



Universidad de Valladolid

**Máster en Profesor de Educación Secundaria
Obligatoria y Bachillerato, Formación Profesional y
Enseñanzas de Idiomas. Especialidad: Orientación Educativa**

TRABAJO DE FIN DE MÁSTER

**PREVENCIÓN DE LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA
EN EDUCACIÓN SECUNDARIA OBLIGATORIA: LA ARTETERAPIA COMO
VARIABLE DE INTERVENCIÓN**

Curso: 2024-2025

Autora: Marina Escribano Ribón

Tutor: Dr. Don. Juan Antonio Valdivieso Burón

(Departamento de Psicología)

Valladolid, junio 2025

RESUMEN

El presente trabajo fin de master se refiere a la intervención psicopedagógica desde el departamento de orientación de un centro educativo de enseñanza secundaria para prevenir los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA).

Los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) son un conjunto de desórdenes psicológicos y comportamentales que suponen un problema para las personas que los padecen y para su entorno. Los adolescentes son un grupo vulnerable y susceptible de desarrollar TCA por lo que la intervención con este grupo etario se vuelve necesaria.

La metodología a seguir se basará en la arteterapia adoptando un enfoque sistémico y evolutivo, cuyos destinatarios serán los alumnos de 3º de la ESO. La propuesta constará de un total de 24 actividades para ser desarrolladas en ocho sesiones y abarca dimensiones referidas a educación para la salud, en cuanto a alimentación y actividad física, percepción de los cánones de belleza, así como de la mejora de la autoestima y del autoconcepto físico.

La propuesta diseñada recoge de manera sistemática los modelos teóricos actuales sobre la intervención psicoeducativa en los TCA, partiendo de un estudio analítico previo sobre la conceptualización y la clasificación de estos trastornos, así como de la aplicación de la arteterapia. Y por último cabe destacar la relevancia de este TFM formando parte del plan de actividades del Dpto. de Orientación, así como del plan de acción tutorial, consolidándose como uno de los ejes de actuación principales para conseguir un desarrollo óptimo del alumnado en plena adolescencia.

Palabras clave: Trastornos de Conducta Alimentaria, prevención de TCA, adolescencia, educación secundaria obligatoria, orientación educativa, arteterapia.

ABSTRACT

This Master's Thesis focuses on a psycho-pedagogical intervention carried out by the Guidance Department of a secondary school aimed at preventing Eating Disorders (EDs). Eating Disorders (EDs) are a group of psychological and behavioral disorders that pose significant challenges both for those who suffer from them and for their immediate environment. Adolescents represent a particularly vulnerable population and are at heightened risk of developing EDs, making targeted intervention in this age group essential.

The proposed methodology is based on art therapy and adopts a systemic and developmental approach. The intervention is designed for students in the third year of compulsory secondary education (equivalent to 9th grade). The program comprises a total of 24 activities distributed across eight sessions. It addresses key dimensions related to health education, including nutrition and physical activity, perception of beauty standards, and the enhancement of self-esteem and physical self-concept.

This proposal systematically integrates current theoretical models of psychoeducational intervention in the context of EDs. It builds upon an analytical review of the conceptualization and classification of these disorders and incorporates the application of art therapy as a preventive tool. Lastly, it is important to emphasize the relevance of this Master's Thesis as part of the activities planned by the school's Guidance Department and the tutorial action plan, positioning it as a central component in promoting the optimal development of students during adolescence.

Keywords: Eating Disorders, ED prevention, adolescence, compulsory secondary education, educational guidance, art therapy.

ÍNDICE

1. Introducción	6
2. Justificación del proyecto realizado	7
3. Metodología	13
4. Objetivos del TFM	14
5. Marco teórico	15
5.1 Definición de los TCA	15
5.2 Clasificación.....	16
5.2.1 Anorexia nerviosa	16
5.2.2. Bulimia nerviosa	18
5.3 Prevalencia	20
5.4 Predisponentes, precipitantes y mantenedores de la Anorexia y la Bulimia Nerviosa.....	24
5.5 Factores de riesgo.....	30
5.5.1 Variables psicológicas.....	30
5.5.2 Variables biológicas	31
5.5.3 Variables socioculturales.....	32
5.5.4 Variables familiares.....	33
5.6 Factores protectores frente al desarrollo de un TCA.....	34
5.7 Arte- Terapia como variable de intervención.....	37
5.8 Justificación a nivel legal	40
6. Propuesta de intervención	43
6.1 Objetivos de la intervención.....	44
6.2 Metodología	44
6.3 Evaluación del programa.....	45
6.4 Destinatarios.....	47
6.5 Recursos	48
6.6 Cronograma.....	49
6.7 Descripción de las actividades	50
7. Resultados esperados.....	72
8. Conclusiones	74
9. Limitaciones	76
10. Prospectiva	77
11. Referencias bibliográficas	78
12. Anexos.....	87

1. INTRODUCCIÓN

La adolescencia supone una etapa crítica en el desarrollo evolutivo de los seres humanos; se caracteriza por intensos cambios físicos, emocionales, cognitivos y sociales que se relacionan estrechamente con la construcción de la identidad y de la autoestima (Marugán, 2019). En este proceso, el aspecto físico cobra un papel clave, y se convierte en un vehículo de aceptación social y en una fuente de autovaloración; elementos que aumentan la posibilidad de desarrollar trastornos relacionados con la imagen corporal. Entre ellos, los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA), se consideran como un problema de salud pública con una prevalencia en alza, que afecta de forma significativa al bienestar psicológico, físico y educativo de los alumnos (APA, 2014; Organización Mundial de la Salud, 2024). Esto hace que en su abordaje sea necesario tomar una perspectiva preventiva y holística desde los espacios educativos (LOMLOE, 2020).

Este Trabajo Fin de Máster busca intervenir en el ámbito de la Educación Secundaria Obligatoria (ESO) y actuar sobre las variables clave para prevenir la aparición de TCA, desde un enfoque educativo que, apuesta por la promoción de la salud, la alfabetización nutricional y el desarrollo de un juicio crítico frente a los ideales de belleza presentes en la sociedad y en las redes (Yager et al., 2013).

El proyecto articula sus bases teóricas en torno al DSM-5 (APA, 2014) y los marcos legislativos vigentes (LOMLOE, 2020), con especial atención a los principios de equidad, inclusión y atención a la diversidad. La intervención emplea como herramienta metodológica la arteterapia, dados los postulados teóricos que abalan su eficacia para mejorar el autoconocimiento, la regulación emocional y la verbalización de sentimientos (Schouten et al., 2015). Asimismo, también se emplean estrategias participativas y cooperativas para trabajar con el alumnado.

Este trabajo no solo responde a una necesidad social emergente, sino que también se alinea con el papel proactivo del profesional de la orientación en la detección precoz de factores de riesgo, la implementación de programas preventivos y la promoción del bienestar integral del alumnado (Benítez, 2019). Finalmente, destacar que se trata de una intervención orientada a promover la salud mental y prevenir el sufrimiento psíquico, para con ello, contribuir en la construcción de entornos educativos seguros para todos.

2. JUSTIFICACIÓN DEL PROYECTO REALIZADO

En el siguiente apartado se recogerá información que justifica la importancia del tema abordado en este trabajo y se aportan datos estadísticos que los apoyan. Las temáticas que recoge la justificación de este trabajo fin de master son: la relevancia que tienen los trastornos de la conducta alimentaria (TCA), el marco legislativo que respalda su abordaje en la educación, la prevalencia a nivel estadístico, la necesidad de hacer una intervención temprana o el papel que juega la arteterapia en el proceso de prevención.

Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA), hacen que las personas que los sufren tengan graves consecuencias tanto es su vida personal como educativa. Estos trastornos han dejado de ser una problemática individual para convertirse en una problemática de interés público (Portela de Santana et al., 2012).

La prevalencia de aparición ha aumentado los últimos años especialmente entre la población adolescente; así, encontramos que la anorexia nerviosa está considerada como una de las enfermedades crónicas más frecuentes entre los jóvenes (Marugán, 2019).

En su estudio longitudinal, Benítez (2019), encuentra que ha habido un aumento del 3,8% de los casos registrado de TCA en adolescentes y jóvenes en España, hallando en el año 2018, una tasa del 7,8%.

Por otro lado, la Organización Mundial de la Salud, indica que en los últimos veinte años se han duplicado los casos registrados de TCA a nivel mundial (Organización Mundial de la Salud, 2024). Finalmente, otro de los datos que justifica la importancia de intervenir sobre esta problemática con adolescentes, es que los autores de referencia encuentran que el desarrollo de los TCA cada vez comienza en edades más tempranas (Baladia, 2016) y que cerca del 11% de nuestros adolescentes pone en marcha conductas de riesgo, relacionadas con los TCA (Benítez, 2019).

Algunas de las variables más destacadas que influyen en el desarrollo de este tipo de trastornos son la tendencia al perfeccionismo, los pensamientos distorsionados a cerca del peso, la silueta, los alimentos y el ideal de belleza que posee la persona (Robledo, 2009).

Reflexionando sobre estas variables tan vinculantes del desarrollo de los TCA (como se les denominará de aquí en adelante), se cree que un ámbito que ofrece la oportunidad de informar, formar y prevenir a los adolescentes del desarrollo de estas problemáticas es el educativo. Pues es en el instituto, un lugar en el que nuestros jóvenes pasan una gran cantidad de horas a la semana, donde surgen interacciones y sinergias entre ellos y donde los profesionales se pueden asegurar que se llega a una gran cantidad de estudiantes en los que, de no ser por esta vía, sería difícil acceder a ellos (Muñoz y Martínez, 2007). Otra de las razones por las que se entiende importante intervenir en este ámbito escolar es porque en él se puede apelar a las familias a hacer un trabajo conjunto y colaborativo en aras de implementar un estilo de vida saludable, basado en los pilares de la educación, la salud mental, la actividad física y una dieta variada y equilibrada (Marchand et al., 2011).

Otra de las razones que justifica la intervención en este ámbito es que el desarrollo de un TCA, está ligado al desarrollo de sintomatología psicológica, lo que puede llevar al joven estudiante a tener una repercusión en su vida académica (Yager et al., 2013).

Con este trabajo, de manera indirecta se busca también dar una respuesta a la creciente demanda de la población joven de atención a su salud mental y hacer una pequeña contribución para prevenir la tasa de suicidios entre los jóvenes.

En este TFM se ha introducido la arteterapia como herramienta de trabajo clave en las sesiones con los alumnos, ya que se ha demostrado que puede suponer una herramienta que permite expresar de manera creativa y no verbal los pensamientos y sentimientos que pueden ser difíciles de expresar (Schouten et al., 2015). Por otra parte, los expertos dicen que la arteterapia es ayuda a la autoexploración y el autoconocimiento emocional lo que ayuda a los adolescentes no solo a provenir la aparición de problemas sino a conocerse mejor en una etapa vital en la que algunos tienen dudas acerca de sí mismo y su identidad (Coll, 2006).

La labor de orientación es una tarea que deben llevar a cabo todos los docentes; dentro de las labores de la educación y la orientación se encuentra la promoción de la salud. Debe ser objetivo de los docentes ajustar y personalizar las enseñanzas a las necesidades del alumnado y a las dificultades que van asociadas a cada grupo etario; es por ello que este trabajo está pensado para ser llevado a cabo con adolescentes de secundaria, pues son un grupo especialmente sensible a la gestación de problemas que pueden acabar en el desarrollo de un TCA (LOMLOE, 2020).

Es en la adolescencia el momento vital en que van gestando y consolidando aprendizajes a cerca del cuerpo y la imagen corporal, se construye la identidad y el autoconcepto que tienen sobre si mismos; que están muy influenciados por cómo perciben

su físico, las interacciones que tienen con sus pares, su rendimiento social, escolar, sus éxitos y fracasos... (Gaete y López, 2020).

La autoestima se puede ver influenciada por la autoimagen personal, que toma referencias de los cánones de belleza que imperan socialmente y que en muchos casos son desadaptativos, no representan a la diversidad de formas corporales y pueden estar alejados de la realidad de un cuerpo humano (Rojas y Ruiz, 2011).

A nivel legislativo nos regimos por la LOMLOE, ley que se ha preocupado por hacer énfasis en la promoción de la salud y la prevención de la aparición de enfermedades. Según esta ley, los centros educativos deben desempeñar la función de promover y enseñar un cuidado y bienestar nutricional; elemento que también destaca la OMS en su Estrategia Mundial sobre Régimen Alimentario, Actividad Física y Salud, (OMS, 2002) que en este caso apela a los gobiernos de diferentes países a que promocionen en los centros escolares de sus territorios un régimen de alimentación y ejercicio físico saludable y variado.

La LOMLOE también recoge la importancia y la necesidad de la educación para la salud, que incluye enseñanzas a cerca de educación emocional y contenidos afectivo-sexuales; aprendizajes clave para el manejo de una buena relación afectiva con uno mismo y con los demás (LOMLOE, 2020).

Esta educación integral para la persona, que propone la LOMLOE contribuye a la prevención de la aparición de trastornos y problemas psicológicos, como podría ser el caso que nos compete, los trastornos de la conducta alimentaria. Al integrar contenidos de salud física y psicológica en el currículo educativo, se facilita que se creen e imparten intervenciones como las que se propone en este TFM que buscan promover la salud y prevenir la aparición de problemas.

Según recoge el Real Decreto 1393/2007, de 29 de octubre, (BOE núm. 260, 2007), por el que se establece la ordenación de las enseñanzas universitarias, los aprendizajes del Máster están relacionados con la adquisición por parte de los estudiantes de una formación avanzada, especializada o multidisciplinar, enfocada en la especialización académica o profesional, o bien a promover la iniciación en tareas investigadoras.

Siguiendo con lo dispuesto en el documento que recoge las competencias generales y específicas del presente máster, el trabajo final de dicha formación supone integrar aprendizajes teóricos y prácticos, adquiriendo competencias que capacitan al estudiante para ejercer la actuación profesional en el campo de la Orientación Educativa.

En los siguientes párrafos se ofrece un análisis sobre las competencias que se abordan en el presente Trabajo Final de Máster.

Sobre la competencia CG2, que versa sobre planificar, desarrollar y evaluar el proceso de enseñanza y aprendizaje potenciando procesos educativos que faciliten la adquisición de las competencias propias de la etapa, se considera que, a través de la propuesta de 8 sesiones de intervención, se diseña un programa sistemático con objetivos definidos, herramientas de evaluación y estrategias metodológicas que buscan el desarrollo integral del alumnado en aspectos emocionales, sociales y cognitivos.

En relación a la CG5, que expone la necesidad de diseñar y desarrollar espacios de aprendizaje con atención a la equidad, la educación emocional, la diversidad y la prevención de conflictos o la toma de decisiones. El presente trabajo responde a esta competencia, al proponer una intervención centrada en la promoción de la salud mental y el bienestar emocional desde un enfoque inclusivo, afectivo y preventivo, trabajando con el grupo-clase como unidad de intervención.

La CG6 versa entre otras cosas ayudar a los estudiantes a desarrollar habilidades de pensamiento y de decisión que faciliten la autonomía, la confianza e iniciativa personales, es por ello que en este trabajo se abordan los estereotipos de género vinculados a los ideales de belleza, proponiendo un enfoque crítico que permita cuestionar dichos estándares, con el objetivo de fomentar el respeto por la diversidad corporal y de identidad.

Con respecto a las competencias específicas, la E.G.1 y 2, que resaltan la importancia de conocer las características y el desarrollo de la personalidad de los estudiantes, el TFM se centra en la adolescencia y en los factores de riesgo y protección frente a los TCA, evidenciando la importancia de este momento evolutivo y su impacto en la construcción de la identidad y la autoestima.

La E.G.3, habla sobre elaborar propuestas basadas en la adquisición de conocimientos, destrezas y aptitudes intelectuales y emocionales, es por ello que en la propuesta de intervención de este TFM se entremezclan las actividades teórico-prácticas, que permiten a los estudiantes construir su propio conocimiento y visión sobre hechos objetivos que ayudan a mejorar su visión sobre los acontecimientos y sus emociones al respecto.

Finalmente, con respecto a la E.G.8, sobre promover acciones de educación emocional, en valores y formación ciudadana; Este trabajo ofrece actividades que facilitan la expresión, comprensión y regulación de las emociones; factores esenciales para el bienestar psicológico de los adolescentes y para prevenir el desarrollo de conductas de riesgo. Asimismo, fomenta valores como la empatía, el respeto a la diversidad de cuerpos, y la crítica a los estereotipos sociales. Se trabaja también la reflexión sobre los cánones sociales de belleza y consumo, lo que impulsa en los

estudiantes la capacidad para cuestionar prejuicios y adoptar un compromiso ético hacia la propia salud y la de su comunidad.

Para concluir, se cree que este Trabajo Fin de Máster articula las competencias generales y específicas establecidas en el Máster, y las integra en una propuesta educativa que responde a las demandas legales y formativas actuales. La intervención propuesta no solo desarrolla conocimientos y habilidades teórico-prácticas, sino que también potencia la dimensión social, emocional y ética de los estudiantes, buscando ofrecer una formación integral y construir ciudadanos críticos, autónomos y comprometidos con la promoción de la salud y el respeto a la diversidad.

3. METODOLOGÍA

Para elaborar este Trabajo Fin de Máster, que versa sobre la prevención de la aparición de los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) en Educación Secundaria Obligatoria, se ha elaborado una revisión documental de manera sistemática con el objetivo de estructurar un fundamento teórico que garantice la validez y la evidencia de la propuesta de intervención que se ofrece.

El proceso de búsqueda de bibliografía se estructuró en torno a varias temáticas clave en español e inglés como: los Trastornos de la Conducta Alimentaria (focalizando en anorexia y bulimia nerviosa), los factores de riesgo y protección que se asocian con estos trastornos, la prevención educativa y el empleo de arteterapia como variable facilitadora de la expresión emocional. Los criterios de inclusión que se establecieron para la búsqueda bibliográfica fueron los siguientes: se seleccionaron artículos científicos, tesis doctorales, documentos institucionales y libros, que hubiesen sido publicados entre 2015 y 2025, aunque posteriormente la búsqueda se amplió a un mayor

rango de años para poder incluir publicaciones clásicas y de referencia en la materia; se dio prioridad a aquellos estudios y revisiones que tratasen la temática desde contextos educativos, aunque también se revisaron aquellos que la abordaban de manera clínica.

Las fuentes de información que se han consultado son repositorios y bases de datos especializadas como: Dialnet, PsycINFO, Google Scholar, PsycArticles, Scopus y PubMed, así como los repositorios institucionales de las Universidades de Valladolid, Salamanca o Valencia.

Para aumentar la precisión de la búsqueda y obtener resultados más relevantes, se utilizaron operadores booleanos y la herramienta de búsqueda avanzada por palabras clave como: “Trastornos de la Conducta Alimentaria”, “prevención”, “adolescencia”, “orientación educativa”, “intervención educativa” o “arteterapia”.

Como criterios para la exclusión de bibliografía, se descartaron publicaciones que no contasen con respaldo científico o de instituciones, documentos que no hubiesen pasado el filtro de revisión por pares y textos que exclusivamente incluyesen información para el tratamiento clínico sin implicaciones preventivas de los TCA. Fueron textos también excluidos aquellos cuya accesibilidad fuese limitada o no estuvieran disponibles en español o inglés.

4. OBJETIVOS DEL TFM

A continuación, se presentan los objetivos de este TFM y que servirán para vertebrar el trabajo. En primero lugar se encuentra el objetivo principal y posteriormente los objetivos específicos que servirán de guía para elaborar y comprender los distintos apartados del trabajo.

Objetivo general

Elaborar una propuesta de intervención educativa para prevenir el desarrollo de Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) en alumnos de entre 14 y 16 años.

Objetivos específicos

1. Exponer qué y cuáles son los distintos Trastornos de la Conducta Alimentaria.
2. Esclarecer las variables interviniéntes en el desarrollo los TCA.
3. Crear actividades basadas en las principales variables de prevención de los TCA para alumnado adolescente.
4. Explorar la relación entre la arteterapia y la expresión emocional para trabajar la prevención de los TCA.

5. MARCO TEÓRICO

A lo largo de este capítulo se recoge información actualizada que nos ayuda a la comprensión a cerca de los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA). Se puede encontrar una descripción y definición de cada uno de los TCA, aunque se profundiza en la Anorexia y en la Bulimia Nerviosa. Tras ello se exponen datos acerca de la prevalencia de estos trastornos y la prevención de su desarrollo y aparición. Por último, se aborda la prevención primaria en el aula.

5.1 Definición de los TCA

Siguiendo al manual diagnóstico de referencia DSM-5, los Trastornos de la conducta de alimentarse o de la ingestión de los alimentos, son un conjunto de desórdenes que se caracterizan por una alteración en el patrón de alimentación o en la conducta de alimentarse, causando alteraciones en diferentes planos, empezando desde la ingesta y el consumo hasta proceso que tiene que ver con el sistema corporal como la digestión o la

absorción de nutrientes. Todo ello provoca consecuencias a nivel psicológico, físico y social. (American Psychiatric Association. APA, 2014).

5.2 Clasificación

Según el manual diagnostico DSM-5 podemos encontrar hasta ocho trastornos relacionados con la conducta alimentaria, estos son: Anorexia Nerviosa (AN), Bulimia Nerviosa (BN), Pica, Trastorno de rumiación, Trastorno por atracones (TA), Trastorno de la ingesta de alimentos y Trastorno de evitación o restricción de la ingesta de alimentos no especificado, Trastorno de la ingesta de alimentos especificado. (American Psychiatric Association. APA, 2014).

Por el requerimiento que supondría a nivel teórico y temporal abordar todos los trastornos, en este trabajo se ha decidido profundizar en la Anorexia y en la Bulimia Nerviosas, son éstos, además los TCA más frecuentes en población adolescente y para los que se dispone de mayor bibliografía al respecto.

5.2.1 Anorexia nerviosa

La Real academia de la lengua española describe la anorexia como un rechazo a ingerir alimentos por la existencia de un temor o miedo a ganar peso, además refiere que esta conducta puede tener graves consecuencias a nivel patológico (Real Academia Española, s.f.).

El DSM-5, estructura su definición en tres grandes parámetros;

El primero tiene que ver con la restricción de alimentos prolongada en un tiempo suficientemente extenso como para provocar déficits y carencias en las necesidades energéticas del sujeto, causando que su peso y masa corporal sean inferiores a los que se pueden esperar para su grupo de edad, su sexo, su etapa del desarrollo o un buen estado de salud corporal. En adultos, un peso significativamente bajo hace referencia a un

porcentaje de masa corporal por debajo del mínimo tomando como referencia adultos sanos con características semejantes, mientras que la referencia para adolescentes y niños la referencia se puede encontrar en el “peso mínimo esperado” por grupo etario.

El segundo de los parámetros tiene que ver con el miedo irracional y excesivo a engordar y/o con el mantenimiento de conductas restrictivas que impiden la ganancia de peso, aun cuando está significativamente por debajo de los estándares de salud.

El tercero y último de los parámetros está en relación a la distorsión en la percepción del peso y de la figura o silueta corporal, que en muchos casos está asociado a una falta de atribución de importancia al bajo peso.

El manual, indica que se ha de especificar si:

- A. El tipo de anorexia es restrictivo o purgativo. En el primer caso, indica que el individuo ha reducido su peso debido a que ha puesto en marcha conductas restrictivas, de dieta o ayuno y realiza grandes sesiones de actividad o ejercicio físico.
- B. Hemos de contemplar también que en los últimos tres meses no hayan ocurrido episodios de atracones y purgas, entendiéndose por estas últimas el incorrecto y abusivo uso de laxantes, productos diuréticos, enemas y provocaciones de vómito.

En el caso de que se den están.

- C. En caso de que estas dos condiciones apareciesen, podríamos estar hablando de un tipo de anorexia nerviosa restrictiva, que haría referencia al código F50.01. del manual.
- D. El subgrupo purgativo describe un conjunto de conductas en las que la persona pone en marcha atracones con o sin presencia de purgas (las purgas hacen

referencia a la provocación de vómitos y el empleo abusivo de productos diuréticos y laxantes).

Hemos de especificar también la categoría o fase en el que se encuentra el trastorno, este criterio tiene que ver con el porcentaje de masa corporal, en concreto con el índice de masa corporal (IMC), gracias al cual podemos concretar el criterio de “gravedad actual”.

Para facilitar su comprensión se ofrece una tabla en la que aparecen los porcentajes de Índice de Masa Corporal, expresados en Kilogramos por metro cuadrado y la categoría a la que pertenece cada cifra.

Tabla 1

Categorías de gravedad de la Anorexia Nerviosa en función del IMC

Porcentaje de IMC	Categorías
$\geq 17\text{kg/ m}^2$	Leve
16- 16,99 kg/ m ²	Moderado
15- 15,99 kg/ m ²	Grave
< 15 kg/ m ²	Extremo

Nota. Datos obtenidos del manual diagnóstico DSM-5 (APA, 2014).

5.2.2. Bulimia nerviosa

Haciendo de nuevo alusión a la definición que nos ofrece la real academia española e la lengua y que nos facilita la comprensión de la Bulimia Nerviosa, se expresa que este trastorno de la conducta alimentaria tiene relación con un deseo incontrolable y

compulsivo de comer y que tras la ingesta de alimentos aparece la conducta de provocarse el vómito (Real Academia Española, s.f.).

Basándonos en lo que propone el DSM-5 (APA, 2014), se describen a continuación los cinco criterios que propone la APA para diagnosticar este trastorno.

- A. El primero de los criterios tiene que ver con la presencia de atracones de comida de manera recurrente. Para entender lo que es un atracón hay que tener en cuenta tres variables, la primera es una gran ingesta de alimentos, que se concibe como una cantidad de comida que otras personas en la misma situación, condiciones y tiempo ingerirían. Y la segunda de las variables tiene que ver con el tiempo, es decir, la ingesta se da en un periodo de tiempo corto y limitado, entre media hora y una hora, y el tercero de los criterios tiene que ver con la sensación de pérdida de control sobre la ingesta durante este periodo de tiempo. Lo que los pacientes suelen referir es una falta de control sobre el tipo de alimentos y la cantidad de lo que se ingiere.
- B. El segundo de los criterios tiene que ver con los comportamientos que se ponen en marcha para compensar el atracón, entre ellas estarían los vómitos, el ayuno, la práctica de ejercicio físico intenso y continuado y el uso de productos o medicamentos laxantes, diuréticos o depurativos.
- C. La presencia de estas conductas ha de ser de al menos tres meses con al menos un episodio a la semana.
- D. En cuarto lugar, el sujeto ha de presentar una evaluación negativa y distorsionada sobre su silueta, peso corporal o constitución.
- E. El quinto criterio hace alusión a que el estado de alteración no está únicamente presente durante los episodios de anorexia nerviosa.

Las especificaciones que requiere este trastorno, según nos indica el manual DSM-5 son:

- A. El momento de evolución en el que se encuentra el trastorno; estos son: en curso, es decir, el sujeto presenta al menos cuatro de los cinco criterios diagnósticos. En remisión parcial, que indica que tras un periodo de tiempo prolongado no se aprecia la presencia de varios de los criterios diagnósticos; finalmente encontramos que el trastorno puede encontrarse en una fase de remisión total, que hace alusión a que en el momento actual no se aprecia clínicamente la presencia de ninguno de los criterios durante la evaluación clínica.
- B. Otra de las especificaciones que se han de hacer tiene que ver con la gravedad del trastorno, que en este caso se determinan en función de la cantidad y presencia de conductas compensatorias y la frecuencia en la que estas aparecen. Se describen tres niveles de gravedad:
 - I. Extremo: El individuo pone en marcha más de catorce episodios de conductas compensatorias a la semana.
 - II. Grave: Se da con una media de entre ocho y trece episodios en una semana.
 - III. Moderado: el sujeto pone en marcha entre cuatro y siete episodios a la semana.
- IV. Leve: aparecen entre uno y tres episodios de conductas compensatorias en los últimos siete días.

5.3 Prevalencia

Para poder justificar el abordaje, estudio y relevancia de los TCA se hace una referencia al porcentaje de personas que presentan estos trastornos en la población.

Moreira y sus colaboradores (2021), encontraron que uno de cada siete personas entre 10 y 19 años, es decir en la adolescencia o la juventud, sufre un trastorno mental.

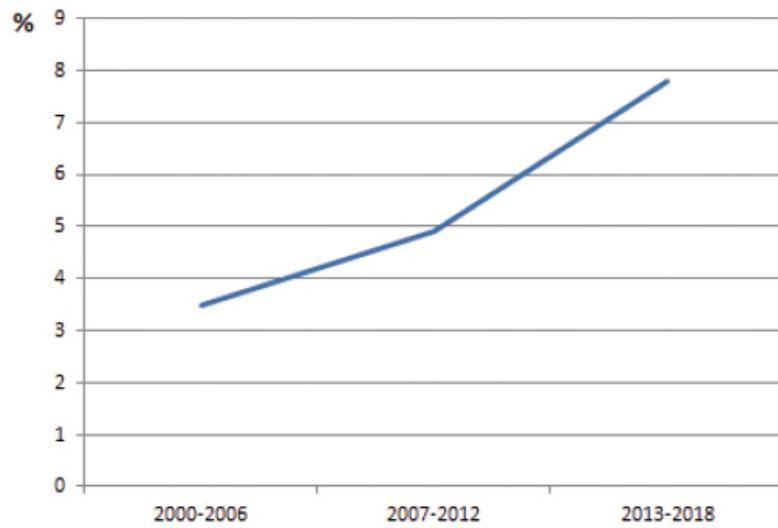
Esta cifra indica que aproximadamente el 14% de la población a nivel mundial de estos grupos etarios se ve afectado por este motivo.

Los TCA no son una aparición o moda de los últimos años, encontramos referencias a ellos en la historia de las civilizaciones, sin embargo, desde hace unas décadas hasta la actualidad se ha apreciado un aumento en la prevalencia.

Es por ello que algunos estudios se han centrado en estudiar a nivel estadístico esta evolución, un ejemplo es del análisis que ofrece Galmiche et al., (2019), en su revisión sistemática, donde muestra la evolución de la prevalencia de los TCA desde el año 2000 al año 2018 a nivel mundial. A continuación, se ofrece una figura que lo plasma visualmente:

Figura 1

Evolución de la prevalencia de los TCA desde el año 2000 al 2018 a nivel mundial.



Nota. Extraído de la revisión sistemática de Galmiche et al., (2019).

En los países desarrollados, los TCA, suponen un problema a nivel social, llegando a ser considerados como un reto para la salud pública por el aumento de casos a

nivel global y a un acelerado ritmo. Si bien es cierto, por la prevalencia que tienen, no pueden considerarse como un problema epidemiológico, pero si pueden considerarse como una problemática con elevado impacto social (Organización Mundial de la Salud (OMS), 2019).

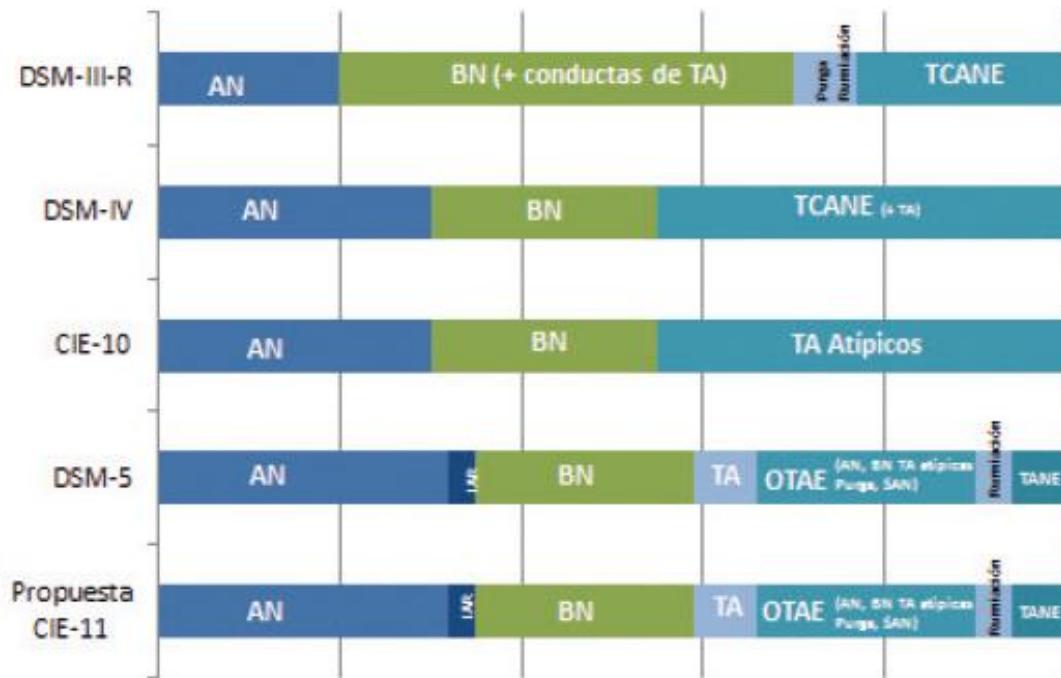
A nivel mundial encontramos diferentes cifras sobre la prevalencia, en función de los autores que tomemos como referencia, pues emplean diferentes parámetros para realizar sus medidas. Algunas de las fuentes de referencia para conocer cifras exactas son la Organización Mundial de la Salud (OMS), que en 2019 encontró que en las últimas dos décadas la aparición de este tipo de trastornos se ha duplicado. En este mismo año, Benítez (2019), expone un estudio longitudinal en el que confirma que la prevalencia de los TCA en el año 2000 era de 3,4%, y en el año, 2018, casi veinte años después se registraban cifras de un 7,8%.

En nuestro país, entre el 4% y el 6,4% de las mujeres y un 0,3% de varones, que tienen entre 12 y 21 años se ven afectados por un TCA. Otro estudio arroja datos respecto a la población universitaria, exponiendo que cerca de un 21% de las mujeres y alrededor del 15% de los hombres está en riesgo de desarrollar algún trastorno de la conducta alimentaria.

Para conocer cómo ha evolucionado la prevalencia de distintos TCA según los manuales diagnósticos DSM y CIE a lo largo de los años, se ofrece una figura que ayuda a su comprensión visual. En ella encontramos por franjas de colores la prevalencia de la Anorexia Nerviosa, la Bulimia Nerviosa, el trastorno de la conducta alimentaria no especificado, Trastorno por Atracón y el Trastorno Alimentario no Especificado. La figura ha sido extraída de la revisión sistemática de Galmiche et al., (2019).

Figura 2

Evolución indicativa de la distribución de los diagnósticos de trastornos de la conducta alimentaria según las clasificaciones DSM y CIE extraído de Galmiche et al., (2019).



Nota. AN: anorexia nerviosa, DSM: manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, CIE: clasificación internacional de enfermedades, BN: bulimia nerviosa, TCANE: trastorno de la conducta alimentaria no especificado, TA: trastorno por atracón; IAR: ingesta alimentaria restrictiva, TANE: trastorno alimentario no especificado, OTAE: otro trastorno alimentario especificado; SAN: síndrome alimentario nocturno.

Con respecto a la población adolescente, se ha detectado que más del 11% de ellos, ponen en marcha conductas de riesgo que, reiterarse en duración e intensidad, podrían ser el inicio del desarrollo de un TCA.

Baladia (2015), encuentra que los TCA se desarrollan en edades tempranas, se ha visto que en los últimos cuarenta años el aumento de casos en adolescentes de menos de 12 años ha sido del 15%.

Thomas y Becker (2021), explican que en la mayoría de los casos el desarrollo de un TCA empieza en la adolescencia, siendo mínima la incidencia de casos en la adultez. Además, el sexo que se ve mayormente afectado por ellos es el femenino, existiendo una proporción de 9 mujeres por cada hombre. Son las mujeres entre los 12 y los 36 años, el grupo en el que se ha encontrado la mayor prevalencia de casos, ascendiendo la cifra a 94%.

Statista (2021), nos arroja datos acerca de la evolución de los casos de anorexia y bulimia nerviosa en España; en 2011 se registraron 14 659 casos mientras que, en 2019, la cifra ascendió hasta los 65 197.

Watson y sus colaboradores, publicaron en 2019, que una de las tres patologías más importantes de salud mental en adolescentes eran los TCA. Siendo la anorexia, el trastorno mental por el que se registra un mayor número de muertes al año, quedando por encima de la esquizofrenia o el trastorno bipolar.

Val et al., (2022) encuentran que los TCA tiene gran comorbilidad con otros afecciones o trastornos mentales como la ansiedad, el trastorno depresivo, los trastornos de personalidad y el trastorno obsesivo-compulsivo.

5.4 Predisponentes, precipitantes y mantenedores de la Anorexia y la Bulimia Nerviosa

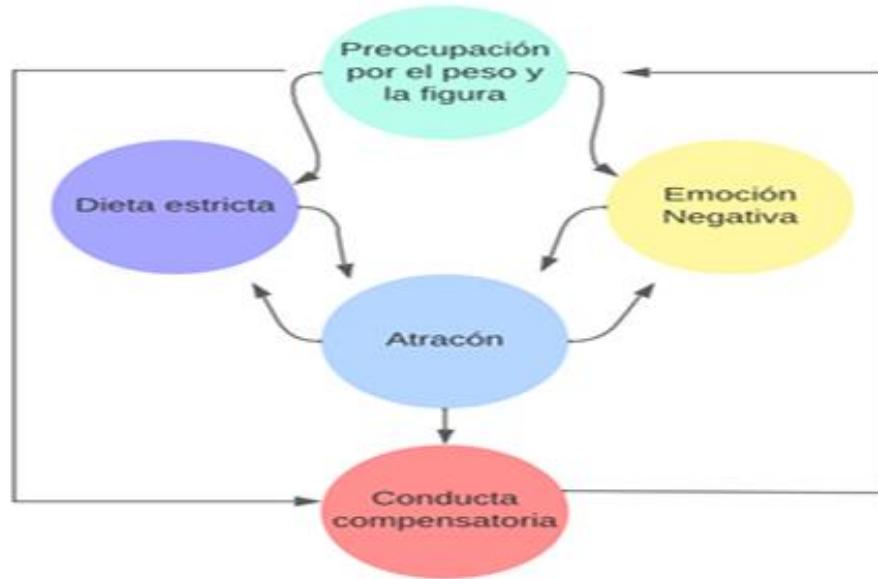
Según exponen Hausenblas et al., (2013), los TCA tiene una relación directa con percepción que se tiene sobre la auto imagen corporal; se suele poner el punto de atención en alguna parte del cuerpo que se considera imperfecta y se percibe sobredimensionada.

Para dar respuesta a la disonancia cognitiva y el malestar que les produce ésta, ponen en marcha conductas que alivian este malestar, como podría ser taparse esta parte del cuerpo, vestir con ropa holgada, hacer dietas restrictivas, purgarse, practicar ejercicio físico intenso...

Para comprender de una manera visual el proceso por el que pasan las personas que desarrollan Bulimia Nerviosa, se ofrece a continuación un modelo de mantenimiento de este TCA expuesto en Gómez et al., (2011).

Figura 3

Rueda de mantenimiento de la Bulimia Nerviosa según Gómez et al., (2011).



Nota. La figura ha de comenzar a interpretarse por la esfera azul de la parte superior, es decir, todo comienza por la preocupación por el peso y la figura, lo que lleva a la persona a experimentar emociones negativas y a llevar una dieta estricta, esto conduce al atracón y a la conducta compensatoria, que, a su vez, redirige la conducta a preocuparse nuevamente por el peso y la figura.

McLean et al., (2017), atisban dos caves en relación a la distorsión corporal, la primera perceptiva y la segunda actitudinal, que está en relación a las emociones que se tiene sobre el físico.

Una vez expuesto lo anterior, pasaremos a explicar que son los factores predisponentes, precipitantes y mantenedores de la conducta. Los primeros, son sucesos o acontecimientos que van creando un caldo de cultivo para que en el futuro la persona ante ciertos estímulos pueda desarrollar determinadas conductas. Los precipitantes, son estímulos ambientales, sociales, biológicos o psicológicos que hacen o precipitan que se pongan en marcha diversas conductas. Finalmente, los mantenedores son estímulos que ayudan a que algunas conductas se mantengan en el tiempo o a que no aparezcan.

Estos tres tipos de factores aumentan la probabilidad o posibilidad de que algunas conductas se pongan en marcha, pero no quiere decir esto que hagan necesaria su aparición.

A continuación, se recogen dos tablas que exponen los diferentes predisponentes, precipitantes y mantenedores siguiendo a Bernabé et al., (2013) y a Martín (2003).

Tabla 2

Predisponentes, precipitantes y mantenedores en Bulimia Nerviosa

Predisponentes	Precipitantes	Mantenedores
Estándar de belleza basado en extrema delgadez	Anteriores diagnósticos de otros TCA	Conductas compensatorias
Deficitario control de impulsos	Desórdenes emocionales	Preocupación extrema por la talla el peso y la figura o silueta corporal.
Trastornos mentales	estresantes	Presencia de atracones

Intentos de suicidio y conductas autolíticas	Inicio y/o mantenimiento de una dieta
Labilidad emocional	Emociones desagradables
Déficit de habilidades sociales	
Acontecimientos vitales críticos y estresantes: abuso sexual en la infancia, duelos, ruptura sentimental... Consumo de sustancias	
Tendencia al perfeccionismo	
Necesidad de aprobación eterna	
Autoestima y autoconcepto bajos	
Bajos niveles de los neurotransmisores: dopamina, noradrenalina y serotonina	

Tabla 3

Predisponentes, precipitantes y mantenedores de Anorexia Nerviosa.

Predisponentes	Precipitantes	Mantenedores
Estar en la adolescencia	Inicio de una dieta	Miedo exagerado a ganar peso
Ser mujer	Acontecimientos	
Perfeccionismo como rasgo de personalidad	estresantes corporal	Insatisfacción Estado de ánimo bajo
Sobrepeso	Conflictos para transitar a la restricción de alimentos	Sensación de control ante
Insatisfacción con el cuerpo	la juventud Menarquía	Conductas purgativas
Práctica masiva de ejercicio		Ayunos prolongados
Víctima de abusos físicos y sexuales		Práctica masiva de ejercicio físico
Baja autoestima		Presión social o grupal
Carencia de un patrón ordenado de alimentación		Sentimiento de aislamiento
Preferencia social por los cuerpos delgados		y soledad
Concomitancia de otros trastornos:	Trastorno dismórfico corporal, TOC,	Mal funcionamiento del eje serotoninérgico
Trastorno de la personalidad obsesiva y		Sintomatología TOC
		Imagen corporal distorsionada
		Canon de belleza basado en la extrema delgadez

Trastorno depresivo mayor

(TDM) Abuso de alcohol

Ambiente de

sobreprotección

Conflictos familiares

Practicar deportes en los

que es importante el peso:

gimnasia rítmica, boxeo,

MMA, atletismo, danza...

Para comprender mejor este análisis funcional de las conductas y como una persona pasa a desarrollar un trastorno de la conducta alimentaria vamos a comprender el trastorno de manera procesual. Como proponen Bernabé et al., (2013) en el caso de una persona que desarrolla bulimia nerviosa, el problema comienza cuando desarrolla una preocupación por el exceso de grasa corporal y el peso; esto lleva al sujeto a poner en marcha conductas para controlarlo, como puede ser el inicio de una dieta; esta dieta se hace por cuenta propia y tiende a ser desajustada con las necesidades nutricionales y de saciedad de la persona, por lo que empieza a pasar hambre. Con el tiempo se acumula la sensación de hambre y desencadena en una falta de control del impulso de comer, por lo que se acaba provocando un atracón. Ante este atracón aparece malestar tanto físico como emocional. Para aliviar este malestar la persona pone en marcha conductas compensatorias del atracón como pueden ser el vómito, el uso de laxantes o diuréticos. Este proceso se repite en el tiempo, y de esta forma comienza el trastorno.

En el siguiente apartado se explican de manera pormenorizada los factores que aparecen recogidos en las tablas, para ayudar a una comprensión más profunda de los TCA.

5.5 Factores de riesgo

Los TCA no tienen un único origen, sino que encontramos una mezcla de factores que en combinación hacen que se desarrolle el trastorno. López (2017) expone que la combinación de variables psicológicas, biológicas, familiares y socioculturales, predispone, precipita y mantiene los trastornos de la conducta alimentaria.

En este apartado del TFM se desarrollan con mayor profundidad:

5.5.1 Variables psicológicas

La combinación de una preocupación excesiva por el peso y la imagen corporal y la insatisfacción con las mismas, unida a una autoestima baja pueden dar como resultado e inicio de un TCA.

Las personas que desarrollan un TCA, generalmente tienen un ideal de belleza basado en la extrema delgadez o en cuerpos musculados (López, 2017). Este ideal hace que la persona esté insatisfecha con su cuerpo, por lo que se ven animados a poner en marcha conductas inadecuadas e insanas que les ayuden a transformar su cuerpo mediante una modificación en sus patrones de alimentación. Algunos de los comportamientos o patrones que ponen en marcha tienen que ver con el inicio de dietas restrictivas que incluyen la evitación de alimentos hipercalóricos, con grasas, hidratos de carbono y azúcares libres y también incluyen suplementos diuréticos y laxantes. El empleo de estas dietas desemboca en sensación de hambre, pérdida de control de las conductas de alimentarse y “craving” o deseo incontrolado de ingerir algunos alimentos, haciendo a los

individuos susceptibles de tener un atracón, causando sentimientos de insatisfacción y ansiedad (Martín, 2003).

La insatisfacción corporal es uno de los factores psicológicos más influyentes a la hora de desarrollar un TCA. Esta variable unida a la baja autoestima, predispone a la apersona a iniciar una dieta que cada vez se vuelve más restringida y que vuelve a la persona más vulnerable al desarrollo de patologías tanto físicas como psicológicas (Lladó et al., 2017)

Otros factores relacionados con la personalidad como el perfeccionismo, la elevada autoexigencia, la rigidez o inflexibilidad, la necesidad de control, la tendencia a la introversión y la falta de seguridad en el self, aumentan la probabilidad de aparición de un TCA, sobre todo se ha encontrado mayor relación con la Anorexia y la Bulimia Nerviosa (Caro et al., 2015).

La imagen corporal tiene gran relación con la autoestima; por lo que encontramos en personas con baja autoestima una inseguridad con respecto a su percepción corporal, suponiendo esto otro precipitante para el desarrollo de TCA. Respecto de la sintomatología depresiva y el estado de ánimo bajo, cabe mencionar que pueden contribuir a la aparición de preocupaciones añadidas sobre el patrón de alimentación y como éste afecta a la imagen corporal y al peso (Gutiérrez, 2015).

5.5.2 Variables biológicas

La literatura científica ha encontrado que las personas que tienen antecedentes familiares de TCA son más vulnerables a desarrollarlos. Sin embargo, se ha demostrado que esta vulnerabilidad genética no es causa suficiente para el desarrollo del trastorno, ya que se necesita una combinación de factores sociales, ambientales y de aprendizaje (Bauer et al., 2013).

Otra de las variables biológicas de relevancia es la entrada en la adolescencia, pues en la transición de la niñez a esta etapa se producen cambios físicos relacionados con los caracteres sexuales, que pueden suponer un desafío en especial, para algunas mujeres. Con la llegada de la menarquia, se produce un ensanchamiento de la figura corporal y una ganancia de grasa corporal localizada y relacionada con los caracteres sexuales; este hecho contrasta con el ideal social de la delgadez, que presiona, sobre todo a las mujeres, a mantenerse delgadas para entrar dentro de los cánones de belleza. Provocando una repercusión negativa en la satisfacción con la imagen corporal (Bernabé et al., 2013).

5.5.3 Variables socioculturales.

De los medios de comunicación recibimos gran cantidad de información sobre los cánones de belleza y los ideales de delgadez. Los mensajes con los que se nos bombardean desde la televisión, la radio o las redes sociales son constantes, y ensalzan la idea de que estar delgado es sinónimo de tener éxito y aprobación social (Lladó et al., 2017).

Así, algunos autores encuentran en los medios de comunicación un factor predisponente de este tipo de trastornos. El ensalzamiento de la delgadez extrema agrava la insatisfacción que algunas personas pueden sentir con su físico, pues existe una diferencia entre la silueta que se posee y el canon imposible que se anuncia como aceptable; esto también repercute en la autoestima haciendo que cada vez sea más baja (Moreira et al., 2021).

Según han demostrado Murray et al., (2016) o mismo pasa con las redes sociales, en las que aparecen personas que ensalzan patrones poco saludables de alimentación, productos milagrosos para perder o controlar el peso, rutinas de ejercicio exigentes y consejos insalubres sobre como bajar de peso; todo ello puede suponer un factor precipitante y mantenedor de los TCA.

De forma paradójica, la sociedad en la que vivimos ensalza la delgadez y la vuelve un sinónimo de belleza y de éxito, pero por otro lado el estilo de vida que predomina en la sociedad es sedentario, orientado al consumo excesivo de alimentos hipercalóricos, procesados y altamente palatables, lo cual favorece que cada vez más personas padezcan obesidad y se alejen del canon de belleza (McLean et al., 2017).

5.5.4 Variables familiares

Algunos estilos comunicativos y de relación entre los miembros de la familia se han visto correlacionados con la mayor probabilidad de desarrollo de los TCA. La literatura científica ilustra que la falta de comunicación entre los miembros de la fratria, una preocupación excesiva de los progenitores por un canon de belleza delgado, la sobreprotección, la rigidez cognitiva o la falta de definición en los roles dentro del núcleo familiar hace que los miembros de esa familia, sobre todo las hijas e hijos tengan mayor probabilidad de desarrollar bulimia o anorexia nerviosa (Robledo, 2009).

Es por ello que, al hacer la valoración clínica de la sintomatología, para poder realizar un análisis funcional de la conducta hemos de tener en cuenta la historia y la cultura familiar, haciendo especial hincapié en los patrones de alimentación, en la importancia que se le da al físico y los comentarios que se hacen sobre éste entre los miembros (Pérez, 2018).

Según Palenzuela et al., (2014) otros aspectos que también cabe destacar por la importancia que poseen son la presencia de traumas durante la infancia, que estén en relación con maltratos físicos o abusos sexuales, la carencia de cuidados y que alguno de los progenitores haya padecido un TCA anteriormente.

5.6 Factores protectores frente al desarrollo de un TCA

Hasta ahora se ha ofrecido una revisión sobre variables y factores que predisponen y mantienen a las personas a desarrollar un trastorno de la conducta alimentaria, pero por suerte, encontramos otros factores que nos pueden ayudar a protegernos frente a ellos y a reducir la probabilidad de aparición de este tipo de trastornos, siguiendo con el estudio de Arjona et al., (2024) algunos de ellos son:

- A. Una alta autoestima que se ha trabajado y desarrollada gracias al entrenamiento en habilidades que nos permiten afrontar las vicisitudes cotidianas eficientemente, la toma de conciencia a cerca de las capacidades y aptitudes que poseemos, y finalmente la aceptación de las características que conforman nuestra personalidad, haciendo una evaluación positiva de las mismas.
- B. Otro de los factores que nos protege es tener una buena percepción de la imagen corporal, que este ajustada a la realidad. La imagen corporal tiene que ver con la representación cognitiva que hacemos sobre nuestro aspecto físico; se va conformando a medida que nos desarrollamos evolutivamente y se ve afectada por los comentarios y percepciones que nos ofrecen los demás a cerca de como perciben el físico propio y ajeno.
- C. La capacidad crítica es otra de las variables de protección. Es esencial que los adolescentes y jóvenes desarrollen un espíritu y un ojo crítico que les ayude a discernir entre las falacias y las verdades que se encuentran en redes sociales, en los medios de comunicación y en su vida diaria. Esto les permitirá comprender que los cuerpos que se muestran en redes, en muchas ocasiones tiene retoques estéticos, o han sido editados con Photoshop y que los cánones

que se presentan son prácticamente imposibles ya que corresponden a un biotipo corporal que se da en muy pocas personas.

- D. Otro de los factores protectores es adoptar un estilo de vida saludable que este basado en un alimentación variada y equilibrada, en la que no se restrinja ningún tipo de alimento, en la que haya una práctica habitual de ejercicio físico. Se entiende, por tanto, que la práctica de hábitos saludables de manera recurrente ayuda a cuidar la salud física y psicológica y a prevenir la aparición de los TCA.

5.7 Prevención de los TCA

Según la Real Academia de la Lengua Española (RAE, s.f), la prevención es la preparación y disposición que se hace de manera anticipada para evitar un riesgo o ejecutar una tarea.

Durante los últimos años los gobiernos y las entidades públicas de salud han trabajado unidos para prevenir la aparición de problemas, poniendo en marcha programas que alientan a los ciudadanos a llevar un estilo de vida saludable, que reduzca la probabilidad de aparición de enfermedades y promueva la salud.

Uno de los ámbitos en los que se ha trabajado para prevenir la aparición de problemas y fomentar la salud está en relación con los trastornos de la conducta alimentaria.

- A. Ouwens et al., (2009), recogen razones por las que la prevención en este ámbito es necesaria:
- B. Los TCA generalmente se inician en la adolescencia y pueden afectar a un porcentaje significativo de población, de manera directa, pero también indirecta

porque cuando una persona desarrolla cualquier tipo de patología hace que su red familiar y social experimente consecuencias secundarias por ello.

- C. Otra de las razones radica en que el momento de inicio del trastorno coincide generalmente con la adolescencia, momento en el que aun muchas personas no han adquirido recursos psicológicos que les ayuden a gestionar las consecuencias que puede tener el inicio del TCA.
- D. Por otro lado, se entiende que son problemáticas con naturaleza multidimensional en las que influyen numerosas variables, por lo que preferiblemente la intervención ha de estar mediada por distintos profesionales y seguir un enfoque biopsicosocial.
- E. Finalmente, se sabe que los TCA tienen una gran comorbilidad con otros Trastornos como el Trastorno Depresivo Mayor o el Trastorno Obsesivo Compulsivo, por lo que implementar actividades dirigidas a la prevención ayudaría a prevenir el agravamiento y el desarrollo de más patologías.

Para conocer los tipos de prevención seguiremos a Caplan (1946), que nos orientará para sentar las bases del trabajo que se desarrollará más adelante en este TFM.

Este autor clásico expone que hay tres niveles de prevención, la primaria, la secundaria y la terciaria.

- A. La primaria está orientada a personas sanas, sin patología, pero que son susceptibles de desarrollarla. En ellos, el objetivo es reducir el porcentaje de riesgo de surgimiento de dificultades.
- B. La prevención secundaria está orientada a personas que padecen alguna complicación o síntomas de algún trastorno y busca dar una solución que ayude a que la problemática no se agrave.

C. Por último, la prevención terciaria está dirigida a sujetos que ya han desarrollado alguna patología. Con ella se busca prevenir el empeoramiento de síntomas, las secuelas y la mejora de la situación de los individuos.

Marchand et al., (2011) proponen que las intervenciones más potentes son las que están dirigidas a aquellos sujetos que presentan mayor probabilidad de presentar la patología; por ello la intervención que se expone más adelante en este TFM está dirigida a adolescentes.

A destacar también que el nivel de prevención que se pretende, por tanto, es la primaria. A continuación, se recoge un apartado en el que se desarrolla esta temática en profundidad.

5.7 Arteterapia como variable de intervención.

La Asociación Americana de Arteterapia expuso que la arteterapia se trata de una intervención para prevenir la aparición problemas de salud o mejorar los existentes mediante el uso de herramientas artísticas (Coll, 2006).

Como expone (Cabrera, 2012) mediante el uso de herramientas y creación de materiales artísticos se exploran los sentimientos, se trata de resolver los conflictos emocionales y se profundiza en el autoconocimiento y se trata de aumentar la autoestima, entre otras cosas.

Como medio de expresión en arteterapia no solo se emplea el dibujo, sino que hay una amplia variedad de técnicas como la pintura, la escultura, el body-art, la performance o la fotografía.

La arteterapia, en palabras de Hinz (2006) una de sus grandes desarrolladoras, es una disciplina que ayuda al paciente a expresarse y a explorar sus emociones y vivencias,

para darles un sentido; además empleando imágenes y figuras se facilita la integración y el procesamiento del mensaje.

Algunos autores encuentran en sus estudios que el uso de arte terapia ha mejorado los niveles de relajación, ayuda a aumentar la creatividad y mejora la comunicación y la cohesión grupal (Martín et al., 2018)

La ya mencionada, Hinz (2006), recoge en su obra que la arteterapia estimula principalmente áreas del hemisferio derecho, pues en ellas se produce el procesamiento de emociones e imágenes. La autora explica que los contenidos emocionales pueden ser en ocasiones difíciles de verbalizar por lo que la arteterapia al emplear otros medios de expresión favorece la comprensión de las emociones y de su ocasional ambivalencia.

Como recogen Potash et al., (2013), algunas de las técnicas que se usan en arteterapia son las siguientes:

A. Elaboración de muñecos y personajes con arcilla o plastilina. Algunas de las actividades que se suelen trabajar son la creación de personajes con los que se sientan representados para después explicar por qué y con qué características. Los personajes pueden ser animales, criaturas, figuras humanas... se invita a jugar con la imaginación y añadir características o habilidades especiales que pueda tener su personaje; por otro lado, se puede solicitar la creación de un escudo o una protección que represente sus habilidades y fortalezas presentes en su vida actual.

B. Creación de máscaras. Gracias a la elaboración de estos materiales podemos trabajar multitud de aspectos; podemos indicar a los participantes que dibujen en la máscara lo que le gustaría mostrar de sí mismo a los demás, lo que cree que los demás ven en él/ella, al reverso de la máscara lo que ellos ven de sí mismos, lo que prefieren reservar para su intimidad, sus miedos, sus fortalezas, sus

emociones... se pueden crear diferentes máscaras que representen los diferentes estados de ánimo o roles que tengan los participantes... de esta manera, con la metáfora de las máscaras se facilita la verbalización de contenido emocional.

- C. Collage: el collage es una técnica que consiste en juntar diversas imágenes para crear un mural. En este caso se alienta al paciente a seleccionar y recortar diversas imágenes, frases o palabras con los que se sientan identificados, que expresen afectos positivos, aspiraciones u objetivos vitales. Aunque puede ser usado con muy diversos objetivos.
- D. Post-it: estas pequeñas hojas adhesivas son muy versátiles pues permiten escribir en ellas pequeños mensajes que se pueden pegar y despegar con facilidad en diversos lugares y espacios. Al ofrecer una variedad de colores amplia permiten clasificar pensamientos, emociones y conductas de manera visual. Aplicado al campo de los TCA, pueden ser empleados para escribir en ellos pensamientos.

Estos mismos autores (Potash et al., 2013) afirman que, durante las primeras sesiones de intervención, las participantes tenían reticencia a la expresión emocional por vergüenza, pero según fueron avanzando en el tratamiento el sentimiento de vulnerabilidad se fue disipando y se sentían más seguras.

En el Hospital Clínico San Carlos con niños de entre 3 y 18 años, se impartió otro taller con niños de edades comprendidas entre los 3 y los 18 años, los objetivos terapéuticos eran similares. A destacar de este grupo, fue el uso de fotografías de diferentes partes del cuerpo, como los ojos, los pies o el cuerpo de espaldas, expresando diversas emociones bien con sus propios cuerpos o pidiendo permiso a personas relevantes para ellos para que expresasen con sus cuerpos. Al finalizar el taller, se entrevistó a los participantes y expusieron que gracias a estas actividades de arteterapia

habían conseguido sentirse escuchados y aceptados, y habían conseguido centrar su atención en otros estímulos más allá del cuerpo, la comida y el peso (Gutiérrez-Ajamil, 2013).

La literatura científica expresa que las personas que padecen sintomatología compatible con un TCA, al comienzo de la intervención suelen ser rígidos y sentirse inseguros, pero según van avanzando en el proceso terapéutico se tornan más participativos y aprovechan las actividades, llegando a disfrutar de ellas (Schouten et al., 2015).

Algunos de los tópicos de arteterapia que se suelen trabajar en el proceso de prevención y sanación de los TCA son los siguientes: el entrenamiento en solución de problemas, las emociones y el impacto que tienen en su vida diaria, la autopercepción, la conciencia de las necesidades que tiene el cuerpo, la imagen corporal y la autoaceptación (Gutiérrez-Ajamil, 2013).

5.8 Justificación a nivel legal

A nivel legal tenemos en España varias leyes educativas que promueven y defienden la prevención de la salud en el ámbito educativo. Algunos documentos que apoyan el contenido de este TFM, que versa sobre la prevención de la aparición de TCA en la Educación Secundaria Obligatoria son los siguientes:

La Ley 33/2011; ley General de Salud Pública, sienta las bases de la promoción de la salud y la prevención de trastornos o de la enfermedad desde una perspectiva integral y multifactorial, que señala la importancia de intervenir sobre aspectos sociales y de salud como el bienestar emocional, el deporte o la alimentación, viéndose reflejado en los artículos 16 y 19. En esta línea reconoce que hay una relación indiscutible entre educación

y salud, resaltando la importancia de proveer información acerca de los estilos de vida saludables y visión crítica a cerca de los factores de riesgo.

En la Orden EDU/614/2024 aparece regulado el proyecto de innovación educativa de Escuelas Saludables de Castilla y León, en este proyecto se propone la inserción de manera transversal de contenidos que se relacionan con la salud en el currículo, como la educación emocional, un estilo de vida saludable, la nutrición o el uso responsable de las redes sociales; todos ellos, factores relacionados con la prevención de los TCA. Además, expresa la importancia de la participación activa de profesionales sanitarios, familia, profesorado y alumnos.

Siguiendo con el proyecto de innovación de Escuelas Saludables, se incorporan contenidos que van en la línea del diseño curricular que destaca la importancia de incluir la educación emocional como una estrategia que prevenga la aparición de trastornos emocionales y alimentarios, buscando que los alumnos puedan adquirir competencias que les ayuden a identificar y gestionar sus estados emocionales de manera que se prevengan las conductas de riesgo, como en este caso podrían ser las relacionadas con los TCA.

Con respecto a las competencias clave que se establecen en la Ley Orgánica de Educación (LOMLOE, 2020) y que pueden estar más íntimamente relacionadas con la promoción de la salud mental, física y emocional de los alumnos, encontramos las siguientes:

La competencia ciudadana que contribuye a que los estudiantes puedan convertirse en ciudadanos responsables y participar en la vida social, comprendiendo la estructura y conceptos de la sociedad, la economía, la política y la jurisdicción, además de adquirir un compromiso con la sostenibilidad y la unión mundial de la ciudadanía.

La competencia ciudadana primera, que está relacionada con la identidad y normas de convivencia a nivel social, versa además sobre la importancia de comprender hechos culturales, históricos y normativos que se demuestran cuando el alumno es capaz de desarrollar empatía, respeto a las normas, y un espíritu constructivo en la relación con los demás. En relación a los TCA, esta competencia fomenta que los alumnos desarrollen una identidad personal sólida, que se vincula con una autoestima ajustada y con la percepción corporal tanto propia como ajena. Ayudando a aceptar y comprender la diversidad de tipos de cuerpos que existen, suavizar la presión social en relación a los estándares de belleza.

Con respecto a la segunda competencia ciudadana de participación democrática y resolución de conflictos, que fomenta la resolución de conflictos, la toma de decisiones, el respeto por la diversidad y la cohesión social, entre otras cosas; está en relación con la reducción de conductas de acoso y bullying entre alumnos y la presión social; hechos que afectan a gran cantidad de adolescentes y que tienen una correlación con la aparición de TCA, y conductas de riesgo.

La tercera competencia ciudadana que versa sobre la reflexión de valores éticos y rechazo a estereotipos, que analiza los problemas éticos fundamentales de la actualidad teniendo en cuenta los valores propios y ajenos, desarrollando juicios propios. En relación con este TFM, que se trabaje de manera crítica los estereotipos y los prejuicios sobre todo en cuestiones estéticas y de imagen personal puede ayudar a la prevención de una autocritica exacerbada de la imagen personal y a la discriminación de cuerpos no normativos.

Sobre la comprensión de la interconexión de las acciones humanas, que sería la competencia ciudadana número cuatro, en la que se habla sobre las relaciones sistémicas de interdependencia e interconexión de forma consciente y un estilo de vida sostenible.

En relación con los TCA, esta competencia enfatizaría en adoptar un estilo de vida saludable, en la línea de la gestión emocional y del autocuidado.

Gracias a la existencia de este marco normativo tanto a nivel autonómico como estatal, encontramos leyes que promocionan y protegen la implantación desde el ámbito educativo de enseñanzas a cerca de la salud y la promoción de un estilo de vida equilibrado que proteja a los alumnos y a la sociedad en general frente a enfermedades, como podrían ser los TCA.

6. PROPUESTA DE INTERVENCIÓN

En los siguientes apartados se recogerá toda la información acerca de la propuesta de intervención que se pretende desarrollar en este Trabajo de Fin de Master.

A modo de introducción de este apartado se cree conveniente hablar de la relevancia y la pertenencia que tiene esta temática dentro de las funciones que tiene el Departamento de Orientación en el centro, que son: apoyo al proceso de enseñanza aprendizaje, apoyo al proceso de acción tutorial y apoyo a la orientación académica y profesional.

Basándonos en la ORDEN EDU/1054/2012, del 5 de diciembre, por la que se regula la organización y el funcionamiento de los departamentos de orientación de los centros docentes de la Comunidad de Castilla y León, esta propuesta de intervención tiene cabida dentro de las actuaciones de apoyo al plan de acción tutorial.

Como esta propuesta de intervención está dirigida a alumnos adolescentes de manera grupal y busca mejorar no solo su salud psicológica sino también el clima del aula, se entiende que está en consonancia con una de las actuaciones que recoge la orden antes mencionada, que habla sobre la necesidad de que se aporten estrategias y técnicas

para atender a las problemáticas individuales, grupales e incluso familiares, y que estén dirigidas a mejorar las relaciones e interacciones sociales dentro y fuera del aula.

En este TFM se presenta una propuesta de intervención para prevenir el desarrollo de los TCA, focalizando en la prevención de la anorexia y la bulimia nerviosa en alumnado de 3º de ESO, en un instituto público de la provincia de Valladolid, Castilla y León.

Los objetivos generales que persigue este programa son por un lado promocionar y promover hábitos de vida saludable y por otro prevenir la aparición de TCA; estos se desarrollaran de manera general en las 8 sesiones que se ofrecen.

Finalmente, destacar que a lo largo de todo el programa se busca que los alumnos participen activamente, por lo que se emplean estrategias de trabajo cooperativo por equipos, lluvia de ideas, o juego de roles...

6.1 Objetivos de la intervención

1. Prevenir el desarrollo de Trastornos de la Conducta Alimentaria (destacando la Bulimia y la Anorexia Nerviosa) en alumnos de 3º de ESO.
2. Promocionar hábitos saludables de alimentación y ejercicio físico.
3. Detectar conductas de riesgo relacionadas con el desarrollo de los TCA.
4. Promover el desarrollo de un juicio crítico sobre los mensajes sociales y los cánones de belleza actuales que fomentan la delgadez.
5. Mejorar la autoestima de los alumnos.

6.2 Metodología

A lo largo de la intervención se llevarán a cabo actividades por grupos reducidos de entre 4 y 6 alumnos y en gran grupo, dependiendo de la actividad y el objetivo que se persiga con la misma. Para algunas de las dinámicas que se proponen se utiliza el trabajo

cooperativo, en el que, a los alumnos, por pequeños grupos, se les asignan diferentes roles o tareas que han de ir trabajando de manera individual y luego poner en común los descubrimientos para conseguir un trabajo o producto final.

Respecto a los grupos de trabajo que se formarán, cabe mencionar que serán heterogéneos y se irán variando a lo largo de las sesiones, además, en algunos serán los alumnos los que decidan con quien agruparse y otros serán agrupados por la persona encargada de impartir el programa; de esta manera se busca que alumnos con diferentes ideas puedan contrastar opiniones y dialogar.

Durante las sesiones se promocionará la formación de debates entre los alumnos, una vez tengan información científica y contrastada, para ayudarles a contrastar ideas erróneas y alejarse de la perspectiva lega.

Por último, mencionar que en el desarrollo del programa se hará uso de herramientas de arteterapia y elementos TIC, que nos ayudarán a buscar y extractar información.

6.3 Evaluación del programa

Siguiendo con la línea de uno de los objetivos específicos del programa que es detectar conductas de riesgo en relación con los TCA y en aras de evaluar la efectividad del programa y poder dar una respuesta al alumnado que presente sintomatología clínica o subclínica de TCA, derivándolos a servicios especializados, se utilizarán las siguientes herramientas psicométricas para la evaluación.

Una semana antes de comenzar el programa los encargados de impartirlo enviarán al alumnado por Microsoft Teams un correo electrónico en el que se presentarán, diciendo su nombre, un pequeño resumen de su currículum vitae, una breve descripción del programa; para después pasar a introducir y suministrar las herramientas de evaluación

tanto a padres/ madres/ tutores legales como a los propios alumnos. En este documento es imprescindible que se incluya el consentimiento informado, que han de leer y firmar los padres de los alumnos, pues sin ello no se puede evaluar a los menores.

Las herramientas psicométricas que han de cumplimentar son: Test EAT-26 (Castro et al., 1991) (ver anexo, Figura 1); un test que nos ayuda a conocer las actitudes hacia la comida y conductas relacionadas con la anorexia nerviosa. El EAT-26 es un test de referencia, de aplicación rápida, con tan solo 26 ítems.

Otra de las herramientas es el cuestionario BSQ (Cooper et al., 1987), (ver anexo, Figura 2), que evalúa el miedo a subir de peso, la insatisfacción con la imagen corporal, las actitudes hacia la apariencia física y la evitación de acontecimientos en los que el cuerpo o la apariencia física pueda ser un motivo de atención. El motivo de elección de este cuestionario es que evalúa diferentes variables claves en el desarrollo de los TCA, distingue entre población clínica y población sin presencia de trastorno y está focalizado en detectar bulimia nerviosa.

La razón por la que se toman datos a padres y a hijos, es porque la literatura científica destaca que la relación que tienen los padres y madres con la comida, puede influir en que sus hijos desarrollem un TCA.

Por otro lado, se suministra una escala de autoestima corporal EAC de Peris et al., (2016) (ver anexo, Figura 3) y el Cuestionario de conocimientos nutricionales de González-Fernández et al., (2023) (ver anexo, Figura 4).

Una vez analizados los datos de las diferentes herramientas administradas se recogen en un documento en el que aparece el nombre de cada alumno, junto con el de sus padres y los resultados obtenidos en las pruebas, para después hacer una comparativa cuando el programa termine.

Acabada la octava de las sesiones se vuelve a enviar un correo con las pruebas psicométricas antes mencionadas y a mayores se incluye el cuestionario de satisfacción CSQ-8 (recogido en Otero et al., 2020) (ver anexo, Figura 5).

Si al finalizar el programa se detectan alumnos con resultados que indiquen que pueden estar en riesgo de desarrollar un TCA, se concertará una entrevista individual con sus padres, para advertirles de lo que se ha detectado, y poder derivarles a los servicios sanitarios.

6.4 Destinatarios

El programa propuesto en este TFM está diseñado para ser implementado en un IES de la localidad vallisoletana de Medina del Campo, en Castilla y León.

El IES Emperador Carlos, centro en el que se han realizado las prácticas curriculares de este máster, se encuentra en una villa del entorno rural, cerca de la capital de provincia. Cuenta con una población estimada de unos 20.000 habitantes. Los sectores económicos más desarrollados son el primario y el secundario, sobre todo la explotación agrícola, vinícola y ganadera; que da como resultado una población con un nivel sociocultural y económico medio.

El alumnado del IES Emperador Carlos es diverso; cuenta con 531 alumnos matriculados, entre los cuales encontramos diversidad de nacionalidades y culturas; habiendo alumnos procedentes de Marruecos, Ecuador, Brasil, Ucrania y Rumanía, entre otros. La heterogeneidad del alumnado también se ve reflejada en la presencia de un porcentaje significativo de alumnos con necesidades educativas especiales, entre los que hay personas con diagnóstico de Altas Capacidades Intelectuales, Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad, Trastorno del Espectro Autista...

Aunque la diversidad del alumnado es un hecho, las sesiones están diseñadas para que todos los alumnos puedan participar, comprendiendo los contenidos del programa y participando de ellos.

En el curso de tercero de ESO, hay línea tres, pero se cree conveniente intervenir en solo uno de los grupos, por cuestiones de disponibilidad del centro y de los profesionales que imparten el programa y para poder hacer una primera toma de contacto y analizar los resultados del programa.

Asimismo, se ha decidido que el programa se desarrolle en 3º de la ESO y no es otro curso, porque los alumnos de este curso son especialmente sensibles o vulnerables a las influencias externas y la evaluación de su aspecto físico, por lo que se entiende que dotarles de herramientas para el autoconocimiento y la gestión emocional se vuelve especialmente importante, a fin de reducir un posible impacto negativo en su vida personal y académica.

Los alumnos participantes serán 26 adolescentes (14 chicos y 12 chicas) de entre 14 y 15 años.

Hasta aquí se ha recogido una descripción de los participantes en el programa, que incluye a alumnos y a sus familiares como destinatarios diana; de su participación en estas sesiones se espera que haya otras personas que sean beneficiarios secundarios como otros compañeros, amigos o familiares de los participantes.

6.5 Recursos

Para llevar a la práctica este programa es preciso disponer de los siguientes recursos:

Recursos humanos: se precisa que la persona encargada del taller sea el orientador del centro o un psicólogo especialista en TCA.

Respecto a los recursos materiales se precisa, a parte del aula habitual de clase de los alumnos u otra aula libre, materiales de papelería como: útiles de escritura, pinturas y rotuladores, plastilina, platos de cartón, cartulinas de goma eva, cartulinas de colores, folios, tijeras, barras de pegamento y gomas para caretas.

Finalmente, en relación a los recursos técnicos, también se requerirá el uso de tabletas u ordenadores portátiles, un proyector y acceso a internet.

6.6 Cronograma

La presente propuesta de intervención está diseñada para ser puesta en marcha a lo largo de 8 sesiones de aproximadamente 55 minutos de duración cada una, lo que correspondería con la hora destinada la tutoría semanal.

Las sesiones están pensadas para ser desarrolladas bien por el orientador del instituto, por un psicólogo especializado en TCA. Es de vital importancia que la persona que lo imparta tenga unos mínimos conocimientos de salud mental y de TCA para que no se produzcan situaciones iatrogénicas durante las sesiones.

Se ha pensado que el programa se lleve a cabo a lo largo del segundo trimestre del curso, porque a los alumnos ya les ha dado tiempo a conocerse y puede que exista mayor cohesión grupal. Además, al ser un trimestre que habitualmente es más largo, y no coincide con evaluaciones finales puede ser idóneo para que se imparta esta propuesta.

El cronograma que se pretende seguir para llevar a cabo la propuesta de intervención en 8 sesiones abarca cuatro días del mes de enero, tres de febrero y uno del mes de marzo, a continuación, se recoge de manera visual en la Tabla N.º 4.

Tabla 4.

Cronograma de las sesiones

	ENERO	FEBRERO	MARZO
Sesión 1	Día 9		
Sesión 2		Día 16	
Sesión 3		Día 23	
Sesión 4	Día 30		
Sesión 5		Día 6	
Sesión 6		Día 13	
Sesión 7		Día 20	
Sesión 8			Día 6

Nota. Elaboración propia.

A continuación, se hace una descripción pormenorizada de las sesiones y las actividades que se proponen en este programa.

6.7 Descripción de las actividades

En este apartado se presentan las sesiones y actividades de las que se compone esta propuesta de intervención, asimismo se describen los objetivos, la descripción de las actividades, los materiales necesarios para desarrollarlas y el tiempo que se requiere para cada una.

Sesión 1

Objetivos:

- Transmitir información sobre alimentación y ejercicio físico.
- Instruir sobre hábitos correctos de alimentación.
- Inducir a la reflexión sobre los hábitos de alimentación de los alumnos.

Actividad 1

Descripción:

La primera de las actividades es una presentación del programa en la que las personas encargadas del mismo, se presentan, diciendo sus nombres, un pequeño resumen de su currículum y un adjetivo o cualidad que los defina. Tras ello, animan a los alumnos a presentarse; han de decir en alto su nombre y un adjetivo positivo que los defina.

Cuando todos los alumnos hayan terminado, el profesional recoge brevemente algunos de los adjetivos que han dicho los alumnos y cierra el ejercicio de presentación.

Duración: 10 minutos.

Actividad 2

Descripción:

La siguiente actividad consiste en impartir una charla a los alumnos, en la que se traten los siguientes tópicos: la pirámide de la alimentación saludable, las diferencias que existen en las necesidades energéticas de distintas personas, que varían en función de su edad, sexo, actividad física que realicen, condiciones climáticas..., la diferencia entre

nutrirse y alimentarse la distribución de las calorías que se debe hacer en las ingestas y hábitos saludables como: descanso, ejercicio físico, comer con compañía...

Duración: 15 minutos.

Actividad 3

Descripción:

Se divide la clase en pequeños grupos de 4 o 5 alumnos, y a cada grupo se le da un papel en el que aparece unas afirmaciones sobre las que han de debatir si son ciertas o no, después han de buscar información en Google al respecto. Tras ello, se pondrán en común los hallazgos con el resto de compañeros y la persona encargada del taller hará aclaraciones al respecto.

- Hay dietas milagrosas que consiguen hacerte adelgazar.
- Beber agua durante las comidas hace que subas de peso.
- Es normal que a lo largo del día pesemos lo mismo.
- Los hidratos de carbono engordan.
- Los productos light son para adelgazar.
- Saltarse comidas es bueno para adelgazar.
- No comer nada de azúcar es bueno.

Duración: 20 minutos.

Actividad 4

Descripción:

La última de las actividades que se propone para la sesión, ayuda a recoger un pequeño feedback de la sesión, animar a los alumnos a proponerse un reto para la semana en relación con lo aprendido y hacer preguntas o sugerir temas que les gustaría trabajar en futuras sesiones. Para ello se entrega a cada alumno 3 Post-it, uno de color naranja, otro rojo y otro amarillo.

En el Post-it naranja han de escribir que les ha parecido la sesión, qué han aprendido, o qué les ha gustado o llamado más la atención.

En el Post-it rojo han de escribir un mini reto que ellos se vean capaces de hacer durante la semana para mejorar sus hábitos de salud.

Finalmente, en el Post-it amarillo han de escribir ideas, dudas o inquietudes que tengan a cerca de los temas que se están trabajando y que les gustaría tratar en futuras sesiones.

Estos Post-it se pegarán en un cartel ya elaborado por los encargados del taller, en el que se irán pegando los Post-it naranjas y rojos. Mientras que los amarillos se recogerán para ser analizados y poder darles una respuesta.

Duración: 10 minutos.

Materiales necesarios para la sesión:

- Ordenadores
- Proyector
- Pantalla

- Post-it de colores

Sesión 2

Objetivos:

- Afianzar conocimientos sobre alimentación y ejercicio físico.
- Inducir a la reflexión sobre los hábitos de salud de los alumnos.

Actividad 1

Descripción:

La actividad consiste llevar a los alumnos a hacer una reflexión personal sobre sus hábitos de nutrición y ejercicio físico. La actividad busca que se reflexione sobre los conocimientos adquiridos en la sesión anterior.

Para ello, se entrega a cada estudiante un folio en el que ha de dibujar una silueta que represente su cuerpo. Dentro de su cuerpo han de dibujar algunos alimentos que ingieren habitualmente y alrededor de ellos pintar de un color representativo para ellos y escribir como les hace sentir cuando ingieren ese alimento.

De esta manera se observa como ellos perciben su silueta corporal, y si hubiese desajustes en esta percepción, se analizan sus hábitos de alimentación y se les induce a reflexionar sobre que emociones o sentimientos les produce ingerir determinadas sustancias.

Una vez finalizado el ejercicio individual, se dedica un espacio para que los alumnos compartan sus reflexiones sobre los hábitos que han representado, cómo se sienten con ellos, y si hubiese algún cambio que les gustaría implementar.

Duración: 20 minutos.

Actividad 2

Descripción: Se entrega a cada uno de los alumnos un plato de cartón en el que puedan escribir. Se les indica que han de dividir el plato en 4 partes.

- En una de las partes han de escribir o representar alimentos que ingieren y que les hacen sentir bien.
- En otro, han de representar hábitos o rutinas que les ayudan a cuidar su estado físico.
- En otra han de escribir frases positivas que les ayuden a cuidar su salud mental.
- Y en la última parte, rutinas sociales que practican o que les gustaría hacer para estar en compañía de otras personas que les hagan sentir bien.

A continuación, se ofrece una representación gráfica en la Figura 4 que ilustra un ejemplo de plato elaborado por un alumno. En este caso ha decidido representar como alimentos que le hacen sentir bien; pollo y verduras, como hábitos que le ayudan a cuidar su estado físico: jugar al futbol, charlar con amigos como rutina social y como frase positiva: “me quiero y me respeto”.

Figura 4

Representación de un plato creado por un alumno para la actividad N.º 2



Duración: 25 minutos.

Actividad 3

Descripción: Ejercicio de los Post-it de la sesión 1.

Duración: 10 minutos.

Materiales necesarios para la sesión:

- Ordenadores
- Proyector
- Pantalla
- Folios
- Platos de cartón.
- Pinturas y material de escritura
- Post-it de colores

Sesión 3

Objetivos de la sesión:

- Instruir a cerca de la diversidad de cuerpos y fomentar una visión positiva de los mismos.
- Desarrollar un pensamiento crítico sobre los ideales estéticos promovidos en redes sociales y medios.
- Desarrollar una mayor aceptación de la imagen corporal.

Actividad 1:

Descripción: La clase se divide en cuatro grupos de más o menos el mismo número de alumnos. A cada grupo se le da un papel en el que pone lo que han de dibujar. La norma que se les explica es que no han de decir en voz alta lo que pone en su papel.

Por grupos, cada alumno ha de moldear con plastilina diferentes tipos de cuerpos:

- Grupo 1: un cuerpo de un hombre promedio que veas en la calle.
- Grupo 2: un cuerpo de un hombre que veas en redes sociales (Instagram, Tik-tok...) o en un anuncio de TV.
- Grupo 3: un cuerpo de una mujer promedio que veas en la calle.
- Grupo 4: un cuerpo de un hombre que veas en redes sociales (Instagram, Tik-tok...) o en un anuncio de TV.

A continuación, se ofrece una imagen creada con Inteligencia Artificial, que representa como deberían disponerse los grupos de alumnos y un ejemplo del resultado que podrían obtener tras crear una figura de plastilina inspirada en una mujer promedio que vean en su día a día por la calle.

Figura 5

Grupo clase dividido en subgrupos de tres o cuatro alumnos creando con plastilina los diferentes modelos de cuerpos que se les ha indicado en la actividad uno.



Nota. Imagen generada con Inteligencia Artificial.

Cuando hayan terminado, han de exponer sus figuras a sus compañeros. La persona encargada del taller ha de hacer las siguientes preguntas al grupo:

- ¿Qué cuerpo pensáis que representa más al común de las personas? ¿Por qué?
- ¿Creéis que en las redes sociales se da visibilidad a todos los cuerpos que existen? ¿O solo algunos?
- ¿Por qué pensáis que hay diferencias entre los cuerpos de las personas de nuestro alrededor y los que vemos en medios o redes?
- ¿Alguna vez os habéis escuchado a alguien decir que le gustaría tener el cuerpo de otra persona que ve en redes sociales?

- ¿Cómo creéis que se puede sentir una persona después de ver cuerpos que salen en redes sociales?
- ¿Cómo creéis que afecta a nuestra autoestima ver siempre el mismo tipo de cuerpo?
- ¿Por qué pensáis que muchas personas editan las fotos que suben a redes?
- ¿Pensáis que todas las personas están representadas en el contenido que se sube a redes sociales?
- ¿Qué le dirías a alguien que no se siente a gusto con su cuerpo por compararse con lo que ve en redes?
- ¿Qué podríais hacer vosotros, como grupo para ayudar a un amigo o amiga que lo pasa mal porque no le gusta su cuerpo?

Duración: 30 minutos

Actividad 2

Descripción:

La persona encargada del taller arroja los siguientes datos a los alumnos, para que obtengan una perspectiva científica a cerca del funcionamiento del cuerpo humano.

- Datos acerca del porcentaje de grasa corporal saludable, obtenidos de National Institute of Mental Health. (2024): En varones: El porcentaje saludable de grasa corporal oscila entre el 10% y 20% del peso corporal, índices que estén por debajo del 6% pueden suponer un riesgo para la salud.
- *En mujeres:* El porcentaje saludable de grasa corporal en mujeres oscila entre el 18% y 28% del peso corporal. Menos de un 14%: se considera bajo para mujeres y puede alterar funciones biológicas importantes, creando alteraciones en el ciclo menstrual, pérdida de masa muscular o debilitamiento óseo, si el porcentaje se

mantiene en el tiempo. En general, las mujeres necesitan un mayor porcentaje de grasa por cuestiones hormonales y reproductivas.

¿Dónde se acumula la grasa corporal?

En hombres, lo más común es que la mayor acumulación de grasa se produzca en la zona abdominal y la cintura).

Mientras que las mujeres, lo habitual es que se acumule en caderas, muslos, glúteos y algo del vientre, y teniendo un sentido de protección de los órganos reproductivos.

Respecto a la distribución de la grasa corporal se han extractado los siguientes datos (OMS, 2024):

Hay que destacar que viene influida por factores genéticos y hormonales, no solo por la dieta o el ejercicio.

Algunos riesgos de tener un porcentaje de grasa corporal demasiado bajo son los siguientes:

- Sensación continua de cansancio y debilidad muscular, ya que el cuerpo no tiene reservas energéticas.
- Problemas de tipo hormonal; en hombres puede reducir la testosterona y en mujeres falta de menstruación.
- Bajo rendimiento tanto mental como físico: El cerebro consume cerca de un 20% de la glucosa que ingerimos.
- Mayor riesgo de lesionarse, por la pérdida de masa muscular y debilidad de los huesos.

Duración: 15 minutos

Actividad 3

Descripción: Ejercicio de los Post-it descrito en la sesión 1.

Duración: 10 minutos

Materiales necesarios para la sesión:

- Ordenadores o tablets
- Proyector
- Pantalla
- Plastilina y materiales para moldearla
- Post-it de colores

Sesión 4

Objetivos de la sesión:

- Instruir a cerca de la diversidad de cuerpos y fomentar una visión positiva de los mismos.
- Desarrollar un pensamiento crítico sobre los ideales estéticos promovidos en redes sociales y medios.
- Desarrollar una mayor aceptación de la imagen corporal.

Actividad 1

Descripción: por grupos de 5 o 6 alumnos han de buscar en internet cómo han evolucionado a lo largo de la historia y en diferentes culturas los ideales de belleza. Han de hacer capturas de pantalla de cómo se mostraban los iconos de belleza de los diferentes países y crear un collage digital.

Cuando lo hayan acabado, se lo enviaran al responsable del taller, que lo proyectará para que todos lo puedan ver.

Tras ello, se plantea al gran grupo las siguientes preguntas:

- ¿En todos los países o culturas se valoran los mismos rasgos físicos? ¿Qué rasgos creéis que cambian más según el país o la época?
- ¿Qué habéis aprendido sobre la belleza al investigar lo que se valora en otras culturas?
- ¿Cómo os sentís al saber que el canon de belleza cambia en función del lugar y la época?
- ¿Creéis que eso puede ayudar a relativizar la presión que sentimos hoy sobre nuestro cuerpo?
- Si pudierais crear un nuevo "ideal de belleza", ¿qué valores incluiríais?

Duración: 20 minutos

Actividad 2

Descripción: Los alumnos, por grupos de 5 o 6, han de buscar en TikTok, Instagram o YouTube, publicaciones en las que se compare la realidad de un cuerpo sin posar, sin filtros, o sin retoques estéticos o de Photoshop, con lo que se muestra en redes sociales.

Para ello han de hacer capturas de pantalla y enviárselas a la persona encargada del taller que las irá imprimiendo.

Cuando tengan todo impreso, han de recortarlo y pegarlos en cartulinas, que pueden ser expuestas en el instituto o en la clase.

Cada grupo ha de pensar y escribir frases que les inspiren estas imágenes. Algunas preguntas que les pueden ayudar a guiar lo que quieren escribir son:

- ¿Te esperabas tanta diferencia?
- ¿Crees que tú también te comparas con este tipo de imágenes?
- ¿Cómo te hace sentir saber que muchas de esas imágenes están editadas o preparadas?
- ¿Qué frase le dirías a alguien que no sabe que hay tanta edición detrás de las publicaciones de Instagram?

Duración: 25 minutos

Actividad 3

Descripción: Ejercicio de los Post-it descrito en la sesión 1.

Duración: 10 minutos

Materiales necesarios para la sesión:

- Ordenadores o tablets
- Proyector
- Pantalla
- Impresora
- Cartulinas
- Tijeras
- Pegamento
- Materiales de escritura
- Post-it de colores

Sesión 5

Objetivos:

- Aumentar el autoconcepto y la autovaloración positiva de los alumnos.
- Reconocer las aptitudes propias y ajenas.

Actividad 1

Descripción: se indica a los alumnos que sienten en círculo. A cada alumno se le da una cartulina de goma eva en el que ha de dibujar y recortar la forma de una máscara, con la que se sienta identificado. Los alumnos pueden elegir el color de la máscara y las formas con la que la recortarán.

Han de hacerla lo suficientemente grande como para que en ella puedan escribir el resto de sus compañeros. En la parte superior de la máscara han de escribir su nombre.

La actividad consiste en que todos los alumnos han de escribir una cualidad positiva de los demás, preferiblemente psicológica o actitudinal, pero también valen las físicas, en la parte exterior de la máscara de los demás.

Todos los alumnos una vez que hayan escrito su nombre en la máscara, han de pasarla al compañero de su derecha. La actividad terminará cuando a cada persona le llegue su máscara vuelta. Cuando la tengan, han de evitar leer lo que los demás han escrito, porque la segunda parte del ejercicio consiste en que ellos mismo escriban, en la parte interna de la máscara, al menos diez cualidades positivas que aprecien en sí mismos.

Al terminar la tarea de escritura, podrán leer lo que otros han escrito sobre ellos.

Para finalizar la actividad se les preguntará lo siguiente:

- ¿Cómo os habéis sentido escribiendo cualidades positivas de los demás?

- ¿Y cualidades positivas vuestras?
- ¿Descubriste algo nuevo sobre ti, cuando leíste lo que los demás ven en ti?
- ¿Qué te ha costado más encontrar cualidades positivas de uno mismo o de los demás?

Para ayudar a la comprensión a cerca de como deberían disponerse los alumnos y los organizadores dentro del aula se ofrece la figura 6 que lo representa de manera visual, mostrando un grupo clase sentado en círculo.

Figura 6

Alumnos y organizadores sentados en círculo para realizar la actividad uno.



Nota. Imagen libre de copyright extraída de Freepick.

Duración: 45 minutos

Actividad 2

Descripción: ejercicio de los Post-it descrito en la sesión 1.

Duración: 10 minutos.

Materiales necesarios para la sesión:

- Cartulinas de goma eva
- Gomas para atar las máscaras
- Tijeras
- Pegamento
- Materiales de escritura
- Post-it de colores

Sesión 6

Objetivos:

- Aumentar el autoconcepto y la autovaloración positiva de los alumnos.
- Reflexionar sobre las cualidades propias
- Analizar los pensamientos y sentimientos que tienen sobre sí mismos.

Actividad 1

Descripción: Se lee la siguiente metáfora sobre autoestima y se entrega un folio y un bolígrafo a cada alumno: “Un día, la gran tortuga del lago se encontró con la más pequeña. La primera tenía un semblante triste y se lamentaba; la pequeña con una gran sonrisa en su rostro, le preguntó: “¿Qué te pasa? eres el galápago, más grande, fuerte y rápido del lago”, a lo que esta le contestó: “nunca seré lo suficientemente fuerte y rápida como para alcanzar a la velocidad de mis amigas las gacelas y eso me pone triste”. La pequeña tortuga se quedó pensativa unos instantes y le dijo: “nosotras tenemos cualidades que ningún otro animal en el mundo tiene, somos fuertes y resistentes, y podemos vivir en el agua y en la tierra, además, aunque no corramos muy rápido somos veloces nadadoras”. El gran galápago, se quedó callado y asintió; su rostro empezó a ser menos triste. La

pequeña tortuga le preguntó, “¿crees que sería justo que a un pez le pidiesen volar, o que a un pájaro le pidiesen bucear en las profundidades?”. La gran tortuga respondió, “no”. Entonces la pequeña le dijo “Cada animal es único y perfecto en sí mismo, y no necesita compararse con otros, trata de sacar la mejor versión de ti”.

Al acabar la lectura, se lanzan las siguientes preguntas:

- ¿Qué simbolizan los diferentes animales (tortuga, gacela, pez, pájaro) en esta historia?
- ¿Por qué creéis que se sentía mal la gran tortuga?
- ¿Cómo nos afecta compararnos con los demás?
- ¿Qué le dirías a un amigo/a que se siente como la gran tortuga?

Al terminar las preguntas se indica que han de escribir una situación en la que ellos se hayan sentido de una manera similar a la gran tortuga y han de contestar a las siguientes preguntas:

- Situación ¿qué pasó?:
- ¿Qué pensé?:
- ¿Cómo me sentí?:
- Pensamiento alternativo más ajustado:

Duración: 25 minutos.

Actividad 2

Descripción: Se presenta lo que significa el autoconcepto, haciendo referencia a que es la forma en que nos vemos a nosotros mismos en diferentes planos como el familiar, es social, con nuestro cuerpo... Tras ello se reparte a los alumnos una cartulina en la que han de dibujar un jardín que represente su mundo interior.

Pueden usar las siguientes metáforas:

- Las flores pueden ser: aspectos positivos de su personalidad
- Las raíces: elementos que los sostienen, como amistades, familia, valores, pasatiempos, creencias...
- Las malas hierbas: pensamientos negativos o creencias que quieren dejar de alimentar.
- El sol y el agua: cosas que les ayudan a crecer y sentirse bien (actividades, personas, lugares, frases, etc.)

Cuando hayan terminado, alumnos voluntarios mostrarán sus creaciones a los demás para que vean que cada persona es diferente, única y valiosa y tiene su propio mundo interior.

Duración: 20 minutos.

Actividad 3

Descripción: ejercicio de los Post-it descrito en la sesión 1.

Duración: 10 minutos.

Materiales necesarios para la sesión:

- Cartulinas
- Folios
- Materiales de escritura y pintura
- Post-it de colores

Sesión 7

Objetivos de la sesión:

- Conocer el grado de aceptación de la figura corporal y sus partes.
- Promover la aceptación del propio cuerpo.

Actividad 1

Descripción: De manera individual se entrega a los alumnos una hoja en la que aparece el nombre de diferentes partes del cuerpo y números del 0 al 10. La actividad consiste en que los alumnos hagan un escaneo corporal y pongan el grado de aceptación o agrado que les causa esa parte del cuerpo. Al lado de esta valoración han de describir como son en términos objetivos: grandes, pequeños, moreno, rubio, claro, oscuro, alto, bajo...

Duración: 20 minutos.

Actividad 2

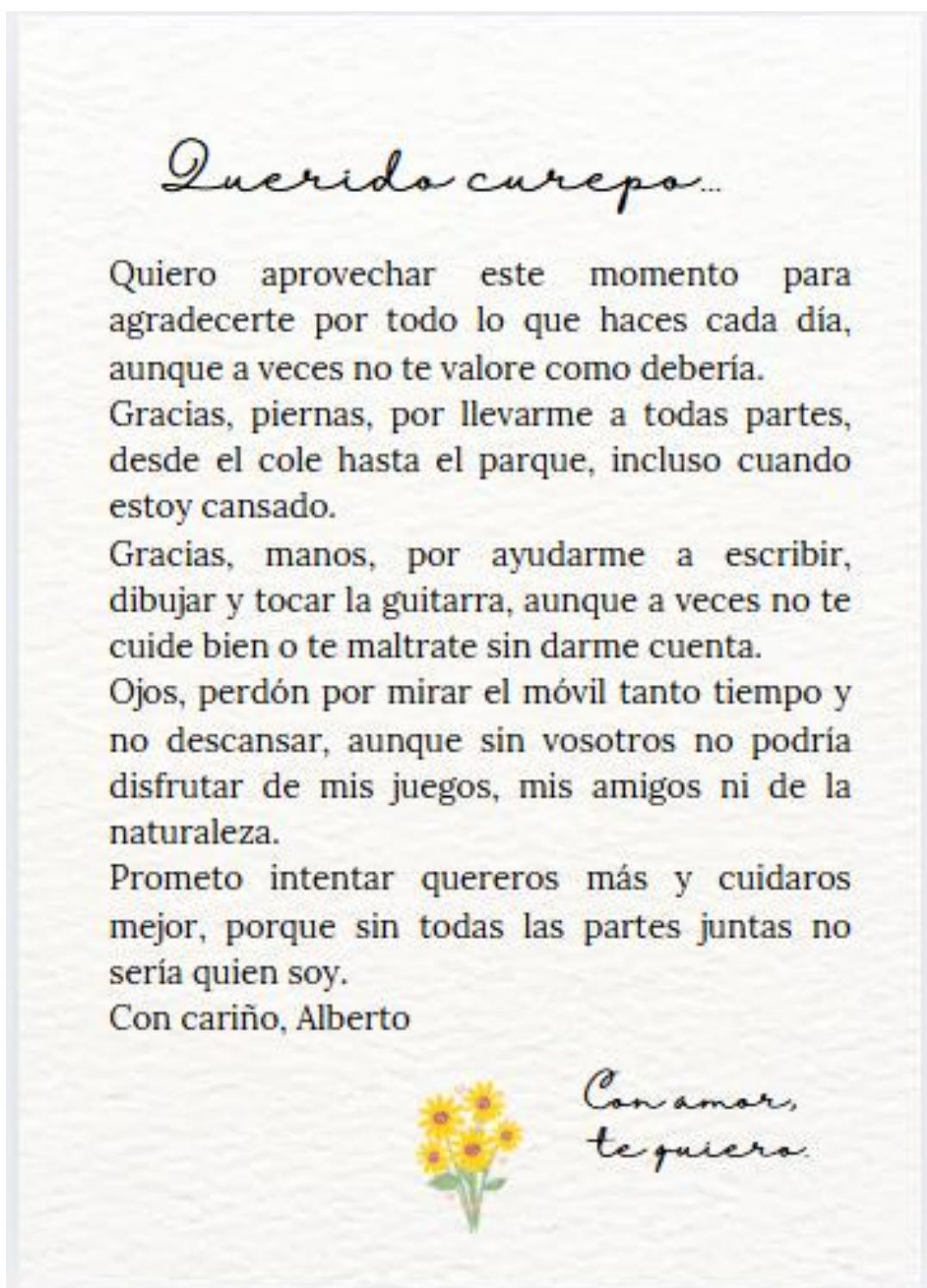
Descripción: este ejercicio consiste en que los alumnos escriban una carta a las diferentes partes de su cuerpo agradeciéndoles por las labores que les ayudan a hacer, y disculpándose con aquellas partes con las que no tienen una buena relación o les gustan menos. A cada alumno se le entrega una cartulina para que escriba y decore a su manera.

Al acabar la actividad se les pregunta como se han sentido reconciliándose con aquellas partes que menos les gustan.

A continuación, en la figura siete se ofrece un ejemplo de carta que la persona encargada del talle puede ofrecer a los alumnos como modelo para crear la suya propia.

Figura 7

Ejemplo de carta de un alumno a su cuerpo.



Nota. Documento elaborado ad hoc para este ejercicio.

Duración: 20 minutos.

Actividad 3

Descripción: ejercicio de los Post-it descrito en la sesión 1.

Duración: 10 minutos.

Materiales necesarios para la sesión:

- Cartulinas
- Folios
- Materiales de escritura y pintura
- Post-it de colores

Sesión 8

Objetivos de la sesión:

- Promover la aceptación del propio cuerpo.
- Cerrar el programa.

Actividad 1

Descripción:

La actividad consiste en que los alumnos piensen en al menos 5 cualidades positivas de las partes de sus cuerpo y 5 logros que esas partes les hayan ayudado a conseguir. Estas 5 cualidades y logros han de escribirlas en 10 Post-it diferentes que han de pegar en sus cuerpos, en las partes que ellos consideren que mejor lo representan. Cuando lo hayan hecho han de inventar un pequeño guión como si fuesen a hacer un anuncio que quisiese vender un producto que fuese el mejor del mercado. Una vez terminado, de manera voluntaria han de contárselo al resto de sus compañeros.

Duración: 30 minutos.

Actividad 2

Descripción: ejercicio de los Post-it descrito en la sesión 1.

Duración: 10 minutos.

Actividad 3

Descripción: las personas encargadas del taller agradecen la participación y la entrega de los alumnos en el programa y ofrecen a cada uno un diploma de asistencia, recuerdan la necesidad de hacer la evaluación que se les enviará por correo y cierran la sesión.

Duración: 10 minutos.

Materiales necesarios para la sesión:

- Diplomas
- Materiales de escritura
- Post-it de colores

7. RESULTADOS ESPERADOS

El principal objetivo de este programa es desarrollar un programa de intervención de los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) alumnos de 3º de ESO, mediante el empleo de una metodología activa, que incita a la participación y a crear un espacio para compartir pensamientos y emociones.

Con su aplicación se espera que los alumnos puedan alcanzar un mayor juicio crítico sobre los cánones de belleza socialmente aceptados actualmente, mejoren su aceptación corporal y adquieran información sobre hábitos de vida saludable.

Uno de los primeros objetivos es disminuir la aparición de conductas que supongan un riesgo para los adolescentes, como el inicio de dietas desajustadas o la idealización de modelos corporales inalcanzables. Se sabe que la puesta en marcha de conductas de riesgo está asociada con variables que precipitan y mantienen diferentes TCA, sobre todo en población femenina y adolescentes; donde el contexto social y la presión estética juegan un papel muy importante (Watson et al., 2019)

Al focalizar la intervención en un rango etario especialmente sensible, que comprendería alumnos de entre 14 y 16 años, como postulan Smink et al., (2012), se pretende optimizar el impacto preventivo del programa.

Respecto al diseño de las sesiones, se incluyen actividades focalizadas en el desarrollo de un pensamiento crítico frente a los mensajes que ensalzan la delgadez extrema como ideal de belleza, elemento que ha demostrado su eficacia en más del 80% de las intervenciones (Yager et al., 2013). Por otro lado, se siguen los postulados de Marchand et al. (2011), sobre estructurar las intervenciones a partir de metodologías activas, dinámicas en grupo y ejercicios de arteterapia que promuevan un aprendizaje significativo y conduzcan a los alumnos a la reflexión emocional.

El uso de la arteterapia como herramienta vertebradora de la intervención pretende facilitar la expresión emocional y la aceptación de la imagen corporal con un método creativo, no verbal. Se espera que el empleo de esta variable ayuda a los alumnos a mejorar su autoconocimiento y autoconcepto (Schouten et al., 2015).

Con respecto a los recursos humanos necesarios, se destaca la importancia que sea el orientador educativo o un psicólogo especialista en TCA, ya que, según la literatura

científica, los programas presentan mejores índices de eficacia cuando son dirigidos por expertos en la materia (Wick et al., 2011),

Para conocer los resultados del programa en la línea de la satisfacción corporal, las actitudes hacia la comida y la percepción del riesgo de la puesta en marcha de algunas conductas, se han empleado dos instrumentos psicométricos de referencia en materia de TCA como el EAT-26 (Castro et al., 1991) y el BSQ (Cooper et al., 1987). Estos cuestionarios permitirán elaborar un análisis comparativo entre el estado inicial y final del alumnado, facilitando la detección de mejoras y posibles casos de riesgo.

Finalmente, destacar que gracias a incluir actividades que proporcionan una retroalimentación después de cada sesión, se pueden ajustar los contenidos del programa a las inquietudes y necesidades de los alumnos. Esta medida refuerza la pertinencia, flexibilidad y eficacia del programa como herramienta preventiva en el contexto escolar.

8. CONCLUSIONES

Tras haber recogido información sobre los TCA en la fundamentación teórica y haber elaborado una propuesta de intervención, se considera relevante aportar algunas reflexiones finales como conclusión de este Trabajo de Fin de Máster.

A continuación, se exponen las aportaciones que pueden extraerse del presente trabajo y posteriormente se incluyen algunas limitaciones y prospectivas de trabajo que podrían desarrollarse en futuras investigaciones en esta línea.

El objetivo general de este trabajo era describir y conceptualizar los TCA y su relación con la población adolescente, para, posteriormente, elaborar una propuesta de intervención diseñada para llevarse a cabo en el entorno educativo y que pudiese

promocionar hábitos de vida saludables y prevenir el desarrollo de TCA. A modo general, se puede concluir que la bibliografía aportada y la propuesta que se ha elaborado, dan respuesta al objetivo general del trabajo.

En relación con el primero de los objetivos específicos que era conceptualizar los Trastornos de la Conducta Alimentaria, haciendo especial hincapié en la Anorexia y la Bulimia Nerviosa, se ha recogido información acerca de su definición, clasificación según criterios diagnósticos actualizados por el DSM-5 (APA, 2014) y prevalencia en la población.

Con respecto al segundo objetivo, que versaba sobre esclarecer las variables interviniéntes en el desarrollo los TCA, se analizó la literatura científica actual, y se recogieron las variables que predisponen al desarrollo de estos trastornos, las variables que precipitan la aparición; y las que actúan como elementos de mantenimiento. Además, se escudriñaron factores de riesgo, relacionados con aspectos biológicos, sociales, culturales, psicológicos y familiares; y otras variables que tienen que ver con factores protectores frente al desarrollo de una TCA.

El objetivo tercero sobre que buscaba crear actividades basadas en las principales variables de prevención de los TCA para alumnado adolescente, se llevó a cabo creando una propuesta de intervención en la que a lo largo de 8 sesiones y más de 20 actividades diferentes se trabajaron las variables clave que propone la literatura científica para prevenir la aparición de los TCA, que son: una autoestima ajustada, junto a la autoaceptación de nuestras características, una buena auto percepción del aspecto físico ajeno y propio, la capacidad crítica frente a los mensajes sociales y un estilo de vida saludables en el que exista una dieta equilibrada, se haya actividad física y horas de descanso suficientes (Arjona et al., 2024).

Finalmente, para desarrollar el cuarto objetivo, sobre explorar la relación entre la arteterapia y la expresión emocional para trabajar la prevención de los TCA, en primer lugar, se hizo una búsqueda bibliográfica, hallando que la arteterapia ayuda a prevenir la aparición problemas de salud, mejorar los existentes, es útil para la exploración de sentimientos, ayuda a trabajar el autoconocimiento con ello aumentan los niveles de autoestima, como apuntan Coll (2006) y Cabrera (2012). Al entenderse como una herramienta útil y relativamente innovadora se han introducido ejercicios de arteterapia en todas las sesiones.

Es bien sabido, que no existe una única forma de intervención cuando hablamos de TCA, aún con ello, se ha buscado en todo momento, seguir la literatura al respecto y adaptar las actividades que se proponían tanto a la evidencia científica como a las características propias del alumnado destinatario de esta intervención.

9. LIMITACIONES

Se presume que la propuesta de intervención expuesta en este trabajo puede tener diferentes limitaciones que se recogen a continuación:

La primera de ellas radica en la limitación temporal que existe en los centros educativos para desarrollar las actividades. Al contar con tiempos limitados podría darse la posibilidad de que todos los ejercicios propuestos en algunas sesiones no pudiesen llevarse a cabo por completo. En relación con el tiempo, encontramos que un programa que contase con más sesiones podría dar una mejor respuesta a los objetivos planteados.

Otra de las limitaciones radica en que el programa únicamente trabaja con los adolescentes, dejando fuera de la intervención a sus progenitores, figuras clave en la prevención y el desarrollo de TCA, como ha demostrado la literatura.

Se contempla también, que requerir que el orientador del centro o un psicólogo especialista en TCA sean las personas encargadas de impartir el taller, puede suponer una limitación; en el primero, por la carga de trabajo extra que supondría y en el caso del tercero por la disponibilidad o costo del mismo.

Para concluir, otra de las limitaciones que se consideran, es que el programa está únicamente dirigido a uno de los grupos de 3º de la ESO que existen en el centro, lo que deja fuera a otros alumnos que también son susceptibles de padecer un TCA.

10. PROSPECTIVA

Tras revisar el trabajo realizado, se presume que puede seguirse desarrollando hacia nuevas orientaciones y guías de trabajo como las siguientes:

Otra de las prospectivas sería trabajar en colaboración con otros expertos como médicos, nutricionistas, publicistas, fotógrafos o personas que han padecido un TCA para que impartiesen sesiones formativas para que enriqueciesen los contenidos y la profundidad en el abordaje de los mismos.

Por otro lado, hacer un seguimiento a lo largo del tiempo, podría ser de ayuda para evaluar la eficacia del programa, detectar, en caso de que hubiera, algún posible caso de TCA y poder implementar ajustes y mejorar en el programa, de cara a futuras intervenciones.

A lo largo de las sesiones podrían implementarse ejercicios dedicados a aprender estrategias de gestión emocional y cognitiva, como complemento a las enseñanzas sobre hábitos saludables de alimentación y ejercicio físico. Pues queda destacar, a modo de conclusión, que está más que demostrada la evidencia que existe en que enseñar a los alumnos estrategias de gestión emocional tiene numerosos beneficios no solo a nivel personal, sino social y educativo Bisquerra (2011).

11.REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aguilar, B. J., Corral, N. R., y Hernández, M. H. T. (2023). Influence of family health and body image on risk eating behaviors in teenagers. *South Florida Journal of Health*, 4(1), 181–192. <https://doi.org/10.46981/sfjhv4n1-014>
- American Psychiatric Association. APA. (2014). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-5 (5a. ed.). Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Arjona, A., Moscato, G., Gez, D. A., y García, M.C. (2024). Factores de riesgo y protección en trastornos de la conducta alimentaria: Un estudio en adolescentes. *Educar para la felicidad* (pp. 735-741).
- Baladia, E. (2016). Percepción de la imagen corporal como factor predisponente, precipitante y perpetuante en los trastornos de la conducta alimentaria (TCA). *Revista Española de Nutrición Humana y Dietética*, 20(3), 161 - 163. doi:10.14306/renhyd.20.3.303
- Bauer, K. W., Bucchianeri, M. M., y Neumark-Sztainer, D. (2013). Mother-reported parental weight talk and adolescent girls' emotional health, weight control attempts, and disordered eating behaviors. *Journal of eating disorders* 1, (45). <https://doi.org/10.1186/2050-2974-1-45>
- Benítez, A., Sánchez, S., Bermejo, M. L., Franco-Reynolds, L., García Herraiz, M. A., y Cubero, J. (2019). Análisis del Riesgo de sufrir Trastornos Alimentarios en jóvenes universitarios de Extremadura (España). *Enfermería Global*, 18(2), 124-143.
- Bernabé, J.R., Gómez, M. Á., Rodríguez, M, C, y Ruiz, A, S (2013). Efectos de la exposición a imágenes de alimentos sobre la reactividad fisiológica y las

respuestas emocionales en mujeres con bulimia nerviosa. *Psicothema*, 25 (2), 185-191.

Bisquerra, R. (Coord.) (2011). *Educación emocional. Propuestas para educadores y familias*. Desclée de Brower.

Cabrera, A. M. (2012). *Arteterapia con pacientes diagnosticadas de Trastornos de la Conducta Alimentaria: una aproximación desde lo vincular*. [Trabajo de Fin de Master. Universidad Autónoma de Madrid]. Repositorio Institucional UAM. <https://libros.uam.es/tfm/catalog/book/414>

Caro, L., Pérez, L., Feu, S., y Preciado, V. (2015,). Satisfacción con el peso y rasgos de trastorno del comportamiento alimentario en secundaria. *Anales de Pediatría*, (82) 5, 338-346.

Coll, J. (2006). *Proceso creativo y simbolización en la clínica de la arteterapia. En Arteterapia: dinámicas entre creación y procesos terapéuticos*. Universidad de Murcia Publicaciones

Gaete, V., y López, C. (2020). Trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes. Una mirada integral. *Revista chilena de pediatría*, 91(5), 784-793.

Galmiche, M., Déchelotte, P., Lambert, G., y Tavolacci, M. P. (2019). Prevalence of eating disorders over the 2000–2018 period: a systematic literature review. *The American journal of clinical nutrition*, 109(5), 1402-1413.

Gómez, M. Á., Yela, J. R., Salgado, A., y Rodríguez, M. C. (2011). Evaluación de la reactividad emocional ante imágenes de comida. *Psicothema*, 23(4), 580-586.

González-Fernández, F., Leiva-Gutiérrez, J., Jorquera, C., y Puschel, C. (2023). Cuestionario de conocimientos nutricionales aplicados en el deporte: Propuesta inicial de instrumento. *Revista chilena de nutrición*, 50(5), 540-549.

Gutiérrez, N. (2015). Trastornos de la alimentación y personalidad - Revisión y discusión a través del análisis de una película. *Revista Digital de Medicina Psicosomática y Psicoterapia*, 5(4), 1 - 20.

Gutiérrez-Ajamil, E. (2013). *El proceso creativo en personas diagnosticadas de Trastorno de la Conducta Alimentaria* [Trabajo de Fin de Master. Universidad de Valladolid]. Repository Institutional UVA.
<https://uvadoc.uva.es/handle/10324/787>

Hausenblas, H. A., Campbell, A., Menzel, J. E., Doughty, J., Levine, M. y Thompson, J. K. (2013). Media effects of experimental presentation of the ideal physique on eating disorder symptoms: A meta-analysis of laboratory studies. *Clinical Psychology Review*, 33(1), 168–181. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2012.10.011>

Hinz, L. D. (2006). *Drawing from Within*. Citado en Carolina Martín et al. (2018). *Integrando la Arteterapia como Herramienta Terapéutica en Trastornos del Comportamiento Alimentario. REV*, (116), 32–49.

Ley 33/2011. Ley General de Salud Pública. 4 de octubre de 2011. (BOE, 04 de junio de 2011). <https://www.boe.es/eli/es/l/2011/10/04/33/con>

Ley Orgánica 3/2020, de 29 de diciembre, de modificación de la Ley Orgánica 2/2006, de 3 de mayo, de Educación. (2020). Boletín Oficial del Estado, 340, 123467–123500. <https://www.boe.es/eli/es/lo/2020/12/29/3>

Lladó, G., González-Soltero, R. y Blanco, M. J. (2017). Anorexia y bulimia nerviosas: difusión virtual de la enfermedad como estilo de vida. *Nutrición Hospitalaria*, 34(3), 693-701.

López, I. (2017). *Factores de riesgo y vulnerabilidad en TCA* [Trabajo de Fin de Grado, Universidad de Jaén]. Repositorio de Trabajos Académicos de la Universidad de Jaén. https://tauja.ujaen.es/bitstream/10953.1/6039/1/Lpez_Herrera_Irene_TFG_Psicologa.pdf

López-Gil, J. F., García-Hermoso, A., Smith, L., Firth, J., Trott, M., Mesas, A. E., Jiménez-López, E., Gutiérrez-Espinoza, H., Tárraga-López, P. J., y VictoriaMontesinos, D. (2023). *Global Proportion of Disordered Eating in Children and Adolescents*. *JAMA Pediatrics*, 177(4), 363. <https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2022.5848>

Marchand, E., Stice, E., Rohde, P., y Becker, C. B. (2011). Moving from efficacy to effectiveness trials in prevention research. *Behaviour research and therapy*, 49(1), <https://doi.org/10.1016/j.brat.2010.10.008>

Martín, C., Frutos, A. G., Pastor, J., López, M. P., y Sepúlveda, A. R. (2018). Integrando la Arteterapia como Herramienta Terapéutica en Trastornos del Comportamiento Alimentario: Estudio Piloto de un Programa de Intervención Grupal. *Información psicológica*, (116), 32-49.

Martín, F. M. (2003). Trastornos de la conducta alimentaria. En A. J. Cangas, A. L. Maldonado y M. López (Eds.), *Manual de Psicología Clínica y General* (Vol. I) (pp. 320-336). Alborán Editores.

Marugán, S. (2019). *Los trastornos de alimentación en los estudiantes de Educación Secundaria* [Trabajo de Fin de Máster, Universidad de Salamanca]. Gestión del Repositorio Documental de la Universidad de Salamanca (GREDOS)

<http://hdl.handle.net/10366/139724>

McLean, S. A., Wertheim, E. H., Masters, J. y Paxton, S. J. (2017). A pilot evaluation of a social media literacy intervention to reduce risk factors for eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 50(7), 841-851.

<https://doi.org/10.1002/eat.22708>

Moreira, R., Carvalho, T., Lopes de Melo, J. A., do Vale, J., de Oliveira, K., y Fontes, S. (2021). Percepciones de los adolescentes sobre el uso de las redes sociales y su influencia en la salud mental. *Enfermería Global*, 20(64), 324-364.

Muñoz, R. y Martínez, A. (2007). Ortorexia y vigorexia: ¿Nuevos trastornos de la conducta alimentaria? *Trastornos de la conducta alimentaria*, 5, 457-482.

Murray, M., Maras, D. y Goldfield, G. S. (2016). Excessive time on social networking sites and disordered eating behaviors among undergraduate students: Appearance and weight esteem as mediating pathways. *Cyberpsychology, Behavior, And Social Networking*, 19(12), <https://doi.org/10.1089/cyber.2016.0384>

National Institute of Mental Health. (2024). *Eating Disorders: What You Need to Know* [Archivo PDF]. <https://www.nimh.nih.gov/search-nimh?query=body+imge>

ORDEN EDU/614/2024, de 13 de junio, por la que se regula el proyecto de innovación educativa Escuelas Saludables de Castilla y León y la Red de Escuelas Saludables de Castilla y León, (BOCYL, 24 de junio de 2024).

<https://bocyl.jcyl.es/boletines/2024/06/24/pdf/BOCYL-D-24062024-2.pdf>

Organización mundial de la salud (2019). Bulimia nerviosa. CIE-11 para estadísticas de morbilidad y mortalidad. Recuperado de: <https://icd.who.int/browse11/lm/es#/http%3a%2f%2fid.who.int%2fid%2fe ntity%2f509381842>

Organización Mundial de la Salud. (2002). *Estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud*. Consultado el 19 de abril de 2025, de: https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/wha57/a57_r17-sp.pdf

Organización Mundial de la Salud. (2024). *La salud mental de los adolescentes*. Recuperado de: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health>

Organización Mundial de la Salud. (2024). *Obesidad y sobrepeso* [Archivo PDF]. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>

Otero, P., Hita, I., Torres, Á. J., y Vázquez, F. L. (2020). Brief psychological intervention through mobile app and conference calls for the prevention of depression in non-professional caregivers: a pilot study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(12), 4578.

Palenzuela, S. M., Pérez, A., Pérula, L. A., Fernández, J. A. y Maldonado, J. (2014). La alimentación en el adolescente. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 37(1), 47-58. <https://dx.doi.org/10.4321/S1137-66272014000100006>

Pérez, A. (2018). *Trastornos de la conducta alimentaria: estudio de variables clínicas y propuesta de una tipología* [Tesis doctoral, Universidad Complutense de Madrid]. Repositorio Internacional de la UCM <https://eprints.ucm.es/id/eprint/46697/>

Peris, M., Maganto, C., y Garaigordobil, M. (2016). Escala de Autoestima Corporal: Datos psicométricos de fiabilidad y validez. *Revista de psicología clínica con niños y adolescentes*, 3(2), 51-58.

Portela de Santana, M. L., da Costa Ribeiro Junior, H., Mora Giral, M., y Raich, R. M. (2012). La epidemiología y los factores de riesgo de los trastornos alimentarios en la adolescencia: una revisión. *Nutrición hospitalaria*, 27(2), 391-401.

Potash, J., Ho, R., Chick, J. y Au Yeung, F. (2013). Viewing and engaging in an art therapy exhibit by people living with mental illness: implications for empathy and social change. *Public Health* 127 (8), 735-744.

Real Academia Española. (s.f.). Anorexia Nerviosa. Diccionario de la Lengua española.
Recuperado de: <https://dle.rae.es/anorexia>

Real Academia Española. (s.f.). Bulimia Nerviosa. Diccionario de la Lengua española.
Recuperado de: <https://dle.rae.es/bulimia>

Real Academia Española. (s.f.). Prevención. Diccionario de la Lengua española.
Recuperado de: <https://dle.rae.es/prevenci%C3%B3n>

Real Decreto 1393/2007, de 29 de octubre, por el que se establece la ordenación de las enseñanzas universitarias oficiales, BOE núm. 260 (2007).

Robledo, F. (Coord.) (2009). *A, B, C... Anorexia, bulimia y comedor compulsivo. Manual para docentes*. Instituto de Nutrición y Trastornos Alimentarios de la Comunidad de Madrid (INUTCAM). <https://eprints.ucm.es/id/eprint/39018/>

Rojas, D., y Ruiz, A. P. (2011). Educación y salud en la adolescencia: los trastornos de la conducta alimentaria. *Ensayos: Revista de la Facultad de Educación de Albacete*, (26), 55-70.

Schouten, K. A., de Niet, G. J., Knipscheer, J. W., Kleber, R. J., y Hutschemaekers, G. J. (2015). The effectiveness of art therapy in the treatment of traumatized adults: a systematic review on art therapy and trauma. *Trauma, Violence & Abuse, 16*(2), 220-228.

Statista. (2021). Número de casos de anorexia nerviosa o bulimia registrados en España de 2011 a 2019. Recuperado de: <https://es.statista.com/estadisticas/1038043/numero-de-casos-de-anorexia-nerviosa-o-bulimia-en-espana/>

Steiger, H., Labonté, B., Groleau, P., Turecki, G. e Israel, M. (2013). Methylation of the glucocorticoid receptor gene promoter in bulimic women: associations with borderline personality disorder, suicidality, and exposure to child hood abuse. *International Journal of Eating Disorders 46* (3), 246-255.

Thomas, JJ y Becker, KR (2021). Some of the burden of eating disorders is still hidden. *The Lancet Psychiatry, 8*(4), 263-264. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(21\)00080-8](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(21)00080-8)

Val, A., Cano, M.J., Novalbos, J.P., Canals, J. y Rodríguez, A. (2022). Caracterización, epidemiología y tendencias de los trastornos alimentarios. *Nutrición Hospitalaria*. 10.20960/nh.04173. PMID: 35748385.

Watson, HJ, Yilmaz, Z., Thornton, LM, Hübel, C., Coleman, JR, Gaspar, HA, y Seitz, J. (2019). El estudio de asociación del genoma completo identifica ocho loci de riesgo e implica orígenes metabólicos psiquiátricos para la anorexia nerviosa. *Genética de la naturaleza, 51* (8), 1207-1214.

Yager, Z., Diedrichs, P. C., Ricciardelli, L. A., y Halliwell, E. (2013). What works in secondary schools? A systematic review of classroom based body image programs. *Body image*, 10(3), 271–281.

<https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2013.04.001>

12. ANEXOS

Figura 1

Test EAT-26

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

Figura 2

Cuestionario BSQ

Nos gustaría saber cómo te has sentido respecto a tu figura en las cuatro últimas semanas.

1. Nunca.
2. Raramente.
3. Alguna vez.
4. A menudo.
5. Muy a menudo.
6. Siempre.

- (1) Cuando te has aburrido, ¿te has preocupado por tu figura?
- (2) ¿Te has preocupado tanto por tu figura que has pensado que tendrías que ponerte a dieta?
- (3) ¿Has pensado que tenías los muslos, caderas o nalgas demasiado grandes en relación con el resto del cuerpo?
- (4) ¿Has tenido miedo de engordar?
- (5) ¿Te ha preocupado que tu carne no sea lo suficientemente firme?
- (6) Sentirte llena (después de una gran comida), ¿te ha hecho sentir gorda?
- (7) ¿Te has sentido tan mal con tu figura que has llegado a llorar?
- (8) ¿Has evitado correr para que tu carne no botara?
- (9) Estar con chicas delgadas, ¿te ha hecho fijar en tu figura?
- (10) ¿Te ha preocupado que tus muslos se ensanchen cuando te sientas?

- (11) El hecho de comer poca comida, ¿te ha hecho sentir gorda?
- (12) Al fijarte en la figura de otras chicas, ¿la has comparado con la tuya desfavorablemente?
- (13) Pensar en tu figura, ¿ha interferido en tu capacidad de concentración (cuando miras la TV, lees o mantienes una conversación)?
- (14) Estar desnuda (por ejemplo cuando te duchas), ¿te ha hecho sentir gorda?
- (15) ¿Has evitado llevar ropa que marque tu figura?
- (16) ¿Te has imaginado cortando partes gruesas de tu cuerpo?
- (17) Comer dulces, pasteles u otros alimentos con muchas calorías, ¿te ha hecho sentir gorda?
- (18) ¿Has evitado ir a actos sociales (por ejemplo, una fiesta) porque te has sentido mal con tu figura?
- (19) ¿Te has sentido excesivamente gorda o redondeada?
- (20) ¿Te has sentido acomplejado por tu cuerpo?
- (21) Preocuparte por tu figura, ¿te ha hecho poner a dieta?
- (22) ¿Te has sentido más a gusto con tu figura cuando tu estómago estaba vacío (por ejemplo, por la mañana)?
- (23) ¿Has pensado que la figura que tienes es debido a tu falta de autocontrol?
- (24) ¿Te ha preocupado que otra gente vea michelines alrededor de tu cintura o estómago?
- (25) ¿Has pensado que no es justo que otras chicas sean más delgadas que tú?

- (26) ¿Has vomitado para sentirte más delgada?
- (27) Cuando estás con otras personas, ¿te ha preocupado ocupar demasiado espacio (por ejemplo, sentándote en un sofá o en el autobús)?
- (28) ¿Te ha preocupado que tu carne tenga aspecto de piel de naranja (celulitis)?
- (29) Verte reflejada en un espejo o en un escaparate, ¿te ha hecho sentir mal por tu figura?
- (30) ¿Te has pellizado zonas del cuerpo para ver cuanta grasa tenías?
- (31) ¿Has evitado situaciones en las que la gente pudiese ver tu cuerpo (por ejemplo en vestuarios comunes de piscinas o duchas)?
- (32) ¿Has tomado laxantes para sentirte más delgada?
- (33) ¿Te has fijado más en tu figura estando en compañía de otras personas?
- (34) La preocupación por tu figura, ¿te ha hecho pensar que deberías hacer ejercicio?

Figura 3

Escala de autoestima corporal

Escala de Autoestima Corporal (EAC)

SATISFACCIÓN CORPORAL (SC)											
Zona corporal	Partes del cuerpo	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Cara	Pelo										
	Ojos										
	Nariz										
	Boca										
	Orejas										
Torso superior	Hombros										
	Espalda										
	Pecho										
	Estómago										
	Cintura										
	Caderas										
	Glúteos										
	Muslos										
	Piernas										
	Tono muscular										
	Piel										
Atractivo corporal	Altura										
	Peso										
ATRACTIVO CORPORAL (AC)											
<i>En qué medida te consideras una persona</i>											
Atractivo corporal	Interesante físicamente										
	Encantadora socialmente										
	Atractiva										
	Sexy										
	Sensual										
	Erótica										

PUNTUACIÓN DIRECTA ESCALA DE AUTOESTIMA CORPORAL: SC ____ +

AC ____ = ____ EAC

Figura 4

Cuestionario de conocimientos nutricionales

Orientaciones para responder:

- Cada pregunta tiene sólo una opción de respuesta correcta.
- Las preguntas con más de una respuesta seleccionada serán anuladas.
- No responder a una pregunta, se interpretará como que el encuestado desconoce la respuesta.

I-Hábitos alimentarios:

1-¿Cuántas veces recomiendan los expertos que se ha de comer al día?

- Tres
- Cinco
- De tres a cinco veces
- Siempre que sienta hambre

2-¿Cuánta agua se recomienda beber durante el día?

- Menos de un litro
- Entre uno y dos litros, sea invierno o verano
- Más de dos litros
- Entre uno y dos litros, pero sólo en verano

3-El desayuno ha de aportar a la dieta diaria:

- Cerca del 10% de las calorías
- Alrededor del 15% de las calorías
- Entre el 20-25% de las calorías
- El 25% o más de las calorías

4-Un desayuno equilibrado ha de contener:

- Pan, lácteos y alimentos ricos en proteínas

- Lácteos, frutas y cereales
- Pan, embutidos y lácteos
- Lácteos, frutas y alimentos ricos en proteínas

5-¿Cuántas raciones de frutas y vegetales, recomiendan los expertos que se han de ingerir al día?

- Una de fruta y una de verdura
- Una de fruta y tres de verduras
- Tres de frutas y dos de verduras
- Tres de verduras y tres o más de frutas

II-Estado nutricional:

6-El índice de masa corporal (IMC):

- En las personas con obesidad varía de 25 a 30
- Permite estimar el grado de obesidad
- Permite calcular la composición corporal
- Si es inferior a 18,5 la persona está en normopeso

7-Una persona tiene sobrepeso si:

- No tiene el peso ideal para su altura
- Si su IMC es superior a 30
- Si su IMC está entre 25 y 30
- Si su IMC está entre 18 y 20

8-Las necesidades energéticas de una persona dependen:

- Sólo del peso y la altura
- De su edad
- Sólo de la actividad física que realiza diariamente
- Del peso, la altura, la edad y la actividad física

9-El consumo energético diario indica la energía consumida:

- Para mantener la temperatura corporal a 37°
- Durante el día

- Durante el día, exceptuando las horas de sueño
- Durante la práctica de ejercicio físico

10.-¿Cuál opción sería más recomendada para perder peso?

- Dieta hipoglucémica y ejercicio físico
- Dieta hiperproteína indicada por un profesional de la salud y ejercicio físico
- Dieta hipoproteína y ejercicio físico
- Dieta hipocalórica equilibrada y ejercicio físico

11.-La operación bikini:

- Es una opción adecuada para perder peso en los meses previos al verano
- Es una opción recomendada siempre que se acompañe de una dieta hipoglucémica
- No produce efecto rebote, siempre que se acompañe de ejercicio físico
- Puede producir un efecto rebote en el que se recupere el peso inicial

III-Alimentos y nutrientes.

12.-¿Cuál de los siguientes pescados es azul?

- Merluza (lluç)
- Bacalao (bacallà)
- Rape (rap)
- Salmón (salmó)

13.-¿Cuál de los siguientes alimentos tiene un alto contenido en vitamina C?

- El pan integral
- Los pimientos (pebrot)
- El pescado azul
- El aceite de oliva

14.-Respecto a las vitaminas es cierto que:

- Hay que ingerir la mayor cantidad posible

- Ingeridas en grandes cantidades pueden provocar efectos perjudiciales
- Cuando su ingesta es baja, las producimos de manera endógena
- Las hidrosolubles, las podemos adquirir a través del consumo de agua embotellada

15.-¿Cuáles son las grasas que los expertos recomiendan no ingerir en exceso?

- Grasas mono-insaturadas
- Grasas poli-insaturadas
- Grasas saturadas
- Grasas vegetales

16.-¿Qué caracteriza a la dieta mediterránea?

- Consumo diario de carne
- Elevado consumo de frutas y verduras
- Elevado consumo de lácteos y moderado de grasas saturadas
- Consumo diario de aceite de oliva y vino

17.-Los transgénicos, son alimentos:

- Importados de países extranjeros
- Que pueden incluir diferentes fragmentos de ADN de diferentes organismos
- Que no contienen gérmenes potencialmente patógenos
- Obtenidos artificialmente y que no contienen sustancias tóxicas

18.-¿Por qué la fibra alimentaria es importante en la dieta?

- Porque incrementa la digestibilidad de los alimentos
- Porque facilita el tránsito intestinal
- Porque libera agua en el intestino
- Porque aumenta la absorción de los nutrientes

19-¿Qué beneficios tienen los alimentos integrales?

- Son bajos en calorías
- Son bajos en azúcar
- Son bajos en sal
- Son ricos en fibra alimentaria

IV-Alteraciones de la salud relacionadas con la alimentación y la nutrición.

20-Los individuos alcohólicos:

- Pueden presentar carencias de vitaminas y minerales
- Suelen llevar una dieta equilibrada
- Suelen acumular proteinas en el hígado
- Pueden absorber mejor los nutrientes

21-¿Cuáles de las alteraciones siguientes son Trastornos del Comportamiento Alimentario (TCA)?

- Obesidad y dislipemia (alteración del colesterol y/o triglicéridos)
- Anorexia nerviosa y Bulimia nerviosa
- Enfermedad celíaca y dispepsia
- Todas las alteraciones anteriores son TCA

22-En un individuo adulto con hiperlipemia (aumento del colesterol y/o triglicéridos), es recomendable:

- Un consumo elevado de azúcares simples (azúcar, miel, zumo de frutas, etc.)
- Una dieta acorde a sus necesidades energéticas o ligeramente inferior
- Aumentar el consumo de carnes rojas
- Consumir leche entera en lugar de desnatada

23-¿Cuál de los siguientes factores, NO predispone a padecer osteoporosis (descalcificación de los huesos)?

- La menopausia
- Una ingesta insuficiente de calcio en la dieta
- El consumo de alimentos ricos en vitaminas A, B y ácido fólico
- El consumo excesivo de bebidas ricas en cafeína

24-¿Qué alimento se recomienda evitar en caso de hipertensión arterial?

- Aceite de oliva
- Patatas
- Caldos y sopas concentrados
- Frutas frescas

25-La Diabetes Mellitus:

- Es causada por alteraciones en el metabolismo de lípidos y glucidos complejos
- Puede deberse a alteraciones en la calidad y cantidad de la insulina
- Sólo la padecen adultos mayores de 40 años
- Aparece por consumir alimentos dulces diariamente

26-Una intoxicación alimentaria es una enfermedad causada por:

- Consumo excesivo de alimentos que contienen vitaminas y minerales
- Consumo de alimentos contaminados
- Consumo excesivo de alimentos muy condimentados
- Consumo de alimentos transgénicos

27-¿Por qué no es recomendable en un deporte aeróbico consumir azúcar en la hora previa a la competición o entrenamiento?

- Porque la deshidratación asociada al ejercicio favorece la aparición de vértigo
- Porque se estimula la liberación de insulina que es inhibidora de la lipólisis

- Porque su digestión es lenta y hace que la práctica deportiva suponga un esfuerzo mayor
- Al contrario, sí es recomendable porque el azúcar aporta energía

Ponderación de las respuestas:

Respuestas	Puntuación
Pregunta sin respuesta	0
Pregunta con más de una respuesta	0
Respuestas correctas a las preguntas	
I-Hábitos alimentarios	25
P1	5
P2	4
P3	5
P4	7
P5	4
II-Estado nutricional	25
P6	7
P7	5
P8	3
P9	2
P10	5
P11	3
III-Alimentos y nutrientes	25
P12	1
P13	2
P14	2
P15	4
P16	2
P17	5
P18	5
P19	4
IV-Alteraciones y procesos relacionados con la alimentación	25
P20	2
P21	5
P22	4
P23	2
P24	4
P25	5
P26	2
P27	1

Calificación global	100
Interpretación de los resultados.	

Calificación global	Nivel de conocimientos
<50	Bajo
50-69	Medio
70-100	Elevado

Figura 5

Cuestionario de satisfacción CSQ-8

Por favor para mejorar nuestros servicios nos gustaría hacerle algunas preguntas sobre la atención que usted ha recibido.

Nos interesa conocer su verdadera opinión, sea esta positiva o negativa. Por favor responda a todas las cuestiones que le planteamos. También le agradeceríamos que al final del cuestionario aportase sus comentarios y sugerencias.

Por favor señale primero su tipo de vinculación con el programa

Usuario/a directo/a Familiar

RODEE CON UN CÍRCULO LA OPCIÓN CORRECTA A CADA PREGUNTA

1.- ¿Cómo evaluaría la calidad de los servicios que ha recibido?

4	3	2	1
Excelente	Buena	Regular	Mala

2.- ¿Recibió la clase de servicio que usted requería?

4	3	2	1
No definitivamente	En muy pocos casos	Si en general	Si definitivamente

3.- ¿Hasta qué punto ha ayudado nuestro programa a solucionar sus problemas?

4	3	2	1
En casi todos	En la mayor parte	Solo en algunos	En ninguno

4.- ¿Si un/a amigo/a estuviera en necesidad de ayuda similar, le recomendaría nuestro programa?

4	3	2	1
No definitivamente	No, creo que no	Si, creo que si	Si definitivamente

5.- ¿Cómo de satisfecho/a está usted con la cantidad de ayuda que ha recibido?

4	3	2	1
Nada satisfecho/a	Indiferente o moderadamente no satisfecho/a	Moderadamente satisfecho/a	Muy satisfecho/a

6.- ¿Los servicios que ha recibido le han ayudado a enfrentarse mejor a sus problemas?

4	3	2	1
Si me ayudaron mucho	Si me ayudaron algo	No realmente no me ayudaron	No parecían poner las cosas peor

7.- ¿En general, cómo de satisfecho/a está usted con los servicios que ha recibido?

4	3	2	1
Muy satisfecho/a	Moderadamente satisfecho/a	Algo insatisfecho/a	Muy insatisfecho/a

8.- ¿Si necesitara ayuda otra vez volvería a nuestro programa?

4	3	2	1
No definitivamente	No posiblemente	Si creo que si	Si con seguridad

Por favor escriba aquí sus comentarios y sugerencias:

Lo que más me ha gustado de la atención que he recibido ha sido:

Creo que se tendría que mejorar:

MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACIÓN