



# Guía de Prevención

de los Trastornos de la  
Conducta Alimentaria y  
el Sobrepeso



GOBIERNO  
de  
CANTABRIA

CONSEJERÍA DE SANIDAD  
Y SERVICIOS SOCIALES

Dirección General de Ordenación  
y Atención Sanitaria

Ilustraciones  
realizadas por el pintor  
**Pedro Sobrado.**

Datos de Imprenta:  
Imprime: Imprenta J. Martínez  
Diseño: Luis de la Sierra

ISBN:978-84-694-2970-9

# Autores:

**Prof. José Andrés Gómez del Barrio**, HUMV

**Dr. Luis Gaité Pindado**, UIPC HUMV, CIBERSAM

**Dña. Elsa Gómez**, HUMV

**Dra. Laura Carral Fernández**, HUMV

**Dra. Sara Herrero Castanedo**, UIPC, HUMV, CIBERSAM

**Prof. José Luis Vázquez-Barquero**, UIPC HUMV, CIBERSAM

CIBERSAM: Centro de Investigación Biomédica en Red de Salud Mental

HUMV: Hospital Universitario "Marqués de Valdecilla"

UIPC: Unidad de Investigación en Psiquiatría de Cantabria

“Este proyecto ha sido financiado a cargo de los Fondos para la Cohesión Territorial 2008 del Ministerio de Sanidad y Consumo que fueron aprobados en el CISNS de fecha 18 de Junio de 2008, como apoyo a la implementación a la Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud”

Este proyecto ha sido financiado, parcialmente, por la Dirección General de Ordenación, Inspección y Atención Sanitaria de la Consejería de Sanidad del Gobierno de Cantabria

# Colaboradores

**Marta Achutegui Napal**, Servicio Catalán de Salud.  
**Begoña Agüeros Pérez**, HUMV  
**Lorena Alonso Prieto**, HUMV  
**Alexandra Álvaro Quijano**, HUMV  
**Carmen Aparicio Miguel**, HUMV  
**María Jesús Aparicio Rucandio**, Consejería de Educación  
**Natalia Arrechea García**, Servicio Vasco de Salud. Osakidetza.  
**Pilar Benito González**, HUMV  
**María Socorro Blanco Incera**, HUMV  
**Alicia Bolado Alonso**, HUMV  
**Encarnación Bustamente Cruz**, HUMV  
**Estefanía Cáceres Izquierdo**, HUMV  
**Gabriel Calcedo Giraldo**, HUMV  
**Silvia Castillo Castillo**,  
**María Concepción Cortés Sanpedro**, HUMV  
**Rocío García Quintanal**, HUMV  
**Rosa M<sup>a</sup> González Fernández**, Consejería de Educación  
**Jana González Gómez**, HUMV  
**Selma Herrero López**, HUMV  
**Aránzazu Hidalgo González**, HUMV  
**María Ángeles LLamazares Mones**, HUMV  
**Josefina Manteca Cobo**, HUMV  
**Ramona Muñoz Ruescas**, HUMV  
**María Pilar Martínez García-Moncó**, HUMV  
**María Rodríguez Dieguez**, HUMV  
**María Luisa San Martín Corujo**, HUMV  
**María Cruz San Juan**, HUMV  
**Paula Suárez Pinilla**, HUMV  
**María Teresa Saíz Saínz**, HUMV

La guía surge de la colaboración estrecha con otros centros a partir de un programa de investigación financiado por el fondo de investigación sanitaria del Instituto de Salud Carlos III del Ministerio de Sanidad y Consumo (PI052533). En este caso se adaptó, en cuanto a sus contenidos teóricos, la guía original diseñada por el grupo ZARIMA de Zaragoza dirigido por el Dr. Pedro Ruiz Lázaro tomando en consideración además nuestra propia experiencia en el desarrollo de este tipo de intervenciones preventivas.

## Agradecimientos:

A la Consejería de Educación del Gobierno de Cantabria por su colaboración en el desarrollo de esta guía.

A todos los colegios y profesores que participaron en los trabajos de campo para la elaboración de esta guía, y que nos aportaron su experiencia y conocimiento directos del trabajo cotidiano en el ámbito educativo con adolescentes.

# Índice

<b>Prólogo .....</b>	<b>5</b>
<b>Prefacio .....</b>	<b>7</b>
<b>Introducción.....</b>	<b>9</b>
<b>Preguntas frecuentes en relación con los Trastornos de la Conducta Alimentaria y el Sobrepeso.....</b>	<b>15</b>
¿Qué son ? .....	17
¿Por qué se producen ? .....	23
¿Son muy frecuentes?.....	27
¿Cómo es su evolución y que complicaciones pueden surgir? .....	29
¿Tienen tratamiento?.....	34
¿Es importante su detección precoz? .....	34
¿Cómo actuar si creemos que un adolescente puede tener un trastorno de la conducta alimentaria?.....	37
<b>La prevención de los trastornos de la conducta alimentaria y el sobrepeso .....</b>	<b>39</b>
<b>Objetivos, destinatarios y requerimientos del programa .....</b>	<b>47</b>
Objetivos.....	48
Destinatarios.....	49
Requerimientos.....	49
<b>Organización del programa.....</b>	<b>51</b>
¿Cómo empezar a trabajar? .....	52
Metodología.....	53
Estructura de las sesiones y cronograma .....	54
Evaluación del programa.....	55
Evaluación mediante métodos cuantitativos.....	55
<b>SESIÓN 1:</b>	
<b>Alimentación-nutrición y ejercicio saludable .....</b>	<b>57</b>
Objetivos.....	58
Destinatarios.....	58
1. Medidas de autoinforme mediante aplicación de cuestionarios.....	58
2. Encuesta dietética en pequeño grupo.....	59
3. Charla sobre alimentación, nutrición y ejercicio saludable. ....	60
4. Falsos mitos (Duración: 10 minutos) .....	61

<b>SESIÓN 2:</b>	
<b>Imagen Corporal- Sexualidad- Crítica del Modelo Estético.....</b>	<b>63</b>
Objetivos.....	64
Destinatarios.....	64
1. Dibujo de figura humana “ideal” .....	64
2. Juego de papeles o roles “el gordito” .....	65
3. Imágenes de publicidad con crítica.....	67
4. Dramatización de anuncio. (Duración: 20 minutos).....	68
<b>SESIÓN 3:</b>	
<b>Autoconcepto-Autoestima .....</b>	<b>71</b>
Objetivos.....	72
Destinatarios.....	72
1. Árbol de mi autoestima.....	72
2. Dibujo de las tortugas.....	73
3. Anuncio publicitario .....	74
4. Espejo mágico .....	74
5. “Caricias” interpersonales” .....	75
<b>SESIÓN 4:</b>	
<b>Asertividad-Habilidades Sociales .....</b>	<b>77</b>
Objetivos.....	78
Destinatarios.....	78
1. Rueda de escucha activa. Defensa de derechos .....	78
2. Compartir “piropos”.....	80
3. Imagen de mi “yo” .....	80
4. Juego de roles .....	82
<b>SESIÓN 5:</b>	
<b>Medidas Pos-programa y Evaluación.....</b>	<b>85</b>
Objetivos.....	85
1. Cuestionarios.....	86
2. Peso y talla con cálculo de IMC. (Duración total: 30 minutos). .....	86
3. Debate. (Duración total: 30 minutos). .....	86
<b>SESIÓN 6:</b>	
<b>Trabajo con La Familia.....</b>	<b>89</b>
Dinámicas.....	90
<b>Anexos:.....</b>	<b>97</b>
<b>Lecturas recomendadas .....</b>	<b>123</b>

# Prólogo

Entre los jóvenes de las sociedades desarrolladas, las alteraciones de la conducta alimentaria, la adopción de dietas poco saludables, el sobrepeso y la obesidad se han convertido en un serio problema de salud pública. Ello es especialmente relevante en lo que concierne a los trastornos de la conducta alimentaria, los cuales además de incidir de manera especialmente negativa sobre la salud (tanto física como psíquica) y la adaptación socio-familiar de los que los padecen, suponen también una gran fuente de sufrimiento para las familias y una marcada sobrecarga para la sociedad y el sistema sanitario.

Se entiende así que el desarrollo de programas de identificación y tratamiento precoz de dichas alteraciones se haya convertido en objetivo prioritario de la actuación sanitaria y en salud pública. Y en el mismo sentido, cada día más se está reconociendo la relevancia de completar dichos programas con actuaciones preventivas que, dirigidas al entorno social y familiar de los pacientes, actúen sobre los factores de riesgo y los mecanismos causales de dichas alteraciones.

Aun cuando los elementos centrales en la actuación preventiva son, no cabe la menor duda, el núcleo familiar y el entorno educativo, lo cierto es que dichas actuaciones habrán también de extenderse a la sociedad en general. En ella se deberá promover la adopción de patrones de alimentación y estilo de vida más saludables, así como de modelos de imagen corporal más equilibrados que los actualmente promulgados por los ideales estéticos en uso.

En línea con dichos planteamientos se encuentra todo un amplio conjunto de actuaciones que, desde la Consejería de Sanidad y Servicios Sociales del Gobierno de Cantabria, se están promoviendo con el objetivo de optimizar la atención a la salud mental en Cantabria, dentro de los cuales se incluyen, como es lógico, los dirigidos al tratamiento de estos trastornos. Y en el mismo sentido se encuentran

también las iniciativas que, de manera complementaria, estamos promoviendo dirigidas a la prevención de la enfermedad psíquica y promoción de la salud mental.

Ejemplo de actuaciones preventivas en salud mental, que están siendo promovidas desde esta Consejería, lo constituye precisamente esta Guía de Psicoeducación sobre los Trastornos de la Conducta Alimentaria y el Sobrepeso. Su objetivo es desarrollar estrategias educativas que, dirigidas al medio escolar y familiar, estimulen en nuestros adolescentes la adopción de adecuados patrones de conducta alimentaria, la aceptación de un modelo de imagen corporal saludable y, en última instancia, prevengan la aparición de estos trastornos. Para ello, contamos con la colaboración inestimable de los profesionales de la Salud Mental y del Sistema Educativo y también con el apoyo de las familias y el conjunto de la sociedad de Cantabria. Estoy segura de que, con este tipo de iniciativas, conseguiremos entre todos alcanzar en nuestra Comunidad unos mayores niveles de salud y calidad de vida.

**Excma. Dña. María José Sáenz de Buruaga**

Consejera de Sanidad y Servicios Sociales del Gobierno de Cantabria



# Prefacio

Se acepta hoy en día, como principio general, que los trastornos de la conducta alimentaria tienen una etiología multifactorial, en la que ciertamente se incluyen factores no modificables, o difícilmente modificables, como la predisposición genética o incluso los rasgos de la personalidad.

Sin embargo, se han identificado también otros factores que sí son más accesibles a las intervenciones preventivas, como es el caso de los patrones culturales y estéticos imperantes, la valoración negativa de la propia figura y esquema corporal, o la adopción de prácticas dietéticas poco saludables.

Es preciso resaltar que para actuar de manera eficaz sobre los factores causales modificables es necesario poner en marcha eficaces programas de actuación preventiva. Para ello, la correcta elección del momento y del lugar de la actuación, adquiere especial relevancia.

Conviene, por lo tanto, tener en cuenta que es precisamente durante la edad escolar y en su entorno, cuando muchos adolescentes, la mayoría de ellos del sexo femenino, se ven influenciados y con frecuencia asumen “valores culturales” que predicen la delgadez, la consecución de “esquemas corporales ambiguos” y la adopción de patrones alimentarios poco saludables. Se entiende así que sea el entorno escolar uno de los lugares más importantes, que no el único, para desarrollar los programas de actuación preventiva donde los profesores y educadores se deben convertir en figuras relevantes. En este contexto, es esencial que dichos profesionales adquieran la metodología adecuada para el desarrollo de estrategias de prevención y también, claro esta, un adecuado nivel de comprensión y conocimiento sobre los factores y mecanismos que inciden en el origen y mantenimiento de los trastornos de la conducta alimentaria. A través de la capacitación y formación, profesores y educadores podrán convertirse en actores principales de la actuación preventiva, aportando nuevas perspectivas para la valoración

de la imagen corporal o los riesgos de las dietas indiscriminadas, y en última instancia promoviendo en los adolescentes la consecución de un adecuado nivel de comprensión de los mecanismos que conducen a padecer trastornos o conductas alimentarias desadaptadas.

Por otro lado, es importante recordar que el sobrepeso y la obesidad se han convertido en un importante problema de salud en los países desarrollados llegando incluso a verse reflejado en el aumento de las cifras en la población infantil. Las diferentes causas del sobrepeso entre las que también distinguimos las no modificables como la genética y las modificables como el estilo de vida y los hábitos alimenticios saludables empujan a los que padecen sobrepeso a problemas físicos y sociales con la constante búsqueda de soluciones. Para evitar y prevenir estos problemas, debemos partir de la premisa de que muchos adultos con sobrepeso inician su trastorno y todos los problemas relacionados en la infancia-adolescencia siendo en esta etapa donde se deben centrar los esfuerzos para que las familias y toda la comunidad educativa jueguen un papel principal en enseñar a los jóvenes los conocimientos, habilidades y actitudes que ellos necesitan para desarrollar hábitos alimenticios saludables.

En línea con dicho objetivo de estimular la capacitación en estas áreas y también de facilitar el desarrollo de estrategias de intervención que puedan servirles de ayuda a profesores, educadores, familias y todos aquellos involucrados de una u otra manera en la prevención de los trastornos de la conducta alimentaria y el sobrepeso se ha promovido desde la Conserjería de Sanidad y Servicios Sociales del Gobierno de Cantabria la elaboración de esta Guía. Su fin, por lo tanto, es el de establecer un nexo de comunicación entre los profesionales sanitarios y los educadores y, sobre todo, aportar a estos últimos una herramienta de trabajo para llevar a cabo en el entorno escolar actividades de prevención de los trastornos de la conducta alimentaria y el sobrepeso.

Confiamos que este esfuerzo conjunto sirva para reducir la frecuencia y prevenir la aparición de trastornos de la conducta alimentaria y sobrepeso, garantizando así mayores niveles de salud mental y de calidad de vida en la población de nuestra Comunidad.

**Sr. D. Carlos León Rodríguez**

Director General de Ordenación y Atención Sanitaria

# Introducción

Los trastornos de la conducta alimentaria son un grupo de enfermedades en las que la persona enferma presenta una alteración en la forma de comer (por exceso o por defecto). Esta es la manifestación más visible de la enfermedad, pero en el fondo esas personas sienten una gran insatisfacción consigo mismas y con su imagen corporal.

Los sistemas de clasificación de las enfermedades mentales CIE-10 y DSM-IV-TR incluyen entre los trastornos de la conducta alimentaria tres grandes categorías. Dos son trastornos específicos la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa, y la tercera gran categoría se denomina trastorno de la conducta alimentaria no especificado. Aquí se incluyen los casos que no cumplen todos los criterios diagnósticos de anorexia o bulimia nerviosa pero en los que sí existe una alteración de la conducta alimentaria.

Brevemente, podemos decir que la anorexia nerviosa se define como la pérdida significativa de peso en relación a la altura, ocasionada por la propia persona, mediante la evitación de la ingesta de alimentos que el sujeto estima que le pueden llevar a aumentar de peso. Además deben existir también uno o más de los síntomas siguientes: vómitos autoprovocados, purgas intestinales, ejercicio excesivo y/o consumo de fármacos (diuréticos y/o supresores del apetito). También sufren una distorsión de la imagen corporal, provocándoles una sobrestimación de su figura o peso corporal. Asimismo, se produce un trastorno endocrino caracterizado en la mujer por amenorrea y en el varón por una pérdida del interés y la potencia sexuales. La bulimia nerviosa, es una preocupación continua por la comida, con deseos irresistibles de comer, presentando episodios recurrentes de ingesta voraz (atracones) seguidos por conductas compensatorias inapropiadas como el ayuno,

el vómito provocado, el abuso de laxantes, diuréticos u otros fármacos adelgazantes o el ejercicio excesivo. Es más frecuente encontrar personas que presentan procesos que no cumplen todos los criterios diagnósticos de anorexia o bulimia nerviosas, lo que denominábamos un trastorno de la conducta alimentaria no especificado.

Estos trastornos aparecen habitualmente durante la adolescencia o en los primeros años de la edad adulta y son más frecuentes en las mujeres. Las edades más afectadas son las comprendidas entre los 12 y 24 años. Revisando los estudios epidemiológicos realizados en España en los últimos años, la prevalencia aproximada de estos trastornos en la población de mayor riesgo, es decir, en mujeres de 12 a 24 años de edad, se sitúa en su conjunto entre el 4 y el 6,4%.

En varones la prevalencia se sitúa alrededor del 9-10% de la hallada en mujeres. Estas prevalencias son las habituales en todos los países desarrollados y por tanto culturalmente occidentalizados. En los países del tercer mundo no existen los trastornos de la conducta alimentaria o su incidencia es mínima.

No conocemos con exactitud la etiología de los trastornos de la conducta alimentaria. Sabemos que están implicados factores genéticos, socioculturales y psicológicos, pero desconocemos en qué medida influye cada uno de ellos. Parece que las actitudes sociales sobre la apariencia corporal, al igual que los factores familiares juegan un papel importante en su desarrollo. Otra característica importante es que suele tratarse de personas muy perfeccionistas y con una gran necesidad de reconocimiento y aprobación, por lo que manejan mal los errores o las frustraciones de la vida cotidiana.

La importancia de los trastornos de la conducta alimentaria como problema sanitario en los países desarrollados no radica exclusivamente en su prevalencia, sino en las repercusiones que pueden llegar a tener. Como hemos señalado muchos de estos trastornos de la alimentación

comienzan en la adolescencia o incluso más precozmente, por lo que pueden tener un efecto muy negativo sobre el desarrollo de un niño o un adolescente. Entre las principales repercusiones sobre la salud podemos citar, desde el punto de vista orgánico, todas las alteraciones derivadas de la desnutrición (alteraciones hormonales, amenorrea, osteoporosis, fracturas, anemia, deshidratación, alteraciones electrolíticas, etc.) y, desde el punto de vista psiquiátrico, la depresión, la ansiedad, los trastornos obsesivos, el aislamiento social, los problemas familiares o incluso el suicidio. Por tanto, el tratamiento de una persona con un trastorno grave de la conducta alimentaria puede ser prolongado en el tiempo y requerir un alto consumo de recursos asistenciales, sin olvidar tampoco que otros miembros de la familia, incluyendo a los hermanos, pueden verse afectados también por el deterioro de las relaciones familiares.

En cuanto al sobrepeso, la Organización Mundial de la Salud (OMS) define la obesidad y el sobrepeso como una acumulación anormal y excesiva de grasa que puede ser perjudicial para la salud y que se manifiesta por un exceso de peso y volumen corporales. Este organismo considera la obesidad como la «epidemia del siglo XXI» por las dimensiones que ha adquirido a lo largo de las últimas décadas y por su impacto sobre la morbimortalidad, la calidad de vida y el gasto sanitario. La evolución de la prevalencia del sobrepeso y la obesidad en la población infantojuvenil sigue una tendencia parecida tanto en los países desarrollados como en los que están en vías de desarrollo. En España, el estudio Paidos del año 1984 estimó una prevalencia de obesidad infantil del 4,9%, mientras que el estudio Enkid mostró, entre 1998 y 2000, que la prevalencia global de sobrepeso y obesidad fue de 12,4% y 13,9% respectivamente, siendo ambas superiores en varones. La obesidad es considerada en sí misma como una enfermedad crónica, pero también como un importante factor de riesgo para el desarrollo de otras enfermedades responsables de una elevada morbimortalidad en la edad adulta. Así, en esta población la obesidad se ha asociado con diabetes mellitus tipo 2, hipertensión arterial, dislipemias, cardiopatía isquémica, alteraciones osteoarticulares, insuficiencia venosa, accidentes cerebrovasculares, hiperuricemia y gota,

apneas del sueño, insuficiencia respiratoria, trastornos psicológicos, esteatosis hepática, hernia de hiato y tumores malignos de diversa localización (colon, recto, próstata, ovarios, endometrio, mama y vesícula biliar). En la mujer, se ha asociado también con disfunción menstrual, síndrome de ovario poliquístico, infertilidad, aumento del riesgo perinatal e incontinencia urinaria

Resulta fundamental, por tanto, desarrollar formas efectivas de prevención de trastornos de la conducta alimentaria y el sobrepeso. Es importante incluir en esta estrategia a profesores, orientadores y familias transmitiendo mensajes sobre pautas que indirectamente protejan de los trastornos de la conducta alimentaria: alimentación saludable, realizar al menos alguna comida en casa con la familia, facilitar la comunicación y mejorar la autoestima, procurar que las conversaciones familiares no giren excesivamente sobre la alimentación o la imagen y evitar los comentarios críticos sobre el aspecto físico.

Esta Guía pretende ser un modelo práctico y sustentado en los modelos teóricos actuales para la realización de programas preventivos en relación con los trastornos de la conducta alimentaria y el sobrepeso.

## RESUMEN

- Los trastornos de la conducta alimentaria representan un grupo de enfermedades de gran relevancia clínica y social con graves costes personales, económicos, familiares y sociales.
- En conjunto representan la tercera enfermedad crónica más común entre la población de pacientes adolescentes.
- La media de tiempo transcurrido entre el inicio de los síntomas y la petición de ayuda se estima en alrededor de un año para la anorexia nerviosa y de cuatro años para la bulimia.
- La prevalencia de la anorexia nerviosa se estima entorno al 1%, la de la bulimia en el 3% y los trastornos no especificados en el 3% .
- La prevalencia de obesidad y sobrepeso en España alcanza tasas del 26,3% para la población entre los 2 y 24 años según el estudio Enkid.
- La obesidad en la infancia es un potente predictor de obesidad en el adulto.
- Diversos estudios muestran una presencia elevada de alteraciones en la conducta alimentaria en adolescentes sanos. Algunos de ellos desarrollarán un trastorno de la conducta alimentaria o sobrepeso.
- Un alto porcentaje de personas con sobrepeso u obesidad padecen al mismo tiempo un trastorno de la conducta alimentaria.
- La detección precoz mejora el pronóstico y reduce el tiempo de tratamiento.
- Los estudios de prevención avalan la importancia de las intervenciones multicomponente aplicadas en población adolescente.





Preguntas

**Preguntas frecuentes** en relación  
con los Trastornos de la Conducta  
Alimentaria y el Sobrepeso

tes en relación  
con los  
Trastor-  
nos de la  
Conducta  
Alimen-  
taria y el  
Sobrepeso



SoBRaDo

# Preguntas frecuentes en relación con los Trastornos de la Conducta Alimentaria y el Sobrepeso

## ¿Qué son los Trastornos de la Conducta Alimentaria?

Los trastornos de la conducta alimentaria constituyen un grupo de trastornos mentales caracterizados por una conducta alterada ante la ingesta alimentaria y/o la aparición de comportamientos encaminados a controlar el peso. Esta alteración ocasiona problemas físicos o del funcionamiento psicosocial. Las actuales clasificaciones de los trastornos de la conducta alimentaria incluyen la *anorexia nerviosa*, la *bulimia nerviosa* y otras alteraciones menos específicas denominadas *trastornos de la conducta alimentaria no especificados*.

La *anorexia nerviosa* es un trastorno de la conducta alimentaria en el que la persona muestra un deseo irrefrenable de estar delgada y pone en práctica voluntariamente diferentes medidas para conseguirlo, como una dieta restrictiva muy estricta y conductas purgativas (vómitos autoinducidos, abuso de laxantes, uso de diuréticos, etc.). A pesar de la progresiva e intensa pérdida de peso, las personas afectadas presentan una distorsión de la imagen corporal y se ven gordas. Por tanto, persisten en las conductas de evitación de la comida junto con acciones compensatorias para contrarrestar el aporte calórico de la que ingieren (actividad física desmesurada, conductas de purga, etc.). Habitualmente no tienen

conciencia de enfermedad ni del riesgo que corren con su conducta. Todo su interés está centrado en perder peso, y para conseguirlo no les importa caer en estados nutricionales carenciales que pueden acarrear un serio riesgo vital. Con frecuencia estas personas tienen una personalidad con excesiva necesidad de aprobación, alto sentido de la responsabilidad, perfeccionismo, sentimiento de ineficacia personal e incapacidad para reconocer la información interna proveniente del cuerpo.

La *bulimia nerviosa* es un trastorno de la conducta alimentaria que se caracteriza por episodios de atracones (ingesta voraz e incontrolada), en los cuales se ingiere una gran cantidad de alimento en un corto espacio de tiempo y generalmente en secreto. Las personas afectadas intentan compensar los efectos de la sobreingesta mediante vómitos autoinducidos y/o otras maniobras de purga (abuso de laxantes, uso de diuréticos, etc.) e hiperactividad física. En algunas personas no se producen esas conductas de compensación o purga, hablamos entonces, de “trastorno por atracones”. En la bulimia nerviosa no se producen necesariamente alteraciones en el peso y la persona afectada puede presentar peso normal, bajo o sobrepeso. La bulimia nerviosa suele ser un trastorno oculto, ya que fácilmente pasa desapercibido, y se vive con sentimientos de vergüenza y culpa. La persona afectada suele pedir ayuda cuando el problema ya está avanzado.

Los *trastornos de la conducta alimentario no especificados* suelen ser cuadros de anorexia nerviosa o bulimia nerviosa incompletos, ya sea por su inicio o porque están en vías de resolución. Por lo tanto, en ellos veremos síntomas similares a la anorexia nerviosa o a la bulimia nerviosa pero sin llegar a configurar un cuadro completo, aunque no por ello menos grave. En los *trastornos de la conducta alimentario no especificados* también se incluyen trastornos tales como el empleo habitual de conductas compensatorias inapropiadas (después de ingerir pequeñas cantidades de alimento, masticarlas y expulsar la comida) y episodios compulsivos y recurrentes de ingesta pero sin conductas compensatorias. El trastorno

por atracones es una entidad en fase de estudio para poder determinar si nos hallamos ante un trastorno diferente al resto de los *trastornos de la conducta alimentario no especificados* o simplemente ante una forma leve de bulimia nerviosa. La diferencia principal con la bulimia nerviosa 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.

El sobrepeso y la obesidad, a diferencia de la anorexia y la bulimia nerviosas, no se consideran trastornos mentales. Son trastornos provocados por el acúmulo de un exceso de grasa corporal debido al mantenimiento de una ingesta alimentaria cuyo valor calórico es superior a las necesidades de energía de la persona. Constituye, un cuadro médico que, a partir de un determinado nivel por encima del considerado peso ideal, podría comportar una serie de riesgos para la salud (Índice de masa corporal o de Quetelet de más de 30; Ver ANEXOS).

## **Criterios Diagnósticos DSM-IV-TR de los trastornos de la conducta alimentaria**

### **Anorexia nerviosa (307.1)**

Criterios para el diagnóstico:

- a.** Rechazo a mantener el peso corporal igual o por encima del valor mínimo normal, considerando la edad y la talla (p. ej., pérdida de peso que da lugar a un peso inferior al 85% del esperable o fracaso en conseguir el aumento de peso normal durante el período de crecimiento, dando como resultado un peso corporal inferior al 85% del peso esperable).
- b.** Miedo intenso a ganar peso o a convertirse en obeso, incluso estando por debajo del peso normal.

- c.** Alteración de la percepción del peso o la silueta corporales, exageración de su importancia en la autoevaluación o negación del peligro que comporta el bajo peso corporal.
- d.** En las mujeres pospuberales, presencia de amenorrea; por ejemplo, ausencia de al menos tres ciclos menstruales consecutivos. (Se considera que una mujer presenta amenorrea cuando sus menstruaciones aparecen únicamente con tratamientos hormonales, p. ej., con la administración de estrógenos).

Especificar tipo:

- ▶ Tipo restrictivo: durante el episodio de AN, el individuo no recurre regularmente a atracones o a purgas (p. ej., vómito autoinducido, abuso de laxantes, uso de diuréticos o enemas).
- ▶ Tipo compulsivo/purgativo: durante el episodio de AN, el individuo recurre regularmente a atracones o a purgas (p. ej., vómito autoinducido, abuso de laxantes y uso de diuréticos o enemas).

### **Bulimia nerviosa (307.51)**

Criterios para el diagnóstico:

- a.** Presencia de atracones recurrentes. Un atracón se caracteriza por:
  1. Ingesta de alimento en un corto espacio de tiempo (p. ej., en un período de 2 horas) en cantidad superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en un período de tiempo similar y en las mismas circunstancias.
  2. Sensación de pérdida de control sobre la ingesta del alimento (p. ej., sensación de no poder parar de comer o no poder controlar el tipo o la cantidad de comida que se está ingiriendo).

- b.** Conductas compensatorias inapropiadas, de manera repetida, con el fin de no ganar peso, como vómito autoinducido, abuso de laxantes, uso de diuréticos, enemas u otros fármacos, ayuno y ejercicio excesivo.
- c.** Los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas tienen lugar, como promedio, al menos dos veces a la semana durante un período de 3 meses.
- d.** La autoevaluación está exageradamente influida por el peso y la silueta corporal.
- e.** La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de la AN.

Especificar tipo:

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

### **TCANE (307.50)**

La categoría TCANE (trastorno de la conducta alimentaria no especificado) se refiere a los trastornos de la conducta alimentaria que no cumplen los criterios para ningún trastorno de la conducta alimentaria específico. Algunos ejemplos son:

- En mujeres, se cumplen todos los criterios diagnósticos para la AN pero las menstruaciones son regulares (TCANE 1).

- Se cumplen todos los criterios diagnósticos para la AN excepto que, a pesar de existir una pérdida de peso significativa, el peso del individuo se encuentra dentro de los límites de la normalidad (TCANE 2).
- Se cumplen todos los criterios diagnósticos para la BN, con la excepción de que los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas aparecen menos de dos veces por semana o durante menos de tres meses (TCANE 3).
- Se cumplen todos los criterios diagnósticos para la BN, excepto el empleo regular de conductas compensatorias inapropiadas después de ingerir pequeñas cantidades de comida por parte de un individuo de peso normal (por ejemplo, provocación del vómito después de haber comido dos galletas) (TCANE 4).
- Masticar y expulsar, pero no tragar, cantidades importantes de comida.
- Trastorno compulsivo: se caracteriza por atracones recurrentes en ausencia de la conducta compensatoria inapropiada típica de la bulimia nerviosa.

En el DSM-IV, si bien aparecen unos criterios de investigación para estudios posteriores, el “trastorno por atracones” queda incluido en los trastornos alimentarios no especificados.



## ¿Por qué se producen?

Aún hoy día no se conoce la causa exacta de los trastornos de la conducta alimentaria. La mayoría de investigadores reconocen que para que dichas enfermedades aparezcan deben concurrir diversos factores.

Por un lado, la **genética**, que dota al individuo de una susceptibilidad o vulnerabilidad determinada. Por ejemplo, se sabe que el sexo femenino y ciertos rasgos de personalidad como el perfeccionismo o la impulsividad que vienen determinados genéticamente, se relacionan con una mayor probabilidad de tener un trastorno de la conducta alimentaria.

A estos habría que añadir otros **factores personales**, como el estilo de pensamiento (se cree que muchos de estas personas presentan un pensamiento con marcada rigidez e inflexibilidad para hacer cambios y tendencia en centrarse en los detalles). Junto a ello es posible que presenten dificultades para el reconocimiento adecuado de las emociones. A este respecto, aún no está claro si dichos rasgos son pre-existentes a la enfermedad o aparecen por ella. Asimismo, se considera que tener un pobre concepto de uno mismo, una gran preocupación sobre el propio cuerpo o dar una gran importancia al peso se asocia con una mayor probabilidad de tener problemas con la alimentación en el futuro.

La influencia de la **familia** es controvertida. La mayoría de estudios no encuentran relación con algún modelo determinado de familia. Sin embargo, se relaciona la sobreprotección y el exceso de comentarios críticos con una mayor probabilidad de desarrollar un trastorno de la conducta alimentaria. También se ha visto que en las familias en las que ya existe la enfermedad, hay problemas de relación, desavenencias entre los padres, o que un miembro de la familia, fundamentalmente el padre, presenta problemas de alcoholismo o de depresión, se incrementa el riesgo de padecer uno de estos trastornos.



Prade

Sin duda, los **factores sociales**, son los más relevantes y responsables del espectacular aumento de éstos comportamientos patológicos. La presión ejercida por la publicidad, los medios de comunicación audiovisuales y escritos así como la industria de la estética, provocan la interiorización del ideal de belleza o delgadez como sinónimos de éxito y de insatisfacción.

Otros factores, que se consideran implicados son los **acontecimientos vitales**, empezando por algunas complicaciones perinatales, bien antes de nacer o inmediatamente después. Posteriormente, el desarrollo sexual (pubertad precoz) o las relaciones establecidas durante la infancia y adolescencia. A este respecto, se sabe que las críticas recibidas acerca de su cuerpo o la presión por adelgazar constituyen uno de los factores principales a la hora de generar insatisfacción con uno mismo y con su imagen corporal. Otras circunstancias vitales, como maltrato o abuso sexual pueden influir en el desarrollo de una baja autoestima y desagrado corporal.

Se piensa también, que **actividades deportivas**, que promueven un estado físico estilizado o de bajo peso pudieran influir negativamente no sólo a nivel fisiológico, sino así mismo a nivel psicológico, causando malestar con el propio cuerpo o deseo de cambiarlo para mejorar el rendimiento.

Así pues, las características y factores señalados contribuirían en mayor o menor medida a establecer un determinado grado de vulnerabilidad en determinados sujetos. Y en un momento dado, probablemente a raíz de algún acontecimiento estresante, se desencadena o agrava un descontento con la propia imagen comenzando una conducta de dieta restrictiva.

Dicha conducta, una vez establecida, provoca cambios psicológicos como sensación de control, de logro, bienestar, y en ocasiones de calma emocional. Asimismo, se generan, cambios fisiológicos que mantienen y perpetúan la situación.

De todos ellos, la **dieta** y la **insatisfacción personal y con el cuerpo** parecen ser los factores más importantes en el desarrollo futuro de un trastorno de la conducta alimentaria. Algunos autores, consideran incluso, que dichos síntomas serían “prodrómicos”. Esto es, los síntomas iniciales del trastorno y por tanto, el objetivo del tratamiento precoz y la prevención.

Las causas del sobrepeso y la obesidad son múltiples, e incluyen factores tales como la herencia genética, el comportamiento del sistema nervioso, endocrino y metabólico y el estilo de vida que se lleve.

Si se ingiere mayor cantidad de energía de la necesaria ésta se acumula en forma de grasa. Si se consume más energía de la necesaria se utiliza la grasa como energía. Por lo que la obesidad se produce por exceso de energía, como resultado de las alteraciones en el equilibrio de entrada/salida de energía.

La herencia tiene un papel importante. El riesgo de sufrir obesidad para un niño es 10 veces superior a lo normal si sus padres la padecen. Esto en parte es debido a tendencias metabólicas de acumulación de grasa, y también a que los hábitos culturales alimentarios y sedentarios contribuyen a repetir los patrones de conducta de padres a hijos.

Existe una proporción de personas con obesidad, cuya causa radica en enfermedades hormonales o endocrinas, y pueden ser solucionadas mediante un correcto diagnóstico y tratamiento especializado.

No todos los pacientes con obesidad tienen un trastorno de conducta alimentaria, pero es importante descartarle para iniciar un tratamiento adecuado precozmente.

## ¿Son muy frecuentes?

En las últimas décadas los trastornos de la conducta alimentaria no han dejado de aumentar. En nuestro país, las cifras son similares a las de otros países occidentales.

El perfil de paciente suele ser, mujer, en gran mayoría adolescentes y de nivel socioeconómico variado. Cada vez más a menudo aparecen casos de personas de mediana edad que debutan con un cuadro de anorexia o bulimia. En el extremo contrario, se diagnostica a niñas en edad prepuberal. La proporción mujer/hombre para el conjunto de trastornos alimentarios es de 10/1. Esto, en parte, parece debido a la importante influencia que los factores socioculturales tienen en la aparición y desarrollo de estos trastornos.

Los síntomas de la anorexia nerviosa se suelen manifestar desde los 10 a los 30 años pero la mayor incidencia se produce entre los 12 y 18 años. Por otro lado la bulimia nerviosa se manifiesta en edades superiores, con más frecuencia entre 25-40 años, a lo cual contribuye el hecho de que un buen número de casos de bulimia nerviosa ocurra en pacientes que han tenido previamente anorexia nerviosa.

La incidencia en la anorexia es de 8/100.000 población por año y de 12/100.000 población por año en la bulimia. Se aceptan como cifras muy aproximadas en la población femenina adolescente un porcentaje de 0,5-1% de anorexia nerviosa, de 1-3% de bulimia nerviosa y 3% de trastornos de la conducta alimentaria no especificados entre los que destaca el trastorno por ingesta excesiva más conocido como trastorno por atracones. En total, estaríamos hablando de unas cifras de prevalencia total para los trastornos de la conducta alimentaria entre el 4,1 y el 6,41%.

Respecto a la obesidad, los últimos cálculos de la OMS indican que en 2005 había en todo el mundo aproximadamente 1600 millones de



SoBRado

adultos (mayores de 15 años) con sobrepeso y al menos 400 millones de adultos obesos. Además, la OMS calcula que en 2015 habrá aproximadamente 2300 millones de adultos con sobrepeso y más de 700 millones con obesidad. Según estos mismos datos, en 2005 había en todo el mundo al menos 20 millones de menores de 5 años con sobrepeso.

Aunque antes se consideraba un problema exclusivo de los países de altos ingresos, el sobrepeso y la obesidad están aumentando espectacularmente en los países de ingresos bajos y medios, sobre todo en el medio urbano. En España, tal como se indicó en la introducción, se estima una prevalencia global de sobrepeso y obesidad del 12,4% y 13,9% respectivamente, siendo ambas cifras superiores en varones.

## **¿Cómo es su evolución y que complicaciones pueden surgir?**

La evolución y consecuencias de padecer un trastorno de la conducta alimentaria dependerán en gran medida del tiempo transcurrido desde el inicio de la enfermedad y de la efectividad de los tratamientos recibidos.

Se sabe que una detección temprana y la presencia de menos síntomas en el momento del diagnóstico predicen una buena evolución. No obstante, se estima que son necesarios, de media, entre 3 y 5 años para llegar a resolver un trastorno de la conducta alimentaria. Estudios a largo plazo (más de 5 años) señalan un porcentaje aproximado de remisiones del 60%, con un 25% de mejorías parciales y un 15% de cronicidad.

La mortalidad se sitúa alrededor del 5-6% en seguimientos superiores a 5 años. Los fallecimientos son debidos a suicidio o inanición. El mayor riesgo se asocia a bajo peso inicial, mayor duración del trastorno, y consumo abusivo de alcohol.



Sobrado



- Las *complicaciones físicas* más comunes que pueden ocurrir son:

#### **Aparato endocrino, urinario y reproductor:**

- Función tiroidea afectada.
- Disminución de la libido
- Amenorrea y menor fertilidad

#### **Aparato esquelético:**

- Pérdida de calcio y disminución de la densidad ósea
- Fragilidad ósea (riesgo de fracturas por osteoporosis)

#### **Muscular:**

- Debilidad y adelgazamiento muscular incluido el corazón.
- Fatiga

#### **Piel:**

- Pérdida de aceites esenciales provocando piel seca, cuarteada y decolorada.

#### **Pelo y uñas:**

- Caída del cabello
- Lanugo (exceso de vello corporal)
- Uñas quebradizas

#### **Boca:**

- Disminución saliva
- Caries y encías débiles con mayor riesgo infecciones

#### **Estómago e intestino:**

- Reducción de secreción de enzimas.
- Pérdida de tono muscular en intestino y estómago

- Vaciamiento gástrico e intestinal enlentecido con frecuentes episodios de dolor, estreñimiento y gases.

### **Neurológico:**

- Alteraciones en la sustancia blanca cerebral con signos de atrofia
- Déficits neuropsicológicos.

### **A nivel general:**

- Bradicardia (baja frecuencia cardiaca), hipotermia (con mayor sensibilidad al frío), tensión arterial baja, disminución de la frecuencia respiratoria.
- Pérdida de líquidos, minerales e iones como el potasio, provocando: deshidratación, fallo renal, debilidad muscular y arritmias cardíacas.
- Alteraciones bioquímicas: leucopenia, colesterol elevado, glucosa baja. Niveles disminuidos de Zinc, albúmina, transferrina e hipercarotinemia.

-Trastornos psicológicos y sociales asociados a los trastornos de larga evolución:

- Alteraciones del sueño.
- Cambios de humor, con frecuencia, depresión.
- A largo plazo, riesgo de suicidio.
- Ansiedad, nerviosismo, hiperactividad.
- Dificultades de concentración.
- Aislamiento social.
- Problemas familiares y de pareja
- Falta de control de impulsos: promiscuidad, consumo de alcohol y otras sustancias, ludopatía y autolesiones.

Un gran número de **condiciones médicas** se asocian con la **obesidad**. Las consecuencias sobre la salud están categorizadas como el resultado de un incremento de la masa grasa (artrosis, apnea del sueño, estigma social) o un incremento en el número de células grasas (diabetes, cáncer, enfermedades cardiovasculares, hígado graso no alcohólico). La mortalidad está incrementada en la obesidad, pues las personas con un IMC mayor de 32 presentan el doble de riesgo de muerte. Existen alteraciones en la respuesta del organismo a la insulina (resistencia a la insulina), un estado pro-inflamatorio y una tendencia incrementada a la trombosis (estado pro-trombótico).

La obesidad no sólo expone a quien la padece a una larga lista de enfermedades, como cardiopatías, hipertensión arterial y diabetes, sino también a problemas psicológicos como depresión o ansiedad. Las personas con sobrepeso viven hoy en una sociedad “obeso-fóbica” que estigmatiza al obeso. Esto trae consecuencias en la autoestima, alteración en sus relaciones interpersonales y menoscabo de sus posibilidades de desarrollo profesional.

Existe una relación evidente entre los trastornos de la conducta alimentaria y el sobrepeso y la obesidad. De hecho, con frecuencia un periodo prolongado de dieta restrictiva será un precursor de sobrepeso en el futuro. Además, muchos sujetos con trastornos de la conducta alimentaria han tenido una historia personal de sobrepeso u obesidad en la infancia. Numerosos estudios ha puesto de manifiesto la frecuencia de atracones y otras alteraciones en el comportamiento alimentario entre personas con sobrepeso u obesidad.

## **¿Tienen tratamiento?**

Por supuesto que existe tratamiento. En los casos más graves lo prioritario será atender las complicaciones físicas así como la desnutrición. Si es necesario, incluso se deberá recurrir al ingreso involuntario si la persona que padece un trastorno alimentario no tiene conciencia de enfermedad. Posteriormente, en el caso de personas con anorexia nerviosa, el tratamiento de elección será la psicoterapia tanto individual como familiar. En la bulimia nerviosa, el mejor tratamiento es la combinación de psicoterapia y psicofármacos que reduzcan la impulsividad y frecuencia de los atracones.

En la obesidad y sobrepeso, el tratamiento se centrará en la educación nutricional y el cambio de hábitos de vida incluyendo la realización de ejercicio de forma cotidiana.

## **¿Es importante su detección precoz?**

No existen síntomas de inicio muy específicos, lo que hace difícil la tarea del diagnóstico precoz del trastorno de la conducta alimentaria. Aunque la negación suele ser un síntoma frecuente, el hecho de realizar dieta sin razón médica aparente junto con la insatisfacción corporal, son los dos síntomas más frecuentes de inicio. Sin embargo, en la mayoría de las personas estas conductas no conducirán a desarrollar un trastorno de la conducta alimentaria en el futuro.

Hay que darse cuenta de que el diagnóstico sigue siendo tardío y los abandonos de tratamientos muy comunes. Se estima que el retraso en el diagnóstico y el inicio de un tratamiento adecuado es de un año para la anorexia nerviosa y más de cuatro para la bulimia. Por tanto, a veces es preferible intervenir aún a riesgo de que sean casos leves o falsos positivos. Los cuestionarios estandarizados pueden ser instrumentos útiles



Sobrado

y económicos para identificar casos de trastornos alimentarios incipientes, en especial en la población con riesgo.

### **Signos de sospecha o alarma:**

- Pérdida de peso inexplicada.
- Ausencia o pérdida de menstruación en adolescentes (más de tres ciclos consecutivos)
- Pertenencia a grupos de riesgo (por ej: practicar ballet o gimnasia rítmica, tener antecedentes de obesidad, etc.)
- Preocupación excesiva por perder peso en personas delgadas.
- Mayor frecuencia de sensación de frío en comparación con otros compañeros.
- Cambio en hábitos de vestido así como de horarios.
- Ejercicio excesivo o hiperactividad.
- Horario de comidas anormal.
- Dificultad para calcular las raciones.
- Empleo de mucho tiempo en pensar acerca de la comida.
- Incapacidad para identificar hambre o saciedad.
- Consumo excesivo o muy limitado de líquidos.
- Combinaciones de alimentos inapropiadas.
- Poca variedad de comidas.
- Conductas rígidas y poco espontáneas durante la comida.
- Lentitud a la hora de comer.
- Rituales y conductas poco adecuadas en las formas de comer o partir los alimentos.
- Frecuentes cambios de peso.
- Aparición de caries en mayor medida de lo esperado.
- Sensación de plenitud o molestias digestivas sin hallazgos médicos.

El sobrepeso y la obesidad deben detectarse precozmente, a partir de los 4 o 5 años en las revisiones habituales de pediatría. Los padres y profesores deberían estar alerta ante patrones alimentarios caóticos o con exceso de ingesta de calorías en los niños a su cargo. También se debería tener especial atención, de las horas que pasan viendo la televisión o sin hacer ejercicio.

Diversos estudios señalan, la relación existente entre la ausencia de práctica deportiva, el sedentarismo (> de 3 horas de televisión o videojuegos al día), el peso mayor de 4 kilos al nacer, la ausencia de lactancia materna, la pubertad precoz, el elevado consumo de alimentos hipercalóricos, refrescos con azúcar, ingesta de grasa (> 40% kcal), bajo consumo de frutas y verduras (< 2 raciones al día), un desayuno incompleto o ausente o realizar menos de 4 comidas al día, con mayor probabilidad de padecer sobrepeso u obesidad en la vida adulta.

## **¿Cómo actuar si creemos que un adolescente puede tener un trastorno de la conducta alimentaria?**

- Siempre es recomendable hablar con sus padres y tutores y que estos lo pongan en conocimiento de su pediatra o médico de familia.
- En otras ocasiones el orientador del centro escolar puede actuar de mediador entre el paciente y los servicios sanitarios, con derivación directa si así lo considera, a los servicios de salud mental infanto-juvenil o a la unidad de trastornos de la conducta alimentaria.
- En Cantabria, es posible contactar con la Unidad de Trastornos de la Conducta Alimentaria del Servicio de Psiquiatría del Hospital Universitario “Marqués de Valdecilla”, a través del teléfono 942202520.





**Prevención** de los  
Trastornos de la Conducta  
Alimentaria y el Sobrepeso



S. B. R. A. D. O.

# La prevención de los trastornos de la conducta alimentaria y el sobrepeso

Tradicionalmente se ha conceptualizado la prevención en tres niveles. La prevención primaria implica la reducción o eliminación de factores de riesgo que conducen a trastornos de la alimentación. La prevención secundaria consiste en la identificación temprana de la enfermedad y la instauración de un tratamiento efectivo. La prevención terciaria implica el establecimiento de medidas eficaces para prevenir las complicaciones y la cronicidad.

La prevención primaria de los trastornos de la conducta alimentaria genera controversias, pues se ha señalado que la realización de charlas divulgativas en el medio escolar podría ser contraproducente. Este fenómeno estaría relacionado con el hecho de que por intentar prevenir generemos un efecto de pánico y magnifiquemos conductas triviales, pasajeras o propias de una determinada edad y exentas de toda gravedad.

En lo que se refiere a los programas de prevención del sobrepeso, la intervenciones en medio escolar han ido dirigidas a *promover la actividad física* ( con buenos resultados iniciales pero con problemas a largo plazo por la dificultad para su continuidad fuera del horario escolar, la

ausencia de recursos económicos, o por quejas de reducción del tiempo de clase dedicado a otras materias) o a *programas educacionales* sobre nutrición, forma física y modificación de hábitos de vida ( en este caso las dificultades han tenido que ver con la ausencia de generalización de dichas pautas o conocimientos en el hogar, colegio o cafetería). En general, los mejores resultados se han obtenido cuando se emplearon ambas estrategias. Sin embargo, se estima imprescindible la implicación paterna. En los últimos años, y a la vista de la constatación del aumento de conductas de control de peso poco saludables (saltarse comidas, ayunar, fumar tabaco, vomitar o tomar laxantes) , el aumento de los atracones de comida y la insatisfacción corporal en muestras amplias de adolescentes con sobrepeso. Así como, la frecuente asociación entre el padecimiento de obesidad y sobrepeso en la infancia y el desarrollo de un trastorno de la conducta alimentaria en la edad adulta, la evidencia científica aconsejan pensar en sentido amplio de trastornos relacionados con el peso.

Esto conlleva, el diseño y desarrollo de programas de prevención conjuntos. Las recomendaciones para la implantación de un programa de prevención conjunto de trastornos de la conducta alimentaria y sobrepeso son:

- ▶ Educar en hábitos de nutrición saludables en vez de dietas hipocalóricas.
- ▶ Promover la realización de comidas regulares evitando patrones desordenados o saltarse comidas.
- ▶ Prestar atención a la insatisfacción corporal.
- ▶ Prestar atención a señales corporales de hambre o saciedad.
- ▶ Trabajar factores de riesgo comunes:
  - Dieta , autoestima y habilidades sociales.
  - Familiares : patrones de comida familiares, modelo de cuidado familiar, comentarios familiares acerca del peso, dietas o presión por adelgazar

- Colegio: actitudes de entrenadores y profesores respecto al peso. Comida disponible en el colegio
- Mensajes sociales y de los medios acerca de alimentación, actividad física e imagen corporal. (televisión, revistas de moda)
- ▶ Evitar el “ambiente tóxico”: por ejemplo, favoreciendo la actividad física, limitando el acceso a comida rápida y bebidas azucaradas, cambiando el concepto de comida escolar integrándolo en el contexto educacional, vendiendo comidas saludables bajando los precios de frutas y verduras y gravando los precios de comidas sin valor nutritivo.

Diferentes estudios avalan la idea de que un enfoque más correcto es el desarrollo de programas interactivos y multisesión. La población diana estaría constituida por adolescentes, ya que la influencia de los modelos estéticos está ya presente a edades tempranas. Además habría que tratar de involucrar a las familias 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 “educamos para la salud”. Por tanto, el ámbito escolar puede considerarse como un entorno ideal para realizar estos programas preventivos.

Dado que un importante factor de riesgo para los trastornos alimentarios en los países desarrollados es la presión sociocultural para realizar dietas, se ha considerado un foco importante en los programas de prevención para los jóvenes enseñarles a ser más conscientes de los mensajes existentes en los medios de comunicación y como llegar a ser capaces de cuestionar esos mensajes.

Otro factor de riesgo clave es la baja autoestima por lo que se recomienda llevar a cabo actividades que promuevan el desarrollo de la au-

toestima de los jóvenes. Por tanto, la protección se puede conseguir desarrollando en la persona diferentes habilidades para hacer frente a la presión social, para la resolución de problemas, para la crítica del modelo estético, para realizar una nutrición saludable, para la mejora de autoestima, etc.

En resumen, y de acuerdo con las últimas revisiones y evidencias. 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.

Desde la Unidad de Trastornos de la Conducta Alimentaria del Servicio de Psiquiatría del Hospital Universitario “Marqués de Valdecilla” hemos aplicado el programa expuesto en esta Guía en cinco colegios públicos y cinco colegios privados de Santander en 1º de ESO. Durante el seguimiento en 2º de ESO hemos constatado una modificación favorable de los conocimientos y actitudes de los alumnos, constatando una disminución de la población con riesgo para desarrollar un trastorno de la conducta alimentaria en el grupo de intervención y no en el grupo control.

Asimismo se objetivó una disminución significativa de las personas con sobrepeso en el grupo que atendió al programa. Estos resultados refuerzan la idea de que es posible prevenir los trastornos de la conducta alimentaria.

Los aspectos esenciales de este programa de intervención se podrían resumir en los siguientes:

- Se trata de una intervención en población adolescente en el medio escolar.
- Se utilizan talleres incluidos dentro del programa escolar.
- Se incluye a profesores y a padres.
- Se aplican medidas pre y post-evaluación.
- Se trabaja la autoestima, autoimagen, comunicación interpersonal, integración social, juicio crítico ante los modelos culturales y mensajes de los medios de comunicación, disfrute vital y conocimientos nutricionales y de hábitos de vida saludables.
- Se trabaja con la familia en aspectos como: sobreprotección, comunicación, afectividad, valores y control de la televisión y medios de comunicación.





# Objetivos, destinatarios y requerimientos del programa

# Objetivos, destinatarios y requerimientos del programa

## 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 otro/s docente/s 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.
- Por ello se recomienda contactar con los autores antes de realizar el programa para recibir una formación previa sobre esos aspectos.



PARTE PRÁCTICA

# Organización del programa

ORGA-  
NIZACIÓN  
DEL  
PROGRAMA

# Organización del programa

## ¿Cómo empezar a trabajar?

Este programa de prevención está estructurado para que se pueda desarrollar en doce horas, repartidas en cinco sesiones de dos horas cada una con los alumnos y una sesión con las familias, al final de las cinco anteriores. Puede ser impartido por los propios educadores dentro del horario habitual de actividades de cada centro. Se recomienda que su duración sea de cinco semanas (una sesión a la semana) para los alumnos, con el objetivo de conseguir una mejor asimilación de los contenidos.

Esta intervención pretende ser un modelo sobre el que empezar a trabajar por lo que conviene adaptarla a la realidad de cada grupo de adolescentes o jóvenes.

Como primer paso para realizar una intervención más adecuada, es aconsejable valorar el grado de conocimientos, expectativas, valores y creencias previos que los alumnos tienen sobre los trastornos alimentarios. Esto puede hacerse con actividades o dinámicas que favorezcan la introducción de los temas sobre los que se va a trabajar (preguntas en grupos de tamaño reducido, sesiones de tormenta de ideas, etc.).

Por último, antes de aplicar esta guía es aconsejable analizar las propias convicciones y actitudes respecto a temas como el peso, las dietas de adelgazamiento, el aspecto físico, etc. y valorar como nos pueden influir a la hora de impartir estas sesiones. 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.

## Metodología

Se utilizarán diferentes técnicas de dinamización del grupo, como dividir al alumnado en pequeños subgrupos de 4 o 5 participantes, con el objetivo de conseguir una experiencia más útil y promover una mayor asimilación y vivencia de los contenidos.

El **primer día** se toman las medidas pretratamiento mediante el empleo de cuestionarios autoaplicados. Se realizan técnicas para favorecer la participación e implicación: juego de roles, dramatización, animación teatral, expresión artística mediante el dibujo, etc. Es importante explicar en todo momento a los participantes, para que sirven las actividades que se van a realizar.

El **último día** se toman las medidas antropométricas: peso y talla, con cálculo del Índice de Masa Corporal (IMC) o Quetelet y se vuelven a pasar los cuestionarios autoadministrados (post-tests o medida post-tratamiento).

## Estructura de las sesiones y cronograma

El programa ha de entenderse como un conjunto amplio de actividades y contenidos que deben aplicarse de forma estructurada durante seis semanas. Se desarrolla en cinco sesiones (sesiones 1-5) dirigidas a los alumnos/as y una sesión para los familiares (sesión 6) (ver Tabla 1 y Figura 1).

## Estructura del Programa de Prevención

SESIONES	CONTENIDOS	ACTIVIDADES
SESIÓN 1	Alimentación Nutrición Ejercicio	Encuesta dietética en pequeño grupo Charla Discusión
SESIÓN 2	Imagen Corporal Sexualidad Crítica del 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	Medidas posprograma Evaluación	Peso y Talla con cálculo de IMC Debate
SESIÓN 6	Trabajo con la familia	Charla informativa Folleto informativo



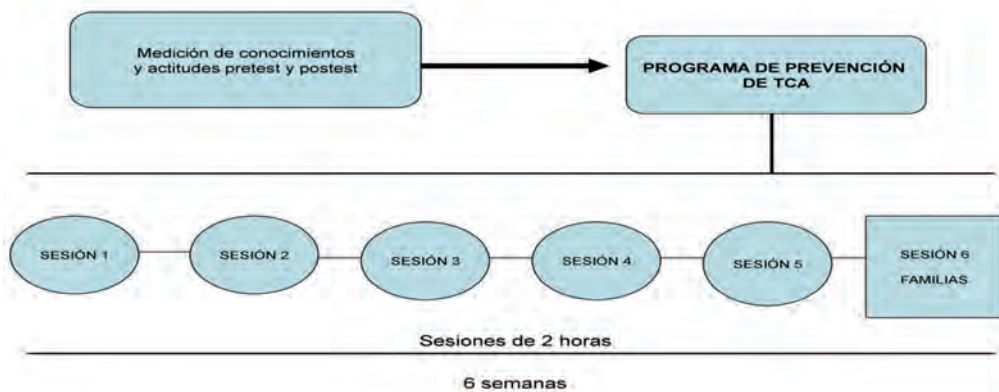


Figura 1. Cronograma del programa de trastornos de la conducta alimentaria

## Evaluación del programa

### Evaluación mediante métodos cuantitativos

Se realiza una medición pre-test y post-test de conocimientos y actitudes mediante cuestionarios autoaplicados antes y después del taller, es decir, en la primera y quinta sesión.

**Cuestionario de conocimientos de nutrición:** test de conocimientos nutricionales con una única respuesta válida de cinco posibles. Se puntúa sobre 10 en total. (Ver ANEXOS, páginas 101 a 104)

**Escala Eating Attitudes Test (EAT-26):** cuestionario autoaplicado que sirve para la detección de posibles casos adolescentes con Trastorno de la Conducta Alimentaria.

La puntuación total del EAT-26 es la suma de los veintiséis ítems. Puntúan 3, 2, 1, 0, 0, 0 en la dirección positiva asignando el tres a las respuestas que más se aproximan a una dirección sintomática (“siempre”=3). Únicamente el ítem 25 se puntúa, de una manera opuesta puntuando 0, 0, 0, 1, 2, 3 (“nunca”=3). (Ver ANEXOS, página 100). Una puntuación por encima del punto de corte de veinte (20) implica la necesidad de una mayor investigación (exploración por su médico de atención primaria, una entrevista por un clínico experimentado) y el/la adolescente se con-

siderará como población con riesgo, lo cual no quiere decir que tenga o vaya tener el trastorno.

**Escala de Satisfacción Corporal:** Se trata de una escala autoaplicada que mide la aceptación que el adolescente tiene de su cuerpo. Consta de 8 ítems con cuatro posibles respuestas de “muy de acuerdo” a “muy en desacuerdo”. Puntúan 4 (“muy de acuerdo”), 3, 2, 1 (“muy en desacuerdo”), los ítems 6, 7 y 8. Los ítems 1, 2, 3, 4 y 5 puntúan de manera opuesta 1, 2, 3, 4 (“muy en desacuerdo”). (Ver ANEXOS, página 105).

Evaluación del proceso: con métodos cuantitativos. Mediante la figura, (sí se desea) de un/a observador/a externo/a participante con observación estructurada (Cuestionario de evaluación para el/la observador/a externo/a. (Ver ANEXOS, páginas 98 y 99) y mediante el debate con los/as participantes.

Todos los cuestionarios mencionados se encuentran en el apartado ANEXOS.



# SESIÓN 1:

## ALIMENTACIÓN-NUTRICIÓN Y EJERCICIO SALUDABLE

### OBJETIVOS

- Realizar la medición pretratamiento.
- Reflexionar en grupo sobre los hábitos alimentarios.
- Proporcionar conocimientos sobre nutrición, alimentación y ejercicio saludables.
- Aprender los hábitos alimentarios correctos.

### DINÁMICAS

1. Medidas de autoinforme mediante aplicación de cuestionarios. (Duración: 20 minutos).
2. Encuesta dietética en pequeño grupo. (Duración: 45 minutos).
3. Charla sobre alimentación, nutrición y ejercicio saludable. (Duración: 15 minutos).
4. Falsos mitos (Duración: 10 minutos).

#### **1. Medidas de autoinforme mediante aplicación de cuestionarios**

Si hemos optado por establecer la figura de un observador externo, éste debe rellenar el Cuestionario de Evaluación para el observador externo mientras se desarrolla esta sesión del taller (Ver ANEXOS, páginas 98 y 99).

Entregarle también el EAT-26 (Ver ANEXOS, página 100) para que lo cumplimente y así valorar también sus actitudes. Ambos los entregará al final de la sesión.

El siguiente paso es la cumplimentación de los cuestionarios autoadministrados al grupo. Los/as participantes deben estar cómodamente sen-

tados y a una distancia prudencial, evitando al máximo la comunicación entre ellos/as mientras rellenan los tests.

Conviene recoger los datos de forma que podamos detectar aquellos sujetos que se encuentran en riesgo.

### **Cuestionarios a rellenar:**

#### **Cuestionario de Conocimientos de Nutrición -CN- (Ruiz, 1998):**

Consta de 10 ítems con 5 alternativas de respuesta para medir conocimientos de nutrición: número de comidas al día, principios inmediatos de los alimentos, tipo de alimentos que hay que comer menos o evitar, dónde están los hidratos de carbono, raciones semanales de pescado, huevo, composición de un desayuno adecuado, consumo de lácteos, frutas y verduras, agua y pan. Solamente una de las opciones es la correcta y aparece señalada en la hoja de soluciones (Ver ANEXOS, páginas 101 a 104).

**EAT-26 (a partir del EAT-40 de Castro y cols, 1991):** cuestionario de 26 ítems con tres subescalas: dieta, bulimia y preocupación por la comida y control oral, para medir actitudes alimentarias (Ver ANEXOS, página 100)

**Escala de Satisfacción Corporal (SCP)** de 8 ítems (Gismero, 1996) (Ver ANEXOS, página 105)

## **2. Encuesta dietética en pequeño grupo.**

Se divide al grupo en 5 o 6 subgrupos de igual tamaño de modo aleatorio. Es aconsejable evitar la reunión de grupos de amigos para favorecer la interacción e integración entre los chicos y chicas.

Se entrega la Encuesta sobre alimentación (Ver ANEXOS, páginas 107 a 109) a un portavoz que elegirá cada grupo que será el encargado de tomar

nota de las respuestas de sus compañeros/as a las preguntas: cuántas comidas haces al día, cuántas veces comes fuera de las comidas...

Después de un tiempo de trabajo en pequeño grupo se hace una puesta en común escribiendo en la pizarra por orden las contestaciones que ha recogido cada uno de los portavoces.

### **3. Charla sobre alimentación, nutrición y ejercicio saludable.**

A partir de las respuestas y comentarios surgidos del trabajo grupal, se introduce la teoría y se exponen las nociones correctas para una alimentación saludable de forma breve y clara.

Se explica la pirámide alimentaria (Ver ANEXOS, página 110) y se aclaran las dudas que surjan sobre qué alimentos hay que comer en mayor cantidad y cuáles en menos (en la base los alimentos ricos en hidratos de carbono, como el pan y cereales, y en el vértice las grasas, el alcohol, los dulces).

Se recuerda que hay que hacer cinco comidas al día, conviene evitar los picoteos entre horas, las chucherías, las calorías vacías; el desayuno es importante porque aporta calorías cuando más las necesitamos para la actividad diaria (adecuar la ingesta a las necesidades energéticas); el desayuno con el almuerzo es un 25% del volumen calórico total, la comida el 30%, la merienda el 15-20% y la cena el 25-30%; se explica el concepto de IMC o Quetelet = peso en kgr/talla en m<sup>2</sup> (Ver ANEXOS, página 106) y que hay un rango de pesos normales amplio para cada edad, sexo y talla. Se recuerda que comer no es sólo satisfacer las necesidades nutritivas del organismo, es también un placer (Ver ANEXOS, página 113).

Se recuerda al alumno/a que una buena alimentación debe ir siempre acompañada de ejercicio moderado.

#### **4. Falsos mitos (Duración: 10 minutos)**

Se vuelve a dividir al grupo y se reparte a cada subgrupo una hoja en donde estarán los 6 mitos siguientes:

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

Los participantes deben escribir las razones a favor o en contra de los mismos. El portavoz de cada grupo explicará posteriormente las reflexiones surgidas de este debate.

Durante esta puesta en común se aclararán los conceptos y se argumentará acerca de la verdad o falsedad de cada mito.

##### **1. Lo que más hay que comer son las vitaminas.**

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

##### **2. Lo que más hay que comer son las proteínas**

Las proteínas deben aportar sólo el 10-15% del volumen calórico total. Son los principios inmediatos que menos hay que comer. Los lípidos o grasas deberían aportar un 30-35% y los hidratos de carbono son los mayor proporción de aporte calórico deben suponer un 50-55%.

##### **3. El pan engorda**

El contenido calórico de 100 gramos de pan blanco (el que se consume habitualmente en España) es de unas 250 Kilocalorías. El pan lleva en

su composición un 33% de agua lo que le hace ser un alimento moderadamente calórico. Es un alimento del grupo de los cereales que constituyen una importante fuente de hidratos de carbono que son los principios inmediatos que más hay que comer (el 50-55% del volumen calórico total). Existe la creencia errónea que los hidratos de carbono engordan. Su valor calórico es de 4 kilocalorías por gramo, como el de las proteínas, mientras que el de las grasas es de 9 kilocalorías por gramo. A igualdad de peso las grasas aportan más calorías.

#### **4. Hay alimentos que engordan o adelgazan**

Todos los alimentos excepto el agua aportan calorías. En una dieta equilibrada hay que comer de todo en las proporciones adecuadas. “Debemos comer de mucho, poco”.

#### **5. El agua en las comidas engorda**

Es sólo una de las ideas erróneas que acerca de las dietas de adelgazamiento circulan en la actualidad. El agua no tiene calorías y por tanto no engorda. Debe tomarse en cantidad abundante antes, durante y después de las comidas. Restringir el agua de bebida es algo censurable y peligroso. Otras bebidas como los refrescos (que tanto gustan a los/as niños/as y adolescentes) sí tienen calorías. Un vaso de refresco es como tomarse cuatro terrones de azúcar. Las bebidas alcohólicas también contribuyen al suministro de energía (así un botellín de tercio de cerveza proporciona unas 130 kilocalorías). El alcohol junto con los aceites, grasas, sal y dulces está en la punta de la pirámide alimentaria (lo que menos hay que comer).

#### **6. Las dietas para adelgazar no son peligrosas**

El hacer dieta es el comportamiento que más se relaciona con la aparición de trastornos alimentarios. Las dietas muy estrictas causan problemas de salud. Circulan muchas dietas absurdas, incompletas y desequilibradas que son un serio riesgo para la salud. Ponerse a régimen debe ser recomendado y controlado por un médico.

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



# 2

sesión



## **SESIÓN 2:**

# IMAGEN CORPORAL- SEXUALIDAD- CRÍTICA DEL MODELO ESTÉTICO

### **OBJETIVOS**

Proporcionar un modelo estético corporal saludable frente al culto a la delgadez.

Aprender a aceptar las diferencias también en el caso de la imagen corporal, la figura.

Vivir la experiencia de los prejuicios frente a la gordura y desarrollar la capacidad crítica frente a ellos.

Concienciar de la necesidad de ser críticos frente a la publicidad, las influencias socioculturales.

Aumentar la aceptación de la propia imagen corporal.

### **DINÁMICAS**

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

#### **1. Dibujo de figura humana “ideal”**

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

Cuando terminen se recogen los dibujos y se vuelven a repartir desordenados, con la intención de que les toque uno distinto al suyo.

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

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

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

Posteriormente se les muestra las imágenes de los modelos corporales correctos (Ver ANEXOS, páginas 114 y 115) y se les indica que los hombres deben tener los hombros más anchos que la cintura y caderas. Serían como la punta de una lanza, con el tórax triangular. Las mujeres más caderas y los hombros estrechos con formas redondeadas, curvas, no rectas. Recordarían a un ánfora o jarrón” y se les explica que “Cada persona tiene su propia figura y debe aceptarla sin angustiarse ni intentar alcanzar un tipo ideal de delgadez tan irreal como poco saludable”.

## 2. Juego de papeles o roles “el gordito”

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Una estrategia interesante es preguntar a los actores cómo se han sentido, ya que siempre que se implica uno emocionalmente y se movilizan

sentimientos personales, como ocurre en el juego de roles, es conveniente preguntar por sus sentimientos y hacer una labor de comprensión, apoyo y contención.

Una posible dificultad es encontrarnos en el grupo con un adolescente obeso. Sus sentimientos se moverán más y serán más fuertes pues la identificación será mayor con el caso planteado. Es preciso tenerlo en cuenta e insistir en que si alguien se encuentra mal, lo que es posible al emplear técnicas que son movilizadoras de emociones, lo diga. Dar la posibilidad, si lo prefieren, de hablar en privado, con un monitor de confianza. Resaltar los aspectos positivos de la tolerancia, la aceptación de la diversidad y lo superficial de los prejuicios por el físico. Recalcar que lo que importa son otros valores personales más allá de la apariencia. Si se explican las cosas, y se toman estas precauciones, este juego de roles puede resultar muy beneficioso, especialmente a los/as adolescentes obesos.

### **3. Imágenes de publicidad con crítica**

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

Se pueden emplear fotografías de modelos y publicidad que se encuentren en revistas de actualidad. Esto requerirá un trabajo previo de preparación por parte de los educadores. Un ejemplo a seguir serían los siguientes:

1. En nuestra cultura, en la sociedad actual nos imponen mujeres delgadas y hombres musculosos y delgados como modelo de cuerpos atractivos.
2. Los chicos se llevan “cachas”, han de preocuparse por ser atléticos y eficaces.
3. ¿Cuántos tienen un cuerpo como el de este modelo? ¿Sólo los que lo tengan pueden estar a gusto consigo mismos?
4. Las chicas se llevan tan delgadas que parecen enfermas o lo están.

5. Piernas de alambre, cuerpos sin formas apenas.
6. Como un tubo con brazos. ¿Cuántos somos así?
7. La publicidad nos impone cuerpos irreales de tan delgados. Sobre todo en el caso de las mujeres.
8. Los/as “top models”, unos pocos con tallas pequeñas, entre millones de personas con tallas normales.
9. ¿Quién de vosotras cabe en un vestido como este?
10. Las dietas sin control no son saludables y la mayoría de la gente no precisa hacerlas, esclavizarse por ellas.
11. Los kilos de más, el sobrepeso, no son un problema de salud sino sólo de belleza, estética, de moda. Otro cantar es la obesidad.
12. Es el culto al cuerpo que se olvida de que somos bastante más.
13. ¿O tenemos estas medidas mágicas o no hay belleza?
14. Cualquier persona puede ser guapa con cualquier figura o tipo. Es sólo cuestión de modas y de épocas. Se trata de aceptarnos todos como somos.

Otra posibilidad es el reparto por subgrupos de las revistas y que ellos/as sean los que elijan y analicen primero las fotografías, para que posteriormente lo expongan en el grupo.

#### **4. Dramatización de anuncio. (Duración: 20 minutos)**

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

Ejemplo:

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

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

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





# 3

sesión



# SESIÓN 3:

## AUTOCONCEPTO-AUTOESTIMA

### OBJETIVOS

Mejorar el autoconcepto y la autovaloración de los participantes.

Aprender a reconocer las propias cualidades a través de la reflexión y los mensajes de los demás.

Tomar conciencia de las cualidades y logros de los que poder sentirse orgulloso.

### DINÁMICAS

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

#### 1. Árbol de mi autoestima

Se divide al grupo en subgrupos, se entrega una hoja en blanco a cada participante y se les indica que la divide en dos columnas verticales de igual tamaño. En una columna deben colocar los "logros" o "éxitos", metas alcanzadas, éxitos de mayor a menor importancia en la escuela, familia, amigos... En la otra sus "cualidades" físicas o corporales, espirituales o mentales. No tienen por qué ser cosas espectaculares sino simplemente importantes para cada uno/a.

Cuando hayan terminado, el/la monitor/a les indica que dibujen un árbol (similar al de la página 116) para que los participantes pongan su nombre encima y escriban los logros en los frutos y las cualidades en las raíces. Es

importante que después contemplen al “Árbol de mi autoestima” durante unos minutos individualmente y escuchen lo que les trasmite. Se les invita a que escriban un mensaje debajo del “Árbol de su autoestima”.

## 2. Dibujo de las tortugas

El/la monitor/a explica la teoría de la autoestima con la ayuda del dibujo con las dos tortugas ampliado que se muestra en la página 117.

Se empieza preguntando a los participantes su punto de vista, qué les parece, qué representa... para posteriormente explicar y analizar el concepto de autoestima. “La autoestima es una evaluación de uno mismo. Un cociente, relación o razón entre el éxito que alcanzamos en las actividades, actuaciones vitales y las expectativas que tenemos sobre ellas”. “Es una evaluación, una nota que nos ponemos a nosotros mismos. Expresa una actitud de aprobación o de rechazo”. Se escribe en la pizarra la fórmula de JAMES.

### William JAMES

$$\text{Autoestima} = \frac{\text{Éxito (lo que uno consigue)}}{\text{Expectativas (lo que uno espera)}}$$

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

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

### 3. Anuncio publicitario

Se divide al grupo en subgrupos y se les da 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.

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

Ejemplos:

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

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

“Busca, compara y si encuentras a alguien mejor seremos tres personas excelentes” (imitando un conocido y ya clásico anuncio de detergentes).

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

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

### 4. Espejo mágico

El grupo está de pie en círculo y se les pasa un espejo imaginario, explicándoles que es de Blancanieves y que sí se contemplan en él les responde a la siguiente pregunta: Espejito mágico ¿qué es lo que más te gusta de mí?. Según nuestra experiencia al hacerlo con un espejo real, en que se ve reflejado el rostro es más fácil bloquearse.

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

Después hacer puesta en común de cómo se han sentido.

### **5. “Caricias” interpersonales”**

Se dividen 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).

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

Después hacer puesta en común de cómo se han sentido.





# SESIÓN 4:

## ASERTIVIDAD-HABILIDADES SOCIALES

### OBJETIVOS

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

### DINÁMICAS

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

#### **1. Rueda de escucha activa. Defensa de derechos**

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 monitor por cada rueda).

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

Se representa como modelo por los monitores la primera situación.



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

Listado de opciones. (Tarjetas)

\*Solicitar...

- 1.-...que un profesor explique algo que no has entendido.
- 2.-...a un compañero/a que te devuelva los apuntes.
- 3.-...al dependiente que te cambien un libro en la tienda porque está mal encuadernado.
- 4.-...que te ayude un compañero/a que conoces poco a realizar un ejercicio complejo.
- 5.-...que un compañero/a te aclare por qué no trajo la parte convenida del trabajo.
- 6.-...que un compañero/a te aclare por qué no paga una parte de lo consumido.
- 7.-...que un amigo/a te devuelva un objeto que has prestado.
- 8.-...que tu padre te permita expresar una opinión.
- 9.-...a tu madre que puedas vestirte según tus gustos.
- 10.-...a tu amigo/a tiempo para tomar una decisión o retrasarla para más tarde.
- 11.-...a un compañero/a que te traten igual que a otros miembros del grupo y no te discriminen.
- 12.-...que te presten un libro porque crees que es interesante, aunque sea de adultos (realizar preferentemente con el profesor o un adulto.)
- 13.-...que te expliquen que quiere decir un anuncio, una película o una narración, aunque te digan que no es para tu edad (realizar preferentemente con el profesor o con un adulto).
- 14.-...al profesor de gimnasia descanso, porque estás cansado.

\*Negarse...

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

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

## **2. Compartir “piropos”**

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

Se les explica que los piropos deben ser sinceros. Se contesta con un gracias y no es preciso contestar a un elogio con otro si no nos sale espontáneamente.

No hay nada peor que un falso cumplido. Basta con agradecerlo y así al dar las gracias, reforzaremos la conducta del que nos elogia y será más fácil que nos vuelva a piroppear. Es importante para mejorar nuestra afirmación, nuestra autoestima y la de los demás. Debemos acostumbrarnos a elogiar lo bueno de los que nos rodean.

## **3. Imagen de mi “yo”**

Se trabaja en subgrupos de diez. 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”.

<b>Estilo agresivo (puede conseguir lo que quiere, pero puede estropear la relación):</b>			
<b>Lo que expresa</b>	<b>Mensaje verbal</b>	<b>Mensaje no verbal</b>	<b>Efectos</b>
Sólo yo soy importante	Lo digo yo y punto	Tono de voz elevada	Conflictos en relaciones
Sólo yo lo merezco	Lo que tienes que hacer es	Gestos agresivos	Pierde ocasiones
Lo tuyo no cuenta	Insultos, amenaza Humillación	Discurso acelerado	Soledad
<b>Estilo pasivo (no consigue defender sus derechos, le pisan):</b>			
<b>Lo que expresa</b>	<b>Mensaje verbal</b>	<b>Mensaje no verbal</b>	<b>Efectos</b>
Yo no cuento	Lo que tú digas	Voz baja	Infravaloración
Puedes aprovecharte de mí	Te importaría si...	Risa nerviosa	Servilismo
Tú eres superior	No sé qué decirte	Mirada huidiza	Ni se respeta ni le respetan
<b>Estilo asertivo (consigue afirmar sus derechos y mantener la relación):</b>			
<b>Lo que expresa</b>	<b>Mensaje verbal</b>	<b>Mensaje no verbal</b>	<b>Efectos</b>
Esto es lo que pienso	Cómo podemos resolverlo	Fluidez en el habla	Resuelve problemas
Esto es lo que siento	Este criterio parece correcto	Respeta espacio personal	Autosatisfacción
Así veo yo las cosas	Qué piensas de...	Armonía en los gestos	Buenas relaciones

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

Se lee en voz alta un ejemplo de asertividad:

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

Tú le contestas:

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

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

Se reparte la hoja con los monigotes (página 118). Para que los observen y digan con quién se identifican, con qué número y por qué”.

#### **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.

Cinco situaciones:

##### **Expresión de desacuerdo y sentimientos negativos:**

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

##### **Iniciar interacciones con el otro sexo:**

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

**Autoafirmación ante extraños y defensa de derechos:**

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

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

1. Me disgusta prestar mis discos compactos. Un compañero de clase me los pide con insistencia.
2. Me enfrento a un error y a las críticas de él derivadas: no he traído el trabajo que debía entregar hoy en clase.

Técnicas asertivas:

- Aserción negativa

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

- Autorrevelación

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

- Banco de niebla

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

- Compromiso viable

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

- Disco rayado

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

- Interrogación negativa

Está pensada para enfrentarse a los juicios que otras personas hacen de nosotros. Obliga al otro a explicar su opinión y deja claro que no la aceptaremos porque sí. Ante la afirmación de la otra persona respondemos preguntando

"¿Qué tiene de malo / de raro / de estúpido?...".

### **Técnicas a emplear en cada situación:**

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

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

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

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

En la situación 5, la Aserción negativa y el Compromiso viable.

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

# 5

sesión



# SESIÓN 5:

## Medidas Pos-programa y Evaluación

### OBJETIVOS

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

### DINÁMICAS

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

#### 1. Cuestionarios

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 trata de comparar con las contestaciones del primer día y ver si se han modificado.

#### 2. Peso y talla con cálculo de IMC. (Duración total: 30 minutos).

- 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 (página 119).

#### 3. Debate. (Duración total: 30 minutos).

Es otra forma de evaluar. En educación no formal se dice que “una acti-



vidad no evaluada es una actividad no realizada” para resaltar la importancia de la evaluación.

Se trata de mejorar la programación futura aprendiendo de la experiencia realizada.

La evaluación puede ser cuantitativa o cualitativa y lo mejor es una combinación de ambas.

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

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



6

sesión



# SESIÓN 6:

## TRABAJO CON LA FAMILIA

### DINÁMICAS

Charla informativa para padres y madres.

Folleto informativo.

Evaluación final.

#### **Charla informativa para padres y madres:**

- Con contenidos de conocimientos acerca de los trastornos de la conducta alimentaria y formas de prevenirlos en familia, indicadores de riesgo, para su detección precoz y un tiempo final para el diálogo, coloquio.
- Es un método de exposición, el procedimiento directo más utilizado en nuestro medio para dirigirse a grupos.
- Se empieza con fraccionamiento del gran grupo en otros más pequeños, fomentando así la participación, la discusión y análisis de los problemas de forma simultánea, generando ideas y extrayendo información de la experiencia, y de sus propias vivencias.

Responden a las siguientes preguntas agrupadas en seis bloques:

1 • ¿Es preciso proteger a los/as hijos/as? ¿Hasta qué edad? ¿Hay que resolver todos sus problemas? ¿Es bueno confiar en ellos/as, darles responsabilidades?

2 • ¿Conoces a tus hijos/as? ¿Sabes cómo piensan, sus ideas, sus sentimientos? ¿Qué les gusta hacer en su tiempo libre? ¿Quiénes son sus amigos/as? ¿Cómo podrías conocer mejor a tus hijos/as?

3 • ¿Piensas que tus hijos/as están felices en casa? ¿Se sienten queridos? ¿Se sienten respetados? ¿Qué puedes hacer para lograr que sientan tu afecto, se encuentren cómodos y apoyados en casa?

4 • ¿Te gustaría que tus hijos/as fueran perfectos? ¿Los/as alabas cuando hacen algo bien? ¿Si hacen algo mal qué les dices, haces? ¿Los/as criticas alguna vez por su físico? ¿Y a otras personas? ¿Qué valores quieres transmitirles?

5 • ¿Ves la TV con tus hijos/as? ¿Sabes qué revistas leen? ¿Hablas con ellos/as de lo que sale en la pantalla o de lo que sale en los periódicos y revistas?

6 • ¿Hacéis alguna comida diaria todos juntos? ¿Habláis en la mesa, compartís opiniones, sentimientos? ¿Qué horario seguís de comidas?

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

### **Sobreprotección**

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

### **Comunicación**

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

## Afectividad

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

### Caso Práctico / Respeto del territorio

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

## Valores

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

Caso Práctico / Una cuestión de vocabulario:

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

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

### **Control de medios de comunicación**

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

### **Alimentación**

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

Se comenta posteriormente el decálogo de sugerencias para padres.

### **DECÁLOGO / Sugerencias para padres**

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

### **Folleto informativo**

Se reparte como optativo al final, un folleto a modo de resumen con claves educativas para los padres.

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

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

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



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

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

### **Evaluación final.**

Es una dinámica a emplear por los monitores para autoevaluarse:

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





# Todas las sesiones

## Cuestionario de evaluación para el observador externo

Centro	Sesión		Fecha	
<b>Nivel Organizativo:</b>	Deficiente	Adecuada	Buena	Excelente
Horario	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tamaño del grupo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Número de horas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Puntualidad	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Calificación global	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Nivel Pedagógico:</b>	Deficiente	Adecuada	Buena	Excelente
Objetivos claros y precisos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Material Audiovisual	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ritmo de aprendizaje	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Relación Teoría/Práctica	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Calificación global	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Monitores:</b>	Deficiente	Adecuada	Buena	Excelente
Conocimientos teóricos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Conocimientos prácticos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lenguaje adaptado al alumnado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Capacidad fomentar participación	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Calificación global	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Asistentes:</b>	Deficiente	Adecuada	Buena	Excelente
Actitud	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Participación	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Calificación global	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**Contenidos:**

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

**Metodología:**

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

Listado de ausentes y motivo de ausencia

Apellidos	Nombre	Motivos

Sospecha de adolescentes o jóvenes con posible Trastorno de Conducta Alimentaria TCA

Apellidos	Nombre	Tipo de TCA	Grado de Sospecha

Valoración global del taller:

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Observaciones y sugerencias:

---



---



---



---

# sesiones 1 y 5

## EAT - 261

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

# Cuestionario de conocimientos de nutrición

Centro: ..... Curso: .....

Edad: ..... Fecha de nacimiento: .....

Peso actual: ..... Estatura: .....

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

## NUTRICIÓN

### ¿Cuántas comidas deben hacerse al día?

- Cinco: desayuno, almuerzo, comida, merienda y cena.
- Tres: desayuno, comida y cena.
- Con hacer una comida principal es suficiente.
- Dos: comida y cena.
- Ninguna de las anteriores.

### 2. ¿Qué tipo de principios inmediatos (alimentos) es que hay que comer más?

- Hidratos de carbono.
- Proteínas.
- Grasas.
- Vitaminas.
- Ninguna de las anteriores.

### 3. ¿Qué tipo de alimentos es el que hay que comer menos o evitar?

- Hidratos de carbono.
- Proteínas.
- Grasas.
- Alcohol, aceites y dulces (chucherías)
- Ninguna de las anteriores.

### 4. Los hidratos de carbono están en...

- Carne magra, pescado, pollo.
- Huevo.
- Aceites y mantequilla.
- Pan, patatas, pasta, cereales.
- Ninguna de las anteriores.

**5. A la semana hay que comer...**

- Con frecuencia refrescos de naranja, limón, cola.
- Huevos todos los días.
- Hay que tomar pocas legumbres.
- Cuatro veces huevo y cuatro veces pescado.
- Ninguna de las anteriores.

**6. El desayuno debe consistir en...**

- Leche, pan, galletas, cereales y fruta.
- No hace falta hacerlo.
- Es sólo para mayores,
- Basta con un vaso de leche al levantarse.
- Una pieza de fruta.

**7. Los productos lácteos (leche, yogur, queso)...**

- Son perjudiciales para la salud.
- Engordan.
- Son vegetales.
- Van mal para los huesos.
- Son de consumo diario.

**8. Las frutas y verduras han de tomarse...**

- Con poca frecuencia.
- Lo menos posible, pues son de mal sabor.
- Sin lavar.
- Varias veces al día.
- Con cuidado porque pueden ser peligrosas.

**9. El agua ha de tomarse...**

- Antes de las comidas.
- Después de las comidas.
- Durante las comidas.
- Poca porque engorda.
- A cualquier hora.

**10. El pan ha de tomarse...**

- Poca porque engorda.
- Todos los días.
- Blanco
- De molde.
- Ninguna de las anteriores.



## Cuestionario de conocimientos de nutrición (Soluciones)

Centro: .....Curso: .....  
Edad: .....Fecha de nacimiento: .....  
Peso actual: .....Estatura: .....

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

### NUTRICIÓN

#### 1. ¿Cuántas comidas deben hacerse al día?

- Cinco: desayuno, almuerzo, comida, merienda y cena.
- Tres: desayuno, comida y cena.
- Con hacer una comida principal es suficiente.
- Dos: comida y cena.
- Ninguna de las anteriores.

#### 2. ¿Qué tipo de principios inmediatos (alimentos) es que hay que comer más?

- Hidratos de carbono.
- Proteínas.
- Grasas.
- Vitaminas.
- Ninguna de las anteriores.

#### 3. ¿Qué tipo de alimentos es el que hay que comer menos o evitar?

- Hidratos de carbono.
- Proteínas.
- Grasas.
- Alcohol, aceites y dulces (chucherías)
- Ninguna de las anteriores.

#### 4. Los hidratos de carbono están en...

- Carne magra, pescado, pollo.
- Huevo.
- Aceites y mantequilla.
- Pan, patatas, pasta, cereales.
- Ninguna de las anteriores.

### 5. A la semana hay que comer...

- Con frecuencia refrescos de naranja, limón, cola.
- Huevos todos los días.
- Hay que tomar pocas legumbres.
- Cuatro veces huevo y cuatro veces pescado.
- Ninguna de las anteriores.

### 6. El desayuno debe consistir en...

- Leche, pan, galletas, cereales y fruta.
- No hace falta hacerlo.
- Es sólo para mayores,
- Basta con un vaso de leche al levantarse.
- Una pieza de fruta.

### 7. Los productos lácteos (leche, yogur, queso)...

- Son perjudiciales para la salud.
- Engordan.
- Son vegetales.
- Van mal para los huesos.
- Son de consumo diario.

### 8. Las frutas y verduras han de tomarse...

- Con poca frecuencia.
- Lo menos posible, pues son de mal sabor.
- Sin lavar.
- Varias veces al día.
- Con cuidado porque pueden ser peligrosas.

### 9. El agua ha de tomarse...

- Antes de las comidas.
- Después de las comidas.
- Durante las comidas.
- Poca porque engorda.
- A cualquier hora.

### 10. El pan ha de tomarse...

- Poco porque engorda.
- Todos los días.
- Blanco
- De molde.
- Ninguna de las anteriores.

## Escala de satisfacción corporal

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

## Índice de Masa corporal

Siguiendo las recomendaciones de la OMS, talla y peso son las medidas antropométricas básicas más accesibles que nos permiten hacer una valoración adecuada y rápida del estado nutricional y obtener el Índice de Masa Corporal. Hoy día la valoración del estado nutricional más utilizada es este Índice de Masa Corporal (IMC) o Body Mass Index (BMI) o Índice de Quetelet (que fue propuesto por Quetelet en el año 1869). Este índice es definido por la relación peso en kilogramos dividido por la talla en metros al cuadrado ( $P/T^2$ ). Por sí solo es un indicador nutricional válido, puede ser suficiente para evaluar el estado nutricional de la persona, así como de su recuperación.

Al ser adolescentes y estar en fase de crecimiento las medidas (peso, talla, IMC) deben referirse a las tablas pediátricas de percentiles de crecimiento de la población normal, siendo los gráficos de la Fundación Orbegozo de Hernández y colaboradores los más utilizados en España como patrones de referencia. En nuestro país no existen muchos modelos antropométricos que valoren con suficiente precisión el desarrollo morfológico de los adolescentes y hay que destacar los estudios de Hernández y colaboradores con sus tablas y curvas de crecimiento desde el nacimiento hasta los 18 años. Se considera “delgadez extrema o emaciación” un I.M.C. de menos de 15; “bajo peso” unos valores entre 15 y 18,9; el peso “normal” entre 19 y 24,9; “sobrepeso” entre 25 y 29,9; “obesidad” entre 30 y 39,9 y “obesidad grave (mórbida)” más de 40. A partir de los 14 años un B.M.I. por debajo de 16 puede justificarse como criterio de una significativa malnutrición. Con 16 años o más un B.M.I. de 20 puede ser usado como guía del peso mínimo. Entre los 14 y 15 años un B.M.I. de 18,5-19,5 parece ser apropiado. Sin embargo, a los 13 años o menos es mejor consultar los datos estandarizados. Se puede definir la obesidad en la población infanto-juvenil cuando el índice de Quetelet es superior al percentil 90 para cada grupo de edad y sexo, y obesidad extrema si es superior al percentil 97. Un percentil inferior al percentil 3 es muy bajo.

# sesión 1

## Encuesta sobre alimentación

### 1. ¿Cuántas comidas haces al día?

- Desayuno
- Almuerzo
- Comid Merienda
- Cena

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

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

### 3. ¿Cuales son tus alimentos favoritos?

- 1° -----
- 2° -----
- 3° -----
- 4° -----
- 5° -----

### 4. Qué alimentos te gustan menos?

- 1° -----
- 2° -----
- 3° -----
- 4° -----
- 5° -----

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

- Siempre
- Alguna vez
- Nunca

**6. Señala entre estos alimentos los que tomas habitualmente.**

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

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

- Siempre
- A veces
- Nunca

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

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

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

- Siempre
- A veces
- Nunca

**10. ¿Cómo son tus principales comidas?**

Desayuno: -----

Almuerzo: -----

Comida:  Dos platos y postre  
 Plato único y postre  
-----

Merienda: -----

Cena:  Dos platos y postre  
 Plato único y postre  
-----

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

Agua  Gaseosa  
 Vino  Leche  
 Cerveza  Zumos  
Refrescos -----

**12. ¿Cuáles son tus chucherías favoritas?**

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

**ACTIVIDAD FÍSICA DIARIA**  
(30 minutos a 1 hora de ejercicio)



## DIETA EQUILIBRADA

### OCASIONALMENTE

Bollería, grasas (mantequilla, margarina), refrescos, ...



### OCASIONALMENTE

Carnes grasas y embutidos.

### A DIARIO

**Ave y carnes magras:** 60 - 90 g. carne magra o volatería (3-4 raciones a la semana).  
**Pescado:** 60 - 90 g. de pescado (3-4 raciones a la semana).



### A DIARIO

**Huevos:** 1 Huevo 3-4 veces por semana.  
**Legumbres:** ½ Taza de judías (2-4 raciones a la semana).  
**Frutos secos:** 20 - 30 g. (un puñado), (3-7 raciones a la semana).

**Leche, yogurt y queso desnatados:** (2-4 porciones al día).  
• 1 Taza de leche o yogurt.



• 60 g. de queso natural.  
• 60 g. de queso procesado.

**Frutas (2 ó 3 porciones), y verduras (3 ó 5 porciones):**  
• 1 Taza de ensalada verde cruda.  
• ½ Taza de otros vegetales cocidos o cortados.



• ¼ de Taza de un jugo vegetal.  
**Aceite de oliva:**  
• 10 ml. (una cucharada sopera) 3-6 raciones al día.

**Granos, cereales, pan, patatas, arroz y pasta (6 ó 11 porciones).** En la pirámide una porción equivale a:  
• ½ Taza de arroz cocido.



• ½ Taza de pasta cocida. • ½ Taza de cereal cocido. • 30 g. Cereales.  
• 1 Rebanada de pan.  
• ½ Rebanada de pan payés.  
• 2 Magdalenas.  
• 3 - 4 Galletas.

**ESTA PIRÁMIDE REPRESENTA LA BASE DE LA ALIMENTACIÓN DIARIA RECOMENDADA POR LOS ESPECIALISTAS**



**CALORÍAS**

Hidratos de carbono

Grasas

Proteínas

**NO CALORÍA**

Vitaminas

Minerales

Agua

# PROPORCIÓN CALÓRICA Y REPARTO DE TOMAS

## Charla Alimentación y Nutrición



NUMERO DE COMIDAS DIARIAS: 3-5

DESAYUNO

Almuerzo

COMIDA

Merienda

CENA

Desayuno  
25%

Comida  
30-40%

Merienda  
15-20%

Cena  
20-30%

VOLUMEN CALÓRICO TOTAL

## ¿CUÁNTA ENERGÍA NECESITO?

### Charla Alimentación y Nutrición



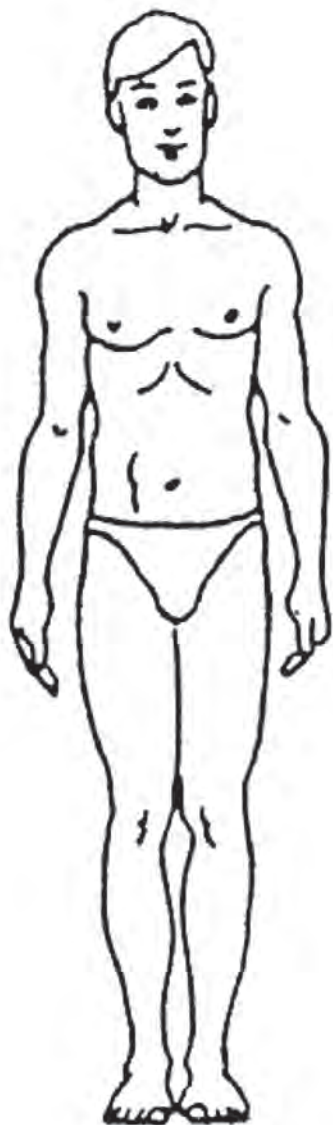
No todas las personas necesitan la misma cantidad de energía (calorías). La cantidad de esta depende de varios factores:

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Sexo             | <input type="checkbox"/> Peso corporal        |
| <input type="checkbox"/> Edad             | <input type="checkbox"/> Clima                |
| <input type="checkbox"/> Actividad física | <input type="checkbox"/> Deportes practicados |

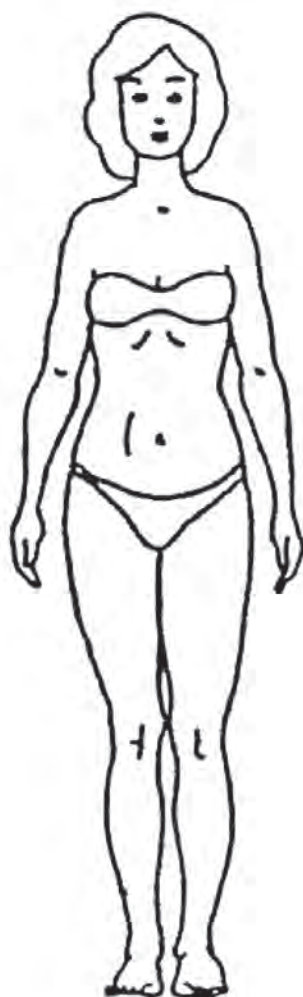
Dos personas de la misma edad, sexo y talla, ejerciendo la misma actividad física, pueden tener necesidades energéticas distintas.

# sesión 2

## Ilustraciones

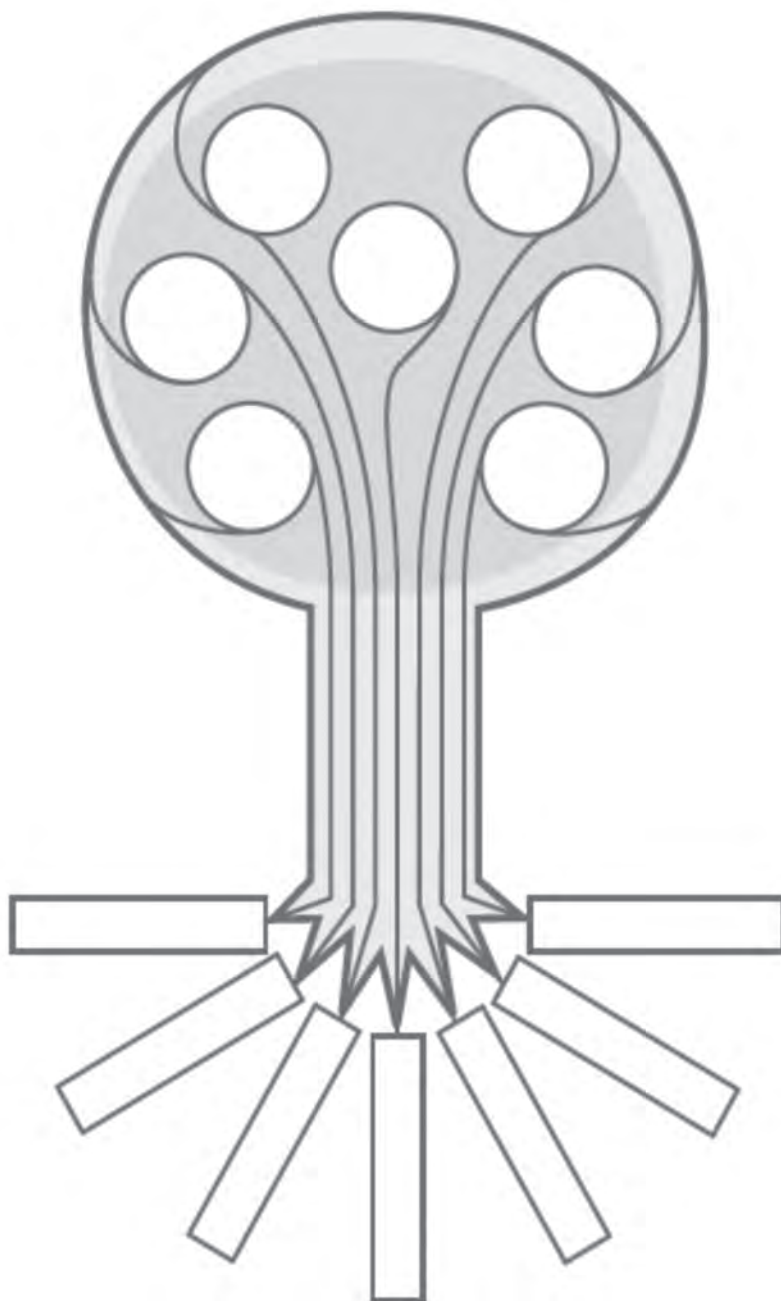


## Ilustraciones

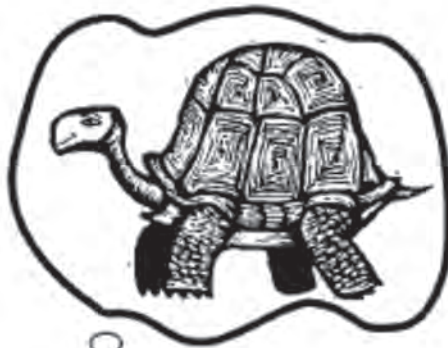
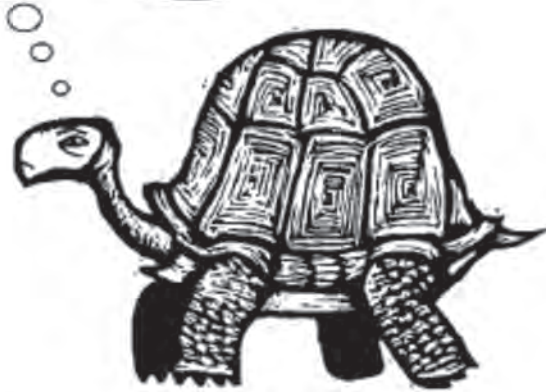
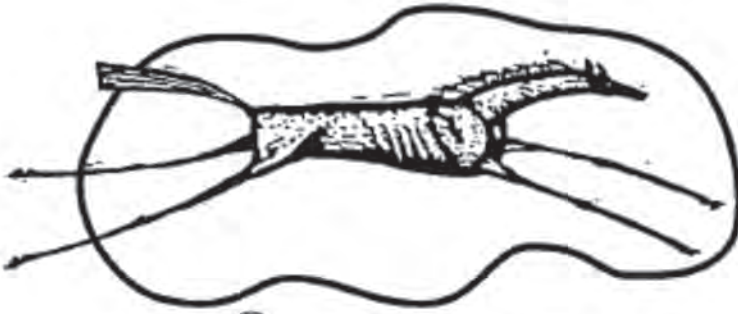


# sesión 3

## Árbol de mi autoestima



## Dibujo de las Tortugas





# sesión 4

## Imagen de mi yo





# sesión 5

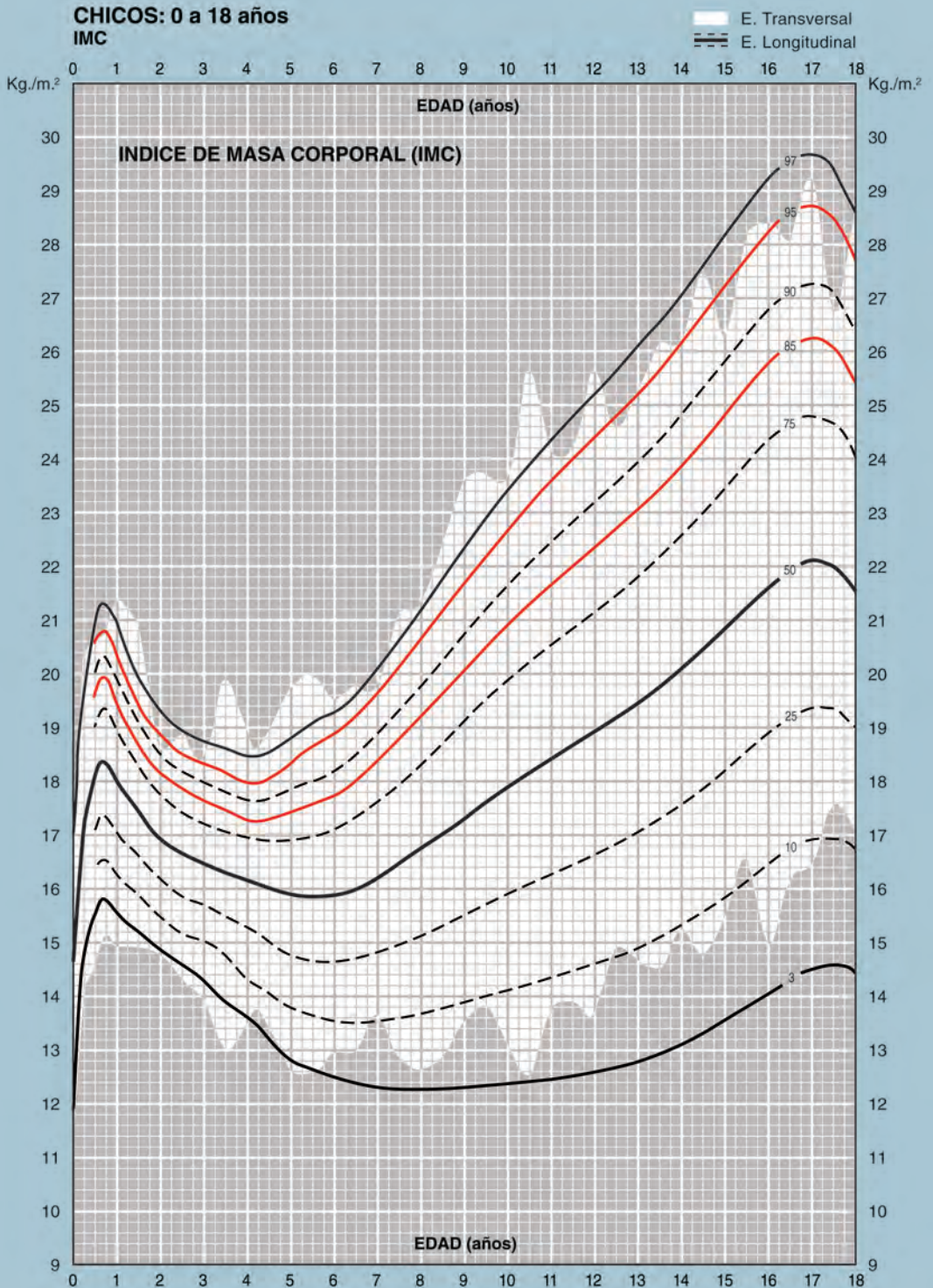
## Curvas y tablas de crecimiento para niños (en percentiles)

	Longitud* Talla** (cm.)				Peso (Kg.)				Perímetro craneal (cm.)				Índice de masa corporal Peso/Talla <sup>2</sup> (Kg./m. <sup>2</sup> )					
	P3	P50	P97	DS	P3	P50	P97	DS	P3	P50	P97	DS	P3	P50	P85	P95	P97	DS
Nac.	46,93	49,84	52,75	1,55	2,57	3,24	3,91	0,36	33,04	35,19	37,33	1,14	11,30	13,00	13,94	14,50	14,71	0,91
3 m.	55,43	61,08	66,73	3,00	4,77	6,23	7,69	0,78	38,22	41,12	44,02	1,54	14,00	16,67	18,14	19,01	19,33	1,42
6 m.	62,84	67,37	71,91	2,41	6,21	7,94	9,67	0,92	41,23	43,96	46,70	1,45	14,48	17,52	19,20	20,19	20,56	1,62
9 m.	67,07	72,09	77,10	2,67	7,24	9,33	11,43	1,11	43,44	46,02	48,61	1,37	15,15	17,92	19,44	20,34	20,68	1,47
1 a.	70,02	75,38	80,74	2,85	8,17	10,30	12,42	1,13	45,29	47,50	49,72	1,18	14,91	18,12	19,89	20,93	21,33	1,71
1'5 a.	76,76	82,35	87,94	2,97	9,58	12,12	14,65	1,35	46,19	48,70	51,21	1,33	14,90	17,85	19,48	20,43	20,81	1,57
2 a.	81,86	88,03	94,21	3,28	10,54	12,95	15,36	1,28	46,71	49,49	52,26	1,48	14,79	16,71	17,70	18,39	18,64	1,02
2'5 a.	86,46	91,83	97,21	2,86	11,19	14,02	16,84	1,50					14,32	16,59	17,83	18,56	18,85	1,20
3 a.	90,54	96,34	102,14	3,08	12,06	14,99	17,92	1,56					13,89	16,12	17,35	18,08	18,36	1,19
3'5 a.	91,08	99,35	107,62	4,40	11,02	16,34	21,66	2,83					13,01	16,46	18,36	19,47	19,92	1,83
4 a.	97,02	105,29	113,55	4,39	13,21	18,04	22,88	2,57					13,48	16,22	17,73	18,62	18,96	1,46
4'5 a.	99,96	107,47	114,98	3,99	14,87	18,69	22,52	2,03					13,73	16,16	17,50	18,28	18,60	1,29
5 a.	102,88	110,86	118,84	4,24	13,81	19,87	25,93	3,22					12,68	16,19	18,12	19,25	19,70	1,86
5'5 a.	106,05	114,75	123,44	4,62	14,45	21,50	28,55	3,75					12,53	16,26	18,31	19,52	19,99	1,98
6 a.	107,87	117,05	126,24	4,88	15,55	22,34	29,13	3,61					12,93	16,23	18,04	19,11	19,53	1,75
6'5 a.	110,84	120,34	129,83	5,05	16,86	23,83	30,80	3,71					12,96	16,37	18,25	19,35	19,77	1,81
7 a.	114,84	124,01	133,19	4,88	19,65	25,69	31,74	3,21					13,66	16,68	18,35	19,33	19,70	1,61
7'5 a.	116,14	126,57	137,01	5,55	18,44	27,27	36,10	4,69					12,85	16,97	19,24	20,57	21,09	2,19
8 a.	116,96	128,84	140,71	6,31	18,50	28,28	38,07	5,20					12,62	16,96	19,35	20,76	21,30	2,31
8'5 a.	121,54	132,09	142,63	5,61	20,26	30,97	41,67	5,69					12,92	17,69	20,32	21,87	22,47	2,54
9 a.	122,53	133,98	145,43	6,09	21,04	33,52	46,00	6,63					13,50	18,54	21,32	22,95	23,59	2,68
9'5 a.	127,60	138,77	149,94	5,94	23,12	36,39	49,65	7,05					13,82	18,77	21,50	23,10	23,72	2,63
10 a.	127,68	140,05	152,41	6,58	22,28	36,05	49,83	7,32					13,08	18,34	21,24	22,95	23,61	2,80
10'5 a.	130,24	142,07	153,90	6,29	21,33	38,85	56,37	9,31					12,50	19,08	22,70	24,82	25,65	3,49
11 a.	132,56	144,17	155,78	6,17	25,00	39,58	54,16	7,75					13,71	18,93	21,80	23,49	24,14	2,77
11'5 a.	135,29	147,49	159,68	6,48	27,28	41,61	55,93	7,62					13,88	19,04	21,89	23,56	24,21	2,75
12 a.	137,13	150,10	163,07	6,90	26,88	44,54	62,20	9,39					13,65	19,64	22,95	24,89	25,64	3,19
12'5 a.	140,01	153,95	167,90	7,42	31,89	46,87	61,85	7,96					14,89	19,71	22,36	23,92	24,53	2,56
13 a.	139,72	156,87	174,01	9,12	31,21	49,32	67,42	9,63					14,65	19,98	22,92	24,65	25,31	2,84
13'5 a.	145,48	160,97	176,46	8,23	33,43	53,27	73,12	10,55					14,50	20,32	23,52	25,40	26,14	3,09
14 a.	148,67	164,13	179,59	8,22	36,46	55,96	75,45	10,37					15,22	20,67	23,66	25,42	26,11	2,89
14'5 a.	149,21	165,04	180,86	8,41	35,16	57,95	80,73	12,11					14,76	21,12	24,62	26,68	27,48	3,38
15 a.	153,16	168,79	184,41	8,31	37,80	59,71	81,63	11,65					15,46	20,89	23,88	25,64	26,32	2,89
15'5 a.	157,92	170,94	183,96	6,92	45,47	65,36	85,24	10,57					16,51	22,33	25,53	27,41	28,14	3,09
16 a.	160,50	172,98	185,47	6,64	42,74	64,98	87,21	11,82					14,94	21,68	25,39	27,57	28,42	3,58
16'5 a.	163,02	175,32	187,82	6,54	46,02	68,27	90,53	11,83					16,17	22,13	25,41	27,35	28,10	3,17
17 a.	162,22	176,04	189,87	7,35	49,50	70,76	92,03	11,30					16,44	22,83	26,35	28,42	29,22	3,40
17'5 a.	163,36	176,69	190,03	7,09	50,25	69,25	88,25	10,10					17,53	22,13	24,66	26,14	26,72	2,44
18 a.	165,56	176,27	186,98	5,69	52,67	71,26	89,86	9,88					17,08	22,94	26,16	28,06	28,80	3,11

\* Menores de 3 años

\*\* A partir de 3 años

# Curvas y tablas de crecimiento para niños





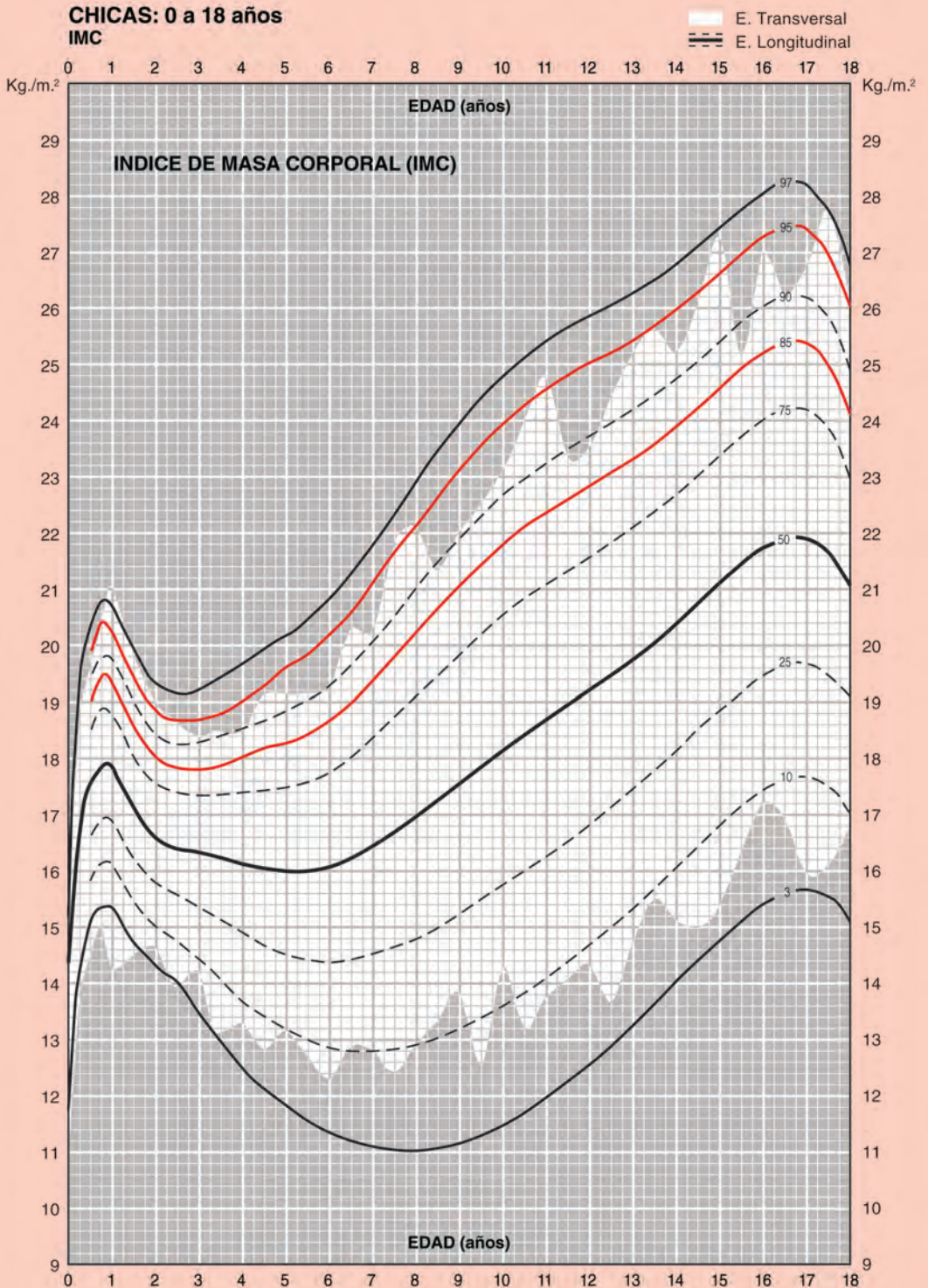
## Curvas y tablas de crecimiento para niñas (en percentiles)

	Longitud* Talla** (cm.)				Peso (Kg.)				Perímetro craneal (cm.)				Índice de masa corporal Peso/Talla <sup>2</sup> (Kg./m. <sup>2</sup> )					
	P3	P50	P97	DS	P3	P50	P97	DS	P3	P50	P97	DS	P3	P50	P85	P95	P97	DS
Nac.	46,02	49,28	52,54	1,73	2,35	3,13	3,91	0,41	32,30	34,48	36,67	1,16	10,68	12,84	14,03	14,73	15,00	1,15
3 m.	54,30	59,24	64,19	2,63	4,35	5,70	7,05	0,72	37,58	40,00	42,43	1,29	13,68	16,20	17,59	18,40	18,72	1,34
6 m.	61,47	65,94	70,42	2,38	5,88	7,42	8,96	0,82	40,87	43,02	45,18	1,15	14,46	17,03	18,45	19,28	19,60	1,37
9 m.	65,63	70,59	75,56	2,64	6,72	8,83	10,93	1,12	42,24	44,88	47,52	1,40	14,96	17,66	19,15	20,03	20,36	1,44
1 a.	69,09	74,38	79,67	2,81	7,58	9,74	11,89	1,15	43,13	45,85	48,57	1,45	14,22	17,62	19,50	20,60	21,02	1,81
1'5 a.	75,43	81,18	86,93	3,06	8,80	11,30	13,80	1,33	44,26	47,30	50,34	1,62	14,45	17,13	18,61	19,48	19,82	1,43
2 a.	80,45	86,36	92,28	3,14	9,95	12,55	15,15	1,38	46,26	48,42	50,59	1,15	14,61	16,79	17,99	18,70	18,98	1,16
2'5 a.	84,81	91,73	98,64	3,68	10,64	13,75	16,87	1,66					13,91	16,30	17,62	18,39	18,68	1,27
3 a.	89,97	95,81	101,64	3,10	12,19	14,91	17,62	1,44					14,19	16,28	17,43	18,11	18,37	1,11
3'5 a.	90,75	98,50	106,25	4,12	11,48	15,36	19,25	2,07					13,12	15,79	17,26	18,13	18,46	1,42
4 a.	97,06	103,93	110,79	3,65	13,44	17,15	20,86	1,97					13,25	15,85	17,29	18,14	18,46	1,39
4'5 a.	96,78	106,05	115,33	4,93	12,68	18,01	23,34	2,84					12,79	15,94	17,68	18,70	19,10	1,68
5 añ.	101,70	109,97	118,25	4,40	14,23	19,57	24,91	2,84					13,11	16,12	17,78	18,75	19,12	1,60
5'5 a.	105,68	113,47	121,25	4,14	15,53	20,49	25,44	2,63					12,66	15,90	17,68	18,73	19,14	1,72
6 a.	108,41	116,99	125,57	4,56	15,10	21,66	28,22	3,49					12,27	15,75	17,67	18,79	19,24	1,85
6'5 a.	110,28	119,73	129,18	5,02	16,61	23,87	31,13	3,86					12,83	16,55	18,60	19,81	20,27	1,98
7 a.	114,79	122,69	130,60	4,20	17,68	24,94	32,20	3,86					12,77	16,51	18,56	19,77	20,24	1,98
7'5 a.	113,48	124,61	135,73	5,91	16,92	26,67	36,41	5,18					12,38	17,07	19,66	21,18	21,77	2,50
8 a.	118,58	129,21	139,85	5,65	18,89	29,36	39,83	5,57					12,87	17,48	20,02	21,51	22,09	2,45
8'5 a.	120,11	130,79	141,47	5,68	20,27	29,71	39,15	5,02					13,30	17,32	19,54	20,84	21,33	2,14
9 a.	123,17	134,71	146,26	6,14	21,39	32,73	44,07	6,03					13,81	17,91	20,17	21,50	22,00	2,18
9'5 a.	127,22	136,82	146,42	5,10	22,08	32,86	43,64	5,73					12,51	17,51	20,27	21,89	22,50	2,66
10 a.	127,33	138,73	150,14	6,06	24,35	36,11	47,88	6,26					14,24	18,67	21,12	22,55	23,11	2,36
10'5 a.	132,93	144,45	155,97	6,12	24,80	38,93	53,25	7,62					13,17	18,57	21,54	23,29	23,97	2,87
11 a.	134,46	146,13	157,79	6,20	26,15	41,29	56,42	8,04					13,70	19,23	22,28	24,07	24,76	2,94
11'5 a.	137,59	149,97	162,36	6,58	28,17	42,32	56,47	7,52					14,07	18,71	21,27	22,77	23,35	2,47
12 a.	139,04	152,25	165,45	7,02	30,24	44,00	57,76	7,31					14,30	18,91	21,45	22,94	23,51	2,45
12'5 a.	139,86	153,40	166,94	7,20	28,30	44,99	61,69	8,88					13,61	19,02	21,99	23,74	24,42	2,87
13 a.	144,99	156,74	168,50	6,25	33,31	49,21	65,11	8,45					14,71	19,96	22,85	24,55	25,21	2,79
13'5 a.	146,64	159,13	171,61	6,64	36,93	52,13	67,32	8,08					15,46	20,55	23,35	24,99	25,64	2,70
14 a.	149,27	161,03	172,79	6,25	37,34	52,32	67,30	7,96					15,08	20,15	22,94	24,58	25,22	2,69
14'5 a.	151,13	162,35	173,58	5,97	37,99	54,14	70,30	8,59					14,96	20,52	23,59	25,39	26,09	2,96
15 a.	149,43	161,00	172,57	6,15	37,57	55,29	73,01	9,42					15,35	21,29	24,56	26,49	27,24	3,16
15'5 a.	151,74	162,28	172,82	5,60	40,91	54,69	68,48	7,33					16,32	20,75	23,19	24,62	25,18	2,35
16 a.	149,88	161,68	173,49	6,28	40,99	57,84	74,68	8,96					17,18	22,06	24,74	26,32	26,94	2,59
16'5 a.	150,37	162,14	173,92	6,26	44,01	56,62	69,24	6,70					16,88	21,56	24,14	25,66	26,24	2,49
17 a.	151,90	162,56	173,21	5,67	40,41	56,35	72,29	8,47					15,91	21,32	24,30	26,06	26,73	2,88
17'5 a.	152,18	163,04	173,91	5,78	42,54	58,16	73,78	8,30					16,06	21,89	25,10	26,99	27,73	3,10
18 a.	152,23	163,83	175,42	6,17	43,66	57,57	71,48	7,40					16,75	21,45	24,04	25,56	26,15	2,50

\* Menores de 3 años

\*\* A partir de 3 años

# Curvas y tablas de crecimiento para niños















- 📖 **BONET, J. V. 1997.** Se amigo de ti mismo. Manual de Autoestima, Santander, Editorial Sal Terrae.
- 📖 **CARBAJO, G., CANALS, J., FERNÁNDEZ-BALLART, J. & DOMÉNECH, E. 1995.** Cuestionario de actitudes alimentarias en una muestra de adolescentes: dos años de seguimiento. *Psiquis*, 16, 21-26.
- 📖 **CASTRO, J. & TORO, J. 1989.** Anorexia Mental. Aproximación Psicosocial. *C Med Psicopatol*, 9, 37-42.
- 📖 **CASTRO, J., TORO, J. & SALAMERO, M. 1991.** The eating attitudes test: validation of the Spanish version. *Eval Psicol*, 7, 175-190.
- 📖 **CORORVE FINGERET, M., WARREN, C. S., CEPEDA-BENITO, A. & GLEAVES, D. H. 2006.** Eating disorder prevention research: a meta-analysis. *Eat Disord*, 14, 191-213.
- 📖 **FAIRBURN, C. G., COOPER, Z., DOLL, H. A. & WELCH, S. L. 1999.** Risk factors for anorexia nervosa: three integrated case-control comparisons. *Arch Gen Psychiatry*, 56, 468-76.
- 📖 **FUERTES, J. C., MARTÍNEZ, O., DAROCA, A. & DE LA GÁNDARA, J. J. 1997.** Comunicación y dialogo. Manual para el aprendizaje de habilidades sociales, Madrid, Cauce Editorial.
- 📖 **GAITE PINDADO, L. 2007.** Evaluación de la calidad de vida relacionada con la salud en la adolescencia. En: REDONDO FIGUERO, C., GALDÓ MUÑOZ, G. & GARCÍA FUENTES, M. (eds.) Atención al adolescente. Santander: PUBliCan, Ediciones de la Universidad de Cantabria.
- 📖 **GISMERO, E. 1996.** Habilidades sociales y anorexia nerviosa, Madrid, Universidad Pontificia Comillas.
- 📖 **GOLDMAN, E. L. 1996.** Eating disorders on the rise in preteens and adolescents. *Psychiatry News*, 24, 10.
- 📖 **GÓMEZ DEL BARRIO, J. A. 2009.** Es posible prevenir al mismo tiempo TCA y el sobrepeso. VII Congreso Nacional de la Asociación para el Estudio de los Trastornos de la Conducta Alimentaria. Palma de Mallorca.
- 📖 **GÓMEZ DEL BARRIO, J. A. & ARRECHEA GARCÍA, N. 2007.** Trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes. In: REDONDO FIGUERO, C., GALDÓ MUÑOZ, G. & GARCÍA FUENTES, M. (eds.) Atención al adolescente. Santander: PUBliCan, Ediciones de la Universidad de Cantabria.
- 📖 **GÓMEZ DEL BARRIO, J. A., ARRECHEA GARCÍA, N., CALCEDO GIRALDO, G., GARCÍA QUINTANAL, R., CARRAL FERNANDEZ, L., FERNANDEZ TORRE, O. & PRIEDE DIAZ, A. 2008.** Prevalencia y riesgo de trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes del área urbana de Santander. XII Congreso Nacional de Psiquiatría. Valencia: Revista de Psiquiatría y Salud Mental.

- 📖 **GÓMEZ DEL BARRIO, J. A., GARCÍA GÓMEZ, M. C. & CORRAL COLLANTES, L. P. 2009.** Convivir con los Trastornos de la Conducta Alimentaria: anorexia, bulimia y trastorno por atracones, Madrid, Editorial Médica Panamericana, S.A.
- 📖 **GRUPO DE TRABAJO DE LA GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA SOBRE TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA 2009.** Guía de Práctica Clínica sobre Trastornos de la Conducta Alimentaria, Madrid, Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Consumo. Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques de Catalunya.
- 📖 **HOEK, H. W. 2006.** Incidence, prevalence and mortality of anorexia nervosa and other eating disorders. *Curr Opin Psychiatry*, 19, 389-94.
- 📖 **HOEK, H. W., BARTELD, A. I., BOSVELD, J. J., VAN DER GRAAF, Y., LIMPENS, V. E., MAIWALD, M. & SPAAIJ, C. J. 1995.** Impact of urbanization on detection rates of eating disorders. *Am J Psychiatry*, 152, 1272-8.
- 📖 **IMAZ, C., BALLESTEROS, M., HIGUERA, M. & CONDE, V. 2008.** Análisis asistencial en los trastornos del comportamiento alimentario en Valladolid. *Actas Esp Psiquiatr*, 36, 75-81.
- 📖 **JIMÉNEZ HERNÁNDEZ, F. 1991.** La comunicación interpersonal: ejercicios educativos, Madrid, Publicaciones ICCE.
- 📖 **KILLEN, J. D., TAYLOR, C. B., HAMMER, L. D., LITT, I., WILSON, D. M., RICH, T., HAYWARD, C., SIMMONDS, B., KRAEMER, H. & VARADY, A. 1993.** An attempt to modify unhealthful eating attitudes and weight regulation practices of young adolescent girls. *Int J Eat Disord*, 13, 369-84.
- 📖 **MARTEORELL, M. C., ALOY, M., GÓMEZ, O. & SILVA, F. 1993.** Escala de autoconcepto (AC). En: SILVA, F. & MARTEORELL, M. C. (eds.) Evaluación Infante-Juvenil. Madrid: MEPSA.
- 📖 **MORANDE, G., CELADA, J. & CASAS, J. J. 1999.** Prevalence of eating disorders in a Spanish school-age population. *J Adolesc Health*, 24, 212-9.
- 📖 **MURO-SANS, P. & AMADOR-CAMPOS, J. A. 2007.** Prevalence of eating disorders in a Spanish community adolescent sample. *Eat Weight Disord*, 12, e1-6.
- 📖 **O'DEA, J. A. & ABRAHAM, S. 1999.** Onset of disordered eating attitudes and behaviors in early adolescence: interplay of pubertal status, gender, weight, and age. *Adolescence*, 34, 671-9.
- 📖 **PELÁEZ FERNÁNDEZ, M. A., LABRADOR ENCINAS, F. J. & RAICH, R. M. 2004.** Epidemiología de los trastornos de la conducta alimentaria en España: revisión y estado de la cuestión. *C Med Psicosom*, 71/72, 33-41.
- 📖 **RAICH, R. M., SÁNCHEZ-CARRACEDO, D., LÓPEZ GUIMERÁ, G., PORTELL, M. & FAUQUET, J. 2007.** Prevención de los trastornos del comportamiento alimentario con un programa multimedia. *C Med Psicosom*, 81, 47-71.

- 📖 **RODRÍGUEZ SANTOS, L., ANTOLÍN GUTIÉRREZ, M., VAZ LEAL, F. J. & GARCÍA HERRÁIZ, M. A. 2006.** Trastornos del comportamiento alimentario: Anorexia y Bulimia. Documento de Apoyo a las actividades de Educación para la Salud 2, Mérida, Junta de Extremadura. Consejería de Sanidad y Consumo. Dirección General de Planificación, Ordenación y Coordinación Sanitarias.
- 📖 **RODRIGUEZ-CANO, T., BEATO-FERNANDEZ, L. & BELMONTE-LLARIO, A. 2005.** New contributions to the prevalence of eating disorders in Spanish adolescents: detection of false negatives. *Eur Psychiatry*, 20, 173-8.
- 📖 **ROJO, L., LIVIANOS, L., CONESA, L., GARCIA, A., DOMINGUEZ, A., RODRIGO, G., SANJUAN, L. & VILA, M. 2003.** Epidemiology and risk factors of eating disorders: a two-stage epidemiologic study in a Spanish population aged 12-18 years. *Int J Eat Disord*, 34, 281-91.
- 📖 **RUIZ LÁZARO, P. J. 1998.** Guía práctica de prevención de los trastornos de la conducta alimentaria, Zaragoza, Grupo Zarima.
- 📖 **RUIZ, P. M., ALONSO, J. P., VELILLA, J. M., LOBO, A., MARTÍN, A., PAUMARD, C. & RUIZ-LÁZARO, P. M. 2000.** Prevención de los trastornos de la conducta alimentaria. *Revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil*, 1, 18-31.
- 📖 **RUIZ-LÁZARO, P. M. 2003.** Epidemiología de los trastornos de la conducta alimentaria en España. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 31, 85-94.
- 📖 **RUIZ-LÁZARO, P. M., COMET CORTÉS, P., CALADO OTERO, M., GÓMEZ DEL BARRIO, J. A., PÉREZ HORNERO, J., CALVO SARNAGO, A. I., ARANZAZU ZAPATA USABEL, M., CEBOLLADA USÓN, M. & TREBOL CLAVEJAS, L. 2008.** Prevalencia de trastornos alimentarios en adolescencia temprana: estudio comunitario multicéntrico. XII Congreso Nacional de Psiquiatría. Valencia: *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*.
- 📖 **SANCHO, C., ARIJA, M. V., ASOREY, O. & CANALS, J. 2007.** Epidemiology of eating disorders: a two year follow up in an early adolescent school population. *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 16, 495-504.
- 📖 **SERRA MAJEN, L. & ARANCETA BARTRINA, J. 2002.** Alimentación Infantil y Juvenil. Estudio enKid, Barcelona, Masson.
- 📖 **STICE, E., MARTI, C. N., SPOOR, S., PRESNELL, K. & SHAW, H. 2008.** Dissonance and healthy weight eating disorder prevention programs: long-term effects from a randomized efficacy trial. *J Consult Clin Psychol*, 76, 329-40.
- 📖 **STICE, E., SHAW, H. & MARTI, C. N. 2007.** A meta-analytic review of eating disorder prevention programs: encouraging findings. *Annu Rev Clin Psychol*, 3, 207-31.
- 📖 **SUBDIRECCIÓN GENERAL DE SALUD MENTAL 2005.** Guía práctica clínica de los trastornos de la conducta alimentaria, Murcia, Servicio Murciano de Salud.



-  **THOMPSON, M. A. & GRAY, J. J. 1995.** Development and validation of a new body-image assessment scale. *J Pers Assess*, 64, 258-69.
-  **TORO, J. 2004.** Riesgo y causa de la anorexia nerviosa, Barcelona, Editorial Ariel, S.A.
-  **TORO, J., CERVERA, M. & PEREZ, P. 1988.** Body shape, publicity and anorexia nervosa. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 23, 132-6.
-  **TORO, J., SALAMERO, M. & MARTINEZ, E. 1994.** Assessment of sociocultural influences on the aesthetic body shape model in anorexia nervosa. *Acta Psychiatr Scand*, 89, 147-51.
-  **TORO TRALLERO, J. 2007.** Trastornos de la conducta alimentaria: anorexia nerviosa y bulimia nerviosa. In: VÁZQUEZ-BARQUERO, J. L. (ed.) *Psiquiatría en Atención Primaria*. Madrid: Grupo Aula Médica, S.L.
-  **VAN SON, G. E., VAN HOEKEN, D., BARTELD, A. I., VAN FURTH, E. F. & HOEK, H. W. 2006.** Urbanisation and the incidence of eating disorders. *Br J Psychiatry*, 189, 562-3.
-  **VÁZQUEZ-BOURGON, J., HERRERA CASTANEDO, S. & HERRÁN, A. 2007.** Prevención de la enfermedad mental en atención primaria: introducción. En: VÁZQUEZ-BARQUERO, J. L. (ed.) *Psiquiatría en Atención Primaria*. Madrid: Grupo Aula Médica, S.L.
-  **WORK GROUP ON EATING DISORDERS 2006.** Practice Guideline for the treatment of patients with eating disorders, third edition. American Psychiatric Association.





GOBIERNO  
de  
CANTABRIA

CONSEJERÍA DE SANIDAD  
Y SERVICIOS SOCIALES

Dirección General de Ordenación  
y Atención Sanitaria

