaria de la anorexia nerviosa impartido en 92 escuelas de Turingia con 1553 chicas preadolescentes en 2007 y 2008, probado en el "mundo real". Tras ajustar por la edad de las chicas y el tipo de colegio se observa que incrementa los factores de protección relacionados con la AN, aumenta significativamente el conocimiento y mejora la autoestima, pero no la conducta alimentaria.

• **POPS-Program**

En adolescentes alemanes con favorable curso de los factores de riesgo de TCA en intervención.

• **Happy Being Me Co-educational**

Una intervención coeducativa en seis sesiones en imagen corporal para reducir la insatisfacción corporal y factores de riesgo en chicas australianas de 12-13 años (séptimo grado). Se observan mejoras significativas en insatisfacción corporal y factores de riesgo psicológico en el grupo de intervención, con mantenimiento a los seis meses para los factores psicológicos, sin diferencias entre el enfoque universal o selectivo.

• **Prevención de Anorexia Bulimia. Proyecto "¿Bonita, Flaquita, Feliz?"**

En Medellín Metropolitana de la Dra Ramírez Restrepo de la Universidad de Antioquía: de prevención universal de TCA en Colombia con un enfoque de equidad de género y salud pública. Busca visibilizar el papel e impacto negativo del "Proyecto Delgadez", revalorizar la cultura local, entender que existen biotipos diversos que se alejan de figuras de mujeres extremadamente delgadas. Y prevenir "anorexia bulimia" mediante estrategias que disminuyan presiones que genera el "Proyecto Delgadez" y no sólo mediante estrategias de "empoderamiento" de mujeres adolescentes (prevención 3ª generación). Con trabajo en Red ciudadana, movilización social y comunicaciones con 3 fases: expectativa, lanzamiento y sostenimiento; educación, responsabilidad social, monitoreo y evaluación.

• **Aceptación positiva de la imagen corporal**

Dirigido a niñas de 10 a 12 años de edad en Venezuela con actividades enfocadas en el reconocimiento de virtudes y fortalezas, con un diario donde identificar actividades de preferencia para tener un cuerpo sano, observación de la imagen corporal en espejos y dibujo total de siluetas para identificar las cualidades del cuerpo, y situaciones que producían lemas publicitarios.

• **Prevención en Imagen Corporal y Alimentación (PIA)**

En chicas adolescentes argentinas. Piloto, no controlado. Con alfabetización de medios y actividades basadas en disonancia cognitiva en el colegio en tres semanas con una hora de sesión grupal. Con efectos positivos pequeños o medios en pos-test, alguno mantenido a los seis meses: reducciones en preocupaciones por la imagen corporal, deseo de adelgazar y proporción de participantes con actitudes alimentarias disfuncionales.





PREVENCIÓN
CONJUNTA DE TCA Y
SOBREPESO, OBESIDAD

07



07 PREVENCIÓN CONJUNTA DE TCA Y SOBREPESO, OBESIDAD

En los últimos años se han desarrollado programas de prevención dirigidos a abordar de forma conjunta el amplio espectro de los denominados **“problemas relacionados con el peso y la alimentación”**.

Hay razones prácticas y económicas para la integración. No podemos caer en el error de centrar la atención de la salud pública en la obesidad e ignorar la prevención de los TCA.

Además, el espíritu de la época (“zeitgeist”), el momento cultural específico, tiene un innegable peso para explicar las cifras de prevalencia de ambos trastornos que comparten factores de riesgo comunes.

Se trata a través de una prevención integrada de evitar mensajes contradictorios y de controlar la posible influencia nociva de los esfuerzos dirigidos a la prevención de la obesidad en el desarrollo de los TCA que es una cuestión controvertida y cuestionada en el momento presente.

Y es que, algunos de los métodos que se han utilizado para prevenir la obesidad están en oposición a los empleados para prevenir los TCA.

Hay una comprensible preocupación acerca del riesgo potencial dañino de los programas comunitarios y escolares de prevención de la obesidad. De que estimulen la práctica de dietas sin control médico, reduzcan la autoestima

de los niños con sobrepeso y promuevan percepciones corporales distorsionadas o desencadenen bromas o acoso (“bullying”) por la talla corporal, la figura. Sin embargo, los programas comunitarios activos sensibles que controlan el impacto negativo y que promueven una alimentación saludable y reducir la obesidad son seguros y parece más probable que reduzcan la alimentación alterada (más que incrementarla).

Por lo tanto, las estrategias preventivas pueden y deben unirse en la prevención de la alimentación alterada con la meta en normalizar la actividad y la alimentación y mejorar la conciencia crítica con los “mass media” (“alfabetización de los medios”), la autoestima y la resiliencia, y disminuir los prejuicios contra la obesidad.

La salud pública en gran parte ha pasado por alto entre sus preocupaciones de forma **negligente** el importante **solapamiento entre TCA y obesidad**. Es necesario el **enfoque integrado para su prevención y tratamiento**.



Un ejemplo de exitoso programa integrado es el programa escolar para la prevención de la obesidad y de las conductas desordenadas de control del peso **Planet Health**, que ha demostrado prevenir de forma coste efectiva el desarrollo de la bulimia neviosa.

Y en ensayos controlados aleatorizados se encuentra que previene ambas patologías: la obesidad y el inicio de conductas compensatorias, específicamente vómitos o el empleo de laxantes o píldoras adelgazantes, en chicas adolescentes tempranas.

Media Smart es otro programa que muestra beneficio en factores de riesgo de obesidad y de TCA. Y es un prometedor enfoque desde la alfabetización de medios para reducir ambos trastornos.

En España, el programa **MABIC** ha sido estudiado con un ensayo multicéntrico controlado no aleatorizado con seguimiento a un año. La intervención administrada se integra en el marco teórico del modelo cognitivo social, en el enfoque educativo denominado alfabetización en medios de comunicación y en la teoría de la disonancia cognitiva.

Con mayores reducciones en las **chicas del grupo intervención en la internalización del ideal de belleza, actitudes alimentarias alteradas y preocupación por el peso** al año de seguimiento.



También en España, nuestro currículo ZARIMA aplicado en Santander por el grupo interdisciplinar **SANTUCA** ha demostrado su efecto positivo preventivo sobre el sobrepeso.

El programa ZARIMA fue diseñado para prevenir los TCA desde el modelo de la educación para la salud.

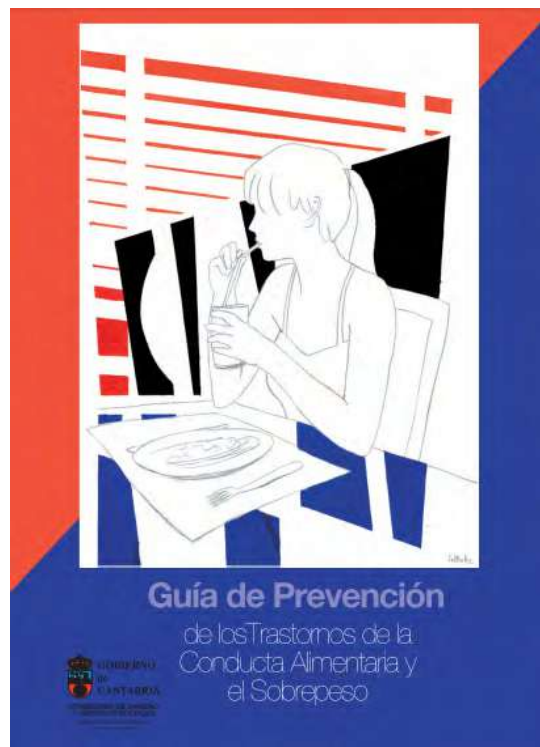
Tras probarlo en ensayo controlado en una muestra de 437 adolescentes tempranos cántabros de 1º de la E.S.O. al año de seguimiento las tasas de sobrepeso ($P_c < 85$) son de un 29,7% en el grupo de intervención frente a un 41,3% de los controles.

En la evaluación basal el 39,8% de la muestra tiene sobrepeso-obesidad: 18,1% sobrepeso y 21,8% obesidad.

En la muestra total el sobrepeso es 13,4% en intervención frente a 24,6% controles ($p < 0,00$). En las chicas el sobrepeso es 9,3% en intervención frente a 26,1% controles ($p < 0,00$). Con cambio estadísticamente significativo en las chicas y en el sobrepeso no así en la obesidad. Se trata del primer programa que demuestra ser eficaz en España en la prevención conjunta del riesgo de TCA y de sobrepeso.

Un resultado prometedor, que anima a investigar en esta dirección, como el Proyecto **MABIC**.

Se justifica con estos hallazgos la posibilidad de realizar un programa manualizado integrado de prevención que reduzca a la vez el riesgo de TCA y de sobrepeso en adolescentes para optimizar recursos desde el modelo de educación para la salud, promoción de la salud.



Guía de Prevención de los TCA y el sobrepeso.







RESULTADOS
PROGRAMA ZARIMA

08



08 RESULTADOS PROGRAMA ZARIMA

Tras un estudio epidemiológico de TCA en una muestra amplia representativa estratificada comunitaria de 4.047 adolescentes españoles de 12-18 años en Zaragoza con métodos estandarizados (en dos estadios) se puso en marcha un estudio prospectivo para examinar el efecto de un programa escolar controlado para la prevención de TCA por parte del grupo ZARIMA Prevención.

Este equipo interdisciplinar que trabaja en TCA, ha desarrollado un programa de acción comunitario que promueve la salud mental y realiza prevención primaria y secundaria.

Que ha sido incluido en el Directorio de Proyectos en Europa, Promoción de Salud Mental de Adolescentes y Jóvenes, Mental Health Europe financiado por la Comisión Europea y entre los recursos recopilados para trabajar con minorías étnicas o con grupos que no hablan inglés en el Manual americano "The prevention of eating problems and eating disorders. Theory, Research, and Practice".

Y en colaboración con la asociación de familiares de TCA (ARBADA) y el Consejo Nacional de la Juventud de Aragón (CJA), declarado de interés sanitario y financiado por el Departamento de Salud Gobierno de Aragón.

El marco educativo es un lugar importante para la labor preventiva. La meta del proyecto es lograr la prevención primaria y secundaria de los TCA en adolescentes en la escuela y las asociaciones juveniles, O.N.G.s, instituciones de ocio y tiempo libre, la educación no formal.

Investigaciones anteriores se han centrado en lo didáctico unidireccional olvidando lo experiencial y participativo, no han contado con los padres, no han diseñado ni evaluado de forma adecuada las intervenciones.

Los padres junto con profesores, entrenadores y otros miembros de la escuela juegan un papel importante en el ambiente social de los jóvenes y deben incorporarse a las intervenciones.

Además, el programa se diseña para su uso con todos los estudiantes, chicos y chicas. La intervención se conduce en un medio coeducativo sin un curriculum separado para estudiantes masculinos o femeninos. Los participantes son estudiantes de ambos sexos, no sólo chicas o chicas con riesgo.



La mayoría de los programas de prevención son curricula con intervenciones en pequeño grupo para estudiantes. Se centran en cambiar los conocimientos, creencias, actitudes, intenciones y conductas de los individuos escolarizados.

Los mayores efectos positivos ocurren con programas selectivos, interactivos y multi-sesión como el nuestro. Los estudios de prevención avalan la importancia de las intervenciones multicomponente aplicadas en población adolescente.

Este estudio se hace en el medio escolar por varias razones:

- Nuestra primera meta es evaluar si una intervención preventiva puede ser efectiva en un medio comunitario (en el "mundo real").
- Por el fácil acceso a adolescentes estudiantes con riesgo por su edad.
- Es particularmente importante que las escuelas ofrezcan un ambiente "amistoso" con la imagen corporal. Se debe proporcionar apoyo a las escuelas para asegurar que se llevan a cabo políticas que faciliten la aceptación de la diversidad, un apropiado entrenamiento a los profesores, el desarrollo de un currículo de prevención apropiado e información a los padres.



HIPÓTESIS Y OBJETIVOS

Se espera encontrar que entre los adolescentes de 1º de la E.S.O. la tasa de prevalencia de TCA (con criterios diagnósticos estrictos CIE-10, DSM-IVTR: F 50.0, F 50.1, F 50.2, F 50.3 y F 50.8) esté en caso de las mujeres en un intervalo entre un 1% y un 5%, con predominio de TCA no especificados o atípicos (F50.1, F50.3, F50.8).

Se espera hallar una población con riesgo de TCA (con puntuación en el cuestionario auto-cumplimentado de criba EAT-26 superior o igual al punto de corte de 20) entre un 4% y un 12%.

Se espera encontrar que la tasa de incidencia (casos nuevos) de TCA (con criterios diagnósticos estrictos CIE-10, DSM-IVTR: F 50.0, F 50.1, F 50.2, F 50.3 y F 50.8) es menor de forma significativa en el grupo de intervención (donde se aplica el programa preventivo ZARIMA) y no en el grupo control a los doce meses de seguimiento (en 2º E.S.O.) y a los 36 meses (4º E.S.O.).

Se espera hallar que se mantiene la diferencia significativa entre el riesgo de TCA en los grupos control y grupo intervención a los 12 meses y 36 meses de seguimiento (en 2º E.S.O. y 4º de E.S.O.).

Objetivo general: realizar prevención primaria selectiva y prevención secundaria de TCA en adolescentes (Enseñanza secundaria) con una intervención en medio escolar con un programa manualizado.

Objetivos específicos: que la población con riesgo de TCA sea significativamente menor en el grupo de intervención al año de seguimiento y a los tres años (2º y 4º de E.S.O.).

Que la tasa de incidencia (casos nuevos) de TCA (CIE-10, DSM IV-TR) sea significativamente menor en el grupo intervención al año y tres años de seguimiento y no en el grupo control.

MÉTODO

Se establece un diseño experimental con grupo control (ensayo controlado aleatorizado multicéntrico) con medidas psicológicas estandarizadas en grupo de intervención y grupo control, pre- y post-intervención con seguimiento de la cohorte a uno y tres años, en escuelas/institutos de la Comunidad Autónoma de Aragón en la ciudad de Zaragoza (España), con alumnos de Enseñanza Secundaria.

Se inicia en 1º de la E.S.O., "Educación Secundaria Obligatoria" (primer año Enseñanza Secundaria Obligatoria, grado equivalente en el sistema escolar norteamericano: seventh-grade, 12-13 años). Con seguimiento en 2º de la E.S.O. (segundo año de Enseñanza Secundaria Obligatoria, grado equivalente: eighth-grade, 13-14 años) y 4º de la E.S.O. (cuarto año de Enseñanza Secundaria Obligatoria, grado equivalente: tenth-grade, 15-16 años). Los participantes completan encuestas de inicio, final y 12 y 36 meses de seguimiento.

MUESTRA: la muestra original aleatoria consiste en cinco colegios públicos y cinco privados concertados de la ciudad de Zaragoza (capital de Aragón, con unos 700.000 habitantes) con al menos dos aulas de 1º E.S.O. en cada escuela. Asignamos aleatoriamente cada aula al grupo de intervención o control. Un aula por centro se asigna por azar para implementar un programa para reducir riesgo e incidencia de TCA. Otra aula por centro se asigna para sólo una evaluación control. Los equipos directivos y profesores aceptan participar previamente a la aleatorización.

PROGRAMA: en todos los centros se aplica el mismo programa por investigadores estandarizados. La intervención consiste en cinco sesiones semanales de 120 minutos de duración. Se integra en el horario escolar habitual, con actividades en pequeño grupo, coeducativos, técnicas de implicación en alimentación, en imagen corporal, diferencias genéricas, habilidades para resistir la presión social, la influencia sociocultural, interpretar y resistir la influencia de los medios de comunicación ("media"), autoestima/autoconcepto, habilidades sociales y comunicativas, entrenamiento asertivo.

Diferentes enfoques técnicos y metodológicos se aplican, como "role-playing", juegos, discusión en pequeño grupo, debates, video, diapositivas, dibujo, representaciones. Las intervenciones se diseñan para llegar a los estudiantes en lo cognitivo, emocional y conductual.

Los asuntos discutidos en las sesiones son de naturaleza emocional, sensible. En todos los casos dos o tres miembros del equipo están disponibles para responder preguntas.

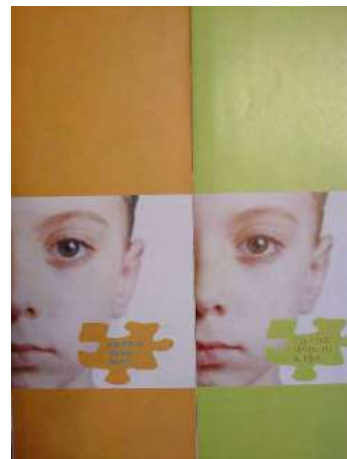
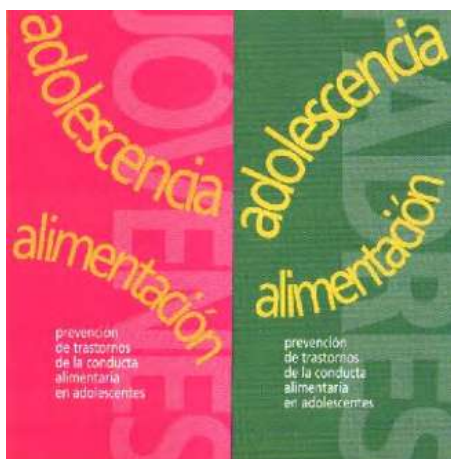
Se trabaja con adolescentes, padres y profesores. Se combina la evaluación por profesores, entrenamiento de padres y entrenamiento en habilidades de los estudiantes.

Está planeado que el profesor habitual permanezca en la clase durante la sesión. Para contribuir a una marcha tranquila de la sesión y, en particular, facilitar la discusión en pequeño grupo. Además, es testigo (evaluador independiente) en cada clase y llena una evaluación.

Nuestro programa para padres consta de una sesión de dos horas con trabajo en pequeños grupos, que incluye dos casos ejemplo de situaciones cotidianas, seguido por discusión de 45 minutos y un folleto para padres. Se anima a la discusión abierta ayudada por facilitadores. Se basa en modelos teóricos de sistemas familiares y aprendizaje social.

Proporciona estrategias claras y oportunidades para que los padres compartan sus experiencias. Intentamos entrenar a padres en métodos de crianza para adolescentes efectivos, animar a una comunicación franca de peticiones y soluciones entre miembros de la familia, y minimizar conflictos.

Un año después se da una sesión de refuerzo en nutrición e imagen corporal con actividades en pequeño grupo, técnicas activas, actividades interactivas (Pirámide alimentos, silueta), vídeo DVD de 6 minutos "Comer bien, verse mejor" seguido por discusión de 30 minutos, de sentimientos y experiencias obtenidas del vídeo, y un folleto para los alumnos. Y otra sesión para padres (información sobre TCA, vídeo y discusión de 30 minutos). Los folletos tienen una versión cántabra, canaria y vasca (bilingüe).



Se escribe un extenso manual, una guía teórica/ práctica (material educativo del programa) que se publica y distribuye gratuitamente, la "Guía práctica. Bulimia y anorexia. Prevención de TCA" con siete capítulos teóricos con información para educadores y siete prácticos con objetivos y tareas para adolescentes y padres.



BULIMIA Y ANOREXIA



EVALUACIÓN ESTÁNDAR: se emplean medidas psicológicas estandarizadas en los grupos intervención y control, pre- y post-intervención.

Se usa un procedimiento en doble fase para identificar casos prevalentes de TCA y nuevos casos incidentes de TCA con criterios diagnósticos CIE-10, DSM IVTR. Se hace una criba con cuestionarios validados (Eating Attitudes Test, EAT-26) y entrevistas semi-estructuradas (Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry, SCAN) en intervención y control al inicio y tras 12 y 36 meses.

Se emplea un diseño de corte en dos estadios, con cribado y entrevistas de sujetos positivos y negativos.

En la primera fase se emplea cuestionarios autoadministrados para detectar población con riesgo de TCA. Investigadores administran la versión española del Eating Attitudes Test (EAT-26). Los alumnos responden anónimamente en clase. Los investigadores que supervisan no interfieren en las respuestas, pero se aseguran de que cada alumno responda independientemente y sin molestias por sus pares.

En la segunda fase se efectúa una evaluación con entrevista semi-estructurada de quienes se considera con riesgo en la primera fase y una muestra aleatoria de los negativos por un psiquiatra o psicólogo clínico investigador que administra el SCAN ciego para la condición del alumno evaluado al inicio. Los participantes se evalúan tras 12 meses de seguimiento con similar procedimiento.

El análisis cuantitativo de los datos se complementa con otro cualitativo, de comentarios verbales y escritos de profesores y estudiantes. En la última sesión de cada programa, se invita a los adolescentes al debate y evaluación con preguntas: qué les ha gustado y no, sobre las actividades, y sugerencias para mejorar la intervención. Los datos de la evaluación son generados en grupos de discusión conducidos por facilitadores.

El video DVD "Comer bien, verse mejor" se realiza especialmente para el programa tras la sugerencia de los adolescentes en la sesión de evaluación.

VARIABLES: para cada participante se registra edad, género, curso y escuela. Los TCA se miden con una estrategia en doble fase: en la primera se usa un cuestionario para detectar población con riesgo (EAT-26) y en la segunda una entrevista (SCAN) para diagnosticar TCA. Un cuestionario autocumplimentado se administra antes y después de la intervención. Los sujetos son cribados con el EAT-26 en su versión validada al español.

Se administran los siguientes cuestionarios pre y post:

- Cuestionario de nutrición: para valorar los conocimientos nutricionales previos.
- Escala Eating Attitudes Test, EAT-26, procedente del análisis factorial del EAT-40, validado en España: una puntuación igual o mayor de 20 identificaría al encuestado como población de riesgo de TCA. Consta de tres subescalas: dieta, bulimia y preocupación por la comida y control oral.
- Escala de Satisfacción con el propio cuerpo (SPC).
- Dos subescalas del Eating Disorder Inventory (EDI) (tendencia a adelgazar, IA, e insatisfacción corporal, IC).
- Dibujo de la figura humana ideal (para su mismo sexo): útil para una valoración cualitativa y para emplearlo posteriormente como material de debate con los participantes.

Los cuestionarios se administran la semana previa al inicio del programa de intervención y de nuevo la quinta semana. Aunque las medidas autoadministradas son un método de criba práctico y eficiente, se complementan con una entrevista diagnóstica para obtener tasas de prevalencia acertadas.

Los adolescentes que puntúan 20 o más (punto corte) en el EAT-26 y una muestra aleatoria de los negativos se seleccionan para entrevista semi-estructurada con un psiquiatra o psicólogo clínico entrenado, el SCAN en una versión adaptada a la cultura española. Un equipo de cuatro clínicos, "ciego" con enmascaramiento para las puntuaciones de los estudiantes conduce las entrevistas. Las entrevistas tienen lugar en el propio colegio con 30 minutos de duración. Los entrevistadores son psiquiatras infantiles y psicólogos clínicos con gran experiencia en psiquiatría adolescente y TCA, estandarizados previamente. Los entrevistadores registran la respuesta de los estudiantes a cada pregunta de acuerdo a un formato precodificado para su entrada informática y tienen un espacio adicional para anotaciones clínicas. Tras cada entrevista, el entrevistador prepara un informe basado en las respuestas codificadas y sus notas clínicas y asigna un diagnóstico. Los TCA son identificados y clasificados de acuerdo con criterios de la International Classification of Diseases, 10ª revisión (CIE-10) y Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, fourth edition (DSM-IV).

Medidas antropométricas, peso y talla son primero auto-informados y luego medidos con procedimientos estándar con básculas y tallímetros portátiles, con confidencialidad, por enfermeras entrenadas. La talla se mide siempre en el mismo momento de la mañana (la talla varía a lo largo día) con tres medidas por participante y media. Se obtiene el Quetelet o Índice de Masa Corporal (IMC; peso (Kg) / talla (m²)), para medir el estado nutricional de cada individuo. El IMC se relaciona con tablas estandarizadas para la población española, por edad y sexo (datos de referencia).

RECOGIDA DE DATOS, TRABAJO DE CAMPO: la investigación se presenta por correo a los directores de los colegios, claustros y asociaciones de padres, con un modelo de autorización (de septiembre a octubre). Después se contacta por teléfono para elegir la fecha

apropiada para realizar la 1ª y 2ª fases del estudio. Se obtiene consentimiento informado escrito del joven y su padre-madre/tutor. El consentimiento parental escrito se obtiene tras la explicación completa del procedimiento.

La participación de los adolescentes es totalmente voluntaria. Se obtiene su consentimiento y cada adolescente lo firma con la información dada al inicio del estudio. Los tests se distribuyen sólo a aquellos alumnos que han rellenado el consentimiento. Los adolescentes hacen las pruebas en clase con sus compañeros.

La encuesta es de aproximadamente ocho páginas con unos 30 minutos para completarla.

Se obtienen las aprobaciones institucionales éticas relevantes de Comités Éticos de Investigación Clínica (CEICA) en todas las ciudades del estudio. Se siguen los principios de la Declaración Helsinki e Informe Belmont.

Todos los cuestionarios son anónimos, empleando un código numérico con una tarjeta con los datos personales si el adolescente resulta elegido para la segunda fase. Si se diagnostica un TCA en esta fase, se provee diagnóstico y tratamiento en unidad especializada.

Preparamos un detallado manual de instrucciones y estandarizamos el procedimiento de los equipos que acuden a los colegios (de septiembre a diciembre). El trabajo de campo es de enero a abril cada año al ser el más apropiado por calendario escolar.

ANÁLISIS DE DATOS: durante el trabajo de campo, se codifican y verifican los cuestionarios. Se hacen dos bases de datos con los mismos datos de los cuestionarios introducidos por dos personas separadas y se comparan posibles errores durante la introducción de datos. Para evitar los errores hasta donde es posible introducimos controles automáticos.

Tras comparar las dos bases de datos y los cuestionarios originales finalmente tenemos unos datos limpios y completos. Calculamos las características sociodemográficas, prevalencia e incidencia TCA con sus intervalos confianza 95% (IC) con Confidence Interval Analysis (C.I.A.) disk version 2.0.0. Usamos el método recomendado (Wilson) con menos de 30 en cada grupo o si las proporciones observadas están fuera del rango 0,1 a 0,9.

RESULTADOS

En la evaluación basal, se estudia 502 alumnos de 545 seleccionados de 12 y 13 años de edad (tasa de respuesta del 92,1%): 257 del grupo de intervención y 245 del grupo control, 266 chicas y 236 chicos, 238 en institutos públicos y 264 en colegios concertados. Encontramos 43 pérdidas por absentismo.

No hay diferencias significativas entre los dos grupos. En el grupo de intervención 20/257, el 7,8% (IC 95%: 5,1%-11,7%) se clasifican con riesgo de TCA (> 20 en EAT-26) y en el control 19/245, el 7,8% (IC 95%: 5,0%-11,8%). La diferencia entre las dos proporciones se estima en 0,000. El error estándar (EE) de la diferencia es de 0,024. El intervalo de confianza al 95% para la diferencia entre las dos proporciones es de -0,048 a 0,048, no es significativa.

Los resultados incluyen una diferencia significativa en el conocimiento entre los grupos intervención y control en la evaluación tras aplicar el programa. Encontramos un incremento significativo del conocimiento de nutrición, de 5,5 a 7,1 al comparar las medias en los individuos antes y después de la intervención, con el Wilcoxon Test en el grupo de intervención (sube de 5,5 a 7,1, $p=0,0000$), pero no en el control (baja de 6,4 a 6,3, $p=0,8741$).

Y un descenso estadísticamente significativo en las influencias socioculturales en el modelo estético corporal valorado con el Sociocultural Attitudes Towards Appearance Questionnaire (SATAQ) con el Wilcoxon Test en el grupo de intervención (3,7 a 32,7, $p=0,0000$), y no en el control (33,7 a 33,7, $p=0,8166$).

Se entrevistan 68 alumnos en la evaluación basal. La tasa de prevalencia puntual para mujeres adolescentes (criterios CIE10, DSM-IV) es de 2,6% (IC 95%: 1,3% a 5,3%, EE: 0,010) ($n=7$ TCANE, no especificados). La tasa de prevalencia para varones (CIE-10, DSM-IV) es de 0,0% (IC 95%: 0,0% a 1,6%, EE: 0,000) ($n=0$).

Un año después se estudia 441 adolescentes: 222 en intervención y 219 en control ($n=61$ ausencias, tasa de respuesta: 80,9% de seleccionados), 237 chicas y 204 chicos, 204 en centro público y 237 en privado concertado.

Durante los 12 meses del periodo de estudio 104 estudiantes lo abandonan. Las pérdidas ($n=104$) se deben a cambio de centro escolar (frecuente en estas edades) y al absentismo.

Comparado con los controles, los adolescentes del grupo de intervención disminuyen significativamente su riesgo de TCA. En el grupo de intervención 9/222, el 4,1% (IC 95%: 2,1%-7,5%) se clasifican con riesgo de TCA ("high scorers" EAT-26) y 23/219, el 10,5% (IC 95%: 7,1%-15,3%), en el control.

La diferencia entre las dos proporciones se estima en 0,064. El error estándar (EE) de la diferencia es de 0,025. El intervalo de confianza al 95% para la diferencia entre las dos proporciones es de 0,016 a 0,116. La diferencia que no incluye el 0, el valor de la igualdad, es significativa.

Se entrevista 125 alumnos a los 12 meses de seguimiento:

AÑO	PREVALENCIA DE TCA EN INTERVENCIÓN		PREVALENCIA DE TCA EN CONTROL	
	♂	♀	♂	♀
1999	0	3 TCANE	0	4 TCANE
2000	0	2 TCANE	1F50.2 Bulimia nerviosa	6 TCANE

En 2000 la incidencia de nuevos casos de TCA es de 4,1% (IC 95%: 1,7%-9,2%, EE: 0,018) en mujeres controles ($n=5$ TCANE) y 0,0% (IC 95%: 0,0%-3,3%, EE: 0,000) en las mujeres del grupo de intervención.

La incidencia de nuevos casos de TCA es 1,0%

(CI 95%: 0,2%-5,7%) en los varones control ($n=1$ F50.2, 1Bulimia Nerviosa) y 0,0% (CI 95%: 0,0%-3,4%) en intervención.

Encontramos seis casos incidentes de TCA en el grupo control.

Incidencia de nuevos casos de TCA a los 12 meses de seguimiento

SEXO	INCIDENCIA INTERVENCIÓN (IC 95%)	INCIDENCIA CONTROL (IC 95%)	DIFERENCIA (IC 95%)
♂	0,0% (0,0% a 3,4%)	1,0% (0,2% a 5,7%)	0,010 (-0,05 a 0,057)
♀	0,0% (0,0% a 3,3%)	4,1% (1,75 a 9,2%)	*0,041 (0,001 a 0,092)
Todos	0,0% (0,0% a 1,7%)	2,7% (1,3% a 5,8%)	*0,027 (0,005 a 0,058)

*Diferencia estadísticamente significativa.

En 2002, a los 36 meses de seguimiento, en 4º de la E.S.O. se estudian 351 alumnos de los 545 seleccionados al inicio: 172 intervención y 179 control (tasa de respuesta del 64,4% seleccionados), 178 chicas y 173 chicos, 157 en centros públicos y 194 en privados concertados. En el grupo de intervención 6/172, el 3,5% (IC 95%:

1,6%-7,4%) se clasifica con riesgo de TCA y en el control 12/179, el 6,7% (IC 95%: 3,9%-11,1%). La diferencia entre las dos proporciones se estima en 0,032. El EE de la diferencia es 0,023. El intervalo de confianza al 95% para la diferencia entre las dos proporciones es de -0,016 a 0,082, incluye el 0, no es significativa.



DISCUSIÓN

De la revisión de estudios recientes (pese a sus limitaciones metodológicas, se sugiere que la prevalencia de conductas y actitudes alimentarias anómalas en poblaciones no clínicas españolas no difiere marcadamente de lo descrito en otros países desarrollados. Nuestro estudio viene a sumarse a estos hallazgos.

Los cuestionarios autoadministrados o de autoinforme sirven ante todo para detectar conductas alimentarias desviadas menores. Sólo la entrevista clínica permite el diagnóstico de verdaderas anorexias o bulimias. En este estudio se llega al diagnóstico sólo tras la entrevista por un clínico experimentado y adiestrado en el procedimiento.

Como se observa en otros estudios entre los casos diagnosticados ninguno estaba en tratamiento o había sido detectado previamente a este estudio comunitario de prevención secundaria. De ahí la importancia de las campañas de detección temprana en la comunidad.

Un enfoque multidisciplinar con el foco en los adolescentes, su contexto y relaciones parece efectivo, con programas relativamente económicos (coste, tiempo y recursos humanos).

Los programas de prevención primaria escolar selectiva pueden representar una oportunidad actualmente para disminuir la incidencia de los TCA, cuya prevalencia en la comunidad se mantiene en cifras similares desde la década de los noventa.

Los programas basados en la escuela, centrados en los factores de riesgo para las mujeres, con elementos interactivos, inducción de disonancia cognitiva y sesiones de refuerzo, muestran efectos significativos, en condiciones metodológicamente rigurosas.

LIMITACIONES

El número de sujetos de este estudio previo era pequeño ($n=502$), quitando potencia para el análisis estadístico. Lo que puede resultar inapropiado para generalizar nuestros hallazgos. Una replicación se requería y se llevó a cabo con el proyecto multicéntrico de investigación del Fondo de Investigación Sanitaria F.I.S. PI 05/2533.

Miembros de la comunidad por ética pueden cuestionar el empleo de un grupo control. Aunque, el diseño con grupo control aleatorio es ideal para controlar amenazas a la validez interna (p.e. sesgo de selección).

Estos resultados pueden no ser aplicables a adolescentes de otros países, en sociedades diferentes, con posibles diferencias transculturales. La aplicabilidad de los contenidos y evaluación de este programa en otras poblaciones no puede asumirse sin más sin futuros estudios. Futuros estudios se deben diseñar para identificar que subgrupos de adolescentes es más o menos probable que respondan a la intervención.

Todos los métodos tradicionales de evaluación tienen sus debilidades y limitaciones. Las medidas auto-cumplimentadas son vulnerables a la distorsión por falseo, fingimiento (bueno o malo), inexacto recuerdo de acontecimientos, y/o respuestas fijas. Las entrevistas, consideradas el patrón oro de las técnicas de valoración, también están sujetas a distorsiones. Pueden producir información inexacta por el sesgo del entrevistador o la falta de sensación de confidencialidad o anonimato, que lleva al sujeto a mentir en asuntos sensibles. Es importante establecer muchas protecciones o defensas en contra de posibles sesgos y distorsiones. Así empleamos varios métodos en lugar de uno, evaluadores o entrevistadores entrenados, un formato estructurado (SCAN), y medidas autocumplimentadas con preguntas escritas claramente, fáciles de contestar (EAT-26), como medidas protectoras en este programa.

No hemos encontrado un modo efectivo de evitar que los adolescentes que reciben el currículum comenten lo aprendido con los del grupo control (efecto de contaminación o stillover). pero no es lo mismo vivir la experiencia y participar en técnicas de implicación que recibir información oral por los pares.

En el seguimiento a los 36 meses hay diferencias, pero ya no son significativas. Influyen las numerosas pérdidas en el seguimiento (un 35,6%), y quizás sea necesario hacer más sesiones de refuerzo para mantener el efecto positivo a largo plazo.

Hay importantes limitaciones en este trabajo, como en cualquier investigación epidemiológica, difíciles de subsanar. Se puede cuestionar el empleo del EAT-26 como cuestionario de criba, aunque se emplee una versión validada al español, dada la tendencia a la negación, al secreto y la falta de motivación al tratamiento de las pacientes con TCA, que pueden ocultar sus actitudes y conductas alimentarias anómalas en un test autocumplimentado de este tipo. La única forma de evitar por completo este sesgo sería la entrevista clínica aplicada a toda la muestra lo que supera nuestras posibilidades como equipo investigador.

Otro problema es la aplicación de los criterios diagnósticos categoriales de las clasificaciones internacionales en la comunidad donde predominan los casos subclínicos dentro de un espectro en donde en ocasiones puede ser difícil establecer los límites entre lo normal y lo patológico.

CONCLUSIONES

Las tasas de prevalencia puntual de TCA CIE-10, DSM-IV en la población española de estudiantes adolescentes tempranos encontrada en nuestro estudio es similar a la publicada en otros países desarrollados, en otros estudios españoles.

La prevalencia de TCA no especificados subclínicos o atípicos, que no cumplen todos los criterios diagnósticos, es sustancialmente mayor que los síndromes completos. Por ello, sería aconsejable desarrollar dispositivos tanto de prevención primaria como secundaria.

Aunque los programas psicoeducativos de prevención universal de TCA han tenido poco éxito, nosotros desarrollamos y evaluamos un programa de prevención selectiva multifacético, dentro de la Educación para la Salud, que parece capaz de prevenir el inicio de TCA.

El programa ZARIMA ha probado ser efectivo evaluado científicamente con métodos estandarizados al año de seguimiento. Tras 12 meses de seguimiento el riesgo de TCA en el grupo intervención fue casi un tercio del control (4,1% v. 10,5%), y la incidencia de TCA es menor significativamente en el grupo intervención y no en control (0,0% v. 2,7%), un resultado prometedor.

Una evaluación rigurosa con un ensayo controlado aleatorizado en un estudio de cohorte ha mostrado estos resultados que precisaban ser replicados. Este estudio aporta pruebas preliminares de que la prevención de TCA (DSM-IV, CIE-10) en adolescentes puede ser posible.

Era precisa una investigación adicional, probando de nuevo este programa con una muestra mayor y diferente.

Tras el éxito inicial de la primera experiencia en Zaragoza, el grupo inició un nuevo programa en 2006.

Al pretender que fuese un estudio multicéntrico, el equipo tuvo que buscar nuevos componentes en las otras ciudades participantes en la investigación, todos ellos pertenecientes a alguna de las profesiones citadas como miembros de ZARIMA o a la Psicopedagogía, Orientación.

Y nuestro programa ZARIMA manualizado ha demostrado ser efectivo con diferencias significativas entre las puntuaciones de riesgo de TCA en el grupo de intervención y el grupo control al año de aplicarlo en una muestra total de 1.813 alumnos de 1º de Enseñanza Secundaria Obligatoria, de 12 y 13 años, chicos y chicas, adolescentes tempranos en la escuela en la Zona Norte de España, en centros de secundaria públicos y privados (87 aulas) en Zaragoza, Santiago de Compostela, Vigo, Orense y Santander en estudio financiado por el Fondo de Investigación Sanitaria FIS. PI 05/2533.

En 2006, en Fuerteventura se aplica asimismo nuestro programa ZARIMA por el Grupo multidisciplinar **Sáciate** y acepta participar una muestra amplia y representativa de 798 alumnos de 8 centros en Fuerteventura (44 aulas).

ESTUDIO MULTICÉNTRICO FIS PI 05/2533

MUESTRA: la muestra original aleatoria de nuestro primer estudio consistió en cinco colegios públicos y cinco privados concertados de la ciudad de Zaragoza (capital de Aragón, con unos 700.000 habitantes) con al menos dos aulas de 1º E.S.O. en cada escuela. Asignamos aleatoriamente cada aula al grupo de intervención o control. Un aula por centro se asigna por azar para implementar un programa para reducir riesgo e incidencia de TCA. Otra aula por centro se asigna para sólo una evaluación control. Los equipos directivos y profesores aceptan participar previamente a la aleatorización.

Se calculó el tamaño muestral necesario para detectar como significativa una diferencia entre intervención y control del 6% o superior. Aceptamos un riesgo alfa del 0,05 y beta del 0,20. El tamaño muestral se ajustó aumentando en función de las posibles pérdidas en el

seguimiento (un 40%). Debía ser un mínimo de 307 en cada grupo, en total 614 sujetos.

Centramos el trabajo en la adolescencia temprana, esto es, adolescentes entre 12 y 13 años. Para ello solicitamos la participación de alumnos de 1º de ESO en 29 colegios públicos y privados de tres poblaciones españolas: Santiago de Compostela, Santander y Zaragoza. Previa aceptación del programa por el equipo directivo y profesores de los centros, se seleccionaron 2 aulas de 1º ESO en cada centro, asignando aleatoriamente a cada una al grupo intervención o al control.

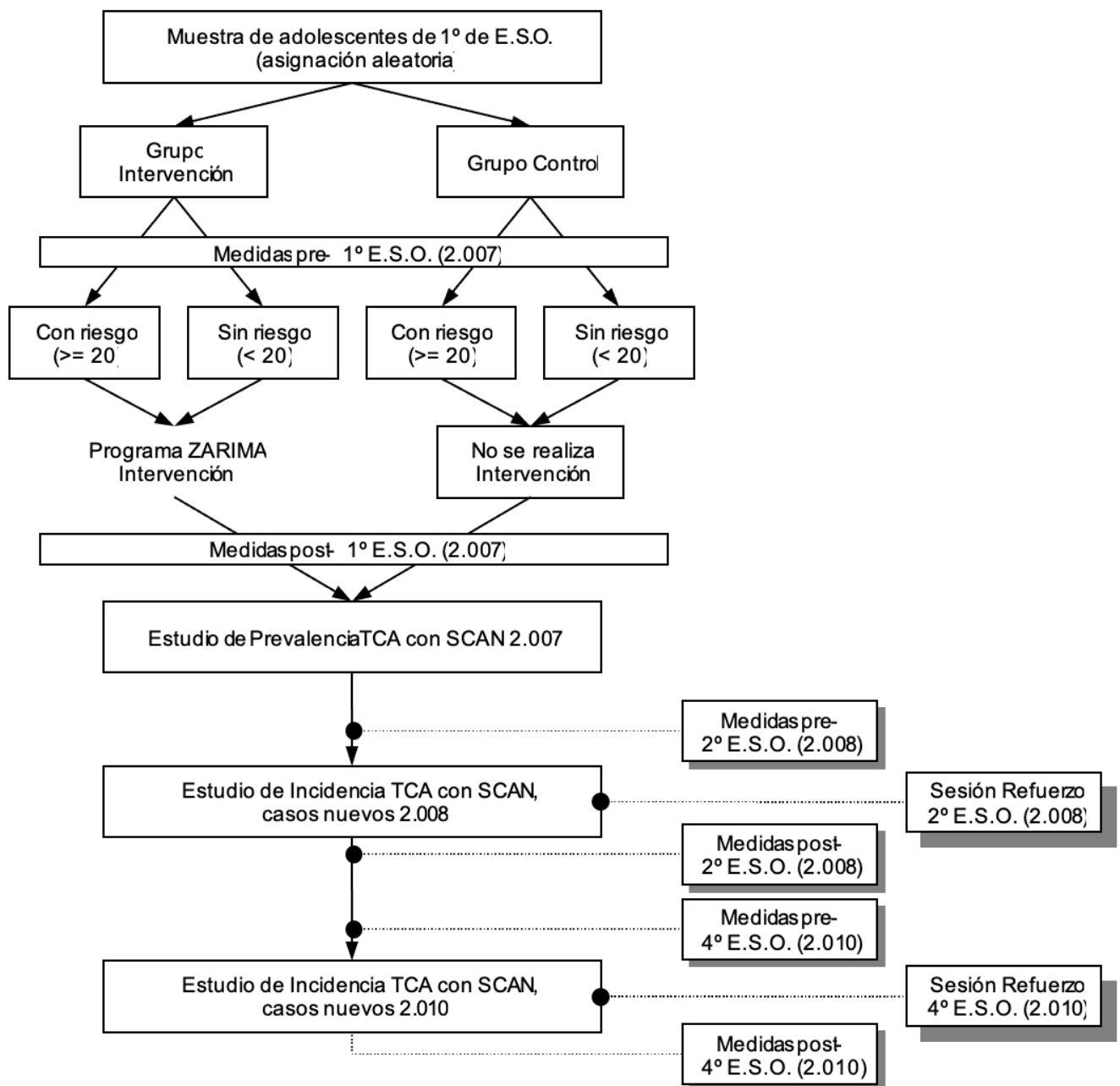
Participaron en el segundo estudio un total de 29 escuelas/institutos con 73 aulas de Santander (10 centros, 20 aulas), Santiago de Compostela (10 centros, 23 aulas) y Zaragoza (9 centros, 30 aulas) con alumnos de Enseñanza Secundaria.



METODOLOGÍA

Fue la misma que en el primer estudio de Zaragoza. Se emplean medidas psicológicas estandarizadas en los grupos intervención y control, pre- y post-intervención. Se usa un procedimiento en doble fase para identificar casos

prevalentes de TCA y nuevos casos incidentes de TCA con criterios diagnósticos CIE-10, DSM IVTR. Se emplea un diseño de corte en dos estadios, con cribado y entrevistas de sujetos positivos y muestra aleatoria de negativos.



Cronograma de aplicación del Programa ZARIMA en Zona Norte de España (Fondo de Investigación Sanitaria F.I.S. PI 05/2533).

RESULTADOS

En 2007 contamos con una muestra inicial de 1558 participantes del Norte de España (Zaragoza, Santander y Santiago de Compostela) que dividimos aleatoriamente en grupo control e intervención. Analizadas las características sociodemográficas y clínicas de uno y otro mediante el programa Epidat podemos decir que partimos de grupos sin diferencias estadísticamente significativas en estos aspectos.

La población con riesgo hallada inicialmente, esto es, la prevalencia del riesgo de padecer un TCA en la muestra estudiada es de 9,5% (7,8% varones; 11,3% mujeres). La tasa de prevalencia de TCA es del 0,8% (0,1% en varones; 1,6% en mujeres).

Estudiando la eficacia del programa, la evolución del riesgo de TCA en un grupo y otro, obtenemos que inmediatamente tras la administración del taller no se obtiene una diferencia estadísticamente significativa entre los porcentajes de sujetos con riesgo de TCA del grupo control y el grupo intervención.

Sin embargo, tras el taller, la puntuación media del cuestionario EAT-26 en el grupo intervención (6,78) sí es significativamente menor que la del grupo control (8,13) ($p=0,002$).

En el seguimiento un año después los porcentajes de sujetos con riesgo de TCA en grupo control (6,5%) y grupo intervención (5,1%) aunque diferentes son estadísticamente similares.

En el total de la muestra, encontramos significativa la diferencia entre la puntuación del EAT-26 de un grupo y otro al año de la intervención (el grupo intervención consigue una puntuación media en el EAT-26 significativamente menor que el grupo control al año del taller: 6,94 en grupo control frente a 5,99 en el grupo intervención; $p=0,019$).

El programa esta vez no es eficaz en la prevención de diagnósticos: la diferencia en la incidencia de casos nuevos entre grupo intervención y control no es estadísticamente significativa al año.

En cuanto a la satisfacción corporal (SPC): si analizamos la totalidad de la muestra, tanto el grupo control como el de intervención muestran un aumento significativo en las puntuaciones tras la impartición del taller (de 23,26 a 24,08 en grupo intervención; de 23,04 a 23,51 en el grupo control), esto es, ambos muestran una mejora significativa en la satisfacción corporal.

Si dividimos la muestra por sexos y procedemos así a su análisis, los números señalan una mejora significativa tanto en el grupo de varones ($p=0,000$) como en el de mujeres ($p=0,000$) del grupo intervención, pero también en los hombres y mujeres del grupo control ($p=0,004$ y $p=0,029$ respectivamente).

Estudiando la muestra por provincias, en el momento del seguimiento, sí encontramos una diferencia significativa en los porcentajes de sujetos con riesgo de grupo intervención y control en la muestra procedente de Santander (7,9% de sujetos con riesgo en grupo control frente a 2,5% en el grupo intervención).



CONCLUSIONES

Para probar la validez externa de programas efectivos en ensayos controlados, como el programa ZARIMA, es precisa la evaluación de resultados en contextos más naturales, a través de la administración a mayor escala por parte de los agentes comunitarios que administran los programas de prevención y promoción de la salud.

La tarea ahora es
diseminar intervenciones
potencialmente efectivas
como esta que presentamos
en el “mundo real” y
convencer a los proveedores,
los gerentes y las autoridades
sanitarias de su coste
efectividad y valor humano.

Y llevar a cabo políticas de prevención de los TCA y la estigmatización por el peso en múltiples áreas: escuelas, sistemas de salud, medios de comunicación y leyes, lo que está apoyado por el público general y los profesionales del campo de los TCA.





DINÁMICAS



¿CÓMO EMPEZAR A TRABAJAR?

Este programa de prevención está estructurado para trabajarlo a lo largo de **diez horas con cinco sesiones de dos horas**, en el horario habitual de las actividades de cada centro o asociación, incluido dentro de la programación general, repartidas en cinco semanas (una sesión a la semana) por los propios mediadores juveniles: monitores/as, educadores/as, animadores/as socioculturales, orientadores o docentes para una mejor asimilación en un tiempo más dilatado y con la participación de alguien cercano.

Es imprescindible partir del **análisis de la realidad**. Se aconseja ver las inquietudes sobre el tema mediante preguntas en pequeño grupo utilizando textos literarios o cómic a partir de los cuales iniciar la reflexión.

Es necesario sondear el grado de conocimientos, expectativas, valores y creencias sobre los trastornos alimentarios, para adecuar la intervención.

No podemos pretender aterrizar con nuestras ideas preconcebidas como si fuéramos "extraterrestres" sin ver la realidad de los/as adolescentes con los/as que trabajamos. Es muy importante que les conozcamos y nos conozcan para que cualquier medida preventiva sea efectiva.

Este programa **no es un menú fijo con recetas inamovibles**. Hay que adaptarlo a la realidad de cada asociación, grupo de adolescentes o jóvenes. Son pistas por donde trabajar. No se tiene que quedar en una intervención puntual sobre un tema específico sino englobarlo dentro de un proceso educativo transversal.

La **educación para la salud** debe desarrollarse a lo largo de todas las actividades de la asociación o centro educativo. Se educa con lo **cotidiano** (con lo que se hace todos los días), con el **modelado** (los monitores, mediadores son modelos de comportamiento) y en un proceso de **moldreamiento** (sin cambios bruscos, poco a poco).

Con las actividades propuestas no solo pretendemos prevenir trastornos alimentarios. La idea es ayudar al proceso de maduración de los/as adolescentes como individuos responsables, con conductas saludables.

Los contenidos versan sobre la nutrición, imagen corporal, crítica del modelo estético, autoconcepto, autoestima, asertividad y habilidades sociales.



METODOLOGÍA

Se divide al grupo en pequeños subgrupos (de 4 ó 5 participantes) a lo largo de las dinámicas. Resulta un método útil para extraer información de la experiencia, vivencias y saber colectivo.

- Se realizan técnicas de implicación (con concienciación e implicación emotiva): juego de roles, dramatización, animación teatral, expresión artística mediante el dibujo.

Es importante explicar en todo momento a los participantes para qué sirven las actividades que se van a realizar.

- El último día, si se quiere evaluar, se pueden realizar (de forma privada e individual) las medidas antropométricas: peso y talla, con cálculo del Índice de Masa Corporal (IMC) o Quetelet y se vuelven a pasar los cuestionarios auto-administrados (pos-tests o medida pos-tratamiento).



DINÁMICAS

SESIONES	CONTENIDOS	ACTIVIDADES
SESIÓN 1	Alimentación Nutrición	Encuesta dietética en pequeño grupo Charla Discusión
SESIÓN 2	Imagen corporal Sexualidad Crítica del modelo estético	Dibujo figura humana "ideal" Juego de roles "Pepe el gordito" Imágenes de publicidad con crítica Dramatización de anuncio
SESIÓN 3	Autoconcepto Autoestima	Árbol de autoestima Anuncio publicitario Espejo "Caricias interpersonales"
SESIÓN 4	Asertividad Habilidades sociales	Juego de roles Expresión de emociones Dinámicas de grupo
SESIÓN 5	Medidas pos-programa Evaluación	Peso y talla con cálculo de IMC Debate

EVALUACIÓN: CON MÉTODOS CUANTITATIVOS Y CUALITATIVOS

- **Evaluación del impacto y de resultados:** con métodos cuantitativos: medición pre-test y pos-test de conocimientos y actitudes mediante cuestionarios autoaplicados antes y después del taller, es decir, en la primera y quinta sesión.
 - **Cuestionario de nutrición:** test de conocimientos nutricionales con una única respuesta válida de cinco posibles. Puntúa sobre 10 en total.
 - **Escala Eating Attitudes Test (EAT-26):** importante para la detección de posibles casos, adolescentes con Trastorno de la Conducta Alimentaria. Una puntuación por encima del punto de corte de veinte (20) supone la necesidad de una mayor investigación (exploración por su pediatra o médico de atención primaria, una entrevista por un clínico experimentado) y el/la adolescente se considerará como población con riesgo, lo cual no quiere decir que tenga o vaya tener el trastorno.
- La puntuación total del EAT-26 es la suma de los veintiséis ítems. Puntúan 3, 2, 1, 0, 0, 0 en la dirección positiva asignando el tres a las respuestas que más se aproximan a una dirección sintomática ("siempre"=3). Únicamente el ítem 25 se puntúa de una manera opuesta puntuando 0, 0, 0, 1, 2, 3 ("nunca"=3).
- **Escala de Satisfacción Corporal:** 8 ítems con cuatro posibles respuestas de "muy de acuerdo" a "muy en desacuerdo". Puntúan 4 ("muy de acuerdo"), 3, 2, 1 ("muy en desacuerdo"), los ítems 6, 7 y 8. Los ítems 1, 2, 3, 4 y 5 puntúan de manera opuesta 1, 2, 3, 4 ("muy en desacuerdo").
 - **Evaluación del proceso:** con métodos cualitativos mediante la figura, (sí se desea) de un/a observador/a externo/a participante con observación estructurada (Cuestionario de evaluación para el/la observador/a externo/a) y mediante el debate con los/as participantes. Se busca que la evaluación sea útil, factible, ética y precisa.

Los diferentes cuestionarios se muestran en el apartado ANEXOS.

Sesión 1

ALIMENTACIÓN · NUTRICIÓN

OBJETIVOS

- Realizar la medición pretratamiento (si se quiere evaluar).
- Reflexionar en grupo sobre los hábitos alimentarios.
- Proporcionar conocimientos sobre nutrición y alimentación saludables.
- Aprender los hábitos alimentarios correctos.

DINÁMICAS

1. Cumplimentación de cuestionarios. (Duración: 20 minutos).
2. Encuesta dietética en pequeño grupo. (Duración: 45 minutos).
3. Charla sobre alimentación y nutrición. (Duración: 15 minutos).
4. Falsos mitos (Duración: 10 minutos).

1. CUMPLIMENTACIÓN DE LOS CUESTIONARIOS (Duración: 20 minutos)

Cuestionarios a rellenar:

- **Cuestionario de Conocimientos de Nutrición, CN** (Ruiz y cols, 1998) (págs.119 y 120): de 10 ítems para medir conocimientos de nutrición: número de comidas al día, principios inmediatos que hay que comer más, tipo de alimentos que hay que comer menos o evitar, dónde están los hidratos de carbono, raciones semanales de pescado, huevo, composición de un desayuno adecuado, consumo de lácteos, frutas y verduras, agua y pan. Las respuestas correctas las tenéis en la página.
- **EAT-26** (a partir del EAT-40 de Castro y cols, 1991): de 26 ítems con tres subescalas: dieta, bulimia y preocupación por la comida y control oral, para medir actitudes alimentarias.
- **Escala de Satisfacción Corporal (SCP)**: de 8 ítems (Gismero, 1996) (pág. 121).

ALIMENTACIÓN · NUTRICIÓN

2. ENCUESTA DIETÉTICA EN PEQUEÑO GRUPO (Duración: 45 minutos).

Se forman cinco subgrupos aleatorios de similar tamaño sin que los/as adolescentes elijan libremente su participación en uno determinado para evitar las exclusiones y las pandillas o grupos de amigos.

Se entrega la Encuesta sobre alimentación al portavoz consensuado por cada grupo (págs. 122, 123, 124 y 125.) para que tome nota de las respuestas de sus compañeros/as a las preguntas: cuántas comidas haces al día, cuántas veces comes fuera de las comidas...

Posteriormente se hace una puesta en común en gran grupo escribiendo en la pizarra por orden las contestaciones que ha recogido cada uno de los portavoces.

3. CHARLA SOBRE ALIMENTACIÓN Y NUTRICIÓN (Duración: 15 minutos)

A partir de la experiencia de los/as adolescentes recogida en el trabajo grupal, se introduce la teoría y se aportan los conocimientos correctos para una alimentación saludable de forma breve y clara.

Se explica la pirámide alimentaria (pág. 128) para ver qué alimentos son los que más cantidad hay que comer y los que menos (en la base los alimentos ricos en hidratos de carbono, como el pan y cereales, y en el vértice las grasas, el alcohol, los dulces).

Se recuerda que hay que hacer cinco comidas al día, evitando los picoteos entre horas, las chucherías, las calorías vacías; que el desayuno es importante aporta calorías cuando más las necesitamos para la actividad diaria (ajustar la ingesta a las necesidades energéticas); que el desayuno con el almuerzo es un 25% del volumen calórico total, la comida el 30%, la merienda el 15-20% y la cena el 25-30%; se explica el concepto de IMC o Quetelet = peso en kgr/talla en m² y que hay un rango de pesos normales amplio para cada edad, sexo y talla.

Se insiste en que comer no es sólo satisfacer las necesidades nutritivas del organismo, es también un placer. (Ver págs. 126, 127, 129, 130 y 131).

4. FALSOS MITOS (Duración: 10 minutos)

Se vuelven a dividir en subgrupos y se reparte a cada grupo una hoja en donde estarán los 6 mitos siguientes:

1. Lo que más hay que comer son las vitaminas.
2. Lo que más hay que comer son las proteínas.
3. El pan engorda.
4. Hay alimentos que engordan o adelgazan.
5. El agua en las comidas engorda.
6. Las dietas para adelgazar no son peligrosas.

Deben escribir las razones a favor o en contra de los mismos y explicarlas posteriormente al grupo grande mediante la figura del portavoz.

Conforme se expliquen cada uno de los mitos el monitor/mediador deberá argumentar cuales son verdaderos o falsos y por qué.

1. **Lo que más hay que comer son las vitaminas:** las vitaminas, como los minerales, son sustancias nutrientes reguladoras. Hay que tomarlas de forma natural con los alimentos (hortalizas, verduras, frutas, frutos secos, cereales no refinados, huevo, lácteos no descremados, hígado, carnes) o en suplemento farmacológico, pero se requiere poca cantidad de las mismas. Sus carencias dan enfermedades, pero, también su exceso puede ser perjudicial.

2. **Lo que más hay que comer son las proteínas:** las proteínas deben aportar sólo el 10-15% del volumen calórico total. Son los principios inmediatos que menos hay que comer. Luego los lípidos o grasa con un 30-35% y los hidratos de carbono los que más (un 50-55%).
3. **El pan engorda:** el contenido calórico de 100 gramos de pan blanco (el que se consume habitualmente en España) es de unas 250 Kilocalorías. El pan lleva en su composición un 33% de agua lo que le hace ser un alimento moderadamente calórico y además está muy bueno. Es un alimento del grupo de los cereales, una importante fuente de hidratos de carbono que son los principios inmediatos que más hay que comer (el 50-55% del volumen calórico total). Existe la creencia errónea que los hidratos de carbono engordan. Su valor calórico es de 4 kilocalorías por gramo, como el de las proteínas, mientras que el de las grasas es de 9 Kilocalorías por gramo. A igualdad de peso las grasas aportan más calorías.
4. **Hay alimentos que engordan o adelgazan:** todos los alimentos excepto el agua aportan calorías salvo que se queden en el plato. Hay que comer de todo de forma equilibrada y en las proporciones adecuadas. "Debemos comer de mucho, poco".
5. **El agua en las comidas engorda:** es sólo una de las ideas erróneas que acerca de las dietas de adelgazamiento circulan en la actualidad. El agua no tiene calorías y por tanto no engorda. Debe tomarse en cantidad abundante antes, durante y después de las comidas. Restringir el agua de bebida es algo censurable y peligroso. Los refrescos (que tanto gustan a los/as niños/as y adolescentes) sí tienen calorías. Un vaso de refresco es como tomarse cuatro terrones de azúcar. Las bebidas alcohólicas también contribuyen al suministro de energía (así un botellín de tercio de cerveza proporciona unas 130 kilocalorías). El alcohol junto con los aceites, grasas, sal y dulces está en la punta de la pirámide alimentaria (lo que menos hay que comer).
6. **Las dietas para adelgazar no son peligrosas:** el hacer dieta es el predictor más importante para la aparición de nuevos trastornos alimentarios. Las dietas muy estrictas causan problemas de salud. Circulan muchas dietas absurdas, incompletas y desequilibradas que son un serio riesgo para la salud. Ponerse a régimen debe ser recomendado y controlado por un médico.

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



Sesión 2

IMAGEN CORPORAL · SEXUALIDAD · CRÍTICA DEL MODELO ESTÉTICO

OBJETIVOS

- Proporcionar un modelo estético corporal más adecuado frente al culto a la delgadez.
- Aprender a aceptar las diferencias también en el caso de la imagen corporal, la figura.
- Vivir la experiencia de los prejuicios frente a la gordura y desarrollar la capacidad crítica frente a ellos.
- Concienciar de la necesidad de ser críticos frente a la publicidad, las influencias socioculturales.
- Aumentar la aceptación de la propia imagen corporal.

DINÁMICAS

1. Dibujo de figura humana "ideal". (Duración: 20 minutos)
2. Juego de papeles o roles "el gordito". (Duración: 30 minutos)
3. Imágenes de publicidad con crítica. (Duración: 20 minutos)
4. Dramatización de anuncio. (Duración: 20 minutos)

1. DIBUJO DE FIGURA HUMANA "IDEAL" (Duración: 20 minutos).

Se reparte un folio a cada participante para que dibujen la figura ideal para su mismo sexo: Chica si es mujer y chico si es varón.

Después de que hayan terminado, se recogen y se vuelven a repartir desordenados, con la intención de que les toque uno distinto al suyo.

Cada uno deberá analizar el dibujo que le ha tocado, diciendo en voz alta su punto de vista.

El/la monitor/a deberá intervenir y hacer reflexionar, sobre todo con los dibujos que muestren un modelo tubular (sin diferencia entre hombros, cadera y cintura), o andrógino (mujeres con hombros y caderas de varón) (ver págs. 134 y 135).

Para ello se lanzarán preguntas: ¿Qué os parece este dibujo?, ¿Los hombros y las caderas tienen que estar a la misma altura?, ¿Sí le tapamos la cabeza se distingue si es chico o chica?

Posteriormente se les muestra las imágenes de los modelos corporales correctos (pág. 133) y se les indica que los hombres deben tener los hombros más anchos que la cintura y caderas. Serían como la punta de una lanza, con el tórax triangular. Las mujeres más caderas y los hombros estrechos con formas redondeadas, curvas, no rectas. Recordarían a un ánfora o jarrón" y se les explica que "Cada persona tiene su propia figura y debe aceptarla sin angustiarse ni intentar alcanzar un tipo ideal de delgadez tan irreal como poco saludable".

2. JUEGO DE PAPELES O ROLES “PEPE, EL GORDITO” (Duración: 20 minutos).

Se divide al grupo en 5 subgrupos y se reparte a cada uno de los mismos un personaje (tarjeta) para que el portavoz que elijan lo represente después para el gran grupo.

Los componentes de cada subgrupo deberán ayudar al portavoz a prepararlo, dándole ideas para que lo represente y se meta de verdad en su papel.

Los papeles se repartirán en tarjetas a cada subgrupo y son éstos:

TARJETA 1. Pepe “el gordito”: le sobran kilos pero es un chico normal, simpático, que no saca malas notas y al que le gusta divertirse como al que más.

Le propone a Juancho jugar en su equipo de fútbol, pero este le rechaza.

Le dice a Juanma que si van al cine, pero este no quiere que le vean con un gordo que puede perder popularidad. Anita, la chica que le gusta, le dice que no cuando le propone quedar para salir a dar una vuelta por que no es su tipo. Javi su amigo le propone jugar al baloncesto y se van al cine juntos.

TARJETA 2. Javi, su amigo: le propone a Pepe “El gordito” jugar con su equipo de baloncesto para aprovechar su fuerza . Se va al cine con Pepe el día del espectador, aunque Juanma no venga, porque se lo pasan muy bien juntos. Una vez allí le dice que a Susana le gusta Pepe.

TARJETA 3. Juancho, el “futbolero”: es un forofo del deporte. Demasiado competitivo, no disfruta si no gana. No quiere a Pepe “El gordito” en su equipo de fútbol porque Pepe es lento corriendo y así no se puede ganar partidos.

TARJETA 4. Juanma, “el popular”: no quiere ir con Pepe “El gordito”. No quiere que le vean con un gordo porque cree que puede perder popularidad y dejar de ser “supergüay”.

TARJETA 5. Anita: le gusta a Pepe “El gordito”, que le pide salir. Ella le dice que no cuando le propone quedar para salir a dar una vuelta por que no es su tipo. A ella le va más Fran.

Después de prepararlo, pasan los cinco portavoces y representan la historia.

Se plantea un debate en gran grupo analizando los motivos por los que se rechaza al protagonista.

Una estrategia interesante es preguntar a los actores cómo se han sentido, ya que siempre que se implica uno emocionalmente y se movilizan sentimientos personales, como ocurre en el juego de roles, es conveniente preguntar por sus sentimientos y hacer una labor de comprensión, apoyo y contención. Una posible dificultad es encontrarnos en el grupo con un adolescente obeso. Sus sentimientos se moverán más y serán más fuertes pues la identificación será mayor con el caso planteado. Es preciso tenerlo en cuenta e insistir en qué si alguien se encuentra mal, lo que es posible al emplear técnicas que son movilizadoras de emociones, lo diga. Dar la posibilidad, si lo prefieren, de hablar en privado, con un monitor de confianza. Resaltar los aspectos positivos de la tolerancia, la aceptación de la diversidad y lo superficial de los prejuicios por el físico. Recalcar que lo que importa son otros valores personales más allá de la apariencia. Si se explican las cosas, y se toman estas precauciones, este juego de roles puede resultar muy beneficioso, especialmente a los/as adolescentes obesos.

3. IMÁGENES DE PUBLICIDAD O PANTALLAS CON CRÍTICA (Duración: 20 minutos).

Se muestran imágenes visuales de pantallas, redes sociales, revistas sobre adelgazamiento, modelos excesivamente delgados, empleo del cuerpo con fines comerciales, con empleo de photoshop, filtros, manipulación de imágenes, con crítica de la cultura del cuerpo que vive nuestra sociedad.

Se pueden emplear fotografías de modelos y publicidad, de influencers, Instagram, TikTok, redes sociales...

1. En nuestra cultura, en la sociedad actual nos imponen mujeres delgadas y hombres musculosos y delgados como modelo de cuerpos atractivos.
2. Los chicos se llevan "cachas", han de preocuparse por ser atléticos y eficaces.
3. ¿Cuántos tienen un cuerpo como el de este modelo? ¿Sólo los que lo tengan pueden estar a gusto consigo mismos?
4. Las chicas se llevan tan delgadas que parecen enfermas o lo están.
5. Piernas de alambre, cuerpos sin formas apenas.
6. Como un tubo con brazos. ¿Cuántos somos así?
7. La publicidad nos impone cuerpos irreales de tan delgados. Sobre todo en el caso de las mujeres.
8. Los/as "top models", unos pocos con tallas pequeñas, entre millones de personas con tallas normales.
9. ¿Quién de vosotras cabe en un vestido como este?
10. Las dietas sin control no son saludables y la mayoría de la gente no precisa hacerlas, esclavizarse por ellas.
11. Los kilos de más, el sobrepeso, no son un problema de salud sino sólo de belleza, estética, de moda. Otro cantar es la obesidad.
12. ¿Por qué hay que dar seguro importancia a la línea? ¿Si no tomamos este producto nos pondremos como los luchadores de sumo?
13. Es el culto al cuerpo que se olvida de que somos bastante más.
14. Revistas como éstas tenían una tirada mensual alta e iban dirigidas de modo sexista a las mujeres. Fijémonos en sus mensajes: ¿Lo importante de un medicamento es que cure o que engorde?
15. La chica de la portada dice que "necesito el deporte como el comer". Si uno no come ¿Qué pasa? Al final se muere si está el tiempo suficiente. ¿Y si uno no hace deporte? Mirad sus brazos, cómo marca los huesos, su poco pecho. Y quiere ser un modelo de mujer.
16. ¿Es preciso tener unas piernas tan largas para estar a gusto?
17. Las chicas tienen que tener un poco de tripa no tenerla plana como una tabla salvo que la estén metiendo todo el rato.
18. ¿O tenemos estas medidas mágicas o no hay belleza?
19. No hay que estar esquelética para ser atractiva. Marilyn Monroe con la moda de hoy estaría gordita con muchas caderas, con curvas. Y sigue siendo un símbolo de atractivo sexual para muchos hombres.
20. ¿Por qué tienen que tener complejos las personas obesas si hay millones en el mundo tan válidas como cualquier otra?
21. Cualquier persona puede ser guapa con cualquier figura o tipo. Es sólo cuestión de modas y de épocas. Se trata de aceptarnos todos como somos.

Otra posibilidad es el reparto por subgrupos de las revistas, o que vean en tabletas digitales o móviles imágenes de Instagram, diversas redes sociales, y que ellos/as sean los que elijan y analicen primero las fotografías, para que posteriormente lo expongan en el grupo.

4.DRAMATIZACIÓN DE ANUNCIO (Duración: 20 minutos)

En subgrupos preparan la representación de un anuncio de la radio o la televisión, p.e.: cuerpos Danone, en que se utilice el cuerpo, los desnudos para vendernos algo". Tras unos cinco-diez minutos: "Podéis empezar a enseñarnos vuestros anuncios".

Ejemplo:

Los/as adolescentes representan la venta de un aparato para hacer ejercicio y adelgazar sin esfuerzo en la Teletienda con la participación de famosos.

Sale una mujer que dice estar a gusto con su cuerpo después de haber sido madre gracias a la cirugía estética practicada en un centro que se anuncia así en televisión.

Después de prepararlo lo representan en el gran grupo realizando posteriormente una puesta en común sobre la manipulación, uso de los cuerpos perfectos irreales, ... y cómo se han sentido los actores.



Sesión 3

AUTOCONCEPTO · AUTOESTIMA

OBJETIVOS

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

DINÁMICAS

1. Árbol de mi autoestima. (Duración: 30 minutos)
2. Dibujo de las tortugas. (Duración: 15 minutos)
3. Anuncio publicitario. (Duración: 20 minutos)
4. Espejo mágico. (Duración: 20 minutos)
5. "Caricias" interpersonales. (Duración: 20 minutos)

1. ÁRBOL DE MI AUTOESTIMA (Duración: 30 minutos).

Se dividen en subgrupos, se entrega una hoja en blanco a cada participante y se les indica que la divida en dos columnas verticales de igual tamaño.

En una columna deben colocar los "logros" o "éxitos", metas alcanzadas, éxitos de mayor a menor importancia en la escuela, familia, amigos...

En la otra sus "cualidades" físicas o corporales, espirituales o mentales.

No tienen por qué ser cosas espectaculares sino simplemente importantes para cada uno/a.

Cuando hayan terminado el/la monitor/a les indica que dibujen un árbol (similar al de la pág. 138) (Fuente: modificado de Bonet, 1994) para que los participantes pongan su nombre encima y escriban los logros en los frutos y las cualidades en las raíces.

Es importante que después contemplen al "Árbol de mi autoestima" durante unos minutos individualmente y escuchen lo que les trasmite.

Se les invita a que escriban un mensaje debajo del "Árbol de su autoestima".

2. DIBUJO DE LAS TORTUGAS (Duración: 15 minutos).

El/la monitor/a explica la teoría de la autoestima con la ayuda del dibujo con las dos tortugas ampliado que se muestra en la pág. 139 (Fuente: modificado de Bonet, 1994).

Se comienza preguntando a los participantes su punto de vista, qué les parece, qué representa... para posteriormente explicar y analizar el concepto de autoestima.

“La autoestima es una evaluación de uno mismo. Un cociente, relación o razón entre el éxito que alcanzamos en las actividades, actuaciones vitales y las expectativas que tenemos sobre ellas”. “Es una evaluación, una nota que nos ponemos a nosotros mismos. Expresa una actitud de aprobación o de rechazo”.

Se escribe en la pizarra la fórmula de JAMES.

William JAMES

Autoestima = Éxito (lo que uno consigue) / Expectativas (lo que uno espera).

Se explica que en el dibujo aparece una tortuga pequeña que parece alegre, segura de sí misma. Está pensando en llegar a ser más grande y sus ambiciones son realistas, adecuadas a lo que puede llegar a ser cuando crezca. Su autoestima está bien, está contenta consigo misma.

También se ve una tortuga mucho más grande con cara tristonera. Es una gran tortuga, pero sueña con algo inalcanzable: correr como un caballo. No puede lograr ese éxito pues sus expectativas son excesivas, lo que espera de sí misma es demasiado y por eso sufre, su autoestima es baja, no se acepta a sí misma. Y es que una tortuga debe ser una tortuga, una estupenda tortuga, una magnífica tortuga, pero no tiene por qué ser un caballo.

3. ANUNCIO PUBLICITARIO (Duración: 20 minutos).

Se dividen en subgrupos y se les dan cinco minutos para pensar individualmente un anuncio publicitario sobre ellos mismos y cinco minutos para compartir en pequeño grupo y que elijan uno para representar o exponer delante de toda la clase.

Se trata de que se vendan bien y muestren sus cualidades a través del dibujo, unas palabras escritas, un lema, una cuña radiofónica o una representación. Tienen que ser directos y entusiastas.

Ejemplos:

“La modestia es la única virtud que no poseo”.

“Si no te detienes a conocerme te perderás al mejor amigo que puedas tener”.

“Busca, compara y si encuentras a alguien mejor seremos tres personas excelentes”

(imitando un conocido y ya clásico anuncio de detergentes).

“Sinceridad es mi lema, te lo digo de verdad”.

Después de representarlo hacer una puesta en común de **cómo se han sentido**.

AUTOCONCEPTO · AUTOESTIMA

4. ESPEJO MÁGICO (Duración: 20 minutos).

El grupo está de pie en círculo y se les pasa un espejo imaginario, explicándoles que es de Blancanieves y que sí se contemplan en él les responde a la siguiente pregunta: **Espejito mágico ¿qué es lo que más te gusta de mí?**

Según nuestra experiencia al hacerlo con un espejo real, en que se ve reflejado el rostro es más fácil bloquearse.

El adolescente se responde en voz alta con una cualidad física o espiritual: **“Lo que más me gusta de ti es...”** y pasa el espejo imaginario al compañero de grupo de la derecha. Si no le salen las palabras se le anima hasta que le salgan **“Es un espejo mágico y siempre responde”**.

Después hacer puesta en común de cómo se han sentido.

5. “CARICIAS” INTERPERSONALES (Duración: 20 minutos).

Se dividen en subgrupos y dicen una cualidad física que les guste del compañero de la izquierda (p.e.: me gustan sus ojos) y una psíquica o espiritual del de la derecha (p.e.: es simpático).

Se les explica que conviene acostumbrarnos a decir a los/as demás lo que nos gusta de ellos/as, qué cosas buenas tienen, ya que todos/as tenemos cosas buenas y nos gusta que nos lo digan de vez en cuando.

Después hacer puesta en común de **cómo se han sentido**.



Sesión 4

ASERTIVIDAD · HABILIDADES SOCIALES

OBJETIVOS

- Aprender a relacionarse de forma más hábil y eficaz con los demás.
- Desarrollar estrategias personales para favorecer la asertividad.
- Aprender a ser más asertivo frente a los mensajes exteriores de la sociedad, publicidad.
- Adquirir seguridad en sí mismo.

DINÁMICAS

1. Rueda de escucha activa. Defensa de derechos. (Duración: 30 minutos)
2. Compartir "piropos". (Duración: 5 minutos)
3. Imagen de mi "yo". (Duración: 25 minutos)
4. Juego de roles. (Duración: 60 minutos)

1. RUEDA DE ESCUCHA ACTIVA. DEFENSA DE DERECHOS (Duración 30 minutos)

Se colocan por parejas uno enfrente del otro en una rueda con cinco personas en círculo mirando hacia dentro y cinco mirando hacia fuera (en total tres ruedas de escucha activa si se hace en un grupo de treinta con un monitor por cada rueda).

Se explica que se va a realizar un ejercicio consistente en utilizar formas de comportamiento o de expresión que permitan defender los propios derechos y dar opiniones, de manera asertiva.

Se representa como modelo por los monitores la primera situación.

Se entregan un juego de quince tarjetas por rueda, es decir, se entregan al azar 10 tarjetas, una a cada participante y representan la situación correspondiente, la que les toca en la tarjeta repartida, primero por un miembro de la pareja, el que esté por dentro y luego por el otro, el que esté por fuera.

Listado de opciones. (Tarjetas)

*Solicitar...

1. ...que un profesor explique algo que no has entendido.
2. ...a un compañero/a que te devuelva los apuntes.
3. ...al dependiente que te cambien un libro en la tienda porque está mal encuadernado.
4. ...que te ayude un compañero/a que conoces poco a realizar un ejercicio complejo.
5. ...que un compañero/a te aclare por qué no trajo la parte convenida del trabajo.
6. ...que un compañero/a te aclare por qué no paga una parte de lo consumido.
7. ...que un amigo/a te devuelva un objeto que has prestado.
8. ...que tu padre te permita expresar una opinión.
9. ...a tu madre que puedas vestirme según tus gustos.

ASERTIVIDAD · HABILIDADES SOCIALES

- 10. ...a tu amigo/a tiempo para tomar una decisión o retrasarla para más tarde.
- 11. ...a un compañero/a que te traten igual que a otros miembros del grupo y no te discriminen.
- 12. ...que te presten un libro porque crees que es interesante, aunque sea de adultos. (realizar preferentemente con el profesor o un adulto.)
- 13. ...que te expliquen qué quiere decir un anuncio, una película o una narración, aunque te digan que no es para tu edad. (realizar preferentemente con el profesor o con un adulto).
- 14. ...al profesor de gimnasia descanso, porque estás cansado.

***Negarse...**

- 15. ...a tu madre a hacer un recado, porque no tienes tiempo y debes acudir a otro lugar.

Se comenta por parejas las dificultades en la defensa de derechos. Se da un tiempo prudencial y se cambian de pareja, dando un paso a la izquierda los/as de fuera y comentan de nuevo las dificultades.

2. COMPARTIR "PIROPOS" (Duración: 5 minutos).

En la Rueda de escucha activa de la dinámica anterior se hace un cumplido o elogio sincero, verdadero y en segunda persona, de alguna conducta, apariencia o pertenencia, cualidad física, aspecto estético, su peinado, su ropa que les guste de la persona que tienen enfrente. Lo deben expresar en términos de sentimientos personales: Me gusta..., en vez de términos absolutos o hechos, eres...

Se les explica que los piropos deben ser sinceros. Se contesta con un "gracias" y no es preciso contestar a un elogio con otro si no nos sale espontáneamente. No hay nada peor que un falso cumplido. Basta con agradecerlo y así al dar las gracias, reforzaremos la conducta del que nos elogia y será más fácil que nos vuelva a piropoear. Es importante para mejorar nuestra afirmación, nuestra autoestima y la de los demás. Debemos acostumbrarnos a elogiar lo bueno de los que nos rodean.

3. IMAGEN DE MI "YO" (Duración: 25 minutos).

Se trabaja en subgrupos de diez. Se introduce la teoría sobre la asertividad, en diez minutos, con ayuda de una pizarra o de transparencias, carteles, fotocopias...dependiendo de las condiciones, pero siempre partiendo de lo que ellos/as entiendan por este concepto.

"Asertividad es la capacidad de hacer valer la propia opinión ante los demás, es la capacidad de autoafirmar los propios derechos, sin dejarse manipular y sin manipular a los demás". "Nos sirve para relacionarnos de forma eficaz y hábil con los demás". "Hay tres estilos de diálogo, comportamiento: asertivo, pasivo y agresivo".

Estilo agresivo (puede conseguir lo que quiere, pero puede estropear la relación):

LO QUE SE EXPRESA	MENSAJE VERBAL	MENSAJE NO VERBAL	EFFECTOS
Sólo yo soy importante	Lo digo yo y punto	Tono de voz elevada	Conflictos en relaciones
Sólo yo lo merezco	Lo que tienes que hacer es	Gestos agresivos	Pierde ocasiones
Lo tuyo no cuenta	Insultos, amenaza, humillación	Discurso acelerado	Soledad

Estilo pasivo (no consigue defender sus derechos, le pisan):

LO QUE SE EXPRESA	MENSAJE VERBAL	MENSAJE NO VERBAL	EFFECTOS
Yo no cuento	Lo que tú digas	Voz baja	Infravaloración
Puedes aprovecharte de mí	Te importaría si...	Risa nerviosa	Servilismo
Tú eres superior	No sé qué decirte	Mirada huidiza	Ni se respeta ni le respetan

Estilo asertivo (consigue afirmar sus derechos y mantener la relación):

LO QUE SE EXPRESA	MENSAJE VERBAL	MENSAJE NO VERBAL	EFFECTOS
Esto es lo que pienso	Cómo podemos resolverlo	Fluidez en el habla	Resuelve problemas
Esto es lo que siento	Este criterio parece correcto	Respeto espacio personal	Autosatisfacción
Así veo yo las cosas	Qué piensas de...	Armonía en los gestos	Buenas relaciones

(Fuente: Fuertes, Martínez, Daroca, De la Gándara, 1997)

Se lee en voz alta un ejemplo de asertividad:

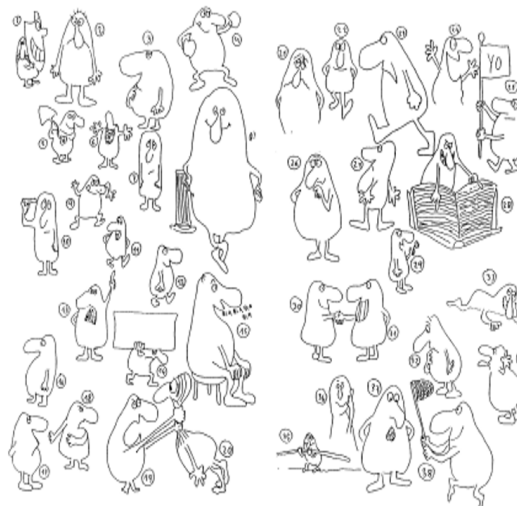
Compraste ayer unos zapatos y hoy ya tienen la suela despegada. Quisieras cambiar los zapatos. Vas a la tienda donde los compraste y le cuentas el problema al dependiente. Este te dice que es muy fácil arreglarlo y que lo puedes hacer tú mismo/a en casa.

Tú le contestas:

1. Bueno, está bien, supongo. ¡Hasta luego!
2. Cámbiamelo ahora mismo. ¡Es que te has creído que soy un zapatero!. Y no vuelvas a engañarme, ni se te ocurra.
3. Es posible, pero preferiría que me los cambiases. Quisiera otro par de zapatos.

Tras leerles el ejemplo se pregunta cuál sería la conducta agresiva, asertiva, pasiva y por qué.

Se reparte la hoja con los monigotes (Fuente: Jiménez, 1991) (pág. 140). Para que los observen y digan con quién se identifican, con qué número y por qué”.



ASERTIVIDAD · HABILIDADES SOCIALES

4. JUEGO DE ROLES (Duración: 60 minutos).

Se dividen en cinco subgrupos para representar primero dos personas de cada grupo una situación y posteriormente ser corregidos por el/la monitor/a explicando las técnicas asertivas.

Después de explicarlas vuelven a representarla las mismas personas, pero esta vez aplicando cada una de las técnicas que se indican.

Cinco situaciones:

1. Expresión de desacuerdo y sentimientos negativos:

Un amigo expresa una opinión con la que estoy muy en desacuerdo: "Hay que ser perfecto para tener éxito y ser feliz". Al decirle que estoy muy en desacuerdo me llama estúpido por no compartir su opinión.

2. Iniciar interacciones con otros:

Le pido a un chico/a que me gusta el ir juntos al cine.

3. Autoafirmación ante extraños y defensa de derechos:

Al salir de la tienda descubro que me han dado mal la vuelta.

4. Autoafirmación ante cercanos. Saber decir no: (dos situaciones)

a. Me disgusta prestar mis discos compactos. Un compañero de clase me los pide con insistencia.

b. Me enfrento a un error y a las críticas de él derivadas: no he traído el trabajo que debía entregar hoy en clase.

Técnicas agresivas:

• **Aserción negativa**

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

• **Autorrevelación**

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

• **Banco de niebla**

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

• **Compromiso viable**

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

• **Disco rayado**

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

• **Interrogación negativa**

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

Técnicas para emplear en cualquier situación:

En la situación 1, la técnica a usar es la Autorrevelación y el Banco de niebla.

En la situación 2, la Autorrevelación y el Compromiso viable.

En la situación 3, la Autorrevelación, el Disco rayado y la Interrogación negativa.

En la situación 4.a., la Autorrevelación y el Disco rayado.

En la situación 4.b., la Aserción negativa y el Compromiso viable.

Al terminar hacer una puesta en común de **cómo se han sentido**.



Sesión 5

MEDIDAS POS-PROGRAMA Y EVALUACIÓN (opcional)

OBJETIVOS

- Evaluar el impacto, los resultados y el desarrollo de todas las sesiones del taller.

DINÁMICAS

1. Cuestionarios. (Duración total: 30 minutos).
 2. Peso y talla con cálculo de IMC. (Duración total: 30 minutos).
 3. Debate. (Duración total: 30 minutos)
-

1. CUESTIONARIOS (Duración: 30 minutos).

Repartir los cuestionarios del principio de las sesiones, pero nuevos (el de nutrición, el EAT 26 y el de la escala de satisfacción personal) por el nombre que aparece en la tarjeta grapada del anterior y comprobad que el mismo número de cuestionario corresponde al mismo adolescente.

Es una forma de que el/la monitor/a sepa quién contesta sin necesidad de que ponga el nombre, sólo el número. Se trata de comparar con las contestaciones del primer día y ver si se han modificado.

2. PESO Y TALLA CON CÁLCULO DE IMC (Duración: 30 minutos).

Siempre si se hace debe ser de forma individual, en privado, sin comunicar el peso.

- **Tallar:** se talla descalzos con los tobillos juntos y en posición erecta, de manera que espalda, nalgas, hombros y cabeza contacten con la pared. La cabeza se coloca de modo que el plano de Frankfort (línea entre los ojos, suelo de órbitas y las orejas, borde inferior del meato auditivo externo) esté en posición horizontal (perpendicular a la pared). Lo mejor es un tallímetro portátil.
 - **Pesar:** pesar descalzos, con la menor ropa posible, sin cinturones ni otros objetos pesados, con una báscula digital electrónica.
-

3. DEBATE (Duración: 30 minutos).

Es otra forma de evaluar. En educación no formal se dice que “una actividad no evaluada es una actividad no realizada” para resaltar la importancia de la evaluación.

Se trata de mejorar la programación futura aprendiendo de la experiencia realizada. La evaluación puede ser cuantitativa o cualitativa y lo mejor es una combinación de ambas.

Se plantean las siguientes preguntas en gran grupo para que las contesten de forma voluntaria, en voz alta; o bien, de forma individual, escrita.

1. ¿Qué te ha gustado más del taller?
2. ¿Qué te ha gustado menos del taller?
3. ¿Qué cambiarías?
4. ¿Cómo te has sentido?
5. ¿Qué has aprendido?

Sesión 6

TRABAJO CON LA FAMILIA

DINÁMICAS

1. Charla informativa para padres y madres.
2. Folleto informativo.
3. Evaluación final.

1. CHARLA INFORMATIVA PARA PADRES Y MADRES:

Con contenidos de conocimientos acerca de los TCA y formas de prevenirlos en familia, indicadores de riesgo, para su detección precoz y un tiempo final para el diálogo, coloquio.

Es un método de exposición, el procedimiento directo más utilizado en nuestro medio para dirigirse a grupos.

Se empieza con fraccionamiento del gran grupo en pequeños grupos mediante Phillips 6.6, método de discusión, útil para aumentar la intervención de los miembros del grupo, discutir y analizar un problema de forma simultánea, repartir el trabajo y la responsabilidad, generar ideas y extraer información de la experiencia, vivencias, saber colectivo (Puig, Pueyo y Ruiz, 1995; Nuñez, Loscertales, 1996).

Responden a las siguientes preguntas agrupadas en seis bloques:

1. ¿Es preciso proteger a los/as hijos/as? ¿Hasta qué edad? ¿Hay que resolver todos sus problemas? ¿Es bueno confiar en ellos/as, darles responsabilidades?
2. ¿Conoces a tus hijos/as? ¿Sabes cómo piensan, sus ideas, sus sentimientos? ¿qué les gusta hacer en su tiempo libre? ¿quiénes son sus amigos/as? ¿Cómo podrías conocer mejor a tus hijos/as?
3. ¿Piensas que tus hijos/as están felices en casa? ¿Se sienten queridos? ¿Se sienten respetados? ¿Qué puedes hacer para lograr que sientan tu afecto, se encuentren cómodos y apoyados en casa?
4. ¿Te gustaría que tus hijos/as fueran perfectos? ¿Los/as alabas cuando hacen algo bien? ¿Si hacen algo mal qué les dices, haces? ¿Los/as criticas alguna vez por su físico? ¿Y a otras personas? ¿Qué valores quieres transmitirles?
5. ¿Ves la TV, series en plataformas, con tus hijos/as? ¿Sabes qué páginas Online, publicaciones leen? ¿Hablas con ellos/as de lo que sale en las pantallas o en las publicaciones Online, redes sociales?
6. ¿Hacéis alguna comida diaria todos juntos? ¿Habláis en la mesa, compartís opiniones, sentimientos? ¿Qué horario seguís de comidas?

A partir de esta dinámica de grupo se introducen los contenidos que se pretenden transmitir con la charla con el apoyo audiovisual de diapositivas o sin ellas.

Sobreprotección

- La sobreprotección, tan difícil de evitar en la relación con los padres, crea hijos/as a los/as que no ha costado esfuerzo personal resolver sus necesidades e incapaces de superar obstáculos.
- Los/as hijos/as sobreprotegidos se convierten en seres dependientes de otra persona que les asesore o haga el trabajo por ellos.
- Es preciso ir dándoles responsabilidades y trabajar para que alcancen una autonomía como individuos, necesaria en el proceso de crecimiento y maduración personal.

TRABAJO CON LA FAMILIA

Comunicación

- Un diálogo abierto, un interés por su forma de pensar, sentir, y sus actividades, una escucha activa y constante a lo largo de toda la vida permiten conocer bien a cada hijo adolescente (sus puntos fuertes, debilidades, amistades, entorno, carácter).

Afectividad

- Cuidar el ambiente afectivo es un objetivo educativo que no conviene descuidar.
- Hay que lograr que las personas que integran la familia se encuentren felices, cómodas, queridas, respetadas y apoyadas en la convivencia cotidiana.
- El marco familiar es el principal referente al que el niño acude en busca de afecto, apoyo y ánimo, es su lugar seguro.
- En la adolescencia el grupo de iguales lo desplaza en parte, pero el adolescente sabe que su familia es la "tabla de salvación" a la que recurrir ante cualquier vicisitud.

CASO PRÁCTICO / RESPETO DEL TERRITORIO

Para el adolescente es importante que respeten su intimidad, tener un espacio propio que reconozca como suyo. No hay que entrar sin su permiso en su habitación. Que se ocupe él/ella de tenerla arreglada. Si reina el caos recordarle sus obligaciones, pero no entrar sin su consentimiento. Puede tomarlo como una intromisión, una invasión. El respetar sus cosas ayuda a favorecer su autonomía, su individualización como una persona que va madurando.

Valores

- Dar importancia más al ser que al poseer.
- Criticar lo superficial de la sociedad de consumo, el culto a la imagen.
- Resaltar las cualidades personales de su hijo/a sin criticarlo o menospreciarlo por su físico.
- Alabar sus logros y evitar las descalificaciones absolutas y permanentes (profecías autocumplidas).
- Enseñar a respetar a los demás aceptando las diferencias y comprendiendo los errores.
- No es preciso ser perfecto para ser feliz.

CASO PRÁCTICO / UNA CUESTIÓN DE VOCABULARIO

Si tu hijo/a tiene la habitación desordenada y le dices "Eres un desordenado/a. Nunca recoges tus cosas" le descalificas de modo absoluto y permanente. "Ser desordenado" es una característica: eres así y no puedes cambiar. "Soy desordenado es mi carácter" es la conclusión que saca. Lo condenamos a cumplir la profecía de ser un desorden de por vida. La forma correcta de formular las cosas sería "No me gusta cómo tienes la habitación". Mostramos nuestro sentimiento personal y calificamos la acción no al individuo. Seguido de "Me gustaría que colgases la ropa en el armario y echases la ropa sucia en el cesto". Proponemos una estrategia de cambio. Estamos indicando lo que es correcto sin descalificar a nuestro hijo.

Es una cuestión de lenguaje, pero las palabras a menudo son muy importantes.

Control de medios de comunicación

- Control de la TV y las revistas en etapas infantiles.
- Favorecer el desarrollo de una conciencia crítica como lectores, espectadores, consumidores: dialogar sobre las imágenes y mensajes erróneos.

Alimentación

- Al menos una comida en común con toda la familia para dialogar, conocer los incidentes que cada uno ha afrontado en el día, comentar distintos acontecimientos, expresar opiniones, sentimientos y emociones.
- Acostumbrarse a comer ordenadamente en los mismos horarios como rutina: desayuno, almuerzo, comida, merienda y cena, sin picoteos ni desorden.

Se comenta posteriormente el decálogo de sugerencias para padres.

DECÁLOGO / SUGERENCIAS PARA PADRES (Modificado de Peter Slade)

1. Animar a nuestro hijo/a a ser sociable y relacionarse con los demás.
2. Animar a la independencia y autonomía personal a nuestro hijo/a.
3. Recompensar o premiar los pequeños logros en el momento es mejor que enfatizar mayores metas en el futuro.
4. No insistir en una conducta perfecta todo el tiempo.
5. No fijar patrones o normas imposibles o difíciles para su hijo/a.
6. Mostrar a su hijo/a amor y afecto sin sobreprotegerlo ni controlarlo excesivamente.
7. No dar una excesiva importancia al peso, la talla o la figura corporal.
8. No dar una excesiva importancia a la comida o la alimentación.
9. Educar sexualmente a su hijo/a.
10. No castigar físicamente a su hijo/a.



TRABAJO CON LA FAMILIA

2. FOLLETO INFORMATIVO

Se reparte como optativo al final, un Folleto de la Asociación ARBADA (Asociación Aragonesa de Familiares de Enfermos con Trastornos de la Conducta Alimentaria) y del Grupo ZARIMA-Prevención (solicitarlo en el Consejo de la Juventud de Aragón o descargarlo de la red) con claves educativas para los padres.

Se entrega como complemento al trabajo en pequeños grupos y la charla con los padres. Así la distribución no es masiva sino solamente a los interesados por el tema con lo que ganamos en rendimiento y eficacia.

Es un método indirecto visual, menos eficaz y eficiente que uno directo, pero útil para informar, interesar y sensibilizar a la población.

El mensaje no es puntual, sino que permanece y su contenido puede ser asimilado individualmente por el lector a su propio ritmo.

Los contenidos del folleto son un resumen de esta sesión con los padres en el centro escolar.

Se termina con un tiempo final de diálogo o coloquio para hacer preguntas, solicitar aclaraciones, manifestar dudas u opiniones.

3. EVALUACIÓN FINAL (SALLERAS, 1985)

Es una dinámica a emplear por los monitores para autoevaluarse:

- Características y adecuación del local.
- Número de padres asistentes: padres y madres.
- Participación, interés y atención del auditorio.
- Respuestas de los padres.
- Preguntas más interesantes efectuadas por los asistentes.

Sesión de refuerzo al año

Se realiza la sesión con los mismos adolescentes que se trabajó el año pasado doce meses después.

- **Video/DVD "Comer bien, verse mejor" y coloquio.** Se preguntará al grupo que les ha parecido el contenido del video (unos 6 minutos de proyección) y si tienen alguna pregunta o comentario.

Tiempo: 30 minutos

- **Pirámide de alimentos.** Formar grupos de cinco y nombrar un portavoz por grupo, entregar el material para realizar la pirámide de alimentos. A cada grupo se le entregará: hoja de papel blanco con el dibujo de una pirámide, fichas de alimentos, barra de pegamento. Cada grupo debe pegar los dibujos de los alimentos confeccionando la pirámide de alimentos. Una vez finalizado, cada portavoz de grupo expondrá en la pared el trabajo realizado en cada grupo y se comentarán los aciertos o errores. Recordando conceptos de nutrición, (transparencia de pirámide de alimentos). Comentar porcentaje de Hidratos de Carbono, Grasas y Proteínas y adecuación de la ingesta al gasto calórico.

Tiempo: 30 minutos

- **Siluetas.** Se continúa trabajando en grupo. Un alumno por grupo dibuja primero su silueta a ojo sobre el papel de estraza con tizas de colores y después un compañero/a le perfila el contorno del cuerpo real con otro color y al final se expondrán todos los trabajos en la pared.

Comentar y recodar conceptos sobre imagen corporal. Se comentan las discrepancias entre lo que percibimos y la realidad. Cómo podemos reconocer a los demás por la silueta (un simple trazo en un papel). Cómo nuestra silueta, nuestro cuerpo somos nosotros mismos y debemos aceptarnos. Al finalizar la sesión se les entregará a todos los alumnos el folleto-tríptico para adolescentes.

Tiempo: 30 minutos



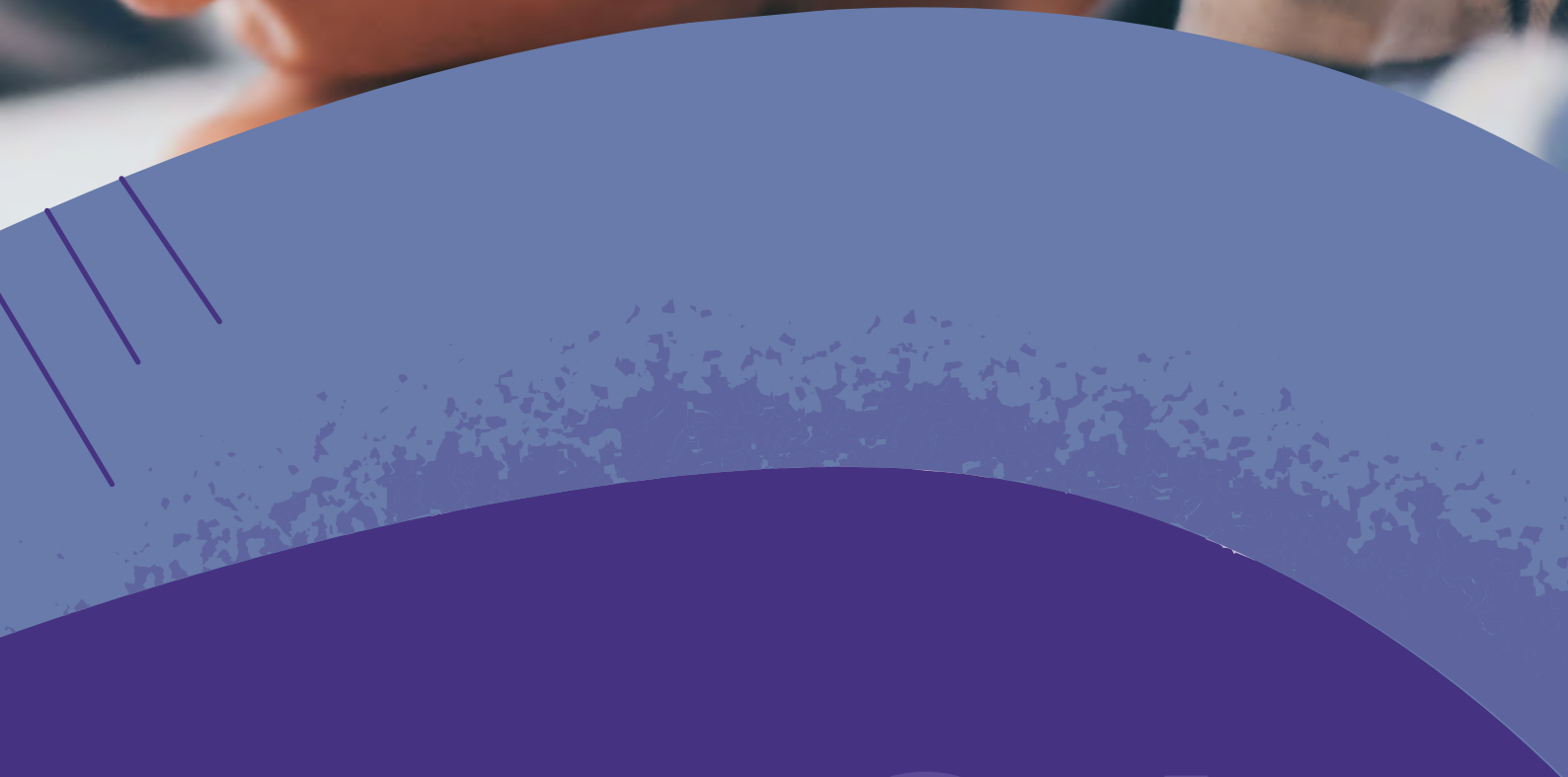




ANEXOS

1. Material de trabajo
2. Recursos
3. Cine y Salud, experiencia educativa de salud y prevención de los TCA
4. Bibliografía





MATERIAL
DE TRABAJO

01

TODAS LAS SESIONES

Cuestionario de evaluación para el observador externo

Centro:

Sesión:

Fecha:

Nivel Organizativo:

	Deficiente	Adecuada	Buena	Excelente
Horario	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Tamaño del grupo	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Número de horas	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Puntualidad	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Calificación global	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>

Nivel Pedagógico

	Deficiente	Adecuada	Buena	Excelente
Objetivos claros y precisos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
Material audiovisual	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Ritmo de aprendizaje	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Relación teoría/práctica	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Calificación global	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>

Monitores

	Deficiente	Adecuada	Buena	Excelente
Conocimientos teóricos	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Conocimientos prácticos	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Lenguaje adaptado al alumnado	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Capacidad fomentar participación	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Calificación global	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>

Asistentes

	Deficiente	Adecuada	Buena	Excelente
Actitud	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Participación	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Calificación global	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>

Contenidos

	Deficiente	Adecuada	Buena	Excelente
Cantidad	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Adecuación al tema	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Adecuación a la edad	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Profundidad	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Calificación global	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>

Metodología

	Deficiente	Adecuada	Buena	Excelente
Adecuación objetivos y métodos	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Relación trabajo individual y grupal	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Adecuación material didáctico	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Actividades	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Calificación global	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>

TODAS LAS SESIONES

Listado de ausentes al taller y motivo de la ausencia:

Apellidos	Nombre	Motivo

Sospecha de adolescentes o jóvenes con posible Trastorno de Conducta Alimentaria (TCA):

Apellidos	Nombre	Tipo de TCA	Grado de sospecha

Valoración global del taller:

DEFICIENTE			BUENA			EXCELENTE		
1	2	3	4	5	6	7	8	9

Observaciones y sugerencias:

SESIONES 1-5 | EAT-26

Identificación Fecha

Ponga una marca en la casilla que mejor refleje su caso. Por favor, conteste cuidadosamente cada pregunta.

A: siempre B: casi siempre C: a menudo D: a veces E: pocas veces F: nunca
O O O O O O

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

SESIONES 1-5 | **Cuestionario de conocimientos de nutrición**

Centro: Curso:

Edad: Fecha de nacimiento:

Peso actual: Estatura:

INSTRUCCIONES: Este cuestionario mide distintas actitudes, sentimientos y conductas. Algunas preguntas se refieren a la comida y la conducta de comer. Otras a lo que piensas y sientes sobre ti mismo/a. NO HAY RESPUESTAS ACERTADAS O EQUIVOCADAS. INTENTA SER MUY SINCERO/A EN LAS RESPUESTAS. LO QUE AQUI DIGAS ES TOTALMENTE CONFIDENCIAL. Lee cada pregunta y marca el cuadrado situado en la columna que mejor se adapte a tu caso. Responde cuidadosamente cada pregunta. Gracias.

NUTRICION

1. *¿Cuántas comidas deben hacerse al día?*
 - Cinco: desayuno, almuerzo, comida, merienda y cena.
 - Tres: desayuno, comida y cena.
 - Con hacer una comida principal es suficiente.
 - Dos: comida y cena.
 - Ninguna de las anteriores.
2. *¿Qué tipo de principios inmediatos (alimentos) es el que hay que comer más?*
 - Hidratos de carbono.
 - Proteínas.
 - Grasas.
 - Vitaminas.
 - Ninguna de las anteriores.
3. *¿Qué tipo de alimentos es el que hay que comer menos o evitar?*
 - Hidratos de carbono.
 - Proteínas.
 - Grasas.
 - Alcohol, aceites y dulces (chucherías).
 - Ninguna de las anteriores.
4. *Los hidratos de carbono están en...*
 - Carne magra, pescado, pollo.
 - Huevo.
 - Aceites y mantequilla.
 - Pan, patatas, pasta, cereales.
 - Ninguna de las anteriores.
5. *A la semana hay que comer...*
 - Con frecuencia refrescos de naranja, limón, cola.
 - Huevo todos los días.
 - Hay que tomar pocas legumbres.
 - Cuatro veces huevo y cuatro veces pescado.
 - Ninguna de las anteriores.
6. *El desayuno debe consistir en...*
 - Leche, pan, galletas o cereales y fruta.
 - No hace falta hacerlo.
 - Es sólo para mayores.
 - Basta con un vaso de leche al levantarse.
 - Una pieza de fruta.
7. *Los productos lácteos (leche, yogur, queso)...*
 - Son perjudiciales para la salud.
 - Engordan.
 - Son vegetales.
 - Van mal para los huesos.
 - Son de consumo diario.
8. *Las frutas y verduras han de tomarse...*
 - Con poca frecuencia.
 - Lo menos posible, pues son de mal sabor.
 - Sin lavar.
 - Varias veces al día.
 - Con cuidado porque pueden ser peligrosas.
9. *El agua ha de tomarse...*
 - Antes de las comidas.
 - Después de las comidas.
 - Durante las comidas.
 - Poca porque engorda.
 - A cualquier hora.
10. *El pan ha de tomarse...*
 - Poco porque engorda.
 - Todos los días.
 - Blanco.
 - De molde.
 - Ninguna de las anteriores.

SESIONES 1-5 | Cuestionario de conocimientos de nutrición

(Soluciones)

Centro: Curso:

Edad: Fecha de nacimiento:

Peso actual: Estatura:

INSTRUCCIONES: Este cuestionario mide distintas actitudes, sentimientos y conductas. Algunas preguntas se refieren a la comida y la conducta de comer. Otras a lo que piensas y sientes sobre ti mismo/a. NO HAY RESPUESTAS ACERTADAS O EQUIVOCADAS. INTENTA SER MUY SINCERO/A EN LAS RESPUESTAS. LO QUE AQUI DIGAS ES TOTALMENTE CONFIDENCIAL. Lee cada pregunta y marca el **cuadrado** situado en la columna que mejor se adapte a tu caso. Responde cuidadosamente cada pregunta. Gracias.

NUTRICION

1. *¿Cuántas comidas deben hacerse al día?*
 - Cinco: desayuno, almuerzo, comida, merienda y cena.
 - Tres: desayuno, comida y cena.
 - Con hacer una comida principal es suficiente.
 - Dos: comida y cena.
 - Ninguna de las anteriores.
2. *¿Qué tipo de principios inmediatos (alimentos) es el que hay que comer más?*
 - Hidratos de carbono.
 - Proteínas.
 - Grasas.
 - Vitaminas.
 - Ninguna de las anteriores.
3. *¿Qué tipo de alimentos es el que hay que comer menos o evitar?*
 - Hidratos de carbono.
 - Proteínas.
 - Grasas.
 - Alcohol, aceites y dulces (chucherías).
 - Ninguna de las anteriores.
4. *Los hidratos de carbono están en...*
 - Carne magra, pescado, pollo.
 - Huevo.
 - Aceites y mantequilla.
 - Pan, patatas, pasta, cereales.
 - Ninguna de las anteriores.
5. *A la semana hay que comer...*
 - Con frecuencia refrescos de naranja, limón, cola.
 - Huevo todos los días.
 - Hay que tomar pocas legumbres.
 - Cuatro veces huevo y cuatro veces pescado.
 - Ninguna de las anteriores.
6. *El desayuno debe consistir en...*
 - Leche, pan, galletas o cereales y fruta.
 - No hace falta hacerlo.
 - Es sólo para mayores.
 - Basta con un vaso de leche al levantarse.
 - Una pieza de fruta.
7. *Los productos lácteos (leche, yogur, queso)...*
 - Son perjudiciales para la salud.
 - Engordan.
 - Son vegetales.
 - Van mal para los huesos.
 - Son de consumo diario.
8. *Las frutas y verduras han de tomarse...*
 - Con poca frecuencia.
 - Lo menos posible, pues son de mal sabor.
 - Sin lavar.
 - Varias veces al día.
 - Con cuidado porque pueden ser peligrosas.
9. *El agua ha de tomarse...*
 - Antes de las comidas.
 - Después de las comidas.
 - Durante las comidas.
 - Poca porque engorda.
 - A cualquier hora.
10. *El pan ha de tomarse...*
 - Poco porque engorda.
 - Todos los días.
 - Blanco.
 - De molde.
 - Ninguna de las anteriores.

SESIONES 2-5 | Escala de satisfacción corporal

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

SESIÓN 1 | Encuesta sobre alimentación

1.- ¿Cuántas comidas haces al día?

- Desayuno
- Almuerzo
- Comida
- Merienda
- Cena

2.- ¿Cuántas veces al día comes algo fuera de las comidas?

- Nunca
- 1 ó 2 veces
- Muchas veces
- Sólo los días de fiesta

3.- ¿Cuáles son tus alimentos favoritos?

- 1º _____
- 2º _____
- 3º _____
- 4º _____
- 5º _____

4.- ¿Qué alimentos te gustan menos?

- 1º _____
- 2º _____
- 3º _____
- 4º _____
- 5º _____

5.- ¿Te obligan a comer estas comidas que no te gustan?

- Siempre
- Alguna vez
- Nunca

(sigue)

SESIÓN 1 | Encuesta sobre alimentación (Continuación)

6.- Señala entre estos alimentos los que tomas habitualmente:

- Ensaladas
- Verduras
- Legumbres
- Arroz
- Macarrones, espaguetis, canelones ...
- Sopas
- Huevos
- Pollo
- Carne de cerdo
- Salchichas, hamburguesas
- Carne de cordero
- Carne de temasco
- Pescado
- Fruta
- Postres dulces
- Leche y derivados
- Frutos secos
- Embutidos: chorizo ...
- Cereales
- _____
- _____

7.- ¿Tomas las mismas comidas que las personas adultas de tu familia?

- Siempre
- A veces
- Nunca

8.- Señala la hora aproximada de las principales comidas que haces:

- Desayuno:
- Almuerzo:
- Comida:
- Merienda:
- Cena:

9.- En casa, ¿coméis todos a la misma hora?

- Siempre
- A veces
- Nunca

SESIÓN 1 | Encuesta sobre alimentación (Continuación)

6.- Señala entre estos alimentos los que tomas habitualmente:

- Ensaladas
- Verduras
- Legumbres
- Arroz
- Macarrones, espaguetis, canelones ...
- Sopas
- Huevos
- Pollo
- Carne de cerdo
- Salchichas, hamburguesas
- Carne de cordero
- Carne de ternasco
- Pescado
- Fruta
- Postres dulces
- Leche y derivados
- Frutos secos
- Embutidos: chorizo ...
- Cereales
- _____
- _____

7.- ¿Tomas las mismas comidas que las personas adultas de tu familia?

- Siempre
- A veces
- Nunca

8.- Señala la hora aproximada de las principales comidas que haces:

Desayuno:
Almuerzo:
Comida:
Merienda:
Cena:

9.-En casa, ¿coméis todos a la misma hora?

- Siempre
- A veces
- Nunca

SESIÓN 1 | Encuesta sobre alimentación (Continuación)

10.- ¿Cómo son tus principales comidas?

Desayuno: _____

Almuerzo: _____

Comida: Dos platos y postre

Plato único y postre

Merienda: _____

Cena: Dos platos y postre

Plato único y postre

11.- ¿Qué bebida tomas habitualmente con las comidas?

Agua Gaseosa

Vino Leche

Cerveza Zumos

Refrescos _____

12.- ¿Cuáles son tus chucherías favoritas?

1º _____

2º _____

3º _____

4º _____

5º _____

NECESIDADES ENERGÉTICAS

TALLA
EDAD
SEXO
CLIMA
ACTIVIDAD
DEPORTE

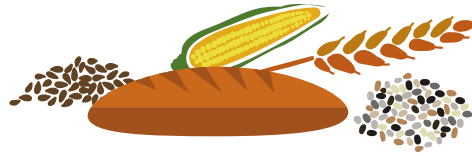


SESIÓN 1

Charla alimentación y nutrición

CALORÍAS

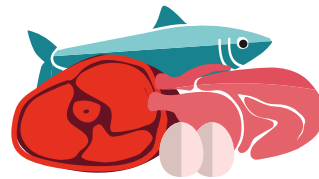
HIDRATOS DE CARBONO



GRASAS



PROTEÍNAS



NO CALORÍAS

VITAMINAS Y MINERALES



AGUA



SESIÓN 1

Charla alimentación y nutrición

PIRÁMIDE ALIMENTARIA

Pirámide de la Alimentación saludable (SENC, 2004).



CONSUMO OCASIONAL

CONSUMO DIARIO



ACTIVIDAD FÍSICA DIARIA

SESIÓN 1

Charla alimentación y nutrición

PROPORCIÓN CALÓRICA Y REPARTO DE TOMAS



01 MATERIAL DE TRABAJO

SESIÓN 1

Charla alimentación y nutrición

DESAYUNO

CEREALES
LÁCTEOS
FRUTAS



SESIÓN 1

Charla alimentación y nutrición

HÁBITOS SALUDABLES

El momento de comer constituye una ocasión de comunicación familiar y social.



Una alimentación correcta es necesaria para el rendimiento escolar.



El ejercicio físico debe ir acompañado de una alimentación adecuada y de la ingesta de agua.



Dormir suficientemente y levantarse temprano para desayunar.



El desayuno es la primera y muy importante comida diaria.



DESAYUNO 20% ALMUERZO 10% COMIDA 30% MERIENDA 15% CENA 25%



8 h.

11 h.

14 h.

17 h.

21 h.



01 MATERIAL DE TRABAJO

SESIONES 1-5

Índice de Masa Corporal

Siguiendo las recomendaciones de la OMS, talla y peso son las medidas antropométricas básicas más accesibles que nos permiten hacer una valoración adecuada y rápida del estado nutricional y obtener el Índice de Masa Corporal.

Hoy día, la valoración del estado nutricional más utilizada es este Índice de Masa Corporal (IMC) o Body Mass Index (BMI) o Índice de Quetelet (que fue propuesto por Quetelet en el año 1869). Este índice es definido por la relación peso en kilogramos dividido por la talla en metros al cuadrado (P/T^2). Por sí solo es un indicador nutricional válido, puede ser suficiente para evaluar el estado nutricional de la persona, así como de su recuperación.

Al ser adolescentes y estar en fase de crecimiento las medidas (peso, talla, IMC) deben referirse a las tablas pediátricas de percentiles de crecimiento de la población normal, siendo los gráficos de la Fundación Faustino Orbegozo de Hernández y colaboradores los más utilizados en España como patrones de referencia. En nuestro país no existen muchos modelos antropométricos que valoren con suficiente precisión el desarrollo morfológico de los adolescentes y hay que destacar los estudios de Hernández y colaboradores con sus tablas y curvas de crecimiento desde el nacimiento hasta los 18 años.

Se considera "delgadez extrema o emaciación" un I.M.C. de menos de 15; "bajo peso" unos valores entre 15 y 18,9; el peso "normal" entre 19 y 24,9; "sobrepeso" entre 25 y 29,9; "obesidad" entre 30 y 39,9 y "obesidad grave (mórbida)" más de 40. A partir de los 14 años un B.M.I. por debajo de 16 puede justificarse como criterio de una significativa malnutrición.

Con 16 años o más un B.M.I. de 20 puede ser usado como guía del peso mínimo. Entre los 14 y 15 años un B.M.I de 18,5-19,5 parece ser apropiado.

Sin embargo, a los 13 años o menos es mejor consultar los datos estandarizados. Se puede definir la obesidad en la población infanto-juvenil cuando el índice de Quetelet es superior al percentil 90 para cada grupo de edad y sexo, y obesidad extrema si es superior al percentil 97. Un percentil inferior al percentil 3 es muy bajo.

Se pueden usar también las gráficas de percentiles de peso, talla e índice de masa corporal (IMC), del Estudio Español del Crecimiento 2010 y del Estudio Longitudinal Aragonés del Crecimiento de la Fundación "Andrea Prader" para niñas y niños de 3 a 20 años.



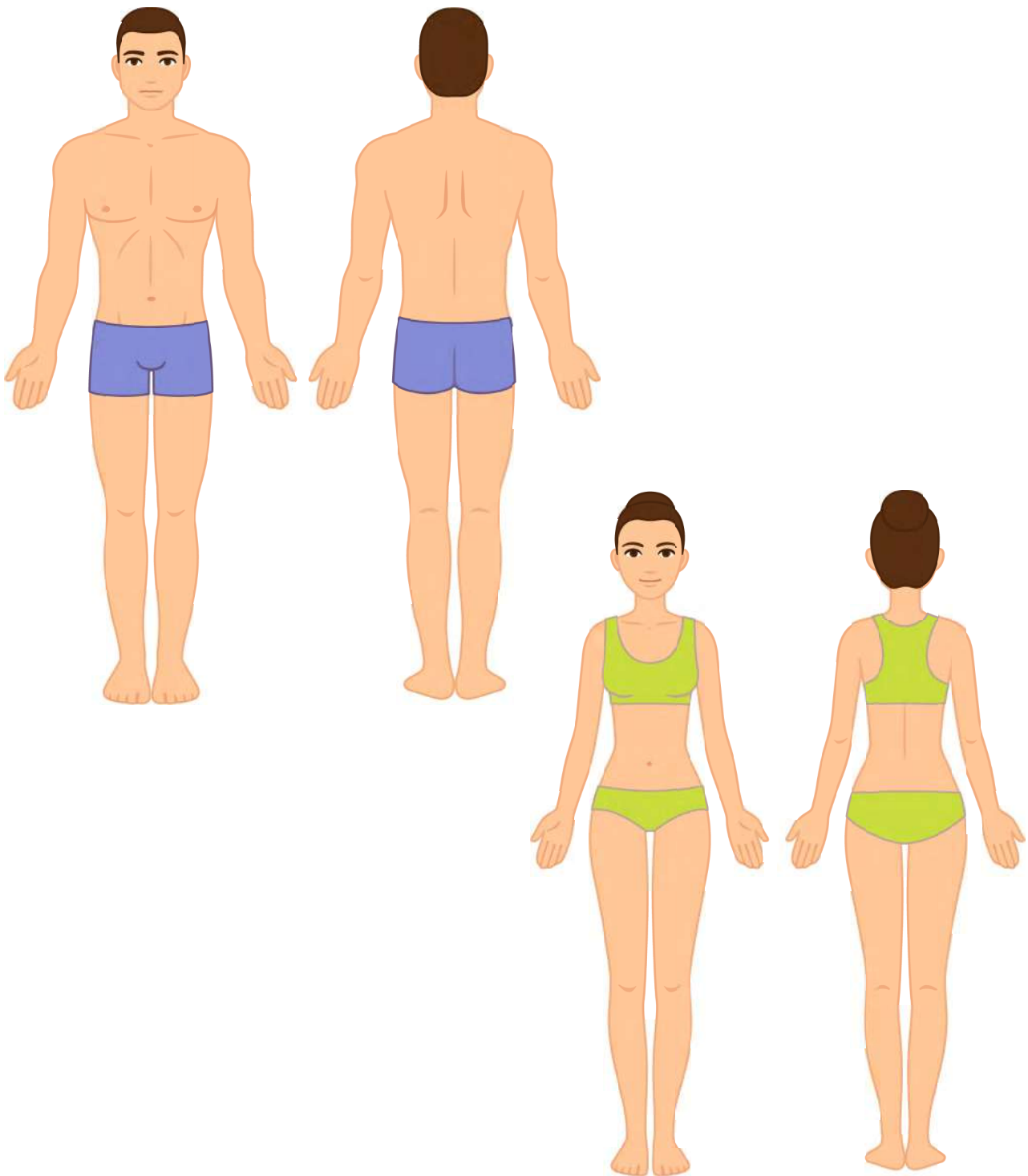
Báscula portátil.



Tallímetro portátil.

SESIÓN 2

Imagen corporal · Sexualidad · Crítica del modelo estético

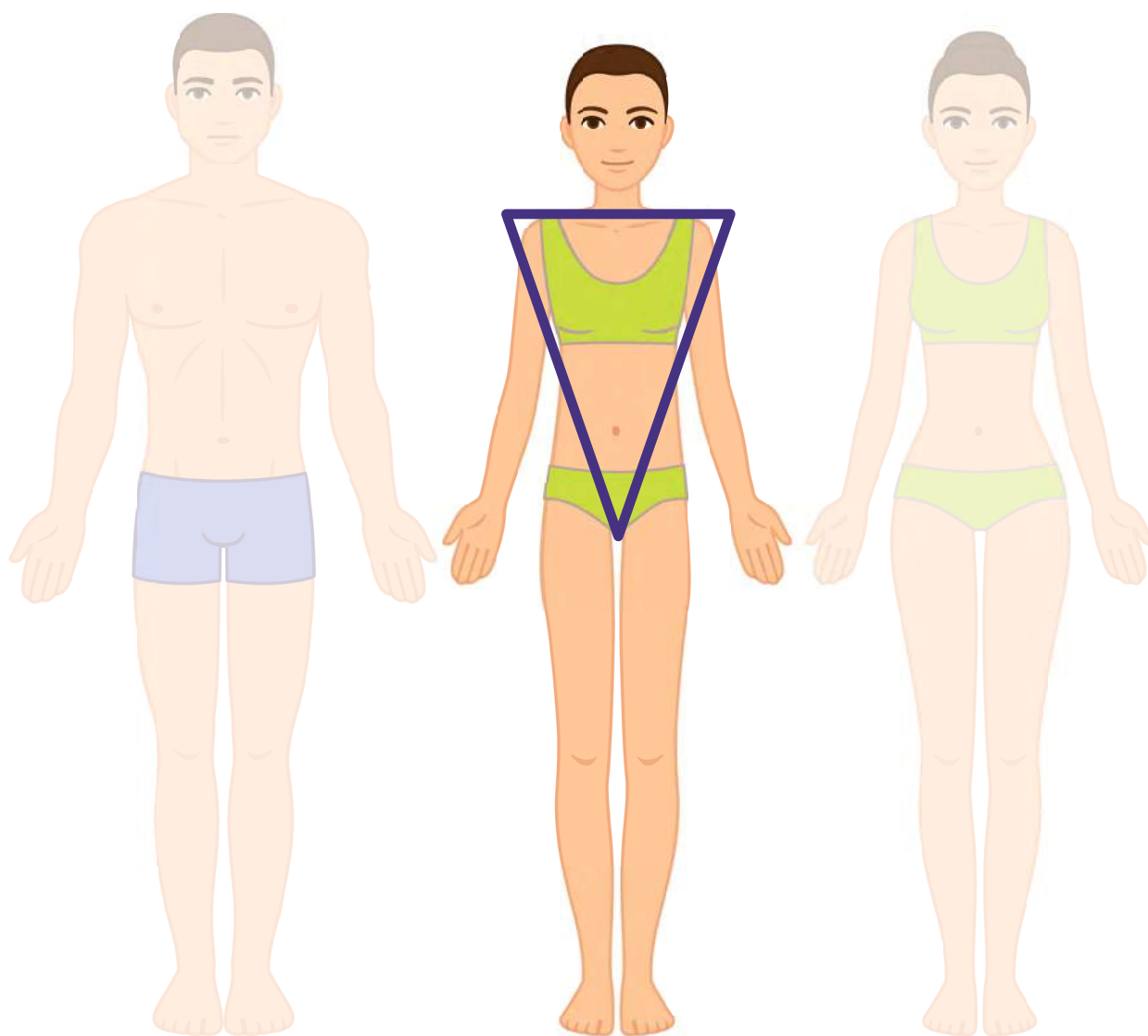


01 MATERIAL DE TRABAJO

SESIÓN 2

Imagen corporal · Sexualidad · Crítica del modelo estético

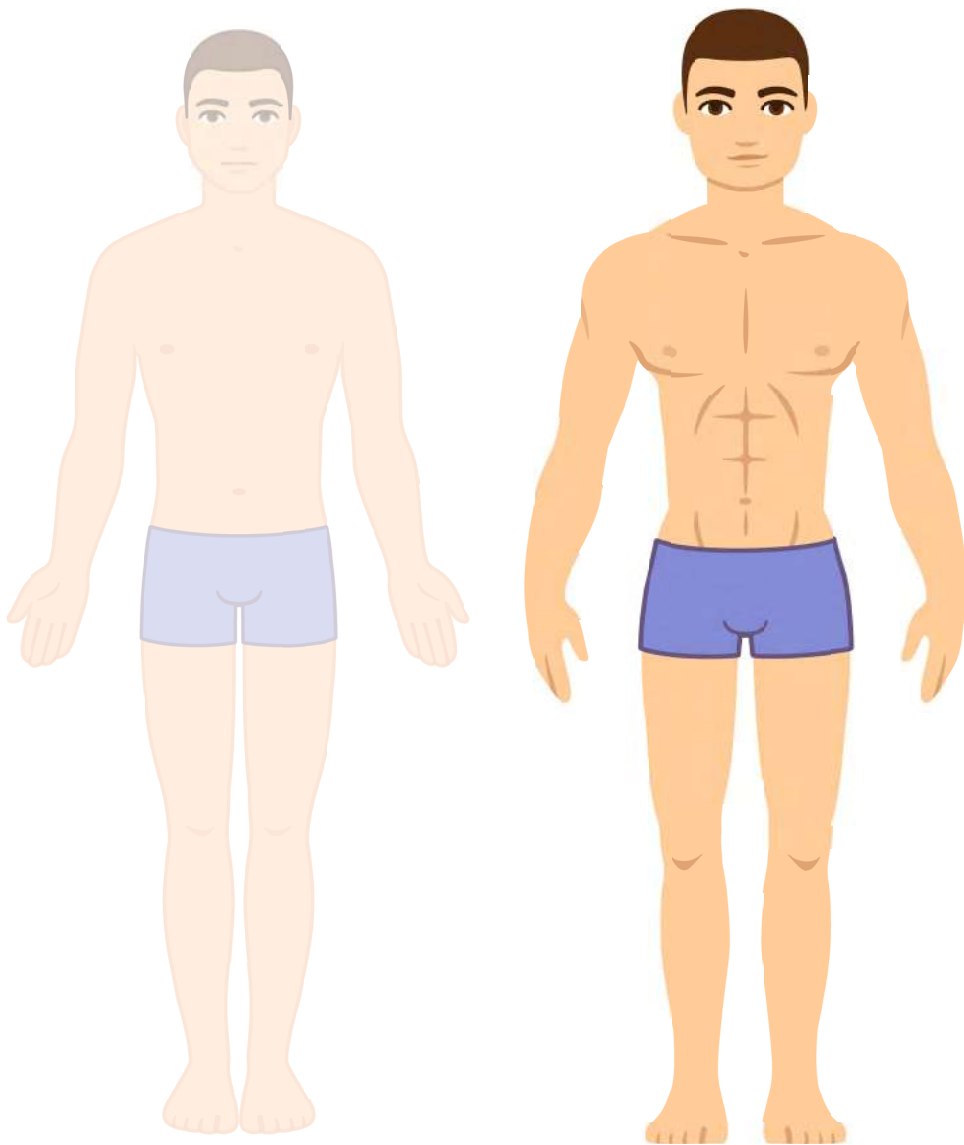
MODELO TUBULAR, ANDRÓGINO
(hombros masculinos, tórax triangular).



SESIÓN 2

Imagen corporal · Sexualidad · Crítica del modelo estético

MODELO MUSCULADO



01 MATERIAL DE TRABAJO

SESIÓN 2

Imagen corporal · Sexualidad · Crítica del modelo estético



SESIÓN 2

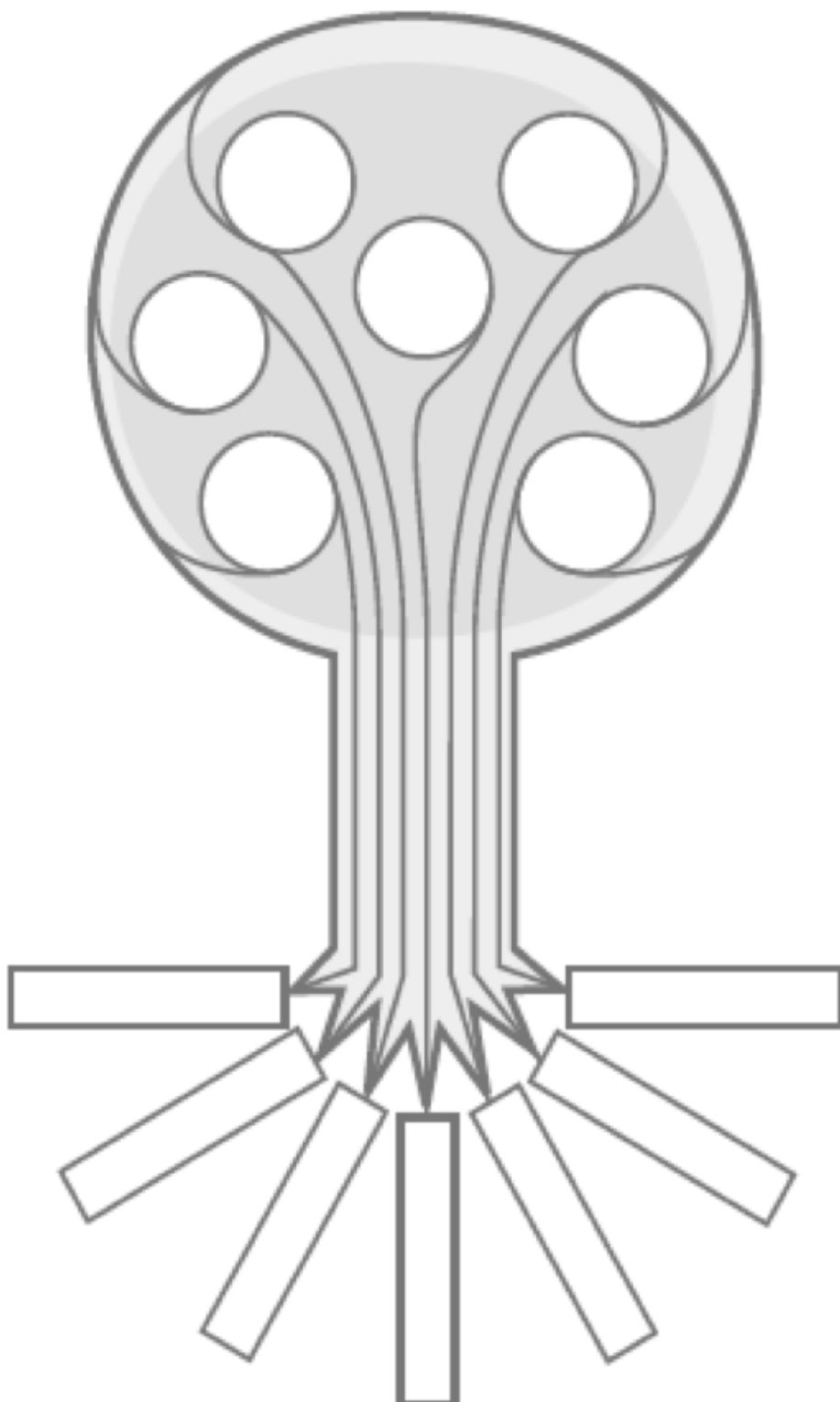
Imagen corporal • Sexualidad • Crítica del modelo estético



01 MATERIAL DE TRABAJO

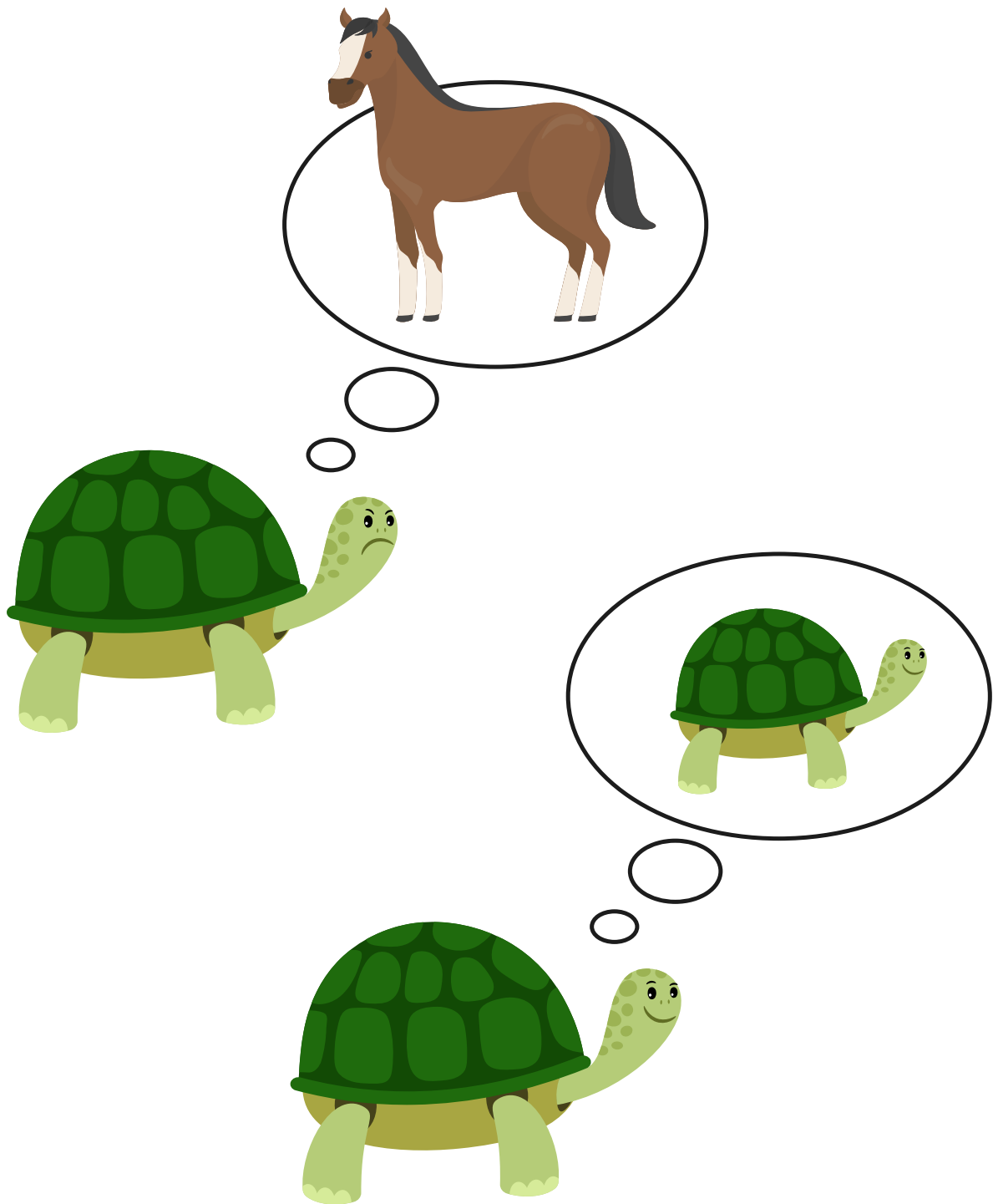
SESIÓN 3

Autoconcepto - Autoestima



SESIÓN 2

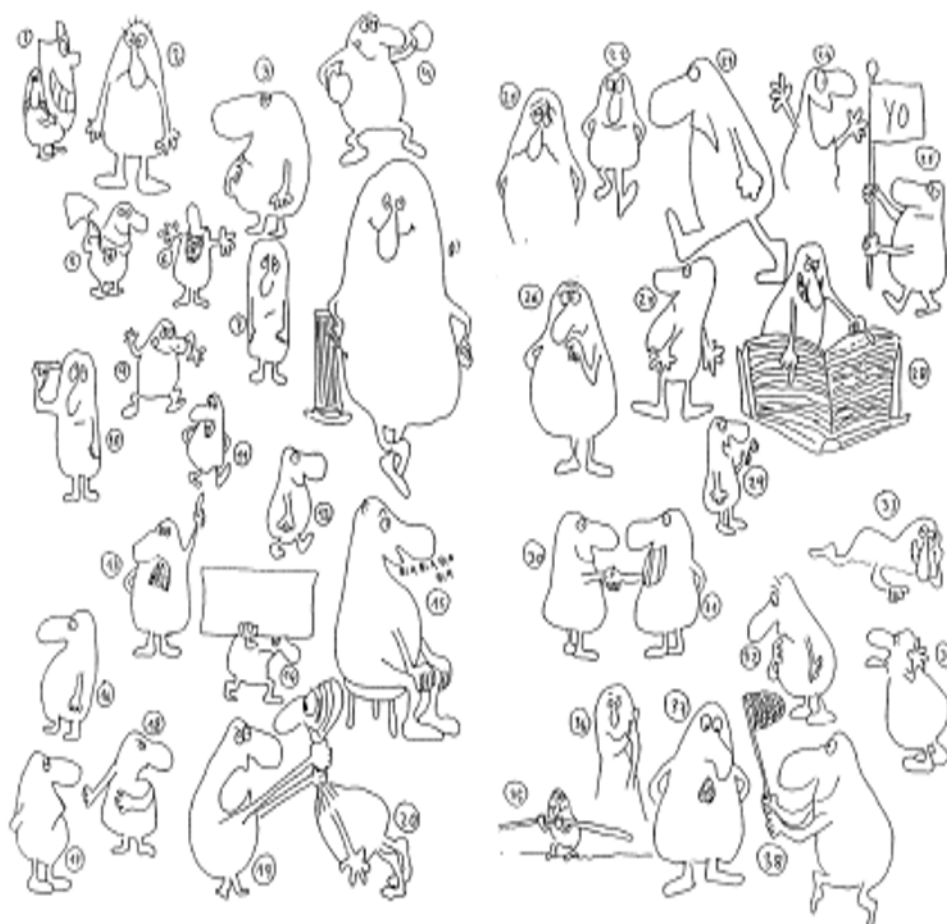
Autoconcepto - Autoestima



01 MATERIAL DE TRABAJO

SESIÓN 3

Autoconcepto - Autoestima



SESIÓN 5

Curvas y tablas de crecimiento para niños (en percentiles)

NIÑOS																
EDAD	Longitud* Altura** (cm).				Peso kg.				Índice de masa corporal Peso / Talla ² (kg / m ²)				Perímetro craneal (cm.)			
	P3	P50	P97	DS	P3	P50	P97	DS	P3	P50	P97	DS	P3	P50	P97	DS
Nacimiento	46,54	50,16	53,78	1,92	2,75	3,51	4,48	0,45	11,92	14,02	16,11	1,11	32,72	34,89	37,06	1,15
3 meses	56,43	60,43	64,42	2,12	5,08	6,25	7,68	0,67	14,84	17,17	19,51	1,24	38,97	41,17	43,37	1,17
6 meses	62,75	66,74	70,74	2,12	6,55	7,99	9,74	0,82	15,30	18,02	20,73	1,44	42,17	44,41	46,10	1,04
9 meses	66,70	71,11	75,53	2,34	7,52	9,24	11,36	1,02	15,63	18,32	21,00	1,43	43,95	46,02	48,08	1,09
1 año	70,39	75,01	79,63	2,45	8,26	10,15	12,47	1,13	15,37	18,09	20,81	1,45	45,21	47,28	49,35	1,10
1,5 años	76,37	81,37	86,38	2,66	9,48	11,50	13,94	1,13	15,11	17,43	19,76	1,24	46,40	48,70	51,00	1,22
2 años	81,24	86,68	92,12	2,89	10,37	12,70	15,55	1,33	14,68	16,95	19,21	1,20	47,29	49,59	51,88	1,22
2,5 años	85,41	91,10	96,80	3,03	11,23	13,80	16,95	1,49	14,47	16,69	18,90	1,18	47,98	50,28	52,58	1,22
3 años	88,85	95,18	101,50	3,36	12,04	14,86	18,33	1,66	14,26	16,46	18,66	1,17	48,56	50,75	52,94	1,16
3,5 años	91,59	98,72	105,85	3,79	12,66	15,84	19,98	1,97	14,04	16,33	18,62	1,22	48,64	50,98	53,32	1,24
4 años	95,25	102,51	109,77	3,86	13,73	17,01	21,08	1,95	13,95	16,24	18,53	1,22	48,86	51,21	53,66	1,28
4,5 años	98,09	106,00	113,90	4,21	14,44	17,90	22,18	2,04	13,86	16,16	18,45	1,22	49,11	51,28	53,74	1,23
5 años	101,25	109,23	117,20	4,24	14,60	18,76	24,11	2,67	13,68	16,08	18,48	1,28	49,21	51,51	53,80	1,22
5,5 años	103,56	111,82	120,07	4,39	15,28	19,91	25,95	3,13	13,63	16,15	18,68	1,34	49,27	51,49	53,92	1,23
6 años	105,84	115,11	124,40	4,46	15,88	20,87	27,42	3,13	13,54	16,34	19,14	1,49	49,32	51,71	54,09	1,27
6,5 años	108,39	117,84	127,29	5,02	16,38	22,41	30,64	4,17	13,40	16,37	19,34	1,57	49,35	51,80	54,28	1,31
7 años	110,63	120,21	129,78	5,09	17,34	23,59	32,08	4,20	13,32	16,54	19,76	1,71	49,51	52,10	54,59	1,37
7,5 años	113,36	123,21	133,07	5,24	18,14	24,73	33,72	4,35	13,24	16,71	20,18	1,85	49,76	52,27	54,78	1,34
8 años	116,25	126,10	135,95	5,24	19,52	26,08	34,84	4,15	13,19	16,70	20,20	1,87	49,83	52,47	55,16	1,40
8,5 años	118,72	129,01	139,30	5,47	20,42	27,50	36,71	4,72	13,14	16,68	20,23	1,89	50,05	52,68	55,20	1,34
9 años	121,60	131,85	142,10	5,45	21,59	28,81	38,45	4,61	13,03	16,81	20,58	2,01	50,27	52,75	55,23	1,32
9,5 años	123,98	134,07	144,16	5,36	22,15	30,14	40,99	5,09	12,92	16,93	20,94	2,13	50,33	52,88	55,32	1,30
10 años	125,85	136,53	147,20	5,67	23,32	31,83	43,43	5,53	13,07	17,14	21,20	2,16	50,52	53,07	55,61	1,35
10,5 años	128,50	138,99	149,48	5,57	24,37	33,29	45,48	5,67	13,22	17,34	21,47	2,19	50,78	53,30	55,82	1,34
11 años	130,97	141,51	152,06	5,60	25,44	35,18	48,66	6,30	13,18	17,71	22,24	2,41	51,03	53,60	56,17	1,36
11,5 años	132,32	143,67	155,02	6,03	26,50	36,90	51,40	6,73	13,33	18,07	22,81	2,52	51,18	53,74	56,19	1,30
12 años	135,07	146,70	158,33	6,18	27,73	38,79	54,27	7,21	13,45	18,23	23,02	2,55	51,27	53,91	56,55	1,40
12,5 años	136,69	149,04	161,40	6,57	28,98	41,12	58,34	8,12	13,59	18,50	23,41	2,61	51,31	54,04	56,87	1,50
13 años	139,01	152,81	166,61	7,34	30,32	43,34	61,94	8,55	13,73	18,76	23,79	2,68	51,53	54,28	57,03	1,46
13,5 años	141,31	156,16	171,00	7,89	32,35	46,09	65,08	8,49	14,03	19,08	24,13	2,69	51,85	54,60	57,34	1,45
14 años	144,47	160,15	175,84	8,34	34,02	49,22	71,23	9,86	14,34	19,41	24,47	2,69	51,89	54,89	57,89	1,60
14,5 años	147,88	163,28	178,69	8,19	36,14	52,33	75,76	10,54	14,60	19,87	25,14	2,80	52,15	55,27	58,40	1,66
15 años	150,31	165,46	180,61	8,06	39,32	56,25	78,58	10,27	15,08	20,37	25,66	2,82	52,62	55,61	58,61	1,60
15,5 años	154,82	168,67	182,52	7,37	42,50	58,84	81,46	10,33	15,35	20,91	26,46	2,96	52,86	55,86	58,86	1,60
16 años	158,12	170,88	183,64	6,78	46,50	61,52	83,38	9,88	15,58	21,42	27,27	3,11	52,98	55,99	59,00	1,60
16,5 años	161,42	172,32	183,23	5,80	49,17	64,42	84,82	9,81	15,80	21,94	28,07	3,26	53,32	56,25	59,18	1,56
17 años	163,03	173,68	184,33	5,67	49,98	65,96	86,11	10,42	15,87	22,11	28,35	3,32	53,37	56,31	59,25	1,56
17,5 años	163,96	174,64	185,31	5,60	50,61	66,40	87,12	9,97	16,25	21,99	27,23	3,05	53,42	56,38	59,33	1,57
18 años	164,24	175,60	186,95	6,04	51,24	66,84	87,19	9,51	16,63	21,87	27,11	2,79	53,46	56,47	59,47	1,61

* Hasta los dos años.
** A partir de los dos años.

SESIÓN 5

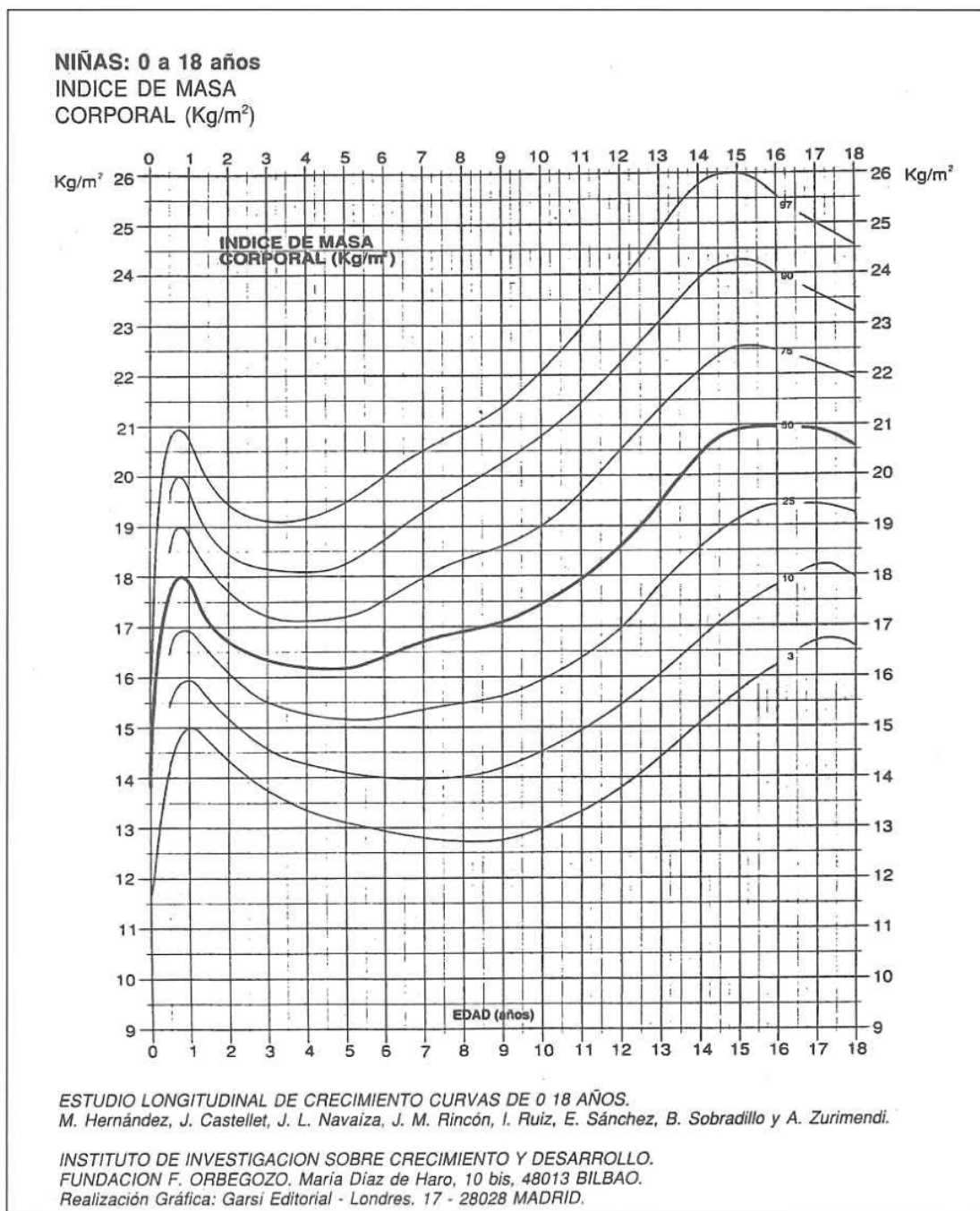
Curvas y tablas de crecimiento para niñas (en percentiles)

NIÑAS																
EDAD	Longitud* Altura** (cm.)				Peso kg.				Índice de masa corporal Peso / Talla ² (kg / m ²)				Perímetro craneal (cm.)			
	P3	P50	P97	DS	P3	P50	P97	DS	P3	P50	P97	DS	P3	P50	P97	DS
Nacimiento	45,93	49,18	52,44	1,73	2,63	3,32	4,19	0,41	11,69	13,78	15,88	1,12	31,94	34,11	36,28	1,15
3 meses	55,77	59,00	62,22	1,71	4,78	5,75	6,93	0,56	14,30	16,59	18,88	1,22	38,26	40,05	41,85	0,95
6 meses	61,63	65,24	68,84	1,91	6,04	7,43	9,13	0,81	14,81	17,52	20,23	1,44	40,78	42,81	44,84	1,08
9 meses	65,37	69,37	73,36	2,12	6,84	8,59	10,80	1,05	14,96	17,95	20,94	1,59	42,46	44,66	46,86	1,16
1 año	68,93	73,39	77,85	2,37	7,69	9,56	11,88	1,11	15,02	17,82	20,61	1,49	43,74	45,98	48,21	1,19
1.5 años	75,02	79,87	84,73	2,58	8,75	10,90	13,59	1,26	14,49	17,76	19,83	1,42	45,06	47,32	49,58	1,20
2 años	80,11	85,39	90,68	2,81	9,74	12,12	15,10	1,39	14,15	16,69	19,24	1,36	45,97	48,25	50,53	1,21
2.5 años	84,14	89,77	95,39	2,99	10,56	13,29	16,71	1,64	13,92	16,54	19,16	1,39	46,65	48,95	51,25	1,22
3 años	87,97	94,11	100,25	3,26	11,35	14,48	18,46	1,91	13,69	16,42	19,15	1,45	47,14	49,44	51,74	1,22
3.5 años	91,17	97,84	104,51	3,54	11,93	15,53	20,22	2,24	13,42	16,29	19,16	1,53	47,32	49,63	51,93	1,22
4 años	94,33	101,54	108,75	3,83	12,82	16,71	21,78	2,46	13,44	16,29	19,14	1,52	47,41	50,01	52,27	1,29
4.5 años	97,72	105,02	112,32	3,88	13,64	17,72	23,03	2,51	13,31	16,23	19,14	1,55	47,50	50,10	52,45	1,28
5 años	99,34	107,59	115,83	4,39	14,01	18,42	24,18	2,87	13,19	16,23	19,28	1,62	47,68	50,16	52,65	1,32
5.5 años	102,81	111,01	119,21	4,35	14,94	19,66	25,88	3,00	13,10	16,37	19,63	1,74	47,91	50,35	52,80	1,29
6 años	105,60	114,00	122,41	4,47	15,27	20,69	28,02	3,58	13,01	16,50	19,99	1,86	47,95	50,52	53,08	1,36
6.5 años	107,97	117,13	126,30	4,87	16,30	21,99	29,66	3,65	12,63	16,61	20,58	2,11	48,22	50,84	53,16	1,23
7 años	110,80	120,04	129,27	4,91	16,91	23,26	32,00	4,17	12,64	16,61	20,58	2,11	48,49	51,01	53,53	1,34
7.5 años	113,55	123,08	132,61	5,47	18,27	25,00	34,22	4,32	12,79	16,75	20,71	2,11	48,93	51,35	53,76	1,28
8 años	116,12	125,96	135,80	5,23	18,89	26,33	36,70	4,83	12,77	16,89	21,01	2,10	48,98	51,65	54,12	1,42
8.5 años	119,22	128,55	137,88	4,96	20,12	27,84	38,53	4,93	12,74	17,02	21,30	2,28	49,15	51,70	54,25	1,36
9 años	121,30	131,59	141,87	5,47	21,08	29,32	40,79	5,40	12,79	17,11	21,44	2,30	49,25	51,89	54,53	1,40
9.5 años	122,82	133,96	145,10	5,92	21,66	30,71	43,55	5,99	12,83	17,20	21,57	2,33	49,53	52,20	54,87	1,42
10 años	125,49	136,65	147,80	5,93	23,06	32,47	45,72	6,23	12,89	17,56	22,23	2,48	49,70	52,27	54,94	1,36
10.5 años	127,98	139,93	151,89	6,36	24,81	34,94	49,20	6,70	13,15	17,96	22,78	2,56	50,19	52,68	55,17	1,32
11 años	130,50	142,48	154,45	6,37	25,60	36,37	51,65	7,20	13,27	18,21	23,15	2,63	50,21	52,75	55,29	1,40
11.5 años	132,40	145,70	159,00	7,07	26,87	38,72	55,79	7,88	13,38	18,45	23,52	2,70	50,36	52,95	55,54	1,37
12 años	136,55	148,43	160,30	6,31	28,96	40,68	57,15	7,50	13,64	18,67	23,70	2,67	50,45	53,13	55,80	1,42
12.5 años	138,05	151,17	164,30	6,98	30,37	42,83	60,41	7,93	13,81	19,02	24,22	2,65	50,83	53,48	56,12	1,40
13 años	141,91	153,72	165,53	6,28	32,61	45,38	63,16	8,10	13,97	19,36	24,75	2,87	51,06	53,67	56,29	1,39
13.5 años	143,77	155,88	167,98	6,43	34,50	47,67	65,87	8,30	14,60	19,91	25,22	2,82	51,13	53,86	56,57	1,45
14 años	145,44	156,80	168,17	6,05	36,64	49,64	67,25	8,28	15,02	20,41	25,79	2,83	51,24	53,94	56,65	1,44
14.5 años	145,68	157,41	169,15	6,24	38,35	50,39	67,65	7,40	15,32	20,60	25,89	2,81	51,45	54,04	56,63	1,38
15 años	147,04	158,29	169,54	5,98	39,59	51,90	68,05	7,66	15,61	20,80	25,99	2,76	51,65	54,13	56,60	1,32
15.5 años	148,40	159,16	169,92	5,72	40,32	52,52	68,41	7,58	15,88	20,81	25,74	2,62	51,70	54,24	56,77	1,35
16 años	149,23	159,91	170,57	5,68	41,06	53,14	68,77	7,53	16,15	20,82	25,49	2,48	51,70	54,24	56,77	1,35
16.5 años	150,40	160,60	170,80	5,43	42,00	53,31	68,39	6,95	16,50	20,88	25,26	2,33	51,74	54,26	56,80	1,34
17 años	150,41	160,75	171,09	5,50	42,95	53,49	68,01	6,37	16,84	20,93	25,03	2,18	51,79	54,35	56,90	1,36
17.5 años	150,42	160,90	171,37	5,57	43,20	54,00	67,00	6,44	16,73	20,66	24,58	2,09	52,05	54,48	56,90	1,27
18 años	150,50	161,26	172,01	5,72	43,60	54,48	66,80	6,29	16,65	20,60	24,55	2,10	52,32	54,61	56,90	1,22

* Hasta los dos años.
** A partir de los dos años.

SESIÓN 5

Curvas y tablas de crecimiento para niñas







02

RECURSOS



02 RECURSOS

¿CÓMO?

Por un equipo especializado interdisciplinar sociosanitario con la participación de un médico psiquiatra en colaboración con psicología, pediatría, otras especialidades médicas, endocrinología, nutrición, enfermería, trabajo social.

Con tratamientos combinados: educación y rehabilitación nutricional, psicoeducación, psicoterapia individual, motivacional, cognitivo-conductual y de otras orientaciones, mindfulness, terapia familiar, psicoterapia de grupo, fármacos, hospital de día, comedor, cenador terapéutico.

¿CUÁNDO?

Lo antes posible. El tratamiento temprano se asocia con un mejor pronóstico. De ahí la importancia de la detección temprana (prevención secundaria).



¿DÓNDE?

PREVENCIÓN PRIMARIA

- **Instituto Aragonés de la Juventud (IAJ)**
C/ Franco y López, 4 · Espacio Baltasar Gracián
50005 Zaragoza
Tel. 976 56 60 34
- **Asociaciones y entidades que trabajan con adolescentes y jóvenes de Aragón.**
- **Sistema de asesoría y recursos en educación para la salud (SARES).**
Asesoramiento técnico, consultas y préstamo de materiales educativos:

SARES en Huesca

Avenida del Parque, 30 · 22071 Huesca
Tel. 974 29 30 54
epsh@aragon.es

SARES en Teruel

C/ 3 de Abril, 1 · 44071 Teruel
Tel. 978 64 11 60 · Fax: 978 64 12 34
epst@aragon.es

SARES en Zaragoza

C/ Ramón y Cajal, 68 · 50071 Zaragoza
Tel. 976 71 52 67 · Fax: 976 71 52 81
epsz@aragon.es

www.aragon.es/san/sares/eps.htm

PREVENCIÓN SECUNDARIA Y TRATAMIENTO

Lo primero acudir al Médico de familia o Pediatra del Centro de Salud que nos corresponde por zona. Ellos valorarán la importancia del caso y decidirán si es necesario el tratamiento por Psiquiatría o Salud Mental y derivarán.

Las **Unidades de Salud Mental Infanto-Juveniles o de adultos** son el primer sitio para el tratamiento.

En los casos moderados y graves se remite a las UTCAs, Unidades especializadas de trastornos de la conducta alimentaria, con mayor experiencia para el tratamiento ambulatorio y hospitalario, con funcionamiento desde el año 2000.

UNIDADES ESPECIALIZADAS EN ARAGÓN (UTCAS)

PÚBLICAS:

- Hospital Clínico Universitario. Planta 8ª UTCA Sección de Psiquiatría Infanto-juvenil para menores de 18 años.
Avda San Juan Bosco, s/n
50.009 Zaragoza
Tel. 976 55 64 00 (Exts. 161348, 161338)
- Hospital Real y Provincial Nª Sª de Gracia. Servicio de Psiquiatría y Toxicomanías. UTCA para mayores de 18 años, UTP.
C/ Ramón y Cajal, 60 · 50.003 Zaragoza
Tel. 976 44 00 22 / 620 90 36 38

Para el apoyo y asesoramiento de los familiares funciona la **Asociación Aragonesa de familiares de Enfermos con Trastornos de la Conducta Alimentaria (ARBADA)**.

C/ Coso 157, 1º B · 50001 Zaragoza
Tel. 976 38 95 75
arbada@arbada.org
www.arbada.org



PRIVADAS:

Unidad Tratamiento TCA – Prisma ITA Hospital de Día, Consultas Externas y hospitalización.

Av. César Augusto, 29 · 50004 Zaragoza
Tel. 976 52 55 88 / 900 500 535
infoita@itasaludmental.com
<https://itasaludmental.com>

En la mayoría de los casos el tratamiento es ambulatorio, es decir en consultas.

En los casos graves puede ser preciso el ingreso hospitalario:

• PARA EL INGRESO EN HUESCA:

Hospital General San Jorge.

Unidad de Psiquiatría.

Avda. Martínez de Velasco, 36 · 22004 Huesca
Tel. 974 24 70 00

• PARA EL INGRESO EN TERUEL:

Hospital General de Teruel "Obispo Polanco". Servicio de Pediatría o Psiquiatría.

Avda. Ruíz Jarabo, s/n · 44002 Teruel
Tel. 978 62 11 50

• PARA EL INGRESO EN ZARAGOZA:

- Hospital Clínico Universitario. UCE Psiquiatría Infanto-juvenil o Pediatría Escolares para menores de 18 años. UCE Psiquiatría para mayores de 18 años.

Avda San Juan Bosco, s/n · 50009 Zaragoza
Tel. 976 55 64 00

- Ext 162401: UCE Infanto-Juvenil 8ª Planta
- Ext 162261: Escolares Pediatría 5º Planta
- Ext 162151: UCE 3ª Planta

- Hospital Miguel Servet. Unidad de Hospitalización Psiquiátrica.

Paseo Isabel La Católica, 1 · 50009 Zaragoza
Tel. 976 76 55 00

- Hospital Royo Villanova. Unidad de Hospitalización Psiquiátrica.

Barrio de San Gregorio, s/n · 50015 Zaragoza
Tel. 976 46 69 10 / 976 46 69 23

- Centro Neuropsiquiátrico Nª Sª del Carmen.

Ctra. De Logroño, Km 6.
50190 Garrapinillos · Zaragoza
Tel. 976 77 06 35
Privado

02 RECURSOS

SOCIEDAD CIENTÍFICA, FEDERACIONES, ASOCIACIONES Y FUNDACIONES



AEETCA, Asociación Española para el estudio de los Trastornos de la Conducta Alimentaria
aeetca@yahoo.es
www.aeetca.com



FEACAB Federación Española de Asociaciones de Ayuda y Lucha contra la Anorexia y Bulimia
Tel. 976 38 95 75
<https://feacab.org>



Fundación APE
Tel. 876 67 04 00
info@fundacionape.org
<https://fundacionape.org>



Asociación TCA Aragón
Tel. 608 24 32 99
info@tca.aragon.org
www.tca-aragon.org



APATAZ
lodificilnoescomer@gmail.com
www.instagram.com/apatazasociacion



Cómete tus miedos
<https://cometetusmiedos.com>



Proyecto Princesas
Tel. 676 028 755
info@proyectoprincesas.com
<https://proyectoprincesas.com/>

RECURSOS AUDIOVISUALES



CANCIONES

Para escuchar y analizar los mensajes de sus letras en pequeño grupo y debatir en gran grupo.

“MARIBEL” (3:24)

Cantante: Jaime Urrutia

Disco: “El muchacho eléctrico”

Autor: Jaime Urrutia

Discográfica: Dro Atlantic S.A. (2005)

“Dios, como me gusta Maribel/ tan sencilla y entradita en carnes/ es el prototipo de mujer/ que hay que darle de comer aparte/ Anda preocupada Maribel/por su contundente silueta/dice que ha dejado de comer/que se ha puesto a régimen y a dieta//Maribel, Maribel/ no te amargues la vida y asienta tu culazo en mis rodillas/por tus besos Maribel/ por tus besos Maribel/daría la vida// Yo la llamo mi gordita/ y ella se mea de risa/porque en el fondo sabe/que me gusta Maribel// Es un puro encanto Maribel/es un verdadero monumento/dice que ha dejado de comer/ pero no lo creo de momento//--solo-- Yo la llamo mi gordita/ y ella se mea de risa/porque en el fondo sabe/que me gusta Maribel// Maribel, Maribel/ cuéntame tus cosillas/ y asienta tu culazo en mis rodillas/por tus besos Maribel/ por tus besos Maribel/daría la vida.

“GORDA” (3:31)

Grupo: Papá Levante

Autores: Carmen Blanco Zambrano
José Miguel Évora

Discográfica: MUXXIC Records S.A. (2003)

“Ven, sal, no vale la pena llorar./ Piensa en ti, no vale la pena sufrir./ Mientras los anuncios pret-a-porté la dejan mirando, cara a la pared./ella con la hebilla, del cinturón, se aprieta la talla, del corazón./ Como los espejos le gritan gorda, se esconde en el hueco, delgado de su sombra./Como los espejos le dan de lado, vacía a escondidas el fondo del lavabo./ Anda vigilada, por toda la ciudad, amarga la calle, de tiramisú/ baja la mirada, y ocupa sin más el último asiento, del autobús./ Al estribo./ Sal del agujero, dónde te metes, que yo a ti te quiero, como tú eres.”





CINE Y SALUD,
EXPERIENCIA EDUCATIVA
DE SALUD Y PREVENCIÓN
DE LOS TCA

03

03 CINE Y SALUD, EXPERIENCIA EDUCATIVA DE SALUD Y PREVENCIÓN DE LOS TCA

Javier Gallego Diéguez, médico especialista en Salud Pública, Máster en Promoción de la Salud por la Universidad de Perugia (Italia), jefe de sección de educación para la salud de la Dirección General de Salud Pública, Gobierno de Aragón.

jgallego@aragon.es

Carlos Gurpegui Vidal, experto en cine y educación, alfabetización audiovisual e innovación digital, periodista, dirCom y social media manager, profesor consultor de Multimedia y Comunicación en la Universitat Oberta de Catalunya (UOC).

info@carlosgurpegui.com

CINE Y SALUD EN LA WEB SOCIAL

www.cineysalud.com

<http://eps.aragon.es>

<https://www.facebook.com/CineySalud>

[@cineysalud](https://www.facebook.com/CineySalud)

“La película habla de comer, beber, pasarlo bien, y del hogar. Quería hacer una película acerca de ‘estar en casa’, pero que no se definiera a través de una nacionalidad, fuese turca o alemana; no quería hacer de ‘casa’ un lugar geográfico, sino más bien una actitud”.

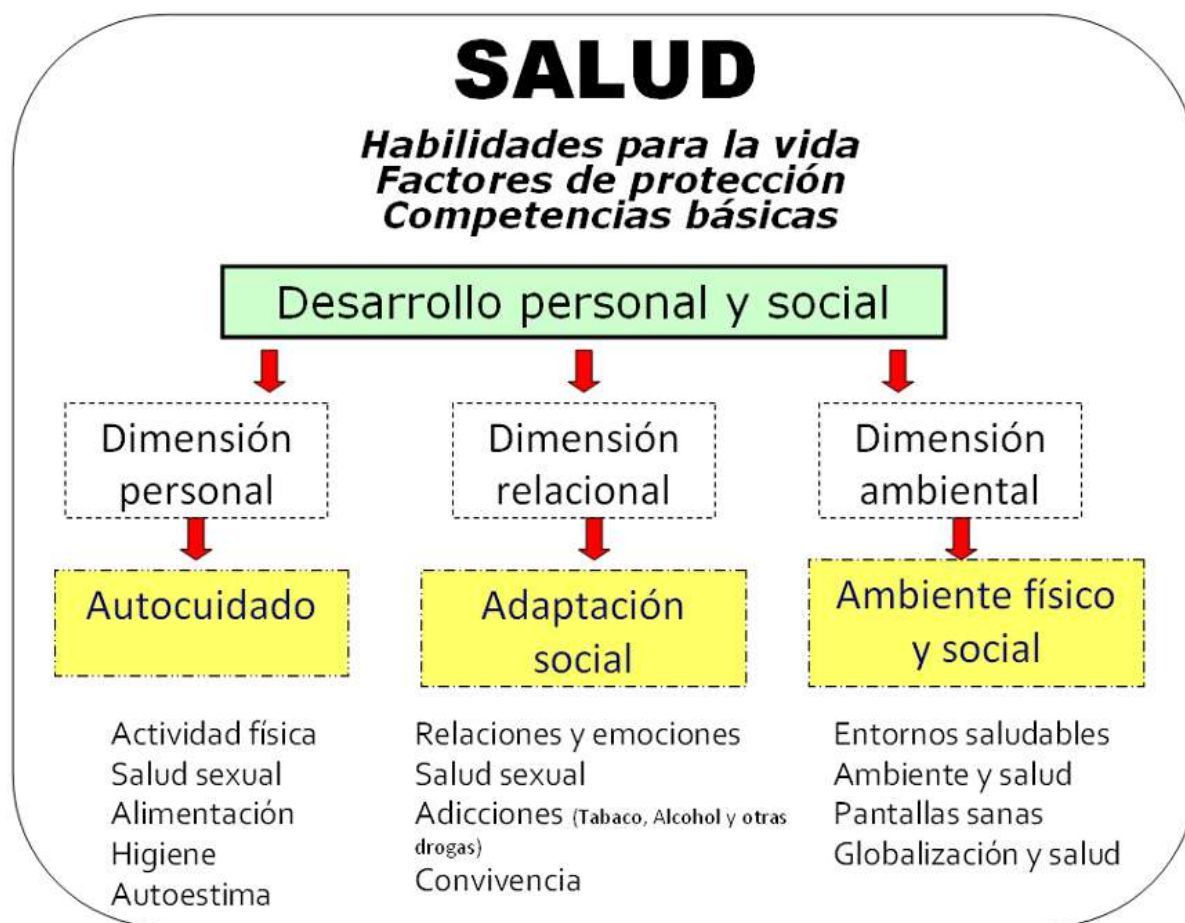
Fatih Akin, director de ‘Soul Kitchen’.

“Solo sé una cosa: comer bien cuida la salud y alimenta el alma”.

Rémy, en ‘Ratatouille’.

El Programa Cine y Salud es una herramienta para mejorar la calidad de la educación para la salud que realiza el profesorado de la Educación Secundaria Obligatoria (ESO). Es una iniciativa conjunta entre la Dirección General de Salud Pública y la Dirección General de Política Educativa y Educación Permanente del Gobierno de Aragón, formando parte de las actuaciones conjuntas que se promueven por la Comisión Mixta Salud-Educación de ambos Departamentos y estos dos últimos años con la participación de la Obra Social de Ibercaja desde su Iniciativa Educa. En los últimos años se ha desarrollado en 170 centros de educación secundaria, llegando anualmente a más de 30.000 alumnos de ESO, Bachillerato y Ciclos Formativos, con edades entre 12 y 17 años.





Cine y Salud se desarrolla desde el año 2001 y tiene por finalidad fomentar la corresponsabilidad de los adolescentes para adoptar las actitudes y comportamientos más adecuados sobre los aspectos más relevantes de salud pública: la alimentación, las adicciones, la sexualidad, la salud mental, mediante el uso del lenguaje cinematográfico y la realidad actual de pantallas y dispositivos móviles. El audiovisual es un recurso atractivo y fácil de utilizar que permite profundizar en el área emocional, en el desarrollo de habilidades personales, y refleja situaciones de la vida cotidiana de los jóvenes para poder reflexionar sobre las mismas.

Para cada curso escolar, Cine y Salud incluye una oferta de recursos de educación para la salud, el desarrollo de actuaciones de formación del profesorado de ESO, profesionales sanitarios y otros agentes sociales y la realización de actividades de participación de los jóvenes para fomentar la creación de mensajes audiovisuales de salud

que promuevan la mirada crítica, la responsabilidad personal, el respeto, la convivencia y la ayuda mutua. En este sentido se realizan actuaciones en cuatro ámbitos: en el aula dentro de la sesión de tutoría con el alumnado, formación para el profesorado, Internet y el consumo de las TIC (Tecnologías de la Información y Comunicación) y el Certamen de cortometrajes y spots.

En torno a 1.300 profesores de educación secundaria utilizan Cine y Salud como herramienta educativa con su grupo de alumnos tanto en las sesiones de tutorías, como en el resto en otras áreas (lengua, biología, ética, etc.). Los contenidos de salud ayudan a desarrollar las competencias básicas incluidas en el curriculum de educación secundaria. La evaluación indica que el material es útil para lograr los objetivos de educación para la salud propuestos (81%), que facilita el interés y la participación del alumnado (80,9%), y que la satisfacción del profesorado es buena (85,3%).

03 CINE Y SALUD, EXPERIENCIA EDUCATIVA DE SALUD Y PREVENCIÓN DE LOS TCA

Cine y Salud es un modelo de buenas prácticas de reconocimiento nacional e internacional. Entre sus muchas participaciones, fue seleccionado como Workshop en la 20ª Conferencia Mundial de la Unión Internacional de Educación y Promoción de la Salud (UIPES) celebrado en julio de 2010 en Ginebra, y en marzo de 2011, Cine y Salud recibe el premio a la mejor campaña y acción sanitaria en la I Edición de los Premios Sanitaria 2000 a la Sanidad Aragonesa.

EMIRECS DE CONTENIDOS MULTIMEDIA SALUDABLES

Cine y Salud se apoya en ver cine para hacer cine, en desconstruir la mirada (actitudes, conductas y valores entre imaginarios y estereotipos de la imagen) para proponer un nuevo enunciado saludable a partir de la creación de mensajes y contenidos multimedia sobre temas de salud. EMIsores-REceptores (EMIRECs) para innovar y para dar voz a cada nueva generación de adolescentes acerca de su realidad de salud, gracias a la preciada herramienta del audiovisual. La realización del Certamen de Cine y Salud estimula a los centros educativos a producir materiales realizados por sus estudiantes con el apoyo de sus profesores.

El alumnado que toma parte en la elaboración de cortos y spots mejora la comprensión del lenguaje audiovisual, favorece la creatividad, aprende a trabajar en equipo, y promueve la corresponsabilidad en los mensajes de salud. La investigación¹ realizada sobre la creación de cortometrajes como proceso de promoción de la salud de los adolescentes participantes en Cine y Salud ha valorado e identificado como se desarrollan las principales habilidades personales (sociales, cognitivas y emocionales) necesarias para afrontar los problemas de salud tal como propone la OMS.

En las once ediciones realizadas del Certamen de Cine y Salud se han presentado 327 videos realizados por jóvenes menores de 18 años, de los que se han seleccionado 151 para la proyección en el Certamen: 108 cortometrajes, 32 spots y 11 informativos. Los mejores trabajos son editados en DVD y vuelven al aula como instrumento para el profesorado de los centros de educación secundaria participantes.

PANTALLAS SANAS, ANTE LA NUEVA ICONOSFERA DE SOCIALIZACIÓN

Así mismo, dirigida a toda la comunidad educativa, Pantallas Sanas es una iniciativa de Cine y Salud que aborda la fenomenología de las pantallas y las nuevas tecnologías desde el punto de vista de la promoción de la salud, con el objeto de abordar aspectos que van desde los hábitos y la sociabilidad a los consumos y las adicciones en el uso de las Tecnologías de la Información y el Conocimiento. Desde una perspectiva de activos para la salud —los recursos que facilitan la capacidad de las personas y comunidades para mantener y promover su salud y bienestar—, Pantallas Sanas ofrece orientaciones para abordar las TIC desde la educación para la salud, tanto en el aprendizaje como en la integración de las diversas competencias digitales, marcadas por la conectividad, la interactividad, el sentido de la coherencia y la creación de capacidad.

Entre otros recursos —cursos de formación, campaña de difusión en familias, Guía Multimedia, material didáctico de apoyo, publicaciones de seminarios, actividades y ensayos—, en el 2014 pone en marcha Cibervoluntariado por unas Pantallas Sanas, una estrategia de participación y protagonismo de los adolescentes a partir del aprendizaje-servicio —procesos de aprendizaje y de servicio a la comunidad—, apoyada en la innovación de buenas prácticas que hacen de Internet un entorno saludable y seguro, invitando a la comunidad educativa a desarrollar actividades y recursos con y en la Red sobre los ámbitos más importantes de la educación para la salud por medio de campañas, formación y otras iniciativas docentes.

LA ALIMENTACIÓN COMO ÁMBITO PRIVILEGIADO

En Cine y Salud, a partir del visionado de varios largometrajes donde el mundo o motivos de la alimentación son representados, buscamos:

- a. Sensibilizar al alumnado sobre la importancia del cine como medio cultural, como instrumento educativo y como recurso de apoyo en el aprendizaje de valores y en la creación de habilidades que conduzcan a una vida más saludable.

¹ GABELAS BARROSO, J.A. (2.010): *La creación de un cortometraje: un proceso de mediación en la promoción de la salud del adolescente*. Tesis doctoral. Madrid: Universidad Complutense. Accesible en eprints.ucm.es/11632/

- b. Fomentar el espíritu crítico en aquellos aspectos que estén relacionados con la alimentación, el consumo y la publicidad.
- c. Reflexionar sobre la relación que existe entre alimentación y salud, favoreciendo el consumo responsable y la toma de decisiones que contribuyan a adoptar hábitos saludables en su conducta alimentaria personal cotidiana.
- d. Valorar los momentos de las comidas como factor de enriquecimiento social y cultural que nos pone en relación con los demás.
- e. Considerar la actividad física como factor de salud estrechamente relacionado con la alimentación y el desarrollo físico.
- f. Partiendo de sus experiencias personales y entornos sociales, provocar en el alumnado la puesta en común de circunstancias y problemas relacionados con la alimentación.
- g. Ser conscientes de la existencia de trastornos de salud relacionados con la alimentación, para promover su prevención.

Para ello, algunas de las películas utilizadas en el aula junto a los materiales didácticos elaborados por Cine y Salud para tal fin son:

- 'Ratatouille' (Brad Bird, 2007)
- 'American Cuisine' (Jean-Yves Pitoun, 1998)
- 'Super Size Me' (Morgan Spurlock, 2004)
- 'Soul Kitchen' (Fatih Akin, 2009)

'Ratatouille'

Rémy es una rata con un desarrollado sentido del gusto y del olfato que vive en el campo con su familia, su padre y su hermano Émile. Su mayor deseo es cocinar, convertirse en chef..., aunque sabe que es difícil porque es un roedor, una especie odiada por todos los profesionales relacionados con la alimentación. Accidentalmente llega a París y se instala bajo el prestigioso restaurante del fallecido Auguste Gusteau, una estrella de la cocina admirada por Rémy y cuyo espíritu le acompañará como si se tratase de su propia conciencia. Allí entra en contacto con Lingüini, un joven huérfano que se siente fracasado y que acaba de ser

contratado como lavaplatos. Ambos forman un extraño equipo clandestino que pronto llama la atención por sus buenos resultados culinarios, aunque este minichef de largos bigotes debe asumir que los de su especie no son bien recibidos en la cocina de un restaurante. Colette, la única chica del equipo de cocineros, le enseña a Lingüini los trucos de la preparación de los alimentos y el chef Skinner, que dirige el restaurante desde el fallecimiento del fundador, desea por encima de todo el fracaso del joven lavaplatos porque ve peligrar su prestigio y la propiedad del negocio. Rémy interviene para resolver todos los problemas que van sucediendo, aunque necesitará los refuerzos de su propia familia para hacer frente a las trampas del chef y a las críticas de Antón Ego, el mejor crítico de cocina del país. Pero, sobre todo, necesitará saber tomar decisiones y confiar en sí mismo y en los demás para llevar adelante la pasión de su vida: cocinar alimentos deliciosos y saludables que provoquen sensaciones de felicidad entre los comensales.

'American Cuisine'

Loren es un joven norteamericano que, desde su más tierna infancia, experimenta los sabores y olores de la transformación de los alimentos en la cocina gracias a la influencia de su padre. A pesar de no tener estudios culinarios, trabaja para el ejército hasta que su imaginación y creatividad chocan con el espíritu práctico y conservador de alguno de sus superiores. Su familia se dedica al negocio de las pizzas, pero él desea compartir fogones con Louis Boyer, el mayor genio de la cocina francesa. Viaja a Francia para aprender del prestigioso chef y se encuentra con un viudo irascible y desconcertante, lleno de prejuicios y exigente al máximo con el rendimiento de sus cocineros en la preparación de los platos. Después de vencer los obstáculos para trabajar en su restaurante de cuatro estrellas o tenedores, Loren se va ganando la confianza de Boyer, la de su hermana Carole, la del resto de empleados y la de su hija Gabrielle, diseñadora de interiores a punto de casarse con Vincent, médico que actúa decisivamente en un problema de salud de nuestro chef mediante una intervención quirúrgica, que no le servirá para mantener el

03 CINE Y SALUD, EXPERIENCIA EDUCATIVA DE SALUD Y PREVENCIÓN DE LOS TCA

amor de Gabrielle, ya que una nueva relación surge entre ella y Loren mientras trabajan con intensidad en la tarea de mantener el restaurante y su categoría. Finalmente, recuperado Boyer y asegurado el futuro del negocio de restauración, Gabrielle y Loren permanecen juntos llevándolo adelante y Louis Boyer se va con Suzanne, una de sus cocineras caracterizada por su espíritu místico y esotérico.

'Super Size Me'

En los últimos años en Estados Unidos y en Europa, se está hablando de la "epidemia de obesidad" que alcanza a la infancia y a la población adulta. En 2003 una demanda judicial promovida por la obesidad de dos adolescentes contra McDonald's, al estilo de las promovidas contra las compañías tabaqueras, es rechazada por el juez alegando que el abogado no había podido demostrar que la causa de la obesidad se debiera solamente a este consumo. Este hecho hace que Morgan Spurlock, el director de 'Super Size Me' se decidiera experimentar en su cuerpo, con la comida de la principal cadena de comida rápida de Estados Unidos y también del resto del mundo. Spurlock pasó un mes alimentándose únicamente en una cadena de comida rápida (McDonald's), consumiendo porciones gigantes (Super Size) cada vez que los dependientes se las ofrecían. Para analizar cómo la comida rápida está devorando al pueblo norteamericano, recorrió veinte ciudades de Estados Unidos, entrevistó a expertos en salud pública, profesores de educación física, médicos, nutricionistas, cocineros, administradores para analizar las causas del aumento de la obesidad... La película va revelando los intereses comerciales de las grandes industrias de comida rápida y el papel de la publicidad en la toma de decisiones de las personas respecto a su alimentación. Así mismo, se muestran los efectos físicos y psíquicos que produce en el protagonista este tipo de comida y que van poniéndose de manifiesto mediante los sucesivos exámenes médicos a que se somete. Treinta días de "comida basu-

ra" sin tregua hicieron que Spurlock engordara más de once kilos y que su nivel de colesterol se disparase de un modo preocupante. Además, su hígado quedó bastante afectado, sufría dolor en el pecho y su estado de ánimo era depresivo. Su deseo sexual también se vio mermado. 'Super Size Me' es un viaje al mundo de la comida rápida, la obesidad y los problemas de salud. El director reflexiona sobre el estilo de vida americana, la sobrealimentación y su relación con la enfermedad y el malestar. La película resalta claramente la influencia de la alimentación en la salud y bienestar personal, relatando no sólo los efectos a largo plazo, sino los efectos inmediatos en su cuerpo y en la vida del protagonista en los treinta días que dura su experimento.

'Soul Kitchen'

Zinos Kazantzakis es un joven alemán de origen griego que posee un restaurante de comida rápida y frituras llamado 'Soul Kitchen', en el barrio de Wilhelmsburg, en Hamburgo. Está atravesando una época difícil porque su novia Nadine debe trasladarse a Shanghai a causa de su trabajo como periodista y no se atreve a acompañarla porque debe sacar adelante su negocio de restauración. Se le acumulan las deudas y sufre el acoso de la inspectora de Hacienda; su hermano Illias, que está en la cárcel, sale con la provisional; su viejo inquilino Sokrates, antiguo constructor de barcos, no le paga el alquiler; su clientela es escasa y de recursos limitados; la inspección de sanidad le amenaza con cerrar el local si no lo moderniza y lo adecua a la normativa higiénico-sanitaria vigente; tras un esfuerzo físico, su lesionada espalda se convierte en un obstáculo para trabajar y contrata a Shayn, un singular cocinero que contribuye a la renovación de la oferta culinaria, ahuyentando a la clientela habitual. Pero a pesar de todo, Zinos resiste la oferta de vender el local a un agente inmobiliario. De repente, cambia su suerte. Se abre una escuela de danza en un edificio cercano y a los nuevos clientes, que se acercan a escuchar la

música del camarero Lutz y su grupo de rock, les gustan los platos preparados por Shayn. El hermano de Zinos se enamora de la camarera Lucia y se encarga de poner la música en el restaurante. Música y menú convierten al 'Soul Kitchen' en un lugar de moda en la ciudad, se acondiciona la cocina, se supera satisfactoriamente la revisión de Sanidad y se salda la deuda con Hacienda. Zinos está preocupado por estar tan distanciado de su novia. Decide ir con ella a China y dejar el negocio en manos de su hermano Illias, aficionado al juego y desconocedor de las malas artes del agente inmobiliario Neuman. De nuevo cambiará la suerte del dueño del 'Soul Kitchen'.

Si bien la alimentación, la nutrición y la actividad física están presentes también como contenidos transversales en casi el resto de títulos que desde Cine y Salud abordan otras áreas de educación para la salud y el cotidiano adolescente. **Guías para el profesorado y material para el alumnado** escritos por el experto Carlos Moreno se pueden obtener en pdf en el siguiente enlace: <http://goo.gl/flwoYa> Y así mismo, se puede contar con un Cuaderno Monográfico de 64 páginas elaborado por el especialista José Antonio Gabelas sobre 'Cine y Alimentación', nº 2 de la colección.

Y cortometrajes para la prevención de los TCA

Estos títulos, pero también varios de los cortometrajes del Certamen Cine y Salud, sirven para desarrollar los siguientes contenidos:

1. La alimentación como proceso voluntario para satisfacer una necesidad biológica.
2. La importancia de la higiene alimentaria.
3. Riesgos para la salud de una alimentación cotidiana basada en la "comida rápida" y en alimentos manufacturados ricos en grasas saturadas y grasas trans.
4. Hábitos de alimentación incorrectos.
5. La alimentación como proceso sensorial que favorece la relación social.
6. Estereotipos y publicidad de los alimentos.
7. Sedentarismo y actividad física

Las piezas del Certamen de Cine y Salud se pueden visualizar desde internet en el **Canal YouTube de SARES Aragón** www.youtube.com/saresaragon. Entre ellos destacan:

- 'Comida y vida' (IES Miguel Servet)
- 'Mirar, andar, vivir' (IES Segundo de Chomón)
- 'Come bien, vive mejor' (IES Ramón y Cajal)



03 CINE Y SALUD, EXPERIENCIA EDUCATIVA DE SALUD Y PREVENCIÓN DE LOS TCA

Así mismo, hay piezas como los videoclips participantes a partir del tema original del cantautor Miguel Dantart '**Comer, beber, amar**', que invitan a trabajar el audiovisual como herramienta de educación para la salud y mostrar desde ahí aspectos fundamentales sobre la alimentación y actividad física saludable, trabajos que pueden verse en su correspondiente sección dentro del Canal Sares <http://goo.gl/kBjkKb>. Esta es la letra de la canción 'Comer, beber, amar':

*Ya no me sabe lo mismo
El tomate del mercado
Desde que viene envasado
Con plásticos y adhesivos*

*Y mira...
El fruto de este manzano
Que ya no tiene gusanos
Ahora tiene pegatinas...*

*Yo comía la cosecha
De la huerta de la Paula
Y ahora como pastillitas
Como si fuera astronauta.*

*Cómo ha cambiado la vida
Que parece de mentira...
Hasta el aire que respiras
Lo venden en botellitas*

*Yo bebía de la fuente
Que brotaba en el camino
Y ahora bebo colorantes
Conservantes y aditivos.*

*Yo quiero el alimento
Que brota de la tierra
Tus brazos contra el viento
El sol y las estrellas*

*Recuerdo la madrugada
Tú bailabas y reías
Y mordías la manzana
Del cazo de la sangría.*

*La tierra nos regalaba
Todo el sabor de la vida.*

*Yo comía de la huerta
De la tierra de la Paula
Y pipas de calabaza
Esperándote en la plaza*

*Yo bebía de la fuente
Que brotaba en el camino
Donde el lujo de una tarde
Nos regaló el primer vino...*

Comer, beber, amar







BIBLIOGRAFÍA

04

04 BIBLIOGRAFÍA

- Ali K, Fassnacht DB, Farrer LM, Rieger E, Moessner M, Bauer S, Griffiths KM. Recruitment, adherence and attrition challenges in internet-based indicated prevention programs for eating disorders: lessons learned from a randomised controlled trial of *ProYouth OZ*. *J Eat Disord*. 2022; 10: 1. Published online 2022 Jan 4.
- Altman DG, Machin D, Bryant TN, Gardner MJ. *Statistics with confidence*. 2nd edition. Bristol: BMJ, 2000.
- [Amaral ACS](#), [Stice E](#), [Ferreira MEC](#). A controlled trial of a dissonance-based eating disorders prevention program with Brazilian girls. [Psicol Reflex Crit](#). 2019 Jun 17; 32 (1): 13. doi: 10.1186/s41155-019-0126-3.
- Atkinson MJ, Wade TD. Does mindfulness have potential in eating disorders prevention? A preliminary controlled trial with young adult women. 2014 Jun 4. doi: 10.1111/eip.12160.
- Atkinson MJ, Wade TD. Mindfulness-based prevention for eating disorders: A school-based cluster randomized controlled study. *Int J Eat Disord* 2015;. Jun 6. doi: 10.1002/eat.22416.
- Austin SB. Prevention research in eating disorders: theory and new directions. *Psychol Med* 2000; 30: 1249-1262.
- Austin SB. The blind spot in the drive for childhood obesity prevention: bringing eating disorders prevention into focus as a public health priority. *Am J Public Health* 2011; 101 (6): e1-4.
- [Austin SB](#). A public health approach to eating disorders prevention: It's time for public health professionals to take a seat at the table. [BMC Public Health](#). 2012;12: 854. doi: 10.1186/1471-2458-12-854.
- Austin SB, Kim J, [Wiecha J](#), [Troped PJ](#), [Feldman HA](#), [Peterson KE](#). School-based overweight preventive intervention lowers incidence of disordered weight-control behaviors in early adolescent girls. [Arch Pediatr Adolesc Med](#). 2007;161 (9):865-869.
- [Austin SB](#), [Sonnevile KR](#). Closing the "know-do" gap: training public health professionals in eating disorders prevention via case-method teaching. [Int J Eat Disord](#). 2013 Jul; 46 (5): 533-537. doi: 10.1002/eat.22111.
- Bair CE, Kelly NR, Serdar KL, Mazzeo SE (2012). Does the Internet function like magazines? An exploration of image-focused media, eating pathology, and body dissatisfaction. *Eat Behav*.;13 (4):398-401.
- [Bauer S](#), [Bilić S](#), [Reetz C](#), [Ozer F](#), [Becker K](#), [Eschenbeck H](#), [Kaess M](#), [Rummel-Kluge C](#), [Salize HJ](#), [Diestelkamp S](#), [Moessner M](#); [ProHEAD Consortium](#). Efficacy and cost-effectiveness of Internet-based selective eating disorder prevention: study protocol for a randomized controlled trial within the ProHEAD Consortium. [Trials](#). 2019 Jan 30; 20 (1): 91. doi: 10.1186/s13063-018-3161-y.
- Beato-Fernández L, Rodríguez-Cano T, Belmonte-Llario A, Martínez-Delgado C. Risk factors for eating disorders in adolescents. A Spanish community-based longitudinal study. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2004; 13: 287-294.
- Becker CB, Bull S, Schaumberg K, Cauble A, Franco A. Effectiveness of peer-led eating disorders prevention: a replication trial. *J Consult Clin Psychol* 2008; 76 (2): 347-354.
- Becker CB, Ciao AC, Smith L. Moving from efficacy to effectiveness in eating disorders prevention: The sorority body image program. *Cognitive and Behavioural Practice* 2008; 15: 18-27.
- Becker AE, Franko DL, Nussbaum K, Herzog DB. Secondary Prevention for Eating Disorders: The impact of Education, Screening, and Referral in a College-Based Screening Program. *Int J Eat Disord* 2004; 36: 157-162.
- Becker CB, [Perez M](#), [Kilpela LS](#), [Diedrichs PC](#), [Trujillo E](#), [Stice E](#). Engaging stakeholder communities as body image intervention partners: The Body Project as a case example. [Eat Behav](#). 2017 Apr; 25: 62-67.
- Becker CB, Plasencia M, Kilpela LS, Briggs M, Stewart T. Changing the course of comorbid eating disorders and depression: what is the role of public health interventions in targeting shared risk factors? *J Eat Disord*. 2014; 2: 15.
- Becker, CB, Smith, L, Ciao, AC. Reducing eating disorder risk factors in sorority members: a randomized trial. *Behaviour Therapy* 2005; 36:245-54
- Becker CB, Stice E. From efficacy to effectiveness to broad implementation: Evolution of the Body Project. [J Consult Clin Psychol](#). 2017; 85 (8): 767-782. doi: 10.1037/ccp0000204.
- Berger U, Sowa M, Bormann B, Bris C, Strauss B. Primary prevention of eating disorders; characteristics of effective programmes and how to broader dissemination. *Eur Eat Disord Rev* 2008; 16 (3): 173-183.
- Birmingham CL, Treasure J. *Medical Management of Eating Disorders*. 2nd ed. Cambridge: Cambridge University Press, 2010.
- Borda-Mas, M, Del Río-Sánchez, C., Torres-Pérez, I, Pérez-San Gregorio, MA, Avargues-Navarro, M.L. Prevención de los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) en chicas preadolescentes: Eficacia de un programa multisesión e interactivo en el seguimiento al año. *Behavioral Psychology/Psicología Conductual* 2009: 17/3: 499-521
- Borresen R and Rosenvinge JH. From Prevention to Health Promotion. In: Treasure J, Schmidt U, van Furth E, eds. *Handbook of Eating Disorders* 2nd ed, 2003. pp.435-453.
- [Breithaupt L](#), [Eickman L](#), [Byrne CE](#), [Fischer S](#). Enhancing empowerment in eating disorder prevention: Another examination of the REbeL peer education model. [Eat Behav](#). 2017 Apr; 25: 38-41. doi: 10.1016/j.eatbeh.2016.05.003. Epub 2016 Jun 11.
- [Breithaupt L](#), [Eickman L](#), [Byrne CE](#), [Fischer S](#). REbeL Peer Education: A model of a voluntary, after-school program for eating disorder prevention. [Eat Behav](#). 2017 Apr; 25: 32-37. doi: 10.1016/j.eatbeh.2016.08.003. Epub 2016 Aug 24.
- Brown TA, Keel PK. A randomized controlled trial of

- a peer co-led dissonance-based eating disorder prevention program for gay men. *Behav Res Ther.* 2015; 74:1-10.
- Calado M. *Liberarse de las apariencias. Género e imagen corporal.* Madrid: Ediciones Pirámide, 2011.
 - [Carter JC, Stewart DA, Dunn VJ, Fairburn CG](#) . Primary prevention of eating disorders: might it do more harm than good? *Int J Eat Disord.* 1997; 22 (2):167-72.
doi: 10.1016/j.eatbeh.2016.03.016. Epub 2016 Mar 12.
 - Castro J, Toro J, Salamero M, Guimerá E. The "eating attitudes test": validation of the Spanish version. *Psychol Assess* 1991; 7 (2): 175-190.
 - Cervera S, Lahortiga F, Martínez-González MA, Gual P, de Irala-Estévez J, Alonso Y. Neuroticism and low self-esteem as risk factors for incidents eating disorders in a prospective cohort study. *In J Eat disord* 2003; 33 (3): 271-280.
 - Chan WW, Fitzsimmons-Craft EE, Smith AC, Firebaugh ML, Fowler LA, De Pietro B, Topooco N, Wilfley DE, Taylor CB, Jacobson NC, The Challenges in Designing a Prevention Chatbot for Eating Disorders: Observational Study. *JMIR Form Res.* 2022 Jan; 6 (1): e28003.
 - [Ciao AC, Loth K, Neumark-Sztainer D](#). Preventing eating disorder pathology: common and unique features of successful eating disorders prevention programs. *Curr Psychiatry Rep.* 2014 Jul; 16 (7): 453.
doi: 10.1007/s11920-014-0453-0
 - Coelho GM, Gomes AI, Ribeiro BG, Soares ED.. Prevention of eating disorders in female athletes. *Open Access J Sports Med.* 2014; 5:105-113.
 - Cororve M, Warren CS, Cepeda-Benito A, Gleaves DH. Eating Disorder Prevention Research: A Meta-Analysis. *Eating Disorders* 2006; 14: 191-213.
 - Cueto-López, J., Franco-Paredes K., Bautista-Díaz M. L., Santollo-Teyes F. Programa de prevención universal para factores de riesgo de trastornos alimentarios en adolescentes mexicanas: un estudio piloto. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes* 2022, 9 (1): 45-53.
 - Cuijpers P. Examining the Effects of Prevention Programs on the Incidence of New Cases of Mental Disorders: The lack of Statistical Power. *Am J Psychiatry* 2003; 160: 1385-1391.
 - Dakanalis A, Clerici M, Stice E. Prevention of eating disorders: current evidence-base for dissonance-based programmes and future directions. *Eat Weight Disord-Stud Anorex Bulim Obes.* 1 de agosto de 2019; 24 (4): 597-603.
 - [Diedrichs PC, Atkinson MJ, Steer RJ, Garbett KM, Rumsey N, Halliwell E](#). Effectiveness of a brief school-based body image intervention 'Dove Confident Me: Single Session' when delivered by teachers and researchers: Results from a cluster randomised controlled trial. *Behav Res Ther.* 2015 Nov; 74: 94-104.
doi: 10.1016/j.brat.2015.09.004. Epub 2015 Sep 30.
 - [Dunstan CJ, Paxton SJ, McLean SA](#) An evaluation of a body image intervention in adolescent girls delivered in single-sex versus co-educational classroom settings. *Eat Behav.* 2017 Apr; 25: 23-31.
 - [Eickman L, Betts J, Pollack L, Bozsik F, Beauchamp M, Lundgren J](#) Randomized controlled trial of REBEL: A peer education program to promote positive body image, healthy eating behavior, and empowerment in teens. *Eat Disord.* 2018 Mar-Apr; 26 (2): 127-142.
doi: 10.1080/10640266.2017.1349005. Epub 2017 Oct 26.
 - Favaro A, Zanetti T, Huon G, Santonastaso P. Engaging teachers in an eating disorder preventive intervention. *Int J Eat Disord* 2005; 38 (1): 73-77.
 - Favaro A, Tenconi E, Santonastaso P. Perinatal Factors and the Risk of Developing Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa. *Arch Gen Psychiatry* 2006; 63: 82-88.
 - Fairburn CG. The prevention of eating disorders. In: Brownell KD, Fairburn CG, editors. *Eating Disorders and Obesity. A Comprehensive Handbook.* New York: The Guilford Press, 1995. pp. 289-293.
 - Faya M, Graell M, Plana MT. Anorexia nerviosa. En: Lázaro L, Moreno D, Rubio B. *Manual de Psiquiatría de la infancia y la adolescencia.* Barcelona: Elsevier España, 2021.pp. 336-344.
 - Fernández C, Lorenzo H, Vrotsu K, Aresti U, Rica I, Sánchez E. Estudio de crecimiento de Bilbao. Curvas y tablas de crecimiento (estudio transversal). Bilbao: Fundación Faustino Orbeagozo Eizaguirre, 2011.
 - Fingeret M C, Warren CS, Cepeda-Benito A, Gleaves DH. Eating Disorder Prevention Research: A Meta-Analysis. *Eating Disorders* 2006; 14: 191-213.
 - Gervas J. Moderación en la actividad médica preventiva y curativa. Cuatro ejemplos de necesidad de prevención cuaternaria en España. *Gac Sanit;* 2006; 20 (Supl 1): 127-134.
 - Gimeno JC. Los farmacéuticos promueven una alimentación saludable en los colegios. En: De Torres L, Gabelas JA, eds. *Psiconutrición del menor. Nutrición, psicopedagogía y pantallas sanas.* Zaragoza, 2011. págs.129-133.
 - Gómez JA, Gaité L, Gómez E, Carral L, Herrero S, Vázquez-Barquero JL. *Guía de Prevención de los Trastornos de la Conducta Alimentaria y el Sobrepeso.* Santander: Gobierno de Cantabria. Consejería de Sanidad y Servicios Sociales, 2009.
 - Graber JA, Archibald AB, Brooks-Gunn J. The Role of Parents in the Emergence, Maintenance, and Prevention of Eating Problems and Disorders. In: *Preventing Eating Disorders. A Handbook of Interventions and Special Challenges,* Piran N, Levine MP, Steiner-Adair C, eds. Philadelphia: Brunner/Mazel, 1999. pp 44-62.
 - [Greif R, Becker CB, Hildebrandt T](#). Reducing eating disorder risk factors: A pilot effectiveness trial of a train-the-trainer approach to dissemination and implementation. *Int J Eat Disord.* 2015 Dec; 48 (8): 1122-1131.
doi: 10.1002/eat.22442. Epub 2015 Aug 18.
 - Grillo CM. *Eating and Weight Disorders.* New York: Psychology Press, 2006.
 - Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Trastornos de la Conducta Alimentaria. *Guía de Prá-*

04 BIBLIOGRAFÍA

- tica Clínica sobre Trastornos de la Conducta Alimentaria. Madrid: Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Consumo. Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques de Catalunya, 2009. Guías de Práctica Clínica en el SNS: AATRM Núm. 2006/05-01.
- Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre la Prevención y el Tratamiento de la Obesidad Infantojuvenil. Centro Cochrane Iberoamericano, coordinador. Guía de Práctica Clínica sobre la Prevención y el Tratamiento de la Obesidad Infantojuvenil. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política Social. Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques, 2009. Guías de Práctica Clínica en el SNS: AATRM N° 2007/25.
 - Habermas T. Possible effects of the popular and medical recognition of bulimia nervosa. *Br J Med Psychol*. 1992; 65 (Pt 1): 59-66.
 - Haines J, Neumark-Sztainer D. Prevention of obesity and eating disorders: a consideration of shared risk factors. *Health Education Research* 2006; 21 (6): 770-782.
 - Haines, J., Neumark-Sztainer, D., Eisenberg, M. E. y Hannan, P. J. Weight teasing and disordered eating behaviors in adolescents: longitudinal findings from project EAT (Eating Among Teens). *Pediatrics* 2006, 117, e209-e215.
 - Hay Ph. Current approach to eating disorders: a clinical update. *Intern Med J* 2020; 50 (1): 24-29. doi: 10.1111/imj.14691.
 - Hernández M, Catellet J, Narvalza JL, Rincón JM, Ruiz I, Sánchez E, Sobradillo B, Zurimendi A. Curvas y tablas de crecimiento. Bilbao: Instituto de investigaciones sobre Crecimiento y Desarrollo. Fundación F.Orbegozo. Garsi Editorial, 1988.
 - Hilbert A. Childhood Eating and Feeding Disturbances. *Nutrients*. 2020 Apr 1; 12 (4). pii: E972. doi: 10.3390/nu12040972
 - Horney AC, Stice E, Rohde P. An examination of participants who develop an eating disorder despite completing an eating disorder prevention program: implications for improving the yield of prevention efforts. *Prev Sci*. 2015; 16 (4): 518-526. doi: 10.1007/s11121-014-0520-0.
 - Imaz C, Ballesteros M, Higuera M, Conde V. Análisis asistencial en los trastornos del comportamiento alimentario en Valladolid. *Actas Esp Psiquiatr* 2008; 36 (2): 75-81.
 - Jorquera M. Un taller de prevención para los trastornos de la conducta alimentaria en la Comunidad Valenciana. Valencia: Servicio de Publicaciones. Universitat de Valencia, 2008. ISBN: 978-84-370-7435-1, CD-ROM
 - Killen JD, Taylor CB, Hammer LD, Litt I, Wilson DM, Rich T, Hayward C, Simmonds B, Kraemer H, Varady A. An Attempt to Modify Unhealthy Eating Attitudes and Weight Regulation Practices of Young Adolescent Girls. *In J Eat Disord* 1993; 13 (4): 369-384.
 - Kilpela LS, Hill K, Kelly MC, Elmquist J, Ottoson P, Keith D, Hildebrandt T, Becker CB. Reducing eating disorder risk factors: a controlled investigation of a blended task-shifting/train-the-trainer approach to dissemination and implementation. *Behav Res Ther*. 2014 Dec; 63: 70-82. doi: 10.1016/j.brat.2014.09.005. Epub 2014 Oct 9.
 - Larsen JT, Bulik CM, Thornton LM, Koch SV, Petersen L. Prenatal and perinatal factors and risk of eating disorders. *Psychol Med*. 2020; 8: 1-11. doi: 10.1017/S0033291719003945.
 - Larzelere RE, Jun BR, Johnson B. The intervention Selection Bias: An Underrecognized Confound in Intervention Research. *Psychol Bull* 2004; 130 (2): 289-303.
 - Legaz E. Prevención de los trastornos de la conducta alimentaria. Valencia: UIMP, 2012.
 - Legaz EM, Ferrís G, Ruiz E, Lluch JA, Rojo L. Prevención de los trastornos de conducta alimentaria en adolescentes escolarizados. DITCA-CV. En: Ruiz-Lázaro PM, Velilla M, González E, coordinadores. Buenas prácticas en prevención de trastornos de la conducta alimentaria. Madrid: ediciones Pirámide, 2017. pp. 237-250.
 - Levine MP. Prevention of eating disorders: 2019 in review. *Eat Disord* 2020, 28:1, 6-20, DOI: 10.1080/10640266.2020.1719342
 - Levine MP, Smolak L. The prevention of eating problems and eating disorders. Theory, Research, and Practice. Mahwah, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, 2006.
 - Lie, S. Ø., Rø, Ø., & Bang, L. Is bullying and teasing associated with eating disorders? A systematic review and meta analysis. *International journal of eating disorders* 2019, 52 (5), 497-514.
 - Lindez P. Prevenir la anorexia y la bulimia. *Revista de Treball Social* 1996; 143: 90-94.
 - López JM, Sallés N. Prevención de la anorexia y la bulimia. Educación en valores para la prevención de los trastornos del comportamiento alimentario. Valencia: Nau Llibres, 2005.
 - López-Guimerá G, Sánchez-Carracedo D. Prevención de las alteraciones alimentarias. Fundamentos teóricos y recursos prácticos. Barcelona: Pirámide, 2010.
 - López-Guimerà G, Sánchez-Carracedo D, Fauquet J, Portell M, Raich RM. Impact of a school-based disordered eating prevention program in adolescent girls: general and specific effects depending on adherence to the interactive activities. *Span J Psychol*. 2011; 14 (1): 293-303.
 - Malekoff A. Group work with adolescents. New York: The Guilford Press, 1997.
 - Manwaring JI, Bryson SW, Goldschmidt AB, Winzberg AJ, Luce KH, Cunniff D, Wilfley DE, Taylor CB. Do adherence variables predict outcome in an online program for the prevention of eating disorders? *J Consult Clin Psychol* 2008; 76 (2): 341-346.
 - Martínez J, Navarro S, Perote A, Sánchez M. Educar y crecer en salud. El papel de padres y educadores en la prevención de los trastornos alimentarios. Barcelona: Instituto Tomás Pascual, FITA, 2010.

- Martínez-Gómez D, Veses AM, Gómez-Martínez S, et al. Television viewing time and risk of eating disorders in Spanish adolescents: AVENA and AFINOS studies. *Pediatr Int*. 2015; 57(3):455-60
- Martínez-González M, de Irala J. Los trastornos del comportamiento alimentario en España: ¿estamos preparados para hacerles frente desde la salud pública? *Gac Sanit* 2003; 17 (5): 347-350.
- Martínez-González MA, Gual P, Lahortiga F, Alonso Y de Irala-Estévez J, Cervera S. Parental factors, mass media influences, and the onset of eating disorders in a prospective population-based cohort. *Pediatrics* 2003; 111 (2): 315-320.
- [McLean SA](#), [Paxton SJ](#), [Wertheim EH](#). The role of media literacy in body dissatisfaction and disordered eating: A systematic review. [Body Image](#). 2016 Dec; 19: 9-23.
doi: 10.1016/j.bodyim.2016.08.002. Epub 2016 Aug 27.
- McVey G, Davis R. A program to promote positive body image: a 1-year follow-up assessment. *J Early Adolesc* 2002; 22: 96-108.
- Mental Health Europe. Directory of Projects in Europe. Mental Health Promotion of Adolescents and Young People. Brussels: Mental Health Europe, 2001.
- [Mora M](#), [Penelo E](#), [Gutiérrez T](#), [Espinoza P](#), [González ML](#), [Raich RM](#). Assessment of two school-based programs to prevent universal eating disorders: media literacy and theatre-based methodology in Spanish adolescent boys and girls. [Scientific World Journal](#). 2015: 328753.
doi: 10.1155/2015/328753. Epub 2015 Feb 23.
- Morandé G. Un peligro llamado anorexia. La tentación de adelgazar. Madrid. Temas de hoy, 1995.
- Moreno B, Charro A. Nutrición, Actividad Física y Prevención de la Obesidad. Estrategia NAOS. Madrid: Editorial Médica Panamericana, 2007.
- Moreno C. Cine y salud. Orientaciones y propuestas didácticas. Volumen I. Cuadernos Monográficos Cine y salud. Zaragoza: Servicio Aragonés de Salud. Gobierno de Aragón, 2001.
- Müller S, Stice E. Moderators of the intervention effects for a dissonance-based eating disorder prevention program; results from an amalgam of three randomized trials. *Behav Res Ther*. 2013; 51 (3):128-133.
- Neumark-Sztainer D, Walli M, Guo J, Story M, Haines J, Eisenberg M. Obesity, Disordered Eating, and Eating Disorders in a Longitudinal Study of Adolescents: How Do Dieters fare 5 Years Later? *J Am Diet Assoc* 2006; 106: 559-568.
- Neumark-Sztainer DR, Walli M M, Haines JI, Story MT, Sherwood NE, van den Berg P. Shared Risk and Protective Factors for Overweight and Disordered Eating in Adolescents. *Am J Prev Med* 2007; 33 (5): 359-369.
- Orbach S. La tiranía del culto al cuerpo. Barcelona: Paidós Contextos, 2010.
- Paxton S. Modifiable risk factors that can be translated into prevention or resilience. In: Alexander J, Treasure J, editors. *A Collaborative Approach to Eating Disorders*. New York: Routledge, 2012. pp 62-71.
- Peláez MA, Labrador FJ, Raich RM. Epidemiología de los trastornos de la conducta alimentaria en España: revisión y estado de la cuestión. *C. Med. Psicosom* 2004; 71/72: 33-41.
- Peláez-Fernández MA, Ruiz-Lázaro PM, Labrador FJ, Raich RM. Validación del Eating Attitudes Test como instrumento de cribado de trastornos de la conducta alimentaria en población general *Med Clin (Barc)*. 2014;142 (4):153-155.
- Pérez M. Trastornos de la alimentación. Claves para identificarlos y prevenirlos. Málaga: Arguval, 2004.
- Piran N. Prevention of Eating disorders: a review of outcome evaluation research. *Isr J Psychiatry Relat* 2005; 42 (3):172-177.
- [Plumed J](#), [Gimeno N](#), [Barberá M](#), [Ruiz E](#), [Conesa L](#), [Rojo-Bofill LM](#), [Livianos L](#), Rojo L. Teasing as a risk factor for abnormal eating behaviours: A prospective study in an adolescent population. [Rev Psiquiatr Salud Ment](#). 2019; 12 (1): 17-27.
doi: 10.1016/j.rpsm.2017.06.007. Epub 2017 Aug 14.
- Power TJ, Du Paul GJ, Shapiro ES, Kazak AE. Promoting Children's Health. Integrating School, Family and Community. New York: The Guilford Press, 2003.
- Pratt BM, Woolfenden SR. Interventions for preventing eating disorders in children and adolescents. *Cochrane Database Syst Rev* 2002 (2): CD 002891.
- Puhl RM, Neumark-Sztainer D, Austin SB, Luedicke J, King KM. Setting policy priorities to address eating disorders and weight stigma: views from the field of eating disorders and the US general public. *BMC Public Health* 2014; 29;14 (1): 524.
- Raich RM. Anorexia, bulimia y otros trastornos alimentarios. Madrid: Ediciones Pirámide, 2011.
- Raich RM,, González M,, Espinoza P,, Mora M, Gutiérrez T. Prevención primaria de los trastornos de alimentación: evolución de un programa. En: Ruiz-Lázaro PM, Velilla M, González E, coordinadores. Buenas prácticas en prevención de trastornos de la conducta alimentaria. Madrid: ediciones Pirámide, 2017. pp. 151-168.
- Raich RM, Sánchez-Carracedo D y López-Guimerà G. Alimentación, modelo estético femenino y medios de comunicación. Cómo formar alumnos críticos en educación secundaria (2ª ed.). Barcelona: Graó, 2008.
- Raich RM, Sánchez-Carracedo D, López-Guimerà G, Portell M, Fauquet J. Prevención de Trastornos del Comportamiento Alimentario con un programa multimedia. *C Med Psicosom* 2007; 81: 47-71.
- Raich R M, Sánchez-Carracedo D, López-Guimerà G, Portell M, Moncada A, Fauquet J A controlled assessment of a school-based preventive program for reducing eating-disorder risk factors in adolescent Spanish girls. *Eating Disorders: The Journal of Treatment and Prevention* 2008, 16, 255-272.

04 BIBLIOGRAFÍA

- Ramírez AL, [Pérez M](#), [Taylor A](#). Preliminary examination of a couple-based eating disorder prevention program. [Body Image](#). 2012 Jun;9 (3): 324-333. doi: 10.1016/j.bodyim.2012.04.006. Epub 2012 May 26.
- Ramírez L. Alarmas en anorexia bulimia. En: Marín A, Jaramillo JC, Gómez JF, Gómez LF, editores. Manual de Pediatría ambulatoria. Bogotá: Ed. Médica Panamericana; 2008. págs. 192-195.
- Ramírez L. Anorexia bulimia y Pediatría. En: Correa JA, Gómez JF, Posada R, editores. Fundamentos de Pediatría. 4ª ed. Medellín: Corporación para Investigación Biológica CIB fondo editorial; 2015.
- Rodríguez MG, Estada MD, Turón V, Benítez D en nombre del grupo elaborador de la guía Agencia de d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques (AATRM) de Cataluña. Programas de prevención primaria de los trastornos de la conducta alimentaria (TCA). [Psiquiatria.com](#) 2009; 13 (2).
- Rohde P, Auslander BA, Shaw H, Raineri KM, Gau JM, Stice E. Dissonance-based prevention of eating disorder risk factors in middle school girls: Results from two pilot trials. *Int J Eat Disord*. 2014; 47 (5):483-494.
- Rohde P, Stice E, Marti CN. Development and predictive effects of eating disorder risk factors during adolescence: Implications for prevention efforts. *Int J Eat Disord*. 2015; Mar;48(2):187-98. doi: 10.1002/eat.22270. Epub 2014 Mar 6
- [Rohde P](#), [Shaw H](#), [Butryn ML](#), [Stice E](#). Assessing program sustainability in an eating disorder prevention effectiveness trial delivered by college clinicians. [Behav Res Ther](#). 2015 Sep; 72: 1-8. doi: 10.1016/j.brat.2015.06.009. Epub 2015 Jun 27
- Rojo L, Conesa L, Bermudez O, Livianos L. "Influence of Stress in the Onset of Eating Disorders: Data From a Two-Stage Epidemiologic Controlled Study. *Psychosomatic Medicine* 2006, 68 (4): 628-635.
- Rojo L, Hernández R, Ruiz E, Cavá G, Livianos L. Programa de promoción de la Salud y Prevención de Trastornos de la Conducta Alimentaria. Valencia: Generalitat Valenciana, 2003.
- [Rojo-Moreno L](#), [Rubio T](#), [Plumed J](#), [Barberá M](#), [Serrano M](#), [Gimeno N](#), [Conesa L](#), [Ruiz E](#), [Rojo-Bofill L](#), [Beato L](#), [Livianos L](#). Teasing and disordered eating behaviors in Spanish adolescents. [Eat Disord](#). 2013; 21(1): 53-69. doi: 10.1080/10640266.2013.741988.
- Rojo L, Ruiz E, Hernández R, Vila M. Guía práctica de Project DITCA C.V: 2003-2004. Valencia: Generalitat Valenciana, 2003.
- Ruiz PM. Prevención de los trastornos de la conducta alimentaria. *Rev Psiquiatr Infanto-Juv* 2000; 1: 18-31.
- Ruiz-Lázaro PM. Prevalencia de trastornos de la conducta alimentaria en España. *An Esp Pediatr* 1998; 49 (4): 435-436.
- Ruiz-Lázaro PJ, Ruiz-Lázaro PM. Una nueva posibilidad de educación para la salud: en el Tiempo Libre. *Atención Primaria* 1998; 21 (5): 326-330.
- Ruiz-Lázaro PM. Guía Práctica. Prevención de los trastornos de la conducta alimentaria. Bulimia y Anorexia. 2nd ed. Zaragoza: Grupo ZARIMA-Prevención de la Unidad Mixta de Investigación del Hospital Clínico Universitario de Zaragoza. Consejo de la Juventud de Aragón. Gobierno de Aragón. Arbadá, 1999.
- Ruiz-Lázaro PM. Trastornos de la conducta alimentaria en una muestra representativa de adolescentes de Zaragoza (tesis doctoral). Zaragoza: Universidad de Zaragoza, 2000.
- Ruiz-Lázaro PM. Bulimia y anorexia. Guía para familias. Zaragoza: Certeza, 2002.
- Ruiz-Lázaro PM. Trastornos alimentarios y género: una visión feminista. In: El rostro de la Violencia. Elósegui M, González Cortés MT, Gaudó C, eds. Barcelona: Icaria Editorial, 2002. pp 145-181.
- Ruiz-Lázaro PM. Epidemiología de los trastornos de la conducta alimentaria en España. *Actas Esp Psiquiatría* 2003; 31 (2): 85-94.
- Ruiz-Lázaro PM. Detección de actitudes alimentarias con riesgo entre los profesionales que trabajan con niños y adolescentes. *Revista de Psicopatología y salud mental del niño y del adolescente* 2003; 1: 37-42.
- Ruiz-Lázaro PM. Prevención de los trastornos de la conducta alimentaria en España. *Anales de Psiquiatría* 2003; 19 (3): 90.
- Ruiz-Lázaro PM. Programas de prevención y trastornos de la conducta alimentaria. *La Báscula* 2005; n° 3: 22-26.
- Ruiz-Lázaro PM. Nativos, pantallas y trastornos de conducta, alimentarios: aprendizaje y lenguaje. En: De Torres L, Gabelas JA, eds. *Psiconutrición del menor. Nutrición, psicopedagogía y pantallas sanas*. Zaragoza: Mira Editores, 2011. pp.51-62.
- Ruiz-Lázaro PM. Programas de prevención de trastornos de la conducta alimentaria basados en pruebas (evidence). En: Isorna M, Saavedra D, coords. *Prevención de drogodependencias y otras conductas adictivas*. Madrid: Pirámide, 2012. pp.371-390.
- Ruiz-Lázaro PM. Prevención de los trastornos de alimentación y la obesidad. En: Morandé G, Graell M, Balco A, eds. *Trastornos de la conducta alimentaria y obesidad. Un enfoque integral*. Madrid: Editorial Médica Panamericana, 2014. pp. 73-80.
- Ruiz-Lázaro PM. Prevención de los trastornos de la conducta alimentaria y los diversos ámbitos de actuación. En: Martínez MA, ed. *Todo sobre los trastornos de la conducta alimentaria. Una visión multidisciplinar desde la experiencia y la evidencia científica*. Tarragona: Publicaciones Altaria, 2015. pp.431-476.
- Ruiz-Lázaro PM. Prevención de los trastornos de la conducta alimentaria y obesidad. En: Ruiz-Lázaro PM, Velilla M, González E, coordinadores. *Buenas prácticas en prevención de trastornos de la conducta alimentaria*. Madrid: ediciones Pirámide, 2017. pp. 25-53.
- Ruiz-Lázaro PM. Obesidad. En: Lázaro L, Moreno D, Rubio B. *Manual de Psiquiatría de la infancia y la adolescencia*. Barcelona: Elsevier España, 2021. pp. 511-520.
- Ruiz PM, Alonso JP, Velilla JM, Lobo A, Martín A, Paurard C, Calvo AI. Estudio de prevalencia de trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes de Zara-

- goza. *Rev Psiquiatr Infanto-Juv* 1998; 3: 148-162.
- Ruiz PM, Velilla M, Corral C, González S, Seva A. Prevention of eating disorders in a private school. X World Congress of Psychiatry. Madrid 1996; 2: 150.
 - Ruiz-Lázaro PM, Alonso JP, Comet P, Lobo A, Velilla M. Epidemiology of Eating Disorders in Spain. In: Swain PI, Editor. *Trends in Eating Disorders Research*. New York: Nova Publishers, 2005. pp. 85-108.
 - Ruiz-Lázaro PM, Comet P. Trastornos alimentarios, cuerpo y alimentación. *Intervención comunitaria en la adolescencia*. *Red de Salud* 2003; 6: 32-34.
 - Ruiz-Lázaro PM, Comet MP, Calvo AI, Zapata M, Cebollada M, Trébol L, Lobo A. Prevalencia de trastornos alimentarios en estudiantes adolescentes tempranos. *Actas Esp Psiquiatr* 2010; 38 (4): 204-211.
 - Ruiz-Lázaro PM, Gómez JA, Pérez J, Calado M. Seguimiento de intervención escolar manualizada de prevención de trastornos alimentarios en adolescencia en zona norte de España. *Rev Psiqu Inf-Juv* 2011; 2: 85.
 - Ruiz-Lázaro PM, Ruiz-Lázaro PJ, Lobo A, Dourdil F. Obesidad mórbida: una aproximación a su personalidad y psicopatología. *Nutrición Clínica* 1995; 15; 6: 42-48.
 - Ruiz-Lázaro PM, Villas-Pérez E, Pilar Comet-Cortés P, Ana Isabel Calvo-Sarnago AI, Zapata-Usábel M. Prevención primaria de los trastornos de alimentación en secundaria: curricula ZARIMA. En: Ruiz-Lázaro PM, Velilla M, González E, coordinadores. *Buenas prácticas en prevención de trastornos de la conducta alimentaria*. Madrid: ediciones Pirámide, 2017. pp. 97-121.
 - Rutzstein G, Elizathe L, Murawski B, Scappatura ML, Lievendag L, Custodio J. Prevention of eating disorders in Argentine adolescents. *Eat Disord* 2019, 27, 183-204.
doi:10.1080/10640266.2019.1591837
 - [Sánchez-Carracedo D](#), [Neumark-Sztainer D](#), [López-Guimerà G](#). Integrated prevention of obesity and eating disorders: barriers, developments and opportunities. *Public Health Nutr*. 2012; 15 (12): 2295-309.
 - Sanchez E; Carrascosa A; Fernández JM; Ferrández A; López de Lara D; López-Siguero JP: Estudios Españoles de Crecimiento: situación actual, utilidad y recomendaciones de uso. *An Pediatr (Barc)* 2011, 74(3): 993. Texto completo en www.sciencedirect.com y en www.elsevier.es/anpediatr
 - Sanci L, Coffey C, Olsson C, Reid S, Carlin JB, Patton G. Childhood Sexual Abuse and Eating disorders in females. Findings from the Victorian Adolescent Health Cohort Study. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2008; 162 (3): 261-267.
 - San Sebastián FJ. Prevención de la bulimia. En: Vaz FJ, editor. *Bulimia nerviosa. Perspectivas clínicas actuales*. Madrid: Ergon, 2006. pp 143-152.
 - Santonastaso P, Zanetti T, Ferrara S, Olivotto MC, Magnavita N, Favaro A (1999). A Preventive Intervention Program in Adolescent Schoolgirls: A Longitudinal Study. *Psychoter Psychosom*; 68: 46-50.
 - Scime M, Cook-Cottone C, Kane L, Watson T. Group prevention of Eating disorders with fifth-grade females: impact on body dissatisfaction, drive for thinness and media influence. *Eating disorders* 2006; 14:143-155.
 - Sepúlveda AR. Prevención primaria de los trastornos de alimentación en escolares. En: Ruiz-Lázaro PM, Velilla M, González E, coordinadores. *Buenas prácticas en prevención de trastornos de la conducta alimentaria*. Madrid: ediciones Pirámide, 2017. pp.77-95.
 - Sepúlveda AR, Compte EJ. Prevención secundaria de los trastornos de alimentación en universitarios. En: Ruiz-Lázaro PM, Velilla M, González E, coordinadores. *Buenas prácticas en prevención de trastornos de la conducta alimentaria*. Madrid: ediciones Pirámide, 2017. pp.285-301.
 - Shaw H, Stice E, Becker CB. Preventing eating disorders. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*. 2009; 18 (1): 199-207.
 - Seif-El Din. Prevention and Intervention in School Settings. In: *Facilitating Pathways. Care, Treatment and Prevention in Child and Adolescent Mental Health*, Remschmidt H, Belfer ML, Goodyer I, eds. Berlin: Springer-Verlag, 2004. pp 326-334.
 - Serdar K, Kelly NR, Palmberg AA, Lydecker JA, Thornton L, Tully CE, Mazzeo SE. Comparing Online and Face-to-Face Dissonance-Based Eating Disorder Prevention. *Eat Disord*. 2014; 22 (3): 244-260.
 - Skrabanek P, McCormik J. *Sofismas y desatinos en Medicina*. Barcelona: Doyma, 1992.
 - Smolak L, [Levine MP](#), [Schermer F](#). A controlled evaluation of an elementary school primary prevention program for eating problems. *J Psychosom Res*. 1998; 44 (3-4): 339-53.
 - Solano-Pinto N, Oliveros-Leal I, Moreno-Villares JM, Grupo del Proyecto SALUT. Prevención de los trastornos de la conducta alimentaria: "Educando en salud: así soy yo, así son ell@s". *Anales de Psiquiatría* 2004; 20 (3): 97.
 - Soldado M. Prevención primaria en trastornos de conducta alimentaria. *Trastornos de la Conducta Alimentaria*; 2006; 4: 336-347.
 - Stewart A. Prevention of Eating Disorders. In: Dwivedi KN, Harper PB, editors. *Promoting the Emotional Well-being of Children and Adolescents and Preventing Their Mental Ill Health. A Handbook*. London: Jessica Kingsley Publishers, 2004. pp.171-197.
 - Stice E, Becker CB, [Yokum S](#). Eating disorder prevention: current evidence-base and future directions. *Int J Eat Disord*. 2013 Jul; 46 (5): 478-85.
doi: 10.1002/eat.22105.
 - Stice E, Hoffman E. Eating Disorder Prevention Programs. In: *Handbook of Eating Disorders and Obesity*, Thompson JK, editor. Hoboken, New Jersey: John Wiley&Sons, 2004. pp.33-57.
 - Stice E, Marti CN, Cheng ZH. Effectiveness of a dissonance-based eating disorder prevention program for ethnic groups in two randomized controlled trials. *Behav Res Ther*. 2014; 55: 54-64.
 - Stice E, Marti N, Shaw H, O'Neil K. General and program-specific moderators of two eating disorder prevention programs. *Int J Eat Disord* 2008; 41 (7): 611-617.
 - Stice E, Marti CN, Shaw H, Rohde P. [Meta-analytic review of dissonance-based eating disorder prevention programs: Intervention, participant, and facilitator features that predict larger effects](#). *Clin Psychol Rev*. 2019 Jun; 70: 91-107.
doi:10.1016/j.cpr.2019.04.004. Epub 2019 Apr 8. Review

04 BIBLIOGRAFÍA

- Stice E, Ng J, Shaw H. Risk factors and prodromal eating pathology. *J Child Psychol Psychiatry* 2010 Jan 14 (Epub): 1-8.
- Stice E, Presnell K. The Body Project. Promoting Body Acceptance and Preventing Eating disorders. Facilitator Guide. New York: Oxford University Press, 2007.
- Stice E, Rohde P, Butryn ML, Shaw H, Marti CN. [Effectiveness trial of a selective dissonance-based eating disorder prevention program with female college students: Effects at 2- and 3-year follow-up](#). *Behav Res Ther*. 2015 Aug;71 :20-26.
doi: 10.1016/j.brat.2015.05.012. Epub 2015 May 2
- [Stice E, Rohde P, Shaw H, Gau JM](#). Clinician-led, peer-led, and internet-delivered dissonance-based eating disorder prevention programs: Effectiveness of these delivery modalities through 4-year follow-up. *J Consult Clin Psychol*. 2020 May; 88 (5): 481-494.
doi: 10.1037/ccp0000493. Epub 2020 Feb 24.
- Stice E, Rohde P, Shaw H, Marti CN. Efficacy trial of a selective prevention program targeting both eating disorders and obesity among female college students: 1- and 2-year follow-up effects. *J Consult Clin Psychol*. 2013; 81 (1):183-189.
- Stice E, Shaw H. Eating Disorder Prevention Programs: A Meta-analytic Review. *Psychol Bull* 2004; 130 (2): 206-227.
- Stice E, Shaw H, Burton E, Wade E. Dissonance and healthy weight eating disorder prevention programs: a randomized efficacy trial. *J Consult Clin Psychol* 2006; 74 (2): 263-275.
- Stice E, Shaw H, Marti CN. A meta-analytic review of eating disorder prevention programs: encouraging findings. *Annu Rev Clin Psychol* 2007; 3: 207-231.
- Stice E, South K, Shaw H. Future directions in etiologic, prevention, and treatment research for eating disorders. *J Clin Child Adolesc Psychol*. 2012; 41 (6):845-55.
doi: 10.1080/15374416.2012.728156. Epub 2012 Oct 11.
- Striegel-Moore RH, Bullik CM (2007). Risk factors for Eating disorders. *Am Psychol*; 62 (3): 181-198.
- Swinburn B. Obesity prevention in Children and Adolescents. In: Herpertz-Dahlmann B, Hebebrand J, editors. *Eating Disorders and Obesity*. Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America 2009; 18 (1): 209-223.
- [Treasure J, Antunes Duarte T, Schmidt U](#). Eating disorders. *Lancet* 2020 Mar 14; 395 (10227): 899-911.
- Turón VJ. Prevención de los trastornos de la alimentación: anorexia y bulimia nerviosas. En: Rojo L, Cava G, editores. *Anorexia nerviosa*. Barcelona: Editorial Ariel, 2003. págs. 449-463.
- Vandereycken W, Meerman R. Anorexia nervosa: Is prevention possible? *Int'L J Psychiatry in Medicine* 1984; 14 (3):191-205.
- Vandereycken W, Noordenbos G. *The Prevention of Eating Disorders*. London: The Athlone Press, 1988.
- Vázquez-Barquero JL, Gaité J, Artal J, Arenal A, Herrera S, Díez JF, Cuesta MJ, Higuera A. Desarrollo y verificación de la versión española de la entrevista psiquiátrica "Sistema SCAN" ("Cuestionarios para la Evaluación Clínica en Neuropsiquiatría"). *Actas Luso-Esp Neurol Psiquiatr* 1994; 22 (3): 109-120.
- Villas E. Prevención de trastornos de conducta alimentaria en adolescentes tempranos del norte de España. Tesis doctoral. Zaragoza. Universidad de Zaragoza, 2013.
- Villena J. Detección y prevención escolar de los trastornos de la conducta alimentaria. En: Saldaña C, editora. *Detección y prevención en el aula de los problemas del adolescente*. Madrid: Ediciones Pirámide, 2001. págs. 125-146.
- Villena J, Castillo M. La prevención primaria en los trastornos de alimentación. *Anuario de Psicología* 1999; 30 (2): 131-143.
- Vitiello B, Lederhendler I. Research on eating disorders: current status and future prospects. *Biol Psychiatry* 2000; 47 (9): 777-786.
- Wang LY, Nichols LP, Austin SB. The economic effect of Planet Health on preventing bulimia nervosa. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2011; 165 (8): 756-762.
- Wick K, Brix C, Bormann B, Sowa M, Strauss B, Berger U. Real-world effectiveness of a German school-based intervention for primary prevention of anorexia nervosa in preadolescent girls. *Prev Med* 2011; 52 (2):152-158.
- Wilksch SM, O'Shea A, Taylor CB, Wilfley D, Jacobi C, Wade TD. Online prevention of disordered eating in at-risk young-adult women: A two-country pragmatic randomised controlled trial. *Psychol Med* 2018; 48 (12): 2034-2044
- Wilksch SM, O'Shea A, Wade TD. Media Smart-Targeted: Diagnostic outcomes from a two-country pragmatic online eating disorder risk reduction trial for young adults. *Int J Eat Disord*. 2018; 51(3): 270-274.
- Wilksch SM, O'Shea A, Wade TD. Depressive symptoms, alcohol and other drug use, and suicide risk: Prevention and treatment effects from a two-country online eating disorder risk reduction trial. *Int J Eat Disord*. 2019; 52 (2):132-141.
- [Wilksch SM, Paxton SJ, Byrne SM, Austin SB, McLean SA, Thompson KM, Dorairaj K, Wade TD](#). Prevention Across the Spectrum: a randomized controlled trial of three programs to reduce risk factors for both eating disorders and obesity. *Psychol Med*. 2015 Jul; 45 (9): 1811-23.
doi: 10.1017/S003329171400289X. Epub 2014 Dec 19.
- [Yager Z, Diedrichs PC, Ricciardelli LA, Halliwell E](#). What works in secondary schools? A systematic review of classroom-based body image programs. *Body Image*. 2013 Jun; 10 (3): 271-81. doi: 10.1016/j.bodyim.2013.04.001. Epub 2013 May 14.

¹ GABELAS BARROSO, J.A. (2.010): *La creación de un cortometraje: un proceso de mediación en la promoción de la salud del adolescente*. Tesis doctoral. Madrid: Universidad Complutense. Accesible en eprints.ucm.es/11632/





@IAJaron



institutoaragonesjuventud



institutoaragonesjuventud

www.aragon.es/iaj

Huesca

San Jorge, 65 | 22003 | 974 247 320
iajhuesca@aragon.es

Teruel

Yagüe Salas, 16 | 44001 | 978 624 440
iajteruel@aragon.es

Zaragoza

Franco López, 4 | 50005 | 976 716 810
iaj@aragon.es



Autor:

Profesor Pedro Manuel Ruiz Lázaro, Grupo ZARIMA-Prevención. Jefe de Sección de Psiquiatría Infanto-Juvenil. Hospital Clínico Universitario de Zaragoza. Universidad de Zaragoza. Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud I+CS.

Con la colaboración de:

ARBADA