



Universidad
Zaragoza

Trabajo Fin de Grado

Grado en Psicología

Programa de prevención de trastornos de la
conducta alimentaria en mujeres
adolescentes residentes en la ciudad de
Zaragoza

Autora

Stefanía Ciklic Juric

Director

Juan Francisco Roy Delgado

Facultad de Ciencias Sociales y Humanas de Teruel
Universidad de Zaragoza
2013

ÍNDICE

1. Contextualización y Justificación del programa.....	4
2. Beneficiarios.....	9
3. Objetivos.....	10
4. Cronograma.....	11
5. Actividades.....	12
6. Instrumentación y evaluación del programa.....	16
7. Recursos.....	16
8. Coordinación con otros recursos.....	17
9. Referencias.....	17
10. Anexos.....	21

El lugar de las sonrisas, Sara Farfán Caballero:

“Quizá si escribo el dolor que siento consiga sacarlo de mí; si soy capaz de expresarlo con letras en un papel, tal vez lo arranque de mi alma. ¿Qué es el dolor? ¿Qué me duele? ¿Me duele el sentimiento de fracaso? ¿O me duele el reconocer que no soy feliz? Quizá me duela tener ganas de llorar continuamente y no ser capaz de ello; me siento herida como si en una batalla todos los de mi bando estuvieran muertos a mi alrededor y yo hubiera tenido la desgracia de sobrevivir para ver la derrota y mi soledad. Así me siento, rodeada de cadáveres, cadáveres a los que no soy capaz de devolver la vida. Por ello, además, siento culpabilidad, por sobrevivir a la batalla. En mi batalla soy yo y sólo yo la que tiene que luchar y ganar, pero no tengo fuerzas para ello, sólo tengo dolor. Quiero arrancarlo de mí, quiero que no me duela tener problemas, quiero ser capaz de solucionarlos sin tanto dolor, quiero llorar, quiero expresar mi llanto como una terapia, pero no puedo, lo único que hago es pensar, pensar y pensar en cómo me gustaría sentirme y no me siento, en cómo me gustaría que fuera mi vida o en cómo me hubiera gustado haber sido feliz con lo que tenía en lugar de buscar otra felicidad que no encuentro. ¿Dónde está? ¿Existe? O quizás es una quimera inalcanzable”.

1. CONTEXTUALIZACIÓN Y JUSTIFICACIÓN DEL PROGRAMA

La anorexia, pese a la creencia popular de que es fruto de las culturas modernas o los medios de comunicación, existe desde la época anterior a Jesucristo. Ejemplos a éstos los encontramos en el *Corpus hippocraticum* (Tratados Hipocráticos I, 1990) donde habla de “los efectos de un régimen debilitante y prolongado que son difíciles de reparar, y lo mismo sucede con los de una repleción extrema y continuada”.

El primer médico que describió la anorexia nerviosa fue el británico Richard Morton en 1689, llamándola *nervous consumption* que se traduce como consunción nerviosa o consumo nervioso. (*Encyclopaedia Britannica*, 2013). En la década de los 70 la doctora Brunch observó que había aspectos comunes en las personas que padecían anorexia: la distorsión de la imagen corporal, el sentimiento de inutilidad e incompetencia y la incapacidad de interpretar y reconocer las necesidades corporales (Matzkin V., 2001).

En el caso de la bulimia, aunque no hay referencia de ella tan antigua como la anorexia, tampoco es un trastorno nuevo. Desde la antigua Roma se habla de una conducta alimentaria relacionada con el atracón y posterior vómito autoinducido con la intención de seguir comiendo; sin embargo, hasta 1979 no fue publicada la primera descripción clínica de la enfermedad por Russell (Rava M^a F. y J. Silber T., 2004).

En el DSM-IV-TR encontramos las definiciones de anorexia nerviosa y bulimia nerviosa dentro de los trastornos de la conducta alimentaria (a partir de ahora TCA) (anexo 1).

Hoy en día en España, y otros países de la cultura occidental, tienen que hacer frente al considerable aumento de mujeres que padecen este trastorno.

La prevalencia de anorexia nerviosa en España se sitúa entre el 0,1 y el 1,5%, y la de bulimia nerviosa, entre el 0,5 y 1,5%; los TCA no especificados constituyen los casos más frecuentes, con una prevalencia estimada del 1,7-3,8%. Estas cifras nos indican la necesidad que hay en España de prevenir este tipo de enfermedad, sobre todo en la población de alto riesgo: mujeres adolescentes y jóvenes adultas (Gil García E. et al., 2007).

Concretamente en Zaragoza, en un estudio realizado en 1997 se encontró una prevalencia del 4.51% en mujeres de 12 a 18 años (Calvo A. I. et al., 2010).

Tabla 1		Riesgo y Prevalencia de TCA por sexo		
Sexo	Riesgo TCA (%)	IC 95% (SE)	Prevalencia TCA (%)	IC 95% (SE)
Mujeres	35/340 (10,3%)	7,5%-14% (0,016)	5/340 (1,5%)	0,6%-3,4% (0,007)
Varones	28/361 (7,8%)	5,4%-11% (0,014)	0/361 (0%)	0%-1,1% (0,000)

Tabla 1: Prevalencia por género con sus intervalos de confianza al 95% (Calvo A. I et al., 2010)

Dada la prevalencia observada es necesario potenciar los servicios tanto de prevención primaria como secundaria (Grupo Zarima-Prevención, 1999).

Además del aumento de casos de TCA se ha demostrado que la ideación suicida es común en las adolescentes con dicho trastorno. Los intentos de suicidio se dan en un 22% de las pacientes anoréxicas y un 11% en las pacientes bulímicas (Negredo López L. et al., 2010).

En la Evaluación del Sistema de Salud Mental de los EEUU celebrado el 24 de enero de 2013, el Dr. Woodside dijo: “Los trastornos alimenticios tienen la tasa de mortalidad más alta de cualquier enfermedad mental y más y más mujeres están muriendo a causa de la anorexia. Cualquier tratamiento que podría cambiar el curso natural de esta enfermedad no sólo ofrece esperanza, sino salvar la vida de aquellos que sufren la forma extrema de esta condición” (ANAD, 2013).

Por ello, es necesario actuar antes de que se produzca el trastorno, ya que de esta manera estaremos previniendo un futuro TCA que pueda terminar en suicidio.

Según un estudio realizado por Arrufat F. J., Toro J. y Palao D. (2006) se derivó la pertinencia de elaborar programas de prevención de trastornos alimentarios debido a la alta comorbilidad con otros trastornos mentales.

Sumado a todo ello, hay que tener en cuenta otra gran amenaza que avanza con pasos de gigante: los medios de comunicación y, en general, la cultura occidental (Toro

J., et cols., 1988). Éstos nos enseñan que para ser aceptados socialmente hay que estar delgados, consiguiendo con ello la confirmación de la similitud de delgadez y éxito social (Cruz Roja Española). Por este motivo, una solución positiva ante el bombardeo indiscriminado de informaciones que propone M^a Victoria Carrillo sería *incluir hábitos y criterios suficientes para tener en cuenta que la información de cualquier tipo no puede estar por encima de los sujetos que la perciban. Debemos luchar para desbancar mitos como que el rostro y el cuerpo perfecto están en nuestra mano y se identifican con las imágenes que vemos en los Medios de Comunicación* (Carrillo Durán M^a V., 2002).

En un estudio realizado por Toro y Cols. (1988) se seleccionaron 10 revistas especialmente leídas por mujeres. En estas revistas se constató que uno de cada cuatro anuncios, que son destinados a un grupo predominantemente femenino, invitan directa o indirectamente a “perder peso” utilizando cuerpos ideales y esculturales. Estos mensajes son llegados a un público joven de edades entre los 15 y 24 años, una edad de alto riesgo para iniciar un trastorno de alimentación.

Como nos indica Carrillos Durán M^o V (2002) en su libro sobre publicidad y anorexia: “*Las dietas y la industria compulsiva del adelgazamiento, mueven millones de dólares y de euros que alaban la silueta esbelta y bella*” y la población adolescente son víctimas de este tipo de negocio.

Por esta razón, hay que tener en cuenta factores socioculturales que también influyen en los TCA. Los más importantes son:

- Cultura de la delgadez.
- La delgadez convertida en mito significa belleza, juventud.
- Enorme coacción a través de los medios de comunicación de masas: el mensaje que se transmite es que siendo delgadas y delgados seremos más atractivos y tendremos éxito.

Sumado a los factores culturales, se han encontrado una serie de factores de riesgo que predisponen a padecer un TCA (ADANER, 2009):

- Ser adolescente.
- Ser mujer.
- Hacer dieta restrictiva.
- Un episodio puntual traumático en la vida, o que de manera continua cause estrés o dolor emocional.

- Percepción de carencia de afectos.
- Rupturas dolorosas de relaciones importantes como padre, madre, amigos, pareja.
- Sensibilidad a dinámicas familiares disfuncionales.
- Infravaloración de sus sentimientos y pensamientos de parte de sí mismos/as y de terceros.
- Desordenes bioquímicos y orgánicos.

El perfil mayoritario de los adolescentes que presentan trastorno de la conducta alimentaria es de mujer de 12 a 20 años de clase alta con resultados escolares buenos o brillantes y no presentan conflictos en el aula; elevada preocupación por hacer todo de forma perfecta, muchas aspiraciones, están más pendiente de los deseos de los demás que de los suyos propios y alto grado de sometimiento a las normas sociales (Cruz Roja Española).

La adolescencia al ser un período de cambio genera numerosas crisis de identidad, cambio de imagen corporal, requerimientos amistosos o sexuales y lucha por la autonomía, además de rasgos de perfeccionismo, autoexigencia, baja autoestima, dependencia del entorno, dificultad para expresar emociones o exteriorizar la agresividad (Galarsi M. F. et al., 2009).

Sería importante desarrollar actividades donde se trabajen aspectos relacionados con las problemáticas del adolescente, como: la autoestima, habilidades sociales, etc., con objeto de potenciar los recursos que toda persona tiene, afianzando de esta forma la confianza en sí mismo y el sentimiento de que uno es valioso por lo que es, y no por lo que tiene o por su apariencia física (Cruz Roja Española).

La razón por la que el presente proyecto se centrará en la población de riesgo, es porque se ha demostrado una mayor efectividad y por la necesidad de transmitir pautas de protección de TCA (Ministerio de Sanidad y Consumo y *Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques* de Cataluña, 2009), tales como: alimentación saludable y realizar al menos una comida en casa al día con la familia, facilitar la comunicación y mejorar la autoestima, evitar que las conversaciones familiares giren compulsivamente sobre la alimentación y la imagen y evitar bromas y desaprobaciones sobre el cuerpo, el peso o la forma de comer de los niños y adolescentes. Otros autores nombran pautas muy similares para prevenir los TCA (ver anexo 2).

Existen técnicas especialmente adecuadas para la prevención de TCA: el role-playing, es eficaz para empatizar y ponerse en el lugar de la persona que tiene una actitud negativa, técnicas didácticas o educativas que promuevan conductas de dieta saludable en la población vulnerable, identificar elementos manipuladores de los medios de comunicación y aprender a hacer una valoración crítica hacia ellos, obtener habilidades específicas para favorecer una alta autoestima y aceptarse a sí mismo y aprender habilidades sociales para tener una comunicación asertiva y solucionar los problemas con las estrategias más adecuadas (Defensor del menor en la Comunidad de Madrid y protegeles.com, 2005).

Además de la evidencia anteriormente mencionada, para la elaboración de este programa se ha revisado la legislación española vigente y se han encontrado los siguientes planes estratégicos:

Plan Estratégico 2002-2010 de Atención a la Salud Mental en la Comunidad Autónoma de Aragón:

El artículo 18 de la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, establece que las Administraciones públicas, a través de sus servicios de salud y de los órganos competentes en cada caso, desarrollarán, entre otras, actuaciones de promoción y mejora de la salud mental.

La Ley 6/2002, de 15 de abril, de Salud de Aragón, señala en su artículo 30 que el Sistema de Salud de Aragón, mediante los recursos y medios de que dispone, llevará a cabo, entre otras, la atención, promoción, protección y mejora de la salud mental.

Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud 2009-2013:

Dentro de la Línea estratégica 1 (promoción de la salud mental de la población, prevención de la enfermedad mental y erradicación del estigma asociado a las personas con trastorno mental) el presente programa se centra en el objetivo general 2: prevenir la enfermedad mental, el suicidio y las adicciones en la población general. Concretamente persigue realizar y evaluar acciones específicas para disminuir las tasas de depresión y de suicidio en grupos de riesgo.

Mientras el programa esté en funcionamiento, se tendrán en cuenta los aspectos éticos que éste conlleva. A continuación se nombran las diferentes leyes y códigos por los que se regirá el programa, siendo sancionado el no cumplimiento de dichas leyes:

- El Código Deontológico de los Psicólogos (COP, 2010).
- Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal. (Publicado en BOE núm. 298 de 14 de Diciembre de 1999) (BOE).
- Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. (Publicado en: «BOE» núm. 274, de 15/11/2002.) (BOE).
- Ley 14/2007, de 3 de julio, de Investigación biomédica. (Publicado en BOE núm. 159 de 04 de Julio de 2007) (BOE).

El programa que se presenta a continuación se define como un proyecto de prevención secundaria puesto que está dirigido a evitar el impacto de los trastornos de la conducta alimentaria en mujeres adolescentes y que, por lo tanto, están expuestas a un alto nivel de riesgo de padecerlo. Por otro lado, según la clasificación realizada por Gordon en 1987, el programa que se ha diseñado es un programa de prevención selectiva, ya que va dirigida a un subgrupo específico de la población (mujeres adolescentes) que presentan un mayor riesgo de exposición patógena (Galarsi M. F. et al., 2009). Teniendo en cuenta como referencia la modalidad de las estrategias a aplicar (ver capítulo 3), el programa se contextualizará como un proyecto de prevención específica dado que se afronta explícita y directamente la problemática, siendo en este caso, el riesgo de padecer un trastorno de la conducta alimentaria por las adolescentes, haciéndolas partícipes de las actividades a realizar.

2. BENEFICIARIAS

Como se ha ido diciendo a lo largo del trabajo, el programa va dirigido a la población de mayor riesgo: mujeres adolescentes entre 13 y 15 años de la ciudad de Zaragoza.

El programa será realizado en centros educativos que se encuentren en la ciudad de Zaragoza, siempre y cuando estén dispuestos a colaborar y la disposición presupuestaria lo permita. No se discriminará según centros públicos, concertados o

privados. Por lo tanto, se trabajará en todos los ámbitos y escalas sociales, además de todo tipo de familia.

Con todo ello, y a forma de resumen, los beneficiarios serían:

Beneficiarias directas: Mujeres adolescentes de entre 13 y 15 años que viven en la ciudad de Zaragoza y asisten a colegios o institutos que participen en el programa.

Beneficiarios indirectos: Sería la sociedad en general, pues se reduce el efecto de modelado y/o contagio de las conductas perjudiciales y mejora de las relaciones familiares y sociales en general.

En el anexo 3 se expone el árbol problema en el que se indican las causas del trastorno de la conducta alimentaria y los efectos que produce.

3. OBJETIVOS

Objetivo principal: Prevenir los trastornos de la conducta alimentaria, actuando directamente en los factores de riesgo.

Objetivos específicos:

1. Tener un conocimiento básico en alimentación saludable con ayuda de la pirámide de la alimentación.
2. Identificar falsos mitos sobre la alimentación que las adolescentes creen y que no ayuda a tener una alimentación sana y saludable.
3. Favorecer y mejorar la autoestima de las adolescentes para que tengan estrategias de afrontamiento más saludables.
4. Tener una actitud crítica hacia los medios de comunicación para saber distinguir entre una publicidad y la vida real.
5. Dar información y resolver posibles dudas con respecto a los temas tratados.
6. Conocimiento e identificación de los síntomas de la anorexia y la bulimia nerviosa por parte de familiares o tutores.
7. Reducir suicidios y tentativas de suicidio en mujeres adolescentes a causa de los trastornos de la conducta alimentaria.

4. CRONOGRAMA

El programa se realizará en todos los colegios e institutos de la ciudad de Zaragoza cuyas direcciones acepten participar y siempre según disposición presupuestaria. La duración aproximada por cada colegio será de dos meses y medio, realizando una sesión por semana. El tiempo mínimo estimado para el programa será de un año. En todas las sesiones será necesario contar con la ayuda del profesorado para la organización de los talleres y de la charla con los padres/tutores. Al haber un gran número de colegios en Zaragoza, los talleres se realizarán en distintos centros educativos de forma simultánea.

El cronograma que se presenta a continuación es un esquema que se llevará a cabo en los distintos colegios, y puede estar sujeto a modificaciones según las necesidades.

Planificación	Actividades	Duración
Sesión 0 (Semana 1)	- Evaluación inicial (pre-test)	No especificado
Sesión 1 (Semana 5)	- Encuesta de opinión en pequeños grupos y charla sobre alimentación	Tres horas
Sesión 2 (Semana 6)	- “Yo tengo, Yo soy, Yo puedo” - Los cinco Por Qués	Dos horas
Sesión 3 (Semana 7)	- Imágenes de publicidad con crítica - Juegos de Role-Playing	Tres horas
Sesión 4 (Semana 8)	- Charla informativa, resolución de dudas	Una hora y media
Sesión 5 (Semana 9)	- Charla informativa para padres/tutores	Dos horas y media
Sesión 6 (Año después)	- Evaluación final (post-test)	No especificado

5. ACTIVIDADES

Las actividades que se van a realizar en los talleres serán:

Actividad 1º: Encuesta en pequeños grupos y charla sobre alimentación

Se divide el aula en pequeños grupos de tres de forma aleatoria y se nombra un portavoz por cada grupo. Se les entrega una encuesta sobre alimentación para que contesten entre los miembros del grupo y disponer de información precisa acerca de los hábitos alimentarios de las jóvenes. Una vez se han puesto de acuerdo con las respuestas apuntadas, el portavoz será el encargado de ponerlas en común con el resto de la clase.

Posteriormente, cuando todos han escuchado las respuestas de los demás compañeros, los profesionales deberán indicar cuáles son las respuestas que están más cerca de ser un ejemplo de alimentación saludable. Para ello, se utilizará la pirámide alimentaria y distintas diapositivas que muestren los alimentos que pertenecen a cada eslabón de la pirámide y cuánto soporte energético es necesario para cada persona.

En esta charla se aprovechará para desmentir falsos mitos sobre la alimentación que muchas jóvenes creen y que no ayudan nada a tener una alimentación saludable. Por ejemplo: “beber agua durante las comidas engorda”.

Esta actividad está vinculada con el objetivo 1, 2 y 7.

Actividad 2º: “Yo Tengo, Yo Soy, Yo Puedo”

Cada individuo debe hacer tres listas siguiendo las afirmaciones “yo tengo”, “yo soy” y “yo puedo”. En dichas listas deberá incluir aspectos que se refieran a su vida.

Un ejemplo:

- YO TENGO: * Personas que me quieren, * Ejemplos para seguir, * Personas que me ayuden si estoy en peligro, * Grandes cualidades...
- YO SOY: * Querido por otros, * Feliz cuando hago algo bien, * Respetuoso de mí y los demás, * Responsable de mis actos...
- YO PUEDO: * Decir qué me da miedo, * Buscar soluciones a mis problemas, * Encontrar alguien que me ayude, * Controlar mis actos y mis emociones, * Expresar debidamente lo que pienso y lo que siento...

Esta actividad tiene como objetivo principal fomentar la autoestima. Mediante la enumeración de diferentes aspectos personales para los tres apartados, la persona toma

conciencia de todos los recursos que tiene (gente que le apoya, habilidades propias...) y puede plantearse objetivos que le ayuden a salir de su situación (en la lista de “yo puedo”).

Esta actividad está vinculada con el objetivo 3 y 7.

Actividad 3º: Los Cinco Por Qués

La técnica requiere que el grupo de trabajo pregunte “Por Qué” al menos cinco veces, o trabaje a través de cinco niveles de detalle. Una vez que sea difícil para los participantes responder al “Por Qué”, la causa más probable habrá sido identificada.

1. Realizar una sesión de lluvia de ideas normalmente utilizando el modelo del Diagrama de Causa y Efecto.
2. Una vez que las causas probables hayan sido identificadas, empezar a preguntar “¿Por qué es así?” o “¿Por qué está pasando esto?”.
3. Continuar preguntando Por Qué al menos cinco veces. Ésto reta al grupo a buscar a fondo y no conformarse con causas ya “probadas y ciertas”.
4. Habrá ocasiones en las que se podrá ir más allá de las cinco veces preguntando “Por Qué” para poder obtener las causas principales.
5. Durante este tiempo se debe tener cuidado de no empezar a preguntar “Quién”. Es muy importante recordar que el grupo está interesado en las causas del problema y no en las personas involucradas.

Esta dinámica tiene el objetivo de entrenar la habilidad de solucionar los problemas que se les plantee y cuestionar el por qué de cada decisión haciéndoles conscientes de las decisiones que toman y a dónde les conduce.

Esta actividad está vinculada con el objetivo 3 y 7.

Actividad 4º: Imágenes de publicidad con crítica

Se les divide en pequeños grupos de tres y se asigna un portavoz por cada grupo. A cada grupo se le entrega una revista de moda, de la cual tendrán que analizar las distintas imágenes y redactar un informe contestando a una serie de preguntas:

- ¿Cuántas imágenes de la revista se centran en el cuerpo?
- ¿Cuántas publicidades hablan de dietas o bajar de peso?
- ¿Cuántos artículos están relacionados con la estética y alimentación?
- ¿Cuántas imágenes de las que aparecen en la revista crees que no están retocadas?
- Etc.

Con esta actividad se pretenden que aprendan a tener un carácter crítico a la hora de leer una revista o ver la publicidad en los distintos medios de comunicación.

Esta actividad está relacionada con el objetivo 4 y 7.

Actividad 5º: Juegos de Role-Playing

Se hacen dinámicas de role-playing para que los alumnos puedan ponerse en la perspectiva de todos. Por ejemplo, un role-playing entre una chica “delgada” y otra más “gordita”.

Después de la actuación se les pregunta a los participantes cómo se han sentido con el papel que les había tocado, ya que al implicarse emocionalmente se producen sentimientos más empáticos hacia esa persona.

Esta actividad está vinculada con el objetivo 4 y 7.

Actividad 6º: Charla informativa y resolución de dudas

Esta actividad será realizada después de todas las actividades anteriores y servirá a modo de resumen de todo lo que se ha visto. Para ello, se le mandará a cada participante que haga una descripción de todo lo que se ha ido haciendo pero poniendo lo que pensaba antes de realizar el taller y después. Además deberán especificar cómo se han sentido haciendo los talleres y si creen que les ha servido para mejorar sus conocimientos sobre el tema.

En este taller podrán resolver dudas que hayan quedado pendientes o preguntar sobre algún aspecto que les interese más. Además, será en este momento cuando se pasen los distintos cuestionarios o formularios para evaluar si se han cumplido los objetivos propuestos.

Esta actividad está vinculada con el objetivo 5 y 7.

Actividad 7º: Charla informativa para padres/tutores

Se concretará con el centro educativo un día concreto para realizar esta actividad intentando que puedan asistir el mayor número posible de padres o tutores.

Para la realización de esta actividad se contará con la colaboración de la Asociación ADANER (Asociación en Defensa de la Atención a la Anorexia Nerviosa y Bulimia) que intervendrán en la charla contando su experiencia. Para ello, tendremos el apoyo de padres e incluso de algunas mujeres que hayan sufrido un TCA y que podrán describir en primera persona cómo han vivido la enfermedad.

Se les presentará a los padres información relevante sobre cómo prevenir un TCA y cómo identificar los síntomas a tiempo. Además, se resolverán todas las cuestiones y dudas que puedan tener.

Esta actividad está relacionada con el objetivo 6 y 7.

En las actividades llevadas a cabo se combina una metodología expositiva (información de los talleres, teoría sobre los temas tratados en ellos...) con la metodología participativa (talleres dinámicos de participación entre los usuarios, role-playing...).

6. INSTRUMENTACIÓN Y EVALUACIÓN DEL PROGRAMA

Al principio y al finalizar el programa (véase apartado 4), de acuerdo al calendario acordado con la Dirección de cada Centro Educativo, se realizarán una serie de cuestionarios específicos para evaluar características de cada adolescente:

- **Cuestionario de conocimientos de nutrición:** (Ruiz et al., 1998) test de conocimientos nutricionales con una única respuesta válida de cinco posibles. Puntúa sobre 10 en total (véase anexo 4).
- **Escala Eating Attitudes Test (EAT-26):** (a partir del EAT-40 de Castro et al., 1991) test importante para la detección de posibles casos, adolescentes con TCA. Una puntuación por encima del punto de corte de veinte (20) supone la necesidad de una mayor investigación y el/la adolescente se considerará como población con riesgo, lo cual no quiere decir que tenga o vaya tener el trastorno (véase anexo 5).

- **Escala de Satisfacción Corporal:** (Gismero, 1996) 8 ítems con cuatro posibles respuestas de “muy de acuerdo” a “muy en desacuerdo”. A mayor puntuación, mayor numero de aéreas corporales con las que la persona está satisfecha. Los ítems 6, 7 y 8 puntúan de forma opuesta, por lo que deben recodificarse las respuestas (véase anexo 6).
- **Escala de Autoestima de Rosenberg:** (Atienz et al., 2000) test que consta de 10 ítems con cuatro posibles respuestas de “muy en desacuerdo” a “muy de acuerdo”. Los resultados van desde baja autoestima (entre 0 y 25), autoestima normal (entre 26 y 29) y autoestima elevada (entre 30 y 40) (véase anexo 7).

En la sesión 0 (véase apartado 4) tendrá lugar el pre-test con el que los profesionales podrán valorar los resultados obtenido, teniendo especial atención en posibles casos de TCA que pudiera haber.

Al año de finalizar las 5 sesiones programadas en el centro educativo, se procederá a la realización del post-test. De esta evaluación se espera que los resultados sean positivos, es decir, que se encuentren dentro de los límites establecidos para no pertenecer a la población de riesgo para padecer una TCA. Así mismo, se espera que en relación al pre-test las puntuaciones obtenidas en los diferentes cuestionarios sean menores.

7. RECURSOS

Recursos materiales

Se contará con las instalaciones proporcionadas por los centros educativos, que contengan un mínimo de diez mesas y sillas, un proyector y una pizarra.

El resto de los recursos materiales serán los destinados a los talleres: cuestionarios de evaluación, pirámides de la alimentación, diapositivas para las charlas, folletos para los padres/tutores.

Recursos Humanos

Contaremos con el apoyo de 3 psicólogos y 2 especialistas en nutrición y dietista para la realización de los diferentes talleres (subcontratación de la entidad gestora a través de concurso público).

Recursos tecnológicos

Tablet-PC para cada profesional y, en caso de que el centro no tuviera, un proyector sería necesario disponer de uno.

Coste anual del proyecto

- Gastos materiales tecnología.....	6.000,00 €
- Gastos de personal.....	90.000,00 €
- Gastos de transporte.....	750,00 €
- Gastos de infraestructuras.....	0,00 €
- Total aproximado.....	96.750,00 €

8. GARANTÍA Y COORDINACIÓN CON OTROS RECURSOS

Se contará con el respaldo del Gobierno de Aragón para coordinar todos los colegios e institutos que participen en el Programa. Además la Asociación ADANER también colaborará en distintas actividades del programa. En el anexo 8 se presentan una serie de recursos y direcciones de interés en Aragón.

Por otro lado, el programa estará coordinado con la Unidad de TCA del Hospital Clínico Universitario “Lozano-Blesa”. De esta forma, si nos encontramos con algún caso no diagnosticado de TCA puedan ser derivados inmediatamente.

9. REFERENCIAS

Libros y Artículos:

Arrufat F. J., Toro J. y Palao D. (2006). *Estudio de prevalencia de trastornos de la conducta alimentaria en la población adolescente de la comarca de Osona.* Agència d’Avaluació de Tecnología i Recerca Mèdiques. Barcelona.

Atienza, F.L., Moreno, Y., & Balaguer, I. (2000). Análisis de la dimensionalidad de la Escala de Autoestima de Rosenberg en una muestra de adolescentes valencianos. *Revista de Psicología, XXII,* 29-42.

Burillo Jiménez J. F. y Amorín Calzada M. J. (2002). *Plan estratégico 2002-2010 de atención a la Salud Mental en la Comunidad Autónoma de Aragón*. Gobierno de Aragón. Zaragoza.

Calvo A. I., Cebollada M., Comet M. P., Lobo A., Ruiz-Lázaro P. M., Trébol L. y Zapata M. (2010). Prevalencia de trastornos alimentarios en estudiantes adolescentes tempranos. *Actas Esp Psiquiatr* 38, 204-211.

Carrillo Durán M^a V. (2002). *Publicidad y anorexia: Influencia de la publicidad y otros factores en los trastornos de la conducta alimentaria*. Ediciones de Ciencias Sociales.

Castro J, Toro J, Salamero M, Guimerá E (1991) The “eating attitudes test”: validation of the spanish version. Evaluación psicológica. *Psychological Assessment*; 7, 175-190.

De Gracia M., Marcó M. y Trujano P. (2007). Factores asociados a la conducta alimentaria en preadolescentes. *Psicothema* 19, 646-653.

Farfan Caballero S. (2010). *El lugar de las sonrisas*. Madrid: Cultiva Libros S.L.

Galarsi M. F., Ledezma C., De Bortoli M. A. y Correche M. S. (2009). Rasgos de personalidad y trastornos de la conducta alimentaria en estudiantes universitarias. *Fundamentos en Humanidades: Universidad Nacional de San Luis-Argentina*, 1, 157-166.

Gil García E., Ortiz Gómez T. y Fernández Soto M^a L. (2007). Perfiles sociales, alimentación y predicción de trastornos de la alimentación en adolescentes urbanos andaluces. *Aten Primaria.*; 39, 7-13.

Gismero E. (1996). *Habilidades sociales y anorexia nerviosa*. Madrid: Universidad Pontificia Comillas.

Gobierno de España. (2009). *Estrategia en Salud Mental Sistema Nacional de Salud 2009-2013*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad Centro de Publicaciones.

Gordon R. (1987). *An operational classification of disease prevention: Preventing Mental Disorders*. Rockville, U.S.

Grupo Zarima-Prevención de la Unidad Mixta de Investigación del Hospital Clínico Universitario de Zaragoza y Consejo Nacional de la Juventud de Aragón. (1999). *Prevención de los trastornos de la conducta alimentaria: guía práctica*. Gobierno de Aragón.

López-Ibor Aliño J. J., Valdés Miyar M. (2001). *DSM-IV-TR: manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Masson.

Ministerio de Sanidad y Consumo y Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques de Cataluña (2009) *Guía de Práctica Clínica sobre Trastornos de la Conducta Alimentaria*. Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques de Cataluña: Barcelona.

Negredo López L., Melis Pont F., Herrero Mejías O. (2010). *Factores de riesgo de la conducta suicida en internos con trastorno mental grave*. Ministerio del Interior. Secretaría General Técnica: Madrid.

Organización Mundial de la Salud Ginebra (1996). *CIE-10: Décima revisión de la clasificación internacional de las enfermedades. Trastornos mentales y del comportamiento*. Meditor: Madrid.

Rava M^a F. y J. Silber T. (2004). Bulimia nerviosa (Parte 1). Historia. Definición, epidemiología, cuadro clínico y complicaciones. *Arch.argent.pediatr*, 5, 353-363.

Ruiz, P.J. y Ruiz, P.M. (1998). Una nueva posibilidad de educación para la salud: en el tiempo libre. *Atención Primaria*, 21, 447-448.

Seva Díaz A. (2001). Tratado de Psiquiatría. *Los trastornos de la conducta alimentaria: Bulimia y Anorexia*. 793-812. INO Reproducciones. Madrid.

Toro J., Cervera M. y Pérez P. (1988) Body shape, publicity and anorexia nervosa. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 23, 132-136.

Páginas Web:

ADANER: Asociación en Defensa de la Atención a la Anorexia Nerviosa y Bulimia (2009). *Factores de predisposición a la anorexia y a la bulimia*. Recuperado el 16 de abril de 2013, de <http://adaner.org/anorexia-y-bulimia/preguntas-frecuentes>.

ANAD: Anorexia Nervosa and Associated Disorders (2013). *Deep Brain Stimulation Shows Promise for Patients with Chronic, Treatment Resistant Anorexia Nervosa*. Recuperado el 15 de abril de 2013, de <http://www.anad.org/news/deep-brain-stimulation-shows-promise-for-patients-with-chronic-treatment-resistant-anorexia-nervosa/>

Boletín Oficial del Estado (BOE). *Legislación. Ministerio de la Presidencia-Gobierno de España*. Recuperado el 6 de septiembre de 2013 de, <http://www.boe.es/legislacion/legislacion.php>

Encyclopaedia Britannica. (2013). *Anorexia Nervosa (Pathology)*. Recuperado el 12 de abril de 2013, de <http://global.britannica.com/EBchecked/topic/1544869/Sir-Richard-Morton>

COP (2010). *Código Deontológico*. Recuperado el 3 de septiembre del 2013, de <http://www.cop.es/index.php?page=CodigoDeontologico>

Cruz Roja Española. Promoción y educación para la salud. *Anorexia y bulimia*. Recuperado el 30 de agosto de 2013, de <http://www.cruzroja.es/crj/docs/salud/001.swf>

Matzkin V. (2001). *Los orígenes de la anorexia y la bulimia nerviosa*. Recuperado el 12 de abril de 2013, de <http://www.nutrinfo.com/pagina/info/anorexi2.html>

Ruth Martín Cardizales, Rosa García Andrade, Meritxell Aivar Blanch y Associació d’Infermeria Familiar i Comunitària de Catalunya (AIFICC). (2009) *Guía clínica de atención primaria para los trastornos de conducta alimentaria*. Recuperado el 31 de agosto de 2013, de <http://www.aificc.cat/Guia%20Clinica%20de%20atencion%20primaria%20para%20trastornos%20de%20la%20conducta%20alimentaria.pdf>

ANEXO 1

Definición de anorexia nerviosa según el DSM-IV-TR (López-Ibor Aliño J. J., Valdés Miyar M., 2001):

- A. Rechazo a mantener el peso corporal igual o por encima del valor mínimo normal considerando la edad y la talla (p. ej., pérdida de peso que da lugar a un peso inferior al 85 % del esperable, o fracaso en conseguir el aumento de peso normal durante el período de crecimiento, dando como resultado un peso corporal inferior al 85 % del peso esperable).
- B. Miedo intenso a ganar peso o a convertirse en obeso, incluso estando por debajo del peso normal.
- C. Alteración de la percepción del peso o la silueta corporales, exageración de su importancia en la autoevaluación o negación del peligro que comporta el bajo peso corporal.
- D. En las mujeres pospuberales, presencia de amenorrea; por ejemplo, ausencia de al menos tres ciclos menstruales consecutivos. (Se considera que una mujer presenta amenorrea cuando sus menstruaciones aparecen únicamente con tratamientos hormonales, p. ej., con la administración de estrógenos.).

Especificar el tipo:

- Tipo restrictivo: durante el episodio de anorexia nerviosa, el individuo no recurre regularmente a atracones o a purgas (p. ej., provocación del vómito o uso excesivo de laxantes, diuréticos o enemas).
- Tipo compulsivo/purgativo: durante el episodio de anorexia nerviosa, el individuo recurre regularmente a atracones o purgas (p. ej., provocación del vómito o uso excesivo de laxantes, diuréticos o enemas).

La anorexia nerviosa es un trastorno caracterizado por la presencia de una pérdida deliberada de peso, inducida o mantenida por el mismo enfermo. El trastorno aparece en muchachas adolescentes y mujeres jóvenes. Los síntomas incluyen dietas restrictivas, ejercicio excesivo, vómitos inducidos, abuso de laxantes, consumo de reductores de apetito y diuréticos (CIE-10, 1996).

Definición de bulimia nerviosa según el DSM-IV-TR (López-Ibor Aliño J. J., Valdés Miyar M., 2001):

A. Presencia de atracones recurrentes. Un atracón se caracteriza por:

- 1) Ingesta de alimentos en un corto espacio de tiempo (por ejemplo: en un período de dos horas) en cantidad superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en un período de tiempo similar y en las mismas circunstancias.
- 2) Sensación de pérdida de control sobre la ingesta del alimento (por ejemplo: sensación de no poder parar de comer o no poder controlar el tipo o la cantidad de comida que se está ingiriendo).

B. Conductas compensatorias inapropiadas, de manera repetida, con el fin de no ganar peso, como son provocación del vómito; uso excesivo de laxantes, diuréticos, enemas u otros fármacos; ayuno y ejercicio excesivo.

C. Los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas tienen lugar, como promedio, al menos dos veces a la semana durante un período de tres meses.

D. La autoevaluación está exageradamente influida por el peso y la silueta corporal.

E. La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de la anorexia nerviosa.

Especificar tipo:

- Tipo purgativo: durante el episodio de bulimia nerviosa, el individuo se provoca regularmente el vómito o usa laxantes, diuréticos o enemas en exceso.
- Tipo no purgativo: durante el episodio de bulimia nerviosa, el individuo emplea otras conductas compensatorias inapropiadas, como el ayuno o el ejercicio intenso, pero no recurre regularmente a provocarse el vómito ni usa laxantes, diuréticos o enemas en exceso.

Síndrome caracterizado por episodios repetidos de ingesta excesiva y una gran preocupación por el control de peso, que conduce a comer demasiado y, a continuación, vomitar o tomar purgantes (CIE-10, 1996).

A parte de la anorexia y la bulimia nerviosa, dentro de los trastornos de la conducta alimentaria podemos incluir el Trastorno de la Conducta Alimentaria no Especificado.

Esta categoría se refiere a los trastornos que no cumplen los criterios de los descritos anteriormente. Esto se daría, por ejemplo, cuando se cumplen todos los criterios de diagnóstico menos uno (*López-Ibor Aliño J. J., Valdés Miyar M., 2001*).

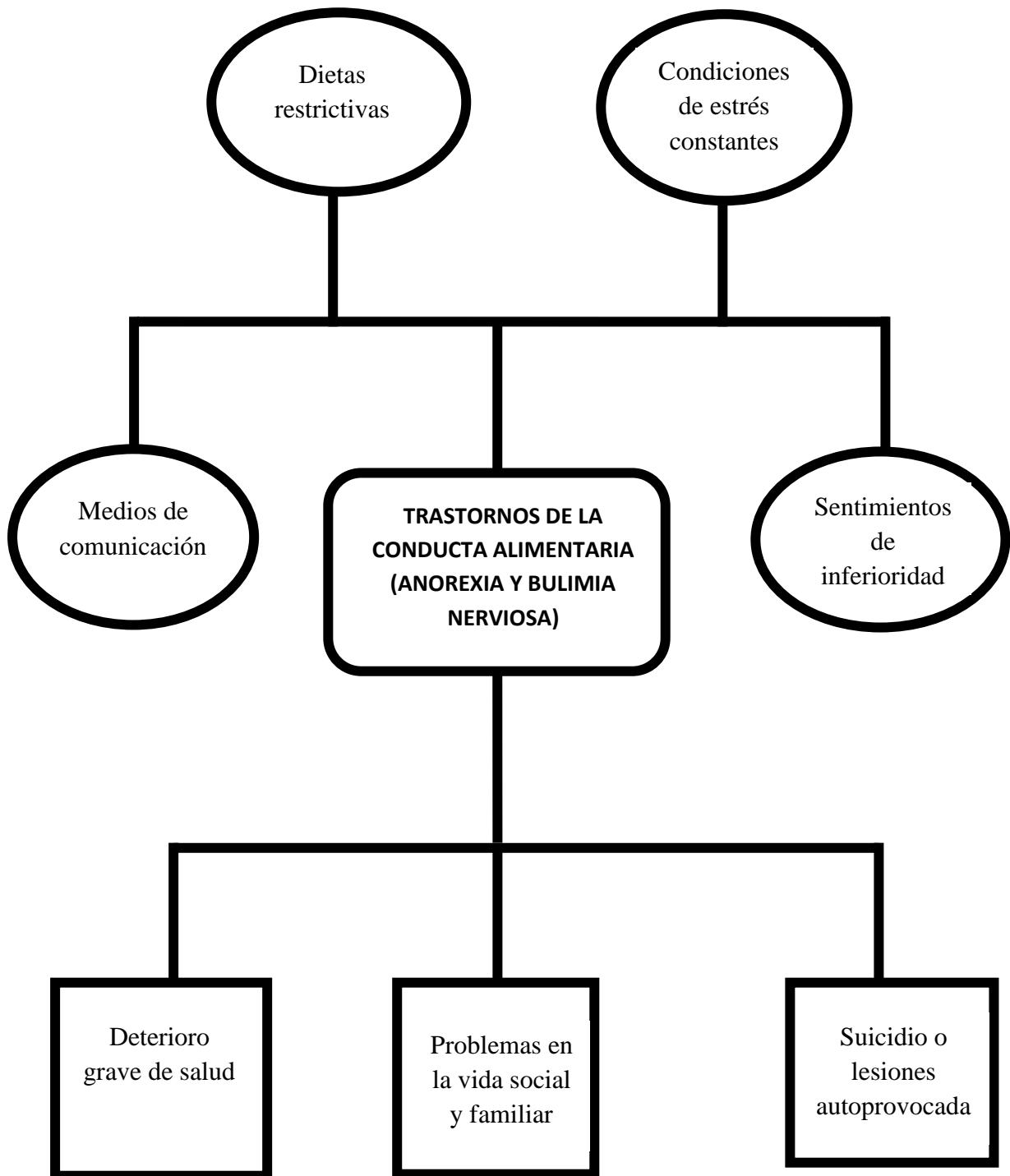
ANEXO 2

Educación hábitos alimentarios (Ruth Martín Cardizales, Rosa García Andrade y Meritxell Aivar Blanch, 2009):

- Alimentación saludable, suficiente y equilibrada. Realizar 5-6 comidas/día.
- Información veraz
- Refuerzo autoestima e imagen corporal: introducción de elementos críticos del modelo estético corporal.
- Refuerzo relación familiar. Disminuir la discordia familiar.
- En la consulta, institutos, escuelas de primaria, profesionales en contacto con los grupos de riesgo: profesores, educadores deportivos, profesionales de la salud, etc.
- Educación aspectos positivos del ejercicio físico.
- Desmitificar conductas alimentarias erróneas: “dietas milagro”, dietas cetogénicas, mitos alimentarios...
- Intervención interdisciplinaria: ámbito escolar (profesores, pedagogos, psicólogos, educadores deportivos, enfermeras del programa “Salud y escuela”), ámbito familiar (padres, hermanos...) y ámbito sanitario.
- Hábitos tóxicos y conductos de riesgo: drogas, alcohol, tabaco, sexo...
- Promover reducción de daños.
- Detección de grupos de riesgo: adolescentes sobre todo del sexo femenino, chicos y chicas con problemas de peso desde la infancia, gimnastas de alta competición, bailarinas, modelos...

ANEXO 3

Árbol problema:



ANEXO 4

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 misma. NO HAY RESPUESTAS ACERTADAS O EQUIVOCADAS. INTENTA SER MUY SINCERO/A EN LAS RESPUESTAS. LO QUE AQUÍ 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.
 Despues de las comidas.
 Durante las comidas.
 Poco porque engorda.
 A cualquier hora.
10. El pan ha de tomarse...
 Poco porque engorda.
 Todos los días.
 Blanco.
 De molde.
 Ninguna de las anteriores.

ANEXO 5

EAT-26

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

ANEXO 6

Escala de Satisfacción Corporal

	MUY DE ACUERDO	DE ACUERDO	EN DESACUERDO	MUY EN DESACUERDO
1. Siento que mi cuerpo a veces me limita	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Me gustaría poder cambiar algunas partes de mi cuerpo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Creo que soy bastante feo/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Me siento más seguro vestido 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"/>

ANEXO 7

Escala de Autoestima de Rosenberg

Por favor, lee las frases que figuran a continuación y señala el nivel de acuerdo o desacuerdo que tienes con cada una de ellas, marcando con un aspa la alternativa elegida.

		Muy en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo
1	Me siento una persona tan valiosa como las otras	1	2	3	4
2	Generalmente me inclino a pensar que soy un fracaso	1	2	3	4
3	Creo que tengo algunas cualidades buenas	1	2	3	4
4	Soy capaz de hacer las cosas tan bien como los demás	1	2	3	4
5	Creo que no tengo mucho de lo que estar orgulloso	1	2	3	4
6	Tengo una actitud positiva hacia mí mismo	1	2	3	4
7	En general me siento satisfecho conmigo mismo	1	2	3	4
8	Me gustaría tener más respeto por mí mismo	1	2	3	4
9	Realmente me siento inútil en algunas ocasiones	1	2	3	4
10	A veces pienso que no sirvo para nada	1	2	3	4

ANEXO 8

Recursos y direcciones de interés en Aragón:

ASOCIACIONES:

- ARBADA. Tel. 976 38 95 75

CENTROS MÉDICOS PÚBLICOS

- Centro de Salud Seminario Tel.976 752 250
- Hospital Clínico Universitario Tel.976 556 400
- Hospital Miguel Servet Tel.976 765 573
- Hospital Royo Villanova Tel.976 466 910

DIRECCIONES DE INTERNET

- www.cruzroja.es
- IPAS Programa de Bulimia y Anorexia. www.ipas.com
- Noah. www.noah-health.org
- Sede de la Sociedad Española de Dietética y Ciencias de la Alimentación. www.nutricion.org
- Asociación para el Estudio de los Trastornos del Comportamiento Alimentario. www.dietanet.com
- www.buscasalud.com
- Centro A.B.B. www.personal6.iddeo.es
- National Association of Anorexia Nervosa and Associated Disorders (ANAD). www.anad.org
- American Academy of Family Physicians. www.aafp.org
- Centro Alba. www.centroalba.es
- ITA
- ALABENTE. www.alabente.com