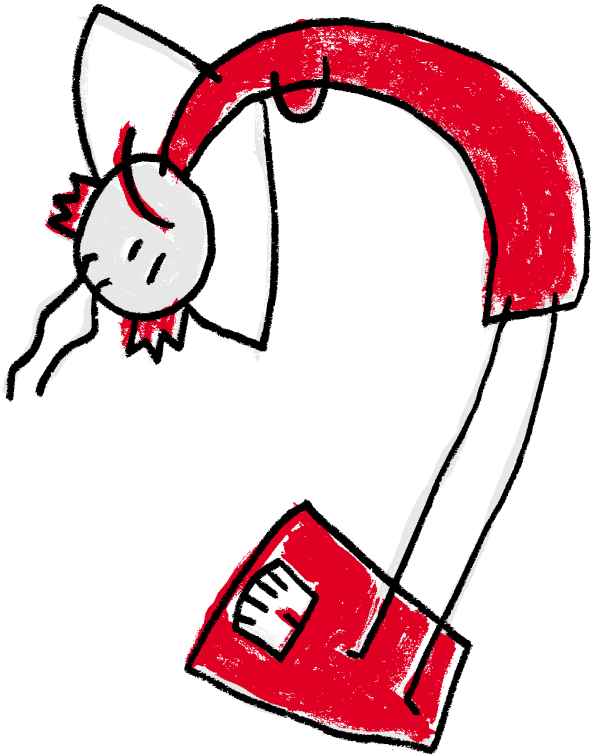


GUÍA PRÁCTICA

Prevención

de los trastornos de
la conducta alimentaria

BULIMIA Y ANOREXIA



GUÍA PRÁCTICA

Prevención

de los trastornos de
la conducta alimentaria

Realizan:



CONSEJO DE LA JUVENTUD DE ARAGÓN
CONSEJO DA JOVENTUT D'ARAGÓN
CONSELL DE LA JOVENTUT D'ARAGÓN



UNIDAD MIXTA DE INVESTIGACIÓN
Hospital Clínico Universitario «Lozano Blesa»
Universidad de Zaragoza



ASOCIACIÓN ARAGONESA
DE FAMILIARES DE ENFERMOS
DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA,
ANOREXIA Y BULIMIA

Promueve:



Departamento de Sanidad,
Consumo y Bienestar Social

Segunda Edición: 1000 ejemplares

Realizan: Grupo Zarima-Prevención de la Unidad Mixta de Investigación del Hospital
Clínico Universitario de Zaragoza y Consejo Nacional de la Juventud de Aragón.

Texto y Documentación: Pedro Manuel Ruiz Lázaro

Coordinación de textos: Pilar Comet Cortés, Lidia Meleida Rubio Soriano
y Oscar Blasco Ruiz.

Diseño y maquetación: Versus

Imprime: Calidad Gráfica

Déposito Legal: Z-2139/99

Colaboradores

Grupo Zarima-Prevención

Carmen Alibes Rovira. Enfermera
Pilar Benito Ruesca. Enfermera
Ana Castillo Amores. Estudiante de Psicología
Elisa Castellón Bello. Enfermera
Marta Cebollada Usón. Psicóloga
Carmen De Miguel Ascaso. Enfermera
Luisa Hernández Andrés. Terapeuta Ocupacional
Eva María Garcés Trullenque. Trabajadora social
Rosa García Hernández. Enfermera
Sonia Gimeno Laborda. Enfermera
Gemma González Castro. MIR Psiquiatría
Pilar López Mallén. Enfermera
Carmen Muro Baquero. Profesora de Enfermería
Olga Nuño Langa. Enfermera
Ibone Olza Fernández. Psiquiatra
Alicia Pueyo Usón. Psicóloga
Pilar Serrano Andrés. Enfermera
Ana Solans García. Enfermera
Concepción Soro Abaridia. Enfermera
Eva Tobajas Señor. Enfermera
Luis Trébol Clavejas. Psicólogo
Raquel Santiso Sanz. Antropóloga, Trabajadora social

Responsable del Área de Salud y Calidad de vida del Consejo Nacional de la Juventud de Aragón

José Antonio Lafragüeta Turón

Área de Salud y Calidad de Vida del Consejo Nacional de la Juventud de Aragón

Ana Carmen Andrés Sangüesa
Leticia Colas Carmelona
M^ª Luisa Escuer Sánchez
Maite Franco López
Mauricio Gallo Casas
Cristina Laguarda García
Yolanda López San Martín
M^ª Antonia Miravé Floria
José Ángel Pelegrín Martínez
Cristina Rubio Ortega
Raquel Urgelles Gargallo

Índice

PAG 5	Introducción
PAG 7	Prólogo
PAG 11	Conceptos (Parte teórica)
PAG 57	Dinámicas (Parte práctica)
PAG 101	Anexos

INTRODUCCIÓN

Trastornos como la bulimia y la anorexia nerviosas, son, por desgracia, cada día más frecuentes en la juventud actual y afectan de una manera más importante a las jóvenes.

Esta «Guía Práctica para la Prevención de los Trastornos de la Conducta Alimentaria» constituye un documento indispensable hoy en la formación de monitores y directores de tiempo libre, voluntarios y profesionales, así como de cuantos mediadores, agentes sociales y animadores socioculturales trabajan con la juventud.

La Guía se ha orientado a su formación con una metodología práctica, y pretende la prevención de los trastornos de la alimentación mediante el estudio de las causas y las acciones que se pueden llevar a cabo para la mejora de la nutrición y alimentación, la imagen corporal, el autoconcepto y autoestima, o la asertividad y las habilidades sociales de los jóvenes.

Como Consejero de Educación y Cultura, y de la Juventud, quiero agradecer al Consejo de la Juventud de Aragón la iniciativa de la edición de este trabajo, y a los mediadores del área de salud y calidad de vida del Consejo y, sobre todo, a los colaboradores del Grupo Zarima Prevención la realización práctica de la misma, en la confianza de que servirá para la disminución de estos trastornos que de forma tan importante está afectando a buena parte de la juventud aragonesa.

Vicente Bielza de Ory
CONSEJERO DE EDUCACIÓN Y CULTURA
DEL GOBIERNO DE ARAGÓN

PRÓLOGO

Para el Consejo Nacional de la Juventud de Aragón y para mí, como Presidente del mismo, es un placer después de un año y medio de realización de la primera edición de la Guía sobre Prevención de los Trastornos de la Conducta Alimentaria: Anorexia y bulimia nerviosas, poder presentar la Segunda Edición y ver el éxito y aceptación obtenida en los ámbitos educativos y de tiempo libre del/la adolescente y joven.

Como ya sabéis, el Área de Salud y Calidad de vida del Consejo Nacional de la Juventud de Aragón, lleva mucho tiempo trabajando en la educación y promoción de la salud en diversos campos tales como la prevención de drogodependencias, la prevención del VIH/Sida y la educación afectivo-sexual.

La realización de esta Guía supuso el fruto de un trabajo que comenzó como un primer acercamiento en la anterior edición, pero que cada vez más, hemos dedicado mayores esfuerzos a un problema que no sólo afecta a las personas enfermas, sino a sus familiares, amigos/as y sobretodo a la sociedad en general, ya que todos y todas en cierta medida, somos parte de estas personas.

Esta segunda edición ha surgido gracias a la labor y el empeño de voluntarios/as y profesionales que como tú, estáis trabajando en el campo de la Prevención y Promoción de la Salud, desde diferentes organismos y asociaciones.

Como ya sabéis, el objetivo de esta Guía no es dar soluciones cuando estas enfermedades están ya manifestadas; sino ser un instrumento facilitador en vuestro trabajo en el campo de la prevención.

Queremos agradecer el trabajo realizado y apoyo recibido por el Grupo Zarima-Prevención, la Unidad Mixta de Investigación del Hospital Clínico Universitario de Zaragoza y la Asociación Aragonesa de Enfermos con Trastornos de la Conducta Alimentaria (ARBADA), ya que sin su apoyo, esta Guía no podría presentar su segunda edición.

Por último, y tal como hicimos ya en la presentación de la primera edición, te animamos a utilizar esta Guía, esperando que os sea útil dentro de vuestra trayectoria de trabajo y esfuerzos en el campo de la promoción de la salud.

Ignacio Avellaned Aurensanz

PRESIDENTE DEL CONSEJO NACIONAL DE LA JUVENTUD DE ARAGÓN

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

Tras realizar un estudio de prevalencia de los Trastornos de Conducta Alimentaria vimos la necesidad de realizar actividades preventivas con los adolescentes y jóvenes. Así, en colaboración con la Diputación General de Aragón, ARBADA y con el Consejo de la Juventud de Aragón hemos emprendido diversas acciones preventivas con escolares de secundaria, padres y mediadores juveniles.

La Guía que tienes en tus manos surge como iniciativa del Consejo de la Juventud de Aragón que contactó con nosotros para aunar esfuerzos en un proyecto común.

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

Los Objetivos que pretendemos son:

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

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



Requiere formación complementaria antes de aplicarla. No es un menú fijo ni definitivo para el consumo rápido. La promoción de la salud es algo lo suficientemente serio como para ser prudentes.

Con todas sus limitaciones pensamos que puede ser útil, pero es difícil juzgar objetivamente a los propios hijos. En cualquier caso estamos orgullosos de ella (como buenos padres) y esperamos que te sirva como educador y agente de salud que eres.

En mi doble condición de médico psiquiatra y director de actividades de tiempo libre es para mí una satisfacción el hecho de que la primera edición de esta guía esté agotada. Se pretendía que fuera un instrumento útil para los mediadores juveniles, educadores no formales (que no es lo mismo que informales), preocupados por la prevención y los trastornos alimentarios y que combinase el rigor con la divulgación. La excelente acogida puede ser un indicio del posible acierto. Su distribución gratuita ha facilitado su difusión y es por ello por lo que se insiste en esta fórmula para hacer accesible un material que se ha pensado, trabajado y probado durante muchas hora por un equipo multidisciplinar.

Para responder a las numerosas peticiones recibidas se lanza esta segunda edición corregida y ampliada desde la experiencia. La aplicación práctica de este programa, con modificaciones, en diez colegios zaragozanos desde 1999 por nuestro grupo ZARIMA-Prevención avala con sus prometedores resultados un línea de trabajo aunque habrá que esperar al final del seguimiento en el 2002 para confirmar lo que hoy son esperanzas. Esta guía remozada que cuenta con el apoyo institucional del Gobierno de Aragón, el Consejo de la Juventud de Aragón y la Asociación Aragonesa de Familiares de Enfermos con Trastornos de la Conducta Alimentaria ARBADA, es otro paso más. En tus manos está para emplearla con la prudencia y el interés que la educación para la salud se merece.



Pedro Manuel Ruiz Lázaro
GRUPO ZARIMA-PREVENCIÓN

CONCEPTOS

Prevención

de los trastornos de
la conducta alimentaria

Sumario

PAG 13	1 / Educación para la salud
PAG 17	2 / Concepto de trastorno de la conducta alimentaria
PAG 21	3 / Análisis histórico
PAG 31	4 / Datos de interés (Epidemiología)
PAG 37	5 / Causas
PAG 45	6 / Consecuencias y Evolución
PAG 51	7 / Estado de los conocimientos sobre prevención

1/Educación para la salud

Tienes en tus manos una Guía práctica para poder realizar prevención primaria y secundaria de trastornos de la conducta alimentaria con jóvenes y adolescentes. Puede servirte para trabajar en tu barrio, comunidad, en asociaciones juveniles, instituciones de educación no formal (campamentos, colonias, campos de trabajo, centros de tiempo libre, Casas de Juventud, Ludotecas...)

Se basa en la experiencia y la información actual sobre el tema, dentro del marco teórico de la Educación para la Salud.

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

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

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

- El estado de salud hay que entenderlo desde un sentido amplio de la palabra, esto es, buscar tanto el bienestar individual como el colectivo.
- Promocionar una educación centrada en los aspectos positivos de la salud.

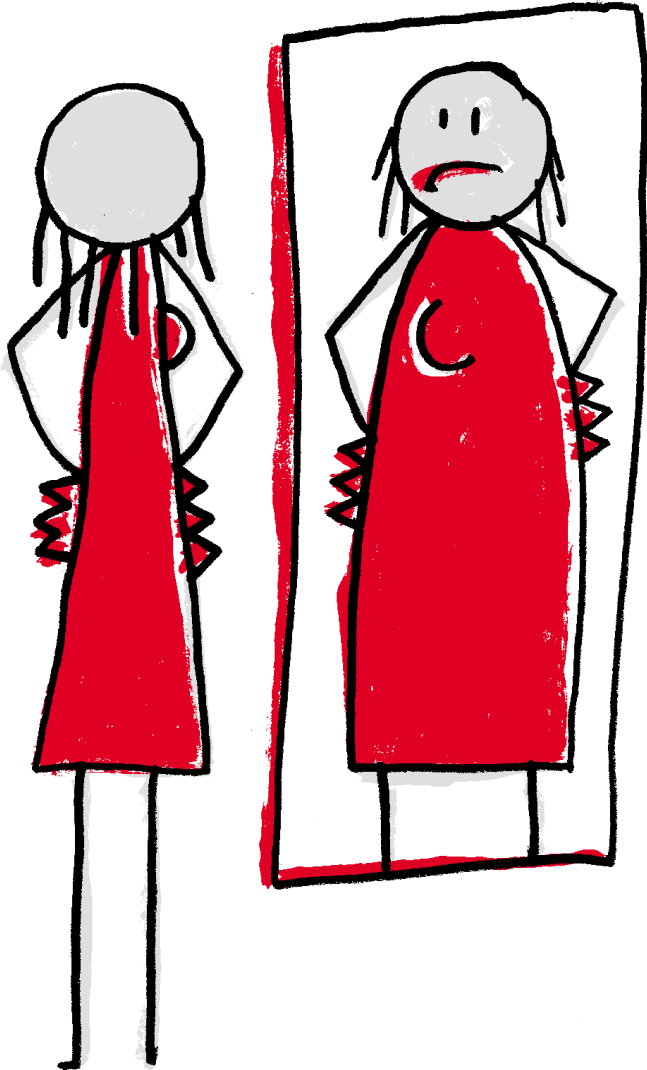
- Responsabilizarnos individual y colectivamente para crear y construir hábitos y estilos de vida saludables.
- Educar para la libertad y la responsabilidad.
- Hacer partícipes a la comunidad y a sus destinatarios/as de los diferentes programas de Educación para la Salud.

Es importante prestar atención a los/as adolescentes y jóvenes pero sin olvidar a padres/madres y educadores/as. La edad idónea para fomentar hábitos y actitudes positivas es la escolar, integrando en el proceso de aprendizaje y educación, materias de educación para la salud; pero no es la única, pues todas las edades son susceptibles de educar. Simultáneamente se deben conseguir cambios de comportamiento del núcleo familiar, reforzado todo ello por campañas de información dirigidas al público en general.

El tiempo para integrar los valores para educar en la salud descansa sobre tres pilares: tiempo libre, escuela y familia.

La educación para la salud en el tiempo libre, dentro del asociacionismo juvenil y los ámbitos específicos de la pedagogía del ocio, presenta indudables ventajas respecto al contexto académico o escolar, ya que las actividades son voluntarias, con metodología bidireccional, participación activa de los/as destinatarios/as en la programación y espíritu lúdico. El aprendizaje es deseado y a través de la vivencia se hace significativo (Ruiz y Ruiz, 1998).





2 / Concepto de los trastornos de la conducta alimentaria

Las modernas clasificaciones incluyen fundamentalmente dentro de este apartado de Trastornos de la Conducta Alimentaria dos trastornos específicos: la **anorexia nerviosa** y la **bulimia nerviosa** (Organización Mundial de la Salud, 1992; American Psychiatric Association, 1995).

La **Anorexia Nerviosa** se podría definir como la pérdida significativa de peso (índice de masa corporal o de Quetelet de menos de 17,5; ver anexos).

Ésta pérdida de peso está originada por el propio enfermo a través de la evitación de consumo de “alimentos que engordan” y por uno o más de uno de los síntomas siguientes:

- Vómitos autoprovocados.
- Purgas intestinales autoprovocadas.
- Ejercicio excesivo.
- Consumo de fármacos, diuréticos (que producen pérdida de líquidos corporales a través de la orina) y anorexígenos (que quitan el apetito).

Estas personas si sufren la enfermedad antes de la pubertad, pueden no experimentar la ganancia de peso propia del periodo de crecimiento.

A todo esto hay que añadir una distorsión de la imagen corporal que consiste en una psicopatología específica caracterizada por el miedo ante la gordura o la flacidez de las formas corporales, de modo que la persona se impone a sí misma el permanecer por debajo de un límite máximo de peso corporal.

También existe un trastorno endocrino (hormonal) generalizado manifestándose en la mujer como amenorrea (pérdida de la menstruación) y en el varón como una pérdida de interés y potencia sexuales.

Si el inicio de la enfermedad es anterior a la pubertad, se retrasa la secuencia de las manifestaciones de la pubertad, o incluso ésta se detiene (cesa el crecimiento; en las mujeres no se desarrollan las mamas y hay amenorrea primaria; en los varones persisten los genitales infantiles). Si se produce una recuperación, la pubertad suele completarse, pero la menarquía (comienzo de la menstruación) es tardía.

Estoy flaca, dicen, parezco un monstruo. Dicen también que me parezco a los niños del tercer mundo, que no comen porque no hay comida para ellos. Vi algunas imágenes y no me disgustan. La belleza para mí está hecha de huesos debajo de la piel tirante, me gustan mis brazos esqueléticos, el agujero de la panza, los omóplatos que parecen alas de madera, las piernas como las patas de los flamencos. Parezco un pájaro, me ha dicho Giorgio. Una cabra, o un pájaro, qué importa; lo que no quiero es parecer una mujer. Me arrancarían a mordiscos esa leve insinuación de senos que me están apareciendo en el pecho. Me encanta haberme quedado sin rastro de sangre menstrual. Detestaba ese líquido que se me escurría entre las piernas todos los meses.

Nadia Fusini "La bocca più di tutto mi piaceva" (1996)

La **Anorexia Nerviosa Atípica** debe ser utilizado para los casos en los que faltan una o más de las características principales de la anorexia nerviosa, como amenorrea o pérdida significativa de peso, pero que por lo demás presentan un cuadro clínico bastante característico.



La **Bulimia Nerviosa** es una preocupación continua por la comida, con deseos irresistibles de comer, de modo que el enfermo termina por sucumbir a ellos, presentándose episodios de polifagia (comer en exceso, atracones) durante los cuales consume grandes cantidades de comida en períodos cortos de tiempo.

La persona intenta contrarrestar el aumento de peso así producido mediante uno o más de uno de los siguientes métodos:

- Vómitos autoprovocados.
- Abuso de laxantes.
- Períodos de ayuno.
- Consumo de fármacos (supresores del apetito, extractos tiroideos o diuréticos).

La persona presenta un miedo morboso a engordar, y se fija de forma estricta un nivel de peso muy inferior al que tenía antes de la enfermedad, o al de su peso óptimo o sano. Con frecuencia, pero no siempre, existen antecedentes previos de anorexia nerviosa con un intervalo entre ambos trastornos de varios meses o años.

Como tres yogures casi sin distinguir su sabor. Medio Kilo de pastel de soja. Luego bizcochos, galletas, pan viejo. Por suerte no tengo nada más. Estoy tan agotada que ni logro meterme dos dedos en la garganta para vomitar. Donde yo vivo no es algo muy simple ser bulímica. No es cómodo subir y bajar arriba y abajo por las escaleras durante dos horas. Tengo que vomitar en un cubo. Y luego ir a tirar todo en el retrete turco.

Elena Soprano “La maschera” (1994)

La Bulimia Nerviosa Atípica debe ser utilizado para los casos en los que faltan una o más de las características principales de la bulimia nerviosa, pero que por lo demás presentan un cuadro clínico bastante típico.

Las personas tienen con frecuencia un peso normal o incluso superior a lo normal, pero presentan episodios repetidos de ingesta excesiva seguidos de vómitos o purgas.

No es raro encontrar síndromes parciales acompañados de síntomas depresivos.

Otro trastorno alimentario es el trastorno por atracones en el que hay ingesta compulsiva excesiva sin métodos para contrarrestarla.



3 / Análisis Histórico

Los trastornos de la alimentación no son una patología tan moderna como a veces pudiéramos pensar, no son un problema nuevo, lo novedoso es la virulencia con la que se han presentado en la sociedad actual y el cambio de actitudes que ésta ha tenido en sus conceptos de salud y de ideal estético.

Los trastornos de la conducta alimentaria, anorexia y bulimia nerviosas, y la condición de obesidad, son conocidos y descritos desde la antigüedad, desde los principios de la civilización occidental.

Antes de su individualización como síndromes encontramos en la literatura un cierto número de descripciones históricas. Existe ahora la evidencia de antecedentes históricos reconocibles de anorexia nerviosa, si la consideramos como toda evitación del alimento de origen nervioso, sin causa orgánica encontrada o con un peso corporal anormalmente bajo sostenido.

En la Antigüedad...

Ya en el **Corpus hipocraticum**, conjunto de enseñanzas y tradiciones médicas atribuidas a Hipócrates de Cos (año 460-377 antes de Cristo) en sus Aforismos, se dice “Los efectos de un régimen debilitante y prolongado son difíciles de reparar, y lo mismo sucede con los de una repleción extrema y continuada”.

Soranos (años 93-138) describe la amenorrea y la anorexia en la mujer.

Galeno (año 155) describe un cuadro de emaciación (adelgazamiento morboso) en el cual el paciente es incapaz de comer. También describió la *Kynos orexia* o hambre canino como sinónimo de la bulimia.

En la Civilización Romana la ingesta masiva y la conducta de purgarse posterior a una comida copiosa constituían un ritual socialmente aceptado en banquetes y fiestas.

En el Talmud judío se hace referencia al “*boolmut*” o “*boolmot*”, un trastorno hiperfágico (comer en exceso) que aparece en las personas con problemas emocionales.

En la Edad Media

Relatos de casos bien documentados de anorexia nerviosa se encuentran en la literatura que describe a los primeros santos cristianos; este es el caso de mujeres santas, en la Edad Media, que ahora han sido consideradas sospechosas de padecer un trastorno alimentario.

Un extendido ayuno, los peculiares hábitos alimentarios y la resistencia en contra de toda forma de tratamiento son elementos de las vidas de estas santas que se pueden encontrar en las actuales descripciones de la anorexia nerviosa.

Santa Wilgefortis o **Virgofortis** (hija mártir del rey de Portugal) que ayunó cuando su padre la obligó a contraer matrimonio, cubriéndose de vello (años 700 a 1000 antes de Cristo). Su imagen barbada fue objeto de culto en toda Europa (Santa Liberata en España), por las mujeres que quieren apartarse de las “servidumbres de su sexo”, en los problemas menstruales, embarazo, dolores del parto (“Santa Livrada que la salida sea como la entrada”).



Santa Catalina de Siena (1347-1380). Se narran sus rigurosas abstinencias alimentarias y los episodios de ingesta masiva y el tipo de caña que esta santa empleaba para inducirse el vómito y se listan las hierbas purgantes que utilizaba.

Lidwina de Schiedam, que vivió durante años alimentándose “sólo con trocitos de manzana del tamaño de una hostia”.

En nuestro país **Santa Teresa de Ávila** (1500) comenzó a usar constantemente una rama de olivo para inducirse el vómito y vaciar totalmente el estómago para así poder acoger dignamente la hostia consagrada que se convirtió en su única fuente de sustento.

Ayunadoras, Cloróticas y Artistas del Hambre

Del siglo XVI al XIX fueron bastantes las mujeres que restringieron drásticamente su alimentación recabando la atención pública y recompensas materiales siendo considerados sus ayunos como milagrosos por panfletos y periódicos de la época.

A partir de la segunda mitad del XVII cambia su consideración social y las “**doncellas milagrosas**” pasan a ser simplemente “**muchachas ayunadoras**”.

La **Chlorosis** es otra enfermedad relacionada. En 1554 **Lange** la describe en mujeres jóvenes, la mayor parte vírgenes. Pocos autores de su tiempo mantienen que puede darse también en varones jóvenes y delicados.

En la descripción original no se hace referencia al color verde de la piel referido por otros.

Esta enfermedad, con palidez verdosa, amenorrea, debilidad general, bajo peso, repugnancia por la comida, la carne en especial, era habitual a finales del pasado siglo y ha desaparecido por completo desde 1920. Una parte de las jóvenes con clorosis, las “cloroanoréxicas” se pueden considerar afectas de anorexia nerviosa.

Un profesor en Montpellier es el primero, en 1615, que describe este color anormal blanco o verde de las pacientes vírgenes afirmando que tienen depravados y caprichosos apetitos asociados con un descenso de la ingesta de alimentos y a veces náuseas y vómitos.

Se recomendaba el vivir con un hombre, la cópula y el embarazo como tratamiento.

En pleno S. XVIII o en el S. XIX los “artistas del hambre” o “esqueletos vivientes”, más frecuentemente hombres, exhibían públicamente su habilidad para resistir vivos largos períodos de ayuno como describe magistralmente Franz Kafka en el tercero de la serie de cuatro cuentos, publicada en 1924, “Un ayunador profesional” quizás como sólo un iniciado, un anoréxico, puede hacerlo.

Porque - contestó el artista del hambre levantando un poco la cabeza y hablando al oído del inspector para que no se perdieran sus palabras, con los labios alargados como si fuera a dar un beso - nunca encontré comida que me gustara. Si la hubiera encontrado, habría comido hasta la saciedad, como todo el mundo.

Franz Kafka “Un ayunador profesional” (Sämtliche Erzählungen) (1924)

Anorexia

La primera descripción clínica sistemática se atribuye a **Richard Morton**, que en 1689 la llamó “consunción nervosa, atrofia nervosa o ptisis nervosa” coincidiendo básicamente con la anorexia nerviosa actual. Esta descripción trata de un muchacho de 16 años, hijo del reverendo Steele, cuya etiología atribuye a estudiar demasiado y otra paciente de 18 años, la hija de Mr. Duke, con amenorrea, disminución del apetito y trastornos psicológicos.

La anorexia nerviosa es la primera enfermedad descrita desde el punto de vista psicossomático (que afecta a la mente y al cuerpo).

El internista inglés **Sir William Withey Gull** le da el nombre de “apepsia histérica” en 1868, aunque en 1874 acuña la expresión “anorexia nerviosa”.

Casi simultáneamente el neurólogo francés **Ernest Charles Lasègue** del Hospital La Pitié de París describe magistralmente “una variedad de histerismo de forma gástrica” que rotula como “anorexie hystérique” o “anorexia histérica”. Ambos creían que se trataba de una enfermedad psicógena (de origen psicológico).

Todavía a finales del siglo pasado se creía que era una enfermedad del ánimo, una melancolía según Freud.

Simmonds en 1914, patólogo alemán, indicó como causa orgánica la enfermedad de la hipófisis (glándula endocrina alojada en el cerebro) que lleva su nombre.

Sheehan refutó esta hipótesis y fue en 1947 junto con **Summers** cuando afirmaron que el Síndrome de Simmonds y la anorexia sólo compartían dos síntomas: la amenorrea y un metabolismo alterado.

Hilde Bruch describió de forma insistente la dinámica psíquica e indicó la existencia de un trastorno en el esquema corporal.

Leibbrand en 1939 fue uno de los primeros en considerar como causa fundamental los problemas del desarrollo, el miedo a pasar a ser adulto, refugio en una infancia imaginaria y empleo del ayuno como intento de detener el curso inquietante del desarrollo, como expone en su ensayo “El bastón divino de Esculapio”.

El caso de Ellen West referido por Binswanger, en 1945 es uno de los casos de la psiquiatría descrito con más detalle y que muestra las dificultades de su clasificación con toda claridad.

“Una anoréxica purgativa, con evolución a la bulimia y síntomas de gran aparatosidad que terminó suicidándose con una dosis letal de veneno, fue diagnosticada como histeria por un primer analista, simple melancolía por Kraepelin, esquizofrenia simple por Bleuler y Binswanger, una constitución psicopática de desarrollo progresivo por otro psiquiatra y algo endógeno endocrino parecido a la psicosis endógena por Zutt”.

Tras la segunda Guerra Mundial se inicia el abordaje actual de los trastornos del comportamiento alimentario con figuras tan destacadas, cada una con su propia orientación como **Hilde Bruch, Arthur Crisp, Gerard Russell, Mara Selvini Palazzoli, Salvador Minuchin, Paul E. Garfinkel y David M. Garner o Walter Vandereycken.**



Bulimia

La bulimia no se define oficialmente hasta los años setenta. Pero no es un trastorno nuevo, pese a las creencias populares, siendo usada por vez primera por **Trevisa** en 1398.

- En 1743 **James** describe un conjunto de síntomas que define como “boulimus” y “caninus appetitus”; se trataba de ataques repetidos de apetito insaciable con exagerada ingesta de alimentos y crisis lipotímicas tras el atracón.
- En 1831 **Hooper**, distingue tres tipos de bulimia: puro exceso alimentario, atracón seguido del vómito, y crisis alimentaria asociada con fenómenos de pérdida de conciencia.
- En el **S. XIX** existen escritos describiendo “epidemias” de comidas copiosas y vómitos histéricos en las escuelas para pensionistas femeninas.
- En la **década de los treinta** se encuentran los primeros casos que se aproximan a los modernos criterios diagnósticos de bulimia nerviosa, principalmente en fuentes germanas y siendo más frecuentes tras la Segunda Guerra Mundial.
- En la **década de los setenta** aparecen descripciones frecuentes de trastornos caracterizados por episodios incontrolados de atracones o hiperfagia.
- Y finalmente en 1979 el profesor **Gerard Russell** publica su artículo ya clásico “Bulimia nerviosa: An ominous variant of anorexia nervosa” y la bulimia es reconocida como una entidad clínica con ese nombre universalmente aceptado.

Trastorno por Atracones

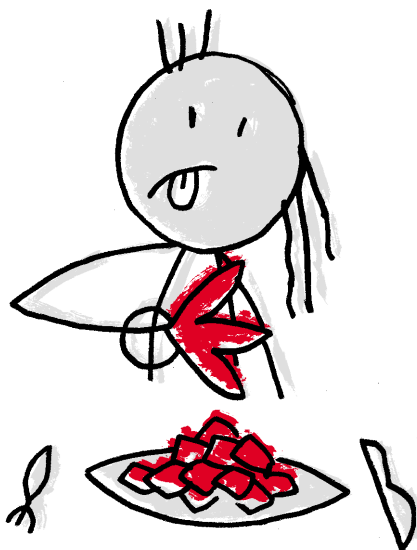
El término “binge eating” (atracón) es de reciente origen y su emergencia del antiguo diagnóstico de bulimia es otra historia fascinante.

Albert Stunkard de la Universidad de Pensylvania describió el caso de Hyman Cohen de 37 años y su “binge eating syndrome” en 1959 y amplió su descripción en 1976.

Los estudios comunitarios sobre la bulimia nerviosa mostraban que la mayoría de personas que comían compulsivamente no padecían ese trastorno.

Estos hallazgos llevaron al grupo de **Robert Spitzer** de la Universidad de Columbia a proponer como nuevo trastorno alimentario el síndrome de sobreingesta compulsiva, reemplazado después por el término más sencillo de trastorno por ingesta compulsiva.





4 / Datos de interés (Epidemiología)

Los trastornos de la alimentación eran antiguamente una rareza. Hoy en día, tienen una enorme importancia en los países industrializados y su frecuencia parece estar aumentando en los países en vías de desarrollo, constituyendo un auténtico problema social.

La anorexia ha pasado de ser una oscura enfermedad psiquiátrica a ocupar un lugar en los titulares, prensa y revistas.

Hay que diferenciar también lo que se llama comportamiento anorexígeno de la anorexia propiamente dicha. En el primer caso son niñas que comen poco durante un cierto periodo de tiempo, adelgazan algo, pero al cabo de unos meses se les pasa y recuperan el patrón normal de alimentación. En ellas hay que mantener una vigilancia discreta sin agobiarlas.

El miedo a aumentar de peso, la imagen corporal propia agrandada y como resultado el sometimiento a una dieta severa, constituyen los síntomas de una especie de anorexia mental suave que afecta a nuestra población juvenil, sobre todo la femenina, constituyendo un problema sanitario de importancia creciente que atañe a una población cada vez más numerosa y diversa.

Los trastornos de la conducta alimentaria (a partir de ahora TCA) afectan a un gran número de personas, de las que un 90-95% son mujeres.

Su prevalencia parece estar aumentando y puede oscilar entre el 1 y 4% de las adolescentes y mujeres jóvenes con predominio de las estudiantes de raza blanca y de clase social media y alta.

La bulimia nerviosa es más común que la anorexia nerviosa.

- En el mundo occidental las alteraciones del comportamiento alimentario constituyen la tercera causa de enfermedad crónica en niños y adolescentes.
- La prevalencia media es de 1/100.000 en población general y de 1 por 200 en adolescentes de raza blanca occidentales.
- Hasta la década de los setenta era un trastorno poco frecuente. En los últimos treinta años la incidencia parece haber aumentado tanto en los Estados Unidos de América como en la Europa Occidental.
- Sólo un 3 al 10% de los/as pacientes con anorexia son varones (en la bulimia del 2 al 20%).

El cuadro clínico clásico de la anorexia nerviosa es el de una adolescente entre 12 y 20 años que presenta la triada sintomática de adelgazamiento, anorexia y amenorrea.

- Las edades más afectadas están entre 12 y 25 años en los estudios mejor documentados siendo los momentos de mayor riesgo de los 14 a los 18 años dentro de este rango de edades. El inicio coincide con la adolescencia en un 80% de los casos.

Perfil sociodemográfico

Como conclusión podemos decir que la población con riesgo de padecer anorexia nerviosa son adolescentes del sexo femenino y pertenecientes a clases altas, medias superiores de ambientes urbanos, de países industrializados, desarrollados occidentales.

La bulimia nerviosa es más frecuente en las clases medias.

En los países europeos se aceptaría una prevalencia cercana al 1% para la anorexia nerviosa y del 2-3% para la bulimia nerviosa, ambas en mujeres jóvenes.

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

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

La **OMS** en un estudio mediante encuestas a estudiantes de 72 países muestra que la proporción de mujeres jóvenes que están a dieta para perder peso o creen que deberían hacerla; es más elevada que la de los/as jóvenes y aumenta significativamente con la edad.

Están preocupadas por su peso...

- A los 11 años 22-44% de las niñas
- A los 13 años 30-40% de las niñas
- A los 15 años 37-61% de las niñas

La situación en España

En nuestro país se han realizado diversos estudios epidemiológicos comunitarios con adolescentes de los/as cuales vamos a destacar los realizados estos últimos años:

Morandé y cols en 1985, 86 y 87 en población escolar adolescente de Madrid encuentran cifras de un 11,6% de mujeres y un 1,2% de varones pertenecientes al grupo de riesgo.

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

Si se suman cuadros completos y parciales un **4,69%** de las chicas y un **0,9%** de los chicos padecen trastornos alimentarios.



Entre los/as estudiantes de Madrid el 49% de las mujeres y el 7% de los varones estarían preocupados por adelgazar.

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

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



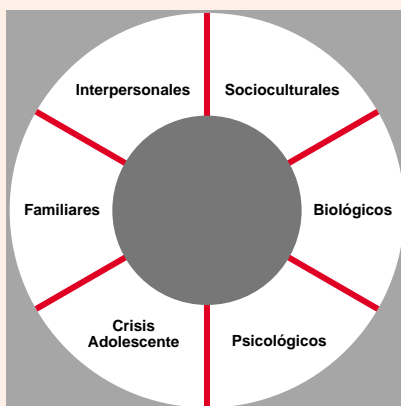
5 / Causas

En la actualidad, la causa de los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) es claramente biopsicosocial, ya que intervienen, tanto los factores biológicos como los psicológicos y sociales.

A su vez parecen ser multicausales ya que dentro de ellos destacaríamos factores individuales biológicos, psicodinámicos, psicológicos, interpersonales, medioambientales, familiares, sociales y culturales implicados en su etiología.

Los factores socioculturales tienen tanta importancia en ellos que la anorexia nerviosa se puede considerar un trastorno asociado a la cultura.

Factores Etiológicos de los TCA



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

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

En los países industrializados modernos el ser delgado se asocia con la belleza, la salud y la riqueza. No es de extrañar que una mayoría de chicas adolescentes quieran ser más delgadas. Nunca en la historia la coacción publicitaria y social fue tan avasalladora. Y el mensaje que les llega a las adolescentes es que sólo siendo delgadas serán atractivas, espirituales y competitivas con las demás.

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

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

Durante siglos las chinas ricas vendaban los pies de sus hijas para que cumplieran una norma de belleza, culturalmente definida, del mismo modo, la sociedad



norteamericana, y por extensión la occidental, impone una norma concreta de apariencia delgada, no mediante la coerción física, sino a través de la socialización.

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

Los medios de comunicación nos recuerdan que una persona atractiva debe parecerse a una determinada imagen idealizada. **Las revistas femeninas o para adolescentes muestran una intensa presión publicitaria en favor del adelgazamiento.** Fomentan la pérdida de peso para buscar el atractivo físico, con una motivación estética. Exhiben modelos femeninos más lineales, con menos curvas.

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

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

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

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

Lucía Etxebarría "Beatriz y los cuerpos celestes" (1998)

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

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

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

Almudena Grandes "Malena, una vida hervida" (Relato parcialmente autobiográfico) 1990.

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

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

Lucía Etxebarría "Amor, curiosidad, prozac y dudas" (1997)

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

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

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

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

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

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

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

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



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

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

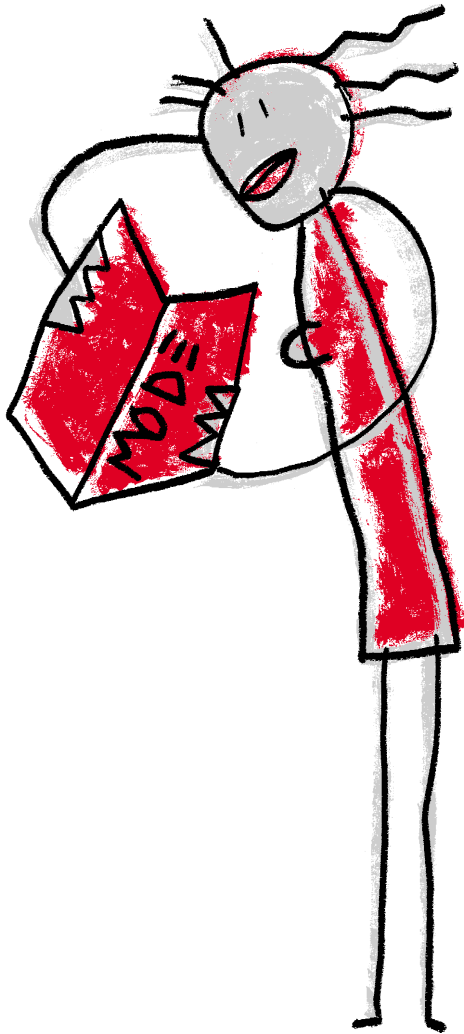
Es preciso su combinación o interacción. Se sitúan en una encrucijada entre la psicología individual, las interacciones familiares, el cuerpo en su aspecto más biológico y la sociedad en general.

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

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

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

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



6 / Consecuencias y Evolución

Los cambios físicos y las consecuencias orgánicas más comunes con la pérdida de peso y la malnutrición en la anorexia son:

- Alteraciones hormonales.
- Pérdida del deseo, potencia sexuales.
- Amenorrea.
- Osteoporosis.
- Estreñimiento.
- Alopecia o caída del cabello. Pelo quebradizo.
- Disminución de la masa muscular.
- Disminución de la reserva de grasa subcutánea.
- Piel seca, descamada.
- Hipercarotinemia: exceso de un pigmento, el caroteno, que da un tono anaranjado a la piel.
- Acrocianosis: las partes distales (o acras) tienen un tono amoratado, un color azulado, (dedos de manos y pies).
- Hirsutismo, Lanugo (vello corporal).
- Uñas quebradizas.
- Lento vaciado gástrico. Sensación de plenitud tras la comida.
- Hipotermia: temperatura corporal disminuida. Sensación de frialdad corporal.
- Bradicardia: ritmo cardíaco lento.
- Hipotensión.
- Anemia.
- Leucopenia. Bajan las defensas con mayor riesgo de infecciones.

Da un paso en falso y tropieza. La camiseta se le levanta mostrando su vientre y su pecho. No sólo tiene la piel tan tensa que se aprecia el contorno de las costillas, sino que todo su cuerpo está cubierto por una especie de suave plumón como el de los polluelos.

Jilian Medoff “Hunger Point” (1997)

Dentro de las **alteraciones psicológicas** de la anorexia podemos señalar:

- Alteraciones del sueño.
- Depresión.
- Ansiedad, nerviosismo, agobio, hiperactividad.
- Dificultad de concentración.
- Distorsiones cognitivas: pensamientos erróneos: pensamiento dicotómico de todo o nada, generalizaciones excesivas, magnificación de lo negativo.
- Distorsión de la imagen corporal (se ven gordas/os sin estarlo).
- Obsesividad, compulsiones, rituales con la comida (trocearla en exceso, jugar con ella, comer muy lento, cocinar para otros y no comer)
- Aislamiento social.
- Problemas familiares.

Odio este lugar. Lo único que quieren es engordarme y deshacerse de mí. Dios mío que harta estoy. Sería mucho más sencillo coger una cuchilla y cortarse las venas. -Se mira las manos y luego levanta la vista hacia mí-. Dicen que no duele lo más mínimo.

Jilian Medoff “Hunger Point” (1997)

Las **consecuencias orgánicas** de la bulimia son entre otras:

Por el vómito:

- Alteraciones dentales (caries, erosión del esmalte) y de las encías.
- Lesiones en la mano, erosiones en el dorso, por vómitos autoprovocados al meterse los dedos (signo de Russell).
- Hipertrofia de glándulas salivares parótidas.
- Desgarro esofágico, hernias o úlceras de esófago.
- Inflamación de la garganta.
- Pérdida de electrolitos, Hipokaliemia o Hipopotasemia: con calambres, alteraciones cardíacas.
- Mareos, convulsiones.

Por abuso de laxantes:

- Dolores abdominales, cólicos.
- Intestino perezoso, estreñimiento.
- Mala absorción de grasas, proteínas, calcio.

Por abuso de diuréticos:

- Hipopotasemia.
- Disminución de los reflejos.
- Deshidratación.
- Sed.

Dentro de las **alteraciones psicológicas** de la bulimia podemos señalar:

- Baja autoestima.
- Oscilaciones del humor y estado de ánimo.
- Depresión.
- Ideación autolítica.
- Falta de control de impulsos, impulsividad: promiscuidad, consumo de alcohol, otras adicciones, ludopatía.
- Trastorno de la personalidad: tipo límite o borderline.
- Problemas emocionales.

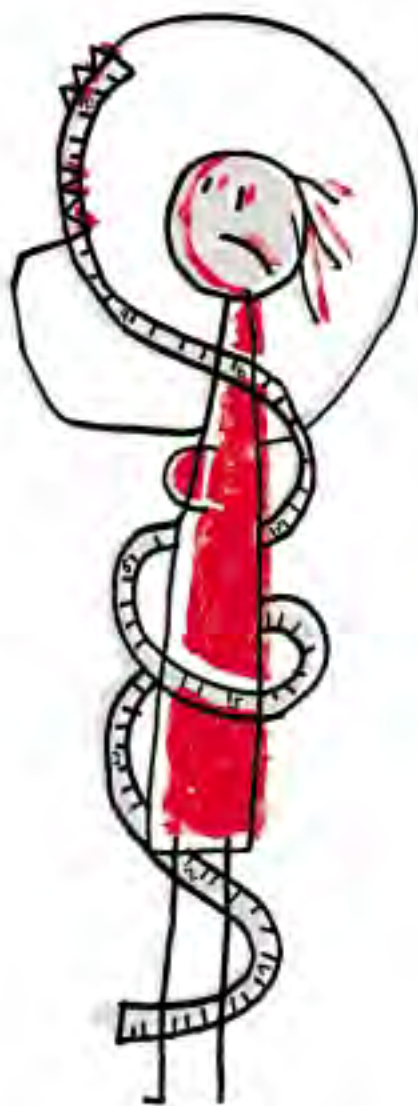
Evolución:

En los estudios longitudinales de seguimiento de la anorexia nerviosa:

- Se curan completamente de 40-60% de los/as pacientes
- Con una evolución intermedia quedan el 20-25
- Con una evolución pobre o crónica el 20%.
- Fallecen un 5-10%.

En nuestro país, **Carmina Plá en 1995** encuentra un 85% de buena evolución.

Aunque el peso y la menstruación se normalicen las ex-anoréxicas pueden presentar psicopatología propia de la enfermedad, así como comorbilidad psiquiátrica (tener otras enfermedades a la vez), alteraciones de la personalidad y problemas de adaptación.



7 / Estado de los conocimientos sobre prevención

Las actividades preventivas sólo son efectivas si se conoce la causa y el aplicar el término multifactorial (sinónimo de desconocido) a la etiología de las enfermedades como ocurre en los TCA ha dado lugar a engaños, esperanzas irreales. Además las actividades preventivas tienen mayor probabilidad de ser eficaces cuando no dependen de la modificación de la conducta de los individuos.

Hay que tener muy en cuenta el peso del contexto sociocultural en los trastornos alimentarios y además que es posible actuar sobre él.

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

Esto podría suponer, entre otras cosas, una información adecuada a los/as jóvenes sobre nutrición y cambios corporales, educar ciertas ideas y actitudes relativas al cuerpo y la alimentación para su prevención primaria.

Una de las condiciones más decisivas de un programa de intervención reside en aportar información sobre las causas y consecuencias de la anorexia y bulimia con hechos documentados acerca de la alimentación y el peso, cuestionando el papel de los medios de comunicación al fomentar una relación falsa entre delgadez y éxito o felicidad y los peligros de la presión social.

Las actividades que realzan la propia imagen también podrían servir como medida preventiva, ya que el innegable papel de la cultura de la delgadez, impuesto por la moda, parece legitimar este tipo de prevención.

Conviene evitar el mito de considerar la anorexia nerviosa como una enfermedad de moda, lo que podría hacerla atractiva a algunas adolescentes. Los fenómenos de imitación son frecuentes en éstas edades. Las adolescentes buscan sus modelos de comportamiento en las otras chicas, primero las más cercanas, luego en las que aparecen en las series de televisión, los anuncios, en las famosas. Por eso puede resultar peligroso y nocivo dar publicidad sensacionalista sobre estos trastornos pues puede actuar como un verdadero semillero de nuevos casos.

El dar la información pertinente sobre estas enfermedades en lugar de significar una advertencia para el cuidado y la detección temprana puede acabar siendo un modo de aprender cómo hacer para finalmente terminar padeciéndolas. Es el riesgo de dar sólo información sin modificar actitudes, sin emplear técnicas de implicación. No basta con impartir contenidos de conocimientos. Es precisa una metodología activa que responda a contenidos de procedimientos y actitudinales.

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

La dificultad para introducir cambios en la influencia del contexto sociocultural no supone que no haya que luchar por ello, defendiendo otros valores que contribuyan realmente al desarrollo de la personalidad de los/as jóvenes.

La prevención primaria es la ideal pero requiere un conocimiento de los procesos implicados en el desarrollo de los trastornos que en la anorexia y bulimia es incompleto.

La meta de los programas educativos propuestos hasta la fecha ha sido modificar las conductas precursoras de los trastornos alimentarios (reducir la prevalencia de dietas, control de peso, uso de lavativas, laxantes y vómito autoinducido) en el grupo etario más vulnerable, generalmente en escolares, estudiantes. Los resultados de estos programas han sido decepcionantes, sin cambios en las conductas, pero sí en los conocimientos.

Posibles intervenciones

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

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

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

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

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

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

Un programa de prevención primaria completo ha de abordar:

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

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

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

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

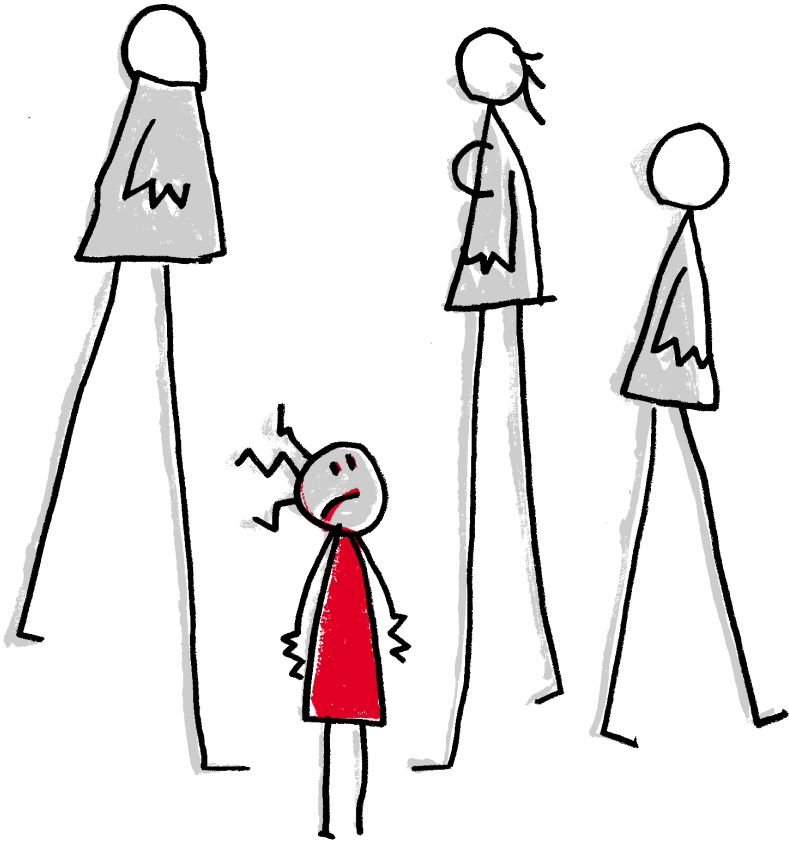
Es importante identificar a las personas con alto riesgo de desarrollar un trastorno alimentario, para poder incidir en las etapas tempranas de la enfermedad y hacer una intervención temprana.

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

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

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

Desde el grupo Zarima-Prevención hemos aplicado el programa expuesto en esta Guía en diez colegios de Zaragoza en 1º de ESO. En el seguimiento en 2º de ESO hemos constatado una modificación favorable de los conocimientos y actitudes con disminución de la población con riesgo para TCA en el grupo de intervención y no en el control. Estos resultados refuerzan la idea de que es posible prevenir los TCA.



DINÁMICAS

Prevención

de los trastornos de
la conducta alimentaria

Sumario

PAG 59	¿Cómo empezar a trabajar?
PAG 63	Sesión 1 / Alimentación - Nutrición
PAG 69	Sesión 2 / Imagen corporal - Sexualidad - Crítica del modelo estético
PAG 77	Sesión 3 / Autoconcepto - Autoestima
PAG 83	Sesión 4 / Asertividad - Habilidades sociales
PAG 91	Sesión 5 / Medida Pos-programa y Evaluación
PAG 93	Sesión 6 / Trabajo con la familia (optativa)

¿Cómo empezar a trabajar?

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

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

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

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

Este programa **no es un menú fijo con recetas inamovibles**. Hay que adaptarlo a la realidad de cada asociación, grupo de adolescentes o jóvenes.

Son pistas por donde trabajar. No se tiene que quedar en una intervención puntual sobre un tema específico sino englobarlo dentro de un proceso educativo transversal.

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

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

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

Metodología

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

- Se realizan **técnicas de implicación** (con concienciación e implicación emotiva): juego de roles, dramatización, animación teatral, expresión artística mediante el dibujo.
- Es importante explicar en todo momento a los participantes, para que sirven las actividades que se van a realizar.
- El último día se realizan las medidas antropométricas: peso y talla, con cálculo del Índice de Masa Corporal (IMC) o Quetelet y se vuelven a pasar los cuestionarios autoadministrados (postests o medida postratamiento).



SESIONES	CONTENIDOS	ACTIVIDADES
SESIÓN 1	Alimentación Nutrición	Encuesta dietética en pequeño grupo Charla Discusión
SESIÓN 2	Imagen corporal Sexualidad Crítica del modelo estético	Dibujo figura humana “ ideal” Juego de roles “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

Evaluación: con métodos cuantitativos y cualitativos.

Evaluación del impacto y de resultados: con métodos cuantitativos: medición pretest y postest de conocimientos y actitudes mediante cuestionarios autoaplicados antes y después del taller, es decir, en la primera y quinta sesión.

• **Cuestionario de nutrición:** test de conocimientos nutricionales con una única respuesta válida de cinco posibles. Puntúa sobre 10 en total.

• **Escala Eating Attitudes Test (EAT-26):** importante para la detección de posibles casos, adolescentes con Trastorno de la Conducta Alimentaria.

Una puntuación por encima del punto de corte de veinte (20) supone la necesidad de una mayor investigación (exploración por su médico de atención primaria, una entrevista por un clínico experimentado) y el/la adolescente se considerará como población con riesgo, lo cual no quiere decir que tenga o vaya tener el trastorno.

La puntuación total del EAT-26 es la suma de los veintiséis ítems. Puntúan 3, 2, 1, 0, 0, 0 en la dirección positiva asignando el tres a las respuestas que más se aproximan a una dirección sintomática (“siempre”=3). Únicamente el ítem 25 se puntúa, de una manera opuesta puntuando 0, 0, 0, 1, 2, 3 (“nunca”=3).

• **Escala de Satisfacción Corporal:** 8 ítems con cuatro posibles respuestas de “muy de acuerdo” a “muy en desacuerdo”. Puntúan 4 (“muy de acuerdo”), 3, 2, 1 (“muy en desacuerdo”), los ítems 6, 7 y 8. Los ítems 1, 2, 3, 4 y 5 puntúan de manera opuesta 1, 2, 3, 4 (“muy en desacuerdo”).

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

Se busca que la evaluación sea útil, factible, ética y precisa.

Los diferentes cuestionarios se muestran en el apartado ANEXOS.

Alimentación-Nutrición

objetivos

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

dinámicas

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

DINÁMICAS

1. Cumplimentación de cuestionarios. (Duración: 20 minutos).

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 (pág. 103).

Entregarle también el **EAT-26** (pág. 105) 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** aplicados de forma colectiva.

Son anónimos pero para poder detectar posibles sujetos con riesgo llevan grapada una tarjeta para escribir nombre y apellidos y el número del cuestionario.

Cada cuestionario está numerado con el mismo número que la tarjeta.

Los/as chavales/as deben estar cómodamente sentados y a una distancia prudencial, evitando al máximo la comunicación entre ellos/as mientras rellenan los tests.

Cuestionarios a rellenar:

Cuestionario de Conocimientos de Nutrición, CN (Ruiz y cols, 1998) (pág. 106): de 10 ítems para medir conocimientos de nutrición : número de comidas al día, principios inmediatos que hay que comer más, tipo de alimentos que hay que comer menos o evitar, dónde están los hidratos de carbono, raciones semanales de pescado, huevo, composición de un desayuno adecuado, consumo de lácteos, frutas y verduras, agua y pan. Las respuestas correctas las tenéis en la página 107.

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

Escala de Satisfacción Corporal (SCP) de 8 ítems (Gismero, 1996) (pág. 108).

2. Encuesta dietética en pequeño grupo. (Duración: 45 minutos).

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

Se entrega la **Encuesta sobre alimentación** al portavoz consensuado por cada grupo (pág. 109, 110 y 111) para que tome nota de las respuestas de sus compañeros/as a las preguntas: cuántas comidas haces al día, cuántas veces comes fuera de las comidas...

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

3. Charla sobre alimentación y nutrición (Duración: 15 minutos)

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

Se explica la pirámide alimentaria (pág. 112) para ver qué alimentos son los que más cantidad hay que comer y los que menos (en la base los alimentos ricos en hidratos de carbono, como el pan y cereales, y en el vértice las grasas, el alcohol, los dulces).

Se recuerda que hay que hacer cinco comidas al día, evitando los picoteos entre horas, las chucherías, las calorías vacías; que el desayuno es importante porque

aporta calorías cuando más las necesitamos para la actividad diaria (ajustar la ingesta a las necesidades energéticas); que el desayuno con el almuerzo es un 25% del volumen calórico total, la comida el 30%, la merienda el 15-20% y la cena el 25-30%; se explica el concepto de IMC o Quetelet = peso en kgr/talla en m² y que hay un rango de pesos normales amplio para cada edad, sexo y talla. Se recuerda que comer no es sólo satisfacer las necesidades nutritivas del organismo, es también un placer. (Ver pág. 113, 114, 115 y 116).

4. Falsos mitos (Duración: 10 minutos)

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

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

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

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

1 • Lo que más hay que comer son las vitaminas: las vitaminas, como los minerales, son sustancias nutrientes reguladoras. Hay que tomarlas de forma natu-

ral con los alimentos (hortalizas, verduras, frutas, frutos secos, cereales no refinados, huevo, lácteos no descremados, hígado, carnes) o en suplemento farmacológico pero se requiere poca cantidad de las mismas. Sus carencias dan enfermedades pero también su exceso puede ser perjudicial.

- 2 • Lo que más hay que comer son las proteínas:** las proteínas deben aportar sólo el 10-15% del volumen calórico total. Son los principios inmediatos que menos hay que comer. Luego los lípidos o grasa con un 30-35% y los hidratos de carbono los que más (un 50-55%).
- 3 • El pan engorda:** el contenido calórico de 100 gramos de pan blanco (el que se consume habitualmente en España) es de unas 250 Kilocalorías. El pan lleva en su composición un 33% de agua lo que le hace ser un alimento moderadamente calórico y además está muy bueno. Es un alimento del grupo de los cereales, una importante fuente de hidratos de carbono que son los principios inmediatos que más hay que comer (el 50-55% del volumen calórico total). Existe la creencia errónea que los hidratos de carbono engordan. Su valor calórico es de 4 kilocalorías por gramo, como el de las proteínas, mientras que el de las grasas es de 9 Kilocalorías por gramo. A igualdad de peso las grasas aportan más calorías.
- 4 • Hay alimentos que engordan o adelgazan:** todos los alimentos excepto el agua aportan calorías salvo que se queden en el plato. Hay que comer de todo de forma equilibrada y en las proporciones adecuadas. “Debemos comer de mucho, poco”.
- 5 • El agua en las comidas engorda:** es sólo una de las ideas erróneas que acerca de las dietas de adelgazamiento circulan en la actualidad. El agua no tiene

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

- 6 • **Las dietas para adelgazar no son peligrosas:** el hacer dieta es el predictor más importante para la aparición de nuevos trastornos alimentarios. Las dietas muy estrictas causan problemas de salud. Circulan muchas dietas absurdas, incompletas y desequilibradas que son un serio riesgo para la salud. Ponerse a régimen debe ser recomendado y controlado por un médico.

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

Imagen corporal - Sexualidad - Crítica del modelo estético

objetivos

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

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

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

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

Aumentar la aceptación de la propia imagen corporal.

dinámicas

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

SESIONES
DINÁMICAS

1. Dibujo de figura humana "ideal". (Duración: 20 minutos)

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

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

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

El/la monitor/a deberá intervenir y hacer reflexionar, sobre todo con los dibujos que muestren un modelo tubular (sin diferencia entre hombros, cadera y cintura), o andrógino (mujeres con hombros y caderas de varón) (ver pág. 117 y 118).

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

Posteriormente se les muestra las imágenes de los modelos corporales correctos (pág. 119 y 120) 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”. (Duración: 20 minutos)

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

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

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

Tarjeta 1. Pepe “el gordito”: le sobran kilos pero es un chico normal, simpático, que no saca malas notas y al que le gusta divertirse como al que más. Le propone a Juancho jugar en su equipo de fútbol pero este le rechaza. Le dice a Juanma que si van al cine pero este no quiere que le vean con un gordo que puede perder popularidad. Anita, la chica que le gusta, le dice que no cuando le propone quedar para salir a dar una vuelta por que no es su tipo. Javi su amigo le propone jugar al baloncesto y se van al cine juntos.

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

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

Tarjeta 4. Juanma, “el popular”: no quiere ir con Pepe “El gordito”. No quiere que le vean con un gordo 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. (Duración: 20 minutos)

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, así como diapositivas que están a vuestra disposición como material de préstamo en el Consejo de la Juventud de Aragón. Las 21 diapositivas van sobre esta temática:

- 1 • En nuestra cultura, en la sociedad actual nos imponen mujeres delgadas y hombres musculosos y delgados como modelo de cuerpos atractivos.
- 2 • Los chicos se llevan “cachas”, han de preocuparse por ser atléticos y eficaces.
- 3 • ¿Cuántos tienen un cuerpo como el de este modelo?. ¿Sólo los que lo tengan pueden estar a gusto consigo mismos?
- 4 • Las chicas se llevan tan delgadas que parecen enfermas o lo están.
- 5 • Piernas de alambre, cuerpos sin formas apenas.
- 6 • Como un tubo con brazos. ¿Cuántos somos así?.
- 7 • La publicidad nos impone cuerpos irreales de tan delgados. Sobre todo en el caso de las mujeres.
- 8 • Los/as “top models”, unos pocos con tallas pequeñas, entre millones de personas con tallas normales.
- 9 • ¿Quién de vosotras cabe en un vestido como este?.
- 10 • Las dietas sin control no son saludables y la mayoría de la gente no precisa hacerlas, esclavizarse por ellas.

- 11 • Los kilos de más, el sobrepeso, no son un problema de salud sino sólo de belleza, estética, de moda. Otro cantar es la obesidad.
- 12 • ¿Por qué hay que dar seguro importancia a la línea? ¿Si no tomamos este producto nos pondremos como los luchadores de sumo?
- 13 • Es el culto al cuerpo que se olvida de que somos bastante más.
- 14 • Revistas como éstas tienen una tirada mensual alta y van dirigidas de modo sexista a las mujeres. Fijémonos en sus mensajes: ¿lo importante de un medicamento es que cure o que engorde?.
- 15 • La chica de la portada dice que “necesito el deporte como el comer”. Si uno no come ¿Qué pasa?. Al final se muere si está el tiempo suficiente. ¿Y si uno no hace deporte?. Mirad sus brazos, cómo marca los huesos, su poco pecho. Y quiere ser un modelo de mujer.
- 16 • ¿Es preciso tener unas piernas tan largas para estar a gusto?.
- 17 • Las chicas tienen que tener un poco de tripa no tenerla plana como una tabla salvo que la estén metiendo todo el rato.
- 18 • ¿O tenemos estas medidas mágicas o no hay belleza?.
- 19 • No hay que estar esquelética para ser atractiva. Marilyn Monroe con la moda de hoy estaría gordita con muchas caderas, con curvas. Y sigue siendo un símbolo de atractivo sexual para muchos hombres.
- 20 • ¿Por qué tienen que tener complejos los/as gordos/as si hay muchos millones de gente obesa en el mundo tan válidos como cualquier otro?.
- 21 • Cualquier persona puede ser guapa con cualquier figura o tipo. Es sólo cuestión de modas y de épocas. Se trata de aceptarnos todos como somos.

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

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

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

Ejemplo:

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

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

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

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).

SESIONES
DINÁMICAS

1. Árbol de mi autoestima. (Duración: 30 minutos).

Se dividen en subgrupos, se entrega una hoja en blanco a cada participante y se les indica que la 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 pág. 121) (Fuente: modificado de Bonet, 1994) para que los participantes pongan su nombre encima y escriban los logros en los frutos y las cualidades en las raíces.

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

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

2. Dibujo de las tortugas. (Duración: 15 minutos).

El/la monitor/a explica la teoría de la autoestima con la ayuda del dibujo con las dos tortugas ampliado que se muestra en la pág.122 (Fuente: modificado de Bonet, 1994).

Se comienza preguntando a los participantes su punto de vista, qué les parece, qué representa... para posteriormente explicar y analizar el concepto de autoestima. **“La autoestima es una evaluación de uno mismo. Un cociente, relación o razón entre el éxito que alcanzamos en las actividades, actuaciones vitales y las expectativas que tenemos sobre ellas”.** **“Es una evaluación, una nota que**

nos ponemos a nosotros mismos. Expresa una actitud de aprobación o de rechazo”. Se escribe en la pizarra la fórmula de JAMES.

William JAMES

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

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

También se ve una tortuga mucho más grande con cara tristonca. 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 porque ser un caballo.

3. Anuncio publicitario. (Duración: 20 minutos).

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

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

Ejemplos:

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

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

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

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

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

4. Espejo mágico: (Duración: 20 minutos).

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

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

El adolescente se responde en voz alta con una cualidad física o espiritual : **“Lo que más me gusta de 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. (Duración: 20 minutos).

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

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

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

Asertividad - Habilidades sociales

objetivos

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

dinámicas

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

1. Rueda de escucha activa. Defensa de derechos. (Duración 30 minutos)

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

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

DINÁMICAS

Se representa como modelo por los monitores la primera situación.

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

Listado de opciones. (Tarjetas)

***Solicitar...**

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

- 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". (Duración 5 minutos).

En la Rueda de escucha activa de la dinámica anterior se hace un cumplido o elogio sincero, verdadero y en segunda persona, de alguna conducta, apariencia o pertenencia, cualidad física, aspecto estético, su peinado, su ropa que les guste

de la persona que tienen enfrente. Lo deben expresar en términos de sentimientos personales: Me gusta..., en vez de términos absolutos o hechos, eres...

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

3. Imagen de mi "yo". (Duración 25 minutos).

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

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

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

Lo que expresa	Mensaje verbal	Mensaje no verbal	Efectos
Sólo yo soy importante	Lo digo yo y punto	Tono de voz elevada	Conflictos en relaciones
Sólo yo lo merezco	Lo que tienes que hacer es	Gestos agresivos	Pierde ocasiones
Lo tuyo no cuenta	Insultos, amenaza Humillación	Discurso acelerado	Soledad

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

Lo que expresa	Mensaje verbal	Mensaje no verbal	Efectos
Yo no cuento	Lo que tú digas	Voz baja	Infravaloración
Puedes aprovecharte de mí	Te importaría si...	Risa nerviosa	Servilismo
Tú eres superior	No sé qué decirte	Mirada huidiza	Ni se respeta ni le respetan

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

Lo que expresa	Mensaje verbal	Mensaje no verbal	Efectos
Esto es lo que pienso	Cómo podemos resolverlo	Fluidez en el habla	Resuelve problemas
Esto es lo que siento	Este criterio parece correcto	Respeto espacio personal	Autosatisfacción
Así veo yo las cosas	Qué piensas de...	Armonía en los gestos	Buenas relaciones

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

Se lee en voz alta un ejemplo de asertividad:

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

Tú le contestas:

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

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

Se reparte la hoja con los monigotes (Fuente: Jiménez, 1991) (pág. 123). Para que los observen y digan con quién se identifican, con qué número y por qué”.

4. Juego de roles. (Duración 60 minutos)

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

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

Cinco situaciones:

- **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 el 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 de acuerdo, pero no puedes demostrar que lo que tú crees o piensas es correc-

to. 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 convenga 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**.

Medidas Pos-programa y Evaluación

objetivo

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

dinámicas

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

1. Cuestionarios. (Duración total: 30 minutos).

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

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

2. Peso y talla con cálculo de IMC. (Duración 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 un tallímetro portátil.
- **Pesar:** pesar descalzos, con la menor ropa posible, sin cinturones ni otros objetos pesados, con una báscula digital electrónica. (Ver pág. 124, 125, 126 y 127).

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

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

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

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

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

Trabajo con la familia (optativa)

dinámicas

- Charla informativa para padres y madres.
- Folleto informativo.
- Evaluación final.

Charla informativa para padres y madres:

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

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

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

Responden a las siguientes preguntas agrupadas en seis bloques:

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

- 2 •** ¿Conoces a tus hijos/as? ¿Sabes cómo piensan, sus ideas, sus sentimientos? ¿qué les gusta hacer en su tiempo libre? ¿quiénes son sus amigos/as? ¿Cómo podrías conocer mejor a tus hijos/as?.
- 3 •** ¿Piensas que tus hijos/as están felices en casa? ¿Se sienten queridos? ¿Se sienten respetados? ¿Qué puedes hacer para lograr que sientan tu afecto, se encuentren cómodos y apoyados en casa?.
- 4 •** ¿Te gustaría que tus hijos/as fueran perfectos? ¿Los/as alabas cuando hacen algo bien? ¿Si hacen algo mal qué les dices, haces? ¿Los/as criticas alguna vez por su físico? ¿Y a otras personas? ¿Qué valores quieres transmitirles?.
- 5 •** ¿Ves la TV 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 diapositivas o sin ellas.

Sobreprotección

- La sobreprotección, tan difícil de evitar en la relación con los padres, crea hijos/as a los/as que no ha costado esfuerzo personal resolver sus necesidades e incapaces de superar obstáculos.
- Los/as hijos/as sobreprotegidos se convierten en seres dependientes de otra persona que les asesore o haga el trabajo por ellos.

- Es preciso ir dándoles responsabilidades y trabajar para que alcancen una autonomía como individuos, necesaria en el proceso de crecimiento y maduración personal.

Comunicación

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

Afectividad

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

Caso Práctico / Respeto del territorio

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

Valores

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

Caso Práctico / Una cuestión de vocabulario:

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

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

Control de medios de comunicación

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

Alimentación

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

Se comenta posteriormente el decálogo de sugerencias para padres.

DECÁLOGO / Sugerencias para padres (Modificado de Peter Slade)

1. Animar a nuestro hijo/a a ser sociable y relacionarse con los demás.
2. Animar a la independencia y autonomía personal a nuestro hijo/a.
3. Recompensar o premiar los pequeños logros en el momento es mejor que enfatizar mayores metas en el futuro.
4. No insistir en una conducta perfecta todo el tiempo.
5. No fijar patrones o normas imposibles o difíciles para su hijo/a.
6. Mostrar a su hijo/a amor y afecto sin sobreprotegerlo ni controlarlo excesivamente.

7. No dar una excesiva importancia al peso, la talla o la figura corporal.
8. No dar una excesiva importancia a la comida o la alimentación.
9. Educar sexualmente a su hijo/a.
10. No castigar físicamente a su hijo/a.

2. Folleto informativo

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

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

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

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

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

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

3. Evaluación final (Salleras, 1985).

Es una dinámica a emplear por los monitores para autoevaluarse:

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

ANEXOS

Prevención

de los trastornos de
la conducta alimentaria

Sumario

PAG 103	1 / Material de trabajo
PAG 129	2 / Recursos
PAG 133	3 / Glosario
PAG 137	4 / Bibliografía

Cuestionario de evaluación para el observador externo

Centro:	Sesión:	Fecha:		
Nivel Organizativo:				
	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"/>
Nivel Pedagógico				
	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"/>
Monitores				
	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"/>
Asistentes				
	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
Adecuación objetivos y métodos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Relación 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"/>

(sigue)

(Continuación)

Listado de ausentes al taller y motivo de la ausencia:

Apellidos	Nombre	Motivo

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

Apellidos	Nombre	Tipo de TCA	Grado de sospecha

Valoración global del taller:

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

Observaciones y sugerencias:

	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, sintiendo 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 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 las otras personas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Procuo no comer alimentos 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 presionan 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, sentimientos y conductas. Algunas preguntas se refieren a la comida y la conducta de comer. Otras a lo que piensas y sientes sobre ti mismo/a. NO HAY RESPUESTAS ACERTADAS O EQUIVOCADAS. INTENTA SER MUY SINCERO/A EN LAS RESPUESTAS. LO QUE AQUÍ DIGAS ES TOTALMENTE CONFIDENCIAL. Lee cada pregunta y marca el **cuadrado** situado en la columna que mejor se adapte a tu caso. Responde cuidadosamente cada pregunta. Gracias.

NUTRICION

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

Cuestionario de conocimientos de nutrición (soluciones)

Centro: Curso:

Edad: Fecha de nacimiento:

Peso actual: Estatura:

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

NUTRICION

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

Escala de Satisfacción Corporal

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

Encuesta sobre alimentación

1.- ¿Cuántas comidas haces al día?

- Desayuno
- Almuerzo
- Comida
- Merienda
- Cena

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

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

3.- ¿Cuáles son tus alimentos favoritos?

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

4.- ¿Qué alimentos te gustan menos?

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

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

- Siempre
- Alguna vez
- Nunca

(sigue)

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

(Continuación)

10.- ¿Cómo son tus principales comidas?

Desayuno: _____

Almuerzo: _____

Comida: Dos platos y postre

Plato único y postre

Merienda: _____

Cena: Dos platos y postre

Plato único y postre

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

Agua Gaseosa

Vino Leche

Cerveza Zumos

Refrescos _____

12.- ¿Cuáles son tus chucherías favoritas?

1º _____

2º _____

3º _____

4º _____

5º _____

Pirámide Alimentaria

**Grasas, aceites, azúcar:
restringidos a un mínimo**

- Grasa (natural o añadida)
- Azúcar (añadido)



**Carne, volatería, pescado,
legumbres secas, huevos,
nueces y similares
(2 ó 3 porciones)**

- 60-90 g. carne magra volatería o pescado
- 1/2 taza judías secas
- 1 huevo, 2 cucharadas de mantequilla de cacahuete, cuentan como 30 g. de carne magra



**Leche, yogurt y queso
(2 ó 3 porciones)**

- 1 taza de leche o yogurt
- 50 g. de queso natural
- 60 g. de queso procesado

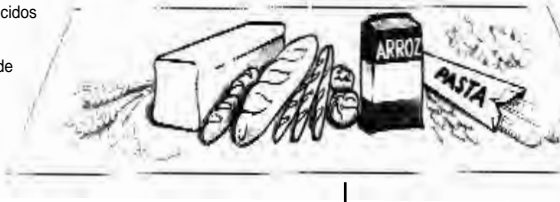
**Verduras
(3-5 porciones)**

- 1 taza de ensalada verde cruda
- 1/2 taza de otros vegetales cocidos o cortados
- 3/4 de taza de un jugo vegetal



**Fruta
(2 ó 3 porciones)**

- Manzana, plátano o naranja
- 1/2 taza de macedonia
- 3/4 taza zumo de fruta

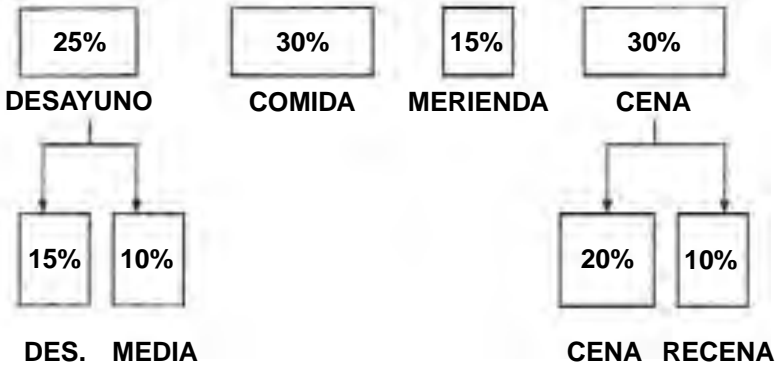


Granos, cereales, pan, arroz y pasta (6-11 porciones). En la pirámide una porción equivale:

- | | | |
|-----------------------------|--------------------------------|---------------------------|
| • 1/2 taza de arroz cocido | • 30 g. de cereales | • 2 magdalenas o 1 muttin |
| • 1/2 taza de pasta cocida | • 1 rebanada de pan | • 3-4 galletas |
| • 1/2 taza de cereal cocido | • 1/2 rebanada de pan de payés | |



PROPORCIÓN CALÓRICA Y REPARTO DE TOMAS



¿CUÁNTA ENERGÍA NECESITO?



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

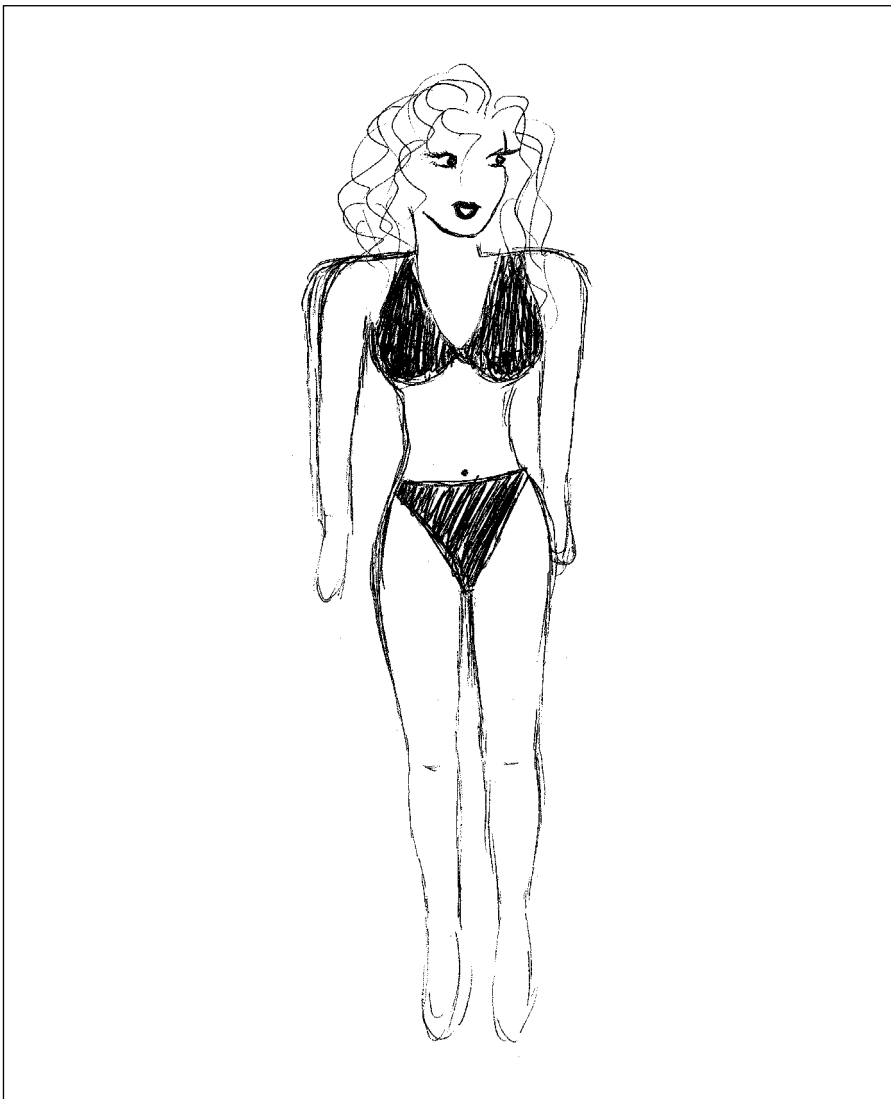
- Sexo
- Peso corporal
- Edad
- Clima
- Actividad física
- Deportes practicados

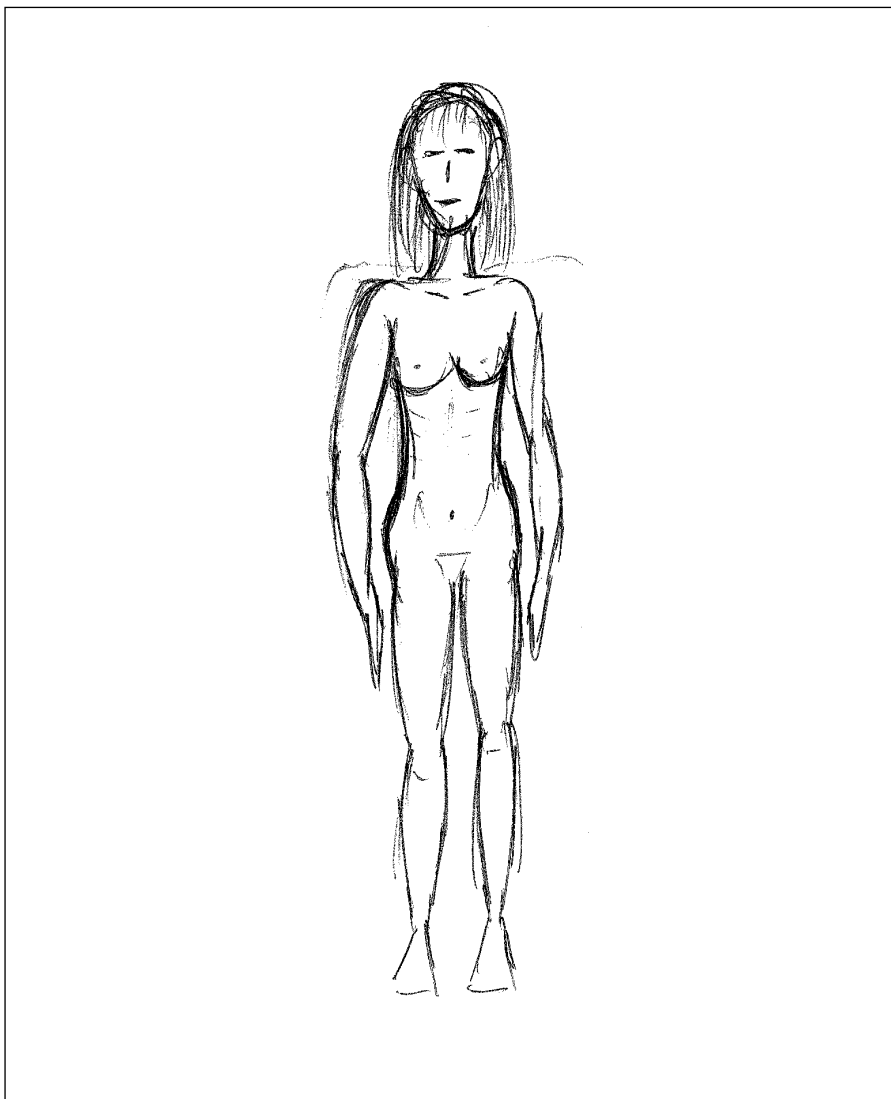
Dos individuos de la misma edad, sexo y talla, ejerciendo la misma actividad física, las necesidades energéticas pueden ser distintas.

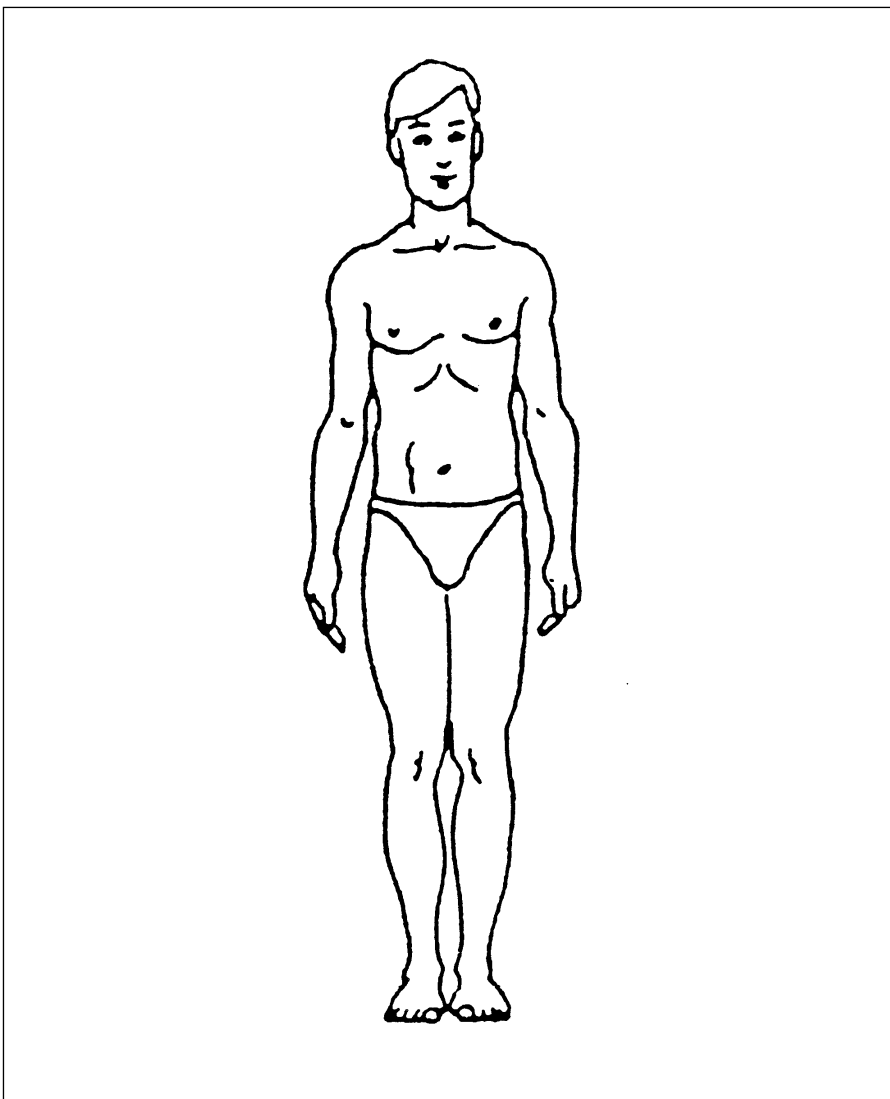
Índice de Masa Corporal

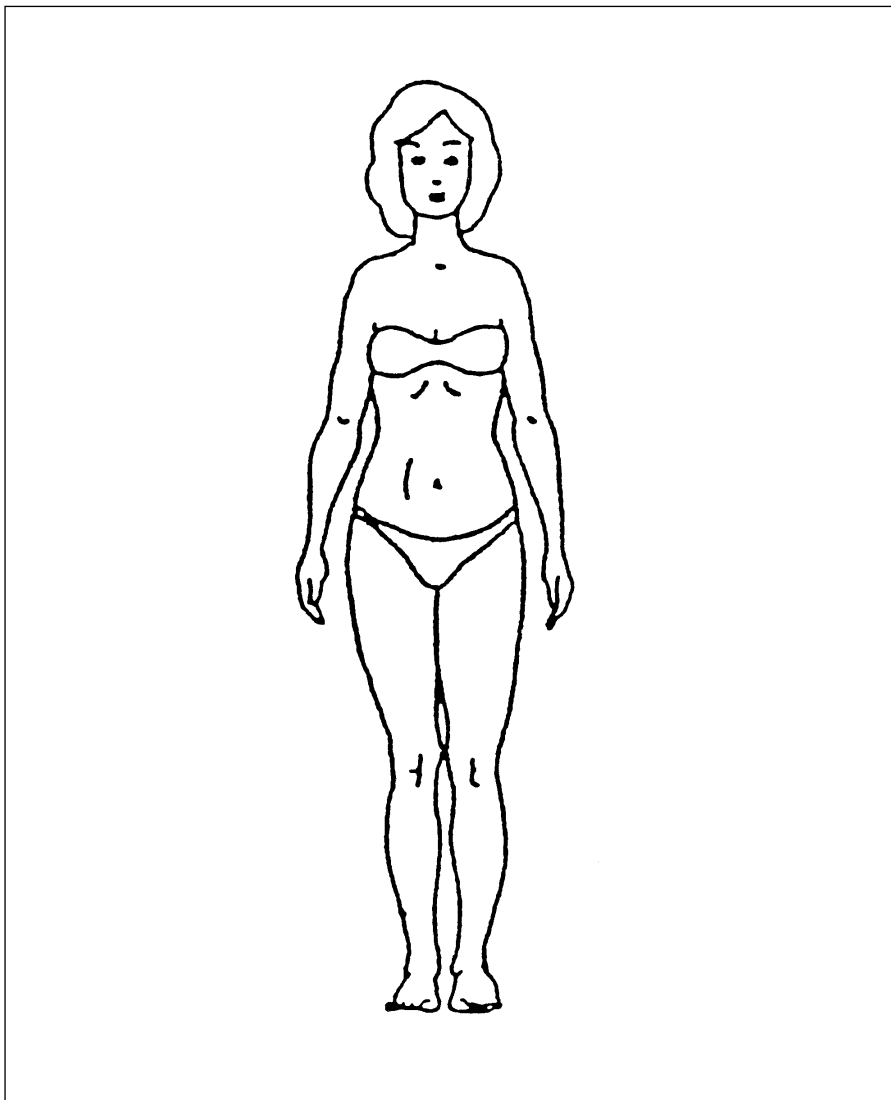
Siguiendo las recomendaciones de la OMS, talla y peso son las medidas antropométricas básicas más accesibles que nos permiten hacer una valoración adecuada y rápida del estado nutricional y obtener el Índice de Masa Corporal. Hoy día la valoración del estado nutricional más utilizada es este Índice de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

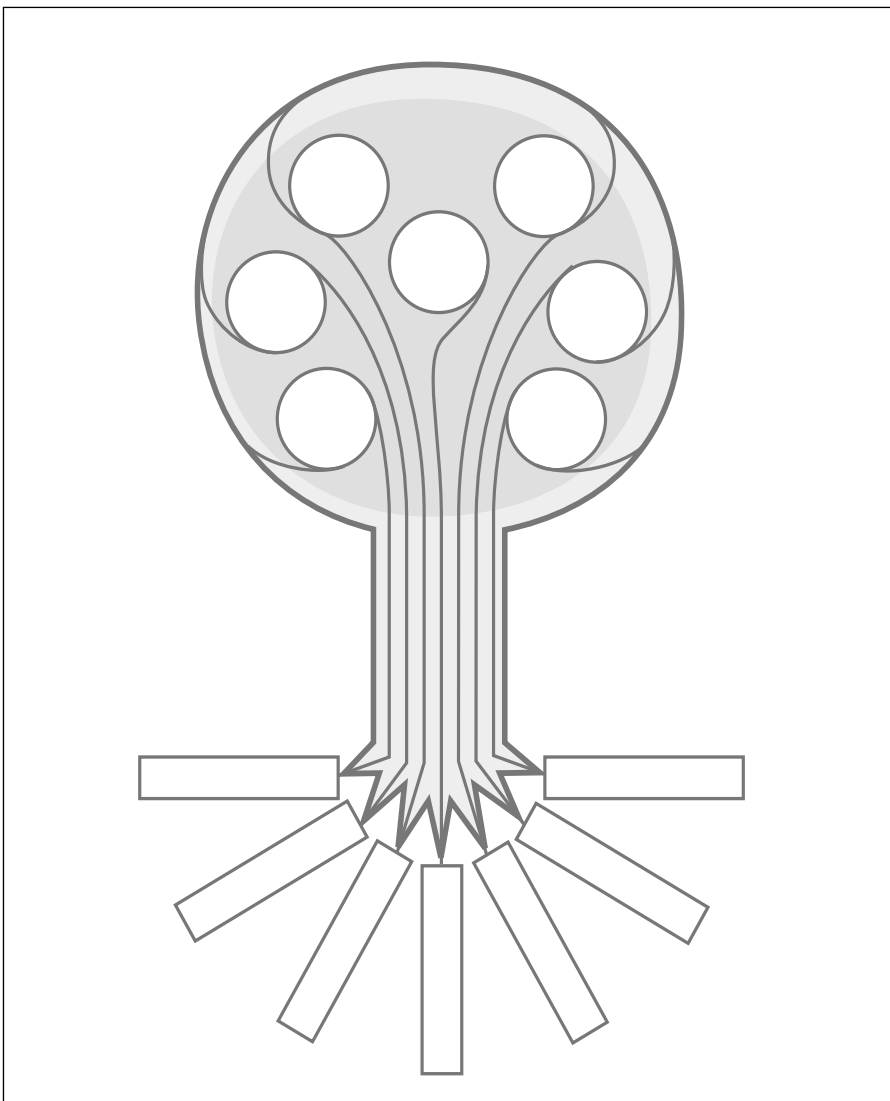








Árbol de mi Autoestima



Dibujo de las tortugas

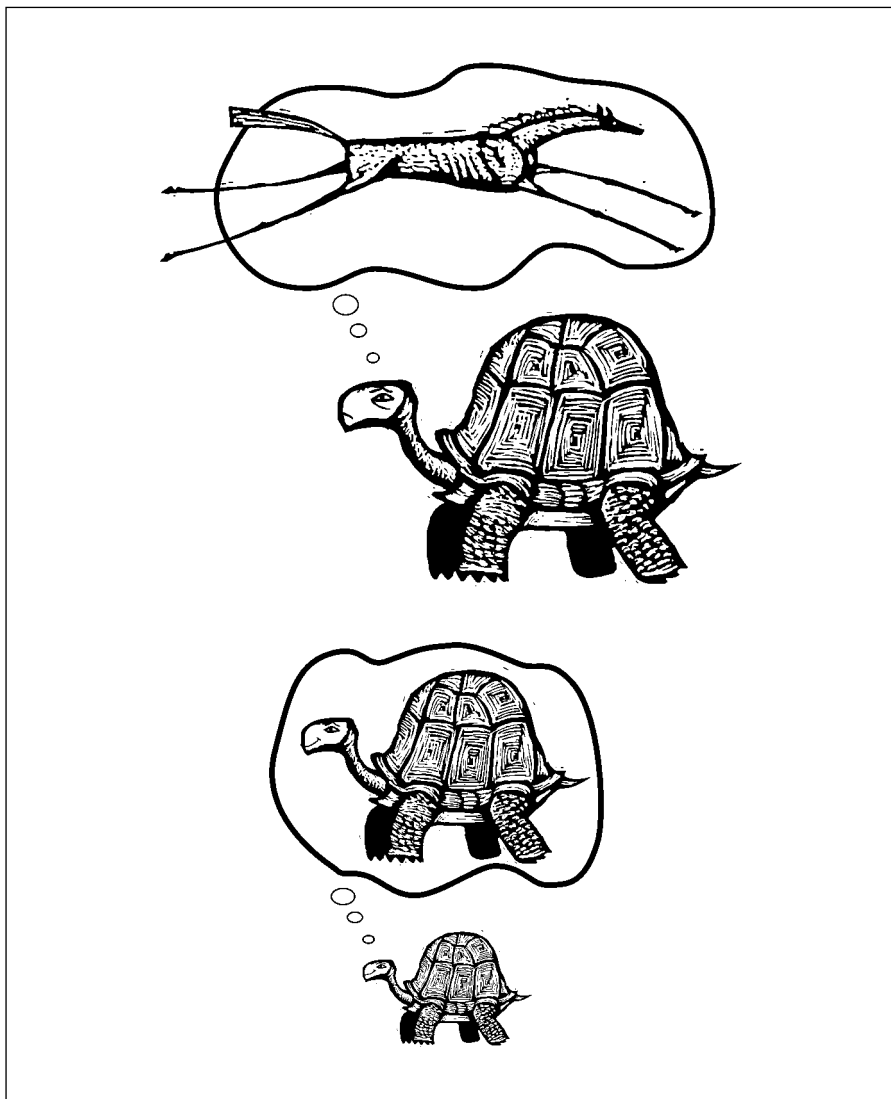
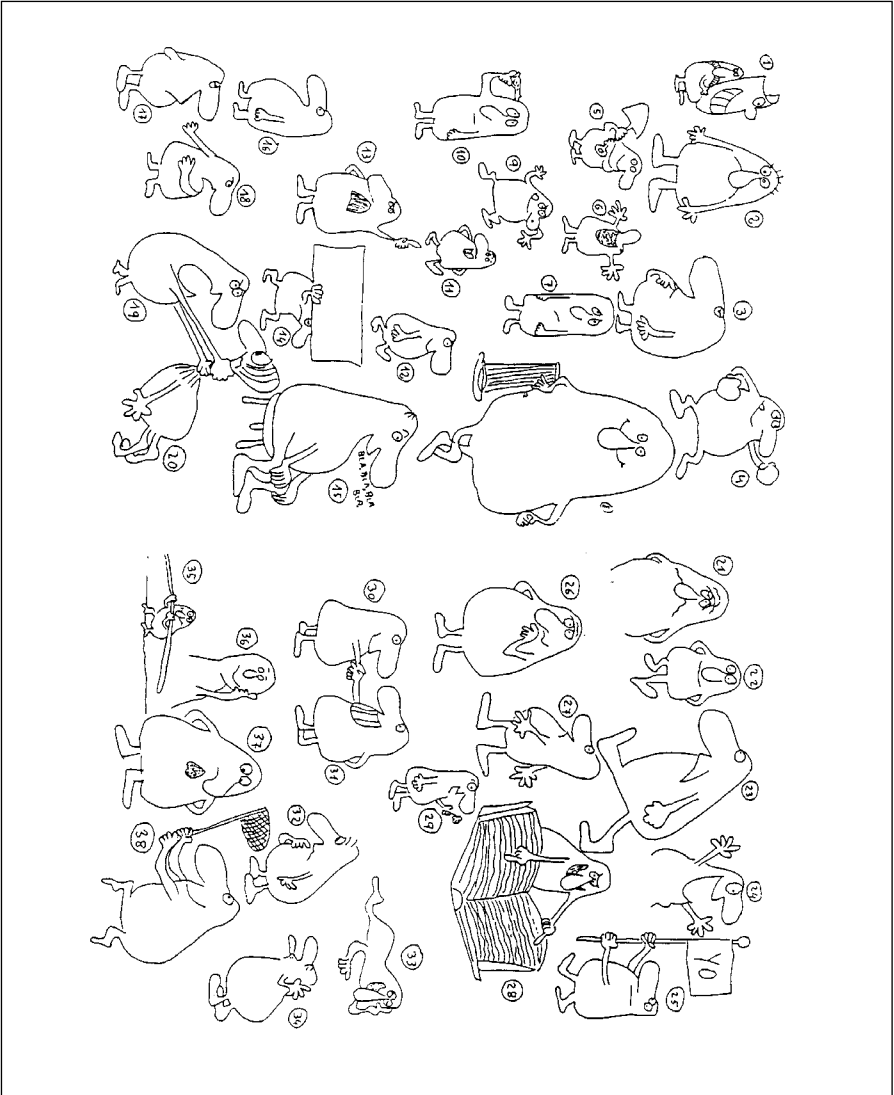


Imagen de mi "yo"



Curvas y tablas de crecimiento para niños (en percentiles)

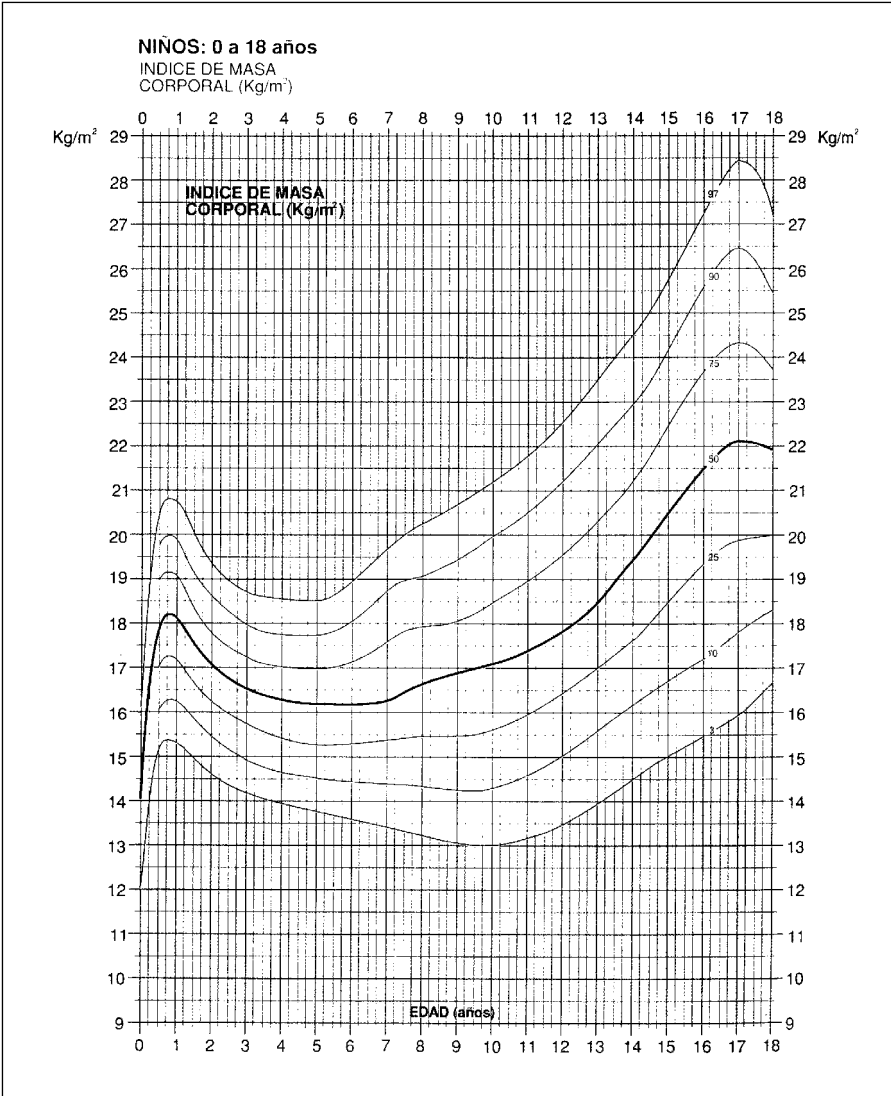
NIÑOS

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

* Hasta los dos años.

** A partir de los dos años.

Curvas y tablas de crecimiento para niños



Curvas y tablas de crecimiento para niñas (en percentiles)

NIÑAS

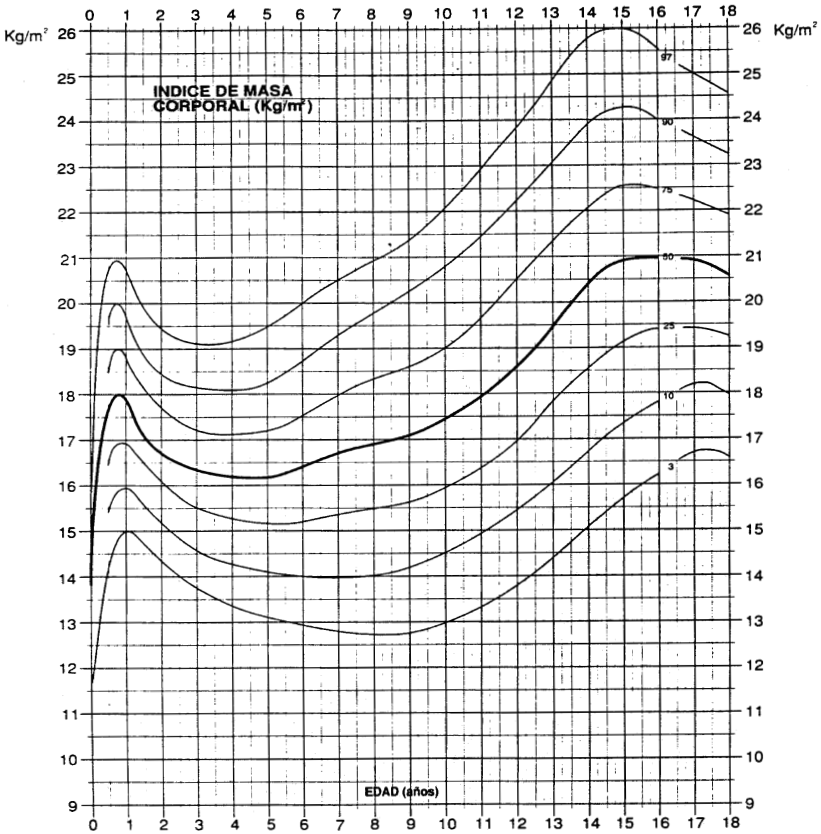
EDAD	Longitud* Altura** (cm.)				Peso kg.				Índice de masa corporal Peso / Talla ² (kg / m ²)				Perímetro craneal (cm.)			
	P3	P50	P97	DS	P3	P50	P97	DS	P3	P50	P97	DS	P3	P50	P97	DS
Nacimiento	45.93	49.18	52.44	1.73	2.63	3.32	4.19	0.41	11.69	13.78	15.68	1.12	31.94	34.11	36.28	1.15
3 meses	55.77	59.00	62.22	1.71	4.78	5.75	6.93	0.56	14.30	16.59	18.68	1.22	38.26	40.05	41.85	0.95
6 meses	61.63	65.24	68.84	1.91	6.04	7.43	9.13	0.81	14.81	17.52	20.23	1.44	40.78	42.81	44.84	1.08
9 meses	65.37	69.37	73.36	2.12	6.84	8.59	10.80	1.05	14.96	17.95	20.94	1.59	42.46	44.66	46.86	1.16
1 año	68.93	73.39	77.85	2.37	7.89	9.56	11.88	1.11	15.02	17.82	20.61	1.49	43.74	45.98	48.21	1.19
1.5 años	75.02	79.87	84.73	2.58	8.75	10.90	13.99	1.26	14.49	17.76	19.83	1.42	45.06	47.32	49.58	1.20
2 años	80.11	85.39	90.68	2.81	9.74	12.12	15.10	1.39	14.15	16.69	19.24	1.36	45.97	48.25	50.53	1.21
2.5 años	84.14	89.77	95.39	2.99	10.56	13.29	16.71	1.64	13.92	16.54	19.16	1.39	46.65	48.95	51.25	1.22
3 años	87.97	94.11	100.25	3.26	11.35	14.48	18.46	1.91	13.69	16.42	19.15	1.45	47.14	49.44	51.74	1.22
3.5 años	91.17	97.84	104.51	3.54	11.93	15.53	20.22	2.24	13.42	16.29	19.16	1.53	47.32	49.63	51.93	1.22
4 años	94.33	101.54	108.75	3.83	12.82	16.71	21.78	2.46	13.44	16.29	19.14	1.52	47.41	50.01	52.27	1.29
4.5 años	97.72	105.02	112.32	3.98	13.64	17.72	23.03	2.51	13.31	16.23	19.14	1.55	47.50	50.10	52.45	1.28
5 años	99.34	107.59	115.83	4.39	14.01	18.42	24.18	2.87	13.19	16.23	19.28	1.62	47.68	50.16	52.65	1.32
5.5 años	102.81	111.01	119.21	4.35	14.94	19.66	25.89	3.00	13.10	16.37	19.63	1.74	47.91	50.35	52.80	1.29
6 años	105.60	114.00	122.41	4.47	15.27	20.69	28.02	3.58	13.01	16.50	19.99	1.86	47.95	50.52	53.08	1.36
6.5 años	107.97	117.13	126.30	4.87	16.30	21.99	29.66	3.85	12.63	16.61	20.58	2.11	48.22	50.84	53.16	1.23
7 años	110.80	120.04	129.27	4.91	16.91	23.26	32.00	4.17	12.64	16.61	20.58	2.11	48.49	51.01	53.53	1.34
7.5 años	113.55	123.08	132.61	5.47	18.27	25.00	34.22	4.32	12.79	16.75	20.71	2.11	48.93	51.35	53.76	1.28
8 años	116.12	125.96	135.80	5.23	18.89	26.33	36.70	4.83	12.77	16.89	21.01	2.10	48.96	51.65	54.12	1.22
8.5 años	119.22	128.55	137.68	4.96	20.12	27.84	38.53	4.93	12.74	17.02	21.30	2.28	49.15	51.70	54.25	1.36
9 años	121.30	131.59	141.87	5.47	21.08	29.32	40.79	5.40	12.79	17.11	21.44	2.30	49.25	51.89	54.53	1.40
9.5 años	122.82	133.96	145.10	5.92	21.66	30.71	43.55	5.99	12.83	17.20	21.57	2.33	49.53	52.20	54.87	1.42
10 años	125.49	136.65	147.80	5.93	23.06	32.47	45.72	6.23	12.89	17.56	22.23	2.48	49.70	52.27	54.94	1.36
10.5 años	127.98	139.93	151.89	6.36	24.81	34.94	49.20	6.70	13.15	17.96	22.78	2.56	50.19	52.68	55.17	1.32
11 años	130.50	142.48	154.45	6.37	25.60	36.37	51.65	7.20	13.27	18.21	23.15	2.63	50.21	52.75	55.29	1.40
11.5 años	132.40	145.70	159.00	7.07	26.87	38.72	55.79	7.88	13.38	18.45	23.52	2.70	50.36	52.95	55.54	1.37
12 años	136.55	148.43	160.30	6.31	28.96	40.68	57.15	7.50	13.64	18.67	23.70	2.67	50.45	53.13	55.80	1.42
12.5 años	138.05	151.17	164.30	6.98	30.37	42.83	60.41	7.93	13.81	19.02	24.22	2.65	50.83	53.48	56.12	1.40
13 años	141.91	153.72	165.53	6.28	32.61	45.38	63.16	8.10	13.97	19.36	24.75	2.87	51.06	53.67	56.29	1.39
13.5 años	143.77	155.88	167.98	6.43	34.50	47.67	65.87	8.30	14.60	19.91	25.22	2.82	51.13	53.86	56.57	1.45
14 años	145.44	156.80	168.17	6.05	36.64	49.64	67.25	8.28	15.02	20.41	25.79	2.83	51.24	53.94	56.65	1.44
14.5 años	145.68	157.41	169.15	6.24	38.35	50.39	67.65	7.40	15.32	20.60	25.89	2.81	51.45	54.04	56.63	1.38
15 años	147.04	158.29	169.54	5.98	39.59	51.90	68.05	7.66	15.61	20.80	25.99	2.76	51.66	54.13	56.60	1.32
15.5 años	148.40	159.16	169.92	5.72	40.32	52.52	68.41	7.58	15.88	20.81	25.74	2.62	51.70	54.24	56.77	1.35
16 años	149.23	159.91	170.57	5.68	41.06	53.14	68.77	7.53	16.15	20.82	25.49	2.48	51.70	54.24	56.77	1.35
16.5 años	150.40	160.60	170.80	5.43	42.00	53.31	68.39	6.95	16.50	20.88	25.26	2.33	51.74	54.26	56.80	1.34
17 años	150.41	160.75	171.09	5.50	42.95	53.49	68.01	6.37	16.84	20.93	25.03	2.18	51.79	54.35	56.90	1.36
17.5 años	150.42	160.90	171.37	5.57	43.20	54.00	67.00	6.44	16.73	20.66	24.58	2.09	52.05	54.48	56.90	1.27
18 años	150.50	161.26	172.01	5.72	43.60	54.48	66.80	6.29	16.65	20.60	24.55	2.10	52.32	54.61	56.90	1.22

* Hasta los dos años.

** A partir de los dos años.

Curvas y tablas de crecimiento para niñas

NIÑAS: 0 a 18 años
INDICE DE MASA
CORPORAL (Kg/m²)



ESTUDIO LONGITUDINAL DE CRECIMIENTO CURVAS DE 0 18 AÑOS.
 M. Hernández, J. Castellet, J. L. Navaiza, J. M. Rincón, I. Ruiz, E. Sánchez, B. Sobradillo y A. Zurimendi.

INSTITUTO DE INVESTIGACION SOBRE CRECIMIENTO Y DESARROLLO.
 FUNDACION F. ORBEGOZO, María Díaz de Haro, 10 bis, 48013 BILBAO.
 Realización Gráfica: Garsi Editorial - Londres, 17 - 28028 MADRID.

2 / RECURSOS

¿Cómo?

Por un equipo multidisciplinar sociosanitario con la participación de un médico psiquiatra en colaboración con psicología, pediatría, otras especialidades médicas, endocrinología, nutrición, enfermería, trabajo social. Con tratamientos combinados: psicoterapia individual, cognitivo-conductual y de otras orientaciones, educación nutricional, terapia familiar, psicoterapia de grupo, fármacos.

¿Cuándo?

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

¿Dónde?

Prevención primaria:

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

Gerencia de Área del SAS

Avenida del Parque, 30. 22071 Huesca

Teléfono: 974 29 32 29 - Fax: 974 29 32 32

Correo-e: epsh@aragob.es

ARAGOB
Gerencia de Área del SAS
C/ José Torán, 2. 44071 Teruel
Teléfono: 978 64 11 60 - Fax: 978 64 12 34
Correo-e: epst@aragob.es

Gerencia de Área del SAS
C/ Ramón y Cajal, 68. 50071 Zaragoza
Teléfono: 976 71 52 67 - Fax: 976 71 52 81
Correo-e: epsz@aragob.es

www.aragob.es/san/sares/eps.htm

Prevención secundaria y tratamiento:

Lo primero acudir al Médico de familia o Pediatra del **Centro de Salud** que nos corresponde por zona. Ellos valorarán la importancia del caso y decidirán si es necesario el tratamiento por Psiquiatría o Salud Mental.

Las **Unidades de Salud Mental Infanto-Juveniles o de adultos** son el mejor sitio para el tratamiento. En la mayoría de los casos el tratamiento es ambulatorio, es decir en consultas. En los casos graves puede ser preciso el ingreso hospitalario.

Para el ingreso en Huesca:

- **Hospital General San Jorge. Unidad de Psiquiatría.**

Avda. Martínez de Velasco, 36. 22.004 Huesca.

Teléfono: 974211121 / 974 210378.

Dependencia: Insalud.

Para el ingreso en Teruel:

- **Hospital Psiquiátrico San Juan de Dios.**

Avda. Zaragoza, s/n. 44.001 Teruel. Teléfono: 978607600.

Dependencia: Diputación Provincial de Teruel.

- **Hospital General de Teruel “Obispo Polanco”. Servicio de Pediatría.**

Avda. Ruíz Jarabo, s/n. 44.002 Teruel. Teléfono 978 62 11 50.

Dependencia: Insalud.

Para el ingreso en Zaragoza:

- **Hospital Real y Provincial Nª Sª de Gracia. Servicio de Psiquiatría y Toxicomanías.**

C/ Ramón y Cajal, 60. 50.003 Zaragoza. Teléfono: 976440022 / 976445951.

Dependencia: Diputación Provincial de Zaragoza.

- **Hospital Miguel Servet. Unidad de Hospitalización Psiquiátrica.**

Paseo Isabel La Católica, 1. 50.009 Zaragoza. Teléfono: 976 765500.

Dependencia: Insalud.

- **Centro Neuropsiquiátrico Nª Sª del Carmen.**

Ctra. De Logroño, Km 6. 50.190 Garrapinillos (Zaragoza).

Teléfono: 976 770635.

Dependencia: Privado.

Existen Unidades especializadas con mayor experiencia para el tratamiento ambulatorio y hospitalario.

Unidades especializadas: en Aragón.

Públicas:

- **Hospital Clínico Universitario. Unidad de Psiquiatría Infanto-juvenil**

(Dr. Vellilla) (Con hospital de día para adolescentes).

Avda San Juan Bosco, s/n. 50.009 Zaragoza. Teléfono: 976 556400.

- **Hospital Royo Villanova.**

(Dr. Gómez Burgada) (Con hospital de día para adultos).

Barrio de San Gregorio, s/n. 50.015 Zaragoza. Teléfono: 976 512533

Para el apoyo y asesoramiento de los familiares funciona la **Asociación Aragonesa de familiares de Enfermos con Trastornos de la Conducta Alimentaria (ARBADA)**. Paseo de Sagasta, 51, 5º izqda. Teléfono : 976 389575. Zaragoza.



Alopecia: caída del cabello.

Amenorrea: ausencia de la regla o período menstrual.

Atención Primaria: el médico de familia, el pediatra y los otros profesionales sociosanitarios de un centro de salud. Son los primeros en atender a la población en lo referente a sus problemas de salud.

Bradycardia: ritmo cardiaco lento.

Comorbilidad: la presencia de dos enfermedades a la vez.

Cortisol: una de las hormonas del estrés, producida por la glándula suprarrenal.

Eje Hipotálamo-Hipofisario-Gonadal: relación existente entre órganos del Sistema Nervioso Central como son el hipotálamo y la hipófisis y las gónadas (testículos u ovarios) para regular los niveles de hormonas.

Emaciación: delgadez extrema.

Endocrino: referente a las glándulas y sus secreciones, las hormonas, uno de los sistemas de regulación que coordinan las funciones de los diferentes órganos y sistemas del cuerpo humano.

Epidemiología: estudio de los factores que determinan la frecuencia y distribución de las enfermedades en poblaciones humanas.

Etiopatogenia: causas de la enfermedad.

Fobia: miedo intenso, obsesivo, persistente, irreal de un objeto o situación.

Hipokaliemia: nivel de potasio bajo en sangre. El balance de potasio es muy importante. Si baja mucho puede dar arritmias cardíacas y la muerte.

Hiperfagia: comer excesivamente.

Hipertrofia: aumento de tamaño.

Hirsutismo: exceso de vello corporal.

Ideación autolítica: ideas de autoagresión, suicidio.

Ingesta: entrada de alimentos.

Insulina: hormona producida por el páncreas que con otras regula el metabolismo de los glúcidos (el “azúcar”).

Lanugo: vello fino sobre la superficie del cuerpo.

Lipofobia: miedo a la grasa, a la gordura.

Menarquia: el comienzo de la menstruación.

Modelo corporal tubular: sin diferencia en las medidas de hombros, cintura y caderas. El cuerpo es como un tubo sin curvas.

Modelo corporal andrógino: mujeres con rasgos masculinos: angulosas, con los hombros anchos y las caderas estrechas.



Osteoporosis: pérdida de masa ósea, densidad ósea. La estructura ósea se debilita y deforma con riesgo de fracturas. Está directamente relacionada con el nivel hormonal. Se suele producir en la menopausia. Si la amenorrea persiste mucho tiempo una consecuencia habitual es la osteoporosis.

Polifagia : comer en exceso patológico, mucha cantidad.

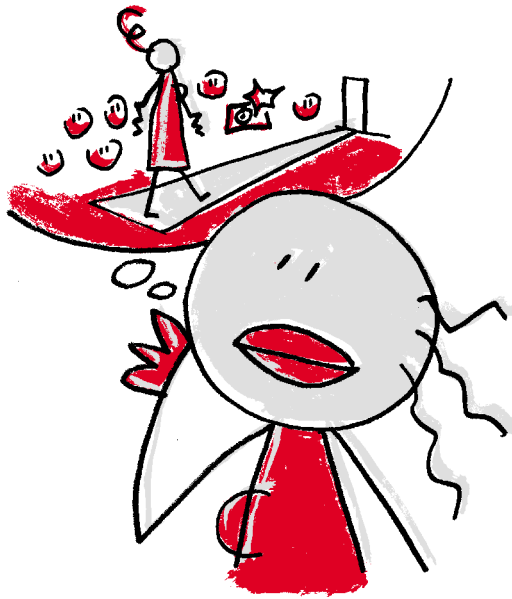
Prepúberes: antes de la pubertad.

Psicopatología: el estudio de las causas y de los procesos significativos en el desarrollo de los trastornos mentales así como de sus manifestaciones.

Psiquiatría de interconsulta-enlace: la que se ocupa de la relación con otras especialidades que piden la colaboración del psiquiatra.

Tiroideo: relativo a la glándula tiroides y a sus hormonas tiroideas que regulan numerosos procesos metabólicos. Su empleo en fórmulas magistrales para adelgazar es peligroso, perjudicial para la salud.





4 / BIBLIOGRAFÍA

- BONET JV (1994) *Sé amigo de tí mismo*. Manual de Autoestima. 5ª ed. Santander: Sal Terrae.
- BULTÓ L, SALVADOR G (1997) *¿Sabemos comer?* Barcelona: Larousse Editorial.
- CANALS J, BARCELÓ R, DOMÈNECH E (1990) *Cuestionario de actitudes alimentarias EAT en una población de edad puberal. Resultados*. Rev Psiqu Inf; 4 : 265-268.
- CARBAJO G, CANALS J, FERNÁNDEZ J, DOMENECH E (1995) *Cuestionario de actitudes alimentarias en una muestra de adolescentes: dos años de seguimiento*. Psiquis; 16 (4): 21-26.
- CASTRO J, TORO J (1989) *Anorexia mental. Aproximación psicosocial*. C Med Psicosom Sex; 9: 37-42
- Castro J, Toro J, Salamero M, Guimerá E (1991) The “eating attitudes test”: validation of the spanish version. Evaluación psicológica. Psychological Assessment; 7 (2): 175-190.
- CERVERA M (1996) Riesgo y prevención de la anorexia y la bulimia. Barcelona. Martínez Roca.
- CORRAL MI (1998) La anorexia nerviosa y la bulimia, un problema de salud en crecimiento. En : Serrano MI, coordinadora-editora. La Educación para la Salud del siglo XXI. Comunicación y salud. Madrid: Díaz de Santos. págs. 123-141.
- CHINCHILLA A (1995) Guía teórico-práctica de los trastornos de conducta alimentaria: anorexia nerviosa y bulimia nerviosa. Barcelona: Masson.
- ELSTER AB, KUZNETS NJ (1995) Guía de la AMA para actividades preventivas en el adolescente (GAPA). Madrid : Díaz de Santos.
- FUERTES JC, MARTÍNEZ O, DAROCA A, DE LA GÁNDARA JJ (1997) Comunicación y diálogo. Manual para el aprendizaje de habilidades sociales. Madrid: Cauce Editorial.

- GARNER DM (1996) Factores culturales y educación en el tratamiento de los trastornos de la alimentación. En: Buendía J, editor. Psicopatología en niños y adolescentes. Desarrollos actuales. Madrid: Pirámide .pág.461-476.
- GISMERO E (1996) Habilidades sociales y anorexia nerviosa. Madrid: Universidad Pontificia Comillas.
- GRANDE F (1996) Nutrición y salud. Mitos, peligros y errores de las dietas de adelgazamiento. Barcelona: Planeta DeAgostini.
- GUILLEMOT A, LAXENAIRE M (1994) Anorexia nerviosa y bulimia. El peso de la cultura. Barcelona, Masson.
- GUIMERÁ E, TORRUBIA R (1987) Adaptación española del Eating Disorder Inventory (EDI) en una muestra de pacientes anoréxicas. An Psiquiatría; 3 (5): 185-190.
- HAWE P, DEGELING D, HALL J (1993) Evaluación en promoción de la salud. Guía para trabajadores de salud. Barcelona: Masson.
- HEINBERG LJ, THOMPSON JK, STORMER S (1995) Development and Validation of the Sociocultural Attitudes Towards Appearance Questionnaire. International Journal of Eating Disorders; 17 (1): 81-89.
- HERNÁNDEZ M, CATELLET J, NARVALZA JL, RINCÓN JM, RUIZ I, SÁNCHEZ E, SOBRADILLO B, ZURIMENDI A (1988) Curvas y tablas de crecimiento. Bilbao: Instituto de Investigaciones sobre Crecimiento y Desarrollo. Fundación F. Orbeagozo. Garsi Editorial.
- JIMÉNEZ F (1991) La comunicación interpersonal. Ejercicios educativos. 3ª ed. Madrid: Publicaciones I.C.C.E.
- LÍNDEZ P (1996) Prevenir la anorexia y la bulimia. Revista de Treball Social; 143: 90-94
- LOUREIRO V, DOMINGUEZ M, GESTAL JJ (1996) Actitudes hacia la dieta y el peso en una población adolescente. Anales de Psiquiatría; 12 (6): 242-247.
- MARTORELL MC, ALOY M, GÓMEZ O, SILVA F (1993) Escala de Autoconcepto (AC). En: Silva F, Martorell C, editores. Evaluación de la Personalidad Infantil y Juvenil EPIJ. Madrid: MEPSA.

- MORANDÉ G (1990) Trastornos de la alimentación en niños y adolescentes. En: Romero AI, Fernández A, editores. Salud Mental. Formación continuada en Atención Primaria. Madrid: IDEPSA. págs.121-130.
- MORANDÉ G (1995) Un peligro llamado anorexia. La tentación de adelgazar. Madrid: Temas de hoy.
- MORANDÉ G, CASAS J (1997) Trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes. Anorexia nerviosa, bulimia y cuadros afines. *Pediatr Integral*; 2 (3): 243-260.
- MORANDÉ G (1998) Trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes. ¿Una epidemia? *An Esp Pediatr*; 48: 229-232.
- OCHOA E FL (1996) De la anorexia a la bulimia. Madrid: Santillana.
- RAICH RM, DEUS J, MUÑOZ JM, PÉREZ O, REQUENA A (1991) Estudio de actitudes alimentarias en una muestra de adolescentes. *Rev Psiquiatría Fac Med Barna*; 18 (7): 305-315.
- RAICH RM, ROSEN JC, DEUS J, PÉREZ O, REQUENA A, GROSS J (1992) Eating disorder symptoms among adolescent in the United States and Spain: a comparative study. *International journal of Eating Disorders*; 11 (1): 63-72.
- ROCHON A (1991) Educación para la salud. Guía Práctica para realizar un proyecto. Barcelona: Masson.
- RUIZ PJ, RUIZ PM. El tiempo libre y la educación para la salud en alimentación-nutrición en comedores escolares y centros de tiempo libre. *An Esp Pediatr* 1995 ; 43 : 447-448.
- RUIZ PJ, RUIZ PM (1998) Una nueva posibilidad de educación para la salud: en el tiempo libre. *Atención Primaria*; 21(5): 326-330.
- RUIZ-LÁZARO PJ, RUIZ-LÁZARO PM (1998) Promoción de la salud del adolescente desde un centro de salud. *Anales Españoles de Pediatría*; 49: 329-330.
- RUIZ PM, VELILLA M, CORRAL C, GONZÁLEZ S, SEVA A (1996) Prevention of eating disorders in a private school. *X World Congress of Psychiatry*. Madrid; 2: 150.

- RUIZ PM (1997) Anorexia nerviosa, sociedad y cultura. Trabajo social y salud; 27: 187-194.
- RUIZ PM (1999) Historia de los trastornos de la conducta alimentaria. Anales de Psiquiatría; 15 (8): 361-365.
- RUIZ-LÁZARO PM (1998) Prevalencia de trastornos de la conducta alimentaria en España. Anales Españoles de Pediatría; 49: 435-436.
- RUIZ PM, ALONSO JP, VELILLA JM, LOBO A, MARTÍN A, PAUMARD C, CALVO AI (1998) Estudio de prevalencia de trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes de Zaragoza. Revista de Psiquiatría Infanto-juvenil; 3: 148-162.
- RUIZ-LÁZARO PM (2000) Prevención de los Trastornos de la Conducta Alimentaria. Revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil; 1: 18-31.
- RUIZ-LÁZARO PM (2000) Trastornos de la conducta alimentaria en una muestra representativa de adolescentes de Zaragoza. (Tesis doctoral). Zaragoza: Universidad de Zaragoza.
- THOMPSON MA, GRAY JJ (1995) Development and Validation of a New Body-Image Assessment Scale. Journal of Personality Assessment; 64 (2): 258-269.
- THOMPSON JK (1996) Body Image, Eating Disorders and Obesity. An integrative guide for assessment and treatment. Washington: American Psychological Association.
- TORO J (1986) Factores socioculturales en la anorexia nerviosa. Jano; 667: 2021-2023.
- TORO J, CASTRO J, GARCÍA M, PÉREZ P, CUESTA L (1989) Eating attitudes, sociodemographic factors and body shape evaluation in adolescence. British Journal of Medical Psychology; 62: 61-70.
- TORO J, CERVERA M, PÉREZ P (1988) Publicidad y anorexia nerviosa. Rev Neur Psiq Inf; 12 : 139-141.
- TORO J, CERVERA M, PÉREZ P (1988) Body shape, publicity and anorexia nervosa. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol; 23 : 132-136.

- TORO J, SALAMERO M, MARTÍNEZ M (1994) Assesment of sociocultural influences on the aesthetic body shape model in anorexia nervosa. *Acta Psychiatr Scand*; 89: 147-151.
- TORO J, SALAMERO M, MARTÍNEZ M (1995) Evaluación de las influencias socioculturales sobre el modelo estético corporal en la anorexia nervosa *Rev Psiquiatría Fac Med Barna* ; 22, 7 : 205-214.
- TORO J (1996) *El cuerpo como delito. Anorexia, bulimia, cultura y sociedad*. Barcelona: Ariel.
- VANDEREYCKEN W, MEERMANN R (1984) Anorexia nervosa: is prevention possible? *Int'L. J. Psychiatry in Medicine*; 14 (3): 191-205.
- VELILLA JM (1997) Anorexia y bulimia nerviosas. *La Carpeta*; 45: 8-9.

