



Universidad
Zaragoza

Trabajo Fin de Grado

GRADO EN NUTRICIÓN HUMANA Y DIETÉTICA

Programa de prevención de trastornos de la conducta
alimentaria (Ciclo Enseñanza Secundaria Obligatoria)

Autor

Javier Gimeno Casanova

Director

Luis Álvarez Falcón
Departamento de Filosofía

Facultad de Ciencias de la Salud y del Deporte - Huesca
13 de junio de 2015



ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN	2
1.1.- INTRODUCCIÓN SOBRE LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA (TCA)	2
1.1.1.- <i>La influencia mediática: la televisión</i>	3
1.2.- DESCRIPCIÓN Y DIFERENCIACIÓN DE LOS DIFERENTES TRASTORNOS.....	4
1.2.1.- <i>Anorexia nerviosa (AN)</i>	5
1.2.2.- <i>Bulimia nerviosa (BN)</i>	5
1.2.3.- <i>Otras alteraciones menos específicas (TCANE): vigorexia, ortorexia y trastornos por atracón</i>	5
1.3.- ANÁLISIS HISTÓRICO DE LOS TCA	8
1.4.- CAUSAS DE LOS TCA.....	8
1.4.1.- <i>¿Qué puede causar los TCA?</i>	9
1.4.2.- <i>consecuencias TCA</i>	11
2. OBJETIVOS.....	15
2.1.- GENERALES.....	15
2.2.- ESPECÍFICOS.....	16
3. MATERIAL Y MÉTODOS	17
4. RESULTADOS	21
5. DISCUSIÓN.....	25
6. DESARROLLO DE UN PROGRAMA DE PREVENCIÓN.....	33
6.1.- PROGRAMAS DE PREVENCIÓN PRIMARIA.....	33
6.2.- MODELOS DE ACTIVIDADES PREVENTIVAS	33
6.3.- DINÁMICAS DE PREVENCIÓN.....	36
6.4.- PROPUESTA DE UN PROGRAMA DE PREVENCIÓN DE TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA.....	37
7. CONCLUSIONES	49
8. BIBLIOGRAFÍA.....	51



RESUMEN

En los últimos años, la Anorexia y Bulimia Nerviosa así como otros cuadros afines se han convertido en un importante problema sanitario con graves secuelas físicas, sociales y psicológicas. El aumento de la incidencia y las características de la población a la que afecta no sólo afectan al enfermo, también a su familia y al entorno más próximo, e incluso una manera diferente, pero muy importante, a los profesionales de la salud y a la educación, que se ven directamente o indirectamente implicados, sin disponer en ocasiones de los instrumentos teóricos imprescindibles para abordar estos conflictos. Para abordar con éxito estas patologías se precisa una buena información y una detección precoz de la enfermedad.

Los nuevos estilos de vida, la excesiva preocupación por la imagen corporal, los cambios en la alimentación, la publicidad, han hecho que la incidencia aumente, pero también encontramos un dato positivo, ya que la preocupación por estos trastornos y el conocimiento de ellos también ha aumentado.

El presente trabajo de final de grado (TFG) trata de abordar a nivel conceptual la problemática de los trastornos de la conducta de los alimentos en la sociedad actual, además se realizará una breve descripción técnica de los diferentes trastornos, con su análisis histórico, geográfico, así como que factores causales pueden provocar la enfermedad.

Finalmente para dar un enfoque más práctico y específico sobre los TCA, se realizará un programa de prevención de trastornos de la conducta alimentaria en ciclos de enseñanza secundaria obligatoria (ESO).

1. INTRODUCCIÓN

1.1.- INTRODUCCIÓN SOBRE LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA (TCA)

Los trastornos de la conducta alimentaria son tan amplios y abarcan tantas disciplinas como la psicología, la psiquiatría, la educación, la sociología y por supuesto la nutrición, que he intentando acercar la enfermedad desde todos los ángulos posibles. El enfoque del trabajado ha sido intentar crear una herramienta sencilla, útil, didáctica y sobre todo muy práctica.

Durante el desarrollo del trabajo, la motivación ha sido un elemento fundamental para poder alcanzar los objetivos de investigar, analizar y entender el funcionamiento de los TCA.

Hoy en día todo el mundo conoce qué son los trastornos de la conducta alimentaria (TCA), la anorexia nerviosa, bulimia nerviosa y otras alteraciones menos específicas, que en las últimas 3 décadas han alcanzado una especial relevancia, tanto por su creciente incidencia, como por la gravedad de la sintomatología asociada y resistencia al tratamiento, constituyendo hoy la tercera enfermedad crónica entre la población femenina adolescente y juvenil en las sociedades desarrolladas y occidentalizadas.

Hoy día las exigencias de adaptación al medio se han multiplicado y gracias a este proceso el hombre actual es mucho más flexible que en otras épocas de la historia. El entorno sociocultural cada vez resulta más incomprensible y extraño, sin olvidarnos que muchos problemas de salud en las sociedades desarrolladas surgen como consecuencia de estilos de vida inadecuados (Ortega RM et al cols., 2000).

Resulta evidente que uno de los cambios más relevantes en los últimos años ha sido la evolución del papel de la mujer y sus funciones en la sociedad occidental. El trabajo fuera de casa resulta ser una aspiración compartida por la inmensa mayoría de las mujeres actuales, es una forma de “realización” personal, un procedimiento para conseguir una autoestima y autoimagen suministradora de satisfacciones suficientes para mantener la estabilidad emocional (Gil et al cols., 2003).

Alimentarse, tipos de dietas, importancia del valor estético en la sociedad actual, alimentos “buenos”, alimentos “malos” están a la orden del día. La población está más preocupada por su dieta, por la salud y cómo podemos llegar a ella a través de la comida, cada vez más, cada uno de nosotros nos convertimos en pequeños expertos en nutrición, leemos revistas, libros, vemos programas y todo para conseguir bienestar. Esa búsqueda del bienestar, ya sea estando más delgado, más musculoso, más

sano... provoca una obsesión por la comida y todo aquello que tenga relación con ella. En este punto surgen los Trastornos de la Conducta Alimentaria que podríamos definirlos como alteraciones del comportamiento relacionadas con el consumo de alimentos de un individuo que presenta ansiedad y una preocupación excesiva por el peso corporal y el aspecto físico. Cuando toda la vida y el control de la misma gira en torno a la alimentación se puede empezar a hablar de la aparición de un TCA.

1.1.1.- LA INFLUENCIA MEDIÁTICA: LA TELEVISIÓN

Es innegable que la sociedad actual está viviendo en un total y absoluto culto al cuerpo y que, constantemente, es bombardeada a través de la televisión, anuncios publicitarios, moda, prensa, etc... con mensajes bien directos, bien indirectos y sutiles que promueven poseer un cuerpo esbelto y delgado para triunfar tanto a nivel emocional como laboral e incluso personal (Andersen AE y DiDomenico L., 1992; Downs AC y Harrison SK., 1985; Field AE et al cols., 1999; Garner DM et al cols., 1980; King N et al cols., 2000; Martínez-Gómez D et al cols., 2015; Snyder R., 1992).

De todos los medios de comunicación la televisión es, sin duda alguna, el que juega un mayor papel social y cultural, habiéndose realizado interesantes estudios acerca de la hipotética relación entre dicha entidad mediática y los TCA (Barret RTJ., 1997; Durant R et al cols., 1994; Meermann R et al cols., 1986 ; Tiggermann M y Pickering A., 1996; Verri AP et al cols., 1997).

Algunos investigadores han estudiado el tiempo que pasan los adolescentes viendo la televisión, la influencia de la misma en las elecciones de compra de productos, la imagen corporal ideal y las distintas elecciones de programas televisivos, encontrando que las pacientes con TCA presentan una “dependencia” psicológica de la televisión estando más horas diarias viendo la misma y estando más influenciadas sus compras por los comerciales que en el grupo control (Verri AP et al cols., 1997).

Otros autores encuentran una asociación entre el tiempo que pasan los adolescentes viendo la televisión y los TCA menos explícita que con la obesidad, afirmando que un 25% del incremento de la obesidad entre adolescentes es debido al aumento del tiempo que pasan viendo la televisión (Dietz WH., 1990), el cual conlleva implícitamente un aumento de la inactividad física.

No parece, pese a los intentos, que en el futuro se frene esta invasión en los medios de comunicación de mensajes nocivos dirigidos a la juventud relacionados con la “cultura del cuerpo”, pues son evidentes los grandes intereses económicos que rodean todo este mercado. No obstante, se necesitan más investigaciones para determinar la influencia de los medios de comunicación como una de las variables patogénicas en estos trastornos.



Los TCA es una enfermedad de origen multifactorial, que afecta en mayor o menor grado a un porcentaje muy relevante de mujeres y puede tener su inicio en la adolescencia, con manifestaciones clínicas diversas y complejas, además tienen una gran relevancia socio-sanitaria por su peculiaridad, su gravedad, su interés social, su complejidad y sus dificultades de diagnóstico y tratamiento. Es importante tener en cuenta que hay una alarma social al respecto de los TCA por el aumento alarmante de casos en países desarrollados.

1.2.- DESCRIPCIÓN Y DIFERENCIACIÓN DE LOS DIFERENTES TRASTORNOS

Los TCA constituyen un grupo de trastornos mentales caracterizados por una conducta alterada ante la ingesta alimentaria o la aparición de comportamientos de control de peso. Esta alteración lleva como consecuencia problemas físicos o del funcionamiento psicosocial del individuo. Las actuales clasificaciones de los TCA incluyen la anorexia nerviosa (AN), la bulimia nerviosa (BN) y otras alteraciones menos específicas (TCANE) como la vigorexia, ortorexia y trastornos por atracón. Dentro de los TCA tenemos 3 tipos:

1.2.1.- ANOREXIA NERVIOSA (AN)

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 autoinducidos, 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 (Peixoto et al cols., 2015) y falta de respuesta a las necesidades internas. La mayoría de los casos de anorexia se inician entre los 12 y 18 años.

1.2.2.- BULIMIA NERVIOSA (BN)

La BN es un TCA que se caracteriza por episodios de atracones (ingesta voraz e incontrolada), en los cuales se ingiere una gran cantidad de alimento en poco espacio de tiempo y generalmente en secreto. Las personas afectadas intentan compensar los efectos de la sobre ingesta mediante vómitos autoinducidos y/o otras maniobras de purga (abuso de laxantes, uso de diuréticos, etc...) e hiperactividad física. Muestran preocupación enfermiza por el peso y figura. En la BN no se producen necesariamente alteraciones en el peso, se puede presentar peso normal, bajo o sobrepeso. La BN suele ser un trastorno oculto, ya que fácilmente pasa desapercibido, y se vive con sentimientos de vergüenza y culpabilidad. La persona afectada suele pedir ayuda cuando el problema ya está avanzado.

En la bulimia, la edad prevalente de inicio es posterior, entre los 16 y los 25 años. Sin embargo, el momento de la demanda asistencial se demora entre 1 y 3 años de media.

1.2.3.- OTRAS ALTERACIONES MENOS ESPECÍFICAS (TCANE): VIGOREXIA, ORTOREXIA Y TRASTORNOS POR ATRACÓN.

En los TCANE se incluyen trastornos como vigorexia, anorexia y trastornos por atracón, así como otras conductas compensatorias inapropiadas (después de ingerir pequeñas cantidades de alimento, masticarlas y expulsar la comida) y episodios compulsivos de ingesta de forma recurrente pero sin conductas compensatorias. En los TCANE son habitualmente cuadros de AN o BN incompletos, ya sea por su inicio o porque están en vías de resolución. Por lo tanto, en ellos veremos síntomas similares a la AN o a la BN pero sin llegar a configurar un cuadro completo, aunque no por ello menos grave.

1.2.3.1.- VIGOREXIA

El psiquiatra estadounidense Harrison G. Pope del Hospital de la Facultad de Medicina de Harvard, acuñó el término en 1993. Lo bautizó como la “Anorexia Reversa”, por estar más relacionada con los varones que con las mujeres; luego prefirió hablar de la misma con el término de “Complejo de Adonis”. La vigorexia es un trastorno mental relacionado con la adicción a la musculación que se descubrió mientras se investigaba el abuso de esteroides anabólicos en fisicoculturistas. Es un trastorno psicológico distinto a los anteriores, ya que no es exactamente alimentario pero que comparte muchos síntomas como la obsesión por la figura y la distorsión del cuerpo mediante la práctica excesiva de ejercicio físico.

En los últimos veinte años ha proliferado el mercado orientado a los hombres, como por ejemplo, productos cosméticos exclusivos para hombres, revistas de fitness, de musculación, depilación láser, cirugías estéticas, etc..., lo que ha hecho que el hombre quiera o desee cuidarse más (Pope et al., 2000; Navarra, 2003). Este trastorno deriva de la insatisfacción con la imagen corporal del individuo relacionado con la musculatura y se denomina dismorfia muscular (Pope, Katz y Hudson, 1993).

1.2.3.2.- ORTOREXIA

El término ortorexia nerviosa proviene del vocablo griego que significa “obsesión por un apetito correcto”. Ortho =correcto y Orexia =apetito nerviosa hace referencia a la fijación. Fue definido por primera vez por el médico norteamericano Steven Bratman, en 1997, en un libro publicado en el año 2000 en EEUU y titulado “Health Food Junkies”, (“Yonkies de comida sana”). Este trastorno consiste en una obsesión patológica por la alimentación sana o equilibrada. La ortorexia más que en la cantidad se centra en la calidad de la alimentación hasta convertirse en una obsesión patológica.

Suelen ser personas con normas muy rígidas, con un comportamiento obsesivo-compulsivo, si en algún momento no las cumplen se autocastigan con dietas más estrictas como el ayuno, alaban sus éxitos, tienen un estricto autocontrol para resistir la tentación y sienten superioridad hacia aquellos que no siguen sus mismos hábitos alimentarios. Este tipo de trastornos pueden darse en cualquier etapa de la vida, siendo en la adolescencia y en adultos jóvenes donde más casos encontramos.

1.2.3.3.- TRASTORNO POR ATRACÓN

Concretamente, estamos hablando de un trastorno mental caracterizado por la ingesta de grandes cantidades de comida, y como consecuencia inmediata aparece el sobrepeso, la obesidad y todos los riesgos que, a nivel de salud, se le asocian (diabetes, hipertensión, hipercolesterolemia, etc...). La OMS (Organización Mundial de la Salud) ha clasificado el Trastorno por atracón como trastorno mental y de comportamiento, y está incluida en los manuales de salud mental.

Este trastorno está especificado como uno de los específicos en la familia de los TCA. La edad más común de aparición de los trastornos de comportamiento alimentario es de los 14 a los 24 años y, sobre todo, la aparición de los trastornos atípicos y cuadros complicados se da a partir de los 25 años.

La diferencia principal en los TCANE con la BN es la ausencia de mecanismos compensatorios de los atracones, por lo que con el tiempo el paciente se encamina inexorablemente hacia un problema de sobrepeso u obesidad. Tal vez este trastorno es el que mejor representa el nexo de unión entre los TCA y la obesidad, durante muchos años patologías consideradas poco o nada relacionadas.

1.3.- ANÁLISIS HISTÓRICO DE LOS TCA

Las referencias históricas nos indican que, en otras épocas, hubo personas que buscaron la delgadez y presentaron trastornos similares a los actuales TCA. Por ejemplo, el ayuno que se impusieron algunas santas como una forma de ascetismo (*doctrina filosófica y religiosa que busca purificar el espíritu por medio de la negación de los placeres materiales o abstinencia*) para alcanzar la santidad, siendo una de las primeras referencias de comportamiento anoréxico. Ellas dedicaron parte de su vida a alimentar a los demás, restringiendo su dieta de forma muy severa, además padecieron amenorrea, estreñimiento, dificultades para conciliar el sueño y tuvieron una vida hiperactiva; eran muy perfeccionistas y nunca se sentían seguras de poder alcanzar el ideal propuesto.

Los estudios del Siglo XIX, situaron la anorexia en el discurso de la feminidad y la presentaron como una perversión mental, propia de mujeres jóvenes emocionalmente inestables. Esto hace pensar que la medicina contribuyó en la construcción y legitimación de un estereotipo de género. Posteriormente, los psiquiatras atribuyeron estas conductas a trastornos mentales provocados por la vida sexual y emocional de las mujeres, con posibles sesgos en la interpretación de los síntomas y la manifestación de las patologías de los TCA (Contreras- Hernández J et al cols., 2005).

Durante el siglo XIX se produce un creciente interés científico por la anorexia que culmina a finales de siglo con la convicción de que las personas que se abstienen de comer son enfermas y necesitan tratamiento. Es la época victoriana, y la moda por la delgadez se impone entre las jóvenes. Marcé es el primer autor que publica un artículo describiendo el trastorno y destacando que el rechazo a comer se presenta fundamentalmente en chicas que inician la pubertad, atribuyendo su causa a factores mentales y no físicos.

1.4.- CAUSAS DE LOS TCA

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.

Los TCA son muy complejos y detrás de su aparición no encontramos una única explicación. Aunque son frecuentes los mensajes que culpabilizan por un lado a la moda o por otro a determinadas formas de relación y educación familiar cómo único componente causal, lo cierto es que lo único que determina realmente el inicio de un TCA es la convicción de empezar una dieta con el fin de mejorar

la imagen que uno tiene de sí mismo y poder sentirse mejor. Los factores que determinan la aparición de los TCA son los que se relacionan con la fragilidad que tienen el individuo para caer sumisamente a los mensajes mediáticos y del grupo al que pertenece, imitando los comportamientos de los demás sin crítica alguna y sin tener en cuenta sus necesidades.

El peso específico de cada uno de ellos todavía no está bien determinado. Los TCA suelen iniciarse en la adolescencia, aunque progresivamente se va observando una mayor frecuencia de inicios en la edad adulta e infantil. Afectan principalmente a la población femenina (aproximadamente, por cada nueve casos de TCA en mujeres se presenta uno en hombres).

1.4.1.- ¿QUÉ PUEDE CAUSAR LOS TCA?

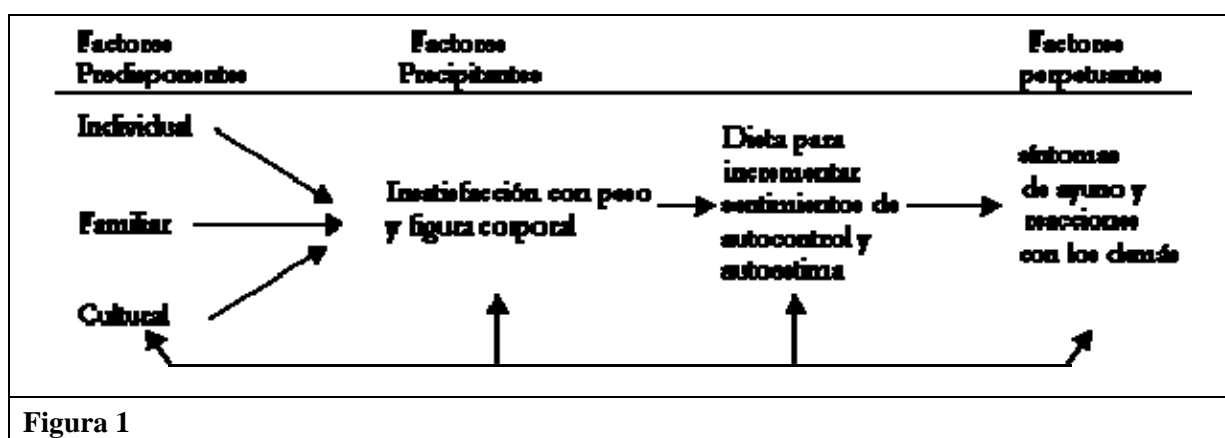


Figura 1

1.- Factores de predisposición al trastorno: son aquellos que se relacionan con la vulnerabilidad de la persona para padecer el trastorno.

- Contexto social: valores como el del éxito, la riqueza, la valía profesional, familiar y personal.
- Dificultades en las relaciones familiares: se incluyen todas las problemáticas en el funcionamiento del sistema familiar.
- Excesiva importancia de la imagen corporal en la familia y problemas alimentarios en la familia.
- Predisposición genética: el temperamento está determinado genéticamente y condiciona la manera en que se regulan las emociones. Los estudios basados en la tecnología identifican AN y BN como trastornos "circuitos cerebrales", además los estudios en gemelos han revelado interacciones gen x ambiente. Se estima que durante la adolescencia, las variaciones genéticas son responsables del hasta el 85% de los factores de riesgo de síntomas de TCA y de preocupación con el peso y la forma del cuerpo, indicando con ello que estos factores tienen una importancia mucho mayor en la determinación de la etiología de los TCA, que los factores ambientales. La evidencia sugiere que el tipo de riesgo genético

para los atracones puede estar mediado por el género y las estimaciones de heredabilidad de los síntomas de TCA son compartidos en una pequeña proporción por ambos géneros (Bulik y cols., 2006).

- Predisposición personal: incluye una serie de características y competencias personales relacionadas con la capacidad para defenderse de la influencia social y familiar, los recursos psíquicos de cada individuo.
- Factores psicológicos: trastornos afectivos (Holderness et al cols., 1994; Swinbourne y Touyz., 2007) trastornos de la personalidad (Godart NT et al cols., 2006), trastornos obsesivo-compulsivos (Woodside y Staab., 2006), trastorno de control de impulsos (Godart NT et al cols., 2002), realizar dieta anómala y restrictiva y preocupación por el cuerpo, historia personal de dificultades alimentarias (Bulik., 2005), excesiva rigidez, perfeccionismo, retraimiento social y baja autoestima (Serpell et al cols., 2006).
- La autoestima: Vinculan fácilmente la exigencia de perfección a obtener el cuerpo que se han propuesto.

2.-Factores desencadenantes o de precipitación:

- Presión para adelgazar: comentarios excesivos dentro del núcleo de la familia sobre su cuerpo o ciertas partes del mismo, excesiva importancia de la familia a la estética y la belleza corporal (Halmi et al cols., 2005; Martínez-Gómez D et al cols., 2015) y demasiada información preventiva.
- Situaciones vitales de estrés. Cualquier cambio vital, incluidos los positivos, pero que en determinados perfiles pueden producir la aparición de un TCA, tales como una separación matrimonial, casarse, el embarazo o la pérdida de la juventud (Bulik., 2005).

3.-Factores de mantenimiento: una vez instaurado el trastorno, reúne todas aquellas situaciones o vulnerabilidades que favorece que el trastorno se prolongue en el tiempo. Se podrían incluir aquí factores predisponentes y desencadenantes ya recogidos anteriormente.

El factor que más favorece el mantenimiento del TCA es una pauta inadecuada en la dieta. Esta dieta restrictiva produce una serie de cambios biológicos y psicológicos que interfieren en el buen funcionamiento mental y corporal. Por ello el individuo sigue:

- Negando lo que le pasa. No tiene conciencia clara de enfermedad y no es capaz de cambiar lo que piensa.
- Se obsesiona cada vez más por la comida.

- Sus capacidades cognitivas y su capacidad de abstracción se empobrece.
- A medida que aumenta la restricción aumenta el riesgo del descontrol alimentario, acrecentando el miedo a ganar peso.

Prácticamente la mitad de los pacientes con anorexia nerviosa desarrollan signos bulímicos y algunos pacientes inicialmente con bulimia nerviosa presentan en su evolución rasgos anoréxicos. Así mismo, algunos pacientes, ya sean los más jóvenes, o aquellos que están “aprendidos” de más tratamientos muestran una sintomatología que no puede clasificarse claramente como de anorexia o de bulimia, diagnosticándose así un trastorno de conducta alimentaria no especificado o TCANE.

1.4.2.- CONSECUENCIAS TCA

¿Cuáles son las manifestaciones clínicas específicas de la AN?

Imagen corporal: una de las principales manifestaciones clínicas respecto a la AN es el rechazo al peso normal o al aumento de peso ponderal y distorsión de la imagen corporal. El descontento con la imagen corporal es el principal motivo para la pérdida de peso, sobre todo si se asocia con baja autoestima. Se trata de un temor fóbico a engordar y a perder el control sobre la comida.

Alteraciones psicopatológicas: suelen estar presentes en síntomas como humor depresivo, apatía, dificultad para concentrarse, ansiedad, irritabilidad, aislamiento social, pérdida de la libido, rumiaciones y/o rituales obsesivos (Peixoto et al cols., 2015) alrededor de la comida.

Alteraciones fisiológicas: como consecuencia de la pérdida ponderal, aparecen alteraciones secundarias a la desnutrición, especialmente hormonales y metabólicas (Fairburn et al cols., 1999).

Amenorrea: síntoma característico de la enfermedad y puede aparecer hasta en el 70% de los casos cuando la pérdida ponderal es significativa. Un 20% de pacientes presentan amenorrea sin pérdida de peso previa detectable. La causa es un hipogonadismo hipogonadotrófico originado por una disfunción hipotalámica que se considera primordialmente producida por la reducción de la ingesta calórica y la pérdida de peso (Preti et al cols., 2008).

Hiperactividad física: suele estar presente desde el inicio del cuadro. Estas personas presentan dos tipos de hiperactividad: el ejercicio físico deliberado dirigido a quemar calorías y perder peso, que suele practicarse en solitario, tiene características obsesivas y únicamente se da en una minoría de

pacientes, y la hiperactividad involuntaria secundaria a la desnutrición, que es una respuesta automática en forma de inquietud persistente similar a la observada en animales de laboratorio sometidos a una ingesta hipocalórica.

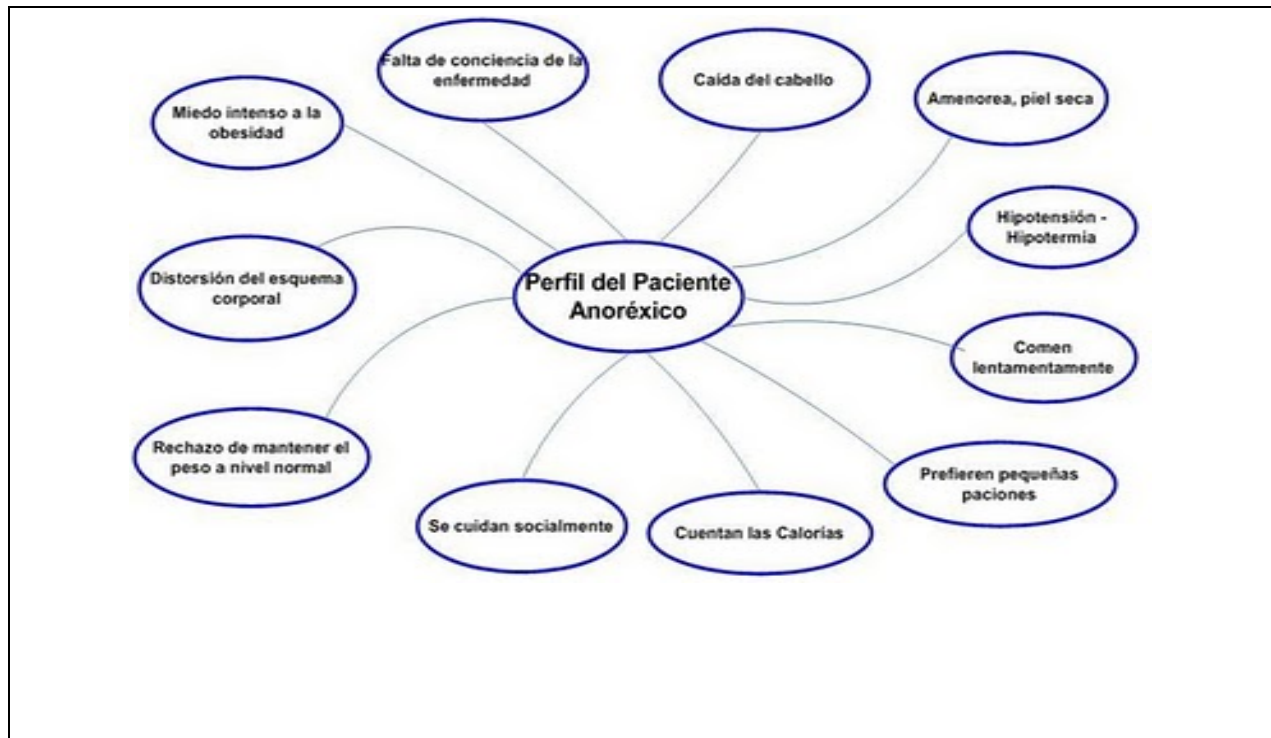


Figura 2

¿Cuáles son las manifestaciones clínicas específicas de la BN?

Pérdida de control sobre la conducta alimentaria: en este trastorno, las personas afectadas ingieren gran cantidad de alimentos en cortos períodos de tiempo. La duración de estos períodos puede ser variable (alrededor de dos horas), aunque siempre dentro de un período de tiempo de dos horas. Los atracones se pueden presentar a cualquier hora del día pero son más frecuentes a partir de media tarde.

Alimentos con alta densidad calórica: el tipo de alimentos consumidos durante el atracón varía, en la mayoría de casos se ingieren dulces y alimentos con alto contenido en calorías, como son los helados o pasteles; la cantidad también es variable pero puede llegar a varios kilos.

Alteraciones psicopatológicas: pueden desencadenarse por estados de humor disfórico, dificultades interpersonales, hambre intensa o tras dietas restrictivas o sentimientos relacionados con el peso, la figura corporal o los alimentos. Se acompaña de sensación de falta de control y pueden reducir la disforia de forma transitoria, pero siempre van seguidos de sentimientos de culpa, autodesprecio o humor depresivo.

Presencia de mecanismos compensatorios destinados a impedir el aumento de peso: del 80% al 90% de las personas afectadas se provoca el vómito después del atracón. El efecto inmediato es el alivio del malestar físico y la reducción del miedo a ganar peso. La forma más frecuente es mediante la introducción de la mano para provocar el reflejo nauseoso. Con el tiempo, va resultando más fácil la provocación de vómitos, llegando incluso a realizarlos comprimiendo el abdomen.

Otros mecanismos utilizados para evitar el aumento de peso son el abuso de laxantes y el uso de diuréticos o el consumo de otros fármacos anorexígenos, la realización de ejercicio excesivo o el ayuno. Tanto los laxantes como los diuréticos provocan deshidratación con la consiguiente sensación de pérdida ponderal, pero al interrumpir su utilización se produce una retención refleja de líquidos y, por lo tanto, se perpetúa su empleo.

Preocupación persistente por el peso y la figura: se trata de un miedo morboso a engordar. La mayoría de los síntomas de BN parecen ser secundarios a estas actitudes y su modificación es probablemente, esencial para la completa resolución del trastorno.

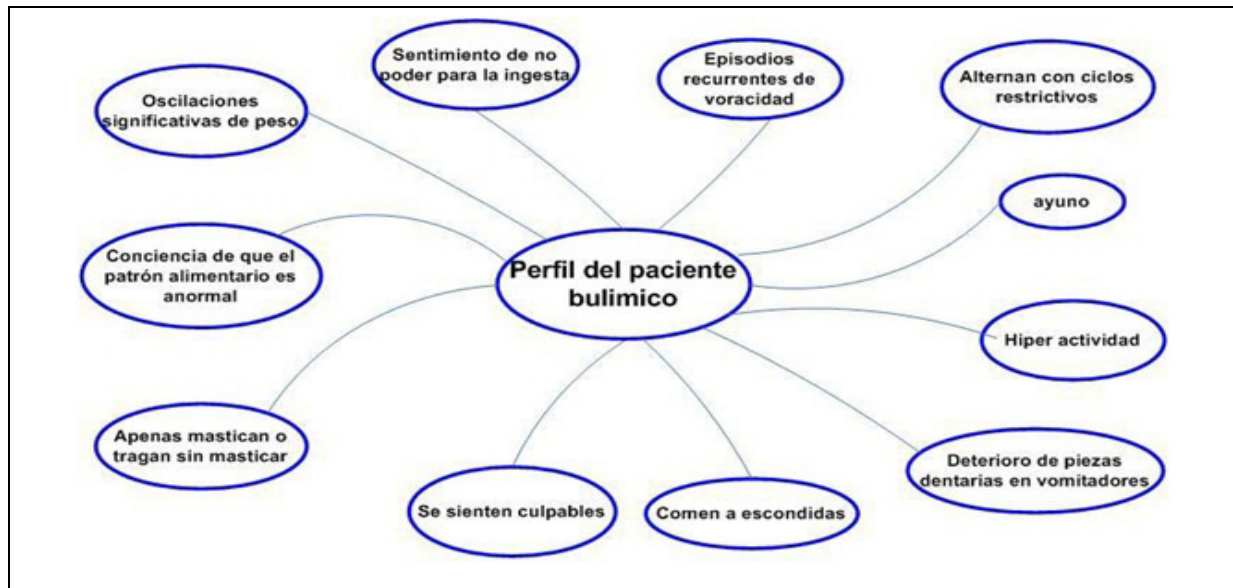


Figura 3

Tabla comparativa Anorexia vs Bulimia

Anorexia	Bulimia
Inicio temprano	Inicio tardío
Dieta restrictiva	Dieta variable (restrictiva y atracones)
Bajo peso	Peso con pocas variaciones
Pocos antecedentes de obesidad previa	Mayores antecedentes de obesidad previa
Control de peso estable: restricción alimentaria	Control de peso inestable: restricción, vómitos, laxantes y diuréticos
Hiperactividad	Hipoactividad
Amenorrea	Amenorrea en el 50 % de los casos
Pocos intentos de suicidio	Más frecuentes
Complicaciones médicas crónicas	Complicaciones médicas agudas
Baja impulsividad	Impulsividad

Tabla 1

2. OBJETIVOS

A la hora de desarrollar un programa de prevención de los TCA es muy importante marcar los objetivos para poder desarrollar a partir de los mismos la guía de prevención de los TCA. Es decir, a partir de esos objetivos se podrá plantear, estructurar y articular cualquier tipo de actuación, por eso es importante hacerse las preguntas para qué y para quien está dirigido este programa.

2.1.- GENERALES

Dentro del programa de prevención encontramos los siguientes objetivos generales:

- Prevenir Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA), como la anorexia y la bulimia, en población adolescente mediante un programa de prevención.
- Promover una alimentación y estilos de vida saludables que permitan prevenir un TCA así como patologías derivadas de malos hábitos nutricionales.
- Potenciar factores de protección frente a estas enfermedades.
- Facilitar el desarrollo de un pensamiento crítico frente al modelo estético corporal dominante impuesto socialmente.
- Valorar la relación existente entre la imagen corporal, la autoestima y el bienestar físico, psíquico y social en relación con el patrón de consumo de alimentos.
- Poner en manos de profesionales que trabajan con adolescentes (profesorado, psicólogos infantiles, pedagogos etc...) un instrumento de trabajo, sencillo y válido que les permita desarrollar actividades de promoción/educación para la salud y prevenir la aparición de trastornos de la conducta alimentaria y sobrepeso.
- Facilitar mediante propuestas prácticas el desarrollo de intervenciones en la alimentación saludable.
- Desarrollar con recursos metodológicos y materiales adecuados, intervenciones-tipo en primaria y secundaria para cada uno de los temas que se han considerado esenciales.
- Seleccionar del amplio campo de la alimentación y salud los temas claves para que puedan adquirirse comportamientos y habilidades saludables en relación con la alimentación a lo largo de la etapa escolar.
- Proporcionar conocimientos sobre nutrición, alimentación y ejercicio físico saludables.



2.2.- ESPECÍFICOS

Los objetivos específicos tratan de nombrar aquellos aspectos más importantes que tiene que tener en el trabajo siendo mucho más concretos, más concisos y más precisos. Dentro del programa de prevención encontramos los siguientes objetivos específicos:

- Proporcionar un modelo estético corporal saludable frente al culto a la delgadez.
- Aumentar la aceptación de la propia imagen corporal.
- Conocer que es un trastorno de la conducta alimentaria.
- Qué tipos de TCA existen.
- Quienes pueden sufrirlo: población diana.
- Las causas y consecuencias de sufrir un TCA.
- Aumentar la aceptación de la propia imagen corporal.
- Reflexionar en grupo sobre los hábitos alimentarios.
- Conocer que alimentos y estilo de vida conforman la dieta Mediterránea.
- Desarrollar habilidades y destrezas para elegir una dieta saludable, estimulando el juicio crítico.

3. MATERIAL Y MÉTODOS

La metodología utilizada para el desarrollo del trabajo se ha realizado tras consultar diferentes y numerosas fuentes de bases científicas, así como varias guías de prevención de los TCA y diversas fuentes bibliográficas especializadas en la materia. Además se han usado fuentes primarias y secundarias. Respecto a la organización de los datos obtenidos y para poder facilitar la lectura del trabajo se ha realizado a través de síntesis, cuadros conceptuales, esquemas, dibujos, gráficos y tablas.

En la metodología usada en la discusión se han utilizado fuentes diversas para recoger, elaborar y contrastar los resultados obtenidos en el trabajo con los resultados de los otros trabajos.

En el apartado práctico, se realizó una sesión en el I.E.S Grande Covián a los alumnos de 4º E.S.O. En la sesión práctica se expusieron una serie de conceptos generales sobre que es un TCA, quienes pueden sufrirlo, que consecuencias tienen y que hacer en caso sufrirlo. Además se visionó un documental sobre nutrición y salud. Por último, se pasaron 2 cuestionarios para completar la sesión práctica, el primero fue un cuestionario para valorar los conocimientos sobre nutrición y el segundo fue un test el EAT-26 para determinar cuántos alumnos podrían estar en riesgo de sufrir un TCA. Una vez obtenidos los resultados fueron analizados, valorados y plasmados en diferentes gráficas.

EAT-26

La justificación del EAT 26 en la sesión práctica fue por ser el test que mejor se adaptaba al perfil de población en el cual se desarrollaba el programa de prevención. La validación española del EAT-26 en nuestro medio se ha llevado a cabo por Gandarillas A, *et al.*, 2003 en un medio comunitario en población femenina (15-18 años) escolarizada.

Las características psicométricas de este cuestionario son similares a las descritas por sus autores. Para un punto de corte de 20 puntos o más, la sensibilidad es del 59%, la especificidad del 93%, valor predictivo positivo (VPP) del 23%, valor predictivo negativo (VPN) del 99% y porcentaje de bien clasificados del 92% (Gandarillas A et al cols., 2002). Como cuestionario de cribado es útil para diferenciar los casos de TCA de la población normal, aunque es importante señalar el escaso VPP, dado que la prevalencia del problema es baja (Gandarillas A et al cols., 2002).

Cuando el punto de corte es más bajo (10 puntos o más), el EAT-26 presenta una sensibilidad del 90%, especificidad del 75%, VPP del 11%, VPN del 99,5% y porcentaje de bien clasificados del 76% (Gandarillas A et al cols., 2002).

El Ministerio de Salud y Consumo (MSC) ya recomendaba su uso como instrumento de cribado en el año 1995 (Protocolo de trastornos del comportamiento alimentario, MSC, 1995) , ya que el EAT-26 era capaz de distinguir entre pacientes con AN y población normal y entre pacientes con BN y población normal, pero no entre AN restrictiva y BN, estableciendo el punto de corte de <20 puntos en mujeres, >30 puntos en población de riesgo y >50 puntos en población clínica (Protocolo de trastornos del comportamiento alimentario, MSC, 1995).

Cuestionario de conocimientos de nutrición (Guía práctica de prevención de los trastornos de la conducta alimentaria, Pedro Manuel Ruiz Lázaro, grupo Zarima- Prevención, 1999).

Este cuestionario mide distintas actitudes y conductas. Algunas preguntas se refieren a la comida y la conducta de comer, en cambio otras se refieren a que el se piensa y se siente sobre uno mismo/a. Las preguntas abarcan desde cuantas comidas deben realizarse al día, que principios inmediatos son lo que hay que comer en mayor cantidad, que alimentos hay que comer menos o evitar, en que fuentes alimentarias se encuentran los HC, con qué frecuencia hay que comer ciertos alimentos, en que debe consistir el desayuno, que son alimentos son los lácteos, la frecuencia que hay que tomar las frutas y las verduras, la importancia de la hidratación y una última pregunta sobre el pan.

Además de toda la búsqueda de información en diferentes fuentes, otro aspecto fundamental en el apartado metodológico fue durante la sesión práctica realizada en el I.E.S Grande Covián se llevaron a cabo entrevistas con dirección del centro, con jefatura de estudios, con el equipo de orientación y finalmente con escuelas promotoras de salud, además de realizar las sesiones prácticas con los diferentes grupos de estudiantes. Así se observó la problemática de los TCA en el ámbito escolar en adolescentes desde ángulos diferentes.

En el desarrollo del TFG se han consultado diferentes fuentes bibliográficas en la red para investigar y poder profundizar más si cabe sobre los TCA en adolescentes. A continuación se muestran algunas de las guías y programas de prevención que se han consultado:

- 1.1.1. Guía práctica de prevención de los trastornos de la conducta alimentaria del Gobierno de Aragón** realizada por el CJAN (Consejo de la juventud de Aragón), UMI (Unidad mixta de investigación) y por la asociación ARBADA (Asociación aragonesa de familiares de enfermos de la conducta alimentaria, anorexia y bulimia).
- 1.1.2. Manual TCA** Vicente J. Turón Gil y Laia Turón Viñas.
- 1.1.3. Guía de Cuidados de Enfermería Familiar y Comunitaria en los Trastornos de la Conducta Alimentaria** (Ministerio de sanidad y consumo).
- 1.1.4.** Esther Nieto García, Amparo Casado Lollano, César García Pérez, Leticia Peláez Rodríguez.
- 1.1.5. Trastornos del comportamiento alimentario** criterios de ordenación de recursos y actividades representantes del Insalud.
- 1.1.6. Alimentación y nutrición** María del Rocío Ortiz Montcada [Universidad de Alicante - Universidad del Atlántico (Colombia)].
- 1.1.7. Guía de práctica clínica sobre trastornos de la conducta alimentaria.** Guías de práctica clínica en el SNS. Ministerio de Sanidad y Consumo.
- 1.1.8. Estilo de vida en trastornos de conducta alimentaria.** Nutrición Hospitalaria I. Calvo Viñuela, J. Aroca Palencia*, M. Armero Fuster, J. Díaz Gómez y M.^a A. Rico Hernández.
- 1.1.9. Guía de prevención de los TCA y el sobrepeso.** Gobierno de Cantabria. Conserjería de sanidad y servicios sociales.
- 1.1.10. Cómo intervenir desde una perspectiva comunitaria.** La detección en atención primaria. Pedro Manuel Ruiz-Lázaro HCU-Universidad de Zaragoza-I+CS.
- 1.1.11. Taller de prevención de los trastornos de la conducta alimentaria.** Castilla la Mancha. Fundación Gaudium. Dirección General de Salud Pública.

A continuación se muestran algunos de los enlaces web que se han consultado:

1.1.1. Ministerio de Sanidad y Consumo: www.msc.es

1.1.2. Asociación en Defensa de la Atención a la Anorexia Nerviosa y Bulimia:

www.adaner.org

ADANER es una asociación de afectados de TCA y sus familiares. Actúa en todo el territorio nacional a través de sus delegaciones y grupos de apoyo. Sus objetivos se basan en mejorar la atención y la calidad de vida de los enfermos y sus familiares, difundir y sensibilizar a la sociedad en todos los aspectos relacionados con estas enfermedades, así como prevenir y apoyar la investigación.

1.1.3. Federación Española de Asociaciones de Ayuda y Lucha contra la Anorexia y la Bulimia: www.acab.org/es

1.1.4. Federación Española de Asociaciones de Ayuda y Lucha contra la Anorexia y la Bulimia: www.feacab.org

FEACAB está formada por las asociaciones de diferentes provincias o comunidades autónomas españolas y agrupa a más de 20.000 personas afectadas por la AN y BN, así como a sus familias. Sus objetivos se basan en promover la existencia de soluciones sociosanitarias y educativas adecuadas y suficientes para la prevención y tratamiento en estas enfermedades, promover códigos de buenas prácticas, tanto para las asociaciones como para otros colectivos –medios de comunicación, comercio, etc.– y sumar los esfuerzos de prevención que ya están realizando cada una de las asociaciones.

1.1.5. “Tú eres más que una imagen”, diseñada por la ONG Protégeles: www.masqueunaimagen.com

1.1.6. Defensor del Menor y diseñada por la ONG “Protégeles”: www.anaymia.com

1.1.7. Instituto de Trastornos de conducta alimentaria: www.itacat.com

1.1.8. Centro de Prevención y tratamiento de la anorexia, bulimia y TCNE: www.centroabb.com/es/

1.1.9. Prevención TCA en los colegios: www.acab.org/es/documentacion/la-prevencion-en-el-colegio

1.1.10. Fundación IMA (fundación imagen y autoestima).

4. RESULTADOS

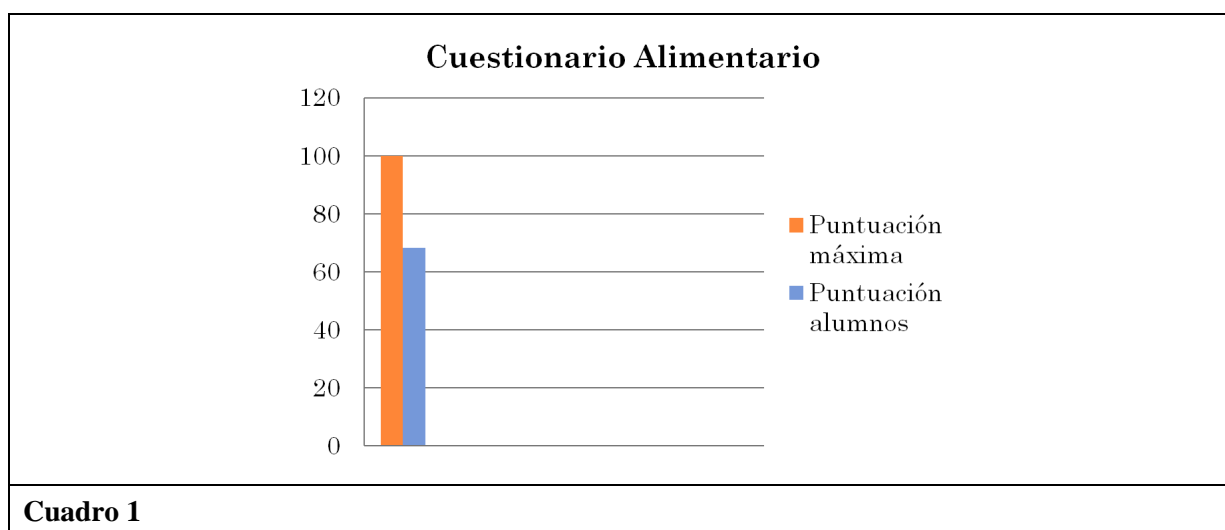
En el trabajo de campo realizado en el I.E.S Grande Covián a los alumnos de 4º E.S.O, se llevaron a cabo 2 cuestionarios: el primer cuestionario fue el EAT 26, mientras que el segundo cuestionario, fueron 10 cuestiones sobre nutrición y alimentación para evaluar los conocimientos generales sobre nutrición. El número total de alumnos/as que tomaron parte en la sesión práctica y que cumplimentaron los cuestionarios fueron 49 (n= 49). En el análisis de los resultados se diferencian alumnos y alumnas, siendo estos 23 y 26 respectivamente.

CUESTIONARIO ALIMENTARIO

El cuestionario tipo test consistió en 10 preguntas tipo test sobre cuestiones generales sobre hábitos alimentarios. Cada pregunta bien respondida se sumaba un punto.

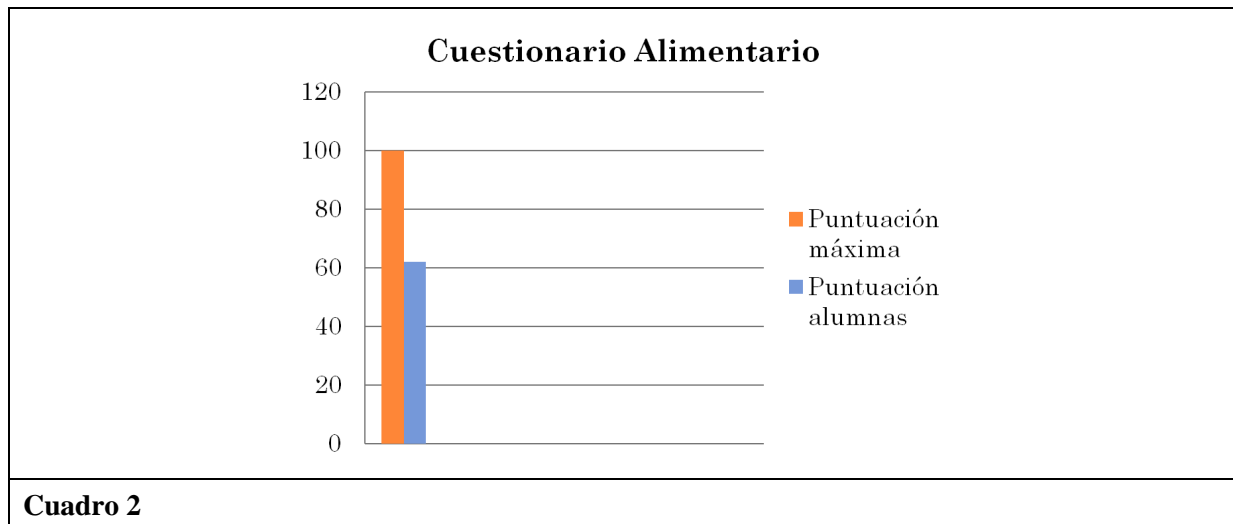
ALUMNOS (N= 23)

Puntuación: 68.2 %



ALUMNAS (N= 26)

Puntuación: 61.9%



En el cuestionario realizado a las alumnas, la pregunta número 10 del test sobre cuestiones alimentarias: el pan ha de tomarse...

- a) Poco porque engorda
- b) Todos los días
- c) Blanco
- d) De molde
- e) Ninguna de las anteriores

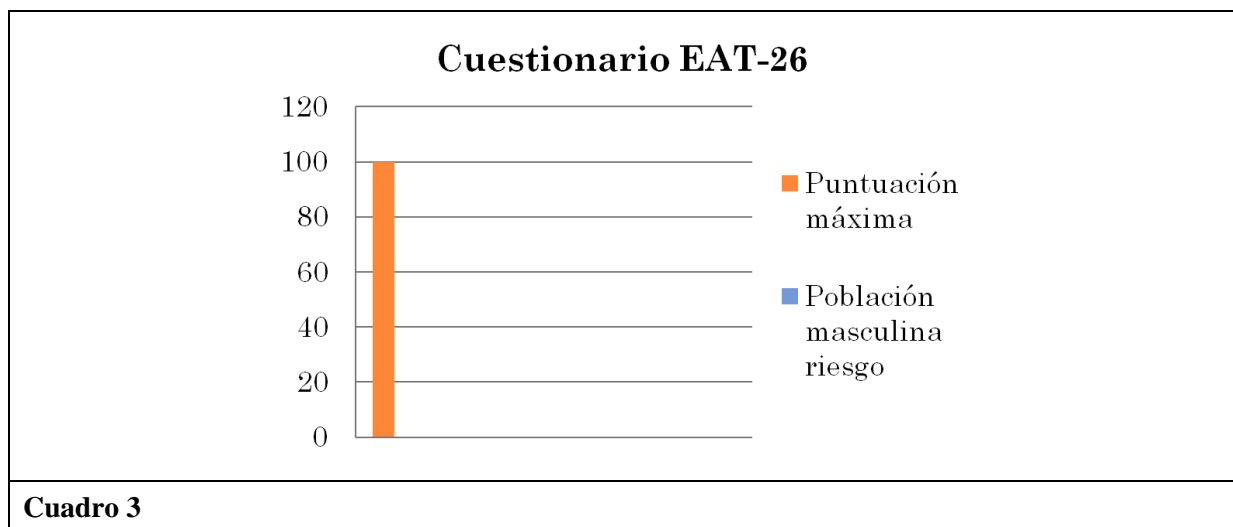
El 46.15 % de las alumnas encuestadas respondieron que el pan hay que tomarlo poco porque engorda (opción a), lo cual demuestra que existen errores a nivel conceptual y falsos mitos bastante extendidos sobre la población adolescente. Además existen estudios (Paa HK et al cols., 1998) que apoyan que la insatisfacción con la imagen corporal es un factor predictivo del nivel de restricción en la alimentación.

El uso de la dieta restrictiva es un factor de riesgo inmediato para los TCA ya que motiva el inicio del fenómeno de desnutrición, que va a dar lugar al desarrollo y agravación de los TCA. Por causa de nociones erróneas se tienden a eliminar alimentos que han recibido el etiquetado de “muy calóricos” (pasta, pan, patatas arroz...).

CUESTIONARIO EAT-26

ALUMNOS (N= 23)

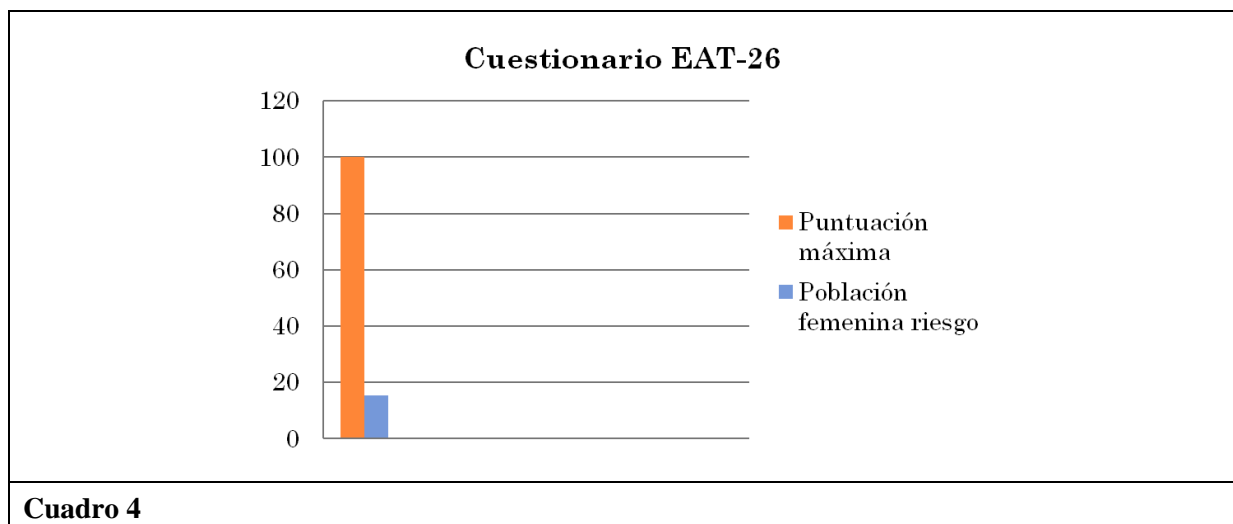
El 100% (n=23) de los alumnos estuvo por debajo del punto de corte, por lo que no se considerará población de riesgo.



ALUMNAS (N= 26)

El 15.38% (n=4) de las alumnas arrojó un resultado por encima del punto de corte de 20, lo que supone la necesidad de una mayor investigación (exploración por su médico de atención primaria o por un clínico experimentado) y la adolescente se considerará como población de riesgo, lo cual no quiere decir que tenga o vaya a tener el trastorno.

El 84.61% (n=22) % de las alumnas estuvo por debajo del punto de corte, por lo que no se considerará población de riesgo.



5. DISCUSIÓN

Los TCA están en aumento en diversos países de nuestro entorno (Devaud C et al cols., 1995) Los datos de prevalencia varían según los estudios y dependiendo de qué grupos de población se consideren: habitualmente mujeres adolescentes y jóvenes (Devaud C et al cols., 1995; Steiner H y Lock J., 1998). La prevalencia es menor en varones, aunque últimamente se ha observado un cierto aumento en éstos. También se ha detectado un incremento de las formas atípicas de los TCA. En España se han llevado a cabo pocos estudios epidemiológicos sobre esta cuestión. Los trabajos realizados en mujeres jóvenes muestran una prevalencia global de los TCA del 1-4%, similar a las cifras estimadas por la Asociación Americana de Psiquiatría.

En España los últimos estudios realizados coinciden en señalar una tasa de prevalencia de casos de TCA en población adolescente de alrededor del 4,1 - 4,5%. En concreto, la anorexia se sitúa en torno al 0,3%, la bulimia en el 0,8% y el TCA no especificado en torno al 3,1% de la población femenina de entre 12 y 21 años.

Si consideramos la totalidad del espectro teniendo en cuenta las formas mas leves, la estimación de la frecuencia es mucho mayor y se sitúa entre el 11-16%. La magnitud del problema es evidente, pues está afectando, en mayor o menor medida, al menos a una de cada diez chicas adolescentes. En nuestro país se han realizado diversos estudios epidemiológicos comunitarios con adolescentes de los/as cuales vamos a destacar los realizados estos últimos años:

En España podemos comentar algunos estudios epidemiológicos como el de Castro y Toro (2004) tras revisar 5 estudios epidemiológicos realizados en chicas españolas de 14 a 24 años de edad, informan de porcentajes algo más elevados: entre un 0,3-0,5% padecen anorexia nerviosa, entre un 0,8 y un 1,1% padecen bulimia nerviosa y entre un 3,5 y un 4,5% padecen un trastorno de la conducta alimentaria no especificado (TCANE).

En el estudio epidemiológico realizado por la Asociación contra la Anorexia y la Bulimia (ACAB) y Adeslas, en junio de 2004, con población universitaria catalana de entre 18 y 25 años de edad, administrando el cuestionario EAT-40 (Eating Attitudes Test; Gardner y Garfinkel, 1979) validado en España por (Castro, Toro, Salamero y Guimerá, 1991), se encontró que un 11,48% obtenían una puntuación mayor a 30 (punto de corte del cuestionario), y éstas se dividían a su vez en 5,10% pertenecientes a un grupo mórbido medio (las que obtenían una puntuación en el EAT-40 entre 30 y 40) y un 6,38% pertenecían a un grupo mórbido agudo (las que obtenían una puntuación en el EAT-

40 superior a 40). Es decir, que un 11,48% de la población universitaria catalana presentaría alto riesgo de sufrir un TCA, y un 6,38% podría estar sufriendolo realmente.

En la revisión de los estudios epidemiológicos realizados en España por Peláez, Labrador y Raich en 2004, se ponen de manifiesto algunas limitaciones: muy pocos estudios utilizan un método fiable para la detección de casos como la entrevista de criterios según el DSM. Al utilizar la mayoría de ellos cuestionarios de autoinforme, no pueden establecerse cifras reales de prevalencia, sino porcentajes de población de riesgo.

Por otro lado, cuando se solicita la colaboración voluntaria de los participantes, en los estudios epidemiológicos, se establece un sesgo de subestimación, tal y cómo demuestran Beglin y Fairburn (1992) que encuentran que la tasa de prevalencia de TCA entre los sujetos que no responden es mayor que la de los sujetos que sí lo hacen. Cómo Peláez y cols que plantean la necesidad de evaluar de forma fiable la tasa de prevalencia de los TCA en la población general de España, y no sólo en la población de alto riesgo (adolescentes) sino también en adultos donde hay menos estudios realizados, y este será uno de los primero objetivos de la Fundación IMA (fundación imagen y autoestima).

Madrid

Morandé y cols en 1985, 86 y 87 en población escolar adolescente de Madrid encuentran cifras de un 11,6% de mujeres y un 1,2% de varones pertenecientes al grupo de riesgo. Entre los/as estudiantes de Madrid el 49% de las mujeres y el 7% de los varones estarían preocupados por adelgazar.

En 1993-94 serían el 17,36% de las mujeres y los porcentajes registrados en varones seguirían siendo minoritarios (un 1,96%). Han podido demostrar un aumento de prevalencia de anorexia en chicas del 0,31% al 0,69% y del 0,9% al 1,24% en el caso de la bulimia.

Tarragona

En otro estudio realizado en Tarragona con 551 adolescentes femeninas con una media de edad de 17,6 años, el 29,5% presentan un IMC (índice de masa corporal) menor de 19,9 (diagnóstico de falta de peso), de las cuales, presentaron criterios diagnósticos de anorexia nerviosa el 0,9%, criterios diagnósticos de bulimia nerviosa el 2,9% y criterios diagnósticos de otros TCA un 5,3%. La edad de las jóvenes diagnosticadas de anorexia nerviosa son de 15-19 años y las de bulimia nerviosa y otros TCA de 14-21 años (Julián R et al cols., 2002).

De todos modos, Pérez-Gaspar, en un estudio realizado en Navarra, afirma que una de cada 25 mujeres adolescentes examinadas estaba afectada por un TCA, que causa gran carga de sufrimiento personal y familiar (Pérez-Gaspar M et al cols., 2000). Los autores coinciden en la multicausalidad en los TCA (contexto familiar, modelos sociales, hábitos, etc.), dentro de los cuales están los factores relacionados con modelos sociales estéticos estereotipados (San Sebastián Cabasés J., 1999; Ponce de León Hernández C., 1999; Argente del Castillo R., 1999; Kaufmann A., 1999). Todos ellos actúan como factores de riesgo que pueden determinar o no los TCA, entre cuyas formas más graves están la anorexia y la bulimia. El que esto ocurra depende de cómo estos factores de riesgo interactúan con los factores de protección (de carácter individual, familiar y social). (Cornellà i Canals J., 1999; D'Angelo Menéndez E., 1999; López Nomdedeu C., 1999).

Navarra

En Navarra (Pérez-Gaspar y cols., 2000) con 2862 participantes de entre 12 a 21 años, se encontró que la prevalencia total de TCA era de 4,1%, concretamente para el TCANE el porcentaje era del 3,1%, para la BN del 0,8% y para la AN del 0,3%.

Zaragoza

Ruiz y cols (1998) en un estudio comunitario en dos fases, en población adolescente de 12 a 18 años escolarizada en 61 centros públicos y privados de Zaragoza, en una muestra representativa de 2193 mujeres y 1854 varones hallamos un 16,32% de mujeres y un 3,3% de los varones que se consideran población con riesgo al puntuar igual o mayor que 30, en el EAT-40.

En la segunda fase, tras la entrevista clínica (realizada sólo en mujeres) con criterios diagnósticos estrictos presentan Anorexia nerviosa un 0,14% (n=3), Bulimia nerviosa un 0,55% (n=12) y Trastorno de la conducta alimentaria no especificado un 3,83% (n=84).

Gran Canaria

En 2013 se realiza un estudio lleva a cabo por Álvarez-Male ML y cols (2015), a 1243 estudiantes de 15 centros educativos de Gran Canaria de edades comprendidas entre los 12 y 17 años. En la primera fase se encontró una prevalencia de riesgo de 27,42 % (33 % de las mujeres , el 20,6 % de los varones. Utilizando criterios diagnósticos, la prevalencia de la anorexia nerviosa fue 0,19 %, de la bulimia nerviosa 0,57 % y el de trastorno alimentario no especificado (TCANE) 3,34 %.

Una de las conclusiones fue que la prevalencia de sufrir un trastorno de la conducta alimentaria es similar que al resto de España.

Perfil sociodemográfico

La AN es un trastorno más frecuente en las clases sociales altas que en las bajas como se ha especificado tradicionalmente en otros estudios (Crisp et al cols., 1976; Garfinkel et al cols., 1980; Contreras-Hernández et al cols., 2005). Estudios epidemiológicos hablan de una incidencia similar en todos los estratos sociales (Clausen L., 2008), contrariamente a la predominancia de clases sociales medias-altas que se mantuvo en un principio (Calvo Sagardo y, Rosa., 2002) la relación entre el nivel socio-económico y el desarrollo de un TCA sigue siendo una cuestión controvertida.

Mientras que otros estudios hablan de que no existen diferencias en la prevalencia de la anorexia en función de la clase social (Garner, 1998; Guerrero y Barjau., 2003) o las diferencias socioeconómicas todavía no han sido probadas (Gard MC y Freeman., 1996). También podría significar, que el tipo de centro público-privado concertado, no es un buen indicador del nivel socio-económico.

Algunos autores afirman que los TCA serían, en líneas generales, más frecuentes en las poblaciones sociales más desfavorecidas (Birmingham, C y Beumont, 2004), mientras que otros diferencian entre la AN, que tendría su campo de acción en los niveles socio-económicos elevados y la BN, que afectaría en mayor medida a las clases sociales más desfavorecidas (Raich Escursell RM., 2008).

Población diana

Con respecto a la población diana, además del sexo femenino y raza blanca se han identificado profesiones y grupos de alto riesgo para los TCA, siendo estos en su mayoría colectivos sometidos a ideales estéticos de delgadez y de lucha continua para mantener el peso como son las gimnastas (El Ghoche et al cols., 2013), modelos, azafatas, bailarinas (Arcelus J et al cols., 2013; Liy CY et al cols., 2015) actrices, deportistas de élite, etc...

En 1986, Ordeig y Cols realizaron una investigación con muestras de estudiantes de danza, modelos de alta costura y gimnastas. Las puntuaciones obtenidas ante el Cuestionario de Actitudes ante la Alimentación (E.A.T) fueron patológicas o perceptibles de patología; mientras que en el grupo control fue de (Chesley E.B et al cols., 2003). También comentar que el deporte de élite femenino está considerado una actividad de riesgo para padecer estos trastornos. Entre las bailarinas, gimnastas, patinadoras, practicantes de natación sincronizada, etc... la prevalencia de AN es de 3-7% siendo muchos más los casos de AN subclínica (Castro y Toro, 2004).

De esta forma se ha observado como entran en patología el 30% de los bailarines, el 18% de los gimnastas, el 13,3% de los modelos. Este estudio confirmó el resultado obtenido por Garner y Garfinkel (Garner DM y Garfinkel PE., 1978).

El patrón habitual de una persona que sufre un TCA es una mujer adolescente, en un 90-95% de los casos estudiados como demuestran los diferentes estudios, por lo que se ve una relación directa con componentes socioculturales (Argüello López M T et al cols., 2004). Los datos encontrados reflejan una ratio hombre/mujer de 1/10, siendo mas frecuente el comienzo alrededor de la adolescencia, entre los 10 y 30 años, siendo el promedio de edad entre los 15-17 años. En un estudio publicado en el año 2007 (Hedí, Hennessey y Thompson-Brenner, 2007) realizado con mujeres africanas, se encontró que tanto la exposición a los medios de comunicación occidentales así como el haber viajado al extranjero, se asociaron positivamente a presentar más sintomatología de TCA.

En nuestro país, se han llevado a cabo algunos estudios transculturales que comparan población autóctona española con poblaciones de otros países, de los que tenemos los siguientes resultados: Raich y cols., en 2001, comparando universitarias españolas y mejicanas, encontraron que la insatisfacción corporal era mayor entre las españolas pese a que su índice de masa corporal era inferior.

Mujeres vs Hombres

La relación entre mujeres y varones viene a ser de 9-10:1, pues casi todos los estudios epidemiológicos constatan que el 90-95% de los sujetos afectos de algún tipo de TCA son mujeres. Sólo un 3 al 10% de los/as pacientes con anorexia son varones. La prevalencia de TCA encontrada en diferentes estudios (siempre en población de prevalencia <25 años) es similar en los diferentes trabajos: Un estudio en Reus ha extraído los siguientes datos: de AN el 0,9 % ,de BN, el 2,9 % y de otros TCA no especificados, el 5,3 %²⁹, datos en Galicia, sobre un total de 298 chicas y 157 chicos,

indicaron que las jóvenes muestran puntuaciones más altas en el impulso para adelgazar, con una prevalencia del 6,4 % de TCA (Lameiras M et al cols., 2002).

Otros resultados similares en España: en mujeres adolescentes de entre 12 y 21 años, la prevalencia de anorexia nerviosa se sitúa en el 0,3-0,4 %; la de la bulimia nerviosa, entre el 0,7-0,8 %, y la de los TCA no especificados se sitúa en el 2,8-12,6 % (Julián R et al cols., 2002; Pérez-Gaspar M et al cols., 2000).

Como conclusión podemos decir que Los TCA están vinculados de forma rotunda al sexo femenino y a la adolescencia y pertenecientes a clases altas, medias superiores de ambientes urbanos, de países industrializados, desarrollados occidentales. Solo entre el 5-10 % de los afectados son hombres y en éstos se da con más frecuencia la bulimia o el síndrome por atracón que la anorexia nerviosa, aunque también entre ellas es superior la prevalencia de bulimia. La bulimia nerviosa es más frecuente en las clases medias.

¿Qué sabemos de los programa prevención en Aragón?

En Aragón tenemos dos grandes asociaciones como son Arbada y escuelas promotoras de la salud, teniendo como objetivo común el promover una educación para la salud orientada hacia el desarrollo de habilidades para la vida, que potencie los factores de protección y la capacitación del alumnado.

Arbada

La Asociación Aragonesa de Familiares de personas afectadas por un Trastorno de la Conducta Alimentaria, fundada en 1997 y sin fines de lucro, se constituye en defensa de la atención a las personas afectadas con Trastornos de la Conducta Alimentaria en todas sus manifestaciones, así como para procurar sistemas óptimos de cobertura de sus necesidades y de las familias como principales afectados. La asociación Arbada da cobertura y servicio en 6 grandes campos:

1.- Actividades dirigidas a familias

- Atención telefónica, personal y on-line.
- Cursos de orientación familiar.
- Intervención en crisis.
- Talleres de autocuidado familiar.
- Grupos psicoeducativos.
- Terapia familiar y de pareja.

2.- Actividades dirigidas a personas afectadas

- Atención telefónica, personal y on-line.
- Motivación al tratamiento.
- Intervención en crisis.
- Talleres motivacionales.
- Terapia familiar y de pareja.

3.- Revista Arbada

4.- Actividades de prevención

- Taller de Prevención “Me gusta como soy” para adolescentes de centros educativos.
- Charla dirigida a padres, educadores, profesionales del ámbito sanitario y población interesada.
- Ciclos de Conferencias y Charlas.
- Actividades destacadas:
 - Campaña “Stop a la Anorexia y la Bulimia”
 - Campaña para el fomento de la Autoestima.
 - Campaña para el fomento de la autoestima a través de la creación de una página Web.
- Acuerdo de unificación de tallas.

Escuelas promotoras de salud en Aragón

El movimiento de escuelas promotoras de salud surge en Europa en 1991 con la Red Europea de Escuelas Promotoras de Salud (REEPS) que comenzó como proyecto piloto en España. Dicha experiencia ha facilitado el trabajo estratégico conjunto entre los sectores educativo y sanitario y ha ayudado así a elevar el perfil y el compromiso con la promoción de salud en la escuela. Actualmente existe en 43 países de Europa (pertenecientes a la Oficina Europea de la OMS). La red ha empleado un programa innovador, introduciendo nuevas ideas y enfoques basados en la evidencia y la calidad en promoción de salud escolar, centrándose en la influencia positiva de los comportamientos saludables en la infancia, adolescencia y juventud, entre los 4 y los 18 años, así como del personal escolar.

Actualmente en Europa y siguiendo la herencia de la REEPS se ha desarrollado la red de Escuelas para la Salud en Europa (Schools for Health in Europe network. SHE). Tiene como objetivo apoyar a organizaciones y profesionales en campo del desarrollo y mantenimiento de la promoción de la salud en la escuela, proporcionando una plataforma europea cuyo principal objetivo es apoyar a

organizaciones y a profesionales en el desarrollo y mantenimiento de la promoción de la salud en la escuela en todos los países.

La Red Aragonesa de Escuelas Promotoras de Salud se crea en el marco de la REEPS y de la SHE e integra a aquellos centros educativos aragoneses acreditados como escuelas promotoras de salud. Una escuela promotora de salud es un centro educativo que prioriza en su proyecto educativo la promoción de la salud y facilita la adopción, por toda la comunidad educativa, de modos de vida sanos en un ambiente favorable a la salud incluyendo el modelo de organización del centro, la actuación frente a los determinantes de la salud (alimentación, actividad física, salud emocional, consumos, ambiente), la programación educativa relacionada con la salud y las relaciones del centro con su entorno y la promoción de las competencias del alumnado basándose en las habilidades para la vida.

Modelos de trabajo promovidos por la Escuela Promotora de Salud

- 1.-Integración de la promoción de la salud en la programación escolar.
- 2.-Profundización en los contenidos de salud, para mejorar las competencias del alumnado y poder desarrollar una vida saludable.
- 3.-Consolidación del trabajo en equipo del profesorado como agente principal para la promoción de la salud en la escuela.
- 4.-Promoción de un entorno saludable y un clima escolar positivo que apoye la salud y el bienestar del alumnado y del resto de la comunidad educativa.
- 5.-Colaboración con los servicios socio-sanitarios de la zona, para mejorar la interacción y la sinergia con los recursos del entorno.

Instituto Aragonés de la juventud “Zarima“

El Instituto Aragonés de la Juventud es un organismo autónomo del Gobierno de Aragón, adscrito al Departamento de Sanidad, Bienestar Social y Familia encargado de desarrollar y regular políticas dirigidas a los jóvenes de la Comunidad Autónoma.

Dentro de esas políticas, encontramos las unidades de salud mental localizadas en cada barrio y/o ciudad, para poder dar servicio a aquellas personas con trastornos relacionados con la alimentación.

6. DESARROLLO DE UN PROGRAMA DE PREVENCIÓN

6.1.- PROGRAMAS DE PREVENCIÓN PRIMARIA

El papel de la prevención primaria radica en la acción directa para la reducción de la incidencia, es decir, prevenir la aparición de nuevos casos anuales, lo que se efectuará a través de actuaciones encaminadas a la población general y a los grupos de riesgo o más vulnerables a padecer un TCA. La prevención primaria es la ideal pero requiere un conocimiento de los procesos implicados en el desarrollo de los trastornos que en la anorexia y bulimia.

Los aspectos más relevantes de la prevención primaria serían:

- 1.-Información sobre la enfermedad y sus riesgos.
- 2.-Modificación de conductas precursoras de la enfermedad.
- 3.-Identificación de los grupos de riesgo.
- 4.-Acción sobre los estereotipos culturales y el “Body Business”.
- 5.-Acción sobre los medios de comunicación.
- 6.-Educación escolar.
- 7.-Educación familiar.

6.2.- MODELOS DE ACTIVIDADES PREVENTIVAS

En este apartado de modelos de actividades preventivas, estaremos situados en el marco de la prevención primaria, es decir, en la acción directa para la reducción de la incidencia en una población concreta como son los alumnos y alumnas del 1º Ciclo de Enseñanza Secundaria Obligatoria. En los modelos de actividades preventivas se analizará los diferentes tipos de actividades concretas para la prevención de la enfermedad. Los modelos son:

- Audiovisuales (programas como Cine y Salud).
- Dinámica de grupos (en centros de enseñanza secundaria y servicios sociales).
- Charlas grupales y exposiciones temáticas.
- Tutorías individualizadas.
- Actividad clínica.
- Test de evaluación.
- Prensa y medios de comunicación.

- Actividades prácticas: taller de cocina.
- Jornadas deportivas.
- Nuevas tecnologías: apps relacionados con la temática.

¿Cómo se puede organizar un programa de prevención?

En un programa de prevención habría que tratar de involucrar a las familias (Ambresin et al cols., 2014, Hart Lm et al cols., 2015) y a las personas que por motivos profesionales están muy relacionados con dicha población, como son los maestros, profesores, entrenadores deportivos, etc... Estas figuras son importantes para la educación en general, de ahí su importancia para desarrollar programas en los que se eduque para la salud. Por tanto, el ámbito escolar puede considerarse como un entorno ideal para realizar estos programas preventivos.

La prevención resultará más eficaz si se aplica en poblaciones de riesgo, en sesiones interactivas y múltiples, principalmente en personas jóvenes de sexo femenino y ofertada por profesionales cualificados. En cuanto al contenido, resultarán más eficaces aquellas estrategias que emplean técnicas que refuercen la autoestima y habilidades sociales y ayuden a realizar crítica del modelo estético imperante y a la aceptación de la imagen corporal.

Objetivos:

- Prevenir Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA), como la anorexia y la bulimia, en población adolescente.
- Promover una alimentación y estilos de vida saludables que permitan reducir el desarrollo de sobrepeso.
- Potenciar factores de protección frente a estas enfermedades.
- Facilitar el desarrollo de un pensamiento crítico frente al modelo estético corporal dominante impuesto socialmente.
- Poner en manos de profesionales que trabajan con adolescentes (profesorado, psicólogos infantiles, psicopedagogos, pedagogos, etc.) un instrumento de trabajo, sencillo y válido que les permita desarrollar actividades de promoción/educación para la Salud y prevenir la aparición de trastornos de la conducta alimentaria y sobrepeso.

Destinatarios

Este programa está dirigido a alumnos/as de Educación Secundaria Obligatoria (ESO).

Requerimientos

- Este programa está diseñado para ser impartido por el Departamento de Orientación, los tutores u otros docentes interesados en la prevención de los trastornos de la conducta alimentaria y el sobrepeso.
- Para la aplicación de este de este programa no es necesario tener conocimientos clínicos específicos sobre los trastornos de la conducta alimentaria y el sobrepeso.
- Sí es necesario estar familiarizado con los materiales, los contenidos de cada sesión y la secuencia pedagógica de cada una de las sesiones.
- Valorar el impacto real de las intervenciones, mediante estudios clínicos adecuadamente contrastados.
- Dirigir preferentemente las intervenciones a poblaciones de riesgo y a las personas con capacidad de influir sobre las mismas (profesores, entrenadores, orientadores, tutores etc...).
- Desechar la idea de que el simple hecho de proporcionar información a la población joven tiene un efecto positivo sobre la reducción de la incidencia de los TCA, ya que, de acuerdo con algunos estudios, en ciertos casos se obtienen resultados completamente opuestos a los que se pretende conseguir.
- Controlar los contenidos de los programas dirigidos a la población, evitando la alarma social y la implicación en los mismos de profesionales sin experiencia, sugiriéndose que este proceso se realice de forma coordinada y bajo control de las instituciones responsables de la planificación sanitaria a nivel de las comunidades autónomas.
- Actuar a nivel social (publicidad, moda, medios de comunicación, etc.) para intentar modificar las actitudes de la población en relación con el peso y el aspecto corporal, basándolo en la salud y no en un ideal físico a menudo inalcanzable.

Por último los temas tratados (el peso, la silueta, la imagen corporal, la autoestima, etc.) son delicados y se relacionan con sentimientos íntimos. Por ello, es importante que quienes realicen el programa, además de conocerlos, examinen sus propias creencias y actitudes con respecto a la alimentación, las dietas, el peso y el aspecto físico. Debemos evitar las conductas y los mensajes verbales y no verbales contradictorios, pues pueden influir notablemente en las actitudes de los/as alumnos/as.

¿Por qué se ha elegido un centro escolar para desarrollar el programa de prevención?

Los centros educativos son lugares en los que por su afluencia de chicos y chicas se dan inevitablemente casos de anorexia, bulimia y otros trastornos de la conducta alimentaria. El personal docente pasa gran parte del día interactuando con ellos, por eso, es fundamental que tengan nociones básicas sobre cuáles son los comportamientos potencialmente peligrosos que pueden aparecer en el contexto de la escuela y sobre cuál es la manera más eficiente de hacer prevención de trastornos de la conducta alimentaria.

6.3.- DINÁMICAS DE PREVENCIÓN

En las dinámicas de prevención nos centraremos en nombrar algunos de los diferentes Programas Institucionales que a nivel español se llevan desarrollando. En la actualidad estos son algunos de las asociaciones que ayudan y promueven programas de prevención sobre los trastornos de conductas de los alimentos.

-Asociación en Defensa de la Atención a la Anorexia Nerviosa y Bulimia: www.adaner.org

-Federación Española de Asociaciones de Ayuda y Lucha contra la Anorexia y la Bulimia:
www.acab.org/es

-Federación Española de Asociaciones de Ayuda y Lucha contra la Anorexia y la Bulimia:
ONG "Protégete Tú eres más que una imagen", diseñada por la: www.masqueunaimagen.com

-Defensor del Menor y diseñada por la ONG "Protégete": www.anaymia.com

-Centro de Prevención y tratamiento de la anorexia, bulimia y TCNE: www.centroabb.com/es/

-Prevención TCA en los colegios: www.acab.org/es/documentacion/la-prevencion-en-el-colegio

-Fundación IMA (fundación imagen y autoestima).

6.4.- PROPUESTA DE UN PROGRAMA DE PREVENCIÓN DE TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

<u>SESIONES</u>	<u>CONTENIDOS</u>	<u>ACTIVIDADES</u>
Sesión 1	Conceptos alimentación y nutrición, ejercicio	Encuesta dietética en pequeños grupos Discusión Charla
Sesión 2	Imagen corporal; sexualidad y modelo estético	Dibujo figura humana "ideal" Juego de roles "el gordito" Imágenes de publicidad con crítica Dramatización de anuncio
Sesión 3	Autoconcepto autoestima	Árbol de autoestima Anuncio publicitario Espejo "Caricias" interpersonales
Sesión 4	Asertividad Habilidades Sociales	Juego de roles Expresión de emociones Dinámicas de grupo
Sesión 5	Concepto de los TCA	Introducción a los TCA, qué son, quienes pueden sufrirlo, causas y consecuencias Visión general TCA
Sesión 6	Cine	Cine: Super Size Fast food vs slow food (Dieta Mediterránea) Enfermedades derivadas de hábitos alimentarios incorrectos
Sesión 7	Taller cocina	Hacer pan: Desmitificar que "el pan engorda"
Sesión 8	Deporte	Juegos: favorecer el compañerismo y solidaridad
Sesión 9	Medidas Post programa. Evaluación final.	Peso y talla con cálculo de IMC Debate



SESIÓN 1

Nombre de la sesión:

Alimentación, nutrición y ejercicio saludable.

Objetivos:

- Reflexionar en grupo sobre los hábitos alimentarios.
- Proporcionar conocimientos sobre nutrición, alimentación y ejercicio físico saludables.
- Aprender los hábitos alimentarios correctos.

Contenidos:

1. Medidas de autoinforme mediante aplicación de cuestionarios: test sobre conocimientos nutricionales, escala de satisfacción corporal y escala Eating Attitude test (EAT-26) (Duración: 20 minutos).
2. Encuesta dietética en pequeño grupo. (Duración: 25 minutos).
3. Charla sobre alimentación, nutrición y ejercicio saludable. (Duración: 35 minutos).
4. Falsos mitos (Duración: 10 minutos).
5. Visionado de un vídeo: 23 horas y media.
(http://www.youtube.com/watch?v=x7Wc0L_xE4U)

Actividades:

1. Encuesta dietética en grupo para valorar los conocimientos de los estudiantes.
2. Charla grupal sobre hábitos saludables.
3. Mitos sobre la nutrición: pan engorda, la fruta engorda, el agua engorda en las comidas, funcionamiento de las dietas milagros.
4. Visionado de un vídeo sobre nutrición, salud y ejercicio.
5. Discusión y resolución de dudas.

SESIÓN 3

Nombre de la sesión:

Autoconcepto- autoestima

Objetivos:

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

Contenidos:

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

Actividades:

1. Árbol de mi autoestima.

Una hoja en blanco será dividida en dos columnas verticales de igual tamaño a cada participante. En una columna deben colocar los "logros" o "éxitos", metas alcanzadas, éxitos de mayor a menor importancia en la escuela, familia, amigos... mientras que en la otra columna se colocarán las cualidades físicas o corporales, espirituales o mentales.

Una vez que hayan terminado los alumnos deberán dibujar un árbol donde además de poner su nombre, tendrán que escribir los logros en los frutos y las cualidades en las raíces.

2. Dibujo de las tortugas.

Se explicará la teoría de la autoestima con la ayuda del dibujo con las dos tortugas, se pondrá en común la teoría de la autoestima es una evaluación de uno mismo.

Un cociente, relación o razón entre el éxito que alcanzamos en las actividades, actuaciones vitales y las expectativas que tenemos sobre ellas".

3. Anuncio publicitario.

Se dividirá al grupo en subgrupos y se les dará cinco minutos para pensar individualmente un anuncio publicitario sobre ellos mismos y cinco minutos para compartir en pequeño grupo. Deberán elegir uno de los que hayan surgido para representar o exponer delante de toda la clase.

4. Espejo mágico.

El grupo estará de pie en círculo y se les pasará un espejo imaginario, explicándoles que es de Blancanieves y que sí se contemplan en él les responde a la siguiente pregunta: Espejito



mágico ¿qué es lo que más te gusta de mí? En este ejercicio tendrán que decir una cualidad que más les gusta de ellos.

5. “Caricias” interpersonales”.

Se dividirán en subgrupos y dicen una cualidad física que les guste del compañero de la izquierda (por ejemplo, me gustan sus ojos) y una psíquica o espiritual del de la derecha (por ejemplo, es simpático). Ya que todos/as tenemos cosas buenas y nos gusta que nos lo digan de vez en cuando.

SESIÓN 4

Nombre de la sesión:

Asertividad-habilidades sociales.

Objetivos:

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

Contenidos:

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

Actividades:

1. Rueda de escucha activa. Defensa de derechos

Se coloca al grupo por parejas uno enfrente del otro en una rueda con cinco personas en círculo mirando hacia dentro y cinco mirando hacia fuera (en total tres ruedas de escucha activa si se hace en un grupo de treinta con un tutor/monitor por cada rueda). Se explica que se va a realizar un ejercicio consistente en utilizar formas de comportamiento o de expresión que permitan defender los propios derechos y dar opiniones, de manera asertiva.

2. Compartir “piropos”.

En la rueda de escucha activa de la dinámica anterior se hace un cumplido o elogio sincero, verdadero y en segunda persona, de alguna conducta, apariencia o pertenencia, cualidad física, aspecto estético, su peinado, su ropa que les guste de la persona que tienen enfrente. Se les explica que los piropos deben ser sinceros. Se contesta con un gracias y no es preciso contestar a un elogio con otro si no nos sale espontáneamente. No hay nada peor que un falso cumplido. Basta con agradecerlo y así al dar las gracias, reforzaremos la conducta del que nos elogia y será más fácil que nos vuelva a piroppear.

3. Imagen de mi “yo”.

Se trabajará en subgrupos en función de los alumnos de la clase. Se introduce la teoría sobre la asertividad en diez minutos con ayuda de una pizarra o presentación en el ordenador, carteles, fotocopias... dependiendo de las condiciones, pero siempre partiendo de lo que ellos/as entiendan por este concepto.

“Asertividad es la capacidad de hacer valer la propia opinión ante los demás, es la capacidad de autoafirmar los propios derechos, sin dejarse manipular y sin manipular a los demás”.



“Nos sirve para relacionarnos de forma eficaz y hábil con los demás”. “Hay tres estilos de diálogo, comportamiento: asertivo, pasivo y agresivo”.

4. Juego de roles.

Se dividen en cinco subgrupos para representar primero dos personas de cada grupo una situación y posteriormente ser corregidos por el/la monitor/a explicando las técnicas asertivas. Después de explicarlas vuelven a representarla las mismas personas, pero esta vez aplicando cada una de las técnicas que se indican. En este juego de roles habrá 5 situaciones:

Expresión de desacuerdo y sentimientos negativos.

Iniciar interacciones con el otro sexo.

Autoafirmación ante extraños y defensa de derechos.

Autoafirmación ante cercanos. Saber decir no (2 situaciones).

SESIÓN 5

Nombre de la sesión:

Introducción a los trastornos de la conducta alimentaria (TCA).

Objetivos:

- Conocer que es un trastorno de la conducta alimentaria.
- Qué tipos de TCA existen.
- Quienes pueden sufrirlo: población diana.
- Las causas y consecuencias de sufrir un TCA.

Contenidos:

1. Introducción general a los trastornos de conducta alimentaria (Duración 15 minutos).
2. Anorexia nerviosa (Duración 10 minutos).
3. Bulimia nerviosa (Duración 10 minutos).
4. Trastornos de conducta alimentaria menos específicas (Duración 5 minutos).
5. Debate/Ponencia: experiencia de un paciente que sufrió un TCA.

Actividades:

1. Introducción de forma general a los TCA,
2. Se visualizarán vídeos sobre los TCA, anorexia nerviosa, bulimia nerviosa y trastornos de la conducta alimentaria menos específicos (ortorexia, vigorexia...)
3. Se distribuirá la clase en 3 grupos diferentes y cada uno de ellos trabajará en como detectar (prevención) un posible caso de anorexia nerviosa, bulimia nerviosa y trastorno de la conducta alimentaria menos específicos.
4. Debate-ponencia práctico sobre un paciente que sufrió un TCA.

SESIÓN 6

Nombre de la sesión:

Cine y salud.

Objetivos:

- Identificar los factores que influyen en el aumento de la prevalencia de la obesidad
- Conocer los beneficios de seguir una dieta y estilo de vida saludable.
- Fomentar el espíritu crítico y el poder de reflexión.
- Conocer que alimentos y estilo de vida conforman la dieta Mediterránea.

Contenidos:

1. Documental (Duración: 1 hora y 40 minutos).
2. Debate sobre el estilo de vida americano/ anglosajón y el estilo de vida europeo mediterráneo. Implantar espíritu crítico: Fast food vs Slow food (Dieta mediterránea). (Duración: 30 minutos).
3. Conocimiento de las principales enfermedades derivadas de un estilo de vida inadecuado (Duración: 10 minutos).
4. Decálogo de una vida saludable (Duración: 10 minutos).

Actividades:

1. Visionado del documental "*Super Size me*".
País: Estados Unidos.
Producción: Morgan Spurlock, The Con.
Dirección: Morgan Spurlock.
2. Debate sobre la comida rápida y la dieta mediterránea. La clase será dividida en 2 grupos, uno de ellos defenderá la comida rápida y el estilo de vida americano (ventajas, precio, palatabilidad, comodidad, moda, etc...) y la otra mitad de la clase defenderá y argumentará la dieta mediterránea (aceite de oliva, cereal, vino, cultivo...) y sus beneficios.



SESIÓN 7

Nombre de la sesión:

Taller de cocina.

Objetivos:

- Conocer los principales ingredientes del pan.
- Elaborar pan.
- Desmitificar “el pan engorda”.
- Importancia de los Hidratos de carbono en la dieta diaria.

Contenidos:

3. Vídeo temático sobre el origen del pan y la vital importancia que ha tenido en la alimentación a lo largo de toda la historia (Duración: 15 minutos).
4. Elaboración de pan: baguette y pan rústico (Duración: 2 horas).
5. importancia de los hidratos en la dieta: combustible celular (Duración: 15 minutos).
6. Conocer las diferentes fuentes dietéticas de los hidratos de carbono (Duración: 15 minutos).

Actividades:

Dibujo

1. Los alumnos visionarán un vídeo sobre el origen del pan y la importancia que ha tenido y que tiene en la humanidad.
2. Se realizará un taller práctico de pan, los alumnos aprenderán a conocer los diferentes ingredientes para la elaboración del pan así como los diferentes pasos que hay que seguir para conseguirlo. Realizarán 2 tipos de pan: pan rústico y baguette.
3. Una vez que hayan terminado de elaborar el pan, se expondrá una parte teórica sobre los hidratos de carbono y la vital importancia que tiene en el organismo como combustible celular.
4. Se creará un debate sobre los hidratos de carbono en el cual se explicará y se desmitificará que el pan engorda.
5. Para terminar la clase se dividirá en 4 grupos para trabajar en aquellos grupos alimentarios que tengan los hidratos de carbono como fuente dietética.

SESIÓN 8

Nombre de la sesión:

Juegos y deporte en equipo.

Objetivos:

- Anteponer el juego al triunfo, facilitando la integración.
- Fomentar el trabajo en equipo, la solidaridad y el compañerismo.
- Mejorar y promover hábitos de vida saludable a través del ejercicio físico mediante juegos.

Contenidos:

1. Juego de las frutas (15 minutos).
2. Peces y pescadores (15 minutos).
3. La vara de la comunicación (15 minutos).
4. Formar palabras (15 minutos).

Actividades:

1. Los jugadores se sientan en círculo y a cada dos se les da una fruta. Cuando el que se la liga dice una fruta, los que la tengan deben cambiarse el sitio antes de que el que se la liga se siente en alguno de ellos. El que se quede de pie se la ligará.
2. Se busca un lugar limitado y se separan a los niños en “peces” y “pescadores” (siempre muchos más peces que pescadores). A una distancia del recinto se dibuja una línea que marca la “orilla” desde donde salen los pescadores. Estos últimos entran gritando al “mar” y deben pescar el máximo número de peces volviendo a la orilla antes de quedarse sin aliento, es decir, antes de dejar de gritar. Si un pez es atrapado y llevado a la orilla se convierte en pescador; y si un pescador se queda sin aliento antes de llegar a la orilla se convierte en pez. El juego termina cuando no queda ningún pez. Es ideal para jugar en una pista de fútbol o de baloncesto, o cualquier otro recinto.
3. Es una actividad en parejas. Utilizando una vara de 30 cm. aprox. ambos compañeros mantienen un extremo de la vara con su dedo índice (ambos derecho o izquierdo). Favorece la comunicación corporal y la confianza con el compañero que está sosteniendo el otro extremo. Deberán moverse, con música de fondo, no muy rápida, sin que se caiga la vara. La confianza que se adquiere al probar distintos movimientos, como giros u otros. El profesor da indicaciones sobre cómo tomar la varita. Debe resaltar que no importa que ésta se caiga. Si eso sucede, se vuelve a comenzar. Primero se intenta en el lugar y luego se invita al desplazamiento.
4. Se dividirá el grupo principal en subgrupos, de manera que en cada subgrupo exista el mismo número de miembros. La palabra que el/a monitor/a asigne, se dividirá en letras y cada subgrupo tendrá que representar esa letra. Cuando éstos se organicen, en cuanto a la



formación de las letras se pondrán "manos a la obra" y tendrán que representar dichas letras tumbadas en el suelo, siguiendo un orden para que de esta manera se forme la palabra asignada.

SESIÓN 9

Nombre de la sesión:

Medidas post programa y prevención.

Objetivos:

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

Contenidos:

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

Actividades:

1. Cuestionarios.

Se repetirán las medidas del principio de la intervención para lo que se repartirán nuevamente los cuestionarios del principio de las sesiones (el de nutrición, el EAT 26 y el de la escala de satisfacción personal). Se tratará de comparar con las contestaciones del primer día y ver si se han modificado.

2. Peso y talla con cálculo de IMC.

-Tallar: se talla descalzos con los tobillos juntos y en posición erecta, de manera que espalda, nalgas, hombros y cabeza contacten con la pared. La cabeza se coloca de modo que el plano de Frankfort (línea entre los ojos, suelo de órbitas y las orejas, borde inferior del meato auditivo externo) esté en posición horizontal (perpendicular a la pared). Lo mejor es utilizar un tallímetro portátil.

-Pesar: pesar descalzos, con la menor ropa posible, sin cinturones ni otros objetos pesados, con una báscula digital electrónica.

3. Debate.

Es otra forma de evaluar. En educación no formal se dice que “una actividad no evaluada es una actividad no realizada” para resaltar la importancia de la evaluación. Se trata de mejorar la programación futura aprendiendo de la experiencia realizada. La evaluación puede ser cuantitativa o cualitativa y lo mejor es una combinación de ambas.

7. CONCLUSIONES

En función de los conocimientos actuales, no se puede negar el incremento de la incidencia/prevalencia de la AN y BN en la población general, especialmente en edad escolar, así como la mayor presencia de estos enfermos en las consultas tanto de atención primaria como en clínicas y hospitales especializados. En los últimos años se le ha otorgado a la sociedad una mayor responsabilidad en la aparición de los TCA, por dar tanta importancia al aspecto externo del individuo, olvidándose de aportar a su población la información necesaria. Todo ello determinado, en gran medida, por los cambios sociales (cambios actitudinales alimentarios, dietas, etc...) y culturales (culto al cuerpo, el cuerpo como distinción social, la búsqueda de éxito a través del cuerpo, etc.), así como por la influencia de los medios de comunicación.

De manera que los medios de comunicación tendrían una doble acción, por un lado, actuando como factor patogénico psicosocial y, por otro, generando una alarma social que facilitaría una mayor afluencia a los dispositivos sanitarios de pacientes sin clara conciencia de enfermedad y que acudirían presionados por familiares u otras personas. En relación a esta influencia que ejercen los medios de comunicación, queda por dilucidar la posible presencia de rasgos de personalidad que hagan más vulnerable al grupo de población que padecerá un TCA.

Si bien es cierto que estos medios de difusión parecen ejercer de alguna manera un poder patogénico y que no deberá extrañarnos que la incidencia de los TCA aumente de forma alarmante en las próximas décadas, ante la continua influencia de los medios de comunicación y los cambios de valores de la sociedad actual.

Habría que preguntarse si este aumento en las tasas de incidencia y prevalencia puede deberse en parte a una mayor demanda asistencial ocasionada, indirectamente, por una mayor alarma social, donde los pacientes con TCA no acuden al médico voluntariamente sino que son llevados por terceras personas, por eso habría que incidir en una correcta educación sanitaria sobre las necesidades nutricionales y las consecuencias de la malnutrición, dirigida al grupo adolescente, desde el entorno docente y familiar (Hughes et al cols., 2015), para lograr unas prácticas alimentarias sanas promovidas por acciones educativas (López Nomdedeu C, 1997).

Por otro lado, los programas de educación nutricional llevados a cabo por profesionales cualificados, deben formar parte del tratamiento, junto al seguimiento médico-psicológico y dentro del marco de un equipo multidisciplinar. Dichas intervenciones deben ser cuidadosamente diseñados, realizados por

profesionales adecuados y coordinados por las instituciones con el fin de unificar criterios, por eso este tipo de programas de prevención han demostrado su eficacia (Mora et al cols., 2015; Shaw H et al cols., 2009; Weigel et al cols., 2015), ya que las intervenciones comunitarias con programas escolares con un enfoque global dentro del modelo de la educación para la salud en la adolescencia pueden ser uno de los caminos para lograr la prevención de los trastornos alimentarios.

Los objetivos más importantes que persigue un programa de prevención de los trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes son:

- Facilitar el desarrollo de un pensamiento crítico frente al modelo estético corporal dominante impuesto socialmente.
- Prevenir Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA), como la anorexia y la bulimia, en población adolescente mediante un programa de prevención.
- Promover una alimentación y estilos de vida saludables que permitan prevenir un TCA así como patologías derivadas de malos hábitos nutricionales.

Finalmente después de realizar un programa de prevención de los TCA en adolescentes así como una sesión práctica en un centro escolar creo que resultarán más eficaces aquellas estrategias que emplean técnicas que refuercen la autoestima y habilidades sociales y ayuden a realizar crítica del modelo estético imperante y a la aceptación de la imagen corporal.

8. BIBLIOGRAFÍA

1. Alimentaris IT. Institut Trastorns Alimentaris [En línea]. ITACAT. www.itacat.com; 2014 [Consultado 9 de Junio de 2015]. Disponible en: <http://www.itacat.com/trastornos-conducta-alimentaria/que-tratamos-es-0-138.html>
2. Álvarez-Malé ML, Bautista Castaño I, Serra Majem L. [Prevalence of eating disorders in adolescents from gran canaria]. *Nutr Hosp* [En línea]. 2015 Jan 1 [Consultado 1 de Junio de 2015];31(5):2283–8. Disponible en: <http://europepmc.org/abstract/med/25929405>
3. “Protégeles”: D del M y diseñada por la O. anymia.com. ONG Protégeles. 2014.
4. Acosta,E; Dueso,C; Ceinos M. Anorexia y bulimia: necesidad de diferenciar la prevención primaria de la detección precoz en el contexto de la educación para la salud en los centros de enseñanza. Atención Primaria Cent Munic Salud Horteleza Ayunt Madrid. 2001;
5. Sardagoy RC. Anorexia y bulimia: Guía para Padres, Educadores y Terapeutas [En línea]. Editorial Planeta. 2002 [Consultado 9 de Junio de 2015]. Disponible en: <http://www.casadellibro.com/libro-anorexia-y-bulimia-guia-para-padres-educadores-y-terapeutas/9788408038511/797655>
6. Bulik CM, Sullivan PF, Tozzi F, Furberg H, Lichtenstein P, Pedersen NL. Prevalence, heritability, and prospective risk factors for anorexia nervosa. *Arch Gen Psychiatry* [En línea]. 2006 Mar [cited 2015 May 28];63(3):305–12. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16520436>
7. Castro, J. and Toro J. Anorexia Nerviosa. El peligro de adelgazar. Ed. Morales i Torres: Barcelona (2004). - Google Search [En línea]. Morales i Torres. 2004 [Consultado 9 de Junio de 2015]. p. 168. Disponible en: [https://www.google.es/search?client=safari&rls=en&q=Castro,+J.+and+Toro,+J.+Anorexia+Nerviosa.+El+peligro+de+adelgazar.+Ed.+Morales+i+Torres:+Barcelona+\(2004\).&ie=UTF-8&oe=UTF-8&gfe_rd=cr&ei=2M12VanjGsXp8gOuiIDABA#q=Castro,+J.+and+Toro,+Y.+Anorexia+Nervio](https://www.google.es/search?client=safari&rls=en&q=Castro,+J.+and+Toro,+J.+Anorexia+Nerviosa.+El+peligro+de+adelgazar.+Ed.+Morales+i+Torres:+Barcelona+(2004).&ie=UTF-8&oe=UTF-8&gfe_rd=cr&ei=2M12VanjGsXp8gOuiIDABA#q=Castro,+J.+and+Toro,+Y.+Anorexia+Nervio)
8. Moral, Leticia; De la Serna, Inmaculada; Calvo R. Trastorno del comportamiento alimentario. Inst Nac la Salud. 2000;
9. Consejería de Salud y Bienestar Social. Taller de prevención de los Trastornos de la conducta alimentaria. Dir Gen Salud Pública. 2011;
10. Serpell L, Hirani V, Willoughby K, Neiderman M LB. No Personality or pathology?: obsessive– compulsive symptoms in children and adolescents with anorexia nervosa. *Eur Eat Disord Rev* 2006; 14404-13. 2006;
11. Lázaro PMR. Anorexia y Bulimia: Guía para Familias [En línea]. Certeza ,2002. 2002 [Consultado 9 de Junio de 2015]. p. 213. Disponible en: <http://www.casadellibro.com/libro-anorexia-y-bulimia-guia-para-familias/9788488269645/875597>
12. Protégeles O. Tú eres más que una imagen: Linea de ayuda contra la anorexia y bulimia [En línea]. ONG Protégeles. 2014 [Consultado 9 de Junio de 2015]. Disponible en: <http://www.masqueunaimagen.com/>

13. Ministerio de Sanidad SS e I. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad [En línea]. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. 2014 [Consultado 9 de Junio de 2015]. Disponible en: <http://msc.es/>
14. M, King N; Touyz S. The effect of body dissatisfaction on women`s perceptions of female [En línea]. International Journal of Eating Disorder 2000; 27:341 -7. 2000 [Consultado 9 de Junio de 2015]. Disponible en: <http://fap.sagepub.com/content/17/2/250.refs?patientinform-links=yes&legid=spfap;17/2/250>
15. Gómez, José Andrés; Gaite, Luis; Gómez, Elsa; Carral, Laura;Herrero, Sara; Vázquez JL. Guía de Prevención de los Trastornos de la Conducta Alimentaria y el Sobrepeso. Gob Cantab Cons Sanid y Serv Soc Dir Gen Ord y Atención Sanit. 2008;
16. Consumo M de S y. Guía Práctica Clínica sobre Trastornos de la Conducta Alimentaria. General Catalunya Dep Salut. 2009;
17. Lázaro PMR. Guía Prevención de los trastornos de la conducta alimentaria [En línea]. Grupo Zarima-Prevención de la Unidad Mixta de Investigación del Hospital Clínico Universitario de Zaragoza y Consejo Nacional de la Juventud de Aragón. 1999 [Consultado 9 de Junio de 2015]. Disponible en: http://www.unizar.es/universidadsaludable/public/documentos/001_prevenccion_trastornos.pdf
18. Rodriguez ENGACLCGPLPR. Guía de Cuidados de Enfermería Familiar y Comunitaria en los Trastornos de la Conducta Alimentaria (2ª edición). 2009.
19. Nerviosa FE de A de A y L contra la A y la B. FEACAB • Federación española de asociaciones de ayuda y lucha contra la Anorexia y bulimia nerviosa [En línea]. FEACAB. 2014 [Consultado 9 de Junio de 2015]. Disponible en: <http://www.feacab.org/>
20. Bulimia A contra l`Anorexia i la. Asociación contra la Anorexia y la Bulimia [En línea]. 2014 [Consultado 9 de Junio de 2015]. Disponible en: <http://www.acab.org/es>
21. I. Calvo Viñuela, J. Aroca Palencia*, M. Armero Fuster JDG y M. A. Estilo de vida en trastornos de conducta alimentaria. Nutr Hosp. 2002;
22. Rodriguez ENGACLCGPLP. Guia cuidados trastornos_conducta_alimentaria [En línea]. 2008 [Consultado 9 de Junio de 2015]. p. 220. Disponible en: <http://www.slideshare.net/ajonai/guia-cuidados-trastornosconductaalimentaria>
23. Ruiz-Lázaro PM. Cómo intervenir desde una perspectiva comunitaria. La detección en atención primaria. Pedro Manuel Ruiz-Lázaro HCU-Universidad de Zaragoza-I+CS. - Google Search [En línea]. www.noseaspresadelatalla.com. 2002 [Consultado 9 de Junio de 2015]. Disponible en: https://www.google.es/search?client=safari&rls=en&q=C%C3%B3mo+intervenir+desde+una+perspectiva+comunitaria.+La+detecci%C3%B3n+en+atenci%C3%B3n+primaria.+Pedro+Manuel+Ruiz-L%C3%A1zaro+HCU-Universidad+de+Zaragoza-I%2BCS.&ie=UTF-8&oe=UTF-8&gfe_rd=cr&ei=TL12V
24. La C de prevención y tratamiento de la anorexia y. Especialistas en trastornos de la conducta alimentaria [En línea]. 2014 [Consultado 9 de Junio de 2015]. Disponible en: <http://www.centroabb.com/es/>
25. Asociación en defensa a la atención de la anorexia nerviosa y bulimia. ADANER [En línea]. 2015 [Consultado 9 de Junio de 2015]. Disponible en: <http://www.adaner.org/>

26. Spettigue W, Henderson KA. Eating disorders and the role of the media. *Can Child Adolesc Psychiatr Rev* [En línea]. 2004 Feb [Consultado 7 de Junio de 2015];13(1):16–9. Disponible en:
<http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=2533817&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
27. Lozano GA. Obesity and sexually selected anorexia nervosa | - Academia.edu. *Medical Hypotheses* [En línea]. 2008 [Consultado 7 de Junio de 2015];Medical Hypotheses (2008) 71 , 933–40. Disponible en:
http://www.academia.edu/390226/Obesity_and_sexually_selected_anorexia_nervosa
28. Beglin SJ, Fairburn CG. Evaluation of a new instrument for the detection of eating disorders in community samples. *Psychiatry Res* [En línea]. 1992 Dec [Consultado 7 de Junio de 2015];44(3):191–201. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1289917>
29. Bulik CM, Sullivan PF, Tozzi F, Furberg H, Lichtenstein P, Pedersen NL. Prevalence, heritability, and prospective risk factors for anorexia nervosa. *Arch Gen Psychiatry* [En línea]. 2006 Mar [cited 2015 May 28];63(3):305–12. Disponible en: <http://www.mendeley.com/catalog/prevalence-heritability-prospective-risk-factors-anorexia-nervosa/>
30. Birmingham, C.L: Beumont P. Refereed Publications | Dr Birmingham Eating Disorders Consulting Physician [En línea]. *Medical management of eating disorder*. 2004 [Consultado 7 de Junio de 2015]. Disponible en: <http://drbirmingham.com/publications/refereed-publications/>
31. Bulik CM. Exploring the gene-environment nexus in eating disorders. *J Psychiatry Neurosci* [En línea]. 2005 Sep [Consultado 7 de Junio de 2015];30(5):335–9. Disponible en: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=1197278&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
32. Castro J, Toro J, Cruz M. Quality of rearing practices as predictor of short-term outcome in adolescent anorexia nervosa. *Psychol Med* [En línea]. 2000 Jan [Consultado 7 de Junio de 2015];30(1):61–7. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10722176>
33. Crisp AH, Palmer RL, Kalucy RS. How common is anorexia nervosa? A prevalence study. *Br J Psychiatry* [En línea]. 1976 Jun [Consultado 7 de Junio de 2015];128:549–54. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1276563>
34. Clausen L. Time to remission for eating disorder patients: a 2(1/2)-year follow-up study of outcome and predictors. *Nord J Psychiatry* [En línea]. 2008 Jan [cited 2015 May 28];62(2):151–9. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18569780>
35. E. Acosta Estévez, C. Dueso García MCA. Anorexia y bulimia: necesidad de diferenciar la prevención primaria de la detección precoz en el contexto de la educación para la salud en los centros de enseñanza [En línea]. Elsevier. 2013 [Consultado 7 de Junio de 2015]. p. Atención Primaria, Volume 27, Issue 4, Pages 271–2. Disponible en: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0212656701788075?via=sd>
36. Devaud C, Michaud PA, Narring F. [Anorexia and bulimia: increasing disorders? A review of the literature on the epidemiology of eating disorders]. *Rev Epidemiol Sante Publique* [En línea]. 1995 Jan [Consultado 7 de Junio de 2015];43(4):347–60. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7667541>
37. SAGE Publications, editor. *Nursing Interventions for Infants, Children, and Families* [En línea]. SAGE Publications; 2000 [Consultado 7 de Junio de 2015]. Disponible en: <https://books.google.com/books?id=5Sp1AAwAAQBAJ&pgis=1>

38. Pregnancy C on U, Medicine I of. The Best Intentions:: Unintended Pregnancy and the Well-Being of Children and Families [En línea]. 1995 [Consultado 7 de Junio de 2015]. Disponible en: <https://books.google.com/books?id=bL2mdv64Yd8C&pgis=1>
39. Walker WA, MD. CD, Watkins JB. Nutrition in Pediatrics: Basic Science and Clinical Application, Volume 1 [En línea]. PMPH-USA; 2003 [Consultado 7 de Junio de 2015]. Disponible en: <https://books.google.com/books?id=ZRXIZiuoLuUC&pgis=1>
40. Fairburn CG, Cooper Z, Doll HA, Norman P, O'Connor M. The natural course of bulimia nervosa and binge eating disorder in young women. Arch Gen Psychiatry [En línea]. 2000 Jul [Consultado 7 de Junio de 2015];57(7):659–65. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10891036>
41. Field AE, Cheung L, Wolf AM, Herzog DB, Gortmaker SL, Colditz GA. Exposure to the mass media and weight concerns among girls. Pediatrics [En línea]. 1999 Mar [Consultado 7 de Junio de 2015];103(3):E36. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10049992>
42. Garaulet M, Martínez A, Victoria F, Pérez-Llamas F, Ortega RM, Zamora S. Difference in dietary intake and activity level between normal-weight and overweight or obese adolescents. J Pediatr Gastroenterol Nutr [En línea]. 2000 Mar [Consultado 7 de Junio de 2015];30(3):253–8. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10749407>
43. Gard MC, Freeman CP. The dismantling of a myth: a review of eating disorders and socioeconomic status. Int J Eat Disord [En línea]. 1996 Jul [Consultado 5 de Junio de 2015];20(1):1–12. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8807347>
44. Abalkhail B, Shawky S, Ghabrah T. Perception of body weight among saudi school children. J Family Community Med [En línea]. 2002 Sep [Consultado 5 de Junio de 2015];9(3):35–49. Disponible en: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=3430166&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
45. Garner DM. Pathogenesis of anorexia nervosa. Lancet [En línea]. 1993 Jun 26 [Consultado 5 de Junio de 2015];341(8861):1631–5. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8100000>
46. Godart NT, Flament MF, Perdereau F, Jeammet P. Comorbidity between eating disorders and anxiety disorders: a review. Int J Eat Disord [En línea]. 2002 Nov [Consultado 5 de Junio de 2015];32(3):253–70. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12210640>
47. Halmi KA, Tozzi F, Thornton LM, Crow S, Fichter MM, Kaplan AS, et al. The relation among perfectionism, obsessive-compulsive personality disorder and obsessive-compulsive disorder in individuals with eating disorders. Int J Eat Disord [En línea]. 2005 Dec [Consultado 5 de Junio de 2015];38(4):371–4. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16231356>
48. Bustos IGMGF. Vigorexia versus Anorexia. Diferencias y similitudes entre anorexia nerviosa y anorexia reversa. Psiquiatr y Biol [En línea]. [Consultado 5 de Junio de 2015];Vol 12, n:133–5. Disponible en: [http://www.researchgate.net/profile/David_Zamorano_Garcia/publication/276204274_Pster._V_igorexia_vs_anorexia_diferencias_y_similitudes_entre_anorexia_nerviosa_y_anorexia_reversa_nerviosa_\(vigorexia\)/links/555218ab08aeaaff3befe338.pdf](http://www.researchgate.net/profile/David_Zamorano_Garcia/publication/276204274_Pster._V_igorexia_vs_anorexia_diferencias_y_similitudes_entre_anorexia_nerviosa_y_anorexia_reversa_nerviosa_(vigorexia)/links/555218ab08aeaaff3befe338.pdf)
49. CFaroline Davis PD. Eating Disorders and Addiction. Psychiatr Times [En línea]. 2001 [Consultado 5 de Junio de 2015];Vol. XVII (Issue 2). Disponible en: <http://web4health.info/en/med/docs/p010259.html>

50. Julián Viñals R, Peláez Fernández M, Ramírez Arrizabalaga R, la Puente Muñoz M de. Consideraciones sobre la prevalencia en España de los trastornos de la conducta alimentaria (TCA). Atención Primaria [En línea]. Elsevier; 2002 May 15 [Consultado 5 de Junio de 2015];29(08):524. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-consideraciones-sobre-prevalencia-espana-los-13031461>
51. Vicente J. Turón Gil LTV. ¿Qué son los trastornos de la alimentación? [En línea]. [Consultado 5 de Junio de 2015]. Disponible en: http://www.aetca.com/descargas/Manual_TCA.pdf
52. Meermann R, Vandereycken W, Napierski C. Methodological problems of body image research in anorexia nervosa patients. Acta Psychiatr Belg [En línea]. 1986 Jan [Consultado 5 de Junio de 2015];86(1):42–51. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3962691>
53. Morandé G, Celada J, Casas JJ. Prevalence of eating disorders in a Spanish school-age population. J Adolesc Health [En línea]. 1999 Mar [Consultado 5 de Junio de 2015];24(3):212–9. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10195805>
54. Onofre Ricardo Contreras Jordán IGM. Revalencia de la vigorexia en poblaciones de riesgo y predicción de sustancias dopantes | Alto Rendimiento [En línea]. Alto Rendimiento. 2009 [Consultado 5 de Junio de 2015]. Disponible en: <http://altorendimiento.com/revalencia-de-la-vigorexia-en-poblaciones-de-riesgo-y-prediccion-de-sustancias-dopantes/>
55. Gutierrez, T., Raich, R.M., Sánchez Carracedo, D. y Deus J. Universitat Autònoma de Barcelona. UAB. L'Autònoma. [En línea]. Alianza Editorial. 2003 [Consultado 5 de Junio de 2015]. Disponible en: <http://www.uab.cat/web/la-docencia/AIC-1345653362834.html>
56. Martínez-González MA, Irala J de. Los trastornos del comportamiento alimentario en España: ¿estamos preparados para hacerles frente desde la salud pública? Gac Sanit [En línea]. Elsevier España, S.L.; 2003 [Consultado 5 de Junio de 2015];17(5):347–50. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112003000500001&lng=es&nrm=iso&tlng=es
57. Pope HG, Gruber AJ, Mangweth B, Bureau B, deCol C, Jouvent R, et al. Body image perception among men in three countries. Am J Psychiatry [En línea]. 2000 Aug [Consultado 5 de Junio de 2015];157(8):1297–301. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10910794>
58. Leone JE, Sedory EJ, Gray KA. Recognition and treatment of muscle dysmorphia and related body image disorders. J Athl Train [En línea]. 2005 Jan [Consultado 5 de Junio de 2015];40(4):352–9. Disponible en: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=1323298&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
59. Preti A, Usai A, Miotto P, Petretto DR, Masala C. Eating disorders among professional fashion models. Psychiatry Res [En línea]. 2008 May 30 [Consultado 5 de Junio de 2015];159(1-2):86–94. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18355925>
60. Escursell RMR. LOS TRASTORNOS ALIMENTARIOS, OBESIDAD Y SOBREPESO [En línea]. Cambridge. Birmingham, C.L: Beumont P, editor. Cambridge University Press 2004.: Cambridge University Press 2004.; 2008 [Consultado 5 de Junio de 2015]. Disponible en: http://www.infocop.es/view_article.asp?id=1728
61. Alimentaria. G de trabajo de la G de PC sobre T de la C. GuíaSalud. Guía de Práctica Clínica sobre Trastornos de la Conducta Alimentaria. Versión completa. Definición y clasificación de los TCA. [En línea]. Madrid: Guías de Práctica Clínica en el SNS: AATRM Núm. 2006/05-01.; 2009 [Consultado 5 de Junio de 2015]. Disponible en:

- http://www.guiasalud.es/egpc/conducta_alimentaria/completa/apartado04/definicion_clasificacion.html
62. Estévez EA, García CD, Arcones MC. Anorexia y bulimia: necesidad de diferenciar la prevención primaria de la detección precoz en el contexto de la educación para la salud en los centros de enseñanza. *Atención Primaria* [En línea]. 2001 [Consultado 5 de Junio de 2015];27(4):271–4. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212656701788075>
63. Swain PI. *Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa: New Research* [En línea]. Nova Publishers; 2006 [Consultado 5 de Junio de 2015]. Disponible en: <https://books.google.com/books?id=0GvWqZ-MbLsC&pgis=1>
64. De Young KP, Lavender JM, Wonderlich SA, Crosby RD, Engel SG, Mitchell JE, et al. Moderators of post-binge eating negative emotion in eating disorders. *J Psychiatr Res* [En línea]. 2013 Mar [cited 2015 Apr 7];47(3):323–8. Disponible en: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=3570645&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
65. Swinbourne JM, Touyz SW. The co-morbidity of eating disorders and anxiety disorders: a review. *Eur Eat Disord Rev* [En línea]. 2007 Jul [Consultado 5 de Junio de 2015];15(4):253–74. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17676696>
66. Tiggemann M, Pickering AS. Role of television in adolescent women's body dissatisfaction and drive for thinness. *Int J Eat Disord* [En línea]. 1996 Sep [Consultado 5 de Junio de 2015];20(2):199–203. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8863073>
67. Verri AP, Verticale MS, Vallero E, Bellone S NL. [Television and eating disorders. Study of adolescent eating behavior]. *Cent di Psicol Clin e Anal del Comport IRCCS C Mondino, PaviaMinerva Pediatr* [En línea]. 1997 Jun [Consultado 5 de Junio de 2015];49(6):235–43. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9304042>
68. Woodside BD, Staab R. Management of psychiatric comorbidity in anorexia nervosa and bulimia nervosa. *CNS Drugs* [En línea]. 2006 Jan [Consultado 5 de Junio de 2015];20(8):655–63. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16863270>
69. Peixoto-Plácido C, Soares MJ, Pereira AT, Macedo A. Perfectionism and disordered eating in overweight woman. *Eat Behav* [En línea]. 2015 Mar 28 [Consultado 5 de Junio de 2015];18:76–80. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1471015315000410>
70. Hart LM, Cornell C, Damiano SR, Paxton SJ. Parents and prevention: a systematic review of interventions involving parents that aim to prevent body dissatisfaction or eating disorders. *Int J Eat Disord* [En línea]. 2015 Mar [cited 2015 Apr 19];48(2):157–69. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24796581>
71. Ambresin A-E, Vust S, Lier F, Michaud P-A. [Adolescents with an eating disorder: an evidence-based approach on the role of parents]. *Rev Med Suisse* [En línea]. 2014 Jan 15 [Consultado 5 de Junio de 2015];10(412-413):66–8. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24558902>
72. El Ghoch M, Soave F, Calugi S, Dalle Grave R. Eating disorders, physical fitness and sport performance: a systematic review. *Nutrients* [En línea]. 2013 Dec [cited 2015 May 14];5(12):5140–60. Disponible en: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=3875919&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>

73. Arcelus J, Witcomb GL, Mitchell A. Prevalence of eating disorders amongst dancers: a systemic review and meta-analysis. *Eur Eat Disord Rev* [En línea]. 2014 Mar [Consultado 5 de Junio de 2015];22(2):92–101. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24277724>
74. Liu C-Y, Tseng M-CM, Chang C-H, Fang D, Lee M-B. Comorbid psychiatric diagnosis and psychological correlates of eating disorders in dance students. *J Formos Med Assoc* [En línea]. 2015 Mar 10 [Consultado 1 de Junio de 2015]; Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25769425>
75. Hughes EK, Sawyer SM, Loeb KL, Le Grange D. Who's in the Room? A Parent-Focused Family Therapy for Adolescent Anorexia Nervosa. *Eat Disord* [En línea]. 2015 May 18 [Consultado 5 de Junio de 2015];1–11. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25984932>
76. Shaw H, Stice E, Becker CB. Preventing eating disorders. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am* [En línea]. 2009 Jan [Consultado 5 de Junio de 2015];18(1):199–207. Disponible en: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=2938770&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
77. Weigel A, Gumz A, Uhlenbusch N, Wegscheider K, Romer G, Löwe B. Preventing eating disorders with an interactive gender-adapted intervention program in schools: Study protocol of a randomized controlled trial. *BMC Psychiatry* [En línea]. 2015 Jan [cited 2015 May 27];15(1):21. Disponible en: <http://www.biomedcentral.com/1471-244X/15/21>
78. Mora M, Penelo E, Gutiérrez T, Espinoza P, González ML, Raich RM. Assessment of two school-based programs to prevent universal eating disorders: media literacy and theatre-based methodology in Spanish adolescent boys and girls. *ScientificWorldJournal* [En línea]. 2015 Jan [Consultado 5 de Junio de 2015];2015(328753):1–12. Disponible en: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=4353415&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
79. Martínez-Gómez D, Veses AM, Gómez-Martínez S, Pérez de Heredia F, Castillo R, Santaliesra-Pasias AM, et al. Television viewing time and the risk of eating disorders in Spanish adolescents: The AVENA and AFINOS studies. *Pediatr Int* [En línea]. 2015 Apr 22 [Consultado 5 de Junio de 2015]; Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25907599>