



**Universidad de Zaragoza**

Facultad de Ciencias Sociales y Humanas

Grado en Psicología

Teruel, 2016

**TRABAJO FIN DE GRADO**

**Propuesta de Prevención e Intervención de anorexia con niños y adolescentes en colegios de  
Teruel**

Alumna

**Beatriz García Giménez**

Directora

**Elena Espeitx Bernat**



**Universidad  
Zaragoza**



**Facultad de  
Ciencias Sociales  
y Humanas - Teruel  
Universidad Zaragoza**

## Índice

<b>Introducción .....</b>	<b>3</b>
<b>Justificación teórica .....</b>	<b>4</b>
<b>Objetivos .....</b>	<b>10</b>
<b>Beneficiarios y localización .....</b>	<b>10</b>
<b>Metodología .....</b>	<b>11</b>
<i>Participantes .....</i>	<i>11</i>
<i>Instrumentos .....</i>	<i>12</i>
<i>Procedimiento .....</i>	<i>12</i>
<i>Sesiones .....</i>	<i>13</i>
<b>Recursos .....</b>	<b>18</b>
<b>Evaluación .....</b>	<b>18</b>
<b>Resultados .....</b>	<b>19</b>
<b>Conclusiones .....</b>	<b>20</b>
<b>Referencias .....</b>	<b>21</b>
<b>Anexos .....</b>	<b>23</b>
<i>Anexo I. Consentimiento informado padres .....</i>	<i>23</i>
<i>Anexo II. Descripción de los instrumentos .....</i>	<i>24</i>
<i>Anexo III. Dinámica: "Nos ponemos en el lugar del otro" .....</i>	<i>26</i>
<i>Anexo IV. Dinámica: Mi autoconcepto .....</i>	<i>27</i>
<i>Anexo V. Dinámica: "El buzón" .....</i>	<i>29</i>
<i>Anexo VI. Dinámica: "Anuncio publicitario de uno mismo" .....</i>	<i>30</i>
<i>Anexo VII. Taller: Agentes de prevención .....</i>	<i>31</i>
<i>Anexo VIII. Dinámica: Múltiples influencias .....</i>	<i>32</i>
<i>Anexo IX. Taller: Dietas restrictivas .....</i>	<i>33</i>
<i>Anexo X. Dinámica: " ¿Qué entendemos por salud y adolescencia" .....</i>	<i>34</i>
<i>Anexo XI. Dinámica: "Las etiquetas en el entorno familiar" .....</i>	<i>36</i>
<i>Anexo XII. Dinámica: " Presión por estar delgado" .....</i>	<i>37</i>
<i>Anexo XIII. Dinámica: "Mis experiencias estresantes" .....</i>	<i>38</i>
<i>Anexo XIV. Dinámica: ¿ Cómo se toman las decisiones? .....</i>	<i>39</i>
<i>Anexo XV. Dinámicas: "Dietas milagro" "Antes y después" .....</i>	<i>40</i>
<i>Anexo XVI. Dinámica: Juguetes .....</i>	<i>41</i>
<i>Anexo XVII. Dinámica: La trampa del Photoshop .....</i>	<i>42</i>
<i>Anexo XVIII. Dinámica: Análisis de un anuncio .....</i>	<i>43</i>
<i>Anexo XIX. Dinámica: "Las Cinco preguntas clave" .....</i>	<i>44</i>
<i>Anexo XX. Debate y reflexión .....</i>	<i>45</i>
<i>Anexo XXI. Dinámica: "Carta de denuncia a los medios" .....</i>	<i>46</i>
<i>Anexo XXII. Dinámica: "Espots" .....</i>	<i>47</i>
<i>Anexo XXIII. Dinámica: "Aprendiendo a ser tolerante" .....</i>	<i>48</i>
<i>Anexo XXIV. Dinámica: "Siempre hay una forma de decir bien las cosas" .....</i>	<i>50</i>
<i>Anexo XXV. Dinámica: "¿Estás escuchando?" .....</i>	<i>52</i>
<i>Anexo XXVI. Dinámica: "Decir "no" con claridad y buenas formas" .....</i>	<i>54</i>
<i>Anexo XXVII. Cuestionario de satisfacción .....</i>	<i>55</i>

## Resumen

La anorexia es un grave trastorno psiquiátrico, que conlleva graves consecuencias, elevado coste de su tratamiento y que está produciendo un aumento de diagnósticos en todo el mundo occidental. Debido a ello, la prevención de la anorexia esta adquiriendo una notable importancia, intentando abordar los sistemas sociales como son la familia o la escuela. Existe una gran variedad de investigaciones respecto a la prevención de la anorexia, pero todas coinciden en que existe una serie de factores de riesgo/protección que motivan o no al desarrollo de este trastorno. En esta propuesta de intervención/prevención se pretende conseguir la prevención de la anorexia en la educación primaria y secundaria, eliminando o reduciendo la incidencia de los factores de riesgo, y fomentando el desarrollo de los factores protectores para el mantenimiento de la salud y bienestar de niños y adolescentes.

**Palabras Clave:** anorexia; trastorno conducta alimentaria; prevalencia; niños; adolescentes; factores de riesgo; prevención.

## Introducción

A la hora de definir esta propuesta de intervención/prevención se parte de la idea de prevención de anorexia, que hace referencia a toda actividad que tiene como propósito reducir la incidencia, prevalencia y recurrencia de este trastorno de alimentación (Amaya, Mancilla, Vázquez, y Franco, 2010). La adolescencia es considerada una etapa difícil del desarrollo en la que suelen aparecer inseguridades e insatisfacción y en la que se construye la imagen del cuerpo que muchas veces está asociada a comentarios de compañeros, familia e influencia de los medios de comunicación (Hogan y Strasburger, 2008).

La relevancia de este trastorno de alimentación y su creciente incidencia motiva a la realización de esta propuesta de intervención/prevención, cuyo objetivo principal sería la prevención de la anorexia en la educación primaria y secundaria mediante la eliminación o reducción de los factores de riesgo, y/o el desarrollo de los factores protectores para el mantenimiento de la salud y bienestar de niños y adolescentes. Conjuntamente, con esta propuesta también se beneficiarían otros colectivos, como los familiares de los participantes, el colegio, y, en última instancia, la sociedad en general, puesto que se reduciría el coste de su tratamiento y se produciría una mejora en la calidad de vida.

En esta propuesta se contaría con un grupo de 200 menores, pertenecientes a dos colegios diferentes, La Salle y Las Viñas, con edades comprendidas entre los 10 a los 14 años. Los participantes se dividirían en dos grupos, grupo de intervención y grupo control y se les suministraría una serie de cuestionarios antes de la puesta en marcha de la intervención.

Posteriormente se llevaría a cabo la intervención, con sesiones dirigidas tanto a niños, a adolescentes, como a padres. Por último, una vez finalizada la intervención, ambos grupos cumplimentarían de nuevo los cuestionarios para evaluar la eficacia de la propuesta, por lo que se trata de una evaluación test-retest.

Al finalizar esta propuesta, se esperaría conseguir el objetivo previsto, a través de la reducción de la influencia social y la interiorización del ideal de delgadez, la persuasión de la no realización de dietas restrictivas, la mejora de la satisfacción corporal, así como el desarrollo de habilidades sociales, toma de decisiones y afrontamiento de estrés. Igualmente, se pretendería ayudar a los padres aumentando su conocimiento sobre anorexia y promoviendo la adaptación saludable de sus hijos. Con todo ello, se les protegería tanto a niños como a adolescentes de actitudes y comportamientos de riesgo asociados a la anorexia, y por tanto, se demostraría una reducción en la incidencia de este trastorno.

### **Justificación teórica**

#### *Conceptualización: anorexia*

Según López y Treasure (2011), la anorexia es considerada una restricción del consumo energético relativo a los requerimientos que conlleva a un peso corporal marcadamente bajo, así como una alteración de la percepción del peso o la silueta corporales, exageración de su importancia en la autoevaluación o persistente negación del peligro que comporta el bajo peso corporal actual.

Se trata de un trastorno alimentario que se conoce desde la época antigua, el primero en hacer referencia sobre él fue Morton en 1689 (Zagalaz, Romero y Contreras, 2005). Sin embargo, hasta hace pocos años no se prestaba demasiada atención a este trastorno (Agris, 2001; GPC, 2009; Cororve Fingeret, Warren, Cepeda-Benito y Gleaves, 2006). Ahora, en cambio, existe una elevada preocupación por él, ya que se ha producido un aumento en la prevalencia de diagnósticos en todo el mundo occidental (GPC, 2009).

#### *Incidencia y prevalencia anorexia*

En relación al aumento en el número de diagnósticos, los estudios realizados en España obtienen una prevalencia de anorexia del 0,14% al 0,9% (GPC, 2009). La evidencia confirma que este problema afecta de manera desigual a distintos grupos de la población (Sánchez-Carracedo y López-Guimerà, 2010).

La anorexia incide en mayor medida en la adolescencia y al sexo femenino (Sánchez-Carracedo y López-Guimerà, 2010; Chase, 2001). Suele aparecer en la adolescencia ya que se

trata de una época de cambios, búsqueda de la propia identidad y deseo de la aceptación social por parte de los iguales (Del Bosque Chávez, 2004; Sánchez-Carracedo y López-Guimerà, 2010). La edad en la que se encuentra mayor incidencia de este trastorno es al final de la adolescencia, entre los 16-20 años (Chase, 2001; GPC, 2009; Stice y Shaw, 2004). No obstante, se están detectando casos de trastornos de alimentación tanto clínicos como subclínicos en edades cada vez más tempranas (GPC, 2009; Sánchez-Carracedo y López-Guimerà, 2014; Kroon Van Diest y Pérez, 2012). En relación al sexo, está produciéndose un aumento en de diagnósticos en el género masculino, un chico por cada diez chicas sufre este trastorno (Cervera, 2005).

#### *Consecuencias de este trastorno alimentario*

La anorexia se considera un grave problema psiquiátrico, caracterizado por gravedad, cronicidad, recaídas (Agras, 2001; GPC, 2009; Stice y Shaw, 2004) y suele presentar psicopatología comórbida con trastornos del DSM-IV y alteración funcional (Kroon Van Diest y Pérez, 2012; Torres, Ruíz y García, 2013; Cororve Fingeret et al., 2006). Todo ello, produce graves consecuencias tanto a nivel físico como psicológico, llegándose a producir en algunos casos incluso la muerte (Kroon, Van y Pérez, 2012; Del bosque, 2004). La anorexia presenta el mayor índice de mortalidad de los trastornos de conducta alimentaria (TCA), tanto por causas fisiológicas como muertes por suicidio (Agras, 2001; Stice y Shaw, 2004; Del Bosque, 2004; Torres et al., 2013; Piran, 2005; Cororve Fingeret et al., 2006). No obstante, a pesar de la gravedad de este trastorno, la reducción de los síntomas sólo se logra entre el 40% y el 60% de los pacientes (Stice y Shaw, 2004).

#### *Relevancia de la prevención de anorexia*

Debido a sus graves consecuencias y costes de tratamiento, es necesario abordar esta problemática, previniendo y proporcionando apoyo psicológico para reducir su elevada incidencia (Del Bosque Chávez, 2004; Sánchez-Carracedo y López-Guimerà, 2010). Por ello, se consideran particularmente necesarios los programas de prevención de los trastornos alimentarios y de la imagen, en el contexto de la educación para la salud (O'Dea, 2000; Sánchez-Carracedo y López-Guimerà, 2014; Cororve Fingeret et al., 2006).

Tiempo atrás, ciertos programas de prevención de anorexia se administraban de forma individual sin tener en cuenta la importancia de los sistemas sociales en los que se desarrolla este trastorno. No obstante, para que un programa de prevención de anorexia sea eficaz debe abordar las necesidades de los sistemas sociales de cada persona, como pueden ser la familia o la escuela (Becker, Ciao y Smith, 2008; Kroon Van Diest y Pérez, 2012). Por ello, la

mayoría de los programas de prevención se han implementado en el contexto escolar, ya que es un entorno idóneo para intervenir sobre los factores de riesgo (Sánchez-Carracedo y López-Guimerà, 2010; Soldano Mérida, 2006) y porque permite acceder a todos los adolescentes y niños escolarizados (Sánchez-Carracedo y López-Guimerà, 2010).

*Factores determinantes de la anorexia: factores de riesgo*

Una prevención efectiva es aquella en la que se conocen sus principales factores de riesgo y causas para poder llevar a cabo actuaciones encaminadas a prevenir este problema (Sánchez-Carracedo y López-Guimerà, 2014; Stice y Shaw, 2004).

Aunque las causas fundamentales de la anorexia no se conocen con exactitud, sí que hay evidencia de que presenta una etiología múltiple en la que intervienen diferentes factores predisponentes a nivel genético y biológico, psicológico, sociocultural (familia e influencias sociales) y vulnerabilidad (GPC, 2009; Cervera, 2005; Alonso, Nachón y Hernández; Sánchez-Carracedo y López-Guimerà, 2014; Del Bosque Chávez, 2004; Zagalaz et al., 2005; Correa et al., 2015) así como la edad y sexo (Del Bosque Chávez, 2004).

Según Sánchez-Carracedo y López-Guimerà, 2010: "Los factores de riesgo con mayor apoyo empírico sobre el desarrollo de la anorexia son la presión sociocultural para estar delgada, la interiorización del ideal de delgadez, las preocupaciones por el peso y la figura corporal, el seguimiento de dietas restrictivas, la insatisfacción corporal, el sobrepeso, padecer burlas sobre el peso o el aspecto físico por parte de los pares, el perfeccionismo, la baja autoestima y el afecto negativo".

En lo que respecta al factor genético es ampliamente estudiado, ya que existe mayor predisposición a desarrollar este trastorno si algún familiar cercano de la persona presenta dicho trastorno o alguna alteración neurobiológica (Sánchez-Carracedo y López-Guimerà, 2014; Cervera, 2005).

En relación al factor sociocultural, la anorexia esta ineludiblemente asociada al contexto social, en el cual los niños aprenden, imitan y las conductas son reforzadas mediante la observación de sus modelos familiares (Cervera, 2005; Alonso, Nachón y Hernández; Sánchez-Carracedo y López-Guimerà, 2014) de los medios de comunicación y de los iguales (Sánchez-Carracedo y López-Guimerà, 2010). Existe evidencia del modelo sociocultural que explica como las influencias culturales mediante el modelado de conductas y actitudes relacionadas con la apariencia y alimentación y en especial las que se refieren al ideal de belleza potencian en niños y adolescentes, la interiorización del ideal delgado, la comparación social y la activación del esquema de delgadez, dando lugar a la insatisfacción

corporal, las preocupaciones por el peso y finalmente, pueden conducir al desarrollo de la anorexia (Sánchez-Carracedo y López-Guimerà, 2010). Muchos jóvenes que presentan un elevado grado de insatisfacción corporal mantienen una lucha permanente por lograr una apariencia inalcanzable, la cual, si no se logra, genera frustración que conduciría a la realización de dietas, comportamientos extremos y no saludables para controlar el peso, quedando en segundo plano otros aspectos importantes de su persona (Sánchez-Carracedo y López-Guimerà, 2010; Del Bosque Chávez, 2004). Además, a través de los medios de comunicación se transmiten valores, actitudes y comportamientos que se socializan y construyen la realidad de los que los utilizan, en rivalidad de la educación de la familia y la escuela (Sánchez-Carracedo y López-Guimerà, 2010). Los niños y adolescentes son muy vulnerables a la influencia de los medios de comunicación, los cuales deforman la realidad mediante retoques y manipulación de imágenes (Sánchez-Carracedo y López-Guimerà, 2010; Hogan y Strasburger, 2008; Yager, 2007; Yager y O'Dea, 2008).

Igualmente, los modelos familiares también son un factor que media y puede influir en el desarrollo de anorexia, padres sobreprotectores, rígidos y exigentes, conflictivos, y poco cohesionados, familias desestructuradas, dieta y/o conducta alimentaria atípica en la familia o hábitos alimentarios poco regulares durante la infancia (GPC, 2009).

En cuanto a los factores psicológicos, según el nivel de interiorización del ideal de belleza las personas pueden desarrollar insatisfacción corporal y como consecuencia de ello, su autoestima también es baja (Cervera, 2005; Sánchez-Carracedo y López-Guimerà, 2010). Por este motivo, las personas que padecen anorexia suelen ser personas inseguras e introvertidas, dependientes y que necesitan aprobación de los demás (Cervera, 2005). También suelen caracterizarse por patrones de personalidad obsesivos y perfeccionistas (Del Bosque Chávez, 2004) que las llevan a realizar rituales relacionados con el ejercicio o las dietas para intentar alcanzar el "cuerpo ideal" a cualquier precio (Del Bosque Chávez, 2004; Alonso, Nachón y Hernández).

#### *Programas previos sobre prevención de anorexia*

Diversas investigaciones destacan la necesidad de que los programas de prevención de la anorexia cumplan una serie de requisitos.

Se considera que los programas de intervención más efectivos son aquellos que adoptan un modelo interactivo, que promueve la enseñanza de habilidades y cambio de actitudes y comportamientos, en contraposición de intervenciones psicoeducativas, las cuales tan solo proporcionan información sobre el trastorno (Sánchez-Carracedo y López-Guimerà, 2010;

Kroon Van Diest y Perez, 2012; Correa et al., 2015; Cororve Fingeret et al., 2006; Sánchez-Carracedo y López-Guimerà, 2014). Existe evidencia de que no se debe proporcionar información directa acerca de los trastornos de la alimentación cuando se trata de prevenir sobre TCA, ya que algunas veces se puede inducir a desarrollar conductas de riesgo (Yager, 2007; Cororve Fingeret et al., 2006; Kroon Van Diest y Perez, 2012; Sánchez-Carracedo y López-Guimerà, 2010).

Al mismo tiempo, es preferible que los programas sean encubiertos, es decir, que los participantes desconozcan los objetivos del programa para reducir actitudes defensivas respecto a éste (Stice y Shaw, 2004; Sánchez-Carracedo y López-Guimerà, 2010), que sean evaluados con medidas válidas (GPC, 2009; Sánchez-Carracedo y López-Guimerà, 2014) e implementados por profesionales, en vez de por profesores (Sánchez-Carracedo y López-Guimerà, 2014; Correa et al., 2015; Cororve Fingeret et al., 2006). Esto se debe a que los profesores gozan de otras responsabilidades que pueden interferir en el desarrollo eficaz del programa (Sánchez-Carracedo y López-Guimerà, 2014; Kroon Van Diest y Perez, 2012; Correa et al., 2015).

En cuanto a la duración de los programas, no existe un consenso claro (Sánchez-Carracedo y López-Guimerà, 2010), no obstante, se ha observado que las intervenciones de múltiples sesiones pueden producir efectos más positivos que las de una única sesión (Cororve Fingeret et al., 2006; Correa et al., 2015). Las intervenciones no suelen ser demasiado largas (de 3 a 6 sesiones) y de bajo coste económico, para así poder abarcar al mayor número de niños y adolescentes (Sánchez-Carracedo y López-Guimerà, 2010).

Las sesiones duran entre 45 a 120 minutos y son impartidas semanalmente. Es conveniente también un seguimiento de al menos, un año, aunque es preferible de 2 a 5 años. (Piran, 2005). No obstante, con seguimientos largos entran en juego numerosas influencias no controladas que pueden afectar a los resultados observados (Sánchez-Carracedo y López-Guimerà, 2010). Además, es oportuno dejar un margen de tiempo para que los participantes puedan reflexionar sobre el material proporcionado y poner en práctica las habilidades adquiridas (Correa et al., 2015; Kroon Van Diest y Pérez, 2012).

En relación a la población a la que se dirige, los programas de prevención selectivos (población de mayor riesgo) producen efectos más positivos que los universales (Cororve Fingeret et al., 2006; Correa et al., 2015; Sánchez-Carracedo y López-Guimerà, 2014; Kroon Van Diest y Pérez, 2012). Sin embargo, es beneficiosa la prevención escolar, que beneficiaría a todos los participantes, no dirigida exclusivamente a los que presentan un mayor riesgo (Sánchez-Carracedo y López-Guimerà, 2014).



El sexo y la edad de los participantes también es un factor a tener en cuenta. La mayoría de los programas de prevención se realizan en edades comprendidas entre los 12 y los 14 años (Kroon Van Diest y Pérez, 2012), aunque los resultados más positivos se atribuyen a programas implementados a jóvenes de 15 años (Kroon Van Diest y Pérez, 2012; Stice y Shaw, 2004; Correa et al., 2015). Sin embargo, como se ha comentado anteriormente, se está produciendo un aumento de insatisfacción corporal en la preadolescencia (8-11 años), que es considerada un factor de riesgo para el desarrollo de la anorexia (Gracia, Marcó y Trujano, 2007; Correa et al., 2015). Aun así, no se dispone de mucha información sobre programas implementados en estas edades, ya que en edades infantiles los niños no comprenden ciertos programas porque no han desarrollado todavía su razonamiento abstracto (Kroon Van Diest y Pérez, 2012; Stice y Shaw, 2004) o no tienen suficiente malestar subjetivo como para estar motivados a participar en un programa de prevención de anorexia (Stice y Shaw, 2004). Por todo ello, debido a la falta de un acuerdo claro sobre la edad "diana" a la que dirigirse, es recomendable diseñar programas de prevención de anorexia en colegios a diferentes edades (Sánchez-Carracedo y López-Guimerà, 2014). En lo que respecta al sexo, como se ha explicado anteriormente, los hombres no son inmunes a este trastorno. (McCabe, Ricciardelli y Karantzas, 2010; Piran, 2005; Sánchez-Carracedo y López-Guimerà, 2010) por ello, es importante su inclusión en los programas de prevención (Sánchez-Carracedo y López-Guimerà, 2010; Kroon Van Diest y Pérez, 2012).

En cuanto al contenido de los programas, son mejores los programas que se basan en diferentes modelos (modelo cognitivo-conductual, modelo de alfabetización en medios, modelo de disonancia cognitiva...) (Piran, 2005; Sánchez-Carracedo y López-Guimerà, 2010) y multisistémicos, es decir, que incluyen componentes dirigidos al niño, a familia, la escuela o los pares (Sánchez-Carracedo y López-Guimerà, 2010).

Son muy efectivos los programas de prevención administrados en escuelas que reducen los factores de riesgo y promocionan factores protectores (ser asertivo, buena actuación en múltiples roles, aceptación social de amplio rango de tallas, tener relaciones familiares o con amigos que no le den importancia al peso) mediante técnicas cognitivo-conductuales (Sánchez-Carracedo y López-Guimerà, 2010). El objetivo de estas técnicas suele ser mejorar la autoestima y las habilidades sociales, proporcionar técnicas para manejar el estrés y resolución de problemas, la aceptación corporal, modificar las actitudes alimentarias y comportamientos no saludables para controlar el peso, promover un razonamiento crítico ante los mensajes sociales (Piran, 2005; Cororve Fingeret et al., 2006; Stice y Shaw, 2004) y la inducción de disonancia cognitiva respecto a la interiorización del ideal de delgadez (Cororve

Fingeret et al., 2006; Mitchell, Mazzeo, Rausch y Cooke, 2007; Kroon Van Diest y Pérez; 2012; Yager y O'Dea, 2008).

### **Objetivos**

El objetivo principal de esta propuesta de intervención/prevención consistiría en la prevención de la anorexia en la educación primaria y secundaria, eliminando o reduciendo la incidencia de los factores de riesgo, y fomentando el desarrollo de los factores protectores para el mantenimiento de la salud y bienestar de niños y adolescentes.

Acorde con el objetivo principal se establecerían los siguientes objetivos específicos:

- Informar sobre los peligros de ciertas dietas y hábitos alimentarios, centrando el foco de interés en la salud personal.
- Reforzar y trabajar la autoestima, el autoconcepto y la seguridad personal.
- Entrenar en habilidades sociales para la adaptación óptima en la vida.
- Proporcionar habilidades para el afrontamiento del estrés y resolución de problemas.
- Analizar y trabajar la influencia de los medios de comunicación y la publicidad y los estereotipos de belleza.
- Facilitar el desarrollo de un pensamiento crítico frente al modelo estético corporal impuesto socialmente y la interiorización del ideal de delgadez.
- Aprender a rechazar los mensajes inapropiados y no saludables que aparecen en los medios de comunicación.
- Aumentar el conocimiento de los padres acerca de la anorexia y los comportamientos alterados asociados a ella.
- Promover la adaptación saludable de los menores en el entorno familiar.

### **Beneficiarios y localización**

La presente propuesta de intervención/prevención constaría de beneficiarios tanto directos como indirectos.

En primer lugar, en cuanto a los beneficiarios directos, esta propuesta de intervención/prevención iría dirigida a 200 niños y adolescentes que estarían escolarizados en los colegios de La Salle y Las Viñas, con edades comprendidas entre los 10 y los 14 años, de ambos sexos. Además se realizaría una escuela dirigida a padres, por lo que también serían beneficiarios directos de esta propuesta.

Como beneficiarios indirectos de la propuesta, se produciría un beneficio en el entorno de los pacientes, ya sea familiar, escolar, como en el grupo de iguales. Igualmente, causaría un

avance a un nivel social, mejorando la calidad de vida de la sociedad y reduciendo los costes de su tratamiento, que son muy elevados (GPC, 2009). Finalmente, si esta intervención resultara ser eficaz, podría extrapolarse a otros centros debido al aumento en la prevalencia de este trastorno en todo el mundo occidental (Zagalaz, Romero y Contreras, 2005).

En relación a la localización, esta propuesta de intervención/prevención se llevaría a cabo en la ciudad de Teruel, situada en el sur de Aragón, en la zona centro-oriental de España. Se implementaría en dos colegios diferentes, La Salle y Las Viñas. Ambos, son centros de titularidad privada e iniciativa social que imparten, debidamente autorizados, las enseñanzas de régimen general de Educación Infantil, Educación Primaria y Educación Secundaria obligatoria.

## **Metodología**

### *Participantes*

En esta propuesta de intervención/prevención participarían 200 niños y adolescentes pertenecientes a dos colegios diferentes, La Salle y Las Viñas. El motivo por el que se elegirían dos colegios diferentes sería para evitar el efecto de contaminación, es decir, para reducir la probabilidad de que la información se dirigiese tanto al grupo de intervención como al grupo control (Sánchez-Carracedo y López-Guimerá, 2010). Los participantes serían de ambos sexos, independientemente de su cultura, nacionalidad, condición social y sexual y con edades comprendidas entre los 10 y los 14 años. Por lo tanto, se trataría de alumnos de quinto y sexto de primaria y primero y segundo de ESO. Consecuentemente, se trataría de una intervención universal-selectiva, la cual incluiría a grupos que no serían considerados de mayor riesgo (chicos y niños) y participantes que por sus características son considerados de alto riesgo (chicas y adolescentes), pero que no presentarían síntomas de anorexia (Sánchez-Carracedo y López-Guimerá, 2010). Además, también podrían participar padres de niños y adolescentes que desearan formar parte de una escuela dirigida a padres.

Los niños y adolescentes se dividirían en 2 grupos:

- Grupo de intervención: estaría formado por 100 niños y adolescentes de ambos sexos (25 alumnos en cada curso), con edades comprendidas entre los 10 y los 14 años, que pertenecerían al colegio de La Salle. Se les aplicaría la propuesta de intervención/prevención que se describe más adelante.
- Grupo control: estaría compuesto por 100 participantes de ambos sexos (25 alumnos en cada curso), con edades comprendidas entre los 10 y los 14 años, que pertenecerían al colegio de Las Viñas. Se trata de un centro escolar con características similares a

las del colegio de La Salle. Estos participantes únicamente cumplimentarían los cuestionarios para la evaluación de la propuesta en dos momentos temporales diferentes, descartando de esta forma, posibles efectos producidos por la propia maduración.

### *Instrumentos*

Para evaluar la eficacia de esta propuesta de intervención/prevención se utilizarían varios cuestionarios, que serían cumplimentados por los niños y adolescentes en dos momentos temporales, al comienzo (T1) y a la finalización (T2) de la presente propuesta de intervención/prevención.

Los niños cumplimentarían *el cuestionario sociodemográfico*, *el Body-Esteem Scale* (Mendelson y White, 1982) para evaluar la autoestima corporal, *el ChEAT* (Maloney MJ, et al., 1988 ) para evaluar conducta alimentaria alterada y como medida de cribado de los TCA y *el Cuestionario de Influencias sobre el Modelo Estético Corporal* (Toro, Salamero y Martínez, 1994) para apreciar el grado de las influencias socioculturales.

Al grupo de adolescentes se les suministraría *el Body-Esteem Scale* (Mendelson y White, 1982) para evaluar la autoestima corporal, *la Escala de Afrontamiento para Adolescentes* (Frydenberg y R., 1993) para valorar el grado de afrontamiento ante situaciones estresantes, *el Cuestionario de Influencias sobre el Modelo Estético Corporal* (Toro, Salamero y Martínez, 1994) para apreciar el grado de las influencias socioculturales y la interiorización del ideal de delgadez, *el Cuestionario de Actitudes hacia la Alimentación* (Garner y Garfinkel, 1979) para medir conducta alimentaria alterada y como medida de cribado de los TCA y *la Escala de Habilidades Sociales* (Gismero, 2002). Para una descripción más detallada de los instrumentos, ver Anexo II. Todos los cuestionarios están corroborados por investigaciones anteriores y presentan adecuados niveles de fiabilidad y validez .

### *Procedimiento*

En primera instancia, en el mes de junio se solicitaría permiso a los directores de los dos colegios para llevar a cabo en el próximo curso una "propuesta de intervención/prevención de anorexia dirigida a alumnos de 10 a 14 años", se les explicarían los contenidos a trabajar y los objetivos. Para garantizar mayor efectividad de la propuesta, como se ha mencionado anteriormente, sólo se proporcionaría información acerca de la propuesta a padres y profesores, presentándolo a los menores de forma encubierta, evitando así posibles actitudes defensivas ante éste (Stice y Shaw, 2004; Sánchez-Carracedo y López-Guimerá, 2010). Posteriormente, en el mes de septiembre, se realizaría una sesión informativa dirigida a los

padres, en la que se expondría la intervención y se solicitaría el consentimiento informado (Anexo I) para que su hijo/a participase en esta propuesta de intervención/prevención, garantizando siempre su confidencialidad y protección. Además se les explicaría que ellos también pueden participar en una escuela de padres, exponiéndoles el contenido de la misma. Tras realizar esto, los participantes cumplimentarían la batería de cuestionarios en dos días diferentes, y una vez obtenida dicha medición inicial, a lo largo del mes de octubre se procedería a la aplicación de la propuesta de intervención/prevención. Para garantizar mayor eficacia ésta sería implementada por una psicóloga, en vez de por profesores como aconsejan diferentes autores (Sánchez-Carracedo y López-Guimerá; Correa et al., 2015; Cororve Fingeret, Warren, Cepeda-Benito y Gleaves, 2006). Al finalizar la propuesta a principios de junio, se volvería a administrar la batería de cuestionarios a ambos grupos (T2) y se analizarían los datos recabados para evaluar la eficacia de la propuesta. Siguiendo la línea de la intervención de Stock et al (2007), la presente propuesta de intervención/prevención no presentaría seguimientos tras finalizar puesto que sería muy intensiva y las medidas post se tomarían al final de un año académico (nueve meses). Esta elección se debe a que se ha señalado que con seguimientos largos podrían entrar en juego numerosas influencias no controladas o difíciles de controlar que afectarían a los resultados observados (Sánchez-Carracedo y López-Guimerá, 2010).

### *Sesiones*

La presente propuesta de intervención/prevención se estructuraría en módulos, los cuales incluirían un conjunto de sesiones, 7 dirigidas al grupo de niños (10-12 años), 17 al grupo de adolescentes (12-14 años), y 5 al grupo de padres. El motivo por el cual se llevarían a cabo más sesiones en el grupo de adolescentes que en el de niños, es que algunos de los contenidos no se adecuan a los niños de menor edad. Los módulos de niños y adolescentes se impartirían uno al mes durante todo el curso escolar, en el horario habitual del centro, a cada curso por separado y con una duración de entre una hora u hora y media cada sesión. Las actividades de la escuela de padres, se realizarían una al mes, con duración de una hora cada sesión, en horario de tarde, tras la finalización de las horas lectivas. Las sesiones no serían impartidas todas semanalmente ya que es conveniente dejar un margen de tiempo para que los participantes puedan reflexionar sobre el material proporcionado y poner en práctica las habilidades adquiridas (Correa et all, 2015; Kroon, Van y Pérez, 2012).

En las Tablas 1, 2 y 3, que se presentan a continuación, se muestran la explicación de las sesiones del grupo de niños, adolescentes y la escuela de padres.

Tabla 1. Cronograma de sesiones de los niños (10-12 años).

Módulo	Objetivos	Actividades	Duración	Recursos	Semana/ Mes
Sesión 0.1: PRE-TEST	-Que los participantes completen las baterías de preguntas	Completar las baterías de cuestionarios	90'		4ª semana Septiembre
1º Módulo PRESENTACIÓN	-Crear un clima de confianza y relación entre los participantes y la psicóloga.	Presentación de la psicóloga	10'		1º semana Octubre
		Enunciación normas básicas: participación y respeto	10'		1º semana Octubre
		Presentación de los participantes	10'		1º semana Octubre
		Dinámica: "Nos ponemos en el lugar del otro"	30'	Anexo III	1º semana Octubre
2º Módulo AUTOESTIMA	-Aprender a recibir reconocimiento por parte de los iguales acerca de cualidades, habilidades y destrezas que cada uno posee.	Explicación de la psicóloga de la dinámica	10'	Anexo V	1º semana Noviembre
		Dinámica: "El buzón" (Ruíz, 2004).	40'	Anexo V	1º semana Noviembre
	-Ser consciente de la gran cantidad de potencialidades y recursos que cada uno posee.	Elección de logros y cualidades positivas (Ruíz, 2004).	10'	Anexo VI	3ª semana Noviembre
		Dinámica: "Anuncio publicitario de uno mismo" (Ruíz, 2004).	30'	Anexo VI	3ª semana Noviembre
		Exposición de anuncios y debate sobre ellos	20'	Anexo VI	3ª semana Noviembre
3º Módulo ALFABETIZACIÓN MEDIOS	-Tomar conciencia de cómo se crean los mensajes y qué influencia ejercen los medios de comunicación.	Exposición de diferentes juguetes de los alumnos	10'	Anexo XVI	1ª semana Enero
		Dinámica: "Juguetes" (Sánchez-Carracedo y López-Guimerá, 2010).	40'	Anexo XVI	1ª semana Enero
		Conclusión	10'	Anexo XVI	1ª semana Enero
	-Analizar y descubrir el sesgo económico e ideológico de los mensajes mediáticos y automatizar el proceso de cuestionamiento cada vez que se expongan a un mensaje mediático.	Recopilación de publicidad	10'	Anexo XVIII	2ª semana Enero
		Dinámica: "Análisis de un anuncio" (López y Sallés, 2005).	35'	Anexo XVIII	2ª semana Enero
		Conclusiones	15'	Anexo XVIII	2ª semana Enero
	-Generar ideas constructivistas para actuar provocando un cambio en el ambiente.	Dinámica: "Grabando spots" (López y Sallés, 2005).	40'	Anexo XXII	4ª semana Enero
		Exposición spots y conclusiones	20'	Anexo XXII	4ª semana Enero
4º Módulo FINAL	-Realizar un pequeño resumen Elaborar unas conclusiones	Resumen	15'		1ª semana Febrero
		Conclusiones	15'		
Sesión 0.2: POS-TEST	-Que los participantes completen las baterías de preguntas	Cuestionarios	90'		4ª semana Mayo
		Cuestionario de satisfacción	15'	Anexo XXVII	1ª semana Junio

Tabla 2. Cronograma de sesiones de la escuela de padres.

Módulo	Objetivos	Actividades	Duración	Recursos	Mes
1º Módulo PRESENTACIÓN	-Crear un clima de confianza y relación entre los participantes y la psicóloga.	Presentación de la psicóloga	10'		1ª semana Octubre
		Enunciación normas básicas: participación y respeto	10'		1ª semana Octubre
		Presentación de los participantes	10'		1ª semana Octubre
2º Módulo PREVENCIÓN	-Convertir a los padres en agentes de prevención y detección precoz de estos trastornos.	Lectura la teoría sobre agentes de prevención	20'	Anexo VII	1ª semana Noviembre
		Puesta en común de dudas, experiencias personales y conclusiones	40'	Anexo VII	1ª semana Noviembre
3º Módulo INFLUENCIA SOCIAL	-Sensibilizar a los padres sobre las múltiples influencias a las que están sometidos sus hijos en el día a día.	Reproducción del vídeo "Onslaught" (Sánchez-Carracedo y López-Guimerá, 2010).	10'	Anexo XVIII	1ª semana Diciembre
		Debate junto con la psicóloga	30'	Anexo XVIII	1ª semana Diciembre
		Conclusiones	20'	Anexo XVIII	1ª semana Diciembre
4º Módulo DIETAS RESTRICTIVAS	-Concienciar sobre la no realización dietas restrictivas por parte de sus hijos (si no son prescritas por un especialista) debido a sus consecuencias .	Lectura de las 10 razones por las que no hacer dieta restrictiva (Sánchez-Carracedo y López-Guimerá, 2010).	20'	Anexo IX	2ª semana Enero
		Debate sobre mitos (Sánchez-Carracedo y López-Guimerá, 2010).	20'	Anexo IX	2ª semana Enero
		Recomendaciones en caso de cambios en la alimentación de sus hijos por motivos de salud (Sánchez-Carracedo y López-Guimerá, 2010).	20'	Anexo IX	2ª semana Enero
5º Módulo SALUD Y ADOLESCENCIA	-Analizar el concepto de salud y la etapa del desarrollo de la adolescencia.	Explicación de la dinámica	10'	Anexo X	1ª semana Febrero
		Dinámica "¿Qué entendemos por salud y adolescencia?" (Ruíz, 2004).	35'	Anexo X	1ª semana Febrero
		Reflexión junto con una hoja informativa	15'	Anexo X	1ª semana Febrero
5º Módulo ETIQUETAS EN EL ENTORNO FAMILIAR	-Examinar el efecto que las etiquetas producen en el comportamiento de cada uno dentro de un grupo como es la familia.	Dinámica "Las etiquetas en el entorno familiar" (Ruíz, 2004).	30'	Anexo XI	1ª semana Marzo
		Reflexión	20'	Anexo XI	1ª semana Marzo
		Teoría sobre pautas de conducta (Ruíz, 2004).	10'	Anexo XI	1ª semana Marzo
7º Módulo FINAL	-Realizar un resumen y conclusiones -Cumplimentar el cuestionario satisfacción	Resumen Conclusiones	30'		1ª semana Mayo
		Cuestionario satisfacción	15'	Anexo XXVII	1ª semana Mayo

Tabla 3. *Cronograma de sesiones de los adolescentes (12-14 años).*

Módulo	Objetivos	Actividades	Duración	Recursos	Mes
Sesión 0.1: PRE-TEST	-Que los participantes completen las baterías de preguntas	Completar las baterías de cuestionarios	120'		3 y 4ª semana Septiembre
1º Módulo PRESENTACIÓN	-Crear un clima de confianza y relación entre los participantes y la psicóloga.	Presentación de la psicóloga	10'		1ª semana Octubre
		Enunciación normas básicas: participación y respeto	10'		1ª semana Octubre
		Presentación de los participantes	10'		1ª semana Octubre
		Dinámica: "Nos ponemos en el lugar del otro" (Ruíz, 2004).	30'	Anexo III	1ª semana Octubre
2º Módulo AUTOESTIMA	-Mejorar el autoconcepto, en relación a aspectos físicos, defectos y cualidades, habilidades y destrezas, así como en relación a sentimientos, gustos y aficiones.	Dinámica "Autoconcepto" (Ruíz, 2004).	30'	Anexo IV	1ª semana Noviembre
		Teoría sobre autoestima	20'	Anexo IV	1ª semana Noviembre
		Conclusiones	10'	Anexo IV	3ª semana Noviembre
	-Ser consciente de la gran cantidad de potencialidades y recursos que cada uno posee, así como de los logros y éxitos que han conseguido en su vida.	Elección de logros y cualidades positivas (Ruíz, 2004).	10'	Anexo VI	3ª semana Noviembre
		Dinámica: "Anuncio publicitario de uno mismo" (Ruíz, 2004).	30'	Anexo VI	3ª semana Noviembre
		Exposición de anuncios y debate	20'	Anexo VI	3ª semana Noviembre
3º Módulo DISONANCIA COGNITIVA	-Animar a los participantes a criticar el ideal de delgadez y generar así una disonancia entre la actitud de aceptación al ideal de delgadez y la actitud de crítica y rechazo a dicho ideal.	Definición de los adolescentes del ideal de delgadez (Stice, Shaw, Burton y Wade, 2006).	20'	Anexo XII	1ª semana Diciembre
		Enumeración de los adolescentes de situaciones de presión de estar delgado (Stice, Shaw, Burton y Wade, 2006).	20'	Anexo XII	1ª semana Diciembre
		Reflexionar sobre cómo hablar de forma positiva respecto al cuerpo (Stice, Shaw, Burton y Wade, 2006).	20'	Anexo XII	1ª semana Diciembre
4º Módulo HABILIDADES PARA MANEJO DEL ESTRÉS, TOMA DECISIONES Y RESOLUCIÓN CONFLICTOS	-Ayudar a comprender diferentes perspectivas de un problema o conflicto para saber afrontar los conflictos interpersonales.	Teoría sobre experiencias estresantes y formas de resolver conflictos	20'	Anexo XIII	2ª semana Enero
		Dinámica "Mis experiencias estresantes" (Ruíz, 2004).	40'	Anexo XIII	2ª semana Enero
	-Sensibilizar sobre la importancia de resolver los problemas sin precipitación, ideando soluciones y evaluando las posibles consecuencias de las mismas.	Ejercicio sobre la toma de decisiones	10'	Anexo XIV	4ª semana Enero
		Teoría sobre la toma de decisiones en situaciones estresantes (Ruíz, 2004).	15'	Anexo XIV	4ª semana Enero
		Enumeración de situaciones de toma de decisiones (Ruíz, 2004).	35'	Anexo XIV	4ª semana Enero



## Programa Prevención e Intervención de anorexia en colegios de Teruel

5º Módulo DIETAS RESTRICTIVAS	-Persuadir a adolescentes de no realizar dietas restrictivas, (excepción de las prescritas por profesionales), explicando el fracaso de la dieta, junto con las nocivas consecuencias	Dinámica "Dietas milagro" y reflexión (Sánchez-Carracedo y López-Guimerá, 2010).	60'	Anexo XV	1ª semana Febrero
		Dinámica "Antes y después" y conclusiones (Ruíz, 2004).	60'	Anexo XV	3ª semana Febrero
6º Módulo ALFABETIZACIÓN DE LOS MEDIOS	-Tomar conciencia de cómo se crean los mensajes y qué influencia ejercen los medios de comunicación.	Dinámica "La trampa del photoshop" (Sánchez-Carracedo y López-Guimerá, 2010).	40'	Anexo XVI	1ª semana Marzo
		Debate y conclusión de Quilo Martínez (López y Sallés, 2005).	20'	Anexo XVI	1ª semana Marzo
	-Analizar y descubrir el sesgo económico e ideológico de los mensajes mediáticos y automatizar este proceso	Dinámica de <i>Las Cinco Preguntas Claves</i> (Sánchez-Carracedo y López-Guimerá, 2010).	60'		2ª semana Marzo
	-Reflexionar y cuestionar que se debe hacer una vez que se ha tomado conciencia y analizado los mensajes mediáticos.	Reflexión y debate sobre unas cuestiones	50'	Anexo XX	3ª semana Marzo
		Conclusión con una pregunta final	10'	Anexo XX	3ª semana Marzo
	-Generar ideas constructivistas para actuar provocando un cambio en el ambiente	Lectura de la psicóloga a los adolescentes de una carta de denuncia a los medios	10'	Anexo XXI	4ª semana Marzo
		Dinámica "Carta de denuncia a los medios" (Sánchez-Carracedo y López-Guimerá, 2010).	30'	Anexo XXI	4ª semana Marzo
		Lectura de cartas y conclusión	20'	Anexo XXI	4ª semana Marzo
7º Módulo HABILIDADES SOCIALES	-Fomentar en los adolescentes actitudes de tolerancia y de respeto ideas o conductas diferentes a las propias.	Dinámica "Aprendiendo a ser tolerante" (Ruíz, 2004).	50'	Anexo XXIII	1ª semana Abril
		Lectura de teoría sobre asertividad	10'	Anexo XXIV	2ª semana Abril
	-Aprender a relacionarse de forma más hábil y eficaz con los demás, desarrollando estrategias personales para favorecer la asertividad.	Dinámica "Siempre hay una forma de decir bien las cosas" (Ruíz, 2004).	40'	Anexo XXIV	2ª semana Abril
		Role playing	10'	Anexo XXIV	2ª semana Abril
	-Dotar de habilidades comunicativas de escucha activa a los participantes para poder mantener una buena comunicación.	Lectura sobre escucha activa (Ruíz, 2004).	10'	Anexo XXV	3ª semana Abril
		Role playing	40'	Anexo XXV	3ª semana Abril
		Conclusiones	10'	Anexo XXV	3ª semana Abril
	-Aprender a decir «NO» con asertividad.	Dinámica "Decir no con asertividad" (Ruíz, 2004).	10'	Anexo XXVI	4ª semana Abril
8º Módulo FINAL	-Realizar un pequeño resumen -Elaborar unas conclusiones finales de la intervención	Resumen	15'		2ª semana Mayo
		Conclusiones	15'		2ª semana Mayo
Sesión 0.2: POS-TEST	-Que los participantes completen las baterías de preguntas	Cuestionarios	90'		1ª semana Junio
		Cuestionario de satisfacción	15'	Anexo XXVII	1ª semana Junio

Cabe destacar que todas las competencias que se pretenden trabajar se realizan, en la medida de lo posible, mediante la incorporación de las técnicas más interactivas, juegos y actividades empleadas comúnmente con las poblaciones más jóvenes para proporcionar un ambiente de aprendizaje interesante y emocionante, y para promover el aprendizaje cooperativo (Cororve Fingeret, Warren, Cepeda-Benito y Gleaves, 2006)

## Recursos

### *Recursos humanos*

Se requeriría el trabajo de una psicóloga para la correcta implementación de la propuesta

### *Recursos materiales*

*Tabla 4. Recursos materiales.*

<b>Instalaciones v Mobiliario</b>	<b>Material informático</b>	<b>Material fungible</b>	
- Dos centros educativos	-Impresora	- Celo	Cartulinas
- Aulas	-Cámara de video	- Tijeras	-Folios
- Mesas	-Ordenador	- Fichas	-Revistas
- Sillas	-Impresora	- Bolígrafos	
- Pizarra			

## Evaluación

Para evaluar la presente propuesta de intervención/prevención de la manera más completa posible, se llevarían a cabo diversos tipos de evaluación en función del momento temporal, la procedencia de los evaluadores y el objeto de evaluación. Con ello se pretendería, por un lado, valorar el cumplimiento de los objetivos y, por otro, mejorar la propuesta y aumentar el conocimiento sobre éste tema.

En primer lugar, en cuanto a la procedencia de los evaluadores, se realizaría una evaluación mixta, tanto por el propio personal de la propuesta (psicóloga y participantes), como por personal externo (profesores), puesto que este tipo de evaluación se considera más objetiva.

En función del momento temporal en que se evalúa la propuesta, se realizaría un análisis antes, durante y después de su aplicación (Aguilar y Ander-Egg, 1992).

Antes: se realizaría la evaluación del diseño, la planificación y metodología seleccionadas. Tras diseñar esta propuesta, se presentaría a diferentes psicólogos profesionales de TCA, para que analizaran si las sesiones planificadas son adecuadas a la edad, el desarrollo de los menores y el interés de los padres. En concreto, se presentaría a M<sup>a</sup> del Pilar Salorio del

Moral (Psicóloga Especialista en Psicología Clínica de la Unidad de Trastornos de la Conducta Alimentaria en Zaragoza), Ana Torres Ortuño (Psicoterapeuta con más de 14 años de experiencia clínica y en el diagnóstico, tratamiento e investigación en los Trastornos de la Conducta Alimentaria) y a Maleni Gómez Díaz (Psicoterapeuta con más de 10 años de experiencia clínica y en el diagnóstico, tratamiento e investigación en los Trastornos de la Conducta Alimentaria).

Durante: se realizaría una evaluación del desarrollo, del ambiente y del desempeño, en base a preguntas que se realizarían y a las opiniones que se recogerían durante las sesiones.

Después: evaluación de la eficacia y de la satisfacción. La evaluación de la eficacia de la propuesta de intervención/prevención se realizaría a través del estudio pre-post, administrando una batería de cuestionarios en dos momentos temporales (T1 y T2). Se entiende que la propuesta sería eficaz, si en comparación con la evaluación T1 y con el grupo control, en la segunda cumplimentación de los cuestionarios (T2), el grupo de intervención presentase una mejora significativa de los resultados. Además, se consideraría muy importante el análisis por parte de la psicóloga de las mejoras observables en el comportamiento de los menores. Por último, la evaluación de la satisfacción se efectuaría en base a la opinión de los participantes, a través de un cuestionario de satisfacción (Anexo XXVII).

## **Resultados**

Como se afirma en los apartados anteriores, para comprobar la eficacia de la propuesta de intervención/prevención se llevaría a cabo una evaluación antes y después de la implementación de la intervención, tanto en el grupo de intervención como en el control.

Si, como se espera, esta propuesta de intervención/prevención resultara eficaz, se observarían mejoras en los resultados esperados en la segunda evaluación (T2) a la finalización de la propuesta. Se esperaría un cambio de actitudes respecto a la interiorización de los ideales estéticos, en concreto la influencia de la publicidad, la influencia de los modelos estéticos corporales y la influencia de las relaciones sociales en la asimilación de modelos estéticos; una reducción del malestar por la imagen corporal y una mejora del autoconcepto; un cambio de actitudes y comportamientos alimentarios anómalos, en especial los relacionadas con el miedo a ganar peso, el impulso de adelgazar y patrones alimentarios restrictivos; una mejora en las habilidades de resolución de problemas y de afrontamiento no productivo, así como en las habilidades sociales de autoexpresión en situaciones sociales,

defensa de los propios derechos, expresión de enfado o disconformidad de forma asertiva, decir "no" e iniciar interacciones positivas.

Conjuntamente, si la escuela de padres fuese eficaz, produciría un aumento en el conocimiento de los padres acerca de los síntomas de la anorexia y comportamientos alimentarios alterados, sobre las dietas restrictivas insanas (no prescritas por profesionales) y sus consecuencias y los conceptos de salud y adolescencia; así como toma de conciencia respecto a la influencia de las etiquetas en el entorno familiar y la presión social a la que estarían sometidos sus hijos.

### **Conclusiones**

La anorexia, tanto por su tasa de prevalencia cómo por las graves consecuencias que puede tener a nivel individual, social y familiar, así como por la dificultad de su tratamiento, hace necesaria la implementación de nuevas propuestas de prevención como la que aquí se presenta, dirigidas a reducir actitudes y comportamientos alimentarios alterados reduciendo factores de riesgo y promoviendo factores protectores. Se sabe que buena parte de los programas de prevención no han alcanzado los resultados esperados. Por ello, se ha considerado pertinente elaborar una propuesta de intervención/prevención, a partir de las recomendaciones recogidas en la literatura consultada. Esto supone incluir el entorno familiar que también es un factor que media tanto en el desarrollo como en la prevención de este trastorno.

Es necesario trabajar a todos los niveles para intentar prevenir esta grave enfermedad, comenzando desde edades tempranas con una educación basada en el desarrollo de un juicio crítico ante la creciente influencia social.

Por último, es preciso plantear la posibilidad de implementar el programa a continuación con el grupo control, para no desatender su bienestar. Así como, si la presente intervención resultase eficaz podría extrapolarse a todos los colegios, con el fin de disminuir la incidencia de esta grave enfermedad.

## Referencias

- Aguilar, M.J. y Ander-Egg, E. (1992). Evaluación de servicios y programas sociales. Madrid: Siglo XXI.
- Agras, W.S. (2001). The consequences and costs of the eating disorders. *The Psychiatric Clinics of North America*, 24, 371-379.
- Alonso, G., Nachón, M.G., Hernández, T.G. Anorexia nerviosa: una revisión. Recuperado el 22 de marzo de 2016, de [file:///C:/Users/USUARIO/Desktop/Beatriz/TFG/Anorexia%20nerviosa\\_%20una%20revisi%C3%B3n.html](file:///C:/Users/USUARIO/Desktop/Beatriz/TFG/Anorexia%20nerviosa_%20una%20revisi%C3%B3n.html).
- Amaya, A., Mancilla, J.M., Vázquez, R. y Franco, K. (2010). Programas basados en la Internet para la prevención y tratamiento de trastornos de la alimentación: una revisión. *Psicología y Salud*, 20, 145-157.
- Becker, C.B., Ciao, A.C., y Smith, L.M. (2008). Moving from efficacy to effectiveness in eating disorders prevention: The sorority body image program. *Cognitive and Behavioral Practice*, 15, 18-27.
- Chase, A.K. (2001). Eating disorder prevention: an intervention for at-risk college women. Unpublished Dissertations. Univ. Texas, Austin.
- Cervera, M. (2005). *Riesgo y prevención de la anorexia y la bulimia*. Madrid: Pirámide.
- Cororve Fingeret, M., Warren C.S., Cepeda-Benito, A. y Gleaves, D.H. (2006). Eating disorder prevention research: a meta-analysis. *Eat Disord*, 14, 191-213.
- Correa, P., Carbia, P., Crestar, I., Coa, M., Diz, M.A. y Fernández, T. (2015). Propuesta de prevención primaria de la anorexia y bulimia en la infancia. *Revista de estudios e investigación en psicología y educación*, 5, 2386-7418.
- Del Bosque, L. (2004). *El espejo de mí: Taller para la prevención de trastornos alimentarios*. Tesis de licenciatura. Facultad de Psicología, Universidad Veracruzana. México.
- Gracia, M., Marco, M. y Trujano, P. (2007). Factores asociados a la conducta alimentaria en preadolescentes. *Psicothema*, 19, 646-653.
- Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Trastornos de la Conducta Alimentaria (2009). *Guía de Práctica Clínica sobre Trastornos de la Conducta Alimentaria*. Madrid: Plan de Calidad para el sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Hogan, M.J. y Strasburger, V.C. (2008). Body image, eating disorders, and the media. *Adolescent Medicine: State of the Art Reviews*, 19, 521-46.
- Kroon Van Diest, A.M. y Pérez, M. (2013). Prevention of Eating Disorders: A Review Ashley. Recuperado el 22 de marzo de 2016, de <http://www.intechopen.com/books/relevant-topics-in-eating-disorders/prevention-of-eating-disorders-a-review>.
- López, C. y Treasure, J. (2011). Trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes: Descripción y manejo. *Revista Medicina Clínica*, 22, 85-97.

- López, J.M., Salles, N. (2005). *Prevención de la anorexia y la bulimia*. Valencia: Nau libres.
- McCabe, M. P., Ricciardelli, L. A., y Karantzas, G. (2010). Impact of a healthy body image program among adolescent boys on body image, negative affect, and body change strategies. *Body Image*, 7, 117-123.
- Mitchell, K.S., Mazzeo, S.E., Rausch, S.M., y Cooke, K.L. (2007). Innovative interventions for disordered eating: Evaluating dissonance-based and yoga interventions. *International Journal of Eating Disorders*, 40, 120-128.
- O'Dea, J. (2000). School-based interventions to prevent eating problems: First do no harm. *Eating Disorders*, 8, 123-130.
- Piran, N. (2005). Prevention of Eating Disorders: A Review of Outcome Evaluation Research. *Psychiatry and Related Sciences*, 42, 172-177.
- Ruiz, L.P. (2005). Promoviendo la Adaptación Saludable de nuestros adolescentes. Proyecto de Promoción de la Salud mental para adolescentes y padres de adolescentes. Ministerio de Sanidad y Consumo. España.
- Sánchez-Carracedo, D. y López-Guimerà, G. (2010). *Prevención de las alteraciones alimentarias. Fundamentos teóricos y recursos práctico*. Madrid: Pirámide.
- Sánchez Carracedo, D. y López-Guimerà, G. (2014). Detección, Prevención e intervención en Obesidad y TCA en el entorno escolar. Capítulo 16 del curso "Especialista Universitario en el Tratamiento de la Obesidad y Trastorno del Comportamiento Alimentario. Madrid: UNED.
- Stice, E., Marti, N.C., Spoor, S., Presnell, K. y Shaw H. (2008). Dissonance and healthy weight eating disorder prevention programmes: long-term effects from a randomized efficacy trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76, 329-40.
- Stice, E. y Shaw, H. (2004). Eating Disorder Prevention Programs: A Meta-Analytic Review. *Psychological Bulletin*, 130, 206-227.
- Soldado Mérida, M. (2006). Prevención primaria en trastornos de conducta alimentaria. *Trastornos de la Conducta Alimentaria*, 4, 336-47.
- Torres, V., Ruiz, J.C. y García, M. (2013). Prevención en salud pública: Anorexia nerviosa en mujeres deportistas. *Higiene y Sanidad Ambiental*, 13, 1108-1121.
- Yager, Z. (2007). What not to do when teaching about eating disorders. *Journal of the HEIA*, 14, 1.
- Yager, Z. y O'Dea, J.A. (2008). Prevention programs for body image and eating disorders on University campuses: a review of large, controlled interventions. *Health Promotion International*, 23, 173-89.
- Zagalaz Sánchez, M.L., Romero Granados, S. y Contreras Jordán, O. (2005). La anorexia nerviosa como distorsión de la imagen corporal. Programa de prevención desde la educación física escolar en la provincia de Jaén. *Revista Iberoamericana de Educación*. Obtenido en <http://www.campus-oei.org/revista/novedades.htm>

## Anexos

### Anexo I

#### CONSENTIMIENTO INFORMADO PADRE/MADRE/TUTOR

---

Este formulario contiene información que usted necesitará para decidir si su hijo/a participa en esta propuesta de intervención o no. Por favor lea el formulario cuidadosamente y si algo no está claro siéntase con absoluta libertad para preguntar sobre cualquier aspecto que le ayude a aclarar sus dudas al respecto.

Su hijo/a ha sido elegido para participar en una propuesta de prevención de anorexia. Antes de decidir si participa o no, debe conocer y comprender la propuesta:

#### **¿Cuál es el propósito de esta investigación?**

El objetivo principal de esta propuesta es la prevención de la anorexia en la educación primaria y secundaria, eliminando o reduciendo la incidencia de los factores de riesgo, y fomentando el desarrollo de los factores protectores para el mantenimiento de la salud y bienestar personal de niños y adolescentes.

#### **Riesgos y beneficios**

La presente propuesta de intervención no conlleva riesgos para el menor, al contrario de los beneficios que le aporta su participación para la prevención del desarrollo de la anorexia.

#### **Tiempo requerido**

La intervención se impartirá a lo largo de un curso escolar en el horario habitual del colegio.

#### **Confidencialidad**

El proceso será estrictamente confidencial

#### **Participación voluntaria**

La participación en esta propuesta de intervención es voluntaria

**He leído la información proporcionada. La psicóloga me ha explicado la propuesta y ha contestado mis preguntas. Voluntariamente doy mi consentimiento de que mi hijo/a participe en esta propuesta de intervención.**

**Nombre del Participante**\_\_\_\_\_

**Nombre del Padre/Madre o Tutor**\_\_\_\_\_

**Firma del Padre/Madre o Tutor** \_\_\_\_\_

**Fecha** \_\_\_\_\_

## Anexo II.

Tabla 5. Descripción de los instrumentos.

Nombre	Autores	Factores	Ítems	Fiabilidad y validez	Evaluación
Escala de Afrontamiento para adolescentes (ACS)	Frydenberg, E. y Lewis, R. (1993)	18 escalas: éstas escalas o estrategias de afrontamiento son agrupadas en tres estilos de afrontamiento, cada uno de los cuales comprende entre cuatro y ocho estrategias: Resolver el problema, Referencia a otros y Afrontamiento no productivo	79	El ACS alcanza coeficientes de consistencia interna que oscilaron entre .62 y .87 (M = .73) en la forma específica, y entre .54 y .84 (M = .71) en la forma general.  En los estudios realizados para la construcción y validación del ACS se encontró que las escalas presentaba distribuciones normales de las puntuaciones y una aceptable correlación test-retest	Permite la evaluación de forma precisa de 18 estrategias diferentes de afrontamiento (Buscar apoyo social, Concentrarse en resolver el problema, Esforzarse y tener éxito, Preocuparse, Invertir en amigos íntimos, Buscar pertenencia, Hacerse ilusiones, Falta de afrontamiento, Reducción de la tensión, Acción social, Ignorar el problema, Autoinculparse, Reservarlo para sí, Buscar apoyo espiritual, Fijarse en lo positivo, Buscar ayuda profesional, Buscar diversiones relajantes y Distracción física)
Body-Esteem Scale (BES)	Mendelson y White, 1982. Se dispone de la versión española adaptada y validada en nuestro medio por Sperber, et al., 2004		24 ítems con dos posibles respuestas: "sí", "no"	La BES tiene una aceptable fiabilidad y validez	Es una escala unidimensional con opciones de respuesta sí/no que recoge información sobre sentimientos o valoraciones acerca de la propia apariencia y de cómo creen que son valorados por los demás
EAT - 40. Cuestionario de actitudes ante la alimentación Eating Attitudes Test.	DM Garner y PE Garfinkel, 1979. En España, la versión adaptada y validada en nuestro medio del EAT-40 fue realizada por Castro J, et al. 1991	5 factores: motivación para adelgazar, restricción alimentaria, preocupación por la comida, presión social percibida y bulimia.	40	De los diferentes instrumentos desarrollados desde los años 70 hasta la reciente actualidad, el EAT-40 ha sido el que ha gozado de mayor aceptación para la detección de TCA en la población general, y es un instrumento que parece válido para identificar casos actuales o incipientes de AN y BN, dada su fácil aplicación, alta fiabilidad, sensibilidad y validez transcultural.	El EAT fue diseñado para la evaluación de las actitudes alimentarias anómalas, en especial las relacionadas con el miedo a ganar peso, el impulso de adelgazar y la presencia de patrones alimentarios restrictivos



## Programa Prevención e Intervención de anorexia en colegios de Teruel

ChEAT (Versión infantil del EAT-26; Children Eating Attitudes Test)	Fue desarrollado por Maloney MJ, et al., 1988 a raíz de detectar problemas de comprensión en los niños con el EAT-40. La adaptación al español y validación preliminar ha sido desarrollada por de Gracia M, et al., 2008	26 ítems		ChEAT es un cuestionario autoaplicable a partir de los 8 años (requiere de un nivel de lectura para responder de quinto año de primaria), que puede ayudar en la valoración de la preocupación por la comida, modelos de alimentación y actitudes ante la comida en estas edades. Una puntuación total en la escala superior a 20 puntos indicaría la posible presencia de TCA
CIMEC - Cuestionario de influencias del modelo estético corporal	Toro, et al., 1994	40 ítems	Los resultados indican que el CIMEC (CIMEC-40 y CIMEC-26) es un cuestionario válido y fiable para evaluar la influencia de los modelos estéticos corporales en la población española por medio de algunos medios específicos (la publicidad, los modelos sociales y las situaciones sociales).	El CIMEC fue diseñado para intentar medir las influencias culturales relevantes que contribuyen a provocar, facilitar o justificar el adelgazamiento, especialmente por razones estéticas y sociales. Evalúa la ansiedad por la imagen corporal, la influencia de los modelos sociales y la influencia de las situaciones sociales
EHS. Escala de Habilidades Sociales	E. Gismero (2002)	6 factores o subescalas: Autoexpresión en situaciones sociales, Defensa de los propios derechos como consumidor, Expresión de enfado o disconformidad, Decir "no" y cortar interacciones, Hacer peticiones y Iniciar interacciones positivas con el sexo opuesto.	33 ítems	El evaluador puede disponer de un índice Global del nivel de habilidades sociales o aserción de los sujetos analizados y además detectar, de forma individualizada, cuáles son sus áreas más problemáticas a la hora de tener que comportarse de manera asertiva. Explora la conducta habitual del sujeto en situaciones concretas y valora hasta qué punto las habilidades sociales modulan estas actitudes.

\*Exceptuando el ASC y ESH, todos los demás cuestionarios e información sobre sus características psicométricas han sido obtenidos del Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Trastornos de la Conducta Alimentaria (2009).

*Anexo III. Dinámica: "Nos ponemos en el lugar del otro"*

La psicóloga daría una hoja a cada niño (10-12 años) y adolescente (12-14 años) y pediría que completaran individualmente cada una de las frases:

1. Me siento bien cuando...
2. Me siento herido/a cuando...
3. Me cuesta...
4. Me gusta porque...
5. Una buena decisión que tomé esta semana fue...
6. Me siento triste cuando...
7. Tengo miedo cuando...
8. Me siento frustrado/a cuando...
9. Me siento querido/a cuando...
10. Me siento excluido/a cuando...
11. Me siento bien con mi familia cuando...
12. Me siento bien con mis amigos cuando...
13. Me enfado cuando...
14. Lo que más deseo contar es...
15. Me preocupa que...
16. Mi mayor inquietud en el colegio/instituto es...
17. Mi mayor preocupación con mi mejor amigo/a es...
18. Cuando pienso en mi futuro, me siento...
19. Mi mayor deseo es...
20. Mi objetivo principal es...
21. El sentimiento más fuerte que tengo actualmente es...
22. Quisiera que los adultos no...















Posteriormente los niños y adolescentes se colocarían en parejas compartiendo las frases completadas por uno y captando las características personales del otro.

La siguiente parte de la actividad sería diferente para el grupo de niños (10-12 años) y para el de adolescentes (12-14 años). Los adolescentes se presentarían por parejas, uno presentaría a su pareja y viceversa. Los niños, cada uno presentaría a su compañero, colocándose de pie detrás de la persona a la que se está presentando, moviéndole la mano y usando la primera persona al hablar. El presentado, sentado, movería la boca al ritmo que le marca el presentador con el movimiento de la mano; por ejemplo, un movimiento hacia arriba indicaría que abra la boca y un movimiento hacia abajo indicaría que la cierre.

*Anexo IV. Dinámica: Mi autoconcepto*

La psicóloga daría una hoja del "El autoconcepto" a cada adolescente (12-14 años) y les explicaría la dinámica que consiste en que cada uno dibujase expresión a las caras de la hoja "El autoconcepto" y escribiese en ella frases que describieran cómo se ven a sí mismos. Cuando finalizasen, las leerían a sus compañeros, quienes intentarían descubrir posibles pensamientos erróneos, les harían ver el lado positivo y reforzarían sus cualidades..

**El autoconcepto**

Como me encuentro en la familia		
Como me encuentro en la escuela o instituto		
Como me relaciono con los demás		
Como considero que me ven los demás		
Lo que más me molesta de mí mismo		
Lo que más me gusta de mí mismo		
Respecto a mi presente y mi futuro		

Posteriormente, la psicóloga repartiría el juego de hojas “¿Qué es la autoestima?” y explicaría qué es la autoestima y sus bases. Para concluir la sesión, se generarían unas conclusiones finales.

### **¿QUÉ ES LA AUTOESTIMA?**

- Es la percepción evaluativa de uno mismo.
- Nadie puede dejar de pensar en sí mismo y de evaluarse. Todos desarrollamos una autoestima suficiente o deficiente, positiva o negativa, alta o baja..., aunque no nos demos cuenta.

Importa desarrollarla de la manera más REALISTA y POSITIVA posible y que nos permita descubrir nuestros recursos personales, para apreciarlos y utilizarlos debidamente, así como nuestras deficiencias, para aceptarlas y superarlas en la medida de nuestras posibilidades.

### **¿CUÁLES SON LAS BASES DE LA AUTOESTIMA?**

- a) El autoconcepto (imagen que una persona tiene acerca de sí misma y de su mundo personal) en dos áreas: como una persona hábil (capaz de valerse por sí misma) y como una persona sexual (capaz de relacionarse sexualmente con otras personas).
- b) La autoaceptación (sentimiento de poseer un yo del que uno no tiene que avergonzarse ni ocultarse; implica una disposición a rechazar la negación o desestimación sistemática de cualquier aspecto del sí-mismo).

### **EFFECTO PYGMALIÓN**

- Es un modelo de relaciones interpersonales según el cual las expectativas, positivas o negativas, de una persona influyen realmente en otra persona con la que aquella se relaciona.
- La clave del efecto es la autoestima, pues las expectativas positivas o negativas del pygmalión emisor se comunican al receptor, el cual, si las acepta, puede y suele experimentar un refuerzo positivo o negativo de su autoconcepto o autoestima, que, a su vez, constituye una poderosa fuerza en el desarrollo de la persona.

### **¿CÓMO INFLUYE LA AUTOESTIMA EN LA VIDA COTIDIANA?**

1. En todos los pensamientos, sentimientos y actos que llevamos a cabo.
2. Sobre el comportamiento.
3. En el aprendizaje.
4. En las relaciones y recibe también la influencia de éstas.
5. En la creación y la experimentación.

*Anexo V. Dinámica: "El buzón"*

En una pared de la clase se colgarían sobres abiertos (a modo de buzones) en el exterior de cada uno estaría puesto el nombre de uno de los niños (10-12 años). La psicóloga explicaría la dinámica a los niños en la que deberían escribir en papeletas en blanco mensajes de apoyo, atributos positivos a cada uno de los compañeros del taller. No sería obligatorio firmar los mensajes.

Los niños deberían introducir las papeletas en los sobres correspondientes. Hasta que no hubiesen terminado todos, nadie descolgaría su sobre ni leería su contenido. La psicóloga supervisaría a cada niño mientras realizase la actividad para comprobar que no se produjese ninguna falta de respeto.

El sobre se lo llevaría cada uno a casa para conservarlo de recuerdo del taller y poder releer su contenido cuando se necesitase levantar el ánimo

*Anexo VI. Dinámica: "Anuncio publicitario de uno mismo"*

La psicóloga explicaría que cada adolescente (12-14 años) tendría que realizar una lista de 5 cualidades positivas y 5 logros que hubiesen conseguido en la vida. Los niños (10-12 años) sólo realizarían la lista con 5 cualidades positivas. Para ello, se proporcionaría una lista de ejemplos a los participantes:

**GUÍA DE EJEMPLOS**

Determinación	Capacidad de hacer amigos	Entusiasmo
Perseverancia	Simpatía	Valentía
Dinamismo	Confianza en sí mismo / a	Cortesía
Capacidad de observación	Fuerza de voluntad	Paciencia
Previsor / a	Sensibilidad	Capacidad de disfrute
Comunicativo	Sentido del humor	Comprensivo / a
Fiable	Alegre	Responsable
Capacidad de escucha	Expresivo / a	Animoso / a
Organizado	Buena voz	Capacidad de concentración
Iniciativa	Ecuánime	Generosidad
Cordialidad	Franqueza	Adaptable
Auténtico / a	Honesto	Abierto / a
Afectuoso / a	Trabajador / a	Persistente
Independiente	Creativo / a	Original
Solidario / a	Marcar un gol	Conseguir ligar
Mantener un secreto	Conseguir hablar en público	Escribir sin faltas
Leer bien	Resolver un problema	Aprenderme una lección
Habilidades manuales	Controlar mis impulsos	Cantar
Bailar	Meter una canasta	Ayudar a otros
Ojos grandes	Tengo fé	Pensamiento lógico
Capacidad para intimar	Escribir poesías	... y todo lo que se te ocurra

Posteriormente, a partir de esta lista, cada niño y adolescente realizaría un anuncio acerca de él mostrando cualidades o logros de su vida, pudiendo ser tanto dibujado, escrito o hablado. Los anuncios de todos los participantes se enseñarían a toda la clase y se comentarían en grupo.

### *Anexo VII. Taller: Agentes de prevención*

La psicóloga daría a cada padre una hoja informativa y se leería en grupo:

La AN es un TCA que se manifiesta como un deseo irrefrenable de estar delgado, acompañado de la práctica voluntaria de procedimientos para conseguirlo: dieta restrictiva estricta y conductas purgativas (vómitos auto-inducidos, abuso de laxantes, uso de diuréticos, etc.). A pesar de la pérdida de peso progresiva, las personas afectadas presentan un intenso temor a llegar a ser obesas. Presentan una distorsión de la imagen corporal, con preocupación extrema por la dieta, figura y peso, y persisten en conductas de evitación hacia la comida con acciones compensatorias para contrarrestar lo que ingieren (hiperactividad física desmesurada, conductas de purga, etc.). No suelen tener conciencia de enfermedad ni del riesgo que corren por su conducta. Su atención está centrada en la pérdida ponderal, lo que les causa estados nutricionales carenciales que pueden comportar riesgos vitales. Generalmente, hay rasgos de personalidad previos con tendencia al conformismo, necesidad de aprobación, hiperresponsabilidad, perfeccionismo y falta de respuesta a las necesidades internas.

#### **¿Cuáles son las manifestaciones clínicas específicas de la AN?**

- Rechazo al peso normal o al aumento de peso ponderal y distorsión de la imagen corporal:
- Otras alteraciones psicopatológicas: suelen estar presentes síntomas como humor depresivo, apatía, dificultad para concentrarse, ansiedad, irritabilidad, aislamiento social, pérdida de la libido, rumiaciones y/o rituales obsesivos alrededor de la comida.
- Alteraciones fisiológicas: como consecuencia de la pérdida ponderal aparecen alteraciones secundarias a la desnutrición, especialmente hormonales y metabólicas
- Amenorrea (primaria o secundaria)
- Hiperactividad física

**¿Cuáles son los principales factores de riesgo?** Como otros trastornos mentales, los TCA poseen una etiología múltiple y un tanto incierta (poco conocida). En su etiopatogenia, según los estudios, se encuentran involucrados diversos factores biológico-genéticos, de vulnerabilidad, características psicológicas, aspectos socioculturales, y estresores.

**Papel de la familia en la génesis y desarrollo de anorexia:** Los estudios identifican los siguientes factores socioculturales como de riesgo para los TCA: modelos familiares sobreprotectores, rígidos y exigentes, conflictivos, y poco cohesionados, familias desestructuradas (padres divorciados), antecedentes familiares de trastornos afectivos y sintomatología obsesivo-compulsiva, de TCA (especialmente en las madres), dieta y/o conducta alimentaria atípica en la familia (preocupación por el peso por parte de los padres) obesidad (especialmente en madres) alcoholismo (especialmente en padres), hábitos alimentarios poco regulares durante la infancia.

A continuación, los padres podrían preguntar dudas a la psicóloga y se realizarían unas conclusiones generales sobre los temas planteados.

*Anexo VIII. Dinámica: Múltiples influencias*

Los padres verían el vídeo realizado por la empresa de productos de higiene corporal *Dove*, con el título de *Onslaught* (estampida). Disponible en <https://www.youtube.com/watch?v=9zKfF40jeCA>.

Tras finalizar el vídeo, se debatiría entre los padres lo visionado en el vídeo acerca de la presión mediática a la que están sometidos sus hijos con respecto al ideal de belleza, el control del peso y las consecuencias que esto conlleva en el desarrollo de la anorexia. También se comentaría entre los padres el eslogan del vídeo: "Habla con tu hija antes de que lo haga la industria de la belleza" y se generarían unas conclusiones finales.



*Anexo IX. Taller: Dietas restrictivas*

La psicóloga expondría a los padres *Las diez razones para no hacer dieta* (Sánchez-Carracedo y López-Guimerá, 2010):

1. Las dietas no funcionan. Quien hace dieta no pierde peso de forma duradera
2. Hacer dieta puede causar lesiones y muerte
3. Hacer dieta altera los procesos normales del organismo
4. Hacer dieta causa ciclos de pérdida y recuperación de peso
5. Las personas que hacen dieta a menudo se sienten cansadas, mareadas y tienen dificultades para concentrarse
6. Hacer dieta lleva a episodios de atracones y alimentación caótica y alterada
7. Hacer dieta es el principal precursor de los TCA
8. Hacer dieta provoca preocupación por la comida
9. Hacer dieta minusvalora a la mujer, cada vez más a los hombres y niños
10. Las personas que hacen dieta ponen sus vidas en suspenso "esperando a ser delgadas"

Posteriormente hablarían en grupo junto con la psicóloga sobre *Los Cinco Mitos sobre el peso y la salud* (Sánchez-Carracedo y López-Guimerá, 2010):

1. La obesidad provoca graves riesgos para la salud: **Dudoso**
2. Estar delgado es más saludable: **Falso**
3. Perder peso reduce siempre el riesgo: **Falso**
4. Las personas obesas pueden perder peso segura y permanentemente: **Falso**
5. Asustar a la gente acerca de los peligros del sobrepeso favorece la pérdida de peso y la prevención de la obesidad, y no hace daño: **Falso**

Para finalizar, la psicóloga daría unas recomendaciones a los padres en caso de tener que efectuar cambios en la alimentación de sus hijos por motivos de salud:

- Los cambios siempre tienen que estar prescritos por profesionales acreditados
- Debe enseñarse a comer y a adquirir hábitos saludables partiendo de cada caso individual
- Evitar dietas y planes alimentarios rígidos
- La motivación debe ser la mejora de la salud y no la pérdida de peso
- Evitar pérdidas de peso bruscas
- Acompañar siempre los cambios en la alimentación con cambios en la actividad física
- Mejor prevenir que curar

*Anexo X. Dinámica: " ¿Qué entendemos por salud y adolescencia"*

La psicóloga pediría a los padres que se colocasen en grupos de 6 y que trabajasen durante 6 minutos debatiendo qué entienden por salud y adolescencia.

Cada grupo rellenaría los 5 apartados de las hojas plantilla de preguntas:.

<p>¿QUÉ ES LA SALUD?</p> <p>¿QUÉ LA FAVORECE?</p> <p>¿QUÉ LA DETERIORA?</p>	<p>QUÉ RESPONDER A LAS PREGUNTAS DEL ADOLESCENTE:</p> <p>¿El mundo cambia?</p> <p>¿Me quieren los demás?</p> <p>¿Ha cambiado mi cuerpo?</p> <p>¿Ha cambiado mi cabeza?</p> <p>¿Me entienden mis amigos?</p> <p>¿Me respetan mis padres?</p>
<p>¿QUÉ LES INQUIETA A LOS ADOLESCENTES?</p> <p>¿QUÉ LES MOTIVA?</p>	<p>QUÉ LE PIDEN AL ADOLESCENTE...</p> <p>La sociedad en general:</p> <p>La sociedad de consumo:</p> <p>Los amigos:</p> <p>El centro escolar:</p> <p>Los padres:</p> <p>Los policías y jueces:</p> <p>Los curas:</p>
<p>¿QUÉ NECESITAN LOS ADOLESCENTES?</p> <p>¿QUÉ BUSCAN?</p>	

Posteriormente los padres reflexionarían junto con la psicóloga sobre el concepto de salud (como forma de vivir que busca que las personas puedan participar activamente en la vida de la comunidad a la que pertenecen), lo que inquieta a los adolescentes, sus necesidades y lo que buscan. Al finalizar se les entregaría una hoja con base teórica "Concepto actual de salud" a cada uno:

### **CONCEPTO ACTUAL DE SALUD**

Una forma de vivir, un equilibrio dinámico que pretende lograr un nivel de bienestar

físico, mental, social y espiritual de modo que las personas puedan participar activamente en la vida de la comunidad a la que pertenecen

### **¿QUÉ LES INQUIETA A LOS ADOLESCENTES DE HOY?**

Las inquietudes giran en torno a:

- Ser criticado por sus padres.
- El grupo de iguales, los amigos.
- El aspecto y el vestir.
- Sentirse útil y competente.
- Actividades recreativas, “salir”.
- La posición social, que no siempre coincide con la función social.
- El consumismo.
- Mundos fantásticos.

### **¿QUÉ NECESITAN LOS ADOLESCENTES?**

Jerarquía de las necesidades según Maslow:

- Necesidades fisiológicas.
- Necesidades de seguridad.
- Necesidades de aceptación o pertenencia y de afecto o amor.
- –Necesidades de estima, respeto y reconocimiento.
- Necesidades de autorrealización, de saber y comprender, estéticas.

### **¿QUÉ BUSCAN?**

#### **• Adolescencia temprana**

- Aún identidad infantil, pero baja del pedestal a sus padres, los cuestiona (edad: 10-13 años en muchachas y 12-14 años en muchachos)
- Búsqueda de la independencia de los padres (aunque necesita de ellos para su sostenimiento económico y emocional).
- Búsqueda de nuevas identificaciones en otros adultos que queden fuera del papel autoritario.
- Búsqueda de amistades del mismo sexo.

#### **• Adolescencia media**

- Tiempo para decidir, se meditan muchas opiniones y creencias, se rechazan en un momento y luego se revisan y aceptan, se siente inseguro sobre quién es (edad: 13-16 años en muchachas y 14-17 años en muchachos)
- Búsqueda de amistades de ambos sexos.
- Búsqueda de relaciones sexuales superficiales.
- Búsquedas vocacionales.
- Búsqueda de la primera ocupación para ganar el primer dinero.

#### **• Adolescencia tardía**

- Logro de la identidad adulta, su conducta es el resultado de las elecciones hechas, permite que otros sean quienes son y acepta y aprecia las diferencias (edad: 16-20 años en muchachas y 17-20 años en muchachos; puede alargarse hasta los 25-30 años)
- Búsqueda de la autosuficiencia económica.
- Búsqueda de relaciones sexuales íntimas.
- Independencia emocional y aceptación realista de los padres.
- Establecimiento de una identidad adaptada a las normas sociales.

*Anexo XI. Dinámica: "Las etiquetas en el entorno familiar"*

La psicóloga pediría a los padres que se colocasen en círculo y les explicaría la actividad. Se entregaría a cada participante una etiqueta que desconocerían y se la deberían colocar cada uno en la frente (apréciame, consúltame, rieme las gracias, obedéceme, ignórame, hazme caso, ayúdame, ten compasión de mi, cuídate de mi mala suerte, aconséjame, enséñame, respétame, búrlate de mí, castígame). El resto del grupo lo trataría en función a esa etiqueta.

Tras diez minutos de discusión, cada padre iría diciendo, por turno, si ha logrado adivinar lo que decía su etiqueta y expresarían lo que ha sentido ante las reacciones de los demás.

Posteriormente se reflexionaría junto con la psicóloga sobre cómo las etiquetas que los demás nos ponen condicionan nuestro comportamiento y qué conclusiones podrían trasladar al grupo familiar.

Al finalizar la psicóloga explicaría unas pautas generales de conducta de los padres hacia los hijos y se comentarían en grupo:

1. Anima a tu hijo a ser sociable y relacionarse con los demás.
2. Fomenta la independencia y autonomía personal de tu hijo.
3. No insistas en una conducta perfecta todo el tiempo, ni fijas patrones o normas imposibles o difíciles para tu hijo.
4. Muestra a tu hijo amor y afecto sin sobreprotegerlo ni controlarlo excesivamente.
5. No des una excesiva importancia al peso, talla o la figura corporal, ni a la comida o la alimentación.
6. Educa sexualmente a tu hijo.
7. Resalta las cualidades personales de tu hijo sin criticarlo o menospreciarlo por su físico.
8. Alaba los logros de tu hijo y evita las descalificaciones absolutas y permanentes (profecías autocumplidas por efecto pygmalión negativo).
9. Acostúmbrale a comer ordenadamente en los mismos horarios como rutina, sin picoteos ni desorden.

*Anexo XII. Dinámica: " Presión por estar delgado"*

La psicóloga pediría a los adolescentes (12-14 años) que definiesen qué es para ellos el concepto de ideal de delgadez; su origen, la forma en que se perpetúa y el impacto de los mensajes sobre éste de la familia, compañeros, amigos, y medios de comunicación.

Posteriormente los adolescentes deberían escribir tres situaciones en sus vidas en las que se hayan sentido presionados para ser delgados, las leerían en voz alta y generarían en grupo desafíos verbales para esas presiones.

Situación de presión	Desafío verbal para presión
1.	
2.	
3.	

Finalmente para concluir, se discutiría en grupo cómo hablar de manera positiva respecto al cuerpo en lugar de forma negativa.

*Anexo XIII. Dinámica: "Mis experiencias estresantes"*

La psicóloga repartiría una hoja explicativa sobre el significado de las experiencias estresantes y sobre las operaciones para resolver conflictos, a los adolescentes (12-14 años).

### **Experiencias estresantes**

Suele ser difícil evitar que ocurran situaciones estresantes. Podríamos decir que las cosas pasan cuando pasan: tiempos de exámenes, de mucho trabajo, comentarios de compañeros y compañeras, algún acontecimiento... ¿Esto quiere decir que no podemos hacer nada? Desde nuestra perspectiva y en la medida de posible, sí que podemos, si no evitar el hecho, las consecuencias.

El cómo no resulta difícil, pero sí es complejo. Ante las distintas situaciones y relaciones que nos trae la vida, podemos actuar de muchas formas. La educación en valores nos puede permitir reforzar o aprender habilidades sociales y técnicas de relajación, a la vez que nos entrena para dar respuestas a lo que nos depara el día a día.

A modo breve de introducción, recordaremos<sup>18</sup> las operaciones que según D'Zurilla y Goldfried (1971) se sigue en estos casos:

1. Orientación general.
2. Definición y formulación del problema.
3. Generalización de las alternativas.
4. Decisión.
5. Verificación.

Posteriormente, pasando a la vida real, los adolescentes enumerarían tres situaciones estresantes con las que se hayan encontrado en su entorno cercano y sugerirían propuestas para resolverlas de la mejor forma posible.

	Situación estresante	Solución
1.		
2.		
3.		

*Anexo XIV. Dinámica: ¿Cómo se toman las decisiones?*

La psicóloga pediría a los adolescentes (12-14 años) que escribiesen ejemplos de situaciones estresantes en las que hubiesen tomado decisiones.

La psicóloga leería la siguiente hoja sobre la toma de decisiones de situaciones estresantes:

Muchas actividades en la vida pueden salir bien o mal, no se sabe con anterioridad; son decisiones con resultado incierto. Empezar algo sin saber con seguridad cuál será el resultado implica correr un riesgo. Los riesgos pueden ser muy excitantes y, por eso mismo, atractivos, pero sólo algunos valen la pena. Una buena manera de tomar una decisión en relación a un riesgo es:

1. Enumerar los pros y los contras así como los mejores y peores resultados que pueden surgir.
2. Considerar la probabilidad de que salga bien o mal.
3. Intentar decidir si vale la pena y por qué.

Luego, los adolescentes rellenarían la tabla con situaciones estresantes en las que hubiesen tenido que tomar decisiones, enumerarían ciertos aspectos importantes, con la finalidad de que automatizasen este proceso para situaciones posteriores:

Actividad	Pros	Contras	Probabilidad de salir bien	¿Vale la pena? ¿Por qué?

### *Anexo XV. Dinámica: Dietas milagro*

La psicóloga llevaría a clase varias revistas juveniles y los adolescentes (12-14 años) deberían buscar titulares e imágenes donde se promocionasen diferentes tipos de dietas.



Posteriormente en grupo, realizarían un póster superponiendo todas las imágenes y titulares de diferentes tipos de dieta con el objetivo de que se viese la contradicción entre las diferentes propuestas.

Finalmente, se analizaría junto con la psicóloga si este tipo de dietas están propuestas por la Web del Ministerio de Sanidad y Política Social y la psicóloga compartiría con el grupo la información que se proporciona en esta Web acerca de los efectos nocivos de estas dietas para la salud.

### *Dinámica: "Antes y después"*

La psicóloga repartiría un anuncio a cada adolescente (12-14 años), en formato noticia, con el testimonio de una mujer que ha perdido muchos kilos en poco tiempo.

Después de que los adolescentes le echaran un vistazo a la noticia se plantearía una serie de preguntas:

- ¿Qué es lo que más destaca en el anuncio?
- ¿Creéis que es posible adelgazar tantos kilos en tan poco tiempo sin alterar el organismo?
- ¿Creéis que es a propósito que nos den el testimonio de una persona?

Para finalizar, a modo de conclusión la psicóloga explicaría (para que los adolescentes viesen el engaño de estas dietas), que no es posible perder mucho peso en poco tiempo sin dañar a la salud, las nocivas consecuencias de ello y el posible "efecto yoyó" tras realizarlas. Además, expondría que el anuncio esta en formato noticia porque es una técnica que sirve para dar credibilidad a lo que se está diciendo, ya que solemos tener la impresión de que lo que está escrito suele ser cierto y esto no es cierto.



*Anexo XVI. Dinámica: Juguetes*

Los niños de 10 a 12 años traerían juguetes a clase y los enseñarían a los compañeros. Luego, se colocarían en círculo y analizarían junto con la psicóloga acerca de si sus juguetes se comportan de la misma forma y/o tienen las mismas funciones que los que se muestran en los anuncios publicitarios.

A modo de conclusión, la psicóloga explicaría a los niños cómo la publicidad crea los mensajes y la influencia que ejercen los medios de comunicación sobre determinados productos para que los compremos:

- Las personas que aparecen en los anuncios no suelen parecerse a las personas de la vida real
- En los anuncios, muestran siempre la parte buena de las cosas porque, si no, no querías comprar ese producto, etc. De la misma forma, también nos hacen creer que esos productos mejorarán nuestra felicidad y esto no es así.

*Anexo XVII. Dinámica: La trampa del Photoshop*

La psicóloga pondría a los adolescentes (12-14 años) dos vídeos para comprobar el antes y el después en las manipulaciones de imágenes de los medios de comunicación

- **Video 1:** <http://demo.fb.se/e/girlpower/retouch> antes y después de la manipulación de imágenes
- **Video 2:** <http://www.iwanexstudio.com/> antes y después de retocar las fotografías de diferentes personajes famosos.

Una vez se visionaran los videos, la psicóloga explicaría a los adolescentes las manipulaciones a las que se someten las imágenes transmitidas por los medios respecto al ideal de belleza. Los adolescentes comentarían en grupo acerca de lo visionado en los vídeos. A modo de conclusión, la psicóloga leería unas palabras de *Quilo Martínez* acerca de la publicidad:

Éstas son necesidades de personalidad que hay que satisfacerlas, motivaciones para comprar: (...) éxito en la vida, poder, ser admirado, respetado, éxito con el sexo opuesto, masculinidad, feminidad, ser moderno y actual, vencer la timidez, ser atractivo, ser joven y dinámico, elegancia, vida sana, libertad (...).

Aunque no nos demos cuenta, todos tenemos necesidades de este tipo insatisfechas. El publicista lo sabe y actúa de la siguiente forma:

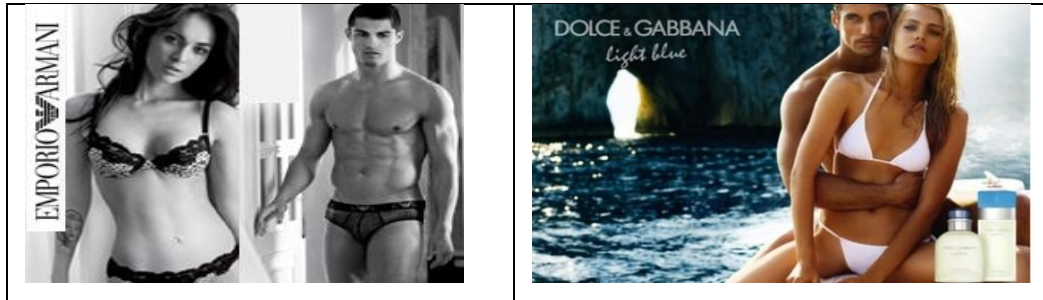
1º. Estudia el público al que va dirigido el mensaje (diferente clase social, nivel cultural, edad, sexo, etc.)

2º. Estudia las necesidades de la personalidad más comunes en este tipo de público definido, es decir, busca las motivaciones que este público tendrá para comprar o utilizar determinado producto.

3º. Elabora el mensaje para satisfacer las necesidades de la personalidad de este público determinado. Para elaborar el mensaje, utilizará varios recursos lingüísticos y visuales con el objetivo de fijarlos en la mente del público de tal forma que aparezcan en el momento de la acción (...).

*Anexo XVIII. Dinámica: Análisis de un anuncio*

En primer lugar se pediría a los niños que trajesen de sus casas diferentes anuncios, tanto de revistas, televisión, etc. La psicóloga también traería fotos de personas que no fuesen famosas ni saliesen en revistas. En segundo lugar, formarían grupos de tres personas con sus compañeros y observarían los algunos de los anuncios:



En tercer lugar, los niños contestarían a una serie de preguntas:

- Tipo de producto que se anuncia
- ¿Qué es lo que más destaca?
- ¿Salen personas? ¿Cómo son físicamente? ¿Cómo van vestidas?
- ¿Qué nos transmite el anuncio?
- ¿Te gustaría ser como ellos

Una vez se hubiesen extraído conclusiones sobre los anuncios, se expondrían en clase, con ayuda de la psicóloga para compartir opiniones.

Posteriormente, la psicóloga enseñaría fotos de personas no famosas y explicaría cómo la publicidad las retoca para crear personas "ideales".



Por último, se generarían unas conclusiones generales acerca de como los medios crean "cuerpos perfectos", pero que todo el mundo es diferente y se valora esa diversidad.

*Anexo XIX. Dinámica: "Las Cinco preguntas clave"*

La psicóloga proyectaría un anuncio de colonia a los adolescentes (12-14 años)

<https://www.youtube.com/watch?v=ry-PDjGECGg>

Tras haberlo visto, realizarían el análisis del anuncio mediante las *Cinco Preguntas Clave* (Sánchez-Carracedo y López-Guimerá, 2010), que permitirían esclarecer los cinco aspectos fundamentales del mensaje mediático:

1. **“¿Quién creó este mensaje?”**. En referencia al *autor* y/o *productor*.
2. **“¿Qué técnicas creativas se utilizan para llamar la atención?”**. Esta cuestión persigue que entiendan cómo se construyen los mensajes.
3. **“¿Cómo pueden diferentes personas entender este mensaje de forma distinta a como lo hago yo?”**. Plantearía para que sean más conscientes de la audiencia a la que va dirigida
4. **“¿Qué estilos de vida, valores y puntos de vista están representados u omitidos en este mensaje?”**. En este caso se pretendería que el estudiante analice el contenido o *mensaje* oculto que hay detrás.
5. **“¿Por qué se envió este mensaje?”**. Finalmente, el último aspecto a plantearse sería qué se está vendiendo, quién obtiene las ganancias y quién se beneficia con el mensaje.

*Anexo XX. Debate y reflexión*

Los adolescentes (12-14 años) se colocarían en círculo para compartir opiniones con todo el grupo y se llevaría a cabo una reflexión explícita sobre unas cuestiones:

- ¿Qué poder pueden tener los anunciantes sobre el material editorial o el contenido de las cadenas?
- ¿Cómo se puede saber si la información de un determinado sitio Web es fiable?
- ¿Qué tipo de revistas tiene el porcentaje más alto de publicidad?
- ¿Qué pasa con la publicidad de productos peligrosos para la salud?
- ¿Podemos hacer algo cuando detectamos que una imagen está manipulada o que el mensaje es falaz?

Una vez terminado el debate sobre éstas cuestiones, se les preguntaría cómo se han sentido durante la reflexión y se plantearía una pregunta final: ¿Qué debemos pensar o hacer una vez que conocemos toda esta información?

*Anexo XXI. Dinámica: "Carta de denuncia a los medios"*

La psicóloga presentaría a los adolescentes (12-14 años) algunos ejemplos de cartas reales elaboradas por consumidores en las que habrían denunciado o se habrían quejado de algún anuncio publicitario por ser mensajes falaces o no saludables. Tras leer algunas cartas, las analizarían y deberían elaborar su propia carta de denuncia a los medios sobre el anuncio que deseasen. Para finalizar, los adolescentes leerían en voz alta sus cartas y se debatirían en grupo junto con la psicóloga.

**" ¿Por qué tantas celebridades son "entrenamiento de la cintura"**

*"En el pasado reciente, la actriz Jessica Alba habla maravillas acerca de cómo lleva un día entrenador de la cintura y noche durante tres meses le ayudó a perder peso del bebé. Y ahora tenemos scout Willis (hija de Bruce y Demi), Kim Kardashian , Lindsay Lohan , y la cantante Nicole Scherzinger subir a bordo de este tren.*

*La gente, por favor. Ya hemos pasado por esto antes.*

*La fascinación de nuestra cultura con tallar la cintura parece ir y venir como el péndulo oscila entre la constricción de las modas (Como se ve en la época victoriana. Damas en ese entonces tenían que encaje hasta apretado!) Y se ve más flexibles (como los vestidos de la aleta de perdón que se convirtieron en la derecha populares después de la era de la cincha y la animada).*

*Pero la diferencia hoy es el siguiente: En realidad, ahora sabemos que el entrenamiento de la cintura puede causar problemas graves . Ya sabes, como moretones órganos internos, daños en el hígado, el estómago, el colon, la circulación, los músculos ... cosas por el estilo. De hecho, como he estado escribiendo este post, otras dos salidas principales (que, irónicamente, a menudo cuentan con imágenes de celebridades en sus entrenadores cintura) han publicado información sobre el entrenamiento de la cintura puede hacer daño.*

*En mi humilde opinión, todo esto plantea dos cuestiones importantes: 1) ¿Por qué tantas celebridades que participan en esta tendencia? Y 2) ¿Por qué están en lo que es tan público , sobre todo teniendo en cuenta que un montón de celebridades han sido avergonzado públicamente por llevar Spanx ? (Hmm, lo que también hace que me pregunte por qué nosotros, como cultura, no estamos cuestionando celebridades que son entrenamiento de la cintura, sin embargo, son implacables sobre las mujeres que usan embarazosas más discreto - y menos peligroso - modeladoras . Así que eso es tres preguntas).*

*Mi mejor teoría es la siguiente: La cobertura de las mujeres qué rapidez se están recibiendo sus cuerpos bikini de vuelta después del bebé es peor que nunca. Cuando escribí sobre ello hace cuatro años para este Blog , celebridades femeninas estaban tomando hasta seis semanas para estrenar su post embarazo cuerpos. (Slackers).*

*Hoy en día, hay mujeres haciendo que en cuatro días ! Pareja que con titulares como " La Formación de la cintura está trabajando! " Y tenemos un montón de gente - postparto y no - carreras para atarse de nuevo .*

*Lo más extraño, sin embargo, es que este abrazo público del entrenamiento de la cintura está sucediendo en un momento en que tantas celebridades en realidad están hablando en favor de la aceptación del cuerpo . Hemos conseguido modelo Chrissy Teigen mostrando sus estrías , Rosa empujando hacia atrás contra el cuerpo-shamers, y Rebel Wilson cuestionando por qué los ángeles de Victoria Secret siguen retenidos como modelos a seguir.(#¡Pensar!)*

*Que en realidad se plantea otra cuestión (traer a mi cuenta personal a cuatro): Para todos los famosos que exhibe su ropa interior anticuada y restrictiva - ? ¿Cómo podemos llegar a tomar si fuera poco Porque creo que todos estaríamos más felices y saludables si sólo dejar que todo el rato."*

*Anexo XXII. Dinámica: "Espots"*

La psicóloga explicaría a los niños (10-12 años) que deberían grabar un pequeño anuncio publicitario en grupos de 3 personas, con ayuda de la psicóloga, sobre conductas saludables y deberían respetar la diversidad de figuras corporales. Los niños hablarían en grupo sobre la idea que querrían transmitir y junto con la psicóloga realizarían un guión escrito.

Después de que realizasen unas pruebas y ensayos, la psicóloga les ayudaría a grabar sus espots. Finalmente, se verían todos ellos en clase y se realizarían unas conclusiones generales.

*Anexo XXIII. Dinámica: "Aprendiendo a ser tolerante"*

Por grupos de 4 a 6 personas, los adolescentes (12-14 años) leerían las "Historias de Juan, el superpapá, y su familia". Mientras leyesen deberían intentar descubrir posibles prejuicios y comportamientos intolerantes, y plantearían cómo se deben afrontar las distintas situaciones aceptando las diferencias de ideas.

**"Historias de Juan, el superpapá, y su familia"**

Todo el mundo lo dice: "Juan es un hombre bueno, honrado e íntegro". Todo un superpapá. Juan está felizmente casado con María y tiene tres hijos: Joaquín (16 años), Raquel (15 años) y Manuel (14 años).

Juan es siempre puntual en su trabajo. Bueno..., casi siempre. Algunos lunes se pone "enfermo". Sus compañeros le creen, porque Juan es un hombre bueno.

Suena el teléfono. Su cuñado ha tenido un accidente. Juan toma su coche para llegar pronto al hospital. ¡Vaya, la salida del garaje se encuentra taponada: una furgoneta se halla descargando!

- Apártese, que tengo prisa, dice Juan.
- No se impaciente, hombre, le responde el conductor de la furgoneta.
- Tengo mucha prisa. Apártese o llamo a la grúa.
- En seguida terminamos, hombre.

Juan llama a la grúa. Multa y todo lo demás. El conductor grita:

- ¡Malaleche, cabrón!

Juan no replica. Juan cree que las normas están para cumplirlas, y son normas para todos.

A Joaquín, el hijo mayor de Juan, no le gusta el fútbol ni el baloncesto, prefiere entretenerse haciendo colecciones y trabajos manuales en casa. En su clase, lo más "in" es ser hincha del Real Madrid y ver los partidos de la NBA. Un día, en una discusión tonta, un compañero le dice: "eres un tío raro, no hay quien salga contigo". Joaquín se siente dolido. Piensa que aunque no le gusta ir a jugar al fútbol, estaría encantado en quedar con sus compañeros de clase para ir al cine.

De regreso del trabajo, Juan entra a comprar tabaco. Deja el coche donde puede. ¡Cómo está la circulación! Llega por detrás un coche y comienza a sonar el claxon.

- ¡Apártese, hombre, que molesta!
- ¡Un poco de paciencia. que ya voy!, responde Juan.
- Apártese, o llamo a la grúa.

Juan escucha la amenaza. A Juan le duele. Él es un hombre comprensivo con los otros, y le duele que los otros no sean comprensivos con él.

Manuel, el menor de los hijos de Juan, es llamado "marica" por casi todos los compañeros de su clase porque tiene modales que parecen "afeminados" a los demás. Manuel se enfada y contraataca insultándoles o pegándoles. La cosa empeora. Juan ha sido citado a las siete de la tarde por el director del colegio del chaval. Son las 19,30 cuando el director le recibe.

- ¿Sabe Ud. qué hora es?
- Sí, las siete y media.
- ¿Cree Ud. que tengo el tiempo para perderlo?
- Disculpeme, no he podido...
- No valen las disculpas. ¿Qué seriedad enseñan Uds. a los alumnos, si Uds. mismos son los primeros que no cumplen?

Para Juan hay que predicar con el ejemplo, incluso en los pequeños detalles.

María, la mujer de Juan, es militante política de un partido de derechas. Hoy en el trabajo, discute con varios compañeros y uno le suelta: "eres una facha asquerosa". Ella le responde: "y tú un comunista endemoniado". Juan está enojado por la poca tolerancia que hay en algunos ambientes de trabajo.

Juan preside la comunidad de vecinos de su casa. Una familia gitana va a vivir en el ático. Se convoca una junta de la comunidad.

- ¿Qué sabemos de ellos? Pueden ser unos ladrones.
- No estamos seguros.
- En todo caso, seguro que son unos guarros, y nos van a dejar la escalera y el ascensor hechos una porquería.
- Pueden ser un peligro.

Como presidente, Juan ha de velar por la seguridad de los vecinos. Juan siempre piensa en los demás. Además, es un demócrata.

- No podemos admitir un peligro en nuestra casa, asevera Juan.

Raquel, la hija de Juan, mide 1,55 y pesa 63 Kg. Sus compañeras han acabado acomplejándola porque le dicen cada poco que es una enana regordeta. Raquel ha perdido seguridad en sí misma y no quiere ir a las fiestas con sus compañeras. Juan es un buen padre, que se preocupa de su hija y decide apuntarla a un gimnasio. No todos los padres se desviven por sus hijos como Juan.



A continuación, compartirían tres situaciones de intolerancia con las que se hubiesen encontrado en la vida real y sugerirían propuestas positivas para resolverlas.

	Situaciones de intolerancia	Solución
1.		
2.		
3.		

Para terminar, ya en gran grupo, se realizaría una puesta en común de lo trabajado en los grupos pequeños y se contestarían las siguientes preguntas:

**Historias de Juan, el superpapá, y su familia”.**

**Grupo nº (componentes grupo):**

- ¿Es coherente Juan en todo momento?
- ¿Qué posibles prejuicios hemos descubierto en el texto?
- ¿Y qué comportamientos intolerantes?
- ¿Creéis que es importante la tolerancia? ¿Por qué?

*Anexo XXIV. Dinámica: “Siempre hay una forma de decir bien las cosas”*

La psicóloga comenzaría leyendo la teoría de la hoja “Siempre hay una forma de decir bien las cosas”:

**“SIEMPRE HAY UNA FORMA DE DECIR BIEN LAS COSAS”**

En distintas situaciones se nos plantea la necesidad de usar formas correctas de comunicación que nos ayuden a resolver los conflictos de manera adecuada. Una comunicación correcta debe cumplir cuatro condiciones:

- Usar palabras y gestos adecuados
- Defender bien los propios intereses
- Tener en cuenta los argumentos y los intereses del otro
- Encontrar soluciones de compromiso razonables para ambas partes

Sin embargo, en nuestra comunicación con los demás, podemos reaccionar de tres formas:

**1. Podemos ser ASERTIVOS:**

- Decimos lo que pensamos y cómo nos sentimos
- No humillamos, desagradamos, manipulamos o fastidiamos a los demás
- Tenemos en cuenta los derechos de los demás
- No siempre evitamos los conflictos, pero sí el máximo número de veces
- Empleamos frases como: “Pienso que...”, “Siento...”, “Quiero...”, “Hagamos...”,
- Hablamos con fluidez y control, seguros, relajados, con postura recta y manos visibles, utilizamos gestos firmes sin vacilaciones, miramos a los ojos

**2. Podemos ser PASIVOS:**

- Dejamos que los demás violen nuestros derechos
- Evitamos la mirada del que nos habla
- Apenas se nos oye cuando hablamos
- No respetamos nuestras propias necesidades
- Nuestro objetivo es evitar conflictos a toda costa
- Empleamos frases como: “Quizá tengas razón”, “Supongo que será así”, “Bueno, realmente no es importante”, “Me pregunto si podríamos...”, “Te importaría mucho...”, “No crees que...”, “Entonces, no te molestes”,...
- No expresamos eficazmente nuestros sentimientos y pensamientos

**3. Podemos ser AGRESIVOS:**

- Ofendemos verbalmente (humillamos, amenazamos, insultamos,...)
- Mostramos desprecio por la opinión de los demás
- Estamos groseros, rencorosos o maliciosos
- Hacemos gestos hostiles o amenazantes
- Empleamos frases como: “Esto es lo que pienso, eres estúpido por pensar de otra forma”, “Esto es lo que yo quiero, lo que tu quieres no es importante”, “Esto es lo que yo siento, tus sentimientos no cuentan”, “Harías mejor en...”, “Ándate con cuidado...”, “Debes estar bromeando...”, “Si no lo haces...”, “Deberías...”

A continuación se repartiría una hoja a cada adolescentes y responderían a las siguientes preguntas:

- A) Describe una situación conflictiva o una conversación difícil que hayas tenido con otra persona y en la que hayas reaccionado de forma pasiva
- B) Describe una situación conflictiva o una conversación difícil que hayas tenido con otra persona y en la que hayas reaccionado de forma agresiva
- C) ¿Cómo podrías haber reaccionado de forma asertiva en las dos situaciones anteriores?
- D) Describe una situación conflictiva o una conversación difícil que hayas tenido con otra persona y en la que hayas reaccionado de forma asertiva:
- E) ¿Cuál es la forma de reaccionar que cumple mejor las cuatro condiciones de una correcta comunicación?
- F) ¿Cómo nos sentimos tras reaccionar de forma pasiva? ¿Y agresiva? ¿Y asertiva?
- G) ¿Con qué forma de reaccionar se daña menos la relación interpersonal?
- H) ¿Cómo te ven los demás al comportarte de forma asertiva? ¿Y agresiva? ¿Y pasiva?
- I) ¿Qué conclusiones has sacado de todo esto?

Estas preguntas se pondrían en común con el grupo y se debatiría acerca de ellas.

Para concluir, los adolescentes realizarían un role playing eligiendo entre todos una situación conflictiva real y ensayando las distintas formas de reaccionar. Ej: un amigo nos propone hacer algo que no nos gusta.

*Anexo XXV. Dinámica: "¿Estás escuchando?"*

La psicóloga comenzaría leyendo la teoría de esta hoja:

**“¿ESTAS ESCUCHANDO? (PRACTICAMOS LA ESCUCHA ACTIVA)”.**

El truco de un buen conversador no es ser interesante (saber hablar), sino estar interesado (saber escuchar). Decimos que una persona realiza una buena escucha activa cuando es capaz de prestar atención de una forma intencionada, dando claras muestras de comprensión y generando empatía (esto es, sabiendo ponerse en el lugar del otro).

¿Cómo hacer una buena escucha activa?

- Presta toda tu atención a la persona que habla, y dale claras muestras de ello: mírale frecuentemente a los ojos, asiente mediante gestos y expresiones verbales.
- Repite los puntos clave de aquello que te cuente y que parezca tener importancia para él, para darle a entender que le vas comprendiendo.
- No lo interrumpas salvo para mostrar que atiendes y para pedir aclaración si no entiendes.

Existen factores que pueden interferir en nuestra capacidad de escucha:

- Hábitos no verbales: desviar la mirada, movernos demasiado o muy poco, apoyar la cabeza en las manos, descuidar nuestra postura, perder el equilibrio y la simetría del cuerpo, cubrirte demasiado tiempo el pecho o el vientre con los brazos, ocultar las manos, no respetar el espacio territorial del otro,...
- Actitudes impulsivas: hacer evaluaciones o emitir juicios críticos, dar consejos sin que te los pidan, tratar de contar nuestro caso o una historia mejor que la que nos cuentan, preguntar selectivamente curioseando, disparar porqués, interpretar retorcidamente las intenciones del otro,...

Posteriormente, por parejas, los adolescentes (12-14 años) representarían un diálogo con distintas respuestas, unas que favorecerían y otras que entorpecerían la comunicación. Uno contaría una historia relativamente importante para él. El otro escucharía, y llegado un momento...

- ...pondría pegs a todo lo que dice
- .. daría consejos sin que se los pida el que habla
- ...diría “ya hablaremos de eso más tarde”
- ...trataría de contar una historia mejor
- ...conversaría con alguien más mientras le está hablando la otra persona
- ...no respondería
- ...se pasaría de gracioso diciendo una tontería tras otra
- ...interrumpiría y cambiará de tema
- ...le haría reproches
- ...miraría a otra parte y no al que le habla
- ...respondería con “por qué...” a todo lo que se le dice

A modo de conclusión compartirían entre todos una serie de cuestiones:

- ¿Cómo se han sentido los que hablaban en cada situación?
- ¿Cómo nos gustaría que los demás nos escucharan?
- ¿Cómo solemos escuchar nosotros?

*Anexo XXVI. Dinámica: "Decir "no" con claridad y buenas formas"*

La psicóloga comenzaría leyendo a los adolescentes (12-14 años) la teoría de la hoja "Decir no con claridad y buenas formas",

**"DECIR NO CON CLARIDAD Y BUENAS FORMAS"**

Queriendo decir no, se diga sí o se diga no, parece que uno se encuentra mal de todas maneras. El problema está en el coste emocional y en el temor a deteriorar la relación.

Sin embargo, es necesario que cada uno ponga límites en todas las relaciones con los otros; si no lo hacemos, estamos perdidos. Decir no a una petición, crítica, acusación o queja de forma asertiva implica expresar nuestro desacuerdo, sin tratar de herir a los demás pero sin sentirnos avasallados. Cuando somos capaces de decir no, somos más libres, pues llevamos el control de nuestras cosas, tiempo, cuerpo y decisiones. Decir no es un derecho que no necesita de explicaciones o razones.

A) Pasos a seguir:

1. Escucho activamente a la otra persona.
2. Empatizo de forma verbal (me pongo en el lugar del otro y expreso como creo que se siente).
3. Expreso mi objetivo en términos de derechos personales, sin justificarme (si nos justificamos, el otro puede darnos la vuelta a la justificación y dejarnos sin argumentos), mediante la técnica del disco rayado: repetir nuestra negativa una y otra vez, con tranquilidad, sin caer en las provocaciones que pueda hacer la otra persona ("Te repito que no..."). Y paso rápidamente al paso 4
4. Dar alternativas cuanto más y más concretas, mejor.
5. No ceder ante los chantajes emocionales que el otro intentará hacernos ante las distintas alternativas.

Para finalizar, se comentaría entre todos cómo se han sentido pidiendo y diciendo no, y cómo podrían usar lo aprendido en la vida real.

*Anexo XXVII*

**CUESTIONARIO DE VALORACIÓN Y SATISFACCIÓN DE LA PROPUESTA**

Sexo: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_

1. ¿Cómo valorarías los contenidos abordados en la propuesta?  
Nada adecuados   Algo adecuados   Bastante adecuados   Muy adecuados  
Justificación \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
2. De los contenidos trabajados ¿cuáles te han parecido más interesantes?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
3. ¿Qué otros contenidos te gustaría haber trabajado?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
4. ¿Cómo valorarías la metodología utilizada en la propuesta?  
Nada adecuada   Algo adecuada   Bastante adecuada   Muy adecuada  
Justificación \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
5. ¿Qué te ha parecido la actuación del psicólogo?  
Nada adecuada   Algo adecuada   Bastante adecuada   Muy adecuada  
Justificación \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
6. Valora del 1 al 10 el programa: \_\_\_\_\_
7. Valora tu satisfacción del 1 al 10 hacia la propuesta: \_\_\_\_\_
8. Escribe aquellos comentarios que te parezcan oportunos: