

Prevención de los trastornos de la conducta alimentaria y obesidad en el alumnado preadolescente:
Una propuesta de intervención en escuelas de la Comunidad Valenciana



■ TESIS DOCTORAL



VNIVERSITAT
DE VALÈNCIA

Valencia
Julio, 2022

Desarrollada por:
Beatriz Alonso Tena

Dirigida por:
Dra. María Amparo Calatayud Salom
Dra. Rosa María Bo Bonet



Beatriz Alonso Tena

**Prevención de los trastornos de la conducta alimentaria y
obesidad en el alumnado preadolescente:
Una propuesta de intervención en escuelas de la
Comunidad Valenciana**

alonsotenabeatriz@gmail.com

Es necesario concretar que en este trabajo se hace uso del masculino plural para hacer referencia a ambos sexos, de acuerdo con la Real Academia Española y en virtud de la ley lingüística de la economía expresiva, aspecto que se hace explícito en este momento con el objetivo de aclarar que esta decisión no está guiada por intención discriminatoria alguna. Por el contrario, con ello se pretenden evitar reiteraciones que puedan dificultar la comprensión del discurso y entorpecer la lectura.

Agradecimientos

En primer lugar, a Amparo Calatayud, por no ser solo mi tutora sino también mi compañera en todo este proceso. Gracias. Nada más noble que compartir conocimiento. Gracias también por tu tiempo, tu comprensión y tu cariño todos estos años.

A todos aquellos que han colaborado de una u otra forma: a las escuelas que impartieron el programa y a los maestros y maestras que asumieron el reto (Víctor, Álex, Lola, Fran, Salinas y el resto de compañeros), a mis colegas y amigos del C.M. Benimaclet por hacérmelo todo más fácil, a Rosa María Bo por su inestimable labor, a Belén López Canet y Adriana Meluk por su desinteresada ayuda. Y por supuesto, a los alumnos y alumnas que lo han hecho posible.

Creo que, en cierto modo, una tesis doctoral se logra también gracias a aquellos que no colaboran académicamente, pero te ofrecen ánimo y cariño, así que gracias a mi familia y amigos. Infinitas gracias a mis padres, por darme siempre alas y confiar en mí. Y a mi hermano, para que esté tan orgulloso de mí como lo estoy yo de él.

Y por supuesto, a Carles. Un pilar fundamental en esta tesis, que no hubiera visto la luz si no fuera por su apoyo académico y emocional. Gracias por recordarme que sí podía cuando creía que no.

ÍNDICE

I Parte: Introducción

Capítulo 1: Planteamiento General del Problema	15
1.1 Introducción al Problema	15
1.2 Motivación del Estudio	17
1.3 Justificación del Estudio	18
1.4 Propósito	25
1.5 Contenido y Estructura	26
1.6 Inferencias para mi Propuesta de Investigación	27

II Parte: Marco Teórico

Capítulo 2: La Cultura de la Salud	31
2.1 Introducción	31
2.2 Relación entre Alimentación y Salud	31
2.3 Ambiente Obesogénico como Agente Implicado en el desarrollo de Trastornos de la Conducta Alimentaria y Obesidad	39
2.3.1 Etiología de la Obesidad	40
2.3.2 Aproximación al Concepto “Ambiente Obesogénico”	42
2.3.3 Factores que Contribuyen al Ambiente Obesogénico	43
2.3.4 Responsabilidad individual vs. Compromiso Social	51
2.3.5 Medidas para Frenar el Ambiente Obesogénico y buenas Prácticas Implantadas	53
2.4 Necesidad de Educar en Salud para Prevenir TCA y Obesidad en los Centros Educativos	67
2.4.1 Concepto de “Prevención”	69
2.4.2 ¿Es posible Prevenir los Trastornos de la Conducta Alimentaria y la Obesidad mediante la Educación?	70
2.5 Surgimiento de la “Educación para la Salud” en el Contexto Educativo	73
2.6 Inferencias para mi Propuesta de Investigación	77

Capítulo 3: Trastornos de la Conducta Alimentaria y Obesidad	79
3.1 Introducción	79
3.2 Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA)	81
3.2.1 Anorexia Nerviosa	83
3.2.2 Bulimia Nerviosa	86
3.2.3 TCA según el Género	89
3.2.4 Incidencia de TCA	90
3.2.5 Etiología de los TCA	91
3.2.6 Estudios sobre Factores de Riesgo de TCA	100
3.2.7 Factores de Protección de TCA	104
3.2.8 Adolescencia y TCA	105
3.3 Obesidad	107
3.3.1 Etiología de la Obesidad	110
3.3.2 Incidencia de Obesidad	115
3.3.3 Obesidad Infantil	118
3.4 Inferencias para mi Propuesta de Investigación	123
Capítulo 4: Preadolescencia y Adolescencia como Etapas críticas para el desarrollo de Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) y Obesidad	125
4.1. Introducción	125
4.2 Hábitos Alimentarios y Estilos de Vida de los Preadolescentes y Adolescentes	125
4.3 Imagen Corporal en la Preadolescencia y Adolescencia	129
4.3.1 Insatisfacción Corporal según Género	133
4.4 Relación Autoestima y Salud	136
4.4.1 Autoestima, Calidad de Vida y Salud	136
4.4.2 La Autoestima en la Preadolescencia y Adolescencia	139
4.5 Los Medios de Comunicación y Redes Sociales y su Relación con los Problemas Relacionados con el Peso	140

4.5.1 Emisor de Mensajes no saludables	141
4.5.2 Transmisores del Ideal de Belleza	145
4.5.3 Influencia de los Medios de Comunicación	147
4.5.4 Estrategias que Utilizan los Medios de Comunicación	150
4.5.5 Exposición a los Medios de Comunicación e Implicación en el desarrollo de TCA y Obesidad en Niños y Preadolescentes	152
4.5.6 Planes para Minimizar el Impacto negativo de los Medios de Comunicación	154
4.6 Alfabetización mediática para Prevenir TCA en los Preadolescentes	158
4.6.1 Iniciativas de Alfabetización Mediática para Prevenir los TCA	164
4.7 La Relevancia de la Dieta restrictiva en la Adolescencia como Factor de Riesgo	171
4.8 Inferencias para mi Propuesta de Investigación	174
Capítulo 5: Análisis del Currículum Escolar de Educación Primaria en la Comunidad Valenciana, Cataluña y País Vasco en Referencia a la Prevención de Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) y Obesidad	177
5.1 Introducción	177
5.2 Análisis de las diferentes Leyes y Normativa Educativa con respecto a la Prevención de Trastornos de la Conducta Alimentaria y Obesidad	179
5.3 Valoración crítica de la Legislación Educativa a nivel Nacional	183
5.4 Legislación Educativa de la Comunidad Valenciana	184
5.5 Valoración crítica del Currículum Escolar de la Comunidad Valenciana	186
5.6 Legislación Educativa de Cataluña	187
5.7 Valoración crítica del Currículum Escolar de Cataluña	189
5.8 Legislación Educativa del País Vasco	190
5.9 Valoración crítica del Currículum Escolar del País Vasco	191
5.10 Inferencias para mi Propuesta de Investigación	192
Capítulo 6: Prevención de Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) y Obesidad	195

6.1 Introducción	195
6.2 Tipos de Intervenciones para Prevenir TCA	195
a) Intervenciones psicoeducativas	196
b) Disonancia cognitiva	197
c) Alfabetización mediática	198
d) Intervenciones Focalizadas en Eliminar Factores de riesgo y de Fortalecimiento del Huésped	201
e) Modelo feminista	202
f) Mindfulness	202
g) Uso de tecnologías	203
6.3 Tipos de Intervenciones para Prevenir Obesidad	204
a) Iniciativas Educativas	206
b) Modificación de Estilos de Vida	206
c) Terapia Cognitivo-Conductual	206
d) Programas de Prevención de la Obesidad	207
e) Combatir los malos Hábitos	207
f) Transformación del Ambiente Obesogénico	207
g) Implicación de los Centros de Salud	207
h) Creación de Entornos saludables en las Ciudades	208
i) Implicación de los Centros de Trabajo	208
j) Mindful Eating	208
k) Intervenciones Políticas	209
l) Etiquetado y Sellos de Advertencia	209
m) Regulación de la Publicidad televisiva de Alimentos	210
n) Intervenciones en un Contexto ecológico	210
ñ) Dar Información al Consumidor	211
o) Campañas Informativas	211
6.4 Estrategias de Prevención Nacionales	213

a) Sello Vida Saludable	215
b) Cartera de Servicios de Promoción de Salud y Prevención en el Entorno Educativo	217
c) Estrategia Naos	221
d) Proyecto GuíaSalud	225
e) A, B, C... Anorexia, Bulimia, Comedor Compulsivo. Manual para docentes	228
f) DITCA	229
g) Currículo Zarima	232
h) Programa THAO	232
i) Programa PERSEO	235
j) JANPA	236
k) MAGRAMA	236
l) Estudio EnKid	236
m) Estudio OBESGAL	238
n) Estudio Aladino	238
ñ) Código PAOS	239
o) Programa Alimentación, Modelo estético femenino y Medios de Comunicación: cómo Formar Alumnos críticos en Secundaria	240
p) Taller de Prevención para los Trastornos de la Conducta Alimentaria en la Comunidad Valenciana de Mercedes Jorquera	240
6.5 Estrategias de Prevención Internacionales	242
a) Health Behaviour in School-aged Children	247
b) EPODE	248
c) 5 al Día	249
d) Programa Educativo en los Países Bajos	250
e) Estrategia Nacional para Prevenir la Obesidad en Estados Unidos	251
f) Body Project	251

g) Healthy Weight Intervention	251
h) Planet Health	252
i) Trouble on the tightrope: In search of skateboard Sam	252
j) VIK: Very Important Kids	252
k) Healthy body image: Teaching kids to eat and love their bodies too!	252
l) The weight to eat	252
m) Programa Healthy Buddies	253
6.6 Inferencias para mi Propuesta de Investigación	253
III Parte: Respuesta ante el Contexto de Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) y Obesidad: Una Propuesta de Intervención	
Capítulo 7: Diseño de un Programa de Prevención primaria integrada de TCA y Obesidad para 5º y 6º curso de Educación Primaria. Contextualización y Directrices clave	257
7.1 Introducción	257
7.2 Programa de Prevención ideal: Características que Debe Reunir un Programa de Prevención primaria de TCA y Obesidad para Ser eficaz y efectivo	258
7.2.1 ¿Desde dónde Podemos Actuar?	258
7.2.2 ¿A quién se Debe Dirigir?	261
7.2.3 ¿A qué Grupo de Edad hay que Dirigir la Prevención? / Población Diana	263
7.2.4 ¿Qué aspectos Debe Tener en cuenta?	266
a) Factores de riesgo de TCA y obesidad	267
b) Factores de protección de TCA y obesidad	268
c) Actuaciones que se pueden llevar a cabo desde los centros educativos	268
d) Objetivos	271

7.2.5 ¿Cómo Debe Ser un Programa de Prevención efectivo?	271
7.2.6 ¿Por qué un Programa de Prevención integrada?	275
7.3 Otros Agentes Implicados en la Prevención	280
7.3.1 Los Docentes como Agentes Implicados en la Prevención	280
7.3.2 Las Familias como Agentes Implicados en la Prevención	282
Capítulo 8: Propuesta Escolar de Prevención de Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) y Obesidad: EVERYBODY HAS A BODY	285
8.1 Introducción	285
8.2 Método	288
8.3 Contenidos	289
8.4 Objetivos	289
8.5 Competencias	290
8.6 Recursos	290
8.7 Evaluación	291
8.8 Cronograma de las Sesiones del Programa de Prevención de TCA y Obesidad	291
IV Parte: Marco Metodológico	
Capítulo 9: Justificación metodológica de la Investigación	294
9.1 Introducción	294
9.2 Determinación de los Objetivos e Hipótesis de la Tesis Doctoral	294
9.3 Justificación de la Metodología mixta	295
9.4 Estrategias Metodológicas Utilizadas	300
9.5 Inferencias para mi Propuesta de Investigación	301
Capítulo 10: Fases de la Investigación	302
10.1 Introducción	302
10.2 Primera Fase: Preparatoria	304
10.2.1 Grupo Focal	304
10.2.2 Procedimiento y Resultados del Grupo Focal	306

10.2.3	Discusión de la Información Obtenida del Grupo Focal	318
10.2.4	Conclusiones del Grupo Focal	322
10.3	Segunda fase: Diseño	325
10.3.1	Justificación de las Dimensiones que Vertebran esta Investigación	325
10.3.2	Construcción y Validación del Cuestionario CETRAR (Creencias, Emociones, Trastornos de la conducta alimentaria, Redes sociales).	328
	a) Revisión de los principales Instrumentos de Detección de TCA	330
	b) Apartados que Conforman el Cuestionario CETRAR	351
	c) Administración del Cuestionario CETRAR	352
	d) Fundamentación teórica que Justifica los Criterios de Valoración de TCA y Obesidad a través del Instrumento CETRAR	352
	e) Validación del Cuestionario CETRAR	358
10.3.3	Cuestionario CETRAR	360
10.3.4	Elaboración del Programa Escolar de Prevención integrada de Obesidad y TCA “Everybody has a body”	363
10.4	Tercera fase: Trabajo de campo	366
10.4.1	Población	366
10.4.2	Muestra general	367
10.4.3	Muestra de los Participantes en la Investigación	370
10.4.4	Procedimiento	376
10.4.5	Instrumentos	379
10.5	Cuarta fase: Explotación de Datos	380
10.5.1	Recogida de Datos y posterior Análisis	380
10.6	Quinta fase: Vías futuras de Continuidad del Programa	381

10.6.1 Formación del Profesorado	381
10.6.2 Sesiones informativas para las Familias	382
10.6.3 Colaboración de la Escuela con el Barrio	382
10.7 Recapitulaciones	384
V Parte: Resultados	
Capítulo 11: Resultados de la Investigación	387
11.1 Análisis Estadísticos Cuantitativos	387
11.1.1 Diferenciación de los Resultados por Sexos	396
11.2 Aportaciones Cualitativas	405
11.2.1 Aportaciones Cualitativas del Alumnado	405
11.2.2 Aportaciones Cualitativas de los Docentes	410
VI Parte: Marco Conclusivo	
Capítulo 12: Discusión	413
12.1 Discusión de los Resultados	413
12.2 Recapitulaciones	420
Capítulo 13: Conclusiones y Limitaciones	421
13.1 Consecución de los Objetivos e Hipótesis Planteadas	422
13.2 Conclusiones Significativas	423
13.3 Limitaciones y Futuras Líneas de Investigación del Estudio	427
13.4 Subvenciones	429
13.5 Conflictos de Interés	430
Referencias Bibliográficas	431
Anexos	461
Anexo I Certificado Subvención	
Anexo II Everybody Has a Body. Cuaderno del Alumno	
Anexo III Everybody Has a Body. Guía docente	
Anexo IV Carta Conselleria de Educación	
Anexo V Cuestionario CETRAR	

Anexo VI Informe Formación Docentes

Anexo VII Informe Formación para las Familias “Foment d’una alimentació saludable a l’escola”

Anexo VIII Evaluación cualitativa Alumnado

Anexo IX Evaluación cualitativa Docentes

Anexo X Concesión distintivo Sello Vida Saludable

I Parte: Introducción



Capítulo 1: Planteamiento General del Problema

1.1 Introducción al Problema

En los últimos tiempos se ha visto evidenciado un aumento en el número de casos de sobrepeso, obesidad y trastornos de la conducta alimentaria (TCA) (Espido, 2004; Maestri, 2018; Magán et al., 2011; Soldado, 2006) y resulta alarmante que cada vez afectan a personas más jóvenes (Carrillo 2005; March et al, 2006).

Tal es la gravedad del problema, que en sociedades occidentales como la nuestra, los TCA son la tercera causa de enfermedad crónica entre los adolescentes (Ramos et al., 2003; Valles, 2013). Además, se estima que alrededor del 20% de las personas que padecen anorexia nerviosa en el mundo, acaban muriendo a consecuencia de la misma (Guadarrama y Mojica, 2011).

En España, Rivas, Bersabé y Castro (2001) realizaron un estudio con 1555 adolescentes, demostrando que un alto porcentaje (27.5%) de esta población padece trastornos alimentarios, en una relación que va de cuatro mujeres por cada hombre. Por su parte, Garandillas, Zorrilla, Sepúlveda y Muñoz (2004), en un estudio realizado con 1534 alumnas adolescentes, reportaron que 3.4% mostraba un trastorno de la conducta alimentaria; la prevalencia de anorexia fue de 0.6%, de bulimia 0.6% y de casos incompletos 2.1%. Recientemente, Olesti, Piñol, Martín y cols. (2008), en un estudio para detectar la prevalencia de anorexia y bulimia nerviosa, señalaron que, de 551 adolescentes mujeres, 0.9% mostraba anorexia y 2.9% bulimia. (Guadarrama y Mojica, 2011, p.127)

En referencia a esta problemática, si nos fijamos en datos concretos recogidos por la Encuesta Nacional de Salud, ENSE, en el informe de principales resultados de 2017 (Ministerio de Sanidad, 2018) se observa que:

Los resultados muestran que ha aumentado la prevalencia de enfermedades crónicas, los factores de riesgo cardiovascular metabólicos (diabetes, hipertensión, hipercolesterolemia, obesidad...), y las enfermedades del aparato locomotor (artrosis, dolor lumbar), y también se incrementa la población con limitaciones y discapacidad funcional.

En cambio, los determinantes de la salud en general mejoran suavemente, aunque solo en los grupos socioeconómicos más favorecidos (mejora el tabaquismo, se reduce el consumo de alcohol, aumenta la actividad física y también la lactancia natural y el consumo de fruta), aunque es importante destacar que no mejora el consumo de verduras, ni se reduce el de refrescos azucarados.

En cuanto a la obesidad en España, sigue aumentando, y si consideramos la obesidad y el sobrepeso conjuntamente, más de la mitad (54,5%) de los adultos tiene exceso de peso y de ellos, un 17,4% hace referencia a la obesidad. De hecho, en los últimos 30 años, la prevalencia de obesidad en adultos se ha visto multiplicada por 2,4. También continúa el aumento paulatino de la prevalencia de la obesidad infantil, que alcanza ya a más de uno de cada diez menores (10,3% en las edades de 2 a 17 años).

De la misma manera, ha aumentado la prevalencia de otras enfermedades, tales como factores de riesgo cardiovascular metabólicos y de otras enfermedades crónicas: hipertensión arterial (19,8%), colesterol elevado (17,9%), obesidad (17,4%) y diabetes (7,8%). Tanto en el caso del colesterol como de la diabetes, llama la atención el hecho de que se han doblado en España desde 1933 a 2017.

Además, en Europa, los estilos de vida son cada vez más sedentarios y la consecuencia más observable es el aumento de la obesidad en los últimos años. A este respecto, la Encuesta Nacional de Salud ENSE, en el informe sobre actividad física, descanso y ocio (Ministerio de Sanidad, 2019) nos muestra que en España, la vida laboral es principalmente sedentaria. El 38% de hombres y mujeres pasan la mayor parte de su actividad principal sentados. Igualmente, en el tiempo de ocio, donde también el 38% de la población de 15 y más años lo ocupa de forma casi completamente sedentaria y el 35% de la población entre 15 y 69 años no alcanza el nivel de actividad física saludable recomendado por la Organización Mundial de la Salud (OMS). El tiempo medio diario que se pasa sentado es de 5 horas, que se ve incrementado a 6,4 horas en el grupo de 15 a 24 años.

En cuanto a la población infantil, el 74% de los niños/as de 1 a 14 años, pasa a diario una hora o más de su tiempo libre entre semana frente a una pantalla y, concretamente, en el grupo

de 1 a 4 años, más de uno de cada dos infantes pasa más de una hora.

Todos estos datos ponen de evidencia la inminente necesidad de plantear un programa para edades tempranas, de 10 a 12 años, donde los hábitos de alimentación todavía no se han consolidado fuertemente, que incida en la prevención de obesidad y TCA, y sirva para educar en salud y poner freno a esta epidemia de problemas relacionados con la alimentación y el peso.

En síntesis, esta tesis doctoral presenta una investigación sobre prevención de TCA y obesidad en preadolescentes, que incluye el diseño de un programa de prevención integrada de TCA y obesidad en la escuela, denominado “Everybody has a body”, dirigido a alumnado preadolescente, es decir, aquellos que se encuentran en 5º y 6º curso de Educación Primaria. También se ha diseñado un cuestionario que permita valorar de forma objetiva los posibles cambios en los estudiantes que reciban el programa.

1.2 Motivación del Estudio

Son múltiples los cambios que se han venido produciendo en nuestra sociedad, y en general en todas las sociedades occidentales en los últimos años, y que han derivado, entre otros, en modificaciones en la forma de alimentarnos, dando paso a una dieta más insana, que es sin duda una puerta de acceso a múltiples enfermedades y que ha mermado la salud de los individuos.

En cuanto a los hábitos dietéticos de la población española, un elevado porcentaje de la sociedad no sigue las recomendaciones nutricionales para una correcta alimentación, y a su vez, la dieta mediterránea ha sido abandonada y sustituida por otras menos saludables, que se basan en la ingesta de mayor contenido de harinas, azúcares y grasa total y saturada, con mayor proporción de carnes rojas y embutidos entre otros, y que también comporta la reducción de frutas, hortalizas, cereales y legumbres. En referencia a la población infantil, estudios realizados con sujetos de 4 a 14 años de edad muestran que sólo el 34% ingieren dos o más raciones de verduras y hortalizas al día, solo el 60% comen dos o más frutas al día, mientras que el 32% toman dulces varias veces al día (Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre

la Prevención y el Tratamiento de la Obesidad Infantojuvenil, 2009). Razones por las que, la prevalencia de sobrepeso y obesidad ha aumentado de forma alarmante en el mundo, tanto en los países desarrollados como en los países en vías de desarrollo (Calcedo, 2016) y España se sitúa entre los países de Europa con tasas más elevadas de obesidad infantil (Maestri, 2018).

Por otro lado, ha ido ganando popularidad el culto excesivo a la delgadez corporal, asumiendo la idea de delgadez como sinónimo de salud y distinción social (Arnaiz, 2009), lo que ha acarreado la práctica de conductas insanas para la pérdida de peso, tales como dietas restrictivas, provocación del vómito, ayunos, restricción de grupos de alimentos que indiscutiblemente, van de la mano con el desarrollo de trastornos de la conducta alimentaria (en adelante TCA).

En síntesis, en el mundo occidental nos encontramos ante una gran problemática dietética. Por un lado, la epidemia de la obesidad y sobrepeso, y por el otro lado, el gran número de personas afectadas por TCA. Son dos caras de una misma moneda: La alimentación del s. XXI.

Es por eso que en los últimos años diversos autores han decidido aglutinar estas problemáticas bajo una misma denominación: “problemas relacionados con la alimentación y el peso” (López-Guimerà y Sánchez-Carracedo, 2010; Solano y Moreno, 2017).

En esta línea, Brines (1991), destaca que:

Esta auténtica epidemia de obesidad coincide con la exaltación de la delgadez como componente esencial de la belleza femenina. Los medios de comunicación se ocupan mucho del tema y transmiten el mensaje para mantenerse sano, atractivo y joven hay que quitarse de encima los kilos que sobran. La sociedad está concienciada y cada día miles y miles de personas en todo el mundo inician programas de pérdida de peso, gastando ingentes cantidades de dinero (en USA unos 30000 millones de dólares al año) en medicamentos, bebidas y alimentos especiales, gimnasios, Clínicas de Obesidad, incluso en operaciones quirúrgicas. Sólo unas pocas personas conseguirán perder peso y muchas menos serán las que logren mantener lo perdido. Desde la Medicina del adulto se nos dice que el tratamiento de la obesidad “no funciona” y desde el ámbito pediátrico que la obesidad en niños y adolescentes representa una de las enfermedades más difíciles de

tratar y que mayor frustración producen al médico. (Brines, 1999, p.263-264)

Se considera que algunos de los motivos por los cuales ha habido este aumento de personas afectadas por TCA, son los factores socioculturales que idealizan cuerpos de mujer y hombre muy difíciles (prácticamente imposibles) de conseguir y mantener en el tiempo, tales como los medios de comunicación (Carrillo, 2005) y el uso y abuso de las redes sociales desde edades muy tempranas potencian. Y es que los medios de comunicación ejercen una importante influencia respecto a la presión por la delgadez y, por tanto, en el comportamiento de los jóvenes de ambos sexos (Calcedo, 2016). En esta línea, Soldado, (2006) mantiene que el incremento en la incidencia de anorexia nerviosa y bulimia nerviosa, coincide con el hecho de que las mujeres extremadamente delgadas han pasado a ser la norma en los medios de comunicación.

En el desarrollo de TCA, también ocupa un lugar relevante, la presión ejercida sobre el aspecto corporal a la hora de acceder al mundo laboral. Continuamente las ofertas de trabajo van acompañadas de la exigencia de “buena presencia” y el entendimiento de cuerpos delgados como sinónimo de triunfo laboral y social, a raíz de la comparación con los cuerpos de actores/ actrices, modelos, cantantes y personajes de televisión, que agudiza la obsesión por conseguir cuerpos extremadamente delgados. Por otro lado, los cuerpos obesos o con más grasa, se relacionan (equivocadamente) con caracteres vagos, perezosos, de escaso triunfo social y sólo aptos para ciertos trabajos (Carrillo, 2005).

Otra perspectiva nos demuestra que existen otros factores socio-culturales reconocidos en la literatura que pueden influir en los TCA, tales como la baja autoestima, la presión de los pares, la influencia de la familia, la moda, la publicidad, las revistas, factores biológicos como el sobrepeso y la obesidad, etc. (Ramos et al., 2003).

Desde mi práctica docente como **maestra de educación primaria me preocupa especialmente esta situación. Siendo, además, especialista en educación física, conozco en primera persona esta problemática: niños y niñas que no son capaces de tomar buenas decisiones para cuidar de su salud, que mantienen una alimentación inadecuada y no practican suficiente actividad física.** Niños y niñas a los que la industria alimentaria vapulea, y constantemente son bombardeados por campañas publicitarias contradictorias: por

un lado, se ha normalizado la comida insana como parte de nuestra cultura, y por otro, se les exige encajar en cánones de belleza quiméricos, inviables, en un mundo en el que nunca se está suficientemente delgado. Niños y niñas a los que durante años se les ha enseñado a odiar sus cuerpos e indirectamente se les empuja a mantener una mala relación con la comida. Niños y niñas que desde su más tierna infancia crecen inmersos en una sociedad en la que se han desdibujado los límites que determinan la mala alimentación y la han convertido en la norma para la mayoría de familias.

Es suficiente con dar un paseo cerca de la salida de los colegios por la tarde, para comprobar en primera persona la mala calidad nutricional de las meriendas de los niños y niñas. Resulta alarmante, la cantidad de productos ultraprocesados, bollería industrial y alimentos cargados de azúcares que ingieren los más pequeños día tras día. Es conveniente recordar que el consumo de este tipo de alimentos se relaciona con un mayor riesgo de mortalidad, obesidad y enfermedades (Taneri, 2022).

Un panorama tan desolador como interesante: como docente, soy una defensora acérrima de la educación como estrategia idónea para cambiar el mundo y considero que es necesario actuar con vehemencia para revertir esta situación. Es preciso pues, educar en salud desde edades tempranas, enseñar a los niños y niñas a alimentarse de una forma saludable y equilibrada, a mantener una vida activa, a valorar su cuerpo y a respetar la diversidad corporal. Estoy convencida de que la escuela primaria es el mejor escenario para llevar a cabo este cometido.

Teniendo en cuenta esta problemática, **el presente estudio tiene como propósito presentar una propuesta de intervención de prevención de TCA y obesidad en la escuela primaria**, que ayude a fomentar mejores prácticas de alimentación y de vida activa, y que contribuya a frenar esta situación.

1.3 Justificación del Estudio

El mundo está siendo testigo de una epidemia de obesidad y sobrepeso (Lima-Serrano et al., 2012). Los expertos consideran que vivimos inmersos en un ambiente obesogénico,

entendiéndolo como aquel entorno que empuja a los individuos hacia la obesidad, estimulando hábitos y comportamientos que facilitan el exceso de peso. Dentro de este ambiente obesogénico encontramos desde el sedentarismo que sufre la sociedad actual por estar rodeados de tecnología que nos hacen la vida excesivamente sencilla y cómoda, hasta el fácil acceso a alimentos insanos, que son además de bajo costo, agradables al paladar y altos en calorías, así como las campañas publicitarias que nos incitan a comer más de lo que necesitamos y de peor calidad. En resumen, el ser humano se mueve menos, y come más y de peor calidad nutricional, cuya consecuencia lógica son el sobrepeso y la obesidad (Castellano et al., 2019).

Pero eso no es todo, por otro lado, aparece también una creciente prevalencia, entre la población infantil y adolescente, de trastornos de la conducta alimentaria (TCA), ya que, aunque parezca contradictorio y surrealista, el mismo ambiente en el que vivimos, promueve la imposición de una imagen ideal de delgadez. Un claro exponente de ello son las altas cifras alcanzadas en cuanto al elevado número de personas en el mundo que padecen problemas relacionados con el peso, entre los que se incluyen los conocidos trastornos de la conducta alimentaria, obesidad y sobrepeso, pero también otras condiciones intermedias, como la práctica regular de dietas muy restrictivas para la pérdida de peso o el alto grado de insatisfacción corporal (López-Guimerà y Sánchez-Carracedo, 2010). Es decir, existe un elevado número de personas que no están diagnosticadas de TCA, pero sufren algunos síntomas parciales de dichos trastornos. Cash (2002) identificó entre un 19% de mujeres y un 6% de hombres que sufrían un malestar considerable asociado a la insatisfacción corporal. En consonancia, Magán et al. (2011) arguyen que:

Estos datos, en su conjunto, muestran la necesidad de que la sociedad actual enfrente dos grandes problemas, aparentemente opuestos, que podrían situarse en los extremos de un continuo: en uno, los trastornos clásicos de la conducta alimentaria, y, en el otro, la obesidad y el sobrepeso, pasando por puntos intermedios, las denominadas alteraciones del comportamiento alimentario o problemas relacionados con el peso, como la elevada preocupación por la imagen corporal, la práctica de dietas restrictivas, [...]. (Magán et al., 2011, p.1)

En este sentido, nos enfrentamos a varias cuestiones: la infalible publicidad que lanza

la industria alimentaria y la nada desdeñable falta de conocimientos sobre alimentación de la población, aliada con malos hábitos y conformidad con falsas creencias relativas a la alimentación y nutrición, así como la preocupación excesiva por el peso, todas ellas conductas peligrosas, que unidas a otros factores de la sociedad actual, han hecho proliferar las enfermedades relacionadas con la alimentación y el peso (López-Guimerà y Sánchez-Carracedo, 2010).

Una vez asumida la magnitud del problema, es el momento de plantear remedios. Una solución global pasa por la prevención, tanto de trastornos de la conducta alimentaria como de obesidad y sobrepeso, siendo todos ellos trastornos relacionados con el peso (Penna-Tosso y Sánchez, 2009).

La prevención de los TCA se ha vuelto un tema prioritario, tanto por la gravedad que estos trastornos pueden adquirir si se cronifican, como por los gastos de recursos sanitarios y sociales que conllevan. No en vano representan, en cuanto a prevalencia de casos, la tercera enfermedad crónica entre la población femenina en las sociedades desarrolladas y occidentalizadas. (Penna-Tosso y Sánchez, 2009, p.18)

Por ende, los profesionales encaran nuevos desafíos para diseñar estrategias conjuntas que puedan integrar la prevención de ambos trastornos, dos campos que tradicionalmente se han abordado de forma separada, para proporcionar intervenciones que incluyan tanto los TCA, como la obesidad (Castellano et al., 2019). Sin embargo, hasta la fecha, no ha habido cuantiosas intervenciones que aunaran la prevención de obesidad y TCA. Esta investigación trata de dar respuesta a esta problemática y avanzar en el terreno de la prevención integrada, abriendo la puerta a este reto.

A este respecto, la opinión general de los expertos coincide en que la educación es crucial en esta lucha, pero, desgraciadamente, en España la alimentación no ocupa un lugar relevante en el currículum educativo.

En este sentido, numerosos autores defienden la idea de que la etapa escolar es el mejor periodo para la adquisición de hábitos que se mantengan durante la vida adulta de los escolares (Comité Científico de '5 al día', 2011). Por tanto, las acciones educativas que se lleven a cabo durante la educación primaria y secundaria, serán elementos clave para el desarrollo de una

vida saludable, en la que no pueden faltar tanto buenos hábitos dietéticos como conocimientos al respecto de alimentación y nutrición.

Las estrategias globales sobre promoción de la salud y contención de enfermedades crónicas, presentan el ámbito escolar como un lugar prioritario e idóneo para incorporar conocimientos y habilidades en materia de alimentación, nutrición y actividad física, que responsabilicen a los escolares para ejercer un mayor control sobre su salud y calidad de vida, contribuyendo así a disminuir el riesgo de trastornos y patologías prevalentes en la edad adulta, entre otros el sobrepeso y la obesidad. (Comité Científico de '5 al día', 2011, p.2)

Tanto es así, que la Organización Mundial de la Salud (en adelante OMS) en su Plan de acción europeo sobre política alimentaria y nutricional (World Health Organization, 2007b) defiende la idea de que los países de la Región europea deberían promover programas de educación alimentaria y nutricional en el entorno escolar y dentro del itinerario curricular, con el fin de paliar los altos índices de problemas relacionados con la alimentación (Comité Científico de '5 al día', 2011).

En la etapa escolar, pueden incorporarse conductas positivas, que promuevan una disminución del riesgo de trastornos de la conducta alimentaria, sobrepeso y obesidad entre otros, y con ello contribuyan a una mejora de la salud de los seres humanos. Diferentes autores concuerdan en que la escuela constituye uno de los lugares más eficaces para modificar el estilo de vida de los estudiantes y ayudar en la adquisición de hábitos positivos, tanto por su carácter de espacio educativo como por la cantidad de tiempo que los estudiantes pasan en la escuela (Comité Científico de '5 al día', 2011; NAOS, 2005).

El ámbito escolar se presenta como un lugar prioritario e idóneo para incorporar conocimientos basados en la evidencia científica del momento y a la vez, facilitar habilidades en materia de alimentación, nutrición y actividad física, que responsabilicen a los escolares para ejercer un mayor autocontrol sobre su salud y calidad de vida. (Comité Científico de '5 al día', 2011, p.4)

Aunque como vemos, es ineludible la prevención y los expertos demuestran que la escuela

es uno de los mejores ámbitos donde actuar, existe una desmedida falta de coordinación en el mundo educativo. La idea que se defiende en esta tesis es desarrollar un programa que pueda ser integrado en el currículum oficial de educación y que permita trabajar de forma coherente para conseguir objetivos contundentes, con la meta común de plantar cara a estas enfermedades, a través de la promoción y aceptación de la diversidad corporal, luchando contra la obsesión cultural por la delgadez, acabando con la discriminación relacionada con el peso, instaurando hábitos alimentarios adecuados, aceptando los cambios corporales propios de cada etapa de la vida, educando en alfabetización mediática y conociendo el ambiente obesogénico en el que vivimos (López-Guimerà y Sánchez-Carracedo, 2010).

Una muestra de la importancia de la prevención en la escuela, es el hecho de que la Conselleria de Educación, Cultura y Deporte de la Comunidad Valenciana, ha concedido una subvención económica para llevar a cabo el proyecto que se desarrolla en esta tesis doctoral, a través de la iniciativa “Proyectos de investigación e innovación educativa” (PIIE), que justifica, una vez más, la imperiosa necesidad de poner en marcha programas de prevención de obesidad y TCA en la escuela, y de invertir recursos en la educación alimentaria. Se puede consultar en Anexo I.

Otros motivos de vital importancia para justificar este estudio, son que a causa de la pandemia por COVID-19 que azota el planeta, los casos de obesidad, sobrepeso y TCA, se han visto, lamentablemente, multiplicados (Samatán-Ruiz y Ruiz-Lázaro, 2021). Además, una alimentación adecuada es vital para conseguir una mejor inmunidad contra el COVID-19, así como ante otras enfermedades (Gómez-Donoso et al., 2021).

También se justifica su importancia, pues el tratamiento de la alimentación saludable se contempla en las Estrategias de Desarrollo Sostenible 2030, que dice así:

...se fomentarán políticas que impulsen una nutrición y alimentación saludable y la práctica de actividad física, promocionando acciones educativas e informativas dirigidas a los consumidores, orientándoles hacia opciones alimentarias más saludables y animará a la industria alimentaria a mejorar la calidad nutricional de la oferta de alimentos. (p.171)

En última instancia, la prevención de estas enfermedades posibilitaría la reducción del

gasto económico que suponen a la administración pública, ya que se estima que la obesidad tiene un coste de 2500 millones de euros de gasto público, dinero que se destina al tratamiento de la obesidad y las patologías asociadas. Y de manera indirecta, se reducirían también los gastos de otras enfermedades, como cáncer y diabetes, pues se considera que el sobrepeso es el responsable del 9% de todos los costes de tratamientos de cáncer y del 79% de todos los costes de tratamientos de diabetes (Herrero, 2022).

Por ende, consideramos que **son razones suficientes para justificar plenamente la investigación que abordamos, tanto por la novedad de la temática, como por los beneficios que, sin duda, se podrían derivar de ella a medio y largo plazo en cuanto puede aportar luz y orientaciones precisas encaminadas a la integración exitosa de la educación alimentaria y la prevención de TCA y obesidad en la escuela.**

1.4 Propósito

El propósito de esta tesis doctoral es diseñar, aplicar y evaluar la eficacia de un programa de prevención de los trastornos de la conducta alimentaria y la obesidad, dirigido a preadolescentes en edades comprendidas entre 10 y 12 años escolarizados de la Comunidad Valenciana.

Asimismo, se trata de demostrar que por las características de la sociedad en la que vivimos, que nos sumerge en un ambiente obesogénico a la vez que estigmatiza la obesidad y el sobrepeso, y empuja a los individuos a anhelar la delgadez extrema como indicador de valía, la educación alimentaria-nutricional en la escuela se presenta como absolutamente necesaria. Y esta debería ofrecer, durante toda la etapa de educación obligatoria, actividades educativas y formativas que lleven a los niños y jóvenes a desear comer sano, que aprendan cómo hacerlo, que adquieran buenos hábitos y sean capaces de buscar ayuda cuando la necesiten (Comité Científico Asociación para la Promoción y el Consumo de Frutas y Hortalizas “5 al día”, 2011, p. 2-12).

Todo esto es posible, si los implicados en educación hacen un gesto común, en pro de la mejora de la calidad de vida desde la infancia y adolescencia, y a su vez cambia la tónica general de las políticas educativas, poniendo en valor la necesidad de educar en salud para prevenir

enfermedades.

1.5 Contenido y Estructura

En los capítulos siguientes se da cuenta de las ventajas que supondría cultivar una cultura de prevención de TCA y obesidad desde las aulas de educación primaria, aludiendo a diferentes elementos que configuran la prevención exitosa de las enfermedades relacionadas con la alimentación y el peso en el contexto de los centros escolares y apuntando de forma especial a los requisitos y exigencias a tener en cuenta para que se produzca una adecuada consecución de los objetivos.

Esta tesis se estructura en dos apartados fundamentalmente; en el primero se expone la parte teórica, fruto de una exhaustiva revisión bibliográfica de los más relevantes autores de nuestro tiempo, y en la segunda, los aspectos prácticos recogidos de esta investigación.

La parte teórica, se compone de introducción, marco teórico, propuesta de intervención y marco metodológico. Concretamente en la propuesta de intervención, (capítulo 8), se encuentra desarrollado el programa de prevención integrada de obesidad y TCA que hemos diseñado: “Everybody has a body”. Por otro lado, la parte práctica, recoge los resultados del pretest, el diseño del plan de investigación, los resultados del pos-test, las aportaciones cualitativas de docentes y estudiantes y el marco conclusivo.

Así, el estudio cuenta con un diseño longitudinal de medidas repetidas pre-post. Se ha realizado un estudio controlado con una muestra de alumnos/as preadolescentes de la Comunidad Valenciana, durante el curso 2019/2020. El programa diseñado, aplicado y evaluado ha sido “Everybody has a body” que integra elementos para prevenir conjuntamente los TCA y la obesidad. Para la evaluación, se ha elaborado y validado el cuestionario CETRAR, donde C hace referencia a creencias, E de emociones, TRA de trastornos de la conducta alimentaria y R de redes sociales.

En definitiva, el proceso que se ha seguido ha sido el siguiente:

- 1.º Valorando la bibliografía disponible sobre el tema, se diseña el programa de prevención Everybody has a body
- 2.º Se realiza un grupo focal con una muestra representativa del alumnado para conocer de

primera mano la realidad y extraer las dimensiones que conformarán el cuestionario

3.º Teniendo en cuenta las dimensiones, se conforma el cuestionario CETRAR, es revisado por un comité de jueces expertos y se valora su consistencia

4.º Se contacta con las escuelas y se obtienen los permisos necesarios, incluido el de Conselleria de Educación para pasar el cuestionario

5.º Los alumnos responden al cuestionario pretest

6.º Se imparte el programa Everybody has a body con alumnado y familias

7.º Los alumnos responden al cuestionario pos-test

8.º Alumnado y profesorado realizan una evaluación cualitativa para valorar el programa

9.º Se analizan los resultados y se extraen conclusiones de la investigación

1.6 Inferencias para mi Propuesta de Investigación

En conclusión, esta tesis doctoral pone a disposición del lector una investigación sobre prevención de TCA y obesidad en preadolescentes, que, a parte de un marco teórico bien fundamentado, incluye el proceso de diseño del programa de prevención integrada de TCA y obesidad en la escuela, denominado “Everybody has a body”, dirigido a alumnado preadolescente, es decir, aquellos que se encuentran en 5º y 6º curso de Educación Primaria.

Es un programa innovador, pues a diferencia de la mayoría de los que se han desarrollado hasta la fecha, integra, trabaja, de manera coordinada, en la prevención de los trastornos alimentarios y de la obesidad, tratando de acabar con las incongruencias y contradicciones de los programas que se disponían a realizar prevenciones independientes de un problema o el otro.

Asimismo, también ha supuesto la creación de una herramienta que sirviera para evaluar el grado de eficacia del programa de forma objetiva, es decir, cuán era capaz de reducir las conductas de riesgo. Éste es el cuestionario CETRAR, avalado por un gabinete de jueces expertos.

El proceso que se ha seguido para llevar a cabo esta investigación ha sido el siguiente:

- En primer lugar, se realizó un grupo focal para averiguar la realidad de los preadolescentes valencianos y que sirvió de punto de partida para desarrollar las dimensiones que conformarían

nuestro cuestionario CETRAR.

- Seguidamente, se diseñó el cuestionario CETRAR, que fue validado por un grupo de jueces expertos.

- De forma paralela, se diseñó el programa de prevención integrada de obesidad y TCA “Everybody has a body”, que incluye, como pilares fundamentales, el trabajo de la autoestima e imagen corporal, el desarrollo corporal saludable, la alfabetización en medios, la gestión emocional, la adquisición de buenos hábitos de alimentación y vida activa, la evitación del seguimiento de dietas para la pérdida de peso, y la aceptación de la pubertad como una etapa positiva de la vida. Su título hace referencia a la aceptación de la diversidad corporal y a la búsqueda de la reconciliación con el propio cuerpo, sea cual sea su aspecto físico, mientras se promueven hábitos saludables de alimentación y de vida.

- Después de contactar con diversos centros escolares, se contó con la participación de cuatro escuelas de la Comunidad Valenciana. Se obtuvieron los permisos oportunos y se dio una formación a los docentes que iban a impartir el taller Everybody has a body.

- Se administró el cuestionario CETRAR a modo pretest al alumnado, de forma anónima pero codificada.

- Se llevó a cabo el programa Everybody has a body durante once sesiones y una sesión con las familias.

- Se volvió a administrar el cuestionario CETRAR pos-test al alumnado que había realizado el programa y se analizaron los resultados obtenidos comprobando las diferencias entre pretest y pos-test. Asimismo, se realizó una evaluación cualitativa a los docentes y alumnos implicados para conocer su opinión con respecto al programa y cuestionario.

Confiamos y deseamos que, una vez vistos los resultados positivos de este programa, así como la utilidad del cuestionario CETRAR, sean de gran beneficio para la comunidad educativa y científica, sean empleados en otras investigaciones, instituciones educativas e incluso como herramientas que puedan ser consideradas por las políticas educativas para implantarse definitivamente en las escuelas, en aras de conseguir acabar con la pandemia de los problemas de la alimentación y el peso. Del mismo modo, este programa se puede incluir en los CEFIRE

(los órganos de la administración educativa para la formación permanente del profesorado en la Comunidad Valenciana) como modelo de práctica que se ha llevado a cabo con buenos resultados en lo que a prevención de obesidad y TCA se refiere. Que sirva también para promocionar la educación alimentaria en las escuelas primarias y concienciar sobre la importancia de ésta. Como base en la formación del profesorado en materia de alimentación, y como forma de expandir y compartir información de relevante interés para la comunidad educativa.

Y es que, la prevención de los trastornos de la conducta alimentaria y obesidad desde edades tempranas no es una cuestión baladí, claro exponente de ello es el hecho de que la Conselleria de Educación, Cultura y Deporte de la Comunidad Valenciana, de acuerdo con los exigentes criterios de los proyectos de investigación e innovación educativa, haya optado por subvencionar, en parte, el costo de este proyecto.

II Parte: Marco Teórico



Capítulo 2: La Cultura de la Salud

2.1 Introducción

La cultura de la salud está relacionada con la realización de actividades para promocionar la salud y prevenir enfermedades, y pone la tilde en los estilos de vida saludables y en mejorar la calidad de vida de las personas que conforman una sociedad.

En este capítulo se va a tratar de dar respuesta a hasta qué punto la cultura de la salud se aplica en nuestra sociedad y, por consiguiente, en nuestro sistema educativo, y veremos qué actuaciones concretas se deberían modificar en pro de conseguir una cultura de la salud más efectiva.

Para ello se va a comenzar comprobando si, a ojos de los expertos, existe una relación entre alimentación y salud, a continuación se presentará el ambiente obesogénico, como un entorno que la cultura de la salud debería atender, tener en cuenta y tratar de modificar, pues está implicado en el desarrollo de obesidad, TCA y otra larga lista de enfermedades relacionadas con la alimentación. Por lo tanto, se van a determinar cuáles son los factores que contribuyen al ambiente obesogénico y las medidas para revertirlo, así como se va a indagar en tanto en cuanto los seres humanos son responsables por sí mismos de contribuir al aumento de casos de obesidad o, por el contrario, se deberían compartir responsabilidades con otros agentes sociales. Asimismo, se expondrá una forma de hacerles frente a éste y otros problemas relacionados con la alimentación: la educación. Y más concretamente, la Educación para la Salud. Finalmente se incluye un apartado de inferencias para mi propuesta de investigación donde se explicitan las aportaciones más importantes del presente capítulo a mi investigación.

2.2 Relación entre Alimentación y Salud

Hoy en día conocemos a ciencia cierta la correlación existente entre alimentación y salud. La ciencia nos hace saber de la importancia de mantener buenos hábitos alimentarios para prevenir un gran número de enfermedades. De hecho, la Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda una dieta saludable y un adecuado nivel de actividad física a lo largo del ciclo

vital como la mejor garantía de un buen estado de salud y protección frente a enfermedades crónicas, incluidos algunos tipos de cáncer (Ballesteros et al., 2007; Ingelmo, 2014; Mataix, 2005). En relación a la dualidad entre alimentación y salud, Brines (1999) argumenta que una nutrición adecuada en cada etapa de la vida es imprescindible para conseguir un estado de salud óptimo, el cual permitirá al individuo alcanzar el desarrollo y crecimiento adecuados. Así como la alimentación es determinante para evitar ciertas enfermedades, entre ellas obesidad, cáncer, diabetes, arteriosclerosis, enfermedades cardíacas coronarias y enfermedades degenerativas, alergia, caries y trastornos por carencia de hierro (Brines, 1999; Pujol-Amat, 2002).

De igual forma, Mayor Federico en el libro *Nutrición para educadores* de Mataix (2005), afirma que existe una relación entre la ingesta de ciertos alimentos y algunas enfermedades, como la arterioesclerosis, las afecciones cardiovasculares o ciertos tipos de cáncer.

También una de las afecciones más frecuentes de las sociedades occidentales, es el síndrome X metabólico, que se manifiesta por obesidad, hipertensión, hiperlipidemia, intolerancia a la glucosa y resistencia a la insulina, y se relaciona con vida sedentaria, estrés y mala alimentación: falta de alimentos vegetales, consumo excesivo de alimentos refinados, especialmente grasas saturadas y exposición a sustancias tóxicas como alcohol, tabaco y fármacos. Este síndrome es especialmente preocupante porque empieza a darse también en niños (Pujol-Amat, 2002).

Razones de peso por las que existe una tendencia actual a recomendar una alimentación saludable. Así, los estudios realizados hasta el momento, demuestran que la alimentación saludable es capaz de disminuir la incidencia de cáncer y enfermedades crónicas degenerativas. Y si además se incluye un nuevo estilo de vida en que se excluye el consumo de tabaco y se incrementa la actividad física, la acción preventiva de estas enfermedades es todavía más eficaz (Pujol-Amat, 2002).

En síntesis, los expertos coinciden en que ciertos hábitos ayudan a componer una buena salud: una dieta sana, equilibrada y variada, descanso adecuado, tener un peso correcto, realizar ejercicio físico de manera regular, no fumar ni consumir alcohol, así como exponerse regularmente al sol. De la misma manera, la presencia de sus contrarios, son considerados factores de riesgo para la salud. El primer estudio relevante que demostró la correlación entre

hábitos de vida y salud, data de 1973 (Belloc, 1973), en él, se tomaron en consideración los hábitos de un grupo de 7000 personas. Los resultados mostraron la existencia de siete hábitos de vida que se correlacionaban con un mejor estado de salud en quienes los practicaban regularmente. Dichos hábitos eran dormir siete u ocho horas diarias, desayunar diariamente, no tomar alimentos entre comidas, mantener un peso adecuado en relación a la altura, no fumar, no tomar alcohol o hacerlo moderadamente y llevar a cabo una actividad física regular. Se realizó un seguimiento a los cinco años y medio y se confirmó que habían fallecido menos personas pertenecientes al colectivo de los que llevaban a cabo los buenos hábitos citados, demostrando así la relación entre hábitos de salud y tasa de mortalidad (Ingelmo, 2014).

Asimismo, Pujol-Amat, (2002) afirma que desde el año 1960 se lleva produciendo un aumento progresivo de la obesidad en los países industrializados. Este aumento de la obesidad, a su vez, comporta un aumento remarcable de ciertas enfermedades que se hallan íntimamente relacionadas con la obesidad y el sedentarismo, y por tanto, con la alimentación. Entre ellas están las enfermedades cardiovasculares, hipertensión, diabetes, cáncer y otras. También se ha confirmado que existe una asociación entre obesidad y cáncer de colon, de mama, de endometrio y probablemente también de próstata, así como la tendencia a la trombosis es un fenómeno que se observa con frecuencia en individuos obesos.

En lo referente al cáncer, una de las enfermedades más preocupantes de los últimos años, la importancia de la dieta en relación con el cáncer es un problema complejo, pues se sabe que la etiología del cáncer es variada y multifactorial. Se considera que en el humano, el 80-90% de los cánceres dependen de factores ambientales: la dieta y tabaco juegan papeles importantes. De hecho, algunos expertos consideran que la mitad de los cánceres en la mujer y en el hombre se hallan asociados a factores contenidos en la dieta. Sin embargo, el interés del tema “dieta y cáncer” no sólo reside en los factores dietéticos que contribuyen a la producción del cáncer, sino también a los que pueden prevenirlo. Se considera que ciertas alteraciones en la dieta podrían reducir el número de cánceres humanos en un tercio (Pujol-Amat, 2002).

Sobre la relación entre enfermedades e ingesta de tipos de nutrientes, Pujol-Amat (2002) afirma que, respecto a las proteínas, se ha podido observar una asociación entre un contenido

elevado de proteínas de origen animal y el aumento de riesgo de producción de cáncer de colon, aunque no se pueden sacar conclusiones exactas. Sin embargo, sí que se ha demostrado que un aumento de carne roja contribuye al desarrollo de numerosas enfermedades, especialmente cáncer de colon y enfermedades cardíacas.

En cuanto a las grasas, es difícil establecer cuál es el tipo de grasa responsable de la producción de cáncer. Existe una cierta información que parece apoyar la tesis de que la cantidad total de grasa y, sobre todo, la grasa saturada, es un factor importante en el desarrollo del cáncer de mama, de colon y de próstata. En los humanos, se ha podido detectar una mayor frecuencia de cáncer de próstata en individuos que consumían más grasas en la dieta que un grupo control en que la ingestión de grasas era inferior. Otros estudios, aunque muy limitados, sugieren una relación positiva entre la ingestión de grasa saturada en la dieta y el cáncer de páncreas (Pujol-Amat, 2002).

Sobre la fibra, la evidencia actual afirma que la falta de fibra en la dieta, puede contribuir al desarrollo de ciertos cánceres y de enfermedades cardíacas. Con la acción de la fibra se rechaza la absorción de proteínas, hidratos de carbono y grasas y también una pequeña parte de estos principios inmediatos se elimina por las heces. Esta pequeña porción que se elimina no tiene ninguna importancia nutricional, sin embargo, puede ser de utilidad para el control de algunas enfermedades como la diabetes y la hipercolesterolemia.

En este sentido, en los últimos 50 años ha habido un cambio de la alimentación en los países occidentales en el sentido que las legumbres, las frutas y los vegetales han sido sustituidos por alimentos ricos en proteínas animales y grasas saturadas. Este cambio ha sido la base por la cual ha habido un incremento de enfermedades relacionadas con la carencia de fibra. Entre ellas están las enfermedades metabólicas, del aparato digestivo y otras (Pujol-Amat, 2002).

También en referencia a los hábitos que ayudan al mantenimiento o mejora de la salud, Ingelmo (2014) cita diversos estudios en los que apuntan que los hábitos más importantes para prevenir el sobrepeso y la obesidad son la ingesta equilibrada de todos los tipos de alimentos, la realización de un desayuno completo y el relegar el consumo de azúcares, alcohol y bebidas azucaradas a un plano muy ocasional, todo combinado con la realización de ejercicio físico

habitual.

Por ende, los expertos avalan que la calidad de vida de los individuos podría mejorar a través de una alimentación saludable, equilibrada y con buenos hábitos, por ello consideramos que es necesario explicitar qué es una dieta equilibrada. De acuerdo con Pujol-Amat:

Durante mucho tiempo los especialistas en nutrición han destacado la importancia de una dieta equilibrada para la salud de la población. Según la definición, una dieta equilibrada es aquella que contiene los elementos nutritivos de cada uno de los distintos grupos de alimentos. Por el contrario, una dieta desequilibrada sería aquella que sólo contiene los elementos de algunos grupos en exceso y otros en cantidad insuficiente o nula.

La dieta equilibrada no debe realizarse en una sola comida, sino que debe hacerse en varias comidas durante el día, de tal forma que al final del día se haya consumido la dieta equilibrada.

Desgraciadamente, mucha gente, debido generalmente a malos hábitos, continúa comiendo dietas desequilibradas. Las consecuencias de esta mala alimentación a la larga conducen a problemas de peso, fatiga y alteraciones del sistema inmunológico. Todo ello puede acabar en enfermedades crónicas. La dieta ideal debe ser equilibrada en elementos nutritivos y también en el contenido calórico, según el tipo de ejercicio que se realiza. (Pujol-Amat, 2002, p.90)

Parafraseando a Turón Gil (1998), una alimentación equilibrada y saludable es aquella que hace posible que el individuo se mantenga en un estado de salud óptimo, permitiéndole desarrollar sus actividades normales al quedar cubiertas sus necesidades nutritivas. Además, en una alimentación equilibrada, las raciones deben aportar diariamente los nutrientes energéticos y no energéticos necesarios para el buen funcionamiento del organismo, las necesidades metabólicas y la continuidad de la vida. Estas aportaciones nutricionales deben recibirse en la proporción adecuada, con un equilibrio entre los diferentes componentes.

Sin embargo, en los países desarrollados, la tendencia no es mantener una dieta equilibrada, ya que la alimentación tiende a un alto contenido de grasas y azúcares. Es más, hoy en día, por razones culturales, se acostumbra a reemplazar alimentos sanos y equilibrados por

otros insanos, preparados industrialmente y de fácil adquisición.

Por otro lado, relacionando alimentación y salud, no podemos dejar de hablar de los conocidos como “alimentos funcionales”. Pujol-Amat (2002) afirma que algunos alimentos poseen ingredientes que aparte de su valor nutricional, pueden influir sobre algunas funciones fisiológicas modificando su entorno, y con ello desempeñar una función preventiva. Se trata de oligopéptidos, especialmente los derivados de la leche, hidratos de carbono no digestibles, entre ellos la fibra dietética, los probióticos y los prebióticos. Un probiótico es un suplemento alimentario vivo microbiano que posee efectos beneficiosos sobre el organismo, mejorando el equilibrio microbiano intestinal. Un prebiótico es un ingrediente alimentario no digestible que posee efectos beneficiosos, estimulando de una forma selectiva el crecimiento y/o la actividad de una o varias bacterias de la flora bacteriana del colon.

Entre las funciones más importantes que hasta ahora han sido atribuidas a los alimentos funcionales, encontramos el restablecimiento de actividades metabólicas, la estimulación del sistema inmunológico, prevención del estrés oxidativo, protección frente a la toxicidad por sustancias químicas, restablecimiento del equilibrio de la microflora colónica y mejoría de la biodisponibilidad de los minerales. En estudios realizados por numerosos autores en animales, se pudo demostrar un aumento de la actividad del sistema inmunológico, lo cual puede conducir a una actividad antitumoral. Es decir, una vez más, los estudios avalan la importancia de la alimentación en la prevención de enfermedades.

Podemos concluir citando a Ingelmo (2014), que considera que el estilo de vida del sujeto determina su estado de salud. El estilo de vida es influenciado de ser educado, y por tanto, se podría modificar así la salud del individuo. Asimismo, tal y como señala la OMS, “una alimentación saludable y la actividad física suficiente y regular son los principales factores de promoción y mantenimiento de una buena salud durante toda la vida e interaccionan positivamente” (Resolución de 8 de febrero de 2019, de la Secretaría General de Sanidad y Consumo, p.24155).

Siguiendo en la misma línea, Ramos (2009), comenta que el Informe de la Comisión Europea sobre Sanidad y Protección de los Consumidores hizo pública en el año 2003 la correlación entre ciertas patologías y factores de riesgo de origen alimentario y de relación con

la actividad física.

Tabla 1

Correlaciones entre Patologías y Factores de Riesgo de Origen Alimentario

Patología	Factores de riesgo
Hipertensión arterial	Consumo inadecuado de frutas y verduras
	Consumo excesivo de alcohol
	Consumo excesivo de sal
Enfermedades cerebrales y cardiovasculares	Consumo inadecuado de frutas y verduras
	Consumo excesivo de ácidos grasos saturados
	Consumo inadecuado de alimentos ricos en fibras
Cánceres (especialmente de colon, mama, próstata y estómago)	Consumo inadecuado de frutas y verduras
	Consumo excesivo de alcohol
	Consumo excesivo de sal
Obesidad	Consumo inadecuado de alimentos ricos en fibras
	Aporte energético excesivo
	Obesidad
Diabetes tipo 2	
Osteoporosis	Aporte inadecuado de calcio
	Aporte inadecuado de vitamina D
Caries	Consumo frecuente de hidratos de carbono fermentables/ alimentos o bebidas con alto contenido en azúcar
Erosión dental	Consumo de alimentos, frutas o bebidas ácidos
Trastornos debidos a una deficiencia de yodo	Consumo inadecuado de pescado o de alimentos enriquecidos con yodo
Nacimientos prematuros e insuficiencia ponderal al nacer	Aporte inadecuado de nutrientes
Anemia ferropénica	Aporte inadecuado o inexistente de hierro
	Consumo inadecuado de frutas, verduras y carne
Malformaciones del tubo neural (Espina bífida)	Aporte inadecuado de folato y ácido fólico
	Consumo inadecuado de frutas y verduras
Menor resistencia a las infecciones	Consumo inadecuado de frutas y verduras
	Consumo inadecuado de micronutrientes
	Lactancia materna inadecuada

Patología	Factores de riesgo
Anorexia, bulimia, hiperfagia	Rechazo a ingerir alimentos, pérdida excesiva de peso u obesidad
Alergias alimentarias	Presencia de alérgenos en los alimentos
Intoxicación alimentaria infecciosa	Presencia de microorganismos patógenos en los alimentos
Intoxicaciones alimentarias no infecciosas	Presencia de sustancias patógenas en los alimentos, como dioxinas, mercurio, plomo y otros metales pesados, residuos agroquímicos y otros contaminantes

Nota. Tabla adaptada de Ramos (2009), citando a Comisión Europea sobre Sanidad y Protección de los Consumidores, 2003.

En resumen, a partir de dicho informe se pueden extraer ciertas conclusiones, entre las que destacan que la alimentación no saludable y la poca actividad física, entrañan riesgos para la salud.

En cuanto a los más jóvenes, Ramos (2009) recuerda la importancia de seguir una dieta saludable ya desde la infancia y adolescencia, pues la alimentación saludable en las primeras etapas de la vida, promueve un crecimiento y desarrollo óptimos y ejerce un gran impacto en el futuro estado de salud del adulto, ya que previene problemas de salud a corto-medio plazo, como obesidad y TCA, y además contribuye a prevenir problemas de salud a largo plazo, como cáncer y osteoporosis. Por otro lado, la autora hace hincapié en la importancia de mantener una dieta de alta calidad nutritiva en la adolescencia, pues recalca que esta etapa es un periodo en el que aumenta la necesidad fisiológica de nutrientes esenciales. En último lugar, se destaca que los hábitos adquiridos en la infancia y adolescencia, persistirán y se convertirán en la adultez en rutinas, tanto los protectores de salud como los peligrosos (Calcedo, 2016; Ramos, 2009).

Continuando con esta misma idea, se debe considerar que la alimentación durante la infancia y adolescencia no asegura solo una buena salud infantil, sino que marcará ciertos aspectos de la salud de la persona adulta. En consonancia, se ha demostrado que muchas enfermedades que se manifiestan en personas adultas de manera grave y frecuente, tienen su

base en una inadecuada alimentación infantil. Y es que el hecho de presentar problemas de distrofia durante la adolescencia predice problemas de salud durante la edad adulta (Brines, 1999; Calcedo, 2016).

En las primeras etapas de la vida, como infancia y adolescencia, se desarrollan factores de riesgo biológicos y comportamentales, que continúan teniendo efectos negativos a lo largo de toda la vida. En la misma línea, las intervenciones preventivas son muy importantes, por pequeña envergadura que tengan, puesto que reportan beneficios a lo largo de toda la vida. Además, los hábitos de alimentación y actividad física apropiados, reducen el riesgo de muerte prematura, discapacidad y previenen las enfermedades no transmisibles (Ramos, 2009).

Ramos (2009), realizó un estudio en el que se concluyó que los adolescentes con buenos hábitos de alimentación, entre los que se incluye alto consumo de alimentos saludables, bajo consumo de alimentos no saludables y alta frecuencia de desayuno, son los que alcanzan la mayor puntuación en salud, que a su vez obtienen mayor puntuación de bienestar físico, mental y social.

Como vemos, mucho se ha dicho sobre la relación entre alimentación y salud, y claramente podemos afirmar que una alimentación de calidad, saludable y equilibrada, está directamente relacionada con un buen estado de salud en los seres humanos (Arnaiz, 2009). De hecho, los expertos establecen que existe una relación inversa entre dieta y ejercicio, con enfermedades crónicas y degenerativas (Barrientos-Pérez y Flores-Huerta, 2008).

2.3 Ambiente Obesogénico como Agente implicado en el Desarrollo de Trastornos de la Conducta Alimentaria y Obesidad

Vivimos inmersos en un mundo que avanza rápido, que cambia constantemente, globalizado, donde la publicidad llega a cada rincón del planeta. El estrés, las prisas y el trabajo, nos quitan el tiempo que antaño se dedicaba a vivir con más calma, a comprar productos frescos en el mercado cada día, a cocinar en casa con paciencia y a realizar actividades que requerían esfuerzo físico. Hoy, sin embargo, nos encontramos rodeados de comida rápida, alimentos precocinados y aperitivos listos para un consumo rápido y fácil; publicidad que nos

invita a comer, comprar comida y acudir a restaurantes; trabajos sedentarios, donde las labores físicas son cada vez más innecesarias, ritmos de vida demasiado rápidos y estresantes... Son características propias del ambiente obesogénico. Un ambiente obesogénico que se ha instalado en las sociedades occidentales en las últimas décadas, que ha modificado nuestros patrones de alimentación y actividad física, y que es favorable para la sociedad, pues nos facilita la vida, pero es adverso para el individuo, ya que se le considera causante del aumento de obesidad y sobrepeso en nuestro tiempo (Meléndez, 2008) y teniendo en cuenta que sobrepeso y obesidad son un factor de riesgo en el desarrollo de los TCA (Gómez et al., 2017) podemos considerar que el ambiente obesogénico, está, a su vez, implicado en el aumento de casos de obesidad y TCA.

A propósito de la obesidad, ésta se relaciona con 4,7 millones de muertes al año en el mundo (Ritchie y Roser, 2020), pero, en contra de la creencia popular, no se debe culpar únicamente al individuo de su obesidad o sobrepeso, pues hay todo un sistema perfectamente engranado que empuja a la población a caer en las redes de la sobre-alimentación y la escasa realización de actividad física. Desde las escaleras mecánicas del metro, hasta las famosas hamburguesas de 1€. Debido a todo esto, los expertos tildan a las sociedades contemporáneas de obesogénicas, siendo el ambiente obesogénico, responsable de tres de cada cinco muertes en el mundo (Muñoz-Cano et al., 2012) y concretamente, el consumo de dietas ricas en alimentos ultraprocesados se relaciona con 11 millones de muertes al año en el mundo (Afshin et al., 2019).

2.3.1 Etiología de la Obesidad.

Algo que debemos tener en cuenta para comprender el ambiente obesogénico es que, en el desarrollo de la obesidad, las causas pueden ser variadas, tanto de origen endocrinológico, hipotálmico o genético, aunque los expertos consideran que la más frecuente es la obesidad exógena, donde la ingesta energética, es mayor que la necesaria (Arnaiz, 2008) y la energía restante se acaba acumulando en forma de tejido adiposo en el individuo.

Siguiendo con esta idea, en España los casos de obesidad han ido aumentando sin cesar en los últimos 50 años. Los estudiosos explican que esta situación se debe a los cambios que se han producido en la sociedad en este tiempo y que a su vez implican variaciones en la manera

de alimentarnos. Las dietas tradicionales han dejado paso a otras que son mucho más ricas en grasas saturadas y azúcares añadidos, y bajas en hidratos de carbono complejos, cereales integrales, fruta y verdura; lo cual se traduce en una dieta mucho más calórica que la tradicional (Arnaiz, 2009; Luján et al., 2010; Muñoz Cano et al., 2013). Así, los factores externos serían los que más habrían contribuido en el aumento de la prevalencia de la obesidad en los años recientes, ya que la base genética de los seres humanos no se ha podido modificar de forma tan rápida como lo han hecho nuestros hábitos. Rodríguez-Rodríguez et al. (2011), lo demuestran mediante un estudio realizado en individuos con diferente índice de masa corporal (IMC), en el que se tuvo en cuenta sus progenitores, hermanos y cónyuges. Se obtuvo que entre el 25-40% de las diferencias interindividuales en el IMC podían deberse a factores genéticos, pero que los factores ambientales contribuían en la aparición de la obesidad en un porcentaje bastante más alto, el 60-70%.

Se observa, por lo tanto, que el tipo de obesidad más frecuente es la obesidad exógena, que está causada por comer cantidades más grandes de las que demanda el organismo, y a su vez, alimentos de peor calidad nutricional. Pero no toda la responsabilidad debe recaer en el individuo. Estamos inmersos en una sociedad que nos empuja a comer más cantidad, peor calidad y dificulta la realización de ejercicio físico, lo que los expertos han bautizado como “ambiente obesogénico”. En este sentido, Martínez (2017), considera que un ambiente es obesogénico cuando la forma en que está construido y la forma en que se alimentan los individuos conducen a la acumulación de grasa corporal.

En la misma línea, Martín-Calvo et al. (2015) proponen que la epidemia de obesidad propia de nuestro tiempo puede ser debida a la interacción entre algunas variantes genéticas y el ambiente obesogénico que caracteriza los países desarrollados.

También algunos expertos matizan que los altos índices de obesidad y sobrepeso alcanzados no son solamente consecuencia de la gran disponibilidad de alimentos, sino que culpabilizan al ambiente obesogénico que ha favorecido la reducción de actividad física y el aumento en la disponibilidad de alimentos de alta densidad energética y baja calidad nutricional (López-Alarcón y Rodríguez-Cruz, 2008). En consonancia, López-Guimerà y Sánchez-Carracedo,

(2010) afirman que el cuerpo humano está diseñado para vivir en una situación de escasez alimentaria y por consiguiente, no está evolutivamente preparado para vivir en esta situación de opulencia e hiper-disponibilidad alimentaria que representa el ambiente obesogénico en la actualidad.

2.3.2 Aproximación al Concepto “Ambiente Obesogénico”.

Algunos estudiosos definen el ambiente obesogénico como la suma de las influencias que los entornos, oportunidades y circunstancias, tienen para promover la obesidad (Swinburn et al., 1999). Consideran que la obesidad es resultado de las modificaciones que ha sufrido el ambiente, donde engordar es una respuesta fisiológica de gente normal en un ambiente anormal, en el que cada vez abundan más alimentos procesados, que son muy fáciles de conseguir y que están promocionados y normalizados por la publicidad y la comercialización (Muñoz et al., 2013; Muñoz-Cano et al., 2012).

Siguiendo los postulados de Castillo et al. (2013) el ambiente obesogénico se define como un ambiente de abundancia de comodidades, un excesivo acceso a alimentos energéticos y una vida sedentaria.

Parafraseando a Swinburn et al. (1999) el ambiente obesogénico hace referencia a la suma de las influencias de los entornos, donde se incluye tanto el ambiente alimentario como el de actividad física, así como las circunstancias de la vida que promueven la obesidad en individuos o en la sociedad (Molina et al., 2019).

Por último, Acuña (2014) describe el ambiente obesogénico como la suma de influencias que hay en el entorno y que promueven la obesidad a través de la sobre-alimentación, unido a la inactividad física, que contribuye de manera significativa a los índices epidemiológicos de obesidad y que puede incluir el lugar de residencia del individuo y aquello que se encuentra en los alrededores. La autora, matiza que el ambiente obesogénico no tiene que referirse únicamente a la sociedad, puede ser también el ambiente obesogénico del hogar, que se define como las conductas y ambiente familiar que predisponen al hijo al desarrollo de obesidad o sobrepeso, ya que es aquí donde los padres determinan los entornos físico y sociales a los que la prole

tiene acceso e influyen en el acceso a alimentos saludables o no saludables, así como en la realización de actividad física o sedentarismo de la familia. Remarca la importancia del ambiente obesogénico del hogar demostrando que la mayoría de padres con malos hábitos alimentarios, que realizan una dieta de mala calidad y practican poca actividad física, suelen tener hijos con sobrepeso. La autora expresa que los factores genéticos contribuyen a sufrir sobrepeso, pero es el ambiente familiar el que lo agrava.

Pero no se debe olvidar, que la obesidad y el sobrepeso también pueden ser causantes de TCA, pues son un factor de riesgo. Sirva de ejemplo que Gómez et al., (2017) muestran que un porcentaje alto de pacientes con bulimia, presentaba sobrepeso en la infancia y de igual forma, en los pacientes que sufrían trastorno por atracones se hallaban valores de sobrepeso; así como entre algunas personas con sobrepeso u obesidad es común utilizar purgativos como laxantes, diuréticos, píldoras adelgazantes o provocarse el vómito, aunque ello no cumpla los estándares completos para el diagnóstico de un TCA. Además, sufrir sobrepeso u obesidad, conlleva en muchos casos, en edades tempranas, sufrir burlas o desprecios por parte de otros niños, que puede desencadenar un deseo de cambiar la apariencia física a través de praxis insanas. Igualmente, esta situación de obesidad o sobrepeso habitualmente genera insatisfacción con el propio cuerpo, baja autoestima y se relacionan con el inicio de dietas sin supervisión profesional, siendo todos ellos factores de riesgo en el desarrollo de TCA (López-Guimerà y Sánchez-Carracedo, 2010; Raich, 2008; Sepúlveda y Compte, 2017). Por lo tanto, se podría considerar que el aumento y la perpetuación del número de casos de TCA que se está observando en los últimos años, puede ser una consecuencia colateral del poderoso ambiente obesogénico.

2.3.3 Factores que Contribuyen al Ambiente Obesogénico.

Las personas toman decisiones en el contexto de su entorno, y hoy en día existen infinidad de fuerzas ambientales que, desgraciadamente, condicionan la vida de los seres humanos haciendo que la toma de decisiones saludables sea difícil (Plan de Prevención para la Obesidad en California, 2010).

La obesidad es una consecuencia directa del ambiente en el que nos vemos envueltos,

obedece a cambios en la forma de vivir de las personas y está influido por diversos factores, entre los que exponemos los siguientes: (Arnaiz, 2008; Arnaiz, 2009; Barrientos-Pérez y Flores-Huerta, 2008; Herrero, 2008; Luján Sánchez et al., 2010).

Tabla 2

Factores que Contribuyen al Ambiente Obesogénico

Factores alimentarios	Cambios en la forma de alimentarse, mayor consumo de ultraprocesados y de alimentos y bebidas obesogénicos que han desplazado a los vegetales y frutas entre otros.
Actividad física	La población no realiza suficiente actividad física, el ocio activo ha sido sustituido por ocio sedentario, los desplazamientos no son activos...
Factores ambientales	Sistemas de transporte que favorecen los desplazamientos sedentarios, dependencia del automóvil, infraestructuras y desarrollo de ciudades con pocos parques y zonas verdes para caminar y practicar ejercicio físico. Vecindarios y trabajos que minimizan el nivel diario de actividad física.
Medios de comunicación	Publicidad, promoción de alimentos poco saludables, ocio sedentario...
Factores socioculturales	Algunas culturas relacionan el sobrepeso con prestigio social y económico. También existe una falta de concientización de los riesgos que conlleva el sobrepeso y la obesidad, así como el pobre nivel educativo en alimentación.

Nota. Elaboración propia

En primer lugar, por ser uno de los factores relacionados más directamente con la obesidad, destacan los **factores alimentarios**. En las últimas décadas han tenido lugar profundos cambios

en la forma de alimentarnos. Entre ellos, la acelerada inclusión de los productos ultraprocesados en nuestras dietas diarias, que se caracterizan por su sabor agradable y bajo costo, y que están desplazando a los productos naturales o mínimamente procesados, que son de una calidad nutricional más alta. Expertos vinculan el aumento de consumo de estos productos ultraprocesados con la ganancia de peso corporal (Malo-Serrano et al., 2017). Así mismo, encontramos que de forma generalizada se practica la ingesta regular de productos ricos en grasas saturadas, ácidos grasos monoinsaturados, azúcares e hidratos de carbono refinados y bajos en fibra, unido a una alimentación cada vez más industrial y menos casera, que incluye platos precocinados, con escasez de proteínas que ayudan a dar sensación de saciedad, lo que podríamos identificar como alimentos y bebidas obesogénicos, que han desplazado a los vegetales y frutas frescas (Muñoz-Cano et al., 2012). Los especialistas en el tema, consideran que la comida basura y el picoteo son males que se han normalizado en nuestra época; el hecho de que se recurre a la comida para resolver tensiones y para realizar celebraciones; la facilidad para conseguir comida insana porque es barata y está al alcance de todos en supermercados, kioscos, máquinas expendedoras, cantinas de institutos, hospitales, oficinas... También el aumento del tamaño de las raciones, sobre todo en restaurantes y cadenas de comida rápida; la durabilidad que tienen en el tiempo, frente a los productos frescos que son perecederos; la instantaneidad de encargar comida a domicilio, etc. (Barrientos-Pérez, y Flores-Huerta, 2008).

Cabe destacar la alimentación emocional, que se explica como la elección de determinados alimentos, provocada por una emoción. Esta elección está influenciada por el ambiente obesogénico que nos rodea, en el que entra en juego el marketing de la industria alimentaria y genera patrones alimentarios inadecuados, ya que viene determinado por motivaciones externas. Por tanto, la alimentación emocional, está relacionada con una mayor prevalencia de alteraciones del comportamiento alimentario, entre las que destacan obesidad y trastornos de la conducta alimentaria (Herrero, 2008).

Otro elemento a tener en cuenta es el coste de los alimentos, ya que los precios elevados de determinados alimentos frescos como pescados, mariscos, carnes, frutas o vegetales, frente a los bajos precios de alimentos ultraprocesados, los hacen inaccesibles para los grupos de

ingresos más bajos, a los que se les empuja a adquirir alimentos más insanos, pero de menor coste económico (Plan de Prevención para la Obesidad en California, 2010).

En lo referente al ambiente alimentario escolar, el cual hace referencia a todos los alimentos, tanto sólidos como líquidos, que están disponibles para su consumo dentro del centro educativo durante la jornada escolar, aunque no sean adquiridos dentro de la escuela; se observa que en los últimos años, los almuerzos y meriendas de los escolares se han transformado en alimentos y bebidas que por su alta densidad energética propician el incremento de la obesidad, tales como chocolatinas, bollería industrial, refrescos, zumos y batidos azucarados, chucherías, galletas, etc. Una vez más, estos alimentos destacan por su bajo coste económico y son fácilmente adquiribles por los estudiantes o sus familias en comercios alrededor del centro educativo. Molina et al., (2019) señala que la proximidad y densidad de establecimientos que ofrecen estos productos, se asocia con una mayor probabilidad de que la población estudiantil presente exceso de peso.

Otro factor muy importante a tener en cuenta es la **actividad física**. Esta es importante para mantener a largo plazo un peso saludable, así como también es necesaria cuando se busca la pérdida de peso. De esta forma, la insuficiente actividad física que realiza la población está relacionada con la obesidad. Pese a que la OMS recomienda un mínimo de 30 minutos de actividad física de intensidad moderada al menos 5 días de la semana para todas las edades, en muchos casos no se llegan a alcanzar estas cifras ya que el ambiente obesogénico ha contribuido a minimizar el nivel de ejercicio físico. Según los postulados de Molina et al., (2019), una de las causas del incremento de la obesidad infantil son los cambios en los patrones de actividad física, en los que se ha visto sustituido el ocio activo por actividades sedentarias, que implican que la población infantil no realiza suficiente ejercicio físico.

El ambiente de actividad física está definido como las condiciones del entorno, tanto a nivel comunitario, como escolar y familiar, que influyen en la práctica de actividad física y está condicionada por la disponibilidad de infraestructuras, las distancias, los transportes, la planificación urbanística y el clima (Molina et al., 2019).

Por tanto, los expertos consideran que los culpables del descenso de actividad física son, entre otros, la mecanización de muchos trabajos y tareas domésticas, el uso generalizado

y desmedido de televisión y ordenadores, la aparición de internet, la falta de tiempo para hacer ejercicio, la escasez de espacios públicos para la práctica de actividades deportivas, la tecnología que nos facilita la vida en general, así como la falta de apoyo gubernamental a las actividades deportivas.

Si comparamos nuestra vida con la de hace apenas 50 años, comprobaremos que la tecnología ha llegado a nuestra vida para hacerla más fácil, pero también más sedentaria. Pensemos si no, en los ascensores que abundan en los edificios modernos, las escaleras mecánicas en comercios y metros, las aspiradoras que funcionan solas, la televisión y ordenadores que nos mantienen sentados, las lavadoras y secadoras frente a la manera de lavar la ropa tradicionalmente que muchas veces implicaba un paseo y un esfuerzo humano. También Arnaiz (2008) destaca el desarrollo del automóvil, los transportes colectivos, la generalización de la calefacción, etc.

Además, gran parte de la población mundial se asienta hoy en día en ciudades, donde se evidencia todavía más el ambiente obesogénico que frena la actividad física, ya que la mayoría de los trabajos son sedentarios y en muchos casos las grandes ciudades están planificadas para medios de transporte motorizados. Frecuentemente la vida en la ciudad es más insegura que la vida rural, lo que favorece que las personas y sobre todo los niños, permanezcan en casa más tiempo. También ocupa un lugar relevante la carencia de espacios públicos y verdes para recreación y deporte (Malo-Serrano et al., 2017).

La mayoría de las personas, para realizar la cantidad suficiente de actividad física diaria, deben tener el propósito concreto de realizar deporte, ya que llevamos a cabo menos tareas domésticas, laborales o de ocio que impliquen esfuerzo físico y por tanto, menor gasto energético, nos movemos relativamente poco en nuestro día a día, de forma que solo las personas que se implican de forma consciente en la realización de actividades deportivas, alcanzan las cifras aconsejadas por la OMS.

Como vemos, encontramos que el descenso de la práctica de actividad física, se debe, por un lado, a la revolución tecnológica que facilita trabajos, tareas y transportes. Por otro lado, a los cambios en la forma de recreación, ya que el tiempo de ocio se dedica en mayor medida

a actividades sedentarias. Y en último lugar, a las políticas, que son las que gestionan las infraestructuras, la planificación urbanística, las leyes educativas y las ayudas o promociones deportivas (Barrientos-Pérez y Flores-Huerta, 2008).

Continuando con los **factores ambientales**, éstos se pueden relacionar con la cantidad de actividad física que realizan hoy en día los seres humanos. Entre los cuales cabe destacar los sistemas de transporte, perfectamente diseñados para que caminar sea una de las últimas opciones; así como la dependencia del automóvil u otros vehículos de motor, que minimizan la necesidad de caminar. Las mejores comunicaciones y medios de transporte más accesibles han hecho que nuestro gasto energético disminuya sensiblemente. En ello tienen mucho que ver las infraestructuras y el desarrollo de las ciudades, que aunque varían dependiendo de la región, país, clima... en general fueron ideadas hace décadas con poca atención puesta en parques y espacios abiertos (Plan de Prevención para la Obesidad en California, 2010).

Dentro de los factores ambientales, también el ambiente en los vecindarios y trabajo influye en nuestro nivel diario de actividad física, ya que las personas que viven en barrios con más zonas para pasear, amplias aceras, zonas verdes y carril bici son más propensas a cumplir con los minutos recomendados de actividad física. Además, la mayoría de personas que usan el transporte público de forma habitual, suelen hacer más ejercicio, ya que caminan o van en bicicleta a la parada de autobús, metro, tren... También influye el nivel económico del vecindario, puesto que normalmente en comunidades de bajos ingresos, se encuentren calles más inseguras, así como menor cantidad de parques y áreas de juego, lo cual mantiene a los niños en casa por más tiempo y les expone a sufrir sobrepeso y obesidad (Plan de Prevención para la Obesidad en California, 2010).

Otro componente muy importante que contribuye potencialmente a mantener el ambiente obesogénico, son los **medios de comunicación**, ya que influyen radicalmente en los hábitos de la sociedad y por ende, en su alimentación.

Los medios de comunicación muestran constantemente publicidad de alimentos y bebidas insanas, de establecimientos de comida rápida, etc. y pocas veces de deporte, gimnasios, frutas y otros alimentos saludables. También es cuestionable la falta de ética en ciertos anuncios

destinados al público infantil, como cereales, galletas y batidos cargados de azúcares añadidos que se dirigen especialmente a niños y que incluyen mascotas y regalos. Así como publicidades engañosas, eslóganes o falta de transparencia, como los productos light, enriquecidos con hierro o vitaminas, o los que dicen ser buenos para la salud (reducir el colesterol, ayudar a las defensas...).

Igualmente, los medios de comunicación, han sido determinantes para el desarrollo del mercado de los productos ultraprocesados, debido al vasto despliegue de publicidad que ha tenido lugar en las últimas décadas. Al respecto de la publicidad de alimentos obesogénicos, el Plan de Prevención para la Obesidad en California (2010), mostró que en el año 2006, 44 empresas gastaron más de mil millones de dólares en la publicidad de alimentos y bebidas destinados a niños y adolescentes, de los que 492 millones se destinaron solamente a publicitar refrescos. Más del 50 por ciento de la publicidad sobre alimentos y bebidas emitida en televisión iba dirigida a los niños menores de 12 años, y más de dos terceras partes de estos productos eran alimentos con baja calidad nutricional. En el caso de la conocida marca de refrescos Coca-Cola, gastó en el año 2014 unos 4 mil millones de dólares en publicidad a nivel mundial. Así mismo, se ha señalado que el mercadeo para alimentar a los bebés con fórmula, es mucho más prevalente que los esfuerzos por promover que las madres amamenten a sus bebés (Muñoz-Cano et al., 2012; Plan de Prevención para la Obesidad en California, 2010).

Nuestra mirada se vuelve aquí hacia el enfoque de Malo-Serrano et al., (2017) que advierten que existe un fuerte vínculo entre el aumento del número de anuncios de productos alimenticios ultraprocesados y el aumento de la obesidad, especialmente en infantes. En la misma línea, la OMS expresa que esta extensa cantidad de publicidad genera un ambiente obesogénico, ya que interfiere con la capacidad de las personas para actuar según su propio criterio, dificultando la elección de alimentos saludables y desarrollando preferencias por alimentos menos saludables para el ser humano.

Siguiendo con esta idea, los expertos consideran que los medios de comunicación influyen en el ambiente obesogénico sobremanera ya que los mensajes de promoción de alimentos poco saludables llegan a todos los individuos. Es decir, incluso en comunidades rurales donde no se

encuentran restaurantes de comida rápida como McDonalds o KFC, y el establecimiento de este tipo más cercano se halla a 100km, los niños son capaces de identificar las marcas, los conocen y son usuarios de este tipo de comida (Muñoz-Cano et al., 2012).

Por si fuera poco, estos cambios en la alimentación y reducción de la actividad física que está sufriendo la población se unen a ciertos **factores socioculturales** que contribuyen a aumentar las tasas de obesidad. Para las sociedades en vías de desarrollo, el sobrepeso es visto como un signo de prestigio social y de riqueza. Incluso dentro de las sociedades desarrolladas la opinión acerca del sobrepeso varía con el nivel socioeconómico, de forma que ciertos colectivos todavía la valoran de forma positiva y la aceptan como una expresión de salud, belleza y afluencia económica y no de enfermedad. Los estudiosos también destacan la falta de concientización de los riesgos que conlleva el sobrepeso y la obesidad, así como el pobre nivel educativo en nutrición (Barrientos-Pérez y Flores-Huerta, 2008; Luján Sánchez et al., 2010).

Encontramos otros cambios sociales que han contribuido a arraigar el ambiente obesogénico, como el hecho de que ambos progenitores trabajen, a raíz de la inclusión de la mujer al mercado laboral pero que no ha traído consigo políticas de conciliación laboral y familiar, lo que ha provocado que muchas familias prefieran la comodidad de la comida rápida frente a las comidas caseras (Plan de Prevención para la Obesidad en California, 2010). También en esta decisión influye el estrés, un problema característico de las sociedades modernas. El estrés está estrechamente relacionado con el sobrepeso y obesidad, causado por la estimulación crónica del eje hipotálamo-hipófisis-suprarrenal y la consiguiente liberación de un exceso de glucocorticoides, que provocan un aumento de la ingesta y el peso corporal (Rodríguez-Rodríguez et al., 2011).

Cabe destacar también la influencia del sueño. Los autores Rodríguez-Rodríguez et al., (2011) demostraron que existe una relación entre el padecimiento de sobrepeso u obesidad y las horas de sueño, que a su vez pueden estar relacionadas con el estrés, siendo frecuentes los problemas para dormir en las personas que sufren estrés:

Esta relación puede deberse, en primer lugar, a que la falta de sueño crónica puede causar fatiga y conducir a la disminución de la actividad física, en segundo lugar, a que la falta de sueño también puede tener efectos neurohormonales que induzcan el aumento

de la ingesta calórica y, en tercer lugar, a que al estar más tiempo despierto se disponga de más tiempo para comer. (Rodríguez-Rodríguez et al., 2011, p.47)

2.3.4 Responsabilidad Individual vs. Compromiso Social.

Frente a esta gran epidemia de obesidad a la que se enfrenta el planeta, se han tomado diversas medidas por parte de algunos gobiernos, que incluyen desde herramientas educativas hasta farmacológicas o comportamentales, pero en general tienen en común que han obtenido escasos resultados. La obesidad sigue creciendo cada año, afecta cada vez a más regiones y grupos de edad. En este sentido, los estudiosos consideran que los escasos efectos que han producido los programas preventivos se deben a que son enfoques centrados en el individuo, pero no contemplan que los sujetos tienen un control limitado sobre su estilo de vida y consumo. Algunos autores consideran que el efecto del ambiente es mucho más elevado que la capacidad individual de elección, por tanto, se señala al ambiente como el aspecto más relevante para explicar la situación actual de exceso de peso (Martínez, 2017).

Siguiendo en esta línea de la responsabilidad individual, Arnaiz (2008) explica que frecuentemente se considera que los únicos culpables de la obesidad son las propias personas obesas, ya que generalmente se considera que lo son porque comen demasiado o porque no saben o no quieren comer bien. Incluso en el caso de que sean niños, esta responsabilidad recae únicamente en sus padres, olvidando así la sociedad que nos envuelve y reduce nuestra capacidad de elección.

Al respecto, algunos autores destacan que los hábitos alimentarios y de actividad física que invaden a la población, no se pueden atribuir solamente a una opción de elección individual de los ciudadanos, sino que hay que tener en cuenta que esa opción está profundamente condicionada por una serie de circunstancias que generan un ambiente obesogénico, entre los que subrayan los aspectos regulatorios y comerciales que dan forma al sistema alimentario; las condiciones que determinan normas sociales y culturales en relación a alimentación y actividad física; los entornos construidos que reducen las posibilidades de realizar actividad física, así como las condiciones del entorno familiar y la falta de políticas para prevenir obesidad (Malo-Serrano et al., 2017). Al

mismo hilo, Arnaiz (2008) comenta que contradictoriamente, se tiene presente la importancia de comer sano, pero al mismo tiempo, la vida, las rutinas domésticas y de trabajo se asientan en la comodidad de una comida rápida, fácil y barata, que está al alcance de todos, aunque no sea la opción más saludable. Por ello, los problemas de salud relacionados con la alimentación toman un carácter cultural que está inmerso dentro de las sociedades obesogénicas.

Igualmente, la idea generalizada, de la que muchas veces se sirve la industria alimentaria y la publicidad, de que no hay alimentos buenos ni malos, sino que la responsabilidad de consumirlos y hacerlo en su justa medida, es de las personas, inculpa a las personas con sobrepeso y obesidad, quienes están sufriendo las consecuencias del ambiente obesogénico (Muñoz et al., 2013).

De lo que se deduce que no es casualidad que se culpabilice al individuo de su sobrepeso u obesidad. Se ha normalizado que toda la responsabilidad es de las personas, pues son ellos quienes toman las decisiones, pero mientras tanto, hay toda una serie de intereses económicos que convierten a los gobiernos en cómplices de esta pandemia de problemas relacionados con la alimentación y el peso. En primer lugar, la industria alimentaria es una potente productora económica, que llena supermercados y hogares de productos insanos. En esta misma línea, la publicidad se autorregula por estas mismas empresas alimentarias que solo buscan multiplicar sus beneficios, tampoco se invierte en educar la alimentación desde las escuelas, porque el gobierno no lo promueve y la ley a penas lo contempla. Asimismo, otras variables económicas entran en juego, las ciudades están proyectadas para primar los desplazamientos en automóvil por delante de otras opciones más saludables como andando o en bicicleta, lo cual también nos lleva a colocar en el punto de mira, la industria automovilística y todo lo que ella supone (gasolina, impuestos, pactos internacionales...). De igual modo, también resulta más rentable construir edificios de pisos que parques y espacios verdes.

A partir de todo lo expuesto, las acciones de prevención que se proponen no pueden depender exclusivamente de pautas dictadas al individuo, sino que se deben tomar medidas para crear oportunidades que garanticen que los estilos de vida saludables estén al alcance de toda la población y no supongan un esfuerzo extraordinario. Así es que, las medidas que

se propongan deben modificar aquellos factores del ambiente obesogénico que son dañinos y deben abarcar tanto al individuo como a todos los componentes de la sociedad, actuando en los espacios comunes, promulgando leyes que tengan en cuenta la mejora del entorno físico y social, que incluya la creación de espacios para caminar o usar la bicicleta y para facilitar el acceso al deporte, la regulación de la publicidad, especialmente la dirigida a los niños para disminuir el consumo de alimentos no saludables, la promoción del amamantamiento que protege a los niños contra la obesidad, la puesta en marcha de educación para la alimentación y la salud, la transformación de las escuelas de un ambiente obesogénico a ambientes saludables, etc. (Barrientos-Pérez y Flores-Huerta, 2008; Meléndez, 2008). Son responsabilidades sociales que no pueden recaer únicamente en el individuo.

2.3.5 Medidas para Frenar el Ambiente Obesogénico y buenas Prácticas implantadas.

Ante este panorama los expertos consideran que para combatir al ambiente obesogénico hay que tomar medidas durante varios años, que deberían estar impulsadas por los gobiernos e incluir a toda la sociedad, pasando por el ámbito educativo, así como el sanitario, publicidad, medios de comunicación, etc. (Arnaiz, 2009).

Tabla 3

Medidas para Frenar el Ambiente Obesogénico

Ámbito educativo	Desarrollo de políticas que incluyan cambios en la composición de los menús escolares y los conviertan en menús saludables y equilibrados
	Promover resiliencia al ambiente obesogénico en las escuelas
	Promocionar educación alimentaria y educación para la salud
	Formar a los docentes en educación alimentaria y prevención de obesidad y TCA
	Trabajar el tema de forma global, con una duración prolongada en el tiempo, crear entornos físicos y psicosociales favorables a la salud y ofrecer servicios de salud, nutrición y vida activa en las escuelas
	Llevar a cabo una prevención integrada de obesidad y TCA y no de forma diferenciada
Impartir alfabetización mediática en la escuela	

Ámbito educativo	Tratamiento de factores de protección de TCA y obesidad: desarrollo de una autoestima sana, tratamiento de la insatisfacción corporal, respeto por los diferentes tipos de cuerpos, desarrollo de hábitos alimentarios sanos...
	Promover la actividad física diaria
Sanitario	Realizar campañas de concienciación sobre el ambiente obesogénico
	Promover la alimentación saludable y la actividad física diaria
	Ofrecer talleres y formación sobre alimentación y adquisición de hábitos saludables
	Facilitar el acceso de los ciudadanos a profesionales de la nutrición
Publicidad y medios de comunicación	Regulación rigurosa de la publicidad de alimentos y bebidas de riesgo
	Reducción del tiempo que los niños están expuestos a la publicidad de alimentos y bebidas insanos
Industria	Implantar políticas que regulen las industrias que promocionan el ambiente obesogénico (impuestos, tasas, normativa estricta...)
	Prohibir lemas engañosos
	Simplificar la información en etiquetados de productos
	Regular la venta de alimentos obesogénicos en espacios como hospitales, centros educativos, centros deportivos y espacios públicos
Urbanismo	Facilitar el acceso a lugares seguros para pasear, jugar y mantenerse activos
	Reestructurar las vías y calzadas para promover desplazamientos activos
	Aumentar el número de parques, zonas verdes y deportivas
	Promocionar el uso de escaleras convencionales frente a ascensores y escaleras mecánicas

Nota. Elaboración propia

En referencia al ámbito educativo, debemos otorgarle suficiente importancia, ya que los menores se encuentran muy expuestos al ambiente obesogénico. Tanto la infancia como la adolescencia, son etapas críticas por tratarse de sujetos especialmente vulnerables, que todavía no han desarrollado el sentido crítico y son más inocentes (De La Corte y Petit, 2017; Ingelmo, 2014). Además, en esta línea, abundante literatura científica sustenta con claridad la idea de que la alimentación brindada dentro del recinto educativo tiene un rol clave en el desarrollo de los

hábitos alimentarios del estudiantado, por tanto, es de gran importancia el desarrollo de políticas reguladoras, de concienciación social y de intervenciones ambientales que incluyan cambios en la composición de los menús escolares y los conviertan en menús saludables y equilibrados, pues son efectivas en el fomento de hábitos saludables (Molina et al., 2019).

Por otra parte, dentro del contexto escolar se ha tratado de prevenir la obesidad mediante estrategias e intervenciones, pero la mayoría no se han mostrado efectivas. Algunos autores confieren el fracaso al hecho de que muchos enfoques en el ámbito escolar se centran únicamente en actividades físicas poco motivadoras y en la enseñanza de conceptos teóricos de nutrición. De ahí que los expertos consideren necesario desarrollar investigaciones que muestren cómo afecta a los niños el ambiente obesogénico, y así apoyar un cambio en la manera en que se ha tratado en las escuelas el incremento de la obesidad hasta ahora, buscando resultados más esperanzadores (Muñoz-Cano et al., 2012).

Sin embargo, aunque son pocos, sí que existe evidencia de algunos centros escolares que han abordado con éxito la prevención de obesidad y sobrepeso, por lo que puede ser positivo profundizar en la forma en que estas escuelas trabajan y cómo promueven la resiliencia al ambiente obesogénico. Se trata de Escuelas Promotoras de Salud, que, a diferencia de otros programas escolares, están siendo más efectivos porque trabajan el tema de forma integrada, con una duración prolongada en el tiempo y que articulan acciones educativas, creación de entornos físicos y psicosociales favorables a la salud y ofrecen servicios de salud, nutrición y vida activa (Ríos-Cortázar et al., 2013).

Por lo tanto, a nuestro criterio, en lo que al ámbito educativo se refiere, consideramos necesario implementar ciertos cambios en el tratamiento de la obesidad y TCA para ganar la batalla al ambiente obesogénico. En un primer lugar, es imperativo, considerar obesidad, sobrepeso, y trastornos de la conducta alimentaria, como situaciones similares, lo que podemos denominar “problemas relacionados con la alimentación y el peso” y que se deben tratar de manera conjunta, pues no hacerlo conllevaría riesgos, ya que los tratamientos de TCA por un lado y obesidad por otro, tienden a ser contradictorios y acaban causando confusión y desarrollo de malas praxis por parte del alumnado y la sociedad en general (Calcedo, 2016; López-Guimerà

y Sánchez-Carracedo, 2010).

En concordancia, otra disposición que se debería aplicar para luchar contra el ambiente obesogénico desde la escuela, es la educación en medios de comunicación, conocida como alfabetización mediática. Ya que no podemos evitar que los menores se mantengan al margen de la publicidad y los medios de comunicación, lo que sí que podemos hacer es encargarnos de que reciban la formación suficiente a este respecto. La cual incluiría formar a ciudadanos críticos con los medios de comunicación y la publicidad, y hacerles conscientes del bombardeo continuo que se recibe por parte de la industria alimentaria y mina su capacidad de elección en pro de los intereses económicos de las empresas. Así, convertirles en seres conscientes, conseguirá que los medios les influyan en menor medida (López-Guimerà y Sánchez-Carracedo, 2010; Raich et al., 2017).

También en el panorama educativo, hay que procurar no tratar únicamente aspectos teóricos de nutrición y prácticas monótonas de actividad física, que aunque son pilares básicos, no son suficientes. Se debe incluir el tratamiento de aspectos fundamentales en el desarrollo de la capacidad de elección y sentido crítico, así como factores de protección de TCA y obesidad, como desarrollo de una autoestima sana, tratamiento de la insatisfacción corporal, respeto por los diferentes tipos de cuerpos, desarrollo de hábitos alimentarios sanos...

En cuanto al ámbito de la publicidad, existe un amplio cuerpo de evidencia que establece que los medios de comunicación juegan un papel importante en el consumo de alimentos, por eso, para hacer frente al ambiente obesogénico, las políticas deberían regular la publicidad de alimentos y bebidas de riesgo, así como reducir el tiempo que los más pequeños están expuestos a este tipo de publicidad, ya que son un colectivo muy vulnerable (Barrientos-Pérez y Flores-Huerta, 2008; Plan de Prevención para la Obesidad en California, 2010).

Con relación a la exposición de los niños a la publicidad sobre alimentos y bebidas obesogénicos, se debería ser particularmente rigurosos con su regulación, puesto que, como decíamos, los más pequeños son un colectivo muy vulnerable y se encuentran muy expuestos. A este respecto, un estudio de la Secretaría de Salud de México, confirmó que los niños reciben por hora hasta 17 anuncios de televisión promocionando alimentos, que suelen ser hipercalóricos

y de poca calidad nutricional, ya que oscilan entre refrescos, dulces y fritos. En estas mismas condiciones, se demostró que los niños de Australia reciben hasta 12 y los de Estados Unidos, 11. Como vemos, están expuestos a un gran número de anuncios de productos nocivos para la salud, por lo que urge regular esta publicidad y proteger la capacidad de los individuos de elegir, (Malo-Serrano et al., 2017) como ya se está haciendo en otros países, donde se han regulado o prohibido los anuncios que fomentan el consumo de comida rápida en horarios de televisión infantil (Barrientos-Pérez y Flores-Huerta, 2008). Sin embargo, esta regulación no llega a convencer a los expertos. Sirva de ejemplo el caso de España, donde, aunque la publicidad destinada a menores se encuentra regulada por la Ley General de Comunicación Audiovisual (2010) y la publicidad de alimentos para niños está limitada por el Código de Autorregulación de la Publicidad de Alimentos Dirigida a Menores (PAOS), según información ofrecida por Noriega (2018), esta regulación es ineficaz, ya que son las propias empresas las encargadas de elaborarla, controlar su cumplimiento e imponer sanciones. El autor considera que el 90% de los anuncios no cumple con el código propuesto, ya que su acatamiento es de carácter voluntario y no se acerca a lo aconsejado por la OMS. Pero el caso de España no es el único, la mayoría de gobiernos europeos apoya los códigos de autorregulación creados por la propia industria alimentaria pero no promueven ninguna normativa (Organización de Consumidores y Usuarios, 2017).

En referencia a la regulación del mercado y publicidad de los alimentos obesogénicos, ciertos estudios demuestran que a menor regulación del mercado de estos productos, mayor es su consumo, hecho por el cual se consideran imprescindibles las políticas que regulen las industrias que se benefician con la promoción del ambiente obesogénico (Malo-Serrano et al., 2017; Muñoz-Cano et al., 2012). Sin embargo, algunos autores consideran que resulta evidente que los intereses de las industrias alimentarias son un obstáculo para regular la publicidad y venta de este tipo de alimentos y bebidas (Barrientos-Pérez y Flores-Huerta, 2008). Con todo, no deben cesar los esfuerzos para promover un consumo más responsable de alimentos y bebidas saludables. Por ejemplo, en Cataluña se ha agravado con mayores impuestos la venta de bebidas envasadas azucaradas o con edulcorantes calóricos añadidos, medida que pretende minimizar el riesgo de desarrollar obesidad. Aunque no fue del todo fácil implantar esta medida,

ya que en un primer momento el Tribunal Superior de Justicia de Cataluña, anuló el decreto que la Generalitat había aprobado en 2017 a causa de la demanda interpuesta por las asociaciones de distribución, supermercados, comercios y restauración, que aunque denunciaban defectos formales en su tramitación, hay quien considera que la verdadera causa se escondía tras los intereses económicos de la industria; pero finalmente la ley volvió a ser aprobada (Decreto Ley 13/2019 de 10 de septiembre). Esta medida fue originalmente ideada por la OMS, que, viendo el panorama de obesidad mundial, lanzó un comunicado en el que solicitaba a los países que adoptasen medidas de Salud Pública, entre las que se incluía el impuesto en las bebidas que contienen alto contenido en azúcares.

Por otro lado, también es necesario garantizar que las personas tengan acceso a lugares seguros para pasear, jugar y mantenerse activos. Para ello, se deben realizar reformas estructurales que faciliten la práctica generalizada de actividades deportivas (Arnaiz, 2008; Plan de Prevención para la Obesidad en California, 2010). Un buen ejemplo es el caso concreto de la ciudad de Valencia, donde gracias a la reforma del territorio urbano, que en el año 1986 modificó el antiguo cauce del río Turia y lo convirtió en un espacio verde de 10 km de longitud y 110 ha, conocido como el Jardín del Turia, y previsto para realizar actividades deportivas, da cabida a miles de personas cada día. Entre las instalaciones de actividades deportivas encontramos espacio para correr, montar en bicicleta, pistas de atletismo, campos de fútbol, béisbol, rugby, skate, petanca, minigolf y fitness entre otros, así como las diversas actividades que se realizan sin instalaciones como artes marciales, pilates, entrenamiento funcional, etc. Esta reestructuración de la ciudad, ha ayudado a que miles de personas practiquen deporte cada día, al aire libre y de forma gratuita. Además, al tratarse de un parque que recorre la ciudad como una columna vertebral, es accesible y próximo a muchos de los habitantes de la capital.

Otra reestructuración que se ha dado en la capital valenciana en los últimos años y que es digna de ser mencionada por su alta implicación en contra del ambiente obesogénico, ha sido la construcción de infraestructuras ciclistas, con la creación de un anillo ciclista y el impulso de carriles bici y ciclocalles por toda la ciudad, la oferta de bicicletas públicas, así como peatonalizaciones que están aumentando el espacio para caminar. Se trata de cambios

enmarcados dentro del Plan de Movilidad Urbana Sostenible de València, que busca favorecer la movilidad peatonal, en bicicleta y en transporte público no contaminante, y reducir el peso de los vehículos motorizados privados. En esta línea, según los datos que arroja la página web del Ayuntamiento de Valencia, el mes de febrero de 2020 hubo miles de desplazamientos en bicicleta por la ciudad y han aumentado considerablemente desde el año 2016 cuando empieza a haber constancia. Podemos tomar las políticas impulsadas en València desde 2015 como ejemplo de buenas prácticas contra el ambiente obesogénico.

En referencia al panorama internacional, desde hace varios años, han emergido estrategias e iniciativas para luchar contra el ambiente obesogénico y que destacan porque no recae toda la responsabilidad en el individuo. Pongo por caso el ejemplo de Gran Bretaña, que emplea una clasificación especial para los alimentos, conocida como “semáforo”, donde se etiqueta a los comestibles en color verde, cuando se pueden consumir sin restricciones por considerarse saludables, color amarillo, cuando no conviene abusar y color rojo cuando su consumo es totalmente desaconsejable. También en Chile son plausibles sus “sellos negros de advertencia frontales”. Se trata de sellos de advertencia en los alimentos ultraprocesados, de llamativo color negro, que se colocan en la parte frontal del envase y se convierten en una forma eficaz y sencilla de guiar al consumidor en el proceso de elección. Estas etiquetas aumentan la percepción de riesgo para provocar un cambio de comportamiento del consumo. Se ha estudiado si realmente son efectivos y se ha demostrado que realmente son beneficiosos, ya que mejoran la calidad de las elecciones al ser perceptibles y fáciles de comprender por los individuos (Taillie et al., 2020).

En Alemania, se puso en marcha la “Plataforma Alimentación y Movimiento”, una idea para informar y concientizar a la población, que alerta sobre los peligros de la mala alimentación, falta de actividad física, sobrepeso y enfermedades derivadas. Además, con intención de paliar el déficit observado en la población sobre conocimientos en alimentación saludable, se insistió en una sistematización de la información sobre los valores nutritivos de los alimentos que sea comprensible para los habitantes (Barrientos-Pérez y Flores-Huerta, 2008).

También se puede tomar como ejemplo de buenas prácticas, las implantadas en California, donde se creó un plan para brindar respuesta a estos problemas, basado en la evidencia sobre

la mayoría de las políticas y prácticas efectivas. El plan tiene en cuenta que para abordar la epidemia de obesidad se requiere un trabajo coordinado que implique al gobierno, empresas, organizaciones comunitarias, familias e individuos. Desde que comenzó este programa, el estado ha estabilizado las tasas de obesidad, aunque siguen siendo alarmantemente altas. A continuación, se muestra “La Visión de 10 Pasos para una California Saludable” del gobernador Schwarzenegger, de la que se pueden rescatar ciertas pautas y adaptarlas e imitarlas en otros países en la lucha contra el ambiente obesogénico:

1. Los ciudadanos serán conscientes de la importancia de la actividad física y alimentación saludable y tomarán decisiones más saludables basadas en este entendimiento.
2. Los niños participarán en actividades físicas todos los días.
3. Los adultos estarán físicamente activos todos los días.
4. En las escuelas solo se ofrecerán alimentos y bebidas saludables.
5. Los niños menores de 12 años solamente recibirán publicidad de alimentos y bebidas saludables.
6. En todos los vecindarios habrá disponibles frutas y verduras frescas y otros alimentos saludables.
7. Los barrios, las comunidades, edificios apoyarán la actividad física, incluyendo caminar, subir escaleras y andar en bicicleta.
8. Los alimentos y bebidas saludables serán accesibles, a precio razonable promovidas en las tiendas, restaurantes y lugares de entretenimiento.
9. Las compañías de seguros de salud y proveedores médicos promoverán la actividad física y una alimentación saludable.
10. Los empleados tendrán acceso a actividad física y a alimentos saludables.

Respecto a las escuelas, además de proveer fondos para incluir frutas y verduras frescas en las comidas escolares, se establecieron estándares de nutrición para las comidas y bebidas que se venden en las escuelas y se creó una ley que prohibía los refrescos en ellas. Además, desde el 2006 existe una legislación al respecto de la preparación de los alimentos que incluye la eliminación de las comidas fritas. Acerca del apoyo a la actividad física en las escuelas, se firmó un presupuesto para apoyarla que incluía 40 millones de dólares para contratar a más maestros

de educación física y 500 millones de dólares para la compra de materiales de educación física, entre otros, para mejorar la infraestructura de las escuelas.

Por lo que concierne a los restaurantes, California fue pionera en 2008 en exigirles la publicación de información nutricional sobre sus menús. El mismo año también se promulgó una legislación que prohibía el uso de grasas trans en los alimentos preparados en los establecimientos.

A parte, otra serie de leyes fueron puestas en marcha con el objetivo de promocionar ambientes más saludables y luchar contra el ambiente obesogénico en California, entre las que destaca la Revitalización del Desarrollo de Parques a nivel estatal (año 2007), el Acta del 2008 de Calles Completas, que requiere que cuando se revisen los planes de transporte, las ciudades y condados deben considerar a todos los usuarios de calles y carreteras, incluidos los ciclistas y los peatones. El plan de Rutas Seguras a la Escuela, que permite a las entidades estatales y locales solicitar fondos de seguridad vial para proyectos como las rutas seguras a la escuela. Y la Proposición 84, (año 2006) que provee fondos para apoyar/expandir parques estatales y de educación física, promover comunidades sostenibles y ampliar los espacios verdes.

En definitiva, el plan no está centrado únicamente en el individuo sino en la sociedad, implicando diversos ámbitos como la obra pública en el desarrollo y mantenimiento de zonas donde practicar deporte, los planes de transporte que invitan a caminar y usar la bicicleta, y las políticas que incluyen a escuelas y restaurantes entre otros. De esta forma, se lucha verdaderamente contra el ambiente obesogénico, y no recae una responsabilidad excesiva en los individuos, pues para muchos de ellos es difícil de gestionar. Incluye un enfoque en la política y cambios ambientales, ya que la evidencia muestra que sin la política y el cambio ambiental, nuestros esfuerzos para hacer frente a la epidemia de obesidad no pueden prosperar (Plan de Prevención para la Obesidad en California, 2010).

Por último, dentro de los centros escolares, como estrategia contra el ambiente obesogénico y en búsqueda de la promoción de la salud, algunos países han estado desarrollando en los últimos años, acciones encaminadas a regular la oferta alimentaria. A este respecto, está ampliamente reconocido que los comedores escolares libran una importante función nutricional y educativa y su contribución en la adquisición de hábitos alimentarios es significativa. Un claro ejemplo de

estas estrategias es el llevado a cabo en Francia, que dentro de su plan nacional de nutrición incluye un apartado específico sobre los comedores escolares. De forma similar se ha estado actuando en Reino Unido, donde se han creado unos estándares de nutrición para los comedores escolares, así como se ha impulsado un marco legislativo y un presupuesto específico para ello (Bartrina et al., 2008). Además, en Gran Bretaña, se realizó una transformación de los menús en las cafeterías de educación primaria y secundaria, donde se sustituyó el plato típico nacional, las salchichas con patatas fritas, por alternativas saludables. También las máquinas expendedoras de los centros educativos fueron modificadas para vender productos más saludables. En la misma línea, en Chile, desde 2001, se implementó en las escuelas una estrategia conocida como “Quiosco Saludable”, que pretendía prevenir la obesidad infantil prohibiendo la venta de productos insanos como galletas, refrescos y comida basura, y en cambio, se comercializan solamente alimentos de mejor calidad nutricional (Taillie et al., 2020).

En España, sin embargo, el tema de los comedores escolares no está exento de polémica, pues la información disponible revela que los menús no siempre son los más adecuados. En general, los expertos consideran que los errores que se cometen es que no se incluyen las suficientes verduras, hortalizas, frutas y pescados, y se abusa de grasas saturadas y proteína de origen animal. En 2006, la Organización de Consumidores y Usuarios (OCU) publicó los datos de un estudio en el que se analizaron 934 menús escolares de 888 colegios de 10 comunidades autónomas. Dicho estudio reveló la insuficiente cantidad de verdura en los primeros platos y el exceso de raciones de carne en los segundos platos, mientras que no se suministraba pescado con la frecuencia recomendada. De la misma forma, en algunos casos se abusaba de los postres dulces y la fruta en almíbar. Asimismo, se consideró que los platos eran poco imaginativos y con exceso de frituras. Datos similares se presentaron en El Libro Blanco de la alimentación escolar (2007) donde también quedó reflejado la escasa presencia de frutas, verduras, legumbres y pescados en los comedores escolares del país (Bartrina et al., 2008).

La regulación de los menús escolares es un tema que genera controversia porque, aunque la normativa se muestra estricta con los aspectos higiénicos y sanitarios, no lo es tanto con los nutricionales, educativos y de promoción de la salud (Bartrina et al., 2008). Este hecho

nos conduce a observar que, paradójicamente, amparado por la actual legislación vigente, en muchas comunidades españolas (entre ellas, Andalucía, Aragón y Comunidad Valenciana), el encargado de inspeccionar los menús escolares no es un dietista-nutricionista, que es el profesional de la alimentación, sino que se deja en manos de los veterinarios o farmacéuticos. De esta forma, como trabajadores de la Salud Pública, los veterinarios se encargan de garantizar la seguridad y calidad de los alimentos que se sirven en los comedores escolares. Controlan la higiene y seguridad alimentaria, pero también la adecuación nutricional de los menús (Diario Veterinario, 2019). De manera que, mientras los dietistas-nutricionistas reclaman su papel y muestran su disconformidad hacia el intrusismo en su profesión, pues consideran que aunque otro profesional pudiera realizar una adecuada supervisión de los menús, son ellos, los nutricionistas, quienes son una clave esencial a la hora de educar en hábitos alimentarios saludables, y que, además de realizar menús sanos y equilibrados, los pueden hacer atractivos, así como diseñar proyectos educativos para llevar a cabo en la escuela (Pérez, 2019). El colegio de veterinarios, por su parte, defiende que tanto los veterinarios como farmacéuticos que se encargan de estas labores, han recibido previamente un curso de varias horas sobre nutrición que les capacita en la preparación de los menús escolares (Blanco, 22/10/2018). Además, desde el Ilustre Colegio Oficial de Veterinarios de València explican que la formación de los veterinarios y a su vez la de los profesionales del área de Salud Pública, les capacita para controlar y orientar los menús. Siempre tomando de referencia, en el caso de la Comunidad Valenciana, los criterios presentes en la Guía de Menús Escolares de la Generalitat Valenciana y la Estrategia para la Nutrición, Actividad Física y Prevención de la Obesidad (NAOS). También argumentan que la legislación española supone al oficio veterinario como una profesión sanitaria, puesto que controlan la transmisión de enfermedades de los animales a los seres humanos, tanto por contacto como mediante los alimentos (Diario Veterinario, 1/10/2019; Núñez, 2018) y por tanto, como profesionales de Salud Pública están capacitados para intervenir y aconsejar sobre estos temas a los comedores escolares (Jiménez, 2018). De la misma forma, desde el Consejo Andaluz de Colegios Oficiales de Veterinarios, apuntan, que se debe distinguir, por un lado, lo que son las recomendaciones dietéticas para una alimentación sana y equilibrada, y por otro lado, el control de salubridad y

aptitud para el consumo de los alimentos. Ya que este último, les corresponde rotundamente a los veterinarios y farmacéuticos (Blanco, 29/10/2018).

Por lo tanto, es esencial asumir que la erradicación del ambiente obesogénico es competencia de toda la sociedad, todos somos a la vez culpables y afectados, y toda la responsabilidad no puede recaer en el individuo. La persona obesa, aunque tiene la capacidad de luchar contra la obesidad, no tiene exclusivamente toda la culpa de padecerla.

Siendo justos y realistas, debemos hacer un reparto de responsabilidades, solo así podremos luchar de forma coordinada contra el ambiente obesogénico que nos acecha. A nivel internacional, encontramos factores relacionados con la globalización de los mercados y la publicidad en los medios de comunicación masiva. En los niveles nacional y comunitario, destacan los factores relacionados con la producción y comercialización de alimentos, con las formas de cómo se mueven las personas y cómo se educan. En el último escalón, aparecen estos factores en el trabajo, en la escuela y en el hogar y representan la forma en que los individuos se ejercitan, alimentan y cuidan de su salud (Barrientos-Pérez y Flores-Huerta, 2008).

A pesar de que los índices de obesidad y sobrepeso son descaradamente altos, los expertos se muestran optimistas y consideran que la epidemia de obesidad es reversible. Están convencidos que se puede revertir la tendencia y tener la epidemia bajo control (Barrientos-Pérez y Flores-Huerta, 2008). Aunque existen factores de riesgo que no se pueden modificar, hay otros muchos factores, relacionados con la sociedad y los hábitos de vida de la población, que sí pueden ser modificados, debiéndose trabajar sobre ellos con el fin de lograr remitir la prevalencia de esta enfermedad (Rodríguez-Rodríguez et al., 2011). Así, vista la abundante evidencia científica respecto a medidas que han resultado efectivas para el control de la obesidad, podríamos conformar un marco general de compromisos para enfrentarnos al ambiente obesogénico, mediante políticas orientadas a regular el mercado de alimentos que hagan más accesibles los alimentos saludables y contribuyan a disminuir el consumo de productos ultraprocesados. Regular la publicidad, favorecer un etiquetado de alimentos más claro y ético; implicar a los medios de comunicación en la difusión de mensajes en pro de una alimentación sana y realización adecuada de actividad física; crear alianzas estratégicas con todos los sectores implicados

(disminuir las raciones en la restauración, eliminar grasas y azúcares simples en los alimentos procesados); mejorar el entorno escolar para favorecer la educación en nutrición y la actividad física; poner énfasis en que los ciudadanos adquieran información nutricional; promoción de la lactancia materna; mejorar la planificación urbana para ampliar la movilidad no motorizada y la apropiación por parte del ciudadano de los espacios públicos para recreación y deporte (Arnaiz, 2008; Malo-Serrano et al., 2017). Se requiere sensibilizar a la sociedad de los riesgos para la salud que conllevan el sobrepeso y la obesidad y de la harta importancia que tiene transformar los ambientes obesogénicos en que actualmente vivimos, por tanto, se requiere ir más allá de una intervención tradicional de educación para cambiar hábitos, a través de un abordaje integral que sea capaz de modificar los pilares en los que se basa el ambiente obesogénico (Barrientos-Pérez y Flores-Huerta, 2008; Malo-Serrano et al., 2017).

Concluyendo, el fin último que se busca mediante las medidas propuestas es favorecer que las opciones sanas sean las más accesibles. Para ello urge aplicar medidas en el ambiente como la reducción del tráfico y establecimiento de alternativas como la peatonalización de calles, la creación de carriles bici y proporcionar bicicletas de uso público para facilitar el transporte caminando o en bicicleta (Arnaiz, 2009). Así, aunque es necesario realizar cambios en el ambiente, también es conveniente educar al individuo para que sea consciente de que vive inmerso en un ambiente obesogénico y cómo eso le afecta a él y a la calidad de vida, y por consiguiente, formar ciudadanos con una capacidad más clara de elección, que sean menos manipulables por el ambiente, o al menos abran los ojos a la influencia que ejerce el sistema sobre los individuos y reconozcan que su capacidad de elección está siendo sometida; también educar a los ciudadanos para que adopten hábitos alimentarios y deportivos saludables; crear territorios urbanos que faciliten la práctica de actividades físicas. Así, la promoción de estilos de vida saludables, originará una vida más enriquecedora y provechosa para todos los miembros de la comunidad (Sepúlveda y Compte, 2017).

Finalmente, es fundamental actuar de manera apremiante desde el ámbito educativo. En primer lugar, para mejorar la situación en torno al ambiente obesogénico, hay bastantes medidas que están en manos del profesorado: es necesario formar individuos con una capacidad más

clara de elección, que sean menos manipulables por la industria y la publicidad. Para ello será preciso realizar un esfuerzo continuo durante años, a través de la educación, ya que un nivel bajo de educación y acceso limitado a la información reducen la capacidad de elección de las personas. También destacan otras medidas que es necesario aplicar en este ámbito, que van desde concienciar al alumnado de la importancia de seguir una dieta basada en comida saludable y pobre en alimentos ultraprocesados; insistir en la relevancia de adquirir buenos hábitos alimentarios y deportivos; mostrar cómo la industria y la publicidad manipulan a la población y, en síntesis, trabajar en los factores de riesgo, tanto de la obesidad como de los TCA de forma conjunta. Por lo tanto, hay una serie de actividades que se pueden desarrollar en los centros educativos, como revisar menús de restaurantes de comida rápida para mostrar sus valores nutricionales y cómo esta comida afecta negativamente al organismo e intentar cambiar hábitos de vida que impliquen más realización de ejercicio físico: subir por las escaleras, huir del ocio sedentario y cambiarlo por la práctica de deporte con amigos, moverse más en bicicleta o caminando y no tanto en automóviles motorizados, etc. El fin es que los alumnos entiendan la importancia de una vida activa frente a una sedentaria y busquen sus propios recursos para llevarla a cabo.

Por otro lado, distintas medidas que se deberían poner en marcha desde los espacios educativos, pero que no dependen directamente del profesorado, serían, promocionar la educación nutricional a nivel legislativo y poner en valor la prevención de obesidad y TCA; formar convenientemente al profesorado; apoyar acciones para favorecer la práctica de actividad física, no solo en horario escolar; construir nuevos espacios y equipamientos para facilitar la práctica deportiva, contratar instructores para promover la actividad física en la escuela, organizar rutas seguras para ir caminando al colegio, facilitar los traslados al colegio en bicicleta, pidiendo, si es necesario, la colaboración del ayuntamiento y creando un entorno donde poder guardarlas fácilmente, promover diferentes tipos de actividades de ocio activo dirigido a las familias, como torneos deportivos, carreras, etc. (López-Guimerà y Sánchez-Carracedo, 2010). Defender la calidad nutricional y educativa del comedor escolar, ya que estos influyen positivamente en la promoción de hábitos alimentarios saludables, así como realzar el valor de la labor del dietista

nutricionista, como profesional que no puede ni debe, ser sustituido por otros especialistas como veterinarios, farmacéuticos o médicos, tanto en su función dentro del comedor escolar, como en los proyectos educativos del centro y de la comunidad (Bartrina et al., 2008).

Por consiguiente, para luchar contra el ambiente obesogénico que se ha instaurado durante muchos años, en aras de desarrollar intervenciones eficaces, se requiere la colaboración de todos los sectores implicados, ya que el gobierno no le puede plantar cara por sí solo, pero tampoco puede delegar toda la responsabilidad en otros. Los sanitarios, maestros, profesores, empresarios, seguros médicos, organizaciones comunitarias, la industria de bebidas y alimentos, los medios de comunicación, las familias, políticos y otras organizaciones diversas, deberán unirse y compartir la responsabilidad, puesto que la recompensa es valiosa, se trata de una vida más saludable, larga, plena, con menos discapacidad, donde los costos del cuidado de salud serán más bajos y donde seremos más libres y con más capacidad de elección por nosotros mismos (Plan de Prevención para la Obesidad en California, 2010).

2.4 Necesidad de Educar en Salud para Prevenir TCA y Obesidad en los Centros Educativos

Confirmada la relación entre alimentación y salud, vistas las alarmantes cifras de obesidad, sobrepeso y TCA en el mundo en general y en nuestro país en particular, y habiendo comprobado cómo estas enfermedades afectan de una forma pavorosa a la población joven, nos queda la parte más importante: averiguar cómo podemos mejorar esta realidad. Somos conscientes de que si no actuamos, la situación se agravará, los casos seguirán aumentando y las cifras continuarán empeorando en un futuro cercano. Algunos expertos, consideran que la insuficiente educación alimentaria tiene como resultado esta malnutrición, tanto por defecto como por exceso, en la que estamos inmersos (Ramos, 2009).

Así mismo, los problemas de obesidad generan enormes costes económicos para las sociedades, que según los expertos se reducirían considerablemente si se invirtiera más en programas de prevención de la obesidad infantil (Casas, 2011).

Siguiendo el criterio de los expertos, debido al incremento de casos de TCA, es menester la implementación de programas de prevención (Ruiz-Lázaro, Velilla y González, 2017). También,

López-Guimerà y Sánchez-Carracedo (2010) ponen de manifiesto la necesidad impostergable de prevenir TCA y obesidad, en relación a los resultados obtenidos de su estudio con niños y niñas de 8 a 12 años, en el que buscaban conocer cómo se generan los problemas relacionados con el peso. Encontraron que el 13,3% de los encuestados se encontraba a dieta en ese momento, aunque solamente la mitad de ellos tenía obesidad o sobrepeso. De los que seguían una dieta, solo el 19% era por prescripción médica, el resto, porque se lo indicaban sus padres (49%) o por iniciativa propia (30%). Además, hallaron que el 33,3% de los niños de 8 años y el 41,1% de los de 12 años, estaban insatisfechos con su imagen corporal y deseaban estar más delgados.

En esta misma línea, debemos considerar que abundante literatura científica, manifiesta la ineficacia de las cuantiosas intervenciones que se han estado realizando en los últimos tiempos para tratar la obesidad, tanto infantil como en población adulta. Lo cual pone de manifiesto, una vez más, la necesidad de actuar antes de que se desarrolle la enfermedad (Rossi, 2006). Llevar a cabo una prevención, que eduque a la población e impida el desarrollo de la obesidad modificando hábitos desde etapas precoces de la vida (Loaiza y Atalah, 2006). Loaiza y Atalah (2006), basándose en un estudio de Moraga et al. comentan que el inicio temprano del tratamiento es predictor de éxito en la disminución de la enfermedad.

Así, numerosos estudios demuestran que mediante las intervenciones educativas de prevención y de promoción de la salud en la escuela, se pueden conseguir cambios sustanciales en la forma de alimentarse de los niños: se puede aumentar el consumo de frutas y verduras, reducir la ingesta de alimentos insanos, aumentar la cantidad de actividad física, y en definitiva, disminuir la prevalencia del sobrepeso y la obesidad (Comité Científico Asociación para la Promoción y el Consumo de Frutas y Hortalizas “5 al día”, 2011, p. 2-12).

De forma similar, Calatayud y Aranda (2000), enuncian que se deberían poner en marcha programas de prevención escolar de TCA, entre otros, y hacerlo de forma conjunta con los profesionales de la salud, desde el marco de la prevención y de promoción de salud en el alumnado. En definitiva, como algunos autores de prestigio vienen defendiendo, “invertir en prevención es ahorrar en gastos de tratamiento y mejorar la calidad de vida y la salud física y mental” (Ruiz-Lázaro, Velilla y González, 2017, p.17).

2.4.1 Concepto de “Prevención”.

Ante todo, debemos comprender que “prevenir” hace alusión al hecho de anticiparse, intervenir para evitar que ocurra un suceso no deseado. Prevenir, significa actuar para evitar que la situación no deseada progrese o no se repita. Por eso, según el momento del proceso en el que tiene lugar, podemos diferenciar entre prevención primaria, que se dedica a actuar sobre la causa del problema. En la prevención primaria, se busca ahondar en los factores de protección, que son aquellos comportamientos que protegen la salud, y reducir los factores de riesgo. Otro tipo de prevención, es la prevención secundaria, que tiene como objetivo, detectar de forma precoz los problemas de salud para poder intervenir de la forma más rápida posible. Por último, la prevención terciaria, que se dedica a evitar recaídas posteriores al tratamiento.

También podemos destacar otra clasificación de prevención que tiene en cuenta la estrategia que se sigue, donde encontramos la prevención inespecífica y la específica. La primera hace referencia al desarrollo de habilidades que potencien el crecimiento integral de las personas, en este caso, para prevenir TCA, se busca que los niños y adolescentes, desarrollen una autoestima positiva, asertividad, seguridad en uno mismo, habilidades comunicativas, etc. Mientras que la prevención específica, trata el riesgo que conllevan algunas conductas determinadas, como la malnutrición, la desmitificación de alimentos buenos y malos, el establecimiento de pautas para una alimentación saludable y la manera de evitar las conductas insanas (AA.VV, 2001).

En lo que concierne a quiénes se dirige la prevención, encontramos la clasificación de prevención universal y selectiva. La prevención universal se orienta hacia todos los individuos y la selectiva se enfoca solo en aquellos que son grupo de alto riesgo (Calcedo, 2016).

Portanto, la prevención primaria de los problemas relacionados con el peso, tanto TCA como obesidad, consiste en controlar las causas y la exposición a los factores de riesgo, aumentando así la resistencia de los individuos. Esta prevención se fundamenta mediante la educación en salud con el fin de prevenir las conductas de riesgo con relación a los hábitos alimentarios, como serían hábitos alimentarios insanos, conductas alimentarias desestructuradas, dietas restrictivas practicadas sin fundamento y a menudo acompañadas de ejercicio físico insano, o por el contrario, sedentarismo; así como hacer frente a la insatisfacción corporal, trabajar en la búsqueda de una

autoestima sana y crear individuos críticos con los estereotipos de la sociedad y los medios de comunicación (AA.VV., 2001).

En este sentido, las intervenciones de prevención primaria para los TCA más comunes, se pueden clasificar en cinco tipos, que se verán al detalle en el apartado 6.2 de esta tesis doctoral: psicoeducacionales, de alfabetización mediática, técnicas de inducción y disonancia, e intervenciones focalizadas en eliminar los factores de riesgo de los TCA y en fortalecer al huésped (Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Trastornos de la Conducta Alimentaria, 2009).

Por lo que hace referencia a la prevención primaria de la obesidad y sobrepeso, se considera menester favorecer una alimentación saludable y equilibrada y fomentar la actividad física diaria (Resolución de 8 de febrero de 2019, de la Secretaría General de Sanidad y Consumo).

Pero antes de poner en marcha un programa de prevención es necesario conocer la opinión de los investigadores que ya han desarrollado programas preventivos y que pueden servir de guía para ver qué tipo de programas son necesarios, cuál debe ser la población diana a la que deben ir dirigidos, qué deben contener y cuál es la metodología más adecuada para que los datos obtenidos tengan validez y se puedan generalizar, comprobando a su vez qué programas han sido los más efectivos y eficaces y tratando de no cometer los mismos errores que en el pasado. La idea es diseñar un programa que se aproveche de los previos y que al mismo tiempo, incluya componentes adicionales que garanticen un cambio de actitudes que se conserven a largo plazo (Ruiz-Lázaro, Velilla y González, 2017; Saldaña, en López-Guimerà y Sánchez-Carracedo, 2010). A continuación, nos ocuparemos de responder algunas preguntas que nos acercarán al ideal de programa de prevención de los trastornos de la conducta alimentaria y obesidad.

2.4.2 ¿Es posible Prevenir los Trastornos de la Conducta Alimentaria y la Obesidad mediante la Educación?

En referencia a la obesidad, tomando en consideración la opinión de los expertos, la etiología de esta enfermedad en la mayoría de los casos es conductual, ya que se debe a hábitos de mala alimentación y estilos de vida sedentarios. Aunque también puede estar influenciada

por factores genéticos, epigenéticos y ambientales (Villar, 2017). Asumiendo que los factores conductuales y ambientales son modificables mediante la educación, la obesidad es, por tanto, en muchos casos, una enfermedad que se puede prevenir mediante la educación. En este sentido, Acosta-Hernández et al. (2013), resaltan la idea de que la obesidad no es meramente una cuestión estética, sino que es una enfermedad grave que puede derivar en otras complicaciones, por ello solicitan una mejor difusión de la necesidad de una dieta sana y activa, tanto entre adultos como menores.

En lo que concierne al tema de los TCA, la etiología es multicausal, como veremos al detalle más adelante, depende de **factores socioculturales**, como el imperativo de la delgadez, la supuesta correlación entre delgadez y éxito, y los mensajes mediáticos. **Factores psicológicos**, como baja autoestima, insatisfacción corporal, perfeccionismo en exceso, demasiada importancia al cuidado de la imagen... **Factores conductuales** como la pérdida de hábitos alimentarios en el medio familiar, la normalización de ingesta de productos insanos y comida basura, la realización de dietas para perder peso y en general, todos los hábitos alimentarios insanos. **Factores biológicos**, como la obesidad, que es un factor de riesgo, o la pubertad, que es la etapa de mayor riesgo para desarrollar TCA (Valles Casas 2013; Sánchez-Carracedo y López-Guimerá, 2011). Desde la educación, podemos actuar sobre algunas variables, mejorando la autoestima, formando individuos más realistas con la imagen corporal, enseñándoles a ser críticos con los modelos impuestos por la sociedad, impartiendo conocimientos sobre una dieta equilibrada, mostrando cómo afecta a nuestro cuerpo el ayuno o la falta de nutrientes... Como vemos, en los TCA influyen factores que son perceptibles de ser modificados y por tanto prevenidos mediante la educación. Diversos autores concuerdan en que en la incesante lucha por la prevención en TCA es necesario que se realicen intervenciones de prevención primaria desde los centros educativos, dónde se debe actuar sobre los factores de riesgo, se les faciliten a los estudiantes recursos para superar los retos característicos de la etapa evolutiva en que se encuentran y se les conduzca a realizar elecciones más adecuadas sobre su alimentación, potenciando hábitos y actitudes saludables, y a su vez, se desarrollen habilidades personales y sociales (AA.VV., 2001; Calcedo, 2016; Casado Morales y Helguera Fuentes, 2008; Fernández, 1999).

Como venimos diciendo, durante la adolescencia, los cambios corporales y los problemas de sobrepeso, reales o no, pueden generar comportamientos alimentarios de alto riesgo. Algunos autores consideran la adolescencia una “etapa de riesgo nutricional”, puesto que se trata de individuos en alto peligro de desarrollar un TCA, pues en esta fase de la vida, el sentido de identidad y la imagen están muy fuertemente influidos por lo que piensan, esperan y dicen los demás, y esto puede influir negativamente en su autoestima. Para algunos adolescentes, los logros escolares se viven con una exigencia y preocupación excesivas. Además, se inicia el proceso de independencia, que se vive de manera más conflictiva en el caso de las niñas que en los niños, ya que ellas enfrentan mayores tensiones individuales y diferencias interpersonales con los padres. Los medios de comunicación tampoco ayudan en este periodo, pues normalizan un prototipo de cuerpo que es diferente al que se desarrolla en la mayoría de adolescentes (Brines, 1999; Wessberg y Quesnel, 2004). Viendo con más detalle los factores de riesgo de TCA que pueden ser modificados, encontramos que la insatisfacción corporal y las preocupaciones por la imagen son comunes durante la adolescencia. Esta insatisfacción desencadena que los chicos y chicas quieran cambiar su peso o forma corporal y se asocia al inicio de dietas para adelgazar (Valles, 2013). A causa del desconocimiento sobre alimentación y la falta de información de los peligros que conllevan las dietas “milagro”, muchos jóvenes deciden llevar a cabo dietas muy restrictivas que acaban siendo perjudiciales para la salud del individuo. Gran cantidad de estos adolescentes que se embarcan en la realización de dietas peligrosas para la salud, lo hacen porque no tienen mejores herramientas para buscar el cambio en su cuerpo de una forma más segura; aunque cueste creerlo, en la era de la comunicación, están desinformados. Además, la información de revistas, internet, creencias populares, etc. que la mayor parte de las veces es errónea, anticuada, está basada en mitos o se fundamenta en verdades a medias, que promete cambios corporales espectaculares en periodos de tiempo muy breves, hace renunciar a ciertos tipos de nutrientes o alimentos, y/o son muy drásticas, insanas, imposibles de mantener en el tiempo y poco rigurosas. En último lugar son peligrosas porque la realización de dietas son un factor de riesgo de TCA (Maganto, 2011; Valles, 2013).

Desde la “Associació contra l’Anorèxia i la Bulímia” (Voltas, 2004) se hacen eco de la

necesidad de abordar la problemática de los TCA no solo desde la besante clínica, sino también desde la preventiva, y consideran que existen cuatro factores de riesgo clave que pueden incrementar la probabilidad de sufrir algún TCA y que son cruciales a la hora de llevar a cabo un programa preventivo: nutrición, autoestima, imagen corporal y valores. De igual forma, otros estudiosos consideran que uno de los factores de riesgo modificables en los TCA, es la percepción negativa de la propia imagen corporal y las actitudes, sentimientos y percepciones relacionadas con el peso y la figura, así como realizar intervenciones sobre los estereotipos culturales, adelgazamiento y belleza (Calcedo, 2016; Casado Morales y Helguera Fuentes, 2008; Maestri, 2018). Por tanto, un programa de prevención de obesidad y TCA debe ser acorde a estos postulados para ser lo más efectivo posible.

2.5 Surgimiento de la “Educación para la salud” en el Contexto educativo

Teniendo en cuenta que vivimos rodeados de un ambiente obesogénico y que el número de personas que sufren TCA y obesidad no deja de aumentar, los expertos consideran que es necesario promover hábitos saludables entre la población, tanto en relación a la alimentación como a la actividad física (Ballesteros et al., 2007). Estas acciones están enmarcadas dentro de la llamada “Educación para la Salud” (Bustamante, 2014).

Desde esta área se crean programas dedicados a prevenir enfermedades y se proporcionan conocimientos que pretenden lograr cambios positivos y duraderos entre la población. A la par, la idea de la Educación para la Salud, es dotar a los sujetos de responsabilidad hacia su propia salud (Bustamante, 2014). Por lo tanto, trabajar en Promoción y Educación para la Salud en la escuela, implica desarrollar programas dirigidos a la población escolarizada, con el objeto de educar a los jóvenes de los efectos que la adquisición de hábitos insanos puede provocar en su vida (Calatayud y Aranda, 2000).

Así es que, el objetivo de la Educación para la Salud, no es otro que favorecer entre los individuos, la adquisición de conocimientos, actitudes y conductas saludables, con el objetivo final de educar comportamientos beneficiosos para la salud (Ruiz-Lázaro, Velilla y González, 2017). De la misma forma, Bustamante (2014), ofrece una definición de Educación para la Salud, donde

estima que es un proceso de enseñanza-aprendizaje orientado a la adquisición y fortalecimiento de estilos de vida saludables, favoreciendo las elecciones positivas para la salud y erradicando en la medida de lo posible los comportamientos no saludables.

Cabe destacar que la Educación para la Salud es un abanico amplio que engloba diferentes temáticas relacionadas con la promoción de la salud y los buenos hábitos, que pueden ir desde nutrición, obesidad, tabaquismo, drogadicción, alcoholismo, sexualidad... siempre con el nexo común de mejorar la calidad de vida de la población a través de la difusión del conocimiento. Y es que, cuando se promueve la salud, se capacita a los individuos para que sean capaces de aumentar y mejorar el control sobre su propia salud (Ruiz-Lázaro, Velilla y González, 2017).

Aunque existen otros entornos, el espacio escolar es un lugar privilegiado en el que se puede llevar a cabo la mencionada Educación para la Salud, ya que se pueden perpetuar actividades en el tiempo, que se reforzarán año tras año adaptándose al nivel del alumnado. Además, beneficia tanto al alumnado como a su familia (Bustamante, 2014). En cuanto a la temática a la que nos dedicamos, la prevención de obesidad y TCA, la escuela es el espacio ideal porque se pueden mejorar los hábitos alimentarios y deportivos, utilizando los recursos escolares y llegando a todo el alumnado desde edades tempranas.

Al respecto de la prevención de obesidad y TCA, podemos considerar que, dentro de la Educación para la Salud, se encuentra la rama de educación alimentaria, que es definida por la Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y Agricultura (FAO), como “la difusión de información acerca de los alimentos y sus nutrientes, así como el aporte de las herramientas para saber qué hacer y cómo actuar en aras de mejorar la nutrición” (Herrero, 2021, p.48).

A estos efectos, la Educación para la Salud se considera un elemento clave en la formación de los ciudadanos y promoción de la salud. Tanto es así que la Constitución Española, en su artículo 43 señala que “los poderes públicos fomentarán la educación sanitaria”. Siendo nuestra Constitución del año 1978, pero no es hasta 1990, con la puesta en marcha de la Ley de Ordenación General del Sistema Educativo (LOGSE, 1990), cuando la Educación para la Salud llega a adquirir cierto peso en la enseñanza obligatoria, y pasa a ser considerada una materia transversal del currículo escolar con implicaciones en todas las materias (Calatayud y Aranda,

2000). Sin embargo, con la promulgación de la subsiguiente ley educativa, la Ley Orgánica de Educación (LOE, 2006), llegaron cambios: desaparecieron las materias transversales y con ellas, la Educación para la Salud, y en su lugar aparecieron las competencias básicas, entre las que solo una trataba directamente aspectos relacionados con la salud. La competencia denominada “conocimiento e interacción con el mundo físico” y de forma indirecta “la competencia social y ciudadanía”. Las antiguas materias transversales como la Educación para la Salud, no se nombraban y sus contenidos quedaron inconexos entre las asignaturas que componían el currículo obligatorio, pero sin la visión integradora y globalizadora de las materias transversales (Montero-Pau et al., 2018).

Posteriormente, aparece la Ley Orgánica para la Mejora de la Calidad Educativa (LOMCE, 2013), donde la Educación para la Salud vuelve a ocupar un espacio transversal, en el que sus contenidos son distribuidos entre las diferentes áreas. Especialmente en Educación Física y Ciencias Naturales para Educación Primaria, y Educación Física y Biología y Geología en la de Educación Secundaria. Sin embargo, en la LOMCE, algunas asignaturas son opcionales, lo que no garantiza el acceso de los estudiantes al área de Educación para la Salud (Montero-Pau et al., 2018).

Más tarde, en 2020, aparece en el panorama educativo una nueva ley, la Ley Orgánica 3/2020, de 29 de diciembre, por la que se modifica la Ley Orgánica 2/2006, de 3 de mayo, de Educación (en adelante LOMLOE), en la que se contempla el trabajo de la Educación para la Salud desde todas las materias en educación primaria, y el tratamiento transversal de esta en la educación secundaria obligatoria.

Respecto a la obesidad, en los últimos años se han estado realizando campañas enmarcadas dentro de Educación para la Salud, donde los objetivos perseguidos eran educar en una alimentación saludable y conceder a la actividad física la importancia que merece, pero pese a estas campañas, el número de personas afectadas por sobrepeso y obesidad ha seguido aumentando, tanto en adultos como en niños (Bustamante, 2014). Una de las posibles explicaciones podría ser que, a criterio de los que más saben, si pretendemos que la Educación para la Salud en la escuela sea efectiva y plausible, debería reunir ciertas características que

hasta ahora no se han tenido en cuenta (Bustamante, 2014; Costa y López, 2008):

- Las estrategias de Promoción de la Salud, se deben aplicar desde los primeros cursos, ya que en una edad temprana se facilita el aprendizaje de nuevas rutinas y se pueden implementar más fácilmente buenos hábitos para la salud. Es más sencillo adquirir buenos hábitos desde el principio que tratar de cambiar los que ya están arraigados.

- Asimismo, igual que en el resto de materias, en la Educación para la Salud, los conocimientos deben ser significativos y activos. Mediante el aprendizaje significativo, el niño relaciona los contenidos nuevos con otros contenidos que ya estaban integrados previamente en su estructura cognitiva, reforzando así la red de conocimientos. Para que el aprendizaje sea óptimo, también es necesario plantear actividades donde se pongan en práctica los aprendizajes enseñados y el alumno sea el centro de la enseñanza y no un mero receptor de teoría, incitando de esta forma a la participación plena del alumnado. Esto permitirá al alumnado integrar en su universo de valores todos los nuevos elementos relacionados con la Educación para la Salud.

- Los criterios y estrategias de la Promoción de la Salud deben estar incluidos en el diseño curricular.

- El planteamiento educativo debe ser integral, preocupándose tanto de la adquisición de conocimientos sobre el cuidado de la salud como de la formación de valores, actitudes, hábitos y estilos de vida saludables.

- Como en cualquier proceso de enseñanza, el enfoque metodológico se debe adaptar al ritmo y características del alumnado.

- Los expertos consideran que la mejor manera de ordenar los contenidos a lo largo de los cursos, es la conocida como estructura en espiral, que repite los conceptos a lo largo de los diferentes cursos, adaptando la complejidad al nivel del alumnado.

- Se debe programar teniendo en cuenta el contexto y estar abiertos a las necesidades y problemas del entorno donde se desarrolla el proceso de enseñanza-aprendizaje.

- El diseño debe ser comprensible para el destinatario y además debe tener en cuenta, la salud, las características sociales, creencias, actitudes, valores, habilidades y comportamientos pasados de los individuos.

2.6 Inferencias para mi Propuesta de Investigación

Este capítulo ha puesto de manifiesto la evidente relación entre alimentación y salud, en la que, una dieta basada en el aporte suficiente de frutas, verduras, legumbres, cereales integrales y agua, y reducida en alimentos procesados, refrescos, harinas refinadas, grasas saturadas, azúcares y alcohol; y acompañada de ejercicio físico adecuado y suficiente, serán la mayor garantía de salud y prevención de enfermedades crónicas no transmisibles (Brines, 1999; Pujol-Amat, 2002).

Podemos afirmar categóricamente, tal como algunos autores de prestigio vienen defendiendo (Sánchez-Carracedo y López-Guimerà, 2011), que ante la vorágine de cambios en los hábitos alimentarios y de vida sedentaria que se han presentado como normales en estos momentos, y que han evidenciado un aumento en los casos de obesidad y TCA, es necesario poner medidas para transformar el ambiente obesogénico, a través de un cambio comunitario, que incluya a todos los factores que de forma sinérgica deberían trabajar en esta iniciativa.

Y es que, en referencia al ambiente obesogénico, cabe destacar que disponemos de los mayores índices de bienestar de la historia, pero este progreso se asocia con un mayor sedentarismo en el trabajo, ocio y transporte. El esfuerzo físico para el que sin duda está diseñado el cuerpo humano, ha sido sustituido por inactividad.

Es necesario ser conocedores del ambiente obesogénico, pues de lo contrario podemos caer en el error de culpabilizar al individuo que desarrolla problemas de peso y/o alimentación. Sin embargo, cuando culpabilizamos exclusivamente al individuo, estamos olvidando que hay un sistema perpetuando esta situación al no hacer accesible la salud, la educación en alimentación y el fácil acceso a la actividad física y los productos saludables, entre otras cosas. En resumen, los factores que se han trabajado en referencia al ambiente obesogénico son los factores alimentarios, la actividad física, los factores ambientales, los medios de comunicación y ciertos factores socioculturales, que vemos que afectan a los individuos desde edades tempranas, y es por lo tanto, imprescindible educar al alumnado para hacerles frente.

Por lo tanto, la escuela debería aceptar el reto que le presenta el S. XXI, y a través de la Educación para la Salud, formar individuos capaces de cuidar de su propia salud, y ser una

transmisora de hábitos saludables, tanto al alumnado como a sus familias. Y así velar por la prevención de TCA, obesidad y sobrepeso desde los centros educativos.

Nos referimos a una Educación para la Salud, “real”, entendida como una parte prioritaria del currículum educativo y de la vida en la escuela, que no se arrincone, que no dependa de partidos políticos, de la voluntad del docente, ni de la libre elección de asignaturas por parte del alumnado, sino de una Educación para la Salud que de una vez por todas reciba la importancia que merece definitivamente, puesto que sin salud, ninguna de las otras asignaturas son tan importantes. Y de acuerdo con la actual ley educativa, LOMLOE, se trabaje de forma transversal desde todas las materias de educación primaria, lo que se va a tener en cuenta en el desarrollo de nuestro programa de prevención de obesidad y TCA, Everybody has a body, que se desarrollará con carácter transversal y con contenidos que contemplen diversas áreas del currículum, tales como ciencias naturales, educación física, lengua castellana, ciencias sociales, matemáticas, artística...

Ante esta iniciativa de Educación para la Salud, son muchas las ventajas y escasos los perjuicios, más allá de una dedicación temporal, un consenso entre poderes políticos, educativos y de la salud, formación al profesorado y seguimiento del proceso. Se podrían reducir las tasas de TCA y obesidad, así como de muchas otras enfermedades, mejorar la calidad de vida de los estudiantes y sus familias, recuperar la casi olvidada dieta mediterránea, y colocar al sistema educativo español como un referente a nivel de Educación para la Salud y alimentación.

Finalmente, la información que se ha presentado en este capítulo nos va a proyectar en una dirección: los expertos consideran que es posible frenar la epidemia de obesidad y TCA, y es posible hacerlo desde los entornos escolares, favoreciendo la educación alimentaria y la actividad física. Por esa razón se pone de manifiesto que es necesario educar al alumnado para que sean sabedores del ambiente obesogénico en el que viven y cómo les afecta, a fin de ser menos manipulables y aprendan cómo pueden hacerle frente: atendiendo su alimentación, manteniendo una vida activa y por ende, cuidando su salud. Por lo tanto, se incluyen en el programa Everybody has a body, aquellos factores de riesgo que pueden ser modificados, tales como construir buenos hábitos, disminuir el consumo de ultraprocesados, aumentar la ingesta de

frutas, verduras y legumbres, sensibilizar al alumnado de los riesgos para la salud que conllevan la obesidad y la mala alimentación, promocionar la actividad física y los desplazamientos activos, entre otros.

Capítulo 3: Trastornos de la Conducta Alimentaria y Obesidad

3.1 Introducción

En el presente capítulo, se van a tratar, desde el punto de vista teórico, los trastornos de la conducta alimentaria y la obesidad de forma diferenciada, teniendo en cuenta sus características, tipos, diagnósticos, etiología de la enfermedad, factores de riesgo y de protección, prevalencia, etc. Sin embargo, consideramos conveniente iniciar este capítulo con un epígrafe dedicado a los “trastornos relacionados con el peso”, expresión que engloba ambos, tanto TCA como obesidad.

Los problemas relacionados con la alimentación y el peso, comprenden tanto los trastornos del comportamiento alimentario clásicos, tales como anorexia nerviosa, bulimia nerviosa y trastorno por atracón, también se incluyen sobrepeso y obesidad, así como la insatisfacción con la imagen corporal, las prácticas insanas para adelgazar, el seguimiento de dietas hipocalóricas y las preocupaciones por la silueta y el peso, incluso entre aquella población que presenta un peso normal (López-Guimerà y Sánchez-Carracedo, 2010; Raich et al., 2017) y se acuñan bajo el término “trastornos relacionados con el peso”. En la misma línea, Neumark-Sztainer et al., (2006), afirman que existe un amplio espectro de alteraciones alimentarias y relacionadas con el peso, que oscilan desde simple malestar asociado a la insatisfacción corporal, la pura imagen negativa, y preocupación excesiva por el peso y la figura, hasta los trastornos de la conducta alimentaria hablando estrictamente, como la anorexia y bulimia nerviosa.

Al respecto de la insatisfacción corporal, Raich (2008), basándose en diferentes autores, aporta datos que arrojan luz sobre las alarmantes cifras relacionadas con la preocupación corporal en personas que aunque no padecen un TCA propiamente dicho como anorexia o bulimia nerviosa, sí podrían estar incluidas dentro de los “Trastornos relacionados con el peso”.

Por un lado, la autora, se apoya en Cash (2002) que identificó que un 19% de mujeres, tanto jóvenes como adultas, y un 6% de hombres, sufrían malestar asociado a la insatisfacción corporal. Asimismo, Raich (2008) explica que en un estudio realizado por Neumark-Sztainer et al., (2002) a adolescentes, más de la mitad de las chicas admitieron que habían llevado a cabo conductas poco saludables durante el año anterior con el fin de mejorar su figura. Además, Raich añade que según información recabada en su propia investigación, cuando se juzga la insatisfacción corporal, se ha observado que un 80% de mujeres de peso normativo deseaban perder peso (Raich et al., 1996).

Nuestra mirada se mueve aquí hacia el enfoque de Calcedo (2016) que asume que la obesidad y los TCA tienen lugar en el mismo contexto cultural. Asimismo, Raich et al. (2017) sugieren que este gran espectro de problemas relacionados con la alimentación, el peso y la imagen corporal, pueden tener en común factores de riesgo y de protección. Entre los factores de riesgo se destacan: la preocupación/insatisfacción corporal, la dieta y el afecto negativo. Otras similitudes que encontramos entre ambos, es que son problemas con una alta prevalencia en la etapa adolescente, con consecuencias graves para la salud, con una gran tendencia a la cronicidad y además, una vez se han instalado, son altamente invulnerables al tratamiento. Todas estas características que comparten nos invitan a adoptar una mirada preventiva integradora.

Sin embargo, en este sentido cabe destacar que tradicionalmente, los programas de prevención de obesidad y de trastornos alimentarios, no tenían en cuenta el enfoque de prevención integrada de los “trastornos relacionados con el peso” y han estado trabajando la prevención desde miradas completamente contradictorias: en la prevención de TCA se buscaba el cese de dietas y la aceptación del peso corporal como una característica difícilmente modificable. Mientras que las campañas de prevención de obesidad, defendían la dieta y la pérdida de peso corporal. Sin embargo, en consonancia con Calcedo (2016), considerar obesidad y TCA como conceptos estancos, puede inducir a error, ya que estos problemas pueden transcurrir de forma simultánea y aumentar su severidad con el tiempo, originando problemas relacionados con el peso. A modo ilustrativo, altos niveles de sobrepeso, están relacionados con una mayor propensión a los atracones (que se contemplan dentro de los TCA). Adicionalmente, las personas

con sobrepeso/obesidad, tienden a utilizar conductas de control de peso poco saludables, tales como provocarse el vómito, uso de laxantes, diuréticos, píldoras, saltarse comidas... Y de igual forma, estas estrategias nada saludables para adelgazar, incrementan el riesgo de aumentar de peso, de sufrir obesidad y/o TCA. También los antecedentes familiares de obesidad se consideran un factor de riesgo para el desarrollo de TCA.

3.2 Trastornos de la Conducta Alimentaria

En referencia a los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA), aunque los más comunes son anorexia nerviosa y bulimia nerviosa, lo cierto es que la última edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (en adelante DSM-V) (American Psychiatric Association, 2013), incluye otros menos populares, tales como el “trastorno por atracón”, “trastorno de rumiación”, “trastorno de evitación/restricción de la ingesta de alimentos”, “otro trastorno de la conducta alimentaria o de la ingesta de alimentos especificado” y el “trastorno de la conducta alimentaria o de la ingesta de alimentos no especificado” (TCANE). Algunos estudiosos incluyen además algunas formas de obesidad exógena, al considerar que ésta, está causada por problemas severos de alimentación, tales como atracones o síndrome del comedor nocturno (Errandonea, 2012; García-Camba, 2002; Magán et al., 2011).

A grandes rasgos, los TCA hacen referencia a los problemas distinguidos por problemas en torno al comer, el peso y la forma corporal. Son considerados trastornos mentales graves, definidos en los sistemas de clasificación de los trastornos mentales DSM y CIE (Clasificación internacional de enfermedades). Dichos trastornos, impactan de manera significativa tanto en la persona que lo sufre, como en los familiares y personas de su entorno más cercano, deteriorando así su calidad de vida. También pueden impactar negativamente en el desarrollo infanto-juvenil, ya que implican consecuencias físicas, psicológicas, educativas y sociales (Errandonea, 2012; Raich et al., 2017; Ruiz-Lázaro, Velilla y González, 2017).

Los TCA son trastornos perniciosos, predisponen a los individuos a la desnutrición o a la obesidad (Calcedo, 2016) y se caracterizan por una alta tendencia a la cronicidad, recaídas, sufrimiento, deterioro funcional, así como aumentan el riesgo de desarrollar otras enfermedades,

como obesidad, depresión, trastornos de ansiedad... y también se relacionan con el abuso de sustancias e intentos suicidas, riesgo elevado de morbilidad, desadaptación y estrés (Raich et al., 2017). Adicionalmente, los TCA se corresponden con una de las tasas de mortalidad más altas de todos los trastornos psicológicos. De hecho, el riesgo de mortalidad se multiplica por 5,9 si se compara la población general con los pacientes de anorexia nerviosa, y por un 1,9 en pacientes con bulimia nerviosa y TCANE (Sánchez-Carracedo et al., 2017).

Tanto es así, que en las últimas décadas han llegado a ocupar un lugar de gran relevancia en el ámbito sociosanitario, debido a su carácter grave, de difícil tratamiento y diagnóstico complejo. Se trata, además, de patologías de etiología multifactorial, que pueden estar causadas por factores de diversa índole, tales como genéticos, familiares, socioculturales, emocionales... Razón que también vendría a dificultar su prevención y tratamiento. Unido al hecho de que su tratamiento supone un elevado coste económico (Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Trastornos de la Conducta Alimentaria, 2009).

Por tanto, debemos tener en cuenta, que los TCA no son un asunto de poca importancia, ya que en los últimos años han dado la cara como notables enfermedades en cuyo origen y desarrollo intervienen múltiples factores que incluyen, desde trastornos emocionales de la personalidad, alteraciones del entorno familiar, una posible sensibilidad genética o biológica, hasta factores sociales entre los que destacan el sobrepeso previo, el estilo de crianza, los antecedentes familiares de TCA y el culto que existe actualmente a los cuerpos excesivamente delgados, así como un ambiente sociocultural en el que coexisten la sobreabundancia de comida y la obsesión por la delgadez (García-Camba, 2002; Calcedo, 2016; Valles, 2013). En consecuencia, en los últimos años ha habido un incremento de estudios sobre los trastornos alimentarios y un aumento en el número de revistas internacionales especialmente dedicadas a ellos, lo cual refleja el interés que despierta en autores y estudiosos (Raich, 2008).

Respecto a los pacientes de TCA, aunque existen diferentes tipos de trastornos de la conducta alimentaria, se evidencia un nexo en común, que es la sobreevaluación del peso y la forma corporal, hasta el punto que los individuos con TCA basan su desempeño en la sociedad casi exclusivamente según el peso y la forma del cuerpo (Errandonea, 2012). En consonancia, a

menudo las personas con TCA, tienen pensamientos distorsionados sobre su imagen y su salud, que van desde baja autoestima y sentimientos de inferioridad debidos a su aspecto, asocian la delgadez a salud, o consideran que se puede adelgazar rápidamente sin consecuencias negativas para la salud. Lo cual supone que el comportamiento de las personas con TCA, suele estar alterado en cuanto a la comida y al peso. Acciones tan banales como contar calorías, medir el contenido de grasa de los alimentos, pesarse a menudo, someterse a dietas estrictas, ayunar durante un día o más, ejecutar atracones, provocarse el vómito, usar laxantes o ingerir píldoras adelgazantes, diuréticas, probarse determinadas prendas de ropa para comprobar cómo les queda la talla, que todavía les cabe, realizar ejercicios extenuantes... se convierten en el día a día de muchas personas con TCA. Es decir, incluyen como rutinas, una serie de situaciones anómalas que reflejan la preocupación por la comida y la silueta (Castellano et al., 2019). Otra peculiaridad de las personas con TCA, es que mientras el resto de la gente se juzga a sí misma sobre su rendimiento en una variedad de ámbitos de la vida, como son su empleo, sus relaciones sociales, sus destrezas deportivas, habilidades... para las personas con trastornos de la alimentación, la autoestima depende en gran medida, o incluso exclusivamente, de su forma y peso y su capacidad de controlarlo (Calcedo, 2016).

En cuanto al tratamiento, los estudiosos ponen de manifiesto la dificultad en el procedimiento de curación y las altas tasas de abandono en el tratamiento. Así pues, el tratamiento para TCA que los expertos han considerado más eficaz hasta la fecha, conocido como cognitivo-conductual, solo tiene un índice de respuesta en torno al 50% (Sánchez-Carracedo et al., 2017). Frente a estas devastadoras cifras relacionadas con los infructuosos tratamientos de TCA, manifestamos la importancia de la prevención como medida para reducir los índices de estos trastornos en la sociedad.

3.2.1 Anorexia Nerviosa.

García-Camba (2002), define la anorexia nerviosa como un TCA grave que se caracteriza por el rechazo a mantener el peso en los valores normales y que se acompaña de una alteración de la percepción de la forma y del peso corporal, de manera que la persona nunca está contenta

con su talla. Con el fin de no engordar, el paciente se impone una dieta rigurosa con restricción de los alimentos que considera con alto contenido en calorías. La persona que padece anorexia nerviosa, sufre una excesiva preocupación por su peso, que le empuja a modificar el ritmo de sus comidas y llevar a cabo una serie de conductas dirigidas a adelgazar.

Según el DSM-V (American Psychiatric Association, 2013), se puede diferenciar entre dos tipos de anorexia nerviosa, que son la de tipo restrictivo y la de tipo con atracones/purgas:

Se considera anorexia de tipo restrictivo cuando durante los últimos tres meses, el individuo no ha tenido episodios recurrentes de atracones o purgas, es decir, vómito autoprovocado o utilización incorrecta de laxantes, diuréticos o enemas. En este tipo de anorexia, la pérdida de peso es debida sobre todo a la dieta, el ayuno y/o el ejercicio excesivo.

En cuanto a la anorexia de tipo con atracones/purgas, se considera que la persona la sufre siempre que durante los últimos tres meses, el sujeto haya tenido episodios recurrentes de atracones o purgas, entre las que se incluye el vómito autoprovocado o utilización incorrecta de laxantes, diuréticos o enemas.

En referencia a los rasgos de las personas que sufren anorexia nerviosa, se caracterizan por ser sujetos especialmente perfeccionistas y que se preocupan excesivamente por evitar errores. Presentan alta evitación del daño, alta persistencia, patrones de pensamiento rígidos y comportamientos obsesivos compulsivos (Calcedo, 2016).

En cuanto a las consecuencias de la anorexia nerviosa, Ruiz-Lázaro (1991) las clasifica como físicas y psicológicas. Dentro de las físicas, se encuentra pérdida de peso, malnutrición, alteraciones hormonales, pérdida del deseo y/o potencia sexuales, amenorrea, osteoporosis, estreñimiento, alopecia o caída del cabello, pelo y/o uñas quebradizas, disminución de la masa muscular, disminución de la reserva de grasa subcutánea, piel seca y/o descamada, hipercarotinemia (exceso del pigmento caroteno que da un tono anaranjado a la piel), acrocianosis (las partes distales o acras como dedos de manos y pies, tienen un tono amoratado, un color azulado), hirsutismo (desarrollo excesivo de vello), lanugo (vello corporal muy fino, que crece como aislante de la piel a causa de la ausencia de grasa), lento vaciado gástrico, sensación de plenitud tras la comida, hipotermia (temperatura corporal disminuida y sensación de frialdad

corporal), bradicardia (ritmo cardíaco lento), hipotensión, anemia, leucopenia (bajan las defensas), lo que conlleva un mayor riesgo de infecciones.

En consecuencia a las alteraciones psicológicas que conlleva la anorexia, se señalan las alteraciones del sueño, la depresión, ansiedad, nerviosismo, agobio, hiperactividad, dificultad de concentración, distorsiones cognitivas como pensamientos erróneos: pensamiento dicotómico de todo o nada, generalizaciones excesivas, magnificación de lo negativo, distorsión de la imagen corporal (las personas se ven gordas aún sin estarlo), obsesividad, compulsiones, rituales con la comida (trocearla en exceso, jugar con ella, comer muy lento, cocinar para otros y no comer, levantarse de la mesa con cualquier excusa), aislamiento social, problemas familiares... (Ruiz-Lázaro, 1991).

Para el diagnóstico de la anorexia nerviosa, el manual DSM-V (American Psychiatric Association, 2013) considera que se deben cumplir los siguientes criterios:

A. Restricción de la ingesta energética en relación con las necesidades, que conduce a un peso corporal significativamente bajo en relación a la edad, el sexo, el curso del desarrollo y la salud física. *Peso significativamente bajo* se define como un peso que es inferior al mínimo normal o, en niños y adolescentes, inferior al mínimo esperado.

B. Miedo intenso a ganar peso o a engordar, o comportamiento persistente que interfiere en el aumento de peso, incluso con un peso significativamente bajo.

C. Alteración en la forma en que uno mismo percibe su propio peso o constitución, influencia impropia del peso o la constitución corporal en la autoevaluación, o falta persistente de reconocimiento de la gravedad del peso corporal bajo actual.

Especificar si:

Tipo restrictivo: durante los últimos meses, el individuo no ha tenido episodios recurrentes de atracones o purgas (es decir, vómito autoprovocado o utilización incorrecta de laxantes, diuréticos o enemas). Este subtipo describe presentaciones en las que la pérdida de peso es debida sobre todo a la dieta, el ayuno y/o ejercicio excesivo.

Tipo con atracones/purgas: durante los últimos tres meses, el individuo ha tenido episodios recurrentes de atracones o purgas (es decir, vómito autoprovocado o utilización incorrecta de

laxantes, diuréticos o enemas).

Especificar si:

En remisión parcial: Después de haberse cumplido con anterioridad todos los criterios para la anorexia nerviosa, el criterio A (peso corporal bajo) no se ha cumplido durante un período continuado, pero todavía se cumple el criterio B (miedo intenso a aumentar de peso o a engordar, o comportamiento que interfiere en el aumento de peso) o el criterio C (alteración de la autopercepción del peso y la constitución).

En remisión total: Después de haberse cumplido con anterioridad todos los criterios para la anorexia nerviosa, no se ha cumplido ninguno de los criterios durante un periodo continuado.

Especificar la gravedad actual:

La gravedad mínima se basa, en los adultos, en el índice de masa corporal (IMC) actual o, en niños y adolescentes, en el percentil de IMC. Los límites siguientes derivan de las categorías de la Organización Mundial de la Salud para la delgadez en adultos; para niños y adolescentes, se utilizarán los percentiles del IMC correspondientes. La gravedad puede aumentar para reflejar los síntomas clínicos, el grado de discapacidad funcional y la necesidad de supervisión.

Leve:	Moderado:
IMC ≥ 17 kg/m ²	IMC 16-16,99 kg/m ²

3.2.2 Bulimia Nerviosa.

En otro orden de cosas, García-Camba (2002), define la bulimia nerviosa como la aparición de episodios recurrentes de voracidad seguidos por conductas compensatorias inapropiadas, como el vómito autoprovocado, el abuso de fármacos, laxantes y diuréticos, el ayuno o el ejercicio excesivo. Se desarrolla una alteración en la percepción de la forma y el peso corporales, y la persona desarrolla una preocupación persistente por el peso y la figura, de manera que el paciente se evalúa a sí mismo exclusivamente por su cuerpo. Existen algunos subtipos de bulimia nerviosa, y son la de tipo purgativo, y la de tipo no purgativo.

La bulimia nerviosa tiene algunas particularidades que la diferencian de la anorexia, y

es que este trastorno está caracterizado por episodios recurrentes de ingesta voraz durante los cuales el paciente pierde totalmente el control sobre sí mismo, y se conocen como episodios bulímicos. Dichos episodios suelen darse a partir de media tarde, y a grandes rasgos incluyen todo tipo de alimentos, incluidos los alimentos que la persona suele considerar “tabú” y se prohíbe a sí mismo en la dieta. Estas situaciones generan a posteriori sentimientos negativos, que incluyen desde autodesprecio hasta ánimo depresivo. A continuación la persona busca acciones que pueda llevar a cabo para contrarrestar el exceso de ingesta. Estas acciones son conocidas como mecanismos compensadores, y varían en los diferentes subtipos de bulimia.

En la bulimia de tipo purgativo el paciente recurre a vómitos autoinducidos y utiliza laxantes, diuréticos o enemas. En el tipo no purgativo la compensación se lleva a cabo por medio del ayuno y el ejercicio excesivo, pero no suele haber vómitos autoinducidos ni tampoco abuso de laxantes, diuréticos o enemas durante el episodio bulímico.

Según Ruiz-Lázaro (1991), algunas de las consecuencias físicas de la bulimia causadas por el vómito son alteraciones dentales (caries, erosión del esmalte) y de las encías, lesiones en la mano, erosiones en el dorso por vómitos autoprovocados al meterse los dedos (signo de Russell), hipertrofia de glándulas salivares parótidas, desgarró esofágico, hernias o úlceras de esófago, inflamación de la garganta, pérdida de electrolitos, hipokalemia o hipopotasemia: con calambres, alteraciones cardíacas; mareos y convulsiones. En cuanto a las consecuencias físicas causadas por el abuso de laxantes, se incluyen dolores abdominales, cólicos, intestino perezoso, estreñimiento, mala absorción de grasas, proteínas y calcio. Así como el abuso de diuréticos conlleva hipopotasemia (disminución del potasio), disminución de los reflejos, deshidratación y sed.

Asimismo, la bulimia puede desencadenar ciertas alteraciones psicológicas, como son baja autoestima, oscilaciones del humor y estado de ánimo, depresión, ideación autolítica (presencia persistente de pensamientos encaminados a cometer suicidio), falta de control de impulsos o impulsividad, promiscuidad, consumo de alcohol, otras adicciones, ludopatía, trastorno de la personalidad límite o *borderline*, así como problemas emocionales (Ruiz Lázaro, 1991).

Según el manual DSM-V (American Psychiatric Association, 2013, p.192-194), los criterios

para el diagnóstico de Bulimia Nerviosa son:

A. Episodios recurrentes de atracones. Un episodio de atracón se caracteriza por los dos hechos siguientes:

1. Ingestión, en un período determinado (p.ej., dentro de un período cualquiera de dos horas), de una cantidad de alimentos que es claramente superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en un período similar en circunstancias parecidas.
2. Sensación de falta de control sobre lo que se ingiere durante el episodio (p.ej., sensación de que no se puede dejar de comer o controlar lo que se ingiere o la cantidad de lo que se ingiere).

B. Comportamientos compensatorios inapropiados recurrentes para evitar el aumento de peso, como el vómito autoprovocado, el uso incorrecto de laxantes, diuréticos u otros medicamentos, el ayuno o el ejercicio excesivo.

C. Los atracones y los comportamientos compensatorios inapropiados se producen, de promedio, al menos una vez a la semana durante tres meses.

D. La autoevaluación se ve indebidamente influida por la constitución y el peso corporal.

E. La alteración no se produce exclusivamente durante los episodios de anorexia nerviosa.

Especificar si:

En remisión parcial: Después de haberse cumplido con anterioridad todos los criterios para la bulimia nerviosa, algunos pero no todos los criterios no se han cumplido durante un período continuado.

En remisión total: Después de haberse cumplido con anterioridad todos los criterios para la bulimia nerviosa, no se ha cumplido ninguno de los criterios durante un período continuado.

Especificar la gravedad actual:

La gravedad mínima se basa en la frecuencia de comportamientos compensatorios inapropiados.

La gravedad puede aumentar para reflejar otros síntomas y el grado de discapacidad funcional.

Leve: Un promedio de 1-3 episodios de comportamientos compensatorios inapropiados a la semana.

Moderado: Un promedio de 4-7 episodios de comportamientos compensatorios a la semana.

Grave: Un promedio de 8-13 episodios de comportamiento compensatorios inapropiados a la semana.

Extremo: Un promedio de 14 episodios de comportamientos compensatorios inapropiados a la semana.

3.2.3 TCA según el Género.

Con respecto al género, la trayectoria había demostrado que los TCA afectaban de una forma considerablemente mayor a mujeres que a hombres (Castellano et al., 2019; Wessberg y Quesnel 2004). De hecho, Weissberg y Quesnel (2004) afirmaban que las mujeres eran casi exclusivamente las únicas que padecían anorexia y bulimia, siendo mujeres el 90-95% de las personas afectadas. En su caso, Sepúlveda y Compte (2017), en base a la literatura científica, consideran que la prevalencia de riesgo de TCA oscila entre un 7,3 y un 18% en mujeres y entre un 0,9 y un 3% entre el género masculino, con una media del 11%. En concordancia, durante 15 años, el equipo de Raich (2008), estuvo estudiando las preocupaciones por la imagen corporal de los adolescentes, observando que el nivel de preocupación e insatisfacción corporal era considerablemente superior en las mujeres que en los hombres e iba unido a mayores esfuerzos para adelgazar por parte del género femenino. Realmente, se considera que la prevalencia de estos trastornos es de 9 casos femeninos por cada caso masculino. No obstante, hay que señalar que en las poblaciones de pacientes infantiles la prevalencia entre los sexos se iguala más, alcanzando los varones casi la tercera parte del total de pacientes (García-Camba, 2002).

Algunas explicaciones que pueden dar respuesta a esta situación son que la sociedad es más exigente con el estereotipo de figura corporal para las mujeres que para los hombres. Frecuentemente, estos requerimientos empujan a las mujeres a comportarse de manera extrema para encajar en un prototipo de cuerpo delgado, adoptando incluso conductas de riesgo para la salud, mientras que a grandes rasgos, se es más permisivo con el aspecto físico del género masculino (Hernández-Cortés y Londoño, 2013). También hay que tener en cuenta que en las mujeres los trastornos alimentarios se presentan particularmente en la pubertad, y a las adolescentes les resulta especialmente difícil aceptar los cambios físicos y el aumento de grasa

propio de la edad, porque sus cuerpos se desarrollan de manera contraria a las normas de belleza establecidas socioculturalmente y que son reproducidas y difundidas por los medios de comunicación (Wessberg y Quesnel 2004).

Sin embargo, en los últimos años, también ha aparecido evidencia de la tendencia masculina hacia los trastornos de la alimentación. En el caso de los hombres, las actividades obsesivas se inclinan más hacia la búsqueda de un ideal de cuerpo musculado y fibroso, que tratan de alcanzar con ejercicio físico excesivo, y va acompañado de hábitos alimentarios alterados y en algunos casos, consumo de sustancias como esteroides para aumentar el volumen de los músculos. El grado patológico de esta preocupación excesiva por la figura que busca una apariencia grande y/o musculada, se conoce como “dismorfia muscular” y según el DSM-V (American Psychiatric Association, 2013) se considera un subtipo del trastorno dismórfico corporal. Las conductas asociadas son: obsesión con el levantamiento de pesas, realización de dietas específicas para conseguir el objetivo corporal y ejecutar acciones como pesarse frecuentemente o mirarse en el espejo de forma constante aunque esto perjudique a su desarrollo personal y en presencia de malestar clínico significativo. Las investigaciones demuestran que en la actualidad, los varones diagnosticados de dismorfia muscular, se caracterizan por estar descontentos con su aspecto físico, pensar excesivamente en su musculatura, desarrollar una dependencia del ejercicio físico, pueden llegar a evitar lugares y/o personas a causa de su insatisfacción corporal, y/o presentar deterioro funcional. Además, todo parece indicar que las conductas y actitudes alimentarias alteradas en la dismorfia muscular son igual de severas que las que se presentan en la anorexia nerviosa (Raich et al., 2017; Sepúlveda y Compte, 2017).

3.2.4 Incidencia de TCA.

En cuanto a la incidencia de TCA, según comunicación mantenida personalmente con la asociación ACAB Catalunya (Associació contra l'Anorèxia i la Bulímia), actualmente los datos oficiales sobre prevalencia de TCA en España, son difusos y poco actualizados. A nivel oficial, los últimos datos que se encuentran, aparecen en la Guía de Práctica Clínica sobre Trastornos de la Conducta Alimentaria del Ministerio de Sanidad y Consumo (2009) en la que se presenta que los

denominados Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) clásicos –anorexia nerviosa, bulimia nerviosa y trastorno de la conducta alimentaria no especificado (TCANE)- se han convertido en un problema de salud prioritario que afecta de manera especial a la población más joven, al presentar unas tasas de incidencia que oscilan entre el 4% y el 6,4% de las chicas y entre el 0,3% y el 1% de los chicos, de edades comprendidas entre los 12 y los 21 años, siendo mucho más frecuentes en mujeres que en hombres (relación de 9:1), según se indica en la Guía de Práctica Clínica sobre Trastornos de la Conducta Alimentaria (2009) (Magán et al., 2011; Sánchez-Carracedo et al., 2017).

Si bien las tasas de prevalencia disponibles en la bibliografía científica muestran una gran variabilidad, debido en parte a las variaciones en los diseños de estudio, podemos considerar que en los últimos 50 años se ha observado un incremento progresivo de la prevalencia de TCA en las sociedades occidentales industrializadas (Raich et al., 2017), así como una incidencia creciente de los trastornos de la alimentación en edades tempranas. Asimismo, la prevalencia de TCA entre la población adolescente actualmente se considera que es del 4,5% (Samatán-Ruiz y Ruiz-Lázaro, 2021). Así, según datos de la Fundación Fita y de la Asociación española para el estudio de los trastornos alimentarios, alrededor de 400 000 personas en España padecen algún TCA, de los cuales 300 000 son jóvenes entre 12 y 24 años de edad, además en el 90% de los casos afectan a la población femenina (Gayá, 2019). Concretamente en la Comunidad Valenciana, Rojo et al. (2003) encontraron una prevalencia del 5,17% en mujeres de 12 a 18 años de edad. Y no solo eso, sino que algunos estudios han detectado que aproximadamente el 28% de las chicas y el 12% de los chicos en España practican conductas no saludables de control del peso (Raich, 2008; Sánchez-Carracedo et al., 2017).

3.2.5 Etiología de los TCA.

Con el fin de conocer más a fondo los TCA, es conveniente saber que la génesis de los TCA es multicausal (González, 2012; Maestri, 2018; March, 2006), por consiguiente, no es una empresa fácil definir cuáles son las causas concretas que empujan a cada individuo a desarrollar un trastorno de la alimentación (Carretero et al., 2009; Sepúlveda, 2017; Vandereycken

y Noordenbos, 2000). Sin embargo, diversos autores destacan ciertos factores de riesgo. Entendemos como factores de riesgo, aquellos que predisponen a desarrollar ciertas patologías, más aún cuando se conjugan varios de ellos. Pueden ser causales (variables) o fijos (invariables, no se pueden modificar, como el género).

Por tanto, de acuerdo con los postulados de diversos autores (Castellano et al., 2019; March, 2006; Penna-Tosso y Sánchez, 2009; Valles, 2013), entre los factores de riesgo con mayor apoyo empírico, destacan los siguientes:

Tabla 4

Factores de Riesgo de TCA

Factores socioculturales	Dieta restrictiva para la pérdida de peso
	Actitudes hacia la imagen corporal
	Preocupación excesiva por el peso
	Presión sociocultural para estar delgado/a
	Padecer burlas sobre el peso o el aspecto físico por parte de los pares y familia
	Ideal de belleza, cánones de belleza
	Exposición a los medios de comunicación
	Ejercicio físico
	Presión percibida para adelgazar
	Uso de sustancias
Factores biológicos	Predisposición genética
	Presencia de psicopatología previa
	Desnutrición
	La pubertad
	Sobrepeso y obesidad
Factores psicológicos	Autoestima
	Insatisfacción corporal
	Interiorización del ideal de delgadez
	Interiorización del ideal de belleza
	Competencias sociales
	Competencias emocionales
Ciertos rasgos de personalidad	

Factores psicológicos	Afecto negativo
	Ciertas situaciones familiares: padres divorciados, muerte de un progenitor, madre soltera, familia monoparental...
	Falta de comunicación en la familia
	Preocupación excesiva de los padres por el cuerpo
	Mala gestión de conflictos familiares
	Sobreprotección por parte de los padres
Factores familiares	Pérdida de hábitos alimentarios en el medio familiar
	Adquisición de malos hábitos, como que el adolescente coma sin compañía
	Percepción de un funcionamiento familiar disfuncional
	Ejecución de bromas o comentarios por parte de la familia acerca del peso o aspecto físico
	Antecedentes de TCA en la familia
	Otras condiciones en el individuo o en los familiares tales como abuso sexual

Nota. Elaboración propia

· **Factores socioculturales**, como el imperativo de la delgadez extendido en los países desarrollados donde la delgadez se entiende como un sinónimo de éxito social y personal. También los hábitos de vida que incluyen sedentarismo y mala alimentación, propician los casos de obesidad y sobrepeso, factor que a su vez, puede ser causante de un TCA. La normatividad de los roles de género, experiencias de abuso sexual, la difusión de modelos corporales y comportamentales a través de los medios de comunicación, etc.

- Dieta restrictiva para la pérdida de peso sin supervisión profesional: En la búsqueda de la delgadez, se ha extendido la realización de dietas como una conducta frecuente para la pérdida de peso, pero es conveniente resaltar que diversos estudios consideran las dietas para pérdida de peso, como uno de los principales factores de riesgo de TCA, máxime cuando la persona presenta elevados niveles de insatisfacción corporal. Siendo origen de algunos trastornos alimentarios y de los problemas de salud asociados, tales como obesidad y sobrepeso, puesto que generalmente predispone a las personas a fracasar en su intento de regular su alimentación y cuidar su salud. Por tanto, diversos autores afirman que la dieta para pérdida de peso, es una condición necesaria pero no suficiente, ya que son necesarias otras variables, como las

personales o familiares, la baja autoestima, un estado de ánimo depresivo... (Calcedo, 2016; Carretero, 2017; López-Guimerà y Sánchez-Carracedo, 2010; Maganto, 2011; Marmo, 2014; Sepúlveda y Compte, 2017; Rojo, et al., 2006; Ruiz-Lázaro, Velilla y González, 2017; Valles, 2013). En este sentido las cifras hablan por sí solas: el 60% de menores de 18 años ha llevado a cabo una dieta adelgazante alguna vez (Carretero, 2017).

- Actitudes hacia la imagen corporal: sostener actitudes negativas hacia el sobrepeso y la obesidad, puede derivar en una preocupación excesiva por el peso y/o la imagen corporal propia (Gascó y Rodríguez, 2017). En consonancia, una mayor discrepancia negativa entre la imagen corporal y la imagen ideal, actuaría como factor de riesgo de TCA, así como el deseo de tener un cuerpo ideal más delgado que el real (Trujano et al., 2010).

- Preocupación excesiva por el peso (Carretero, 2017; López-Guimerà y Sánchez-Carracedo, 2010; Ruiz-Lázaro, Velilla y González, 2017; Rojo et al., 2006).

- Presión sociocultural para estar delgado/a (López-Guimerà y Sánchez-Carracedo, 2010).

- Padecer burlas sobre el peso o el aspecto físico por parte de los pares y familia: Las burlas pueden desencadenar en compulsión alimentaria, empleo de comportamientos inadecuados para controlar el peso y dietas restrictivas y otras conductas extremas para la pérdida de peso (López-Guimerà y Sánchez-Carracedo, 2010; Marmo, 2014).

- Ideal de belleza, cánones de belleza: El ideal de belleza actual que impera en las sociedades occidentales, ocupa un lugar nada despreciable en el origen de los TCA. No olvidemos que el ideal de belleza actual idolatra la delgadez extrema, de forma que puede desencadenar un impacto psicológico negativo en los individuos, como aumento de la insatisfacción corporal. A su vez, la insatisfacción corporal, se relaciona con el inicio de dietas restrictivas sin control profesional, que pueden degenerar en la aparición de TCA (Carretero, 2017; Castellano et al., 2019).

- Exposición a los medios de comunicación: Las influencias que llegan a través de la exposición a los medios de comunicación impactan en la insatisfacción corporal de las personas, ya sea a través de la publicidad, revistas, redes sociales... y de forma singular en los adolescentes (López-Guimerà y Sánchez-Carracedo, 2010; Rojo et al., 2006; Ruiz-Lázaro, Velilla y González,

2017). Esta influencia viene causada por la comparación del propio cuerpo con las imágenes de cuerpos perfectos y delgados tan presentes en la publicidad y medios de comunicación (Castellano et al., 2019). En la misma línea, también Sepúlveda y Compte (2017), consideran que los medios de comunicación ejercen presión hacia la delgadez, que conlleva insatisfacción corporal y práctica de dietas restrictivas. Tanto es así, que alrededor del 65% de las adolescentes afirma que las revistas influyen en su idea de figura corporal ideal, y un 50% anhelan adelgazar debido al hecho de compararse con las modelos (Carretero, 2017).

El trabajo de Stice et al. (1994) estudió la asociación entre la exposición a un tipo específico de revistas (aquellas que presentan el ideal de delgadez) y el desarrollo de conductas alimentarias patológicas y confirmó la relación entre la exposición a este tipo de contenidos y la presencia de síntomas bulímicos entre las mujeres universitarias. En esta línea, Botta (2003) observó que la lectura de revistas de salud y estar en forma se vinculaban al impulso hacia la delgadez y el incremento de restricción alimentaria o episodios de sobreingestas; y que las revistas de moda se asociaban al incremento de episodios de sobreingestas y conductas compensatorias entre universitarias. La lectura de revistas de deportes (también las de moda) entre los varones estaba unida a un mayor deseo de obtener musculatura. Thomsen et al. (2002) estudiaron en otra muestra de universitarios la relación entre la lectura de revistas de belleza y moda y el uso de comportamientos restrictivos patológicos (uso de laxantes, supresores del apetito-píldoras, saltarse dos comidas al día, intención de vómito, restricción de al menos 1.200 calorías) [...] Concluyeron que una mayor exposición a los medios, especialmente medios que promueven la delgadez, predecía alteraciones alimentarias entre las mujeres; y en los hombres, las actitudes a favor de la delgadez y la dieta. (Sepúlveda y Compte, 2017, p.539-540)

- Ejercicio físico: El ejercicio físico, cuando es excesivo o está centrado en el máximo rendimiento deportivo puede ser factor de riesgo, especialmente en ciertos deportes donde se expone mucho el cuerpo, tales como ballet, gimnasia rítmica o artística, etc. Aunque el deporte también podría actuar como factor protector (Gómez et al., 2017).

- Presión percibida para adelgazar (Rojo, et al., 2006; Ruiz-Lázaro, Velilla y González, 2017).

-Uso de sustancias (Rojo, et al., 2006; Ruiz-Lázaro, Velilla y González, 2017).

· **Factores biológicos** como pueden ser una predisposición genética, presencia de psicopatología previa o su desarrollo como efecto secundario de la desnutrición. También la pubertad, que conlleva múltiples cambios físicos y psíquicos está considerada como la etapa de mayor riesgo para desarrollar estos trastornos. Entre otras cosas, porque el aumento de la adiposidad producida en la pubertad aleja a las chicas del ideal de delgadez y puede contribuir a disminuir la satisfacción corporal (Castellano et al., 2019).

- De igual forma, el sobrepeso y la obesidad se consideran factores de riesgo de TCA, (Castellano et al., 2019; López-Guimerà y Sánchez-Carracedo, 2010; Ruiz-Lázaro, Velilla y González, 2017; Rojo et al., 2006), sobre todo si se da en la adolescencia (Marmo, 2014). También el IMC alto es un factor de riesgo ya que puede predisponer a la insatisfacción corporal en ambos sexos. En cuanto a los varones, un bajo peso también podría suponer insatisfacción corporal, mientras que en las mujeres sería al contrario, el aumento de masa corporal se relaciona con la insatisfacción corporal (Castellano et al., 2019).

Lo mismo corroboran Gómez et al., (2017) que afirman que un alto porcentaje de los pacientes que presentan bulimia o trastorno por atracones, tuvieron sobrepeso en la infancia. En la misma línea, los autores demuestran que aproximadamente un 21% de chicas adolescentes con sobrepeso y la mitad de los chicos con sobrepeso reconocen darse atracones, y casi un 18% de chicas con sobrepeso y un 6% de chicos confesaban recurrir a conductas de riesgo para adelgazar, como provocarse el vómito y tomar laxantes, diuréticos o píldoras adelgazantes (Gómez et al., 2017).

La estrecha relación entre obesidad/sobrepeso y TCA, se podría explicar porque los sujetos con sobrepeso a menudo acostumbran a ser foco de burlas y a recibir comentarios sobre su peso, que junto con la presión que sienten por adelgazar, pueden conducir a un trastorno alimentario o a desarrollar conductas poco saludables para adelgazar.

De forma similar, en un estudio realizado por Castellano et al., (2019), en el que se analizó

la relación entre la obesidad y el sobrepeso con TCA, los resultados revelaron que había un mayor porcentaje de adolescentes con sobrepeso u obesidad entre aquellos diagnosticados con TCA en comparación con los participantes sin ellos. Resultados que concuerdan con los obtenidos por otros investigadores (Irving y Neumark-Sztainer, 2002; Spear, 2006; Villarejo et al., 2012), quienes encontraron prevalencia de TCA en sobrepeso y obesidad.

· **Factores psicológicos**, como el perfeccionismo en exceso, la impulsividad, la insatisfacción corporal, la falta de asertividad, la baja autoestima, un alto nivel de autoexigencia...

- Perfeccionismo: La conducta perfeccionista no es cuestión baladí, numerosos autores sostienen que es uno de los factores de riesgo más importantes, puesto que el perfeccionismo contribuye a que el individuo se sienta frecuentemente inconforme con sus dimensiones corporales (García-Dantas y Del Río, 2017). De esta forma, el perfeccionismo es uno de los mecanismos que mantienen la patología de los TCA (Carretero, 2017; Gascó y Rodríguez, 2017; López-Guimerà y Sánchez-Carracedo, 2010).

- Autoestima: Existe un amplio cuerpo de evidencia que establece que la baja autoestima ha sido relacionada en cuantiosas ocasiones con los trastornos alimentarios (Carretero, 2017; López-Guimerà y Sánchez-Carracedo, 2010; Marmo, 2014; Trujano et al., 2010). De hecho, así lo demuestran los resultados obtenidos Button et al., (1996), que mostraron que la baja autoestima en niñas de 11 y 12 años predecía actitudes alimentarias alteradas cuando cumplían los 15 y 16 años de edad (Gascó y Rodríguez, 2017).

- Insatisfacción corporal: El peligro en cuanto a la insatisfacción corporal radica en que esta, genera la necesidad de modificar el propio cuerpo, y maximiza la exigencia de perder peso. Podríamos decir que la insatisfacción corporal está ligada a la imagen corporal, que es el retrato que formamos de nuestro cuerpo en nuestra mente. Es decir, la manera en la que percibimos la imagen de nuestro cuerpo. Si esta imagen corporal que nos hemos formado, es negativa, creará malestar psicológico en el individuo, dando paso a la insatisfacción corporal. Tal es la magnitud que ha alcanzado la insatisfacción corporal en nuestra sociedad, que en España se ha percibido un aumento de centros de cirugía estética, siendo el país con mayor número de intervenciones de cirugía estética de Europa; también se hace notoria la proliferación en el seguimiento de dietas

restrictivas en todas las edades; un predominio superior de trastornos depresivos y consultas por autoimagen negativa y autoestima baja y un aumento de los usuarios de asociaciones contra los TCA. (Carretero, 2017). Por tales razones, se estima que la insatisfacción corporal es uno de los factores de riesgo de más peso para el desarrollo de un TCA, y al mismo tiempo es uno de los criterios clínicos diagnósticos de la patología (Marmo, 2014; Ruiz-Lázaro, Velilla y González, 2017; Rojo et al., 2006; Sepúlveda y Compte, 2017).

- Interiorización del ideal de delgadez: Los estudios longitudinales muestran que la interiorización del ideal de delgadez, es predictor de riesgo de iniciar un TCA (López-Guimerà y Sánchez-Carracedo, 2010; Rojo et al, 2006; Ruiz-Lázaro, Velilla y González, 2017).

- Interiorización del ideal de belleza: En la actualidad la belleza se relaciona directamente con la delgadez, por lo que, puede conllevar problemas alimentarios en la búsqueda constante de alcanzar los cánones de belleza de la sociedad (Carretero, 2017)

- Competencias sociales: Los problemas a la hora de desenvolverse e interactuar en el ámbito social y personal de forma satisfactoria, pueden contribuir al empeoramiento y la cronicidad de los TCA (Carretero et al., 2009). En el lado opuesto, el apoyo social contribuye al aumento de la autoestima, puede mejorar las habilidades sociales y la salud psicológica, y de manera indirecta, reducir las posibilidades de desarrollar un TCA (Gascó y Rodríguez, 2017).

- Competencias emocionales: Por ejemplo, el apego seguro en la infancia se traduce en una mejor gestión emocional, mejor manejo de impulsos, mayor autoestima y mayores competencias sociales, factores que a su vez están estrechamente relacionados con el desarrollo de TCA. Así lo demostraron Sharpe et al. (1998) en un estudio con una muestra de edades entre 9 a 12 años, donde se hizo presente que los niños/as con un apego inseguro mostraron mayor preocupación por el peso, lo cual podría explicarse por una baja autoestima, mala gestión de las emociones, etc. (Gascó y Rodríguez, 2017).

- Ciertos rasgos de personalidad: como la dificultad para expresar sentimientos, la evasión de los conflictos, la necesidad de aprobación, un patrón de pensamiento rígido con gran interés puesto en el deber ser; la sensación de ausencia de autocontrol que se compensa en la búsqueda de control sobre la conducta alimentaria y la resolución de la identidad (Marmo, 2014).

- El afecto negativo (López-Guimerà y Sánchez-Carracedo, 2010; Rojo et. al, 2006; Ruiz-Lázaro, Velilla y González, 2017).

· Factores familiares en los que se incluyen ciertas situaciones familiares, tales como separaciones de los padres, divorcios, muerte de un progenitor, madre soltera, familia monoparental... También la falta de comunicación en la familia, la preocupación excesiva de los padres por el cuerpo, la mala gestión de conflictos familiares, la sobreprotección por parte de los padres, la pérdida de hábitos alimentarios en el medio familiar, o adquisición de malos hábitos, como que el adolescente coma sin compañía, percepción de un funcionamiento familiar disfuncional, ejecución de bromas o comentarios por parte de la familia acerca del peso o aspecto físico. Así como los antecedentes de TCA en la familia, se asocian firmemente con el inicio de TCA (Marmo, 2014; Rojo et al, 2006; Ruiz-Lázaro, Velilla y González, 2017).

Además, se consideran factores de riesgo si se dan a cabo estas condiciones, en el individuo o en los familiares: abuso sexual o físico, secuestro, amenazas, extorsión o desplazamientos forzados por causas violentas a las familias, consumo de sustancias, conductas de daño deliberado, autoinflingido, enfermedades, trastornos obsesivos compulsivos, cambio demográfico, trastornos afectivos, etc. (Marmo, 2014; Rojo, et al., 2006; Ruiz-Lázaro, Velilla y González, 2017).

En consonancia, podríamos afirmar que la influencia de los padres sobre los hijos, puede actuar tanto como factor de riesgo o de protección, dependiendo de la manera en que se actúe en relación a la aceptación del cuerpo (Marmo, 2014).

La familia puede ser factor protector si actúa reduciendo el impacto del culto a la delgadez como medio de éxito social y amortiguando los efectos de las conductas inapropiadas llevadas a cabo por los hijos en relación a la ingesta. También el grado de cohesión familiar es una variable a considerar, ya que las familias que presentan alta cohesión, entendida como apoyo y cercanía emocional, demuestran un riesgo menor de padecer TCA (Marmo, 2014). En este sentido, el tipo de comunicación entre padres e hijos influye a la hora de padecer TCA, ya que los adolescentes que perciben que sus padres se preocupan y están dispuestos a hablar sobre cualquier asunto, corren un riesgo menor de desarrollar estos desórdenes (Gómez et al., 2017).

Asimismo, la familia se puede considerar factor de riesgo, cuando los padres ejercen demasiado control sobre la alimentación de sus hijos, que junto con la presión de padres y amigos para ser delgados, puede desencadenar una imagen corporal negativa. También la ausencia de comidas familiares o la ejecución de burlas, críticas y comentarios negativos sobre el peso o aspecto físico por parte de los familiares puede conducir a la aparición de un desorden alimenticio (Gómez et al., 2017; Marmo, 2014).

De igual forma, las familias en las que un miembro sufre bulimia, se caracterizan por estar menos cohesionadas, ser más conflictivas, menos apoyadoras, más vulnerables y menos expresivas que el resto de familias, por lo tanto, podemos considerar estas características familiares como un factor de riesgo de bulimia. No es así en las familias donde un miembro padece anorexia, que se caracterizan más bien por la evitación de conflictos, que trae como consecuencia, un aumento en la intensidad, peligrosidad y mantenimiento de la enfermedad, a la vez que normaliza la situación, creando una falta de conciencia en el adolescente, puesto que este tipo de familias niegan la existencia de problemas y buscan parecer una familia ideal (Marmo, 2014).

Es importante discernir que los factores de riesgo también se pueden clasificar en factores predisponentes (como el sobrepeso, la baja autoestima, inseguridad e introversión, obesidad y perfeccionismo, los prejuicios sociales respecto a la obesidad, malos hábitos alimenticios en la familia, la presión familiar por la figura...), los que desencadenan o precipitantes (comentarios negativos sobre la figura, la insatisfacción general con uno mismo, el estrés, los conflictos familiares y los fracasos amorosos, entre otros) y los que intervienen en el mantenimiento de los TCA, conocidos como perpetuantes (tales como una alimentación incorrecta que genera desnutrición y refuerza la imagen corporal negativa, fluctuación de los estados del ánimo, ansiedad, depresión, irascibilidad, etc.) (Hernández-Cortés y Londoño, 2013; Maestri, 2018).

3.2.6 Estudios sobre Factores de Riesgo de TCA.

A continuación, se detalla una compilación de estudios desarrollados por expertos durante los últimos años que muestran la consistencia de estos factores de riesgo de TCA:

Carretero et al., realizaron en 2009 un estudio que pretendía esclarecer la relevancia de factores de riesgo en pacientes con Trastorno de la Conducta Alimentaria (TCA) en función de la categoría diagnóstica. Para ello, se sirvieron de los siguientes instrumentos psicométricos:

- Bulimic Investigatory Test Edinburgh (BITE; Henderson, Freeman, 1987 (Adaptación de Ribas, Jiménez y Bersabé, 2004).

- El Índice de Masa Corporal (IMC) se obtiene a partir del cálculo $IMC = Kg/m^2$, según Índice de Quetelet (Beumont, Al-Alami, Touyz, 1988).

- Body Shape Questionnaire (BSQ; Cooper, Taylor, Cooper y Fairburn, 1987 / Adaptación de Raich, Mora, Soler, Ávila, Clos y Zapater, 1996).

- Eating Disorder Inventory (EDI-2; Garner, 1991 / Adaptación de Corral, González, Pereña y Seisdedos, 1998).

Concluyeron que el antecedente de obesidad es un factor de riesgo de consistencia. Así como se presentan dificultades en la imagen corporal, el funcionamiento psicosocial y características de personalidad.

De igual forma, un estudio realizado por Pascual et al., (2011), donde se analizaron ciertas variables emocionales, como ansiedad-rasgo, dificultad para identificar y expresar las emociones (alexitimia), autoestima, actitud negativa hacia la expresión emocional, percepción negativa de las emociones, influencia de la alimentación, el peso y la figura corporal en el estado de ánimo, necesidad de control y estrategias de afrontamiento; con el objetivo de determinar si se podían considerar factores de riesgo de los TCA.

Los instrumentos empleados en este estudio para evaluar las variables se encuentran detallados a continuación:

- Escala de Ansiedad-Rasgo del Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo (Spielberger, Gorsuch y Lushene, 1970; versión española, TEA, 1994).

- Escala de Alexitimia de Toronto (TAS-20; Bagby, Parker y Taylor, 1994; versión española de Martínez-Sánchez, 1996). Se aplicó una versión abreviada (de 12 ítems) de esta escala.

- Escala de Creencias Negativas sobre uno Mismo del Eating Disorder Belief Questionnaire (Cooper, Cohen-Tovée, Todd, Wells y Tovée, 1997).

- Escala de Actitudes hacia la Expresión Emocional (Joseph, Williams, Irwing y Cammock, 1994).
- Escala de Percepción de las Emociones. Esta escala se creó ad hoc.
- Escala sobre la Influencia de la Alimentación, el Peso y la Figura Corporal en el Estado de Ánimo. Esta escala se diseñó ad hoc.
- Escala de Necesidad de Control. Esta escala se creó ad hoc.
- Responses to Stress Questionnaire (Connor-Smith et al., 2000). Se aplicó una versión abreviada de este cuestionario.

Según los datos recogidos, los autores concluyeron que, efectivamente, las variables analizadas (ansiedad-rasgo, dificultad para identificar y expresar las emociones, baja autoestima, actitud negativa hacia la expresión emocional, percepción negativa de las emociones, influencia de la alimentación, peso y figura corporal en el estado de ánimo, necesidad de control y determinadas formas de regular las emociones) eran factores de riesgo de los TCA.

En la misma línea, Ruiz-Martínez et al. (2010), analizaron aspectos del funcionamiento familiar con el fin de explicar su influencia como factores de riesgo y de protección de los TCA.

Se partía de la idea de que la familia puede actuar como un factor de riesgo, como un factor mantenedor o como un factor protector, ya que puede transmitir habilidades para contrarrestar ciertos factores de riesgo.

Los autores determinaron que las familias afectadas por TCA comparten ciertas características, como menor cohesión, flexibilidad, expresión emocional y comunicación, mientras que muestran índices más altos de rechazo. Así como ambientes familiares que no favorecen un desarrollo óptimo. A este respecto, encontramos que la expresión emocional es uno de los factores más importantes, pues al no compartir emociones dentro de la familia, se descuidan necesidades básicas de aceptación y afecto (Ruiz-Martínez et al., 2010).

Los instrumentos empleados en este estudio fueron:

- Test de actitudes alimentarias (EAT-40) de Garner y Garfinkel (1979).
- Cuestionario de Bulimia (BULIT) de Smith y Telen (1984).
- Entrevista para el Diagnóstico de Trastorno Alimentario (IDED) / Interview for the

Diagnosis of Eating Disorders de Kustlesic Williamson, Gleaves, Barbin y Murphy-Eberenz (1998).

- Escala de Clima Social en la Familia (FES) de Moos y Moos (1980), validado en España por Seisdedos, Cruz y Cordero (1984).

De forma similar se realizó una investigación para comprobar si la composición corporal, la insatisfacción corporal y el modelo de delgadez, son factores de riesgo de TCA. La muestra estaba formada por 289 mujeres, todas ellas estudiantes universitarias.

Se concluyó que la composición corporal, es un factor de riesgo de anorexia nerviosa, mientras que la combinación entre insatisfacción corporal, influencia de la publicidad e índice de masa corporal predice el riesgo de bulimia nerviosa. De igual forma, se determinó que la insatisfacción corporal juega un papel relevante en la predicción de riesgo de TCA, tanto de anorexia como de bulimia. También que la combinación entre influencia de la publicidad y del IMC son un factor riesgo de bulimia nerviosa (Franco et al., 2013).

Los instrumentos empleados en este estudio fueron:

- El Cuestionario de Actitudes Alimentarias
- El Cuestionario de Bulimia de Edimburgo
- El Cuestionario de Influencias del Modelo Estético Corporal

Por su parte, Hernández-Cortés y Londoño, llevaron a cabo en 2013 un estudio descriptivo correlacional para determinar la relación entre estilo de afrontamiento, historia psiquiátrica familiar, salud percibida, IMC, género, percepción de la figura y depresión y el riesgo de desarrollar un TCA.

Los resultados mostraron que efectivamente, la interacción de antecedentes psicológicos familiares, género, deseo de disminución del peso, satisfacción con la imagen corporal, estilo de afrontamiento evitativo y depresión, predicen el riesgo de padecer un TCA (Hernández-Cortés y Londoño, 2013). Consecuentemente los podemos considerar factores de riesgo.

Los instrumentos utilizados en este estudio fueron los siguientes:

- Ficha de Registro de Información General: incluyó los datos relativos a la edad, sexo, peso y talla; así como preguntas de salud percibida respecto a la calidad, a la atribución de diagnóstico y a experiencia de síntomas o dolencias actuales y reporte sobre la historia psiquiátrica familiar.

- Registro de percepción de la figura. Validado para población de habla hispana por Lee (2005).
- Escala Abreviada de las actitudes alimentarias EAT -26-M. (Garner, Olmsted, Bohr, y Garfinkel, 1982)
- El Cuestionario de formas de afrontamiento de Folkman y Lazarus (1986)
- Inventario de Depresión de Beck (1979)
- La Prueba de optimismo disposicional. (Desarrollada por Londoño, Hernández, Alejo, y Pulido en 2013)

Por tanto, estos son los estudios más relevantes que han servido de pilar a la hora de determinar los factores de riesgo de TCA que se han incluido en nuestra intervención y se recogen en la tabla 5.

Tabla 5

Principales Estudios sobre los Factores de Riesgo de los TCA en los últimos años

Carretero, Sánchez, Rusiñol, Raich y Sánchez-Carracedo (2009)
Pascual, Etxebarria, y Echeburúa (2011)
Ruiz-Martínez, Vázquez-Arévalo, Mancilla-Díaz, López-Aguilar, Álvarez-Rayón y Tena-Suck (2010)
Franco, Díaz, López-Espinoza, Escoto, y Camacho (2013)
Hernández-Cortés y Londoño (2013)

Nota. Elaboración propia

3.2.7 Factores de Protección de TCA.

Por otro lado, los factores protectores de los TCA, son aquellos que disminuyen la probabilidad de desarrollar estas patologías alimentarias (Sepúlveda, 2017) y aunque la literatura disponible no es del todo concisa en este sentido, lo que sí se conoce es que algunos factores protectores de TCA son:

- A nivel individual, tener alta autoestima, una imagen corporal positiva, el trabajo en habilidades sociales, buena gestión de las emociones y resolución de problemas, por ejemplo ser asertivo, tener destrezas para hacer frente a la presión social, como afrontar correctamente situaciones estresantes, tener una buena actuación en múltiples roles (por ejemplo en la escuela, en la familia, en el grupo de amigos...), y predisposición genética a ser delgado.

- A nivel familiar, crecer en una familia donde no se sobrevalore ni se hagan comentarios al respecto del peso y la belleza, y tener una relación cercana con los padres.

- A nivel sociocultural pueden ser la aceptación social de la diversidad corporal, participar en deportes que animan al reconocimiento por su actuación en lugar de por su atractivo físico, tener relaciones cercanas con amigos o parejas que no están preocupados por el peso y tener o percibir apoyo social... (Carretero, 2017; López-Guimerà y Sánchez-Carracedo, 2010; Trujano et al., 2010).

3.2.8 Adolescencia y TCA.

Aunque la adolescencia es una etapa en la que, por regla general, se suele gozar de buena salud, no podemos menospreciar los TCA en la adolescencia, ya que los expertos advierten que las edades más vulnerables se corresponden con las etapas de la adolescencia y juventud (Hernández-Cortés y Londoño, 2013; Valles, 2013; Vega, 2004). Así pues, la OMS coloca los TCA entre las enfermedades mentales prioritarias para niños y adolescentes dado el riesgo para la salud que conllevan (Carolina y Janet, 2011). Según Weissberg y Quesnel (2004) los trastornos alimentarios se inician o presentan principalmente en adolescentes y púberes, siendo las edades de aparición de los 12 hasta los 25 años, aunque la frecuencia aumenta entre los 12 y los 17 años de edad. Por demás, cada vez emergen a edades más tempranas (Raich et al., 2017).

Un factor que intensifica la vulnerabilidad de los adolescentes en este aspecto, es la vasta presencia de cambios en esta etapa de la vida: cambios fisiológicos, psicológicos, emocionales y de redefinición del papel social, que suelen ir acompañados de preocupación por la imagen corporal (Calcedo, 2016; Castellano et al., 2019).

En la misma línea, según los postulados de Valles (2013), los TCA se desarrollan

generalmente en la adolescencia y suelen estar relacionados con la dificultad de resolver conflictos característicos del crecimiento. Los adolescentes comúnmente se sienten presionados para encajar en los roles impuestos por una sociedad muy exigente con el ideal de belleza en el que prima la extrema delgadez, y donde la preocupación por el cuerpo se contagia a los adolescentes a través de los medios de comunicación, que exhiben constantemente ejemplos corporales muy delgados.

A todo esto, se añade la problemática de que los TCA son una de las principales causas de morbilidad y mortalidad entre los adolescentes (Valles, 2013), ya que son alteraciones en las que son corrientes la cronicidad y las recaídas, presentan una elevada comorbilidad con otras alteraciones (Magán et al., 2011), como depresión, ansiedad, abuso de sustancias, problemas de salud y obesidad, y están asociadas a un alto riesgo de suicidio. De hecho, hoy en día los TCA constituyen la tercera enfermedad crónica que más afecta a la población femenina adolescente por detrás del asma y la obesidad (Carolina y Janet, 2011; Raich et al., 2017). Además, considerando las formas clínicas y subclínicas, en España la tasa de morbilidad oscila entre un 3,3% y 5,56% en adolescentes de 12 a 20 años (Raich, 2008).

Entre los factores de riesgo asociados a los TCA en adolescentes, hay algunas claves que explican por qué les convierten en un público tan vulnerable (Hernández-Cortés y Londoño, 2013; Maestri, 2018; Portella de Santana et al., 2012):

- Pubertad: Los cambios asociados a esta etapa de la vida están influidos por la actividad hormonal, que interviene tanto en los cambios físicos, entre los que podemos destacar el aumento de grasa y ensanchamiento de caderas en las niñas, y que puede favorecer la insatisfacción corporal; así como también influye en las conductas alimentarias, la ansiedad, las alteraciones psicológicas y de comportamiento.

- Obesidad y sobrepeso: En los adolescentes la obesidad y el sobrepeso pueden ser responsables de empujar a TCA, pues aúnan sentimientos de insatisfacción corporal y conductas de riesgo para bajar de peso, así como convierten al individuo en blanco de comentarios y burlas.

- La presión sociocultural para estar delgados que ejercen los medios de comunicación, la publicidad y las relaciones interpersonales (familia y amigos) y que estigmatizan el sobrepeso,

influyen especialmente a los adolescentes, etapa en la que es común el estilo de vida centrado en la imagen y la figura.

- Uso de dietas restrictivas: Es una manera inadecuada de controlar el peso, pero está muy aceptada culturalmente y es muy común entre adolescentes.

- Insatisfacción corporal: En cuanto a la adolescencia, cabe resaltar que la insatisfacción corporal se hace todavía más presente en esta etapa, y comúnmente se entra en conflicto con el ideal de belleza, puesto que el cuerpo sufre cambios a causa de la pubertad y el crecimiento. Tanto es así que de acuerdo con varios autores, en España un 65% de los jóvenes de ambos sexos, sienten insatisfacción corporal (Carretero, 2017; Raich et al., 2017). “Aproximadamente el 50% se identifica idealmente con un patrón estético más delgado y estilizado que el suyo y expresa disconformidad con su imagen y rechazo total o parcial de su cuerpo” (Carretero, 2017, p.701).

- Interiorización del ideal de delgadez y baja autoestima: Están estrechamente relacionadas entre ellas, y la adolescencia, por los cambios físicos, psicológicos y hormonales que conlleva, la búsqueda de identidad, el intentar alcanzar los cánones de belleza y la comparación social, es una etapa de gran vulnerabilidad en la que pueden darse estas circunstancias. A grandes rasgos, promueven conductas alimentarias inadecuadas para controlar el peso.

- Otros aspectos que convierten la adolescencia en el caldo de cultivo perfecto para el desarrollo de TCA, son la práctica de algunos deportes donde se ensalza la delgadez, como danza, gimnasia, algunos deportes de élite y algunas profesiones como modelaje. Así como situaciones concretas pueden predisponer a los adolescentes: bullying, insultos y desprecio sobre el cuerpo, muerte de un progenitor y situaciones traumáticas como el abuso sexual y el maltrato infantil.

3.3 Obesidad

En otro orden de cosas, vamos a hacer referencia a la obesidad, enfermedad que en los últimos años ha alcanzado cifras alarmantes (Magán et al., 2011; Lima-Serrano, et al. 2012) y que el DSM-V (American Psychiatric Association, 2013) no incluye como trastorno mental. De acuerdo

a la Organización Mundial de la Salud, la obesidad es una enfermedad crónica, caracterizada por el aumento de la grasa corporal, asociada a mayor riesgo para la salud y que se manifiesta por un exceso de peso y volumen corporales (Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre la Prevención y el Tratamiento de la Obesidad Infantojuvenil, 2009; Moreno, 2012). En la misma línea, algunos expertos definen la obesidad como el resultado, a largo plazo del exceso continuado de ingesta de energía en relación con la energía gastada a largo plazo, es decir es un desequilibrio energético entre las calorías consumidas y las calorías gastadas, en el que la balanza se inclina hacia el lado de las calorías ingeridas (Calcedo 2016; Ingelmo, 2014). Otros autores matizan que la obesidad no es exactamente exceso de peso, sino que es adiposidad, cantidad desproporcionada de tejido graso en el cuerpo, que se produce como consecuencia de una ingesta de energía más alta de la que el organismo usa para funcionar correctamente, a través de grasas, hidratos de carbono, proteínas y/o alcohol (Mataix, 2005).

Para medir la obesidad del individuo, se emplea un sistema estándar, conocido como el Índice de Masa Corporal (en adelante IMC), y de acuerdo con la OMS, hace referencia al peso del individuo medido en kilogramos, dividido por la altura en metros elevada al cuadrado (kg/m^2). De esta forma, si el IMC está por encima de $25 \text{ kg}/\text{m}^2$, se considera que la persona sufre sobrepeso, y si el IMC es superior a $30 \text{ kg}/\text{m}^2$, se considera que padece obesidad (Acosta-Hernández et al., 2013).

En general, las causas que han llevado a este aumento en la incidencia de casos de obesidad en el mundo, han sido sociales: la abundancia derivada de la industrialización la podríamos colocar en la base de la pirámide, que ha conducido a un cambio en los patrones de alimentación de los seres humanos que se identifica por el aumento de la ingesta y la disponibilidad de alimentos hipercalóricos ricos en grasas, azúcares y sal, y que a su vez ha ido acompañada del descenso de la actividad física, ya que los trabajos son más sedentarios, y también por los nuevos modos de desplazamiento y la creciente urbanización (Arnaiz, 2009; Ingelmo, 2014).

Los expertos consideran, que la obesidad es una enfermedad grave, pero su peligrosidad no solo reside en el hecho de ser una enfermedad en sí misma, sino que es un factor de riesgo para el desarrollo de otras muchas enfermedades (Lima-Serrano et al., 2012), como pueden

ser diabetes mellitus tipo 2, hipertensión arterial, ictus, dislipemias, cardiopatía isquémica, alteraciones osteoarticulares, insuficiencia venosa, accidentes cerebrovasculares, hiperuricemia, gota, apneas del sueño, insuficiencia respiratoria, trastornos psicológicos tales como depresión, rechazo social y baja autoestima, (OMS, 2010), esteatosis hepática, hernia de hiato, tumores malignos de colon, recto, próstata, ovarios, endometrio, mama, vesícula biliar... Además, en el caso de la mujer, la obesidad también se asocia con disfunción menstrual, síndrome de ovario poliquístico, infertilidad, aumento del riesgo perinatal, incontinencia urinaria, etc. Como podemos observar, se trata de enfermedades responsables de una elevada morbimortalidad en la edad adulta, es decir, entran dentro del conjunto de enfermedades causantes de muerte que han afectado a una cantidad de personas considerables en un tiempo y lugar concretos (Ballesteros et al., 2007; Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre la Prevención y el Tratamiento de la Obesidad Infantojuvenil, 2009).

En cuanto a las relaciones entre obesidad y riesgo para la salud, además de por el grado de masa corporal, están condicionadas por la localización grasa en el cuerpo, siendo la obesidad abdominal la que se relaciona más estrechamente con problemas de salud, mientras que la acumulación de grasa en las caderas y muslos, es menos peligrosa para la salud, pues conlleva menos enfermedades (López-Guimerà y Sánchez-Carracedo, 2010).

Además, en algunos casos, las personas que sufren obesidad albergan un estado depresivo que les empuja a entrar en un círculo vicioso en el que comen más para compensar la depresión, lo que a su vez incrementa el problema de sobrepeso y agrava la sintomatología depresiva (Casas, 2011).

Algunos autores argumentan que la obesidad, además de ser causante de otras enfermedades y complicaciones físicas, también es un gran factor de insatisfacción corporal, que puede llevar a las personas que la sufren, a realizar prácticas no saludables con el objetivo de adelgazar; comportamientos que a su vez son factores de riesgo de TCA (Raich, 2008). En el caso de los/as menores, la obesidad infantil está relacionada con una menor calidad de vida, tanto en el sentido meramente físico, como emocional y social, ya que además de poder ser causante de TCA, también puede afectar negativamente al desarrollo psicosocial del niño,

originándole problemas psicológicos, como baja autoestima, aislamiento social, bajo rendimiento académico, depresión o drogodependencia (Alonso et al., 2008; Casas, 2011).

Respecto al tratamiento de la obesidad, los expertos coinciden en que la solución radica en comer mejor, de una forma más saludable y ordenada, aunque eso en determinados casos pasa por reducir la ingesta de alimentos; ligado al incremento de ejercicio físico (Mataix, 2005) y la manera de trasladar este mensaje a la población requiere estrategias de promoción de la salud por parte de gobiernos y autoridades (Lima-Serrano et al., 2012; Mataix, 2005).

Siguiendo los postulados de Brines (1999), para minimizar el impacto de esta enfermedad, podemos actuar en la modificación de las conductas familiares, buscando un cambio de estilo de vida duradero en el tiempo, que debe abarcar los hábitos alimentarios, los de actividad y la situación familiar y emocional, actuando sobre los puntos que son susceptibles de ser influenciados, tales como la ingesta, el nivel de ejercicio y la conducta.

3.3.1 Etiología de la Obesidad.

Respecto al origen de la obesidad, numerosos expertos coinciden en que la etiología de la enfermedad es multicausal, depende de diversos factores que promueven la sobre-ingesta de alimentos, pero también del almacenaje excesivo de algunos componentes, como el tejido adiposo (Acosta-Hernández et al. 2013). Sin embargo, otros autores lo simplifican afirmando que en la mayoría de los casos, la obesidad aparece porque la persona ingiere más de lo que su cuerpo realmente demanda (Mataix, 2005).

Mientras tanto, Brines (1999), entiende como factores contributivos muy importantes la vida sedentaria y la alimentación hipercalórica. Por su parte, Raich (2008) culpa a la interacción genética y conductual de ser el origen de la enfermedad, otorgando más importancia a la parte conductual, donde afirma que los cambios culturales han tenido mucho que ver. Huelga decir que actualmente en el tiempo de ocio, las actividades físicas se han sustituido por actividades sedentarias como ver la televisión, jugar a videojuegos, utilizar redes sociales, etc. (Acosta-Hernández et al. 2013).

...es muy simplista pensar que la obesidad sólo se debe a un consumo excesivo de

alimentos y a una actividad física deficiente. Los cambios demográficos y culturales han afectado al comportamiento de los niños en múltiples aspectos, incluidas la conducta alimentaria y la actividad física. (Raich, 2008, p.6-7)

Por tanto, es preciso incidir en los cambios en el estilo de vida moderno y los malos hábitos en la alimentación adquiridos y arraigados en la sociedad en las últimas décadas como causantes de la enfermedad, como son un aumento en el consumo de azúcares, grasas saturadas y harinas refinadas, exceso de carbohidratos y falta de fibra, además de la drástica disminución de actividad física, que también han contribuido a agravar esta situación (Acosta-Hernández et al., 2013; Rivero en Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre la Prevención y el Tratamiento de la Obesidad Infantojuvenil, 2009), que afecta especialmente a los y las adolescentes (Lima-Serrano et al., 2012).

El aumento en las dietas de azúcares libres y de grasas saturadas, unido a la disminución de la actividad física, ha influido en esta situación que afecta en primera línea a la población adolescente, también muy vulnerable a los problemas de imagen corporal, debido a cambios fisiológicos, emocionales, cognitivos y sociales, que provocan una mayor preocupación por la apariencia física. Estar delgado/a se ha convertido en un gran valor social y la estigmatización, debida al sobrepeso y obesidad, está incrementando. La imagen corporal influye en el autoconcepto y en la salud mental y bienestar psicológico y está influida por situaciones de sobrepeso y obesidad. (Lima-Serrano et al., 2012, p.254)

También se advierten como causantes de obesidad algunos hábitos alimentarios concretos como la falta de desayuno o la ingesta de un desayuno poco adecuado, que muchos autores relacionan con la realización de dietas pocos saludables, en las que, la persona incrementa el consumo de aperitivos o picoteos insanos, cargados, una vez más, de azúcares añadidos y grasas saturadas, y a su vez, bajos en fibra, que incrementan el riesgo de sufrir obesidad (Lima-Serrano et al., 2012; Raich, 2008), así como la ingestión de cantidades excesivas de comida en las horas más tardías del día y el hecho de comer demasiado rápido (Acosta-Hernández et al. 2013).

Es destacable que entre las personas con sobrepeso/obesidad es más frecuente la

realización de dietas para perder peso, que entre las personas con un peso normal. Sin embargo, su ejecución suele conseguir un efecto contrario al deseado: engordar. Esto es debido a que muchas veces las personas obesas desean perder peso rápidamente y para ello siguen dietas mal diseñadas y sin control profesional, que difícilmente se pueden mantener en el tiempo, y cuando son abandonadas, producen un efecto rebote, que consiste en que debido a la drástica disminución de la ingesta calórica, el organismo ha desarrollado una adaptación metabólica y ha disminuido el gasto energético. Una vez que se retoma la vida normal y se ingiere la cantidad de comida usual en la época anterior a la dieta, se recupera fácilmente el peso perdido, incluso más si la ingesta es mayor por ansiedad, o ha habido un efecto rebote, atracones... Por tanto, la realización de dietas sin control de un profesional, se consideran un factor de riesgo para el padecimiento de obesidad (Rodríguez-Rodríguez et al., 2011).

Por otro lado, también se considera que el riesgo de padecer obesidad puede depender de los padres. Si ambos padres son obesos, el riesgo de que los hijos también lo sean es del 69 al 80%, y cuando solo uno de los padres es obeso, el riesgo disminuye y abarca del 41 al 50%. Asimismo, si ninguno de los progenitores es obeso, el porcentaje de probabilidad de que la prole lo sea, se reduce al 9% (Acosta-Hernández et al. 2013).

En la misma línea, los autores Acosta-Hernández et al. (2013) culpan también al crecimiento económico, la modernización, la urbanización y la globalización de los mercados alimentarios, como colaboradores de esta epidemia mundial y señalan que existen ciertos factores ambientales como el destete precipitado del lactante, insuficiente uso de la lactancia materna o la ablactación antes del tercer mes de vida como predisponentes a sufrir obesidad.

En relación a la manera de alimentarse de las personas con obesidad o sobrepeso, Calvo, (2008), comenta que estas personas, a menudo confunden los indicadores de hambre y ansiedad, asociando de esta forma la ingesta de alimentos con la reducción de ansiedad. Siguiendo en la misma línea, este mismo autor, considera que algunas personas comen en exceso como compensación a situaciones desagradables, como pueden ser estilos de vida desequilibrados, donde no haya recompensas de otro tipo diferente a la comida, situaciones vitales adversas o frustración del deseo. De manera que, la comida actuaría como un refugio para estas personas,

haciéndoles olvidar por un momento los pensamientos negativos y ofreciéndoles un placer inmediato. En otros casos, el hecho de comer está fuera del control fisiológico, estas personas no responden al hambre, sino a estímulos externos como el olor, sabor o aspecto de los alimentos. Por otro lado, los obesos suelen comer más rápido y con bocados más grandes, lo que conlleva una ingesta más alta de calorías. Calvo (2008) afirma que esto ya ocurre con los bebés obesos, que succionan más rápido y mayor cantidad.

En cuanto a las teorías relacionadas con el desarrollo de la enfermedad, los estudiosos Acosta-Hernández et al. (2013), resaltan, entre otras, la hipótesis del gen ahorrador, que considera que existe un “gen ahorrador” capaz de modificar la liberación de insulina y el almacenamiento de glucosa. La idea es que en el pasado este gen permitía una utilización eficiente de los alimentos, lo que aumentaba la capacidad de supervivencia, ya que se almacenaba el exceso de energía para poder sobrevivir a periodos de escasez de alimentos. Pero dados los cambios en los patrones de alimentación, que implican una disponibilidad total de alimentos y un exceso de la ingesta de grasas, azúcares, hidratos de carbono, etc. se ha ocasionado, que las personas con dicho gen, sean propensas a padecer obesidad.

Los autores también comentan la teoría de los genes asociados a la leptina, ya que las personas obesas suelen tener altos niveles de esta hormona, y la resistencia a la leptina es la causa más probable de obesidad. La leptina es una hormona secretada por los adipocitos y transportada por la circulación hasta el sistema nervioso central, donde se une a los receptores de leptina, estimulando la producción de proopiomelanocortina (POMC). Los dos subproductos de la POMC son la hormona α -melanocito estimulante y adrenocorticotropina. La hormona α -melanocito estimulante se une a receptores de 4-melanocortina en el núcleo paraventricular del hipotálamo causando una disminución en la ingesta de alimentos. En conclusión, las personas que aumentan más de peso, puede ser porque no responden correctamente a la hormona, ya sea por una deficiencia en la síntesis o por alguna mutación en alguno de los muchos mecanismos de acción de la leptina.

Dichos autores también tienen en consideración la función del gen del receptor β -3-adrenérgico como desarrollador de la obesidad:

Este se expresa en tejido adiposo, está relacionado con el metabolismo de lípidos y la termogénesis.

Una mutación en el Trp64Arg se ha asociado con la obesidad. La interacción de este receptor con otros receptores pudiera afectar la capacidad de éste para acoplarse con sus mediadores como por ejemplo con las proteínas G. (Hernández et al., 2013, p. 62)

Cabe añadir, que los autores que tenemos en consideración, también incluyen como posible desarrollador de la enfermedad, el gen receptor proliferador de peroxisomas activado gama (PPAR - γ) y afirman lo siguiente al respecto:

La importancia de este receptor en la obesidad es apoyada por la eficacia de las tiazolidinedionas en el tratamiento de la obesidad. Estas se unen al receptor PPAR- γ generando una mejor respuesta a la insulina y generando cambios importantes en el metabolismo de las grasas incluyendo una reducción de los ácidos grasos libres. PPAR- γ es un receptor que es importante en la termogénesis y la señalización de la insulina. La mutación de Pro12Ala es común y resulta en la disminución de la respuesta de los genes PPAR- γ , esto trae como consecuencia que los individuos con esta mutación posean predisposición a la obesidad. (Hernández et al., 2013, p. 62)

Por último, también tienen en cuenta el gen de adiponectina ya que lo consideran poseedor de muchas acciones regulatorias en la homeostasis energética y metabolismo de glucosa y lípidos. De manera general, altos niveles de adiponectina conllevan pérdida de peso, mientras que polimorfismos a nivel de este gen se han asociado con la obesidad.

En definitiva, existen algunos factores de riesgo que se asocian con la obesidad, estos son (Gómez et al., 2017; López-Guimerà y Sánchez-Carracedo, 2010):

- **Alimentación:** Malos hábitos de alimentación, así como la realización de dietas de pérdida de peso sin supervisión de un profesional

- **Factores sociodemográficos**, tales como padres obesos y/o nivel socioeconómico bajo. Antecedentes en la infancia, como rebote adiposo y peso elevado o infrapeso en el nacimiento. También la tendencia de la familia a la vida sedentaria o a comer en grandes cantidades

- **Estilos de vida**, en los que influyen la inactividad física y sedentarismo, la duración del

sueño, tabaquismo...

- **Condiciones médicas y medicamentos:** Ciertos medicamentos y desequilibrios hormonales, como el hipotiroidismo y la enfermedad de Cushing o los síntomas depresivos pueden ser factores de riesgo de obesidad

3.3.2 Incidencia de Obesidad.

En cuanto al número de casos, es alarmante el incremento de la prevalencia de obesidad que se ha producido en todo el mundo en los últimos años, sobre todo en los países desarrollados, donde predomina esta enfermedad, estando España, a la cabeza del problema en Europa (Magán et al., 2011; Mataix, 2005; Rivero en Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre la Prevención y el Tratamiento de la Obesidad Infantojuvenil, 2009; Sánchez-Carracedo y López-Guimerà, 2011). Aunque algunos especialistas mencionan la idea de que los países en vía de desarrollo tampoco están a salvo, pues también se están viendo perjudicados por altos índices de obesidad, idea contraria a lo que se pensaba inicialmente (Acosta-Hernández et al., 2013).

De hecho, según la OMS, más de 1000 millones de adultos en el mundo padecen problemas de sobrepeso y al menos 300 millones son clínicamente obesos (Acosta-Hernández et al. 2013). Asimismo, Brines (1999) reflexiona sobre que la obesidad es la alteración multifactorial más frecuente del mundo occidental y en los últimos decenios se ha observado un aumento progresivo de la prevalencia en todas las edades. Este problema no afecta solo a las personas adultas, ya que los índices de obesidad infantil son también muy altos. En concreto en España, son cada vez más los menores que presentan problemas de sobrepeso, y se estima que seguirá aumentando con el paso de los años (Calvo, 2008). Tales son los índices de obesidad que la OMS la ha llegado a considerar como «la epidemia del siglo XXI» (Lima-Serrano et al., 2012). De hecho, la obesidad es la pandemia no transmisible más extendida del mundo (Acosta-Hernández et al. 2013).

En la misma línea, Magán et al., (2011) consideran que:

En España, esta alteración es aún más alarmante si se tiene en cuenta que es uno de los países europeos con una mayor prevalencia de este problema de salud en la población

infantojuvenil. Cifras que, según los datos publicados en la Guía de Práctica Clínica sobre la Prevención y el Tratamiento de la Obesidad Infantojuvenil del Ministerio (2009), indican que casi el 14% de los chicos de entre 2 y 24 años presentan obesidad y que algo más del 26% de las personas de dichas edades presentan sobrepeso. Todo esto se traduce, además de en importantes costes para el desarrollo vital y la calidad de vida de estos chicos, en un considerable gasto sociosanitario, al suponer el 7% del presupuesto sanitario total o, lo que es lo mismo, alrededor de 2.500 millones de euros anuales. (Magán et al., 2011, p.5).

De acuerdo con datos de la OMS, la obesidad ha aumentado a más del doble en todo el mundo desde el año 1980. Concretamente, en 2008, 1500 millones de adultos tenían exceso de peso. Dentro de este grupo, más de 200 millones de hombres y cerca de 300 millones de mujeres eran obesos (Alonso et al., 2008), y respecto a la obesidad infantil y juvenil, los datos indican que también ha habido un incremento en las últimas décadas, sobre todo entre el género masculino y en menores de doce años (Raich, 2008). Así pues, viendo porcentajes concretos de la afectación de esta enfermedad, observamos que el 65% de la población mundial vive en países donde el sobrepeso y la obesidad causan más muertes que la desnutrición. La obesidad alcanza la causa del 44% de los casos mundiales de diabetes, el 23% de cardiopatías y el 7% de algunos cánceres. (Acosta-Hernández et al. 2013). Mataix, (2005) afirma que además de la prevalencia de obesidad, se debe tener en cuenta que existe un elevado número de personas con sobrepeso, que oscila alrededor de un 40%, y representa un grave problema de salud pública.

Se estima, además, que en el mundo hay más de 22 millones de niños menores de cinco años con problemas de obesidad y sobrepeso. En España, en los últimos 15 años se ha triplicado el número de niños con sobrepeso. Actualmente, el 16.1% (un 11% más que hace cinco años) de los menores de entre 6 y 12 años es obeso o, lo que es lo mismo, uno de cada cuatro, situando a nuestro país en el cuarto de la Unión Europea con mayor número de niños con problemas de obesidad. (Alonso et al., 2008, p.5)

En nuestro país, según datos obtenidos de la Encuesta Europea de Salud en España 2020, el 16,01% de la población adulta tiene obesidad (el 15,54% de mujeres y 16,5% de

hombres), y el 37,63% sobrepeso (30,56% de las mujeres y 44,90% de los hombres), entre ellos, afecta en primer lugar a las personas que se dedican laboralmente a trabajos no cualificados, y en menor medida a directores/as y gerentes de establecimientos de 10 o más asalariados/as y profesionales tradicionalmente asociados/as a licenciaturas universitarias. En cuanto a nivel de estudios, se observa que afecta más a las personas con niveles de estudios más bajos (básico e inferior) y se reduce cuando los niveles de estudios son más altos (21,52% frente a 10,06%). Respecto a la cantidad de ingresos mensuales de la familia, la obesidad afecta más a aquellos que ganan entre 1100 y 1650€ al mes (18,64%) que a los que ganan más cantidad, siendo el porcentaje mínimo en aquellos que ingresan más de 3800€ mensuales (11,34% de obesidad). Sin embargo, aquellas familias con ingresos menores a 1100€ tienen un porcentaje inferior a los que ganan más de 1100€ al mes (17,3%), que podría estar causado por las dificultades económicas para comprar alimentos (Ministerio de Sanidad, 2020).

Como se puede observar según los datos expuestos, y en concordancia con la SEEDO (Sociedad Española para el Estudio de la Obesidad) existe una relación inversa entre el nivel cultural y la situación socioeconómica con respecto al porcentaje de obesos (Brines, 1999), es decir, cuánto más bajo es el nivel cultural y la situación socioeconómica, mayor es la posibilidad de sufrir obesidad (Raich, 2008).

Lima-Serrano et al., (2012) destacan que en el último estudio internación Health Behaviour in School Age Children (HBSC), se encontró que 14,3% de los adolescentes encuestados sufrían sobrepeso u obesidad, pero si nos fijamos en España, estos datos son todavía más elevados, tratándose del 16,8%. En cuanto a los hábitos, el estudio mostró que el 34,8% de los adolescentes españoles y el 37,7% del total, no desayunaban. Cabe destacar que la falta de desayuno está estrechamente relacionada con el riesgo de obesidad. Además, el 22% del total de los adolescentes encuestados reconocía tomar bebidas azucaradas a diario.

En cuanto a la obesidad infantil, según datos del Estudio Nacional de la Población Española (ENPE), en el rango de 3 a 8 años, encontramos un 15,9% de obesidad y un 39,8% de sobrepeso. En el rango de 9 a 18 años, un 11,6% de obesidad y un 34,0% de sobrepeso (Aranceta-Bartrina, Gianzo-Citores y Pérez-Rodrigo, 2020). Las conclusiones de la investigación

indican que la obesidad en población menor de 25 años ha aumentado en las últimas 3 décadas, pasando, del 3% en el estudio Paidos en 1984, al 6,2% en el estudio Enkid del año 1998; y al 10,3% al estudio ENPE actual.

3.3.3 Obesidad Infantil.

En cuanto a la obesidad infantil, este es también un problema de primer orden, tanto por las nefastas consecuencias para la salud y calidad de vida que conlleva para los infantes y adolescentes, y que además se continuarán en la vida adulta, como por la elevada prevalencia que encontramos, y es que, de entre los países europeos, España es líder con una de las prevalencias más altas de obesidad infantil (Gallego et al., 2014). Tanto es así que en España, según indica Calcedo (2016):

Los datos oficiales revelan una de las tasas de prevalencia del sobrepeso y la obesidad de las más altas de Europa en niños y adolescentes, de los 6 a los 17 años entre el 16% y el 23% presentan sobrepeso y entre el 3% y el 22% obesidad. (Calcedo, 2016, p.57)

Si nos centramos en ver cómo afectan la obesidad y el sobrepeso a la salud de los infantes y adolescentes, esta se asocia con problemas ortopédicos, inmunológicos, cutáneos y respiratorios, riesgo de diabetes, intolerancia a la glucosa, hipertensión, problemas hepáticos, alteraciones en el sueño, complicaciones vasculares como mayor presencia de la enfermedad isquémica coronaria en la edad adulta, TCA, así como concentraciones elevadas de colesterol total, colesterol ligado a lipoproteínas de baja densidad, apolipoproteínas B y triglicéridos y concentraciones bajas de colesterol ligado a lipoproteínas de alta densidad y apolipoproteínas A. Además de estos riesgos, los menores obesos presentan mayor riesgo de trastornos locomotores, fracturas y marcadores tempranos de enfermedad cardiovascular, resistencia a la insulina y efectos psicológicos deletéreos, así como otros síndromes menos habituales, pero igual de graves, como el síndrome de Picwick, que conlleva somnolencia e insuficiencia respiratoria; miocardiopatía y pancreatitis. De forma indirecta, el exceso de peso también afecta al fracaso escolar y a la salud mental, ya que los niños con sobrepeso y obesidad están sometidos a problemas en sus relaciones sociales tales como intimidación, burla y aislamiento, que les pueden desencadenar

problemas de salud mental (Alonso et al., 2008; Bustamante, 2014; Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre la Prevención y el Tratamiento de la Obesidad Infantojuvenil, 2009; Ingelmo, 2014; Malo-Serrano et al., 2017; Moreno, 2012).

Al mismo tiempo, está demostrado que los/as niños/as que presentan obesidad tienen una mayor probabilidad de sufrir obesidad cuando sean adultos (Brines, 1999; Raich, 2008), muerte prematura y discapacidad (Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre la Prevención y el Tratamiento de la Obesidad Infantojuvenil, 2009; Moreno, 2012). De esta forma podemos especificar que, un infante que sea obeso entre los seis meses y los siete años, tiene una probabilidad del 40% de seguir siendo obeso de adulto. Este porcentaje aumenta a un 70%, si el niño es obeso entre los 10 y los 13 años de edad. Según los expertos, la explicación de este hecho se debe a que los adipocitos, se multiplican en esta etapa de la vida, factor que a su vez multiplica la posibilidad de que la persona siga siendo obesa cuando se convierta en adulta (Acosta-Hernández et al. 2013).

Siguiendo en esta línea, Brines (1999) considera que, el hecho de que los padres del niño también sean obesos, eleva el riesgo de que lo siga siendo de adulto. Viéndolo en sentido contrario, entre un tercio y la mitad de los adultos obesos ya lo eran en la infancia.

La obesidad en adolescentes, en suma, se ha asociado a un mayor riesgo de mortalidad por todas las causas y de mortalidad específica por determinadas enfermedades en varones adultos. La morbilidad por enfermedad coronaria y arteriosclerosis también se incrementó en personas adultas de ambos sexos. La obesidad en la adolescencia se asoció, asimismo, a un riesgo incrementado de cáncer colorrectal y de gota en varones adultos y de artritis en mujeres. La obesidad iniciada en la adolescencia fue un factor predictivo más potente para estas enfermedades que la obesidad iniciada en la vida adulta. Se ha referido una mayor incidencia de trastornos endocrinológicos (hiperinsulinismo, mayor resistencia a la insulina, intolerancia a la glucosa, diabetes mellitus tipo 2 e irregularidad menstrual) y psicológicos (depresión, baja autoestima). (Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre la Prevención y el Tratamiento de la Obesidad Infantojuvenil, 2009, p.24)

Centrándonos en el entorno escolar, el niño obeso, tiene que lidiar con una tensión

añadida, originada por la actitud despectiva que en muchos casos manifiestan sus compañeros hacia él, mediante la realización de comparaciones, juicios de valor hacia su cuerpo y hábitos de alimentación, burlas y puede que incluso agresiones verbales y/o físicas. Esto puede resultar en sentimiento de incompetencia, sensibilidad excesiva a las críticas, aislamiento, desconfianza en las relaciones interpersonales, tendencia a la ansiedad, depresión, destructividad y baja autoestima (Bustamante, 2014).

Siguiendo con la misma idea, Calvo (2008), explica que a nivel psicológico, la obesidad en niños y adolescentes genera sentimientos negativos y persistentes hacia su cuerpo, ya que se comparan con los modelos corporales que los medios de comunicación muestran constantemente, y que se caracterizan precisamente por ser mujeres muy delgadas u hombres apolíneos. El resultado será finalmente una pérdida de autoestima, que a su vez generará ansiedad, aislamiento y deseo de controlar la dieta. Esta influencia es todavía más evidente y molesta en la adolescencia, periodo destacado por los múltiples cambios, tanto físicos como psicológicos, que los jóvenes experimentan, y que les llevan muchas veces a sentir inseguridad sobre sí mismos:

En la pubertad y en la adolescencia, periodo de la vida marcado por numerosos cambios físicos, psicológicos, emocionales y sociales, esta influencia negativa es aún más intensa. El cambio físico que experimentan, el más evidente de todos, está relacionado con la construcción de su imagen corporal (percepción y sentimientos hacia el propio cuerpo) definitiva y ésta con su auto-concepto y autoestima presente y futura. (Calvo, 2008, p.1)

De esta forma, el niño/a que siente insatisfacción hacia su imagen corporal, fácilmente recurrirá a manipular su dieta y restringir alimentos que considera que engordan para tratar de cambiar su físico. Los expertos consideran que esta restricción puede originar dos desenlaces: que se eleve todavía más el deseo de comer, aumente la ansiedad, y con ella la ingesta y el sobrepeso. O, que por el contrario, se resista al deseo de comer o se lleven a cabo conductas purgativas, y se acabe desarrollando un TCA (Calvo, 2008). Por tanto, teniendo en cuenta la relación entre la insatisfacción corporal y el inicio de control de alimentos, la obesidad conlleva el peligro añadido de ser un factor de riesgo de TCA (Casas, 2011).

Considerando las altas cifras de obesidad infantil, y teniendo en cuenta que un gran número de adolescentes hombres que se ven afectados por un TCA han sufrido previamente obesidad infantil, se consulta con el especialista Calvo (2008) si considera que el aumento de obesidad infantil que se ha producido en España en los últimos años provocará en el futuro un incremento de los casos de anorexia y bulimia en varones. El autor reflexiona que no se puede predecir cuál será la consecuencia del sobrepeso infantil, pero supone más probable que el aumento sea de casos de bulimia nerviosa.

Es difícil predecir si la salida de ese sobrepeso infantil va a ser hacia un trastorno de la conducta alimentaria o a la obesidad. Pero lo más probable es que el aumento sea de trastornos bulímicos, ya que las variables personales que tienen que interactuar en el varón para que surja una anorexia nerviosa no son, afortunadamente, tan frecuentes; mientras que la restricción y el consiguiente aumento del deseo de comer y el atracón es una relación biológica difícil de eludir. (Calvo, 2008, p.1)

En cuanto a los factores de riesgo de obesidad infantil, a parte del **estilo de vida sedentario**, encontramos los siguientes, que se ven sintetizados en la tabla 6 y desarrollados a continuación (Guerra et al., 2009; Loaiza y Atalah, 2006; Ruiz-Lázaro, Velilla y González, 2017; Villar, 2017):

Tabla 6

Factores de Riesgo de Obesidad Infantil

Factores genéticos y epigenéticos	Antecedentes familiares de obesidad, ciertas características genéticas, ganancia acelerada de peso en el primer año de vida, hábito de fumar de la madre durante el embarazo, diabetes gestacional.
Factores conductuales	Vida sedentaria. Conductas alimentarias insanas. Lactancia mixta o artificial desde los primeros meses de vida, inicio precoz de la ablactación, horas de sueño, etc.
Factores ambientales	Ambientes socio-económicos vulnerables
Factores familiares	Obesidad familiar. Bajo nivel socio-cultural y económico de los padres. Infrapeso de la madre.

Nota. Elaboración propia

Factores genéticos y epigenéticos: antecedentes familiares de obesidad, características genéticas, peso al nacer menor de 2500 g o mayor de 4000 g, ganancia acelerada de peso en el primer año de vida, hábito de fumar de la madre durante el embarazo y diabetes gestacional.

Factores conductuales: Entre los que destacan escasa actividad física y práctica de deportes, vida sedentaria. Conductas alimentarias donde se tiende a consumir productos de alta densidad energética, ricos en grasas saturadas, azúcares y otros carbohidratos de absorción rápida, de forma excesiva, y un deficiente consumo de frutas, vegetales y alimentos ricos en fibra, así como insuficiente consumo de pescado. Otros hábitos alimentarios como no desayunar, realizar un desayuno incompleto o fraccionar en menor número de comidas la ingesta total diaria (por ejemplo, una o dos comidas frente a cuatro al día), alimentación hipercalórica; lactancia mixta o artificial desde los primeros meses de vida. Inicio precoz de la ablactación (proceso mediante el cual se introducen a la dieta del niño, de manera progresiva, alimentos diferentes a la leche); el número de horas de sueño, etc.

Factores ambientales: el factor económico también puede estar relacionado con la calidad y tipo de dieta, ya que un nivel económico bajo, influye negativamente en el consumo de frutas y verduras, y se tiende a seleccionar en estos casos alimentos más ricos en grasa y azúcares, que por regla general acostumbran a tener un bajo coste.

Factores familiares: Obesidad familiar (si uno de los progenitores es obeso, el riesgo de ser obeso en la edad adulta se triplica, especialmente si es la madre. Y si ambos lo son, se incrementa en más de 10 veces). Bajo nivel socio-cultural y económico de los padres. Infrapeso de la madre: Si el ambiente fetal es pobre, se puede producir un metabolismo posnatal alterado, diseñado para mejorar la supervivencia en condiciones de malnutrición. Sin embargo, esta adaptación sería perjudicial en el caso de que la nutrición del bebé fuera más abundante. Es decir, su fenotipo es de fetos ahorradores, pero al comer con regularidad después del nacimiento, puede conducirlo a obesidad, entre otras enfermedades.

En conclusión, la obesidad infantil y juvenil es ya un importante problema de salud en España debido en parte, a su prevalencia ascendente, su persistencia en la edad adulta (Raich, 2008) y como hemos visto, a su preocupante asociación con otras enfermedades, además del

enorme impacto económico que supone en la sociedad (Rivero en Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre la Prevención y el Tratamiento de la Obesidad Infantojuvenil, 2009). En palabras de Raich (2008) podemos afirmar que “puesto que tiene importantes consecuencias sociales, económicas y sanitarias, la obesidad en la infancia se concibe hoy día como un importante problema de salud tanto en países desarrollados como en vías de desarrollo” (p.1).

3.4 Inferencias para mi Propuesta de Investigación

En conclusión de la teoría expuesta, la incidencia de obesidad y sobrepeso sigue siendo muy alta, tanto la obesidad infantil como entre la población adulta, y lamentablemente, España se coloca a la cabeza de Europa liderando estas cifras en tercera posición. Además, se observa que es más frecuente en personas con un nivel socioeconómico y/o educativo bajo. Esto puede deberse a que la educación es una poderosa herramienta para concienciar sobre los efectos negativos del sobrepeso en la salud, y por tanto, las personas con un nivel educativo más alto suelen tomar decisiones más adecuadas sobre la elección de los alimentos y la práctica de ejercicio físico que aquellas con un nivel educativo más bajo (Rodríguez-Rodríguez et al., 2011). Lo que nos indica que no debemos dejar pasar esta oportunidad de educar en alimentación y en buenos hábitos a la población, y se debería conceder a la educación en alimentación, el puesto que merece en el currículum educativo, y además hacerlo de forma obligatoria y coordinada en todo el país.

En referencia a los trastornos de la alimentación, aunque es destacable el aumento en la prevalencia de estas enfermedades, solo lo hace en los países desarrollados o en vías de desarrollo. Por el contrario, su existencia es prácticamente nula en los países subdesarrollados.

Los estudiosos creen que la duración y la cronicidad de los TCA, son, entre otros, responsables del incremento de la incidencia (Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Trastornos de la Conducta Alimentaria, 2009 p.35). Cabe destacar que los TCA son trastornos mentales graves y que constituyen la primera causa de mortalidad de entre todos los trastornos mentales. Asimismo, el difícil diagnóstico y recuperación, convierten la prevención en una acción primordial (Legaz et al., 2017).

Además, es verdaderamente preocupante, que tanto los casos de TCA como de sobrepeso y obesidad, se han visto agudizados en la pandemia por COVID (Samatán-Ruiz y Ruiz-Lázaro, 2021).

Por lo tanto, las implicaciones que esta teoría conllevan en nuestro programa de prevención son, por un lado, justificar la importancia de llevar a término estrategias de prevención desde edades tempranas, pues estas enfermedades afectan cada vez a población más joven.

Además, la obesidad y los TCA, contribuyen a crear desigualdades e inequidad, pues no afectan por igual a todos los sectores de la población, ya que se confirma que la obesidad afecta especialmente a las familias con un nivel socio-cultural bajo y los TCA a la población femenina. De forma que se pone de manifiesto la imperante necesidad de incluir en nuestro programa la educación en alimentación y la promoción de buenos hábitos y los contenidos dirigidos a la prevención, con el fin de minimizar esta desigualdad social.

También este capítulo nos ha permitido vislumbrar qué contenidos no pueden faltar en nuestro programa de prevención, poniendo especial énfasis en los factores de protección, que sin duda fortalecerán al alumnado frente a estos problemas de la alimentación y el peso (promoción de la imagen corporal positiva, desarrollo de una autoestima saludable, adquisición de buenos hábitos alimentario, vida activa...). Y a trabajar en la medida de lo posible, en la reducción de los factores de riesgo, especialmente los compartidos por obesidad y TCA (seguimiento de dietas restrictivas y comerciales, la exposición e interiorización de mensajes transmitidos por los medios de comunicación acerca del ideal de belleza, la insatisfacción corporal, malos hábitos de alimentación...).

Capítulo 4: Preadolescencia y Adolescencia como Etapas Críticas para el Desarrollo de TCA y Obesidad

4.1 Introducción

En este capítulo se van a abordar la preadolescencia y adolescencia como etapas críticas para el desarrollo de TCA y/o obesidad, ya que en vista de la gran cantidad de cambios que convergen, se consideran las etapas evolutivas de mayor riesgo para el desarrollo de los trastornos de alimentación (Carretero et al., 2009). Para ello se van a presentar cuáles son los hábitos que rigen la vida de la mayoría de los jóvenes en esta etapa y a través de esas consideraciones, se estudiarán los factores de riesgo de TCA y obesidad que azotan, especialmente, a los seres humanos en esta parte de su vida, entre los que se encuentran la autoestima e imagen corporal, los medios de comunicación y la realización de dietas para la pérdida de peso. Asimismo, se va a emprender el estudio de la alfabetización mediática, entendida como una herramienta para educar al alumnado en medios de comunicación y para desarrollar su sentido crítico hacia estos, como instrumento que ayudará a prevenir los trastornos alimentarios.

4.2 Hábitos Alimentarios y Estilos de Vida de los Preadolescentes y Adolescentes

Con respecto a los hábitos de alimentación, en los últimos años, nos hemos ido alejando del modelo de alimentación saludable, que en España era, por tradición, la dieta mediterránea (Gallego et al., 2014). Respecto al consumo de alimentos, la Agencia Española de Consumo, Seguridad Alimentaria y Nutrición (AECOSAN, 2007) afirma que para conseguir una alimentación saludable es necesario comer alimentos que contengan todos los tipos de nutrientes, y de una forma variable y equilibrada. Así, es imprescindible incluir en la dieta un total de 5 raciones de fruta y verdura todos los días y minimizar los productos ricos en azúcar y sal, entre otros. Tampoco se deberían incluir en la dieta refrescos, bollería industrial ni alcohol (Ingelmo, 2014). Contrariamente a estas ideas, los resultados de la Encuesta Nacional de Salud (2013) de España, demuestran que los jóvenes y adolescentes, son los que menos frutas y verduras consumen, mientras que la ingesta de dulces y refrescos es muy elevada, y su consumo sigue aumentando en los últimos

tiempos (Ingelmo, 2014; Ramos, 2009). En este contexto, el último estudio Health Behaviour in School-aged Children, realizado en 2018 (Moreno et al., 2020) con una muestra española de 40.495 preadolescentes y adolescentes de entre 11 y 18 años, ha mostrado que únicamente el 18,2% toman fruta todos los días más de una vez, y solo el 13,6% toman verdura todos los días más de una vez. El 50,4% toman dulces (caramelos o chocolate) varias veces por semana y casi el 46% consumen refrescos u otras bebidas azucaradas varias veces por semana.

En esta línea también podemos destacar algunos hábitos nocivos por parte de los adolescentes como la tendencia a la ingesta de alimentos poco adecuados y comida rápida de alto contenido calórico, el picoteo entre comidas, las ingestas desequilibradas o desordenadas, la carencia de algunos nutrientes como hidratos de carbono por miedo a engordar, la realización de dietas sin el control oportuno, que se considera una de las causas de TCA y obesidad, el hecho de saltarse comidas, como el desayuno, etc. Tampoco las bebidas que suelen tomar son las más aconsejables, ya que muchas veces abusan de refrescos, zumos y batidos azucarados. Además, en esta época, muchos adolescentes se inician en el consumo de alcohol, que afecta negativamente el estado de salud del individuo (Ingelmo, 2014).

Como venimos diciendo, uno de los puntos a tratar cuando nos referimos a la importancia de educar en salud, es el de desayunar adecuadamente. Aunque es un tema que genera controversia, ya que algunos expertos no consideran que sea necesario desayunar, lo cierto es que la mayoría coinciden en que es imprescindible para los niños/as en periodo de crecimiento y los estudiantes o personas que van a realizar tareas cognitivas o físicas posteriores al ayuno nocturno. Además, advierten que la regularidad en la alimentación es un hábito nutricional importante para la salud, ya que el cuerpo humano es especialmente sensible a las variaciones en la disponibilidad de los suministros de nutrientes. Por eso, cuando se realiza un ayuno más longevo de lo normal, como no desayunar, desciende la hormona insulina y aumentar el cortisol y catecolaminas, puesto que el organismo trata de mantener la glucemia (nivel de azúcar en sangre) en los límites normales. Esta hipoglucemia que se instaura cuando no se desayuna, conlleva fatiga, que interfiere en el rendimiento físico, cognitivo y emocional, causando falta de concentración, disminución de la capacidad de expresión, memoria, creatividad, interacción social y resolución de problemas, así

como decaimiento y mal humor. Además, la falta de desayuno está relacionada con la obesidad, habiendo un importante porcentaje de niños obesos entre los que no desayunan, que puede deberse a que realizan un mayor número de picoteos durante el día, que además, en la mayoría de las ocasiones, son de bajo valor nutricional. También la falta de desayuno se relaciona con la ingesta inadecuada de algunos nutrientes, como el calcio, magnesio, hierro o zinc (Lima-Serrano, et al. 2012; Mataix, 2005; Moreno et al., 2020; Ramos, 2009).

Por otro lado, entre los beneficios del desayuno equilibrado, los expertos destacan que es una forma simple y eficaz de mejorar y mantener la salud y el bienestar. También implica una mejora en la calidad de ingesta diaria, equilibrio metabólico, rendimiento cognitivo y una menor ingesta diaria de grasa, lo cual comporta beneficios para la salud a corto y largo plazo. Además, las personas que desayunan se encuentran en un mejor estado de satisfacción corporal y, sobre todo, con un mejor nivel de consciencia, que permitirá una óptima actuación mental y física (Ingelmo, 2014; Mataix, 2005).

Sin embargo, a pesar de los comprobados beneficios del desayuno, los números muestran la poca conciencia que hay en la sociedad, sobre todo entre los jóvenes. Los expertos advierten que saltarse el desayuno es una práctica muy generalizada y bastante más habitual que saltarse la comida o la cena (Ingelmo, 2014). En esta línea, podemos destacar algunos errores importantes, por ejemplo, hasta la tercera parte de los adolescentes no desayunan de forma habitual, el 8.2% de la población infantil y juvenil española acude al centro escolar u ocupacional sin haber desayunado; y el 4,1% no realiza ninguna ingesta de alimentos a lo largo de toda la mañana. El 32% consume un desayuno con un aporte energético menor de 200 kcal/día, que se puede considerar un desayuno de baja calidad, ya que el desayuno ideal debería superar el 19% de la ingesta diaria recomendada y compuesto de alimentos saludables, pues estos consumidores son los que presentan un mejor perfil de macronutrientes y micronutrientes. En contra de lo recomendable, el desayuno tipo consiste en un vaso de leche (74,6%), acompañado de azúcar o saborizantes como cacao (63%), galletas o bollería (50%) y pan (15%). Sólo un 5% alguna pieza de fruta entera. Además, los desayunos de corta duración se relacionan con ingestas alimentarias más bajas. Los niños que dedican más de 10-15 minutos duplican o triplican la calidad nutricional

del desayuno (Brines, 1999; Mataix, 2005). En la misma línea, en el reciente estudio HBSC 2018, se observa que solo el 55% de los adolescentes suele desayunar algo más que un vaso de leche, aunque eso no significa que tomen un desayuno saludable. Datos que han empeorado desde 2014, cuando un 65,8% tomaba un desayuno completo todos los días de la semana.

Como vemos, los hábitos alimentarios que tienen los adolescentes, muchas veces difieren de los más aconsejables, a la vez que tienden a ser poco convencionales en cuanto a la propia comida, la hora, y la falta de compañía de la familia (Brines, 1999) lo que puede desarrollar problemas relacionados con el peso. En este hilo, debemos considerar que comer solo es un importante factor de riesgo para desarrollar un TCA (López-Guimerà y Sánchez-Carracedo, 2010).

Es bien sabido que la falta de actividad física en los adultos, tiene consecuencias, pero también en los adolescentes, entre los que se destacan el sobrepeso y la obesidad, peor salud músculo-esquelética y salud mental, mientras que la realización de actividad física tiene un impacto sobre el bienestar psicológico, pues fortalece la autoestima, el autoconcepto y la percepción de sí mismo/a, indicadores que actúan como factores protectores ante la obesidad y TCA, entre otros. Es por estas razones que la OMS recomienda la práctica de al menos 60 minutos al día de actividad física moderada o intensa en la infancia y adolescencia. Sin embargo, de acuerdo con el informe HBSC 2018, solamente un 19,9% de los adolescentes, realiza actividad física una hora al día los 7 días de la semana, y el 38,3%, 3 días o menos a la semana (Moreno et al., 2020).

Teniendo en cuenta esta amalgama de factores, el estudio HBSC 2018, se muestra concluyente en lo referente al IMC: el 17,5% de los jóvenes entre 11 y 18 años presenta sobrepeso u obesidad (siendo el 14,4% sobrepeso y el 3,1% obesidad).

En otro orden de cosas, debemos dirigir nuestra mirada hacia el contexto familiar, y es que la evidencia científica muestra que la calidad de las relaciones familiares supone el predictor más importante de salud y bienestar en los adolescentes y está relacionado con la autoestima y el bienestar psicológico. Respecto a las relaciones familiares, a este momento evolutivo se le considera más difícil que a otras etapas de la vida como puede ser la niñez, tanto para el adolescente como para su familia, porque crecen los conflictos con los padres y madres, a la vez

que se reduce el tiempo que pasan juntos y perciben que disminuye la proximidad que antes les unía. En este sentido, las cifras son angustiantes, ya que en el informe HBSC 2018, se presenta que el 29,5% de los preadolescentes y adolescentes no sienten a su familia como una fuente de apoyo, entendiéndolo como tal si su familia intenta ayudarles, si consiguen la ayuda emocional y el apoyo que necesitan de ella, si pueden hablar de sus problemas y si está dispuesta a ayudarles a tomar decisiones (Moreno et al., 2020).

También es aconsejable tener en cuenta las relaciones de amistad, pues según los expertos, contar con relaciones de amistad de buena calidad está estrechamente relacionado con una elevada autoestima y sentimiento de autoeficacia, así como con ausencia de aislamiento y menos tendencia a la depresión, ansiedad y estrés. No obstante, el 31,1% de los y las adolescentes encuestados en el estudio HBSC 2018, dicen no percibir a sus amistades como una fuente de apoyo en sus vidas, es decir, no consideran que sus amigos intentan ayudarles de verdad, no creen que pueden contar con ellos cuando las cosas van mal, no comparten con ellos sus penas y alegrías, y/o no pueden hablar de sus problemas (Moreno et al., 2020).

4.3 Imagen Corporal en la Preadolescencia y Adolescencia

La preadolescencia y adolescencia son un periodo crítico, problemático y difícil en la vida de los seres humanos, que engloba un conglomerado de cambios físicos, psicológicos y sociales trascendentales, en el que se realiza la transición de la niñez a la edad adulta. Incluye la pubertad y cierta parte de la juventud (De La Corte y Petit, 2017; Ingelmo, 2014). En cuanto a los cambios físicos, implican un incremento de peso, talla y desarrollo de los caracteres sexuales secundarios (Ingelmo, 2014; Ruiz-Lázaro, Velilla y González, 2017). Estos cambios que sufre el adolescente, hacen que esté pendiente del que dirán, y de las presiones, tanto de los amigos como de los medios de comunicación. Acciones que pueden conllevar sentimientos de inseguridad en el adolescente y repercutir en su autoestima (Calatayud y Aranda, 2000).

También es característico de esta etapa, sufrir alteraciones extremas del estado de ánimo, cambios de humor bruscos, se empiezan a manifestar sentimientos de autoconciencia, vergüenza, torpeza, soledad, nerviosismo y sensación de sentirse ignorado por los adultos.

Igualmente, son típicas las conductas de riesgo, y es que el amplio rango de cambios a los que se enfrentan los adolescentes, puede conducir a una grata evolución hacia la adultez o por el contrario puede derivar en el desarrollo de problemas psicológicos y/o de conducta, tales como desórdenes nutricionales, consumo de alcohol y drogas, violencia, suicidio, embarazos no deseados, enfermedades de transmisión sexual o el virus de inmunodeficiencia humana entre otros. Asimismo, es una etapa delicada porque es el momento en que las personas desarrollan una identidad, es el punto de organizar sus conductas, habilidades y creencias, que darán paso al adulto (Ingelmo, 2014; Ramos, 2009).

Como vemos, durante la adolescencia tienen lugar muchos cambios físicos, lo cual, a su vez, genera una modificación continua de la imagen corporal, que puede incrementar la insatisfacción corporal y los problemas relacionados con la imagen corporal. En ocasiones, no es fácil gestionar un repentino y notable cambio físico y puede generar disminución de la autoestima, por eso se trata de una época delicada que puede dar pie al desarrollo de TCA. Además, en la adolescencia, la delgadez está muy sobrevalorada, y se asocia a una valoración social positiva, relacionándose con belleza y éxito, mientras que el exceso de peso se asocia a fracaso y socialmente guarda connotaciones negativas, lo que en muchos casos genera presión para estar más delgado y los adolescentes comúnmente tratan de lograr ese objetivo con prácticas insanas, como dietas muy restrictivas, uso de laxantes y diuréticos, uso del tabaco como recurso para no comer, etc. (Ingelmo, 2014; López-Guimerà y Sánchez-Carracedo, 2010; Ramos, 2009; Ramos et al., 2016; Valles, 2013).

Haciendo alusión a la imagen corporal, vemos que se define como la representación mental del cuerpo. Esta se forma durante la niñez y adolescencia, e interviene en el desarrollo psicosocial de la persona. La representación de la imagen corporal, incluye autopercepciones, pensamientos, sentimientos y acciones referidas al propio cuerpo y su apariencia. Asimismo, la imagen corporal se compone de la percepción global del cuerpo, la satisfacción con la imagen corporal y las consecuencias conductuales (Ramos et al., 2016). Naturalmente, la imagen corporal no es fija, sino que puede variar a lo largo de la vida (Valles, 2013).

La imagen corporal influye en el autoconcepto y, por ende, en la salud mental y el bienestar

psicológico del sujeto, y está influida por ciertas situaciones, como pueden ser el sobrepeso y obesidad, ya que cabe destacar, que el incremento de la prevalencia de obesidad que ha habido en estos últimos años, no ha ayudado a producir una mayor aceptación de la obesidad, al contrario de lo que ha pasado con otras enfermedades. De forma que en esta sociedad que exalta la delgadez como sinónimo de belleza, existe un marcado rechazo social hacia los niños obesos (Lima-Serrano, et al. 2012; López-Guimerà y Sánchez-Carracedo, 2010; Ramos et al., 2016).

La importancia de la imagen corporal radica en que esta influye en los pensamientos, sentimientos y conductas, tanto en los propios como en la manera en que nos responderán los demás. Una buena imagen corporal moverá la balanza hacia los pensamientos y sentimientos positivos, mientras que una mala imagen corporal, puede crear tensiones, pensamientos y sentimientos negativos y conductas autodestructivas e insanas (Valles, 2013).

El esquema corporal es la representación mental que tiene el adolescente de su cuerpo, por lo que los juicios acerca de esa representación es lo que puede afectar al adolescente y generar la distorsión de la imagen corporal (aprobar o desaprobar el cuerpo, juzgarlo como malo, creer que otros lo califican de forma negativa o confundir las sensaciones o los sentimientos relacionados con él). Los cambios en la imagen corporal llevan consigo una reevaluación del propio cuerpo, y en esta evaluación influyen los aspectos culturales marcados por los modelos estéticos predominantes en la sociedad en ese momento. La imagen que el adolescente tiene de sí mismo, es transcendental para el equilibrio emocional, ya que se forma a través de la experiencia y de los rendimientos personales y de la aprobación de los demás. (Fisher et al. 1995). (Valles, 2013, p.47)

En consonancia, si los adolescentes están insatisfechos con sus cuerpos, se encuentran en mayor riesgo de realizar comportamientos extremos para controlar el peso. Por lo que, la alteración de la imagen corporal, se considera como un factor desencadenante y de mantenimiento de los TCA (Pallás y Zapata, 2017). Aunque además de la insatisfacción corporal, existen otros factores que refuerzan la decisión de controlar el peso mediante comportamientos de dudosa contribución a la salud y bienestar. Tales factores son las críticas de los padres en relación al

peso, burlas por parte de los pares, práctica de determinados deportes (danzas, gimnasia...), padecimiento de una enfermedad crónica, menarquia temprana... En otro orden de cosas, a la hora de realizar dietas para perder peso, se observó que tanto en chicas como en chicos, se le otorgaba más importancia a la percepción corporal que al IMC (Ramos et al., 2016). En referencia al deseo de adelgazar, aumenta con la edad, desde los 9 a los 17 años, especialmente de los 10 a los 14 años, y los intentos de seguir dietas ven sus picos más altos entre los 9 y los 13 años. Razón por la cual, es necesario dedicar esfuerzos en la prevención de estas conductas, intentando disuadir del seguimiento de dietas desde edades muy tempranas (López-Guimerà y Sánchez-Carracedo, 2010).

Por lo tanto, es importante dedicar un espacio a la imagen corporal en la preadolescencia y adolescencia, pues durante estas etapas, la percepción y satisfacción con la imagen corporal impacta fuertemente en la autoestima. Es posible que presentar insatisfacción con la imagen corporal en la adolescencia, implique consecuencias socio-emocionales negativas. Al respecto de la percepción de la imagen corporal, cabe destacar que en el estudio HBSC 2018 (Moreno et al., 2020), se ha concluido que el 47,6% de los adolescentes no está a gusto con su imagen corporal. De ellos, el 18,8% creen que están demasiado delgados o un poco delgados, (22,7% de chicos lo considera así, y el 14,9% de chicas), mientras que el 28,8% se consideran demasiado gordos o algo gordos. Esto último se percibe más en chicas que en chicos (un 33% de chicas y un 24,4% de chicos). Asimismo, un 27,5% de los adolescentes a partir de 13 años, no están satisfechos con su imagen corporal. Cifras que se observan más altas en chicas (25,3%) que en chicos (19,7%). Como vemos, y de acuerdo con los estudios, un amplio porcentaje de jóvenes se siente insatisfecho con su imagen corporal y trata de modificar su aspecto practicando métodos poco saludables (Gómez et al., 2017; Moreno et al., 2020).

En la misma línea, en el año 2003, Ramos de Eulate et al., realizaron un estudio encuestando a 4657 adolescentes vascos entre 12 y 18 años, que arroja luz en lo que se refiere a imagen corporal en la adolescencia. El estudio detectó que un 19% de la población adolescente consideraba una obligación el acto de comer, lo cual se considera un factor de riesgo de trastornos alimentarios como anorexia. Además, se acrecienta en las mujeres, que llegan a un 22% frente

al 16% de los varones. Los autores consideran los resultados dignos de ser tenidos en cuenta en las acciones educativas.

En dicho estudio se demostró que un 21% de adolescentes habían realizado una o varias dietas para perder peso, siendo un 30% de chicas frente a un 13% de chicos. Esto concuerda con otros estudios que indican que las adolescentes hacen más dietas que ellos. Respecto a la restricción del aporte calórico, en el estudio se concluyó que un 22% de chicas no comían alimentos que consideraban que engordaban. También se observó que un 29% de adolescentes habían realizado ejercicio para adelgazar.

En lo que concierne a la presión familiar, un 79% confirmaban que han sentido alguna o muchas veces presión por adelgazar, siendo algo mayor la que soportan las mujeres que los hombres.

Los investigadores concluyen comentando que cerca de un 25% de los encuestados se encuentran en peligro de sufrir un TCA, es decir, una cifra alarmante, una cuarta parte de los adolescentes. Por todo ello, los autores consideran que es necesario realizar campañas de educación y prevención, mejorar la educación alimentaria en el seno de la familia y aumentar el nivel comunicativo en las familias, así como realizar una detección precoz del problema y formar a los educadores para trabajar desde la educación estos aspectos (Ramos de Eulate et al., 2003)

En consecuencia, se observa que las cifras son muy alarmantes, en cambio, lo cierto es que en referencia a los estudios de salud y prevención, históricamente la adolescencia había sido desatendida, ya que las tasas de mortalidad y morbilidad son bajas en este periodo. Sin embargo, en los últimos años se ha empezado a dar más importancia a esta etapa evolutiva, considerando la adolescencia como un periodo fundamental del desarrollo para los aspectos relacionados con la salud y la prevención (De La Corte y Petit, 2017).

4.3.1 Insatisfacción Corporal Según Género.

En cuanto a la preocupación por la imagen corporal y la insatisfacción corporal, algunos autores apuntan que existen diferencias según género, es decir, mientras los chicos dirigen su preocupación en la búsqueda de una imagen corporal donde predomine la musculación, las

chicas siguen unos ideales de belleza asociados a la delgadez, en muchos casos por debajo de la talla saludable (Valverde et al., 2010). En el estudio de Ramos de Eulate et al., (2003), se demostró que había un mayor porcentaje de mujeres que no aceptaba su imagen corporal (37% de mujeres frente al 15% de hombres). Así mismo, un 35% consideró que la ropa le estaría mejor con una talla menos, siendo mucho más elevado el número de mujeres que lo piensan que el de hombres (hombres 16% y mujeres 54%). Además, un 29% de los adolescentes se vieron gordos cuando en los datos reales esto no era así. También hay que destacar que más de la mitad (un 60%) de las adolescentes mostraban un deseo de cambio corporal.

Entre tanto, los expertos destacan que un porcentaje muy elevado de adolescentes, particularmente chicas, experimenta descontento con su figura corporal y/o peso, y por lo tanto realizan comportamientos insanos para reducir el peso y transformar su figura, tales como la realización de dietas sin supervisión médica, restricciones calóricas muy severas, saltarse comidas, tomar suplementos alimenticios, así como laxantes y/o diuréticos, fumar para no comer, autoinducirse el vómito, etc. (López-Guimerà y Sánchez-Carracedo, 2010).

Un estudio realizado en 2016 por Ramos, Rivera, Pérez, Lara y Moreno, con adolescentes de 13 a 18 años de edad, examinó las diferencias según géneros, sobre el IMC, la percepción y satisfacción con la imagen corporal, y el hecho de hacer dieta para perder peso. Los resultados obtenidos por este grupo de investigadores, mostraron que a pesar de que las chicas presentaban menor sobrepeso y obesidad que los chicos, estaban más insatisfechas con su imagen corporal, se percibían más gordas a sí mismas y por ello tendían a realizar dietas para controlar su peso con mayor frecuencia que los chicos.

Otro estudio de las mismas características realizado por Valverde et al., en 2010, mostró resultados similares. Examinaron las diferencias entre chicos y chicas de un total de 21.811 adolescentes de entre 11 a 18 años. Se tuvieron en cuenta ciertas variables consideradas clave en el desarrollo de TCA, tales como el Índice de Masa Corporal, la percepción y satisfacción con la imagen corporal y las conductas destinadas a controlar el peso. Los resultados, pusieron en evidencia que a pesar de que las chicas presentaban un nivel menor de sobrepeso y obesidad y tenían una puntuación más baja en el Índice de Masa Corporal, se percibían más gordas, estaban

más insatisfechas con su imagen corporal y realizaban más conductas destinadas al control del peso, entre ellas dietas para adelgazar. Coincidiendo con el otro estudio (Ramos et al., 2016), se encontró que la razón que mueve a chicos y chicas a realizar dietas para adelgazar no es el peso corporal real, sino la percepción que tienen de su cuerpo, en primer lugar, y cómo de satisfechos están con él, en segundo lugar, es decir, la imagen corporal (Valverde et al., 2010).

Como vemos, la percepción y satisfacción corporal son más negativas en chicas que en chicos, y teniendo en cuenta, que uno de los peligros que conlleva el descontento con la imagen corporal es el control del peso, acaba siendo más frecuente la puesta en práctica de métodos inapropiados y poco saludables para adelgazar por parte de mujeres que de hombres. Parfraseando a Ramos et al. (2016), “estos resultados evidencian la carga negativa que supone la percepción y satisfacción corporal sobre las chicas adolescentes” (p.47-48).

De este modo, se apoyan las conclusiones de otros expertos que evidencian cómo la presión social por un cuerpo delgado sigue incidiendo más en las chicas, reflejando la relación que existe entre un modelo estético femenino centrado en la delgadez y la insatisfacción con la imagen corporal (Cruz y Maganto, 2003; Espina et al., 2001; Kuan et al., 2011). Esto último podría deberse a que el ideal de los chicos respecto a su cuerpo esté asociado cada vez más con la musculatura (Murawski et al., 2009). (Ramos et al., 2016, p.48)

Por tanto, observamos que la conducta más repetida que toman los adolescentes frente al descontento con su imagen corporal es seguir una dieta para la pérdida de peso, y cabe destacar que se muestran diferencias de sexo pues son las chicas las que con más frecuencia realizan este cometido. No obstante, cada vez es más frecuente que los chicos presenten también problemas relacionados con el control del peso (Valverde et al., 2010).

A raíz de estos estudios se extrae la conclusión de que a la hora de desarrollar y llevar a cabo programas de intervención dedicados a la prevención de TCA, se deben tener en cuenta las percepciones de los adolescentes sobre su imagen corporal, teniendo también en cuenta que la insatisfacción corporal afecta más significativamente a mujeres que a hombres (Ramos et al., 2016; Valverde et al., 2010).

Siguiendo los postulados de Ramos et al. (2016), es preciso advertir que, aunque es necesario prevenir la obesidad y TCA mediante educación para la salud que incluya buenos hábitos de alimentación y promueva la actividad física, es igualmente imperioso, tener en cuenta la variable de la imagen corporal. Así pues, los expertos advierten que “para conseguir que los programas tengan éxito, es necesario complementar las intervenciones de promoción de hábitos saludables de alimentación y ejercicio físico con la promoción del correcto reconocimiento, valoración y aceptación de la propia imagen corporal” (p.48), teniendo en cuenta además, las diferencias de género. Por eso, se deberían implementar programas para prevenir la insatisfacción corporal y las dietas innecesarias para adelgazar, y a la vez promocionar hábitos saludables de alimentación y actividad física para prevenir el exceso de peso (Ramos et al., 2016).

4.4 Relación Autoestima y Salud

Montt y Chávez (1996) definen la autoestima como la autoevaluación que el individuo hace y mantiene sobre sí mismo y se expresa en una actitud de aprobación o reprobación. Indica hasta dónde el sujeto se siente capaz, significativo, exitoso y valioso. Desde otra perspectiva, Moreno et al., (1997) consideran la autoestima, como variable de la personalidad que indica la apreciación y el valor que el sujeto se concede a sí mismo o componente afectivo de las actitudes hacia uno mismo. Además, Median et al., (2004) defienden la autoestima como «el conjunto de percepciones de imágenes, pensamientos, juicios y afectos sobre nosotros mismos. Es lo que yo pienso y siento sobre mí» (p.172). En este aspecto, la autoestima viene a ser la variable que condiciona nuestra forma de ser, estar, actuar y de relacionarnos. En este sentido, pensamos que es necesario que en los centros educativos existan espacios curriculares en los que se trabaje lo que el alumnado siente, percibe y aprecia de sí mismo/a.

4.4.1 Autoestima, Calidad de Vida y Salud

Gran cantidad de expertos/as coinciden en que la autoestima influye sobre diferentes aspectos importantes de la vida, como son el rendimiento académico, las relaciones interpersonales, la ansiedad, la aceptación, la adaptación a diferentes situaciones, mejores

patrones de control emocional, etc., y la consideran un importante indicador de salud y bienestar (Matud, 2004; Montt y Chávez, 1996).

Así mismo, diversos estudiosos, alegan que una alta autoestima se asocia a mayor capacidad de sociabilidad, mejores relaciones con pares y familiares, motivación de logro, responsabilidad, ajuste personal, niveles de ansiedad bajos y son emocionalmente más estables (Castañeda, 2013; Legaz et al., 2017; Moreno et al., 1997; Sañudo et al., 2006).

En el sentido contrario, la baja autoestima, se relaciona, según las investigaciones, con el desarrollo de actividades delictivas, mayor sintomatología, comportamientos antisociales, etc. Todo ello puede propiciar adicciones a medicinas, alcohol y/o drogas, problemas psicosomáticos, invisibilidad social, miedo al éxito, fracaso escolar (Median et al., 2004; Moreno et al., 1997; Triñanes et al., 1994). También puede influir en la forma de comer y/o en la insatisfacción corporal (Gómez et al., 2017).

En la misma línea, Montt y Chávez (1996), consideran que las personas con autoestima más baja, frente al fracaso presentan reacciones negativas más intensas. Esto les condiciona de forma negativa sus pensamientos sobre otros aspectos de sí mismos, produciendo una generalización negativa. Estas personas con autoestima baja, frente a feedbacks negativos, pierden motivación en la realización de tareas posteriores, suelen atribuir el fracaso a la capacidad antes que al esfuerzo, etc.

Haciendo hincapié en el rendimiento académico, diferentes autores/as ponen de manifiesto la idea de que existe una relación positiva entre una autoestima alta y un buen rendimiento académico. Los escolares con una buena imagen personal, a menudo se muestran más motivados por aprender, tienen expectativas de éxito más altas y confían en que los logros dependen de su esfuerzo (Montt y Chávez, 1996).

Agregando a lo anterior, Soto et al., (2018), afirman que la autoestima juega un papel muy importante en el desarrollo y mantenimiento de la salud, considerando la salud, de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, como un estado de bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de enfermedades.

Diferentes autores/as explican la relación existente entre autoestima y salud a través de

conductas promotoras de salud y conductas saludables. Es decir, las personas con autoestima más alta, son más propensas a cuidar de su salud. Así, López et al. (2006) destacan la investigación de Méndez (2003), que halló que la autoestima predecía la participación de los sujetos en pruebas de detección precoz del cáncer, y Spiegel (2002) confirmó la relación entre autoestima y conductas promotoras de salud en sujetos con VIH. A su vez, Moreno et al. (1997) destacan los estudios de Torres-Rivas et al. (1995) que demuestran que la autoestima incide en la salud mediante el desarrollo de conductas saludables.

Respecto a los trastornos de la conducta alimentaria, Calcedo (2016) argumenta que «la autoestima baja y el afecto negativo, aumentan el riesgo de imagen corporal negativa y problemas alimentarios» (p.55), lo que podría ser la causa de un trastorno de la conducta alimentaria. El autor se basa en que la autoestima puede ejercer un papel moderador entre la presión social que nos empuja a estar delgados y la internalización del ideal de delgadez. Por consecuencia, las personas con autoestima baja son más vulnerables a la presión social para estar delgadas y más propensas a internalizar los ideales sociales estéticos para ser aceptadas, así como más propensas a normalizar las imágenes transmitidas en los medios de comunicación. Coincidiendo con Soto et al. (2018) que también consideran que la autoestima juega un papel determinante como factor de protección de los trastornos de la conducta alimentaria.

Además, el autor León (2009) considera que la autoestima es, entre otras, una variable personal que afecta el bienestar psicoemocional de los estudiantes en el ámbito escolar. En la misma línea, comenta la relación entre inteligencia emocional y salud mental, asumiendo que una carencia en las habilidades de inteligencia emocional está relacionada con la aparición de problemas conductuales en el ámbito de las relaciones sociales, y afecta al bienestar psicológico. Destaca que algunos estudios llevados a cabo en Estados Unidos muestran correlaciones entre inteligencia emocional alta y menos síntomas físicos, ansiedad y depresión. Así mismo, subraya el estudio realizado por Extremera y Fernández-Berrocal (2003), que demuestra que los estudiantes con mayor inteligencia emocional percibida, muestran menor sintomatología depresiva y ansiosa y menor tendencia a tener pensamientos intrusivos.

4.4.2 La Autoestima en la Preadolescencia y Adolescencia.

A la luz de los estudios presentados, se avala la relevancia de planificar programas de autoestima y de salud en los centros educativos (Calatayud, 2001). Trabajar estos contenidos, sin lugar a duda, potenciaría una mayor estabilidad, social, psíquica y personal entre los estudiantes.

Vistas las magnitudes de la importancia de la autoestima en el desarrollo de los adolescentes y teniendo en cuenta que el desarrollo de la autoestima favorece el bienestar y el buen funcionamiento psicológico, personal e interpersonal (Roca, 2013), consideramos que la educación juega un papel muy importante en el desarrollo de habilidades que permitan alcanzar metas de realización personal, entre las que incluimos el desarrollo de una autoestima sana y duradera.

Creemos que es beneficioso trabajar la autoestima desde la adolescencia, ya que los estudiosos afirman que el autoconcepto del adolescente resulta fundamental para su salud mental, de manera que los individuos jóvenes con una autoestima baja, probablemente tendrán algún tipo de psicopatología. Además, en la etapa de la adolescencia, la imagen que tiene el sujeto de sí mismo y la que percibe que tienen de él sus pares, componen una de las fuentes principales de su autodefinición y por consiguiente de salud mental en los jóvenes (Montt y Chávez, 1996).

Siguiendo con esta misma idea, cabe resaltar que los primeros años de vida son muy importantes respecto al desarrollo de la autoestima, ya que la calidad de las relaciones que el niño o la niña establezca con las personas que lo/la cuidan, definirá la confianza que este tendrá consigo mismo y con el resto de personas.

Los especialistas consideran que la etapa escolar es un periodo crítico en la formación del autoconcepto, ya que el niño, por el momento del desarrollo evolutivo en el que se encuentra, empieza a ser capaz de evaluar sus habilidades, lo que conlleva implícito que las compare con las de otros y con las expectativas de los padres. A medida que el niño crece, la necesidad de pertenencia al grupo y las aspiraciones sociales típicas a esta edad, lo convierten en un individuo muy sensible a la opinión que los pares tienen sobre él, de modo que los coetáneos adquieren un papel importante en el desarrollo de la autoestima (Montt y Chávez, 1996).

4.5 Los Medios de Comunicación y Redes Sociales y su Relación con los Problemas Relacionados con el Peso

En primer lugar, cabe mencionar que el diccionario de la Real Academia Española de la lengua (RAE) define “medio de comunicación” como “instrumento de transmisión pública de información, como emisoras de radio o televisión, periódicos, internet”. Entre los medios de comunicación a los que nos referimos en este apartado, incluimos tanto los medios de comunicación de masas: televisión, cine, internet, redes sociales, prensa, radio y publicidad, como los interpersonales, como el teléfono, correo y plataformas con chats como algunos videojuegos, entre otros.

En este sentido es necesario subrayar, que el uso de un medio no excluye el uso de otro, por ejemplo, se puede utilizar a la vez, televisión y ordenador, o televisión y teléfono móvil. También cabe resaltar, que hoy en día, se aglutinan varios medios de comunicación en un solo objeto. Por ejemplo, desde el teléfono móvil, se tiene acceso a redes sociales, programas de televisión, internet, correo electrónico, videojuegos, prensa y revistas, etc. (Rossi, 2006).

Su uso está fuertemente extendido y los expertos coinciden en que tienen un papel relevante en nuestra vida. Tanto es así, que los medios de comunicación actúan como factor de riesgo no solo de los trastornos de la conducta alimentaria, sino también de la obesidad y el sobrepeso, ya que por un lado, provocan la interiorización de mensajes que desencadenan insatisfacción corporal y preocupaciones por el peso, y por otro lado, como ya hemos visto en el apartado 2.3, contribuyen a aumentar y mantener el ambiente obesogénico, ya que publicitan muchos alimentos insanos, ricos en grasas y azúcares, y además su empleo está estrechamente relacionado con las actividades sedentarias (López-Guimerà y Sánchez-Carracedo, 2010; Muñoz-Cano et al., 2012; Sepúlveda, 2017). Las investigaciones muestran que los medios de comunicación son capaces de influir en las opiniones, actitudes y comportamientos de las personas (Raich et al., 2017) de manera que, si los mensajes que lanzan los medios, son, de manera directa o indirecta, poco saludables, afectarán a los individuos, que a largo plazo, imitarán estas conductas y las harán propias.

En este apartado el lector se va a encontrar, el tipo de mensajes no saludables que

suelen predominar (directa o indirectamente) en los medios de comunicación y las repercusiones que tienen sobre los seres humanos, también de qué manera actúan los medios para ser transmisores del ideal de belleza actual, en qué grado influyen en la sociedad, qué estrategias utilizan para lograr sus objetivos, cómo afectan a niños y adolescentes y en qué medida están relacionados con el desarrollo de TCA y obesidad en infantes y adolescentes. Así como una serie de recomendaciones para educadores y docentes a fin de educar a los más jóvenes al respecto de los medios de comunicación en pro de mejorar la salud física y mental de éstos.

4.5.1 Emisor de Mensajes no saludables.

Desgraciadamente, una parte muy extensa del contenido que ofrecen los medios de comunicación, son mensajes no saludables que giran acerca del ideal de belleza, la talla, la comida, el control del peso, los estereotipos y los roles de género, y así normalizan estándares irreales muchas veces manipulando imágenes. De esta forma, los medios de comunicación, extienden la falsa teoría de que la apariencia física es la competencia más importante en los seres humanos. Venden la idea de que la delgadez es atractiva y normativa, contrariamente a la realidad, donde cada vez hay más casos de sobrepeso y obesidad. Además, generalizan la idea de que las personas obesas y con sobrepeso son horribles y perezosas, y acrecientan los prejuicios negativos hacia ellas (López-Guimerà y Sánchez-Carracedo, 2010).

En cuanto a los TCA, los medios de comunicación también generan repercusiones negativas, pues se considera que juegan un papel principal en la interiorización del ideal de belleza y promueven la insatisfacción corporal, las preocupaciones por el peso y los comportamientos alimentarios alterados. Además, los medios de comunicación son la principal fuente que guía a los consumidores a la hora de seleccionar la compra de productos para estar a la moda y ser atractivos, y en este sentido son especialmente agresivos con la población femenina (López, 2017; López-Guimerà y Sánchez-Carracedo, 2010).

Una de las cuestiones más importantes a tener en cuenta, es que no fomentan la diversidad corporal, ya que predomina un único prototipo de cuerpo en el que impera un único canon de belleza asociado a un cuerpo muy delgado y difícil de conseguir para la mayoría de la

población. Hecho que empuja a los individuos a compararse, daña la autoestima de las personas y contribuye a perpetuar los estereotipos asociados a la apariencia física y a venerar la delgadez como cualidad con la que triunfar social y laboralmente. Esto empuja a los individuos a sentir la necesidad imperante de transformar su propio cuerpo para encajar dentro de este patrón y para ello, a menudo recurren a dietas o conductas poco saludables (Carretero, 2017).

Otro mensaje negativo que lanzan los medios de comunicación es la cosificación sexual de la mujer. Los expertos consideran que la televisión es un mundo desproporcionadamente masculino, donde los personajes femeninos han de ser atractivos y provocativos. También los videojuegos siguen esta trayectoria, donde se suelen reproducir estereotipos sexistas que podemos resumir en que la presencia de personajes femeninos es mínima, una mujer por cada cinco hombres, y se pueden clasificar en tres tipos, aunque ninguno de ellos deja a la mujer en buen lugar: las que deben ser rescatadas, las sádicas, entendido como mujeres que reproducen un patrón viril pero con atributos físicos muy exagerados, o las mujeres tipo muñeca Barbie, bonitas, superficiales y consumistas (López, 2017).

En referencia a los valores que transmiten los anuncios publicitarios, Fernández Cavia y su equipo (2006) realizaron una investigación y se comprobó que a través de los anuncios se ponían en alza valores frívolos como la belleza, seducción y moda entre otros en la misma línea, mientras que se observó una ausencia de valores cívicos como respeto y solidaridad. Además, se consideró que desde los anuncios se estaban reforzando los estereotipos de género, de manera que se tendía a asociar al género masculino valores como la competitividad, éxito y velocidad, mientras que al género femenino se le asociaba ternura (López, 2017).

No solo en la publicidad se perpetúan los estereotipos de género, si nos fijamos en los protagonistas de las películas, al hombre se le suele ofrecer como inteligente, eficaz, observador, audaz, implacable, elegante, rico, infalible, seductor, que no se compromete en sus relaciones afectivas, y se dedica más a su profesión que al matrimonio o cuidado de los hijos. Es decir, el hombre posee muchas competencias y se resaltan capacidades diferentes al cuerpo físico, pero cuando se trata de la mujer, los personajes femeninos destacan casi exclusivamente por su atractivo físico (Raich et al., 2017).

Por otro lado, los medios de comunicación, sobre todo revistas, bombardean a los consumidores con otro mensaje no saludable, las dietas “milagro”. De hecho, Román y Quintana (2010) hacen referencia a un estudio realizado en Estados Unidos, donde se determinó que entre las adolescentes, la lectura de revistas sobre dietas y pérdida de peso, aumentaba sus conductas no saludables y extremas para el control del peso.

En este sentido, las “dietas milagro”, son esa clase de dietas sin supervisión profesional, que prometen a los usuarios perder mucho peso, de forma rápida, generalmente venden la idea de que se conseguirá bajar de peso con poco esfuerzo, a cambio de restricción de alimentos o ingesta de sustitutivos. Pero cabe destacar, que las dietas sin supervisión médica son peligrosas, pues son un factor de riesgo principal para el desarrollo de problemas relacionados con el peso, tanto desencadenamiento de TCA, obesidad o sobrepeso (López-Guimerà y Sánchez-Carracedo, 2010). Tradicionalmente, estas dietas para adelgazar, que imperaban sobre todo con la llegada del calor, en primavera y verano, se transmitían a través de revistas, pero hoy en día han encontrado un nuevo lugar en las redes sociales. En Instagram, Facebook, Youtube, etc. encontramos infinidad de cuentas y canales destinados a promover el adelgazamiento entre sus seguidores, muestran fotos de cuerpos delgados, cambios corporales (fotos de antes y después de seguir la dieta), recetas y venden dietas y productos dietéticos, en definitiva, crean la necesidad de adelgazar. Sabemos que las dietas son un factor de riesgo para desarrollar TCA, pero el problema se agrava aún más si cabe por el hecho de que gran cantidad de estas personas que venden dietas en la red no son nutricionistas ni tienen estudios ni conocimientos sobre esta disciplina. Se erigen como gurús y el público les cree, confía en ellos, sigue sus recomendaciones y les paga por dietas de dudosa procedencia. Tal ha llegado a ser la cantidad de estas dietas y promoción de productos adelgazantes, que algunas redes han decidido recientemente tomar medidas. Es el caso de Instagram, que ha optado por endurecer su política en cuanto a los productos que incitan a la pérdida milagrosa de peso, aunque no ha conseguido grandes resultados, pues sigue habiendo infinidad de personas cobrando por la venta de dietas y promocionando la delgadez. En este sentido, es necesario educar a la población para que sean capaces de discriminar, qué cuentas y personas comparten contenido fiable y son verdaderamente expertos, que pueden

acreditar su formación al respecto y cuáles no.

En alusión a la promoción de la delgadez, desde los medios de comunicación, aparecen ejemplos muy extremos, como ciertas páginas web denominadas Pro-Ana y Pro-Mía, que sacralizan la anorexia y bulimia nerviosa como estilos de vida adecuados en lugar de como trastornos psiquiátricos. Los usuarios (generalmente mujeres) de estas comunidades, asocian la delgadez con valores que consideran positivos como la belleza y el control, lo que lejos de ayudarles, les empuja a un círculo vicioso donde acaban presentando un estado de ánimo más negativo, baja autoestima, perciben mayor peso y se preocupan en exceso por su peso (Campos, 2007; López-Guimerà y Sánchez-Carracedo, 2010).

Este fenómeno Pro-Ana y Mía al que nos referimos, se popularizó en internet en 2004 en las sociedades occidentales, y desde entonces no ha parado de crecer. Los foros de este tipo registran gran cantidad de mensajes al día y los programas de mensajería instantánea han permitido la creación de una red gigantesca de usuarios que escapan a cualquier tipo de control institucional. Su popularidad, puede ir ligada al hecho de que el diagnóstico de un TCA suele ir acompañado por una estigmatización de la enfermedad, vergüenza e incomprensión; pero en este contexto, la comunidad pro-Ana y Mía, proporciona apoyo, unidad y constituye un lugar que consideran “seguro”, que puede servirles a modo de santuario, además de una oportunidad de interactuar con otras personas que buscan los mismos resultados (Campos, 2007).

Aunque estas páginas web que promocionan la anorexia y bulimia abiertamente, suelen ser eliminadas al cabo de un tiempo, como decíamos, existe una plataforma más privada y difícil de borrar, los grupos de Whatsapp. Basta con echar un vistazo rápido a Youtube, donde se encuentra una gran cantidad de vídeos “pro-Ana” y “pro-Mía” que incitan a la anorexia y bulimia nerviosa. En ellos, además, si dedicamos un momento a ver los comentarios, se puede observar la alarmante cantidad de personas comprometidas con los TCA, alardeando de ellos, criticando el sobrepeso, y donde además se pueden encontrar muy fácilmente enlaces para acceder a los grupos de Whatsapp que promocionan estos trastornos. En este sentido, Makarov (2018), ha publicado la manera en que se infiltró en estos grupos y cómo de inquietantes son las conversaciones que allí se mantienen. Revela que en ellos, las personas que sufren anorexia y

bulimia, sobre todo mujeres jóvenes, comparten su día a día, alentándose para ir un paso más lejos, dándose ánimos cada día para seguir siendo anoréxicas, bulímicas o seguir con sus dietas. Son chats públicos y cualquiera puede unirse cumpliendo unos pocos requisitos, como una breve presentación en la que digas tu nombre, edad, cuál es tu peso actual y cuál es tu objetivo de pérdida de peso y si eres anoréxica o bulímica. Las conversaciones suelen estar muy activas, en ellas comparten su día a día de todo lo relacionado con la comida y el peso. Es inquietante la pasmosa normalidad con la que se dan consejos de cómo vomitar, cómo hacerlo sin hacer ruido, muestran las autolesiones que se provocan como castigo por haber comido, se dan apoyo o se retan para hacer ayunos, se envían fotos “motivacionales” de cuerpos muy delgados, etc. Se idealizan y se autodenominan “princesas”, hacen comentarios frívolos acerca de la muerte, como que si mueren, al menos serán un cuerpo delgado y bonito y no uno gordo. Cuentan sus dietas, entre las que es destacable “la milagrosa dieta del agua”, y se dan consejos para no desfallecer practicando deporte sin apenas comer, por ejemplo “imaginándose perfectas” (Makarov, 2018).

Así es que, un nexo común entre la comunidad pro-Ana y Mía, es que los usuarios no se sienten pacientes de una enfermedad, sino incomprendidos, personas que están tratando de luchar por lo que quieren, bajo su responsabilidad y amparándose en que es su vida y su decisión.

En otra perspectiva, otro mensaje poco saludable que envían los medios de comunicación, concretamente la publicidad, es el de promocionar alimentos poco saludables. Sobre todo en televisión, una gran cantidad de anuncios gira en torno a favorecer el consumo de alimentos hipercalóricos, repletos de grasas saturadas y azúcares. Entre ellos destacan los de refrescos azucarados, bollería industrial y dulces, y es preocupante que la mayoría de las veces se dirigen al público infantil.

4.5.2 Transmisores del Ideal de Belleza.

Mientras que el sobrepeso es el ideal de belleza en otras culturas como Mauritania, en la sociedad occidental la belleza se asocia hoy en día, a la delgadez. Vivimos en una cultura que prácticamente no concibe la belleza sin delgadez, pero nos preguntamos de dónde surge esta idea. El estudio del ideal de belleza ha sido profuso, y los investigadores han concluido que los

medios de comunicación son los transmisores más potentes de los estereotipos de delgadez como sinónimo de belleza, a la vez que ejercen una presión que nos mueve a modificar nuestros hábitos alimentarios para estar delgados (Sepúlveda, 2017).

Como venimos diciendo, en las sociedades occidentales, la delgadez se asocia con una serie de atributos positivos, como la belleza, el control, éxito social, felicidad, salud y autoestima; mientras que el sobrepeso y la obesidad se estigmatizan y se ven asociados con falta de atractivo, pereza, impopularidad y ausencia de éxito. Haciendo una aproximación al ideal de belleza femenino actual, encontramos que se trata de un cuerpo muy delgado, pero además ha de reunir otras características, como un cutis impecable, pelo cuidado, rasgos faciales atractivos, senos voluptuosos..., mientras que el masculino se centra en potenciar la muscularidad. Son niveles de “perfección” prácticamente inalcanzables, que además, exigen más a la mujer que al hombre (López-Guimerà y Sánchez-Carracedo, 2010; Sepúlveda y Compte, 2017). En las últimas décadas, la cantidad de mensajes relacionados con la imagen corporal en los medios no ha dejado de crecer, hasta tal punto que este prototipo de belleza física que se impulsa desde los medios de comunicación, ha hecho mella en la sociedad y ha creado una obsesión por la delgadez, la celulitis, las dietas, los alimentos light, las cirugías, etc. que han elevado los casos de trastornos alimentarios hasta convertirlos en un problema generalizado. A este proceso se le conoce como “mediatización del cuerpo” y dicta los cánones por los que se puede catalogar un cuerpo como deseable o no. Esta transmisión del ideal de belleza desde los medios de comunicación es peligrosa porque desarrolla la creencia de que el éxito social está atado a la imagen corporal y que cualquier medio es aceptable para conseguir el fin de la delgadez. Además de normalizar imágenes y estándares de belleza inalcanzables y poner el foco en una constante comparación del aspecto físico que genera inseguridad en los individuos (Carretero, 2017; López, 2017).

En este sentido, los medios de comunicación, contribuyen notoriamente a mantener esta idea positiva de delgadez, y normalizan la delgadez extrema. Si apelamos a un ejemplo, Casas et al. (2000) en un estudio evaluaron el índice de masa corporal (IMC) de las modelos más famosas de los años 90. Se observa que, de las dieciocho mujeres analizadas, quince presentaban

infrapeso, dos bajo peso y solo una tenía peso normal (López-Guimerà y Sánchez-Carracedo, 2010, p.33).

En resumidas cuentas, los estudios muestran la influencia de los medios de comunicación en los ideales de belleza y confirman que pueden ser un factor de riesgo para la aparición de TCA (Carretero, 2017) y de insatisfacción corporal, con diferentes consecuencias. No solo influyen en los individuos empujándoles a desear adelgazar, también en los últimos años han contribuido al auge de la medicina estética para tratar de modificar diversas partes del cuerpo.

4.5.3 Influencia de los Medios de Comunicación.

Indudablemente, la influencia que tienen los medios de comunicación sobre las personas es muy alta y esta cultura audiovisual en la que nos vemos inmersos puede acarrear efectos perniciosos sobre los seres humanos. Un claro exponente de esta influencia se muestra en el estudio realizado por Field et al. (1999a), que confirmó que el 69% de las chicas entrevistadas reconocía haberse sentido influenciada por las revistas al respecto del cuerpo ideal, y no solo eso, además un 47% quería perder peso después de ver esas imágenes de las revistas (López-Guimerà y Sánchez-Carracedo, 2010).

Siguiendo con esta misma idea, un equipo de Harvard Medical School, en 1995, aprovechando la llegada de la televisión a las islas Fiyi del Pacífico Sur, decidió estudiar cómo afectaba el impacto de este medio de comunicación en la población de las islas, que hasta el momento, se habían mostrado atraídos hacia el ideal de cuerpos robustos. Pero tres años después de verse introducida la televisión, se habían alterado los comportamientos alimenticios y las actitudes de la población autóctona. Se investigó a chicas de 17 años y se observó que un 13,3% habían vomitado con la intención de controlar su peso, frente al 0% de antes de llegar la televisión a sus vidas. El número de chicas que mostraba puntuaciones altas en la evaluación de las capacidades alimentarias alteradas aumentó de un 13% a un 29%, y un 74% de las chicas confesó sentirse gorda (Carretero, 2017; López-Guimerà y Sánchez-Carracedo, 2010, p.41).

Por tanto, los autores coinciden en que una mayor exposición a los medios de comunicación, de manera directa o indirecta (a través de los efectos de los medios de comunicación sobre

personas de su entorno) se asocia a insatisfacción corporal, interiorización del ideal de delgadez, preocupación por el peso y alteraciones alimentarias, sobre todo en mujeres, y siendo las más vulnerables, las menores de 19 años (Calcedo, 2016; Levine y Murnen, 2009; López-Guimerà y Sánchez-Carracedo, 2010; Murnen et al., 2007).

En este contexto, a criterio de los expertos, existen tres mediadores entre los medios de comunicación y la insatisfacción corporal y las conductas alimentarias alteradas, que son la interiorización del ideal de delgadez, la comparación social y la activación del esquema de delgadez (López, 2017; López-Guimerà y Sánchez-Carracedo, 2010). Vamos a verlos con más detalle:

En cuanto a la **interiorización del ideal de delgadez**, conviene advertir que es un factor de riesgo importante de TCA, ya que hace referencia al proceso en el que la persona adopta cognitivamente los ideales de belleza impuestos por la sociedad e inicia un proceso para alcanzar estos ideales, que son muy difíciles de conseguir y que suele incluir la práctica de praxis insanas, dando lugar a insatisfacción corporal, desarrollo de alteraciones alimentarias y afecto negativo (López-Guimerà y Sánchez-Carracedo, 2010). En esta línea, Carretero (2017) afirma que “el bombardeo constante al que se ven sometidas las mujeres con mensajes que llegan desde el mundo de la moda, la estética y la alimentación contribuye a favorecer la interiorización del modelo estético de delgadez como objetivo único al que todo el mundo quiere aspirar” (p.727).

En resumidas cuentas, los ideales estéticos no afectan de forma directa al nivel de satisfacción con nuestro cuerpo, nuestro estado de ánimo o autoestima, sino que está intervenido por el nivel de **interiorización de esos ideales**. Eso explica por qué no todas las personas desarrollan insatisfacción corporal y/o alteraciones alimentarias, sino solo aquellos individuos que por ser más vulnerables o verse más expuestos, resultan más indefensos.

Por otro lado, los profundos efectos que causan los medios de comunicación en la interiorización del ideal de delgadez, y que, como hemos visto, a su vez pueden conllevar insatisfacción corporal y pérdida de autoestima y derivar en desórdenes alimenticios, se deben al efecto de “**la comparación social**”. La teoría de la comparación social, explica que los individuos tienden a compararse con los demás para evaluar las actitudes y aptitudes propias. Si una persona

se compara con otros que están en mejores circunstancias, provoca en sí mismo un resultado desfavorable, pues desencadena una serie de emociones negativas, como insatisfacción, frustración o envidia. Por ejemplo, en el caso de la publicidad, el consumidor se compara a sí mismo con las personas que aparecen en los medios, que han podido sufrir retoques, o usualmente son seleccionados siguiendo los estrictos cánones de belleza que solo representan a una minoría, por eso, cuando el consumidor se compara con las imágenes idealizadas representadas en los medios, y comprueba que él mismo no cumple con esos estándares, la insatisfacción corporal se ve incrementada. Los hallazgos muestran que las mujeres y las adolescentes que tienden a compararse de manera continuada con los cánones de belleza representados en los medios de comunicación, tienen más probabilidades de presentar insatisfacción corporal y alteraciones alimentarias (López-Guimerà y Sánchez-Carracedo, 2010).

En otro orden de cosas, los medios de comunicación influyen también a la hora de elegir unos u otros alimentos. De hecho, la televisión es el medio que más fuertemente incide en la elección de los alimentos. Así, Román y Quintana (2010), nos hablan de un estudio español (Suárez et al., 2002) donde se pone de manifiesto que el 35,2% de los alumnos encuestados no reconocía la influencia de la televisión en sus hábitos alimentarios. Estas cifras chocan con la realidad, ya que el 71,8% consumía productos difundidos en anuncios de televisión. Conviene resaltar que la influencia que ejerce la televisión hacia la elección de ciertos alimentos es realmente peligrosa si tenemos en cuenta que la gran mayoría de productos que son anunciados en este medio, son insanos. En consonancia los autores reivindican que es importante “cambiar el patrón publicitario de los alimentos en la televisión de nuestro país, a una donde los alimentos nutritivos sean promovidos y la comida no saludable ‘chatarra’ sea minimizada; así se contribuiría a reforzar la alimentación saludable y promover una vida sana, con menos riesgo de enfermedades crónicas”. (Román y Quintana, 2010, p.187)

En conclusión de la teoría expuesta, se ha demostrado que los medios de comunicación, desempeñan un dominio sobre la sociedad y la actitud de las personas, son capaces de modificar su comportamiento y contribuyen al desarrollo de TCA y obesidad (López, 2017). Uno de los más poderosos es la televisión, pero es evidente también la alta influencia que ejercen las redes

sociales sobre sus usuarios, especialmente jóvenes y adolescentes. Esta influencia es tan alta, y está tan normalizada, que a los personajes famosos en redes que cuentan con muchos seguidores, se les ha bautizado como “influencers”.

4.5.4 Estrategias que Utilizan los Medios de Comunicación.

Debemos tener en cuenta, que uno de los principales objetivos de los medios de comunicación, además de comunicar, valga la redundancia, es obtener rédito. A su vez, la publicidad se encarga de estimular el consumo, obtener financiación, informar, educar, etc. Aunque los valores que transmite no siempre son los mejores para nuestros jóvenes. De hecho, el sector de la publicidad supone un obstáculo en la prevención de TCA y obesidad. Además, conviene no olvidar que estamos hablando de un sector muy poderoso, donde se invierte un gran capital económico. Si nos fijamos en las cifras, mientras que en 2005, el Ministerio de Sanidad y Consumo español auspició su campaña para la prevención de la obesidad infantil con 1,2 millones de euros, el año anterior, la compañía PepsiCo había invertido la friolera de 1700 millones de dólares en una campaña para publicitar patatas fritas. A partir de todo lo expuesto, se presupone que detrás de las campañas publicitarias, hay escondidos intereses económicos, y con el fin de que los beneficios sean lo más grandes posible, se utilizan diversas estrategias (López, 2017).

Una de las más extendidas y conocidas, es la manipulación de imágenes mediante retoques por ordenador y utilización de técnicas como Photoshop, que contribuyen a aumentar la diferencia entre las imágenes que presentan como ideales y las de personas reales, y promueven la divinización de ciertos prototipos de cuerpo, muy delgados. A través de estas técnicas los medios pretenden fomentar el consumo y la compra de sus productos, potencian nuestras sensaciones y ganas de salir al mercado, nos hacen creer que podemos alcanzar aquello que deseamos, un cuerpo ideal, belleza, juventud... pero no están exentos de connotaciones negativas: estas falsas imágenes, generan un alto grado de insatisfacción corporal porque transmiten un ideal de belleza utópico y falso, que sacraliza la delgadez hasta niveles insanos y lejos de la ética (López-Guimerà y Sánchez-Carracedo, 2011; Raich et al., 2017).

Adicionalmente, los medios de comunicación utilizan muchas otras técnicas para multiplicar la consecución de sus objetivos, entre las que podemos destacar, fragmentación, omisión de figuras mayoritarias, asociación de un producto con un personaje positivo, empleo de maquillajes y uso de MovieReshape, que es un programa informático para editar el físico en los vídeos. También utilización de modelos, actores y actrices que reúnen todos los requisitos estéticos exigidos por los cánones de belleza, pues estos se ocupan de ofrecer al público la imagen que este ansía para sí mismo. De esta forma, los anuncios a cargo de personas atractivas, llaman la atención de los espectadores y multiplican la fascinación por los productos anunciados. A este respecto, López (2017), advierte que “las estrellas cinematográficas y televisivas fascinan porque son la expresión sublimada de las propias carencias” (p.420). En relación con lo dicho, la publicidad se encarga de alimentar fantasías, hace pensar al cliente que comprando determinado producto podrá parecerse al modelo que lo anuncia, ya sea físicamente o convirtiéndolo en una persona feliz, activa, poderosa... El mercado se encarga de mostrarte tus carencias y alentarte para que desees cambiarlas.

Otro procedimiento muy utilizado, que los expertos colocan en el punto de mira por sus connotaciones negativas, es la sexualización y cosificación del cuerpo femenino, aunque con el paso del tiempo, va creciendo también el tratamiento del cuerpo masculino (López, 2017; Raich et al., 2017).

Por otro lado, para aumentar la venta entre el sector infantil, también es común emplear los personajes favoritos de los niños para vender alimentos, tanto en los anuncios de publicidad como a través de juguetes o cromos que se “regalan” junto con los alimentos (Rossi, 2006).

Por último, una estrategia que ha crecido exponencialmente en los últimos años y que usualmente utilizan las industrias para multiplicar ventas, es la publicidad encubierta, que se da fundamentalmente a través de las redes sociales. De esta forma, las redes sociales actúan como un escaparate donde las empresas publicitan sus productos, pero esta publicidad, que puede ser muy sutil, tiende a pasar desapercibida a ojos inexpertos como pueden ser los de niños y adolescentes. La forma en la que actúan es contratando a personajes famosos en redes sociales, aquellos que acumulan grandes números de seguidores, para lucir o recomendar sus

marcas o productos, en ocasiones hablando de sus múltiples ventajas. Se hacen fotos con ellos, hablan de sus características y explican a los seguidores dónde pueden encontrarlos o cómo comprarlos, pero generalmente no especifican que se trate de un anuncio. De manera que es importante educar para que sean conscientes, que entiendan que no es casual que esos personajes famosos a los que ellos idolatran y acumulan miles de seguidores, lleven determinada ropa o comenten lo fabuloso que es un restaurante, casi siempre son colaboraciones pagadas por las marcas: anuncios, publicidad.

Estas personas, a nivel de mercado son una herramienta más de comunicación y marketing, aunque pocas veces lo hacen de forma declarada, sincera y abierta; la forma más habitual es la publicidad encubierta, por lo que se hace evidente, que es necesario educar a niños y jóvenes, para que sean capaces de comprender que en muchos casos se trata de publicidad, no de realidad.

4.5.5 Exposición a los Medios de Comunicación e Implicación en el Desarrollo de TCA y Obesidad en Niños y Preadolescentes.

Viendo la gran influencia que ejercen los medios de comunicación en la población en general, no es de extrañar que esta influencia se vea multiplicada cuando hablamos de niños y adolescentes, etapas de la vida en que las personas son más inocentes y vulnerables. De hecho, varios expertos están de acuerdo en que los infantes y preadolescentes parecen ser especialmente susceptibles de ser influidos por los medios, hecho que les puede repercutir negativamente en muchos aspectos, entre los que destacamos la alimentación, realización de dietas, imagen corporal, autoconcepto y desarrollo de TCA y obesidad, entre otros (López, 2017; Raich et al., 2017; Rossi, 2006).

En la misma línea, se ha confirmado la relación entre exposición a la televisión y alteraciones de la alimentación e importancia del aspecto físico en niños, de manera que la televisión está positivamente relacionada con las alteraciones en la alimentación y también cuanto mayor es el consumo de televisión, más probable es que los niños estereotipen negativamente a las niñas gruesas, pero no tanto a los niños gruesos. Además, el contenido que comparten los medios de

comunicación está repleto de mensajes no saludables sobre el ideal de belleza, la talla corporal, la comida, el control del peso, el rol de género femenino, etc. (López-Guimerà y Sánchez-Carracedo, 2010). Otros autores de renombre como Sepúlveda (2017), muestran su concordancia expresando que los medios de comunicación afectan especialmente a los jóvenes y favorecen el desarrollo de los TCA a través de mensajes dedicados a promover dietas de pérdida de peso y hábitos alimentarios poco saludables en el afán de conseguir un cuerpo esbelto, atractivo y paradójicamente “sano”.

Por tanto, existe consenso de la comunidad de expertos a la hora de afirmar que los medios de comunicación han aproximado los TCA a la población más joven y esto ha sido de dos formas distintas. Primeramente, de forma abierta, igual que acerca contenidos que no son óptimos para la edad de los niños como sexo, violencia y drogas. Y en segundo lugar, de manera indirecta, impartiendo contenidos de riesgo, que comportan un peligro potencial como factores de riesgo como idolatrar la delgadez, otorgar excesiva importancia al aspecto físico, mostrar homogeneidad corporal, promocionar dietas de pérdida de peso, etc. (López, 2017).

Por otro lado, también son peligrosos en cuanto a obesidad y sobrepeso, ya que los expertos los consideran un factor importante en el desarrollo de la obesidad infantil por varias razones: por un lado, por tratarse de una actividad sedentaria, que no implica la quema de calorías y resta tiempo de actividad física y por otro lado, porque los niños y adolescentes quedan expuestos a los anuncios de alimentos, muchas veces de baja calidad nutricional y muy calóricos, refrescos y zumos azucarados, restaurantes de comida rápida, etc. (González y Atalah 2011; Rossi, 2006). De acuerdo con algunos estudios (Coon y Tucker, 2002), los niños entre 2 y 17 años se encuentran expuestos a unos 30 anuncios de alimentos al día, entre los que el 69% son altos en azúcar refinada, 35% altos en grasa y 20% altos en sodio (Taras y Gage, 1995). También la OMS, asocia las estrategias de publicidad de alimentación y bebidas, con obesidad infantil (López 2017).

En este sentido, se afirma que cuanto mayor es la exposición del niño a los medios, mayores son las posibilidades de desarrollar obesidad (González y Atalah, 2011) y en concordancia, es posible disminuir el peso corporal de los niños, reduciendo el tiempo que le dedican. Así lo

demuestran varios estudios, por ejemplo, Rossi (2006), expone que la American Academy of Pediatrics, concluyó que los niños que ocupan 4 horas al día o más de su tiempo a la televisión, tenían un IMC mayor comparado con aquellos que le dedicaban menos de 2 horas al día. En consonancia, un modelo matemático desarrollado en Estados Unidos, calcula que si la exposición a la publicidad televisiva de niños entre 6 a 12 años, se redujera a 0, la prevalencia de obesidad disminuiría de 17,8 a 15,2 % en niños y de 15,9 a 13,5 % en niñas (González y Atalah, 2011).

Ciertamente, los medios de comunicación son la influencia social más poderosa en la expansión del ideal de belleza (López-Guimerà y Sánchez-Carracedo, 2010). En este aspecto, como venimos diciendo, los niños y adolescentes son los más vulnerables por varias razones:

Esto puede ser debido, en primer lugar, al menor desarrollo de las facultades cognitivas y emotivas por la falta de maduración de los niños y jóvenes (López, 2017) ya que la televisión y la publicidad la mayor de las veces deforman la realidad, pero puede resultar difícil para los niños y adolescentes diferenciar si lo que ven es real o no.

En segundo lugar, es menester indicar que los jóvenes se encuentran muy expuestos, ya que dedican muchas horas al uso de algún medio de comunicación. Algunos investigadores sugieren que la población juvenil destina entre el 33 y el 50% del tiempo que permanecen despiertos (Raich et al., 2017). En esta línea, también cabe destacar el estudio realizado por el Consell Audiovisual de Catalunya, que confirma que los niños destinan una media de 990 horas al año frente a la televisión, mientras que el número de horas que dedican a la escuela es inferior, 960 horas (López-Guimerà y Sánchez-Carracedo, 2010).

4.5.6 Planes para Minimizar el Impacto Negativo de los Medios de Comunicación.

Teniendo en cuenta la información expuesta, que nos muestra que los medios de comunicación son un factor de riesgo en el desarrollo de TCA y obesidad, ya que influyen ampliamente en la población, y especialmente en los niños y adolescentes, pues son los más vulnerables, por su inocencia y por el elevado tiempo de exposición; consideramos imprescindible aunar esfuerzos en la búsqueda de minimizar el impacto negativo que los medios de comunicación ejercen sobre nuestros jóvenes. Pero, la solución no pasa por alejarles de los medios y negarles

el conocimiento. Autores referentes en el tema, plantean que los programas de bloqueo infantil son una violación de la libertad de los niños, y no los consideran efectivos, pues finalmente los jóvenes serán capaces de encontrar aquello que se propongan, ya sean páginas proanorexia y bulimia, pornografía, o contenido de cualquier otra índole (López, 2017). Además, consideramos que las restricciones pueden ser contraproducentes, pues probablemente despertarán interés por lo prohibido, desencadenando así el efecto de la fruta prohibida, que convierte lo ilícito en atractivo. De manera que el fin no debe ser prohibir, sino educar. Debemos ser conscientes de que no es posible raer los medios de comunicación de la vida de los niños, pero sí que es posible educarles, enseñarles a ser más conscientes y redirigirles hacia una actitud crítica. Por tanto, a la luz de estos datos, nuestro mayor desafío subyace en educar sobre estos medios de comunicación.

También en cuanto a las comunidades pro-Ana y Mía, que aunque los foros, páginas web y blogs, son cerrados constantemente, vuelven a abrir nuevos, siempre hay material disponible, es imposible mantener a los niños y adolescentes de hoy al margen de internet, pues este ya forma parte de nuestra vida. La solución pasa por educar en el uso responsable de las redes sociales.

En definitiva, existen diferentes estrategias que desde la educación se pueden llevar a cabo con el fin de mejorar las capacidades de los más pequeños en lo que a medios de comunicación se refiere, y las podemos aglutinar dentro de una estrategia conocida como “alfabetización mediática”. Raich et al. (2017), explican que “la alfabetización mediática pretende desarrollar la habilidad para acceder, analizar y evaluar críticamente los mensajes mediáticos en una amplia variedad de formas” (p.294).

Dentro de la alfabetización mediática, encontramos que es relevante mostrar a los jóvenes las estrategias manipulativas que emplean los medios, demostrar que los mensajes mediáticos están manipulados con el fin de atraer al público y mantener su atención. Los medios de comunicación emulan un ambiente fantástico que nos genera múltiples necesidades y de esta forma hacen crecer el consumo de los productos que ofrecen (López-Guimerà y Sánchez-Carracedo, 2010; Raich et al., 2017).

También resulta sustancial contribuir al desarrollo de la conciencia crítica, fomentar la habilidad de evaluar y juzgar los mensajes emitidos por los medios, ser conscientes de los intereses económicos que hay detrás de las campañas publicitarias, aprender que los medios editan todo lo que publican y cuidan hasta el más mínimo detalle, nada es casualidad. Igualmente, cobra importancia favorecer la toma de decisiones personales, elegir lo que más convenga al sujeto por su propia voluntad y no movido por los intereses de las empresas que auspician la publicidad (Raich et al., 2017). Los investigadores consideran que el hecho de promover el sentido crítico hacia los medios, conlleva la reducción de su influencia (Sepúlveda y Compte, 2017).

Por tanto, los objetivos que se propone alcanzar mediante la alfabetización mediática son, despertar un espíritu crítico en niños y adolescentes ante el ideal de belleza dominante que les lleve a oponer resistencia a los factores que promueven las dietas, la excesiva preocupación por el peso y la inseguridad respecto a la apariencia física. Ser conscientes de los intereses económicos que imperan en los medios de comunicación. Presentar las manipulaciones que se realizan para favorecer la venta de productos. Promover el desarrollo de una imagen corporal positiva, así como el respeto hacia la diversidad de figuras corporales (Jorquera, 2017).

En conclusión, diversos expertos consideran que los medios de comunicación, aunque no son la única causa, son parte integral de los modelos etiológicos de los TCA y obesidad y juegan un papel importante en el origen de la obesidad infantil. Varios estudios coinciden en que existe una correlación entre la exposición a imágenes de personas delgadas y la insatisfacción con el propio cuerpo y los TCA (Rossi, 2006; Sepúlveda, 2017). Sin embargo, aunque los medios de comunicación han supuesto un escollo en lo referente a la prevención de TCA y obesidad hasta ahora, se puede cambiar esta tendencia a través de la educación. Definitivamente, educar sobre las estrategias manipulativas que utilizan los medios de comunicación y la publicidad, y promover una actitud activa y crítica, es de suma importancia para prevenir problemas relacionados con la alimentación y el peso (López-Guimerà y Sánchez-Carracedo, 2010). Sobre todo, es especialmente necesario tener presente a la población infantil y adolescente, pues entre estos últimos, la interiorización del ideal de belleza es mayor, lo que implica que son los más predispuestos a sentirse insatisfechos con su físico y a adoptar conductas de riesgo con tal de

modificarlo (Carretero, 2017).

Incluso se evidencia más la necesidad de la educación mediática si dirigimos nuestra mirada hacia la regulación de los medios, tema que genera controversia, pues son ellos mismos los encargados de autorregularse, y en aras de conseguir audiencias altas e intereses económicos, parece que no siempre son minuciosos en esa regulación, ni se rigen por principios éticos ni morales (López, 2017).

A este respecto cabe resaltar que la televisión no ejerce un dominio total sobre todo el público, sino que en la asimilación de sus mensajes intervienen las experiencias previas, la actitud crítica y el sentido reflexivo entre otros (López, 2017). Este hallazgo, pone de manifiesto, una vez más, la inexcusable tarea de educar en alfabetización mediática, pues cuanto más consciente sea la población, menos control será el que ejercerán los medios. Y es que, cuando una misma idea se representa desde diferentes medios sin que ningún otro la contradiga, provoca un efecto de acumulación. Como viene sucediendo con la delgadez, que impera en la mayoría de medios, canales y programas, de la misma forma que en la ficción (películas, series, dibujos animados) el sobrepeso y obesidad se relaciona con personajes vagos, malos o cobardes. Sin ir más lejos, en las películas de Disney, referente entre el público infantil por excelencia, casi solo encontramos personajes con sobrepeso entre los antagonistas o personajes secundarios (aunque hay algunas excepciones, pero son la minoría), de manera que se estigmatiza el sobrepeso y se relaciona la gordura con el mal.

Por otro lado, algunos autores rompen una lanza a favor de los medios de comunicación y defienden la idea de que se podrían convertir en aliados en la lucha contra los TCA y obesidad. Considerando que tienen un grado de impacto sobre la sociedad muy alto, podrían ser promotores de salud si respetaran la diversidad corporal y fomentaran la autoestima positiva. Algunas de las acciones que se pueden implementar con tal fin son: fomentar la imagen de modelos corporales realistas, promover el fomento de la autoestima más allá del físico y promocionar estilos de vida saludables relacionados con la alimentación y actividad física adecuada (Carretero, 2017; López, 2017). Por eso consideramos que debemos exigir a los medios en general y a la televisión en particular, una programación de calidad, más acorde al siglo en el que vivimos, más “social”, que

no perpetúe estereotipos de belleza nocivos, que tenga en cuenta todos los modelos corporales, que coeduque, sin potenciar estereotipos de género dañinos, ni normalice modelos estéticos extraordinarios.

4.6 Alfabetización Mediática para Prevenir TCA en los Preadolescentes

Como veníamos diciendo, los trastornos de la conducta alimentaria se han convertido en un problema de primer orden, puesto que son trastornos mentales graves (Errandonea, 2012; Raich et al., 2017; Ruiz-Lázaro, Velilla y González, 2017) y el número de personas afectadas no ha parado de crecer en los últimos años, tanto en España como a nivel mundial. Además, se trata de enfermedades crónicas, que habitualmente acompañan a los pacientes durante gran parte de su vida, puesto que su diagnóstico y tratamiento resultan dificultosos (Magán et al., 2011).

Asimismo, entra en juego una nueva preocupación para los expertos y es que los TCA cada vez aparecen a edades más tempranas (Raich et al. 2017), de forma que afectan a población más joven. De hecho, se considera una enfermedad devastadora para los adolescentes, entre los cuales aparecen 20000 nuevos casos cada año, pero no solamente preocupan los casos propiamente diagnosticados, sino también las conductas alimentarias de riesgo, tales como dietas restrictivas, uso de laxantes, provocación del vómito, ejercicio físico excesivo para quemar calorías... (García, 2020; López-Guimerà et al. 2011). En este sentido se considera que al menos un 11,2% de los adolescentes presentan conductas de riesgo para controlar el peso (García, 2020). Tanto es así que son una de las principales causas de morbilidad y mortalidad entre los adolescentes (Valles, 2013) y también son la tercera enfermedad crónica más prevalente en la adolescencia detrás de obesidad y asma (Montero et al., 2018; López-Guimerà et al., 2011; Raich et al., 2017).

En referencia al aumento en el número de casos, es conveniente resaltar que si bien la etiología de los TCA es multifactorial (González, 2012; Maestri, 2018; March et al., 2006) hay uno de los factores de riesgo que los expertos consideran gran responsable: los medios de comunicación y redes sociales (RRSS). Se ha advertido que existe una notoria relación entre la exposición continuada a los medios de comunicación y redes sociales, y el desarrollo de

TCA, pues contribuyen a aumentar la presión sociocultural sobre el peso (García, 2020). Esto se debería a que los medios de comunicación son los principales perpetuadores de los cánones de belleza, entre los que ciertamente impera la extrema flaqueza.

Las influencias que llegan a través de la exposición a los medios de comunicación impactan en la insatisfacción corporal de las personas, y de forma singular en los adolescentes (López-Guimerà y Sánchez-Carracedo, 2010; Rojo et al, 2006; Ruiz-Lázaro, Velilla y González, 2017). Esta influencia viene causada por la comparación del propio cuerpo con las imágenes de cuerpos muy delgados tan normalizados en los medios de comunicación (Castellano et al., 2019). Esto se traduce en presión para conseguir la delgadez, conlleva insatisfacción corporal y empuja a la práctica de conductas alimentarias de riesgo para controlar el peso (Sepúlveda y Compte, 2017). Así lo confirma un estudio hecho por Carretero (2017), donde demuestra que alrededor del 65% de las adolescentes afirman que los medios influyen en su idea de figura corporal ideal, y un 50% de ellas anhelan adelgazar debido al hecho de compararse con las modelos.

Teniendo en cuenta estas circunstancias, podemos considerar que resulta imprescindible invertir recursos en la prevención de los TCA, pues según los estudiosos, esta es la forma más efectiva de aplacar el aumento de casos (Calcedo, 2016; Casado Morales y Helguera Fuentes, 2008; Fernández, 1999). Lamentablemente, hasta la fecha no se han estado llevando a cabo campañas a gran escala que hayan resultado eficaces en la prevención de los TCA (Magán et al., 2011). Esta situación puede ser debida a una falta de recursos a la hora de investigar la prevención de TCA, falta de políticas educativas, mala o inexistente regulación de campañas publicitarias que suscitan a error (publicidad engañosa...) y educación que no tiene en cuenta la realidad de la sociedad (no educa sobre alimentación, salud, medios de comunicación, redes sociales, buenos hábitos, educación emocional...).

De modo que en este estudio, se parte de la premisa de entender la alfabetización mediática como una educación que “pretende desarrollar la habilidad para acceder, analizar y evaluar críticamente los mensajes mediáticos en una amplia variedad de formas” (Raich et al., 2017, p.294).

Cabe resaltar que en lo que se refiere a la influencia de los medios de comunicación en el

desarrollo de TCA, los estudiosos se muestran concluyentes: los medios de comunicación (entre los que se incluyen las RRSS), son los transmisores más poderosos de los cánones de belleza, entre los que, indudablemente, impera la delgadez. De forma paralela, ejercen una presión que empuja a los individuos a desear modificar su aspecto físico y hábitos alimentarios para adelgazar y encajar en este canon (Sepúlveda, 2017). Asimismo, normalizan imágenes y estándares de belleza inalcanzables y empujan a una constante comparación e inseguridad sobre el propio cuerpo en detrimento de la aceptación corporal.

En definitiva, aunque los medios de comunicación no son la causa concreta de los TCA, tienen una relación muy estrecha en su desarrollo, ya que los estudios demuestran la influencia de la presión mediática en los ideales de belleza, la correlación entre la exposición a imágenes de personas delgadas y la insatisfacción con el propio cuerpo (Carretero, 2017; Carrillo et al., 2012; Jiménez-Cruz, 2010; Jiménez-Cruz y Silva-Gutiérrez, 2008; Plaza, 2010). Por lo tanto, los expertos confirman que una mayor exposición a los medios de comunicación se asocia a comparación social, insatisfacción corporal, interiorización del ideal de delgadez, disminución de la autoestima y estima corporal, preocupación por el peso y la dieta, y alteraciones alimentarias (Calcedo, 2016; León et al., 2018; Levine y Murnen, 2009; López, 2017; López-Guimerà y Sánchez-Carracedo, 2010; Murnen et al., 2007; Tiggemann y Slater, 2014).

Además, la franja de edad a la que más considerablemente le influye la presión mediática, es la preadolescencia y adolescencia, donde el influjo de internet es más notable (Carrillo et al., 2012; Román y Quintana, 2010) pues se trata de una etapa de la vida especialmente vulnerable y que viene marcada por muchos cambios, tanto físicos, como psicológicos y ambientales, que pueden debilitar la confianza y seguridad en uno mismo, pues los adolescentes están en proceso de construir su identidad (De La Corte y Petit, 2017; Ingelmo, 2014).

En la misma línea, recientemente ha sido publicado por el periódico The Wall Street Journal (Wells et al., 2021), un esclarecedor informe conocido como Los archivos de Facebook, acerca de la toxicidad de Instagram. Instagram es una red social de la misma compañía que Facebook y esta información ha sido obtenida de estudios internos que ha estado realizando la compañía Facebook durante los últimos 3 años.

Los resultados son concluyentes: la red social Instagram afecta negativamente a la salud mental de los usuarios, en especial de las adolescentes. Entre los problemas de salud mental que declaran los usuarios de Instagram, aparecen trastornos alimentarios, problemas con la imagen corporal y autoestima, y pensamientos suicidas. De hecho, el 32% de las adolescentes y el 14% de los adolescentes varones, afirmaba que Instagram les hacía sentirse peor con su cuerpo. En otro de los estudios internos realizados entre adolescentes estadounidenses y británicas, se encontró que más del 40% de las jóvenes que se veían poco atractivas empezaron a sentirse así en Instagram.

En este sentido, los investigadores han advertido que Instagram ofrece a los usuarios publicaciones seleccionadas de entre una amplia gama de cuentas, siendo un escaparate de “perfección” que tiende a mostrar solo las mejores fotos y momentos, lo que puede empujar a los usuarios a contenidos que pueden ser perjudiciales para su salud mental.

Por lo tanto, viendo los resultados de este estudio y teniendo en cuenta que el público de Instagram son los usuarios jóvenes (más del 40% de los usuarios de Instagram en Estados Unidos son menores de 22 años), podemos afirmar categóricamente que esta red social no contribuye a proteger la salud mental ni alimentaria de los adolescentes y es potencialmente peligrosa en la adquisición de TCA.

Así pues, nuestra mirada se dirige hacia la alfabetización mediática, que defiende la idea de que educar en medios de comunicación es una manera plausible de reducir la presión socio-cultural percibida, la interiorización del ideal de delgadez y las actitudes alimentarias de riesgo (Raich et al., 2017). De la misma forma puede ayudar a mejorar la imagen corporal y por ende, prevenir el desarrollo de TCA. En el punto 6.2 de esta tesis doctoral se incluye también información sobre la alfabetización mediática como una estrategia de intervención para prevenir TCA.

Se define como el desarrollo de una habilidad de pensamiento crítico que permite a las personas hacer juicios sobre el contenido que ofrecen los medios de comunicación. Se trata de un método eficaz, ya que las investigaciones han encontrado que las intervenciones de alfabetización mediática consiguen disminuir la internalización del ideal de delgadez y otras

variables de riesgo relacionadas, aunque se trata de un proceso prolongado en el tiempo que requiere un largo plazo de intervención para producir cambios en la insatisfacción corporal. Por tanto, las intervenciones de alfabetización mediática, se caracterizan por ser programas educativos diseñados para reducir los efectos nocivos de los medios de comunicación, a través de la transmisión de información, lo que influirá, en un primer momento en desmentir creencias relacionadas con los medios, y finalmente, en la prevención de conductas de riesgo. Además, se ha podido confirmar que los programas de alfabetización mediática tienen un efecto duradero en el tiempo (González, 2012).

En España, la alfabetización mediática como herramienta de prevención de TCA, aparece por primera vez en el año 2008, en el programa “Alimentación, modelo estético femenino y medios de comunicación. Cómo formar alumnos críticos en Educación Secundaria” de la mano de Raich et al. (García 2020). A través de ella promueve el pensamiento crítico sobre el modelo estético de belleza ideal. El programa fue efectivo, ya que consiguieron prevenir actitudes negativas hacia la comida, y se vio reducida la influencia que ejercen los ideales de belleza.

No solamente es una herramienta que ha resultado efectiva en la prevención de TCA, sino que además es el método más utilizado por los programas eficaces de imagen corporal preventiva en el aula (Calcedo, 2016). De hecho, León et al., (2018) llevaron a cabo un análisis de los principales programas de intervención llevados a cabo en el mundo para la mejora de la imagen corporal en niños de Educación Primaria, y observaron que todos los programas de prevención de TCA que habían conseguido resultados positivos, tenían como nexo común la alfabetización mediática.

Algunos de los programas más destacables son el de Montero et al. (2018), que llevaron a cabo una intervención para la prevención de TCA en adolescentes, en la que incluyeron una sesión de alfabetización mediática, y los resultados demostraron que con la intervención realizada se habían producido efectos estadísticamente significativos en la mejora de la autoestima corporal y en la influencia ejercida por el ideal estético. De forma similar, Raich et al. diseñaron en 2001 un programa preliminar psicoeducativo de prevención de TCA en el que también se incluyó alfabetización mediática con una muestra de más de 300 participantes femeninas, y

los resultados fueron positivos. En la misma línea, Wilksch y Wade llevaron a cabo en 2008 el programa “Media Smart” en Australia, con 540 estudiantes, divididos en grupo intervención (con alfabetización mediática) y grupo control. Los resultados fueron que las personas del grupo con alfabetización mediática mejoraron significativamente tanto en la imagen corporal como en la internalización del ideal estético, tanto en el post programa como en el seguimiento (León et al., 2018).

Sin embargo, es menester comprender que este proceso no se basa en alejar a niños y jóvenes de los medios de comunicación para mantenerles a salvo de su influencia, sino que el buque insignia de la alfabetización mediática consiste en educar para convertirlos en personas competentes y críticas con los medios de comunicación, que sean capaces de controlar la interpretación de lo que oyen y ven, en lugar de que estos les manipulen a ellos. El objetivo, es que se cuestionen las creencias que configuran el esquema de delgadez.

A grandes rasgos, los objetivos que se persiguen mediante la alfabetización mediática en la escuela son: despertar un espíritu crítico en niños y adolescentes ante el ideal de belleza dominante que les condicione a oponer resistencia a los factores que promueven las dietas, la excesiva preocupación por el peso y la inseguridad respecto a la apariencia física. Identificar y criticar el modelo hegemónico de belleza, a través del desarrollo de habilidades de pensamiento crítico en torno a la glorificación de la delgadez. Ser conscientes de los intereses económicos que imperan en los medios de comunicación y redes sociales y ser críticos con ellos, rechazando los mensajes no saludables. Tomar conciencia de las manipulaciones y trucos que se realizan para favorecer la venta de productos y entender que la mayoría de las imágenes que presentan los medios están retocadas e ideadas para mostrar una apariencia perfecta. Ser conscientes de que los mensajes mediáticos pueden ser causantes de un efecto negativo sobre la imagen corporal propia y autoestima. Promover el desarrollo de una imagen corporal positiva, así como el respeto hacia la diversidad de figuras corporales. Ser conscientes de que la comparación con los cuerpos que se muestran en los medios afecta negativamente al estado de ánimo, la imagen corporal y la autoestima. Así como acentuar la idea de la diversidad y singularidad como características positivas. También comprender la ineficacia de las dietas restrictivas y sus efectos reales a largo

plazo de aumentar la eficiencia metabólica y los problemas de salud que pueden acarrear. Así como activismo y otras estrategias para hacer frente a los mensajes mediáticos (Carretero, 2017; González, 2012; Jorquera, 2017; López-Guimerà y Sánchez-Carracedo, 2010; Raich et al., 2017). Los investigadores consideran que el hecho de promover el sentido crítico hacia los medios, conlleva la reducción de su influencia (Sepúlveda y Compte, 2017).

En otro orden de cuestiones, cabe resaltar que algunos autores defienden la idea que a los 8 años los niños/as ya muestran niveles de preocupación corporal similares a los de los adultos y la mitad de niños en la etapa de educación primaria están insatisfechos con su cuerpo o alguna parte de este. Y es que la imagen corporal se empieza a desarrollar en la infancia y se ve muy influida por los medios de comunicación, los cuales ejercen presiones continuas sobre los ideales de belleza y delgadez, que los niños no son capaces de ignorar. Por ende, los programas de prevención deben implementarse con niños en edades tempranas, momento en el que serán más efectivos y no deben obviar la influencia y manipulación de los medios de comunicación en torno a la imagen corporal, intentando conseguir que los niños sean conscientes y críticos con las imágenes que ven (León et al., 2018).

4.6.1 Iniciativas de Alfabetización Mediática para Prevenir los TCA.

A continuación, se han recogido algunas actividades comúnmente utilizadas por expertos en alfabetización mediática (Levine y Smolak, 2006; López-Guimerà y Sánchez-Carracedo, 2010; Raich et al., 2008; Ruiz-Lázaro, Velilla y González, 2017) que son fácilmente aplicables en la escuela y pueden ayudar a prevenir los trastornos de alimentación. Como, por ejemplo, las siguientes:

- **Activismo:** Es una propuesta de metodología que implica al alumnado en la protesta contra los productos que transfieren ideas no saludables a través de sus mensajes o imágenes. Mediante esta actividad, los estudiantes se ponen en contacto con anunciantes, marcas, empresas o legisladores, para comunicar su desacuerdo y luchar por una imagen corporal positiva, diversidad corporal en los medios y transmisión de ideales más saludables sobre alimentación y actividad física. Igualmente, se puede optar por felicitar a aquellas compañías que apoyan una

idea más saludable y real en relación a la belleza y aspecto físico, feminidad y alimentación.

Se puede hacer a través de una carta de denuncia. Los alumnos eligen un anuncio en concreto, y escriben una carta formal a la compañía, que debe incluir contextualización, opinión personal/queja, posicionamiento y petición. Siempre que sean respetuosas y educadas, la Asociación de Usuarios de la Comunicación asegura que no comportan ningún problema de tipo legal, ya que se trata de un derecho del consumidor.

En este caso el docente es el encargado de buscar y facilitar la dirección del anunciante. Se puede enviar una carta por persona, por grupos o una única carta de toda la clase.

Aunque el activismo no se reduce únicamente a esta opción, la variedad de actividades de acción que se pueden llevar a cabo es extensa, como la creación de blogs, grabación de cortometrajes, exponer una crítica a través de una obra de teatro, realizar denuncias públicas en programas de radio o de televisión local, etc.

- “Crítica de imágenes de publicidad”. Se trata de proyectar en el aula una cantidad de imágenes publicitarias, y motivar la crítica por parte del alumnado de la excesiva importancia que se dedica a la cultura del cuerpo en nuestra sociedad. Mientras se van visionando las imágenes, se les van haciendo preguntas para motivar el diálogo, del tipo: “¿cuántos chicos conocéis así de musculados? ¿cuántas chicas conocéis que quepan en ese vestido?”.

- Visualización de vídeos reivindicativos, por ejemplo el realizado por la empresa Dove, de higiene corporal, que en los últimos años ha estado apostando por modelos de todas las tallas y figuras, que reflejan la diversidad de la población y ha lanzado el vídeo Onslaught (estampida), que comparte la presión mediática con respecto al ideal de belleza y control del peso a la que se encuentra sometida una mujer durante su vida, y las secuelas que tiene en el desarrollo de alteraciones alimentarias, la insatisfacción corporal y conductas no saludables de control del peso.

- Recopilación de estereotipos vinculados al ideal de belleza femenino o masculino que aparecen en los medios de comunicación.

- Compilación de mujeres importantes que hayan destacado por motivos diferentes a su físico, inventoras, científicas, escritoras, intérpretes, deportistas, activistas... Con el objetivo de

aprender a valorizar en las mujeres otros aspectos relevantes independientes a su aspecto físico, que es una cualidad sobrevalorada en los medios de comunicación.

- “Lo que me gusta de ti”: es una actividad que pone en el punto de mira la sobrevaloración que la publicidad hace del aspecto físico y la belleza. Los alumnos/as tienen que hacer una lista de las tres o cuatro personas más importantes de su vida y de las cualidades que más valoran de ellas. Para finalizar la actividad, el educador destaca el escaso papel que ocupa el aspecto físico y el ideal de belleza que transmiten los medios de comunicación en esa lista.

- “Análisis de fotografías”: es una actividad que contribuye al desarrollo del sentido crítico. Propuesta por Jorquera (2017), consiste en analizar los mensajes que transmiten los anuncios de productos de belleza y productos para adelgazar, y distinguir los sentimientos que generan en los receptores del mensaje, ya que generalmente lo que consiguen esta clase de productos, es hacer creer al consumidor que es posible conseguir el cuerpo que deseado (Raich et al., 2017).

- Los trucos de la publicidad: El objetivo de esta actividad es mostrar a los estudiantes que los cánones de belleza perfectos que emiten los medios de comunicación, en realidad están manipulados mediante trucos y montajes.

Ser conocedores de los diferentes tipos de trucos más empleados en publicidad y redes sociales, dará herramientas al alumnado para construir su capacidad crítica. Son técnicas con las que hacen más atractivos a los modelos, como parte de su estrategia para multiplicar ventas. Es importante que los alumnos sean capaces de identificar los diferentes trucos cuando ven anuncios, por tanto, un tipo de actividad es la visualización de diferentes tipos de anuncios publicitarios para determinar las técnicas utilizadas. Es recomendable incluir anuncios en distintos soportes: televisión, revistas, redes sociales...

Los trucos más comunes son el retoque fotográfico, maquillaje e iluminación y fragmentación del cuerpo. Esta última es una técnica publicitaria consistente en presentar de forma aislada fragmentos del cuerpo. Habitualmente, en los medios se presentan fragmentos corporales de varias personas, haciendo creer que se trata de una sola. Es habitual, por ejemplo, presentar el cuerpo de una niña o adolescente de cintura para abajo y el de una chica de 25 de cintura para arriba. Hay modelos de caras, de perfiles, de narices, de manos, de pechos, de piernas, etc. La

publicidad establece un modelo para cada parte del cuerpo y una enorme variedad de productos para que el consumidor quiera conseguirlo.

Incluso en ocasiones, siguiendo esta técnica de fragmentación, utilizan partes de cuerpos masculinos, por ejemplo para anunciar cremas anticelulíticas para mujeres, ya que por su fisionomía, la piel masculina es más tersa.

Mediante esta actividad se trata de demostrar a los participantes que el supuesto cuerpo perfecto que nos muestran está en realidad creado a partir de diferentes personas con diferentes edades. Se puede trabajar mediante la elaboración de dos murales en los que se muestren los cuerpos de un hombre y una mujer con fotografías de fragmentos corporales tomadas de anuncios en revistas. La misma actividad puede realizarse a partir de la fragmentación y posterior montaje de fotografías de los propios alumnos.

La reflexión que los estudiantes deben entender es que si se comparan con la imagen que ofrece el anuncio, en realidad se están comparando con un “collage” en el que se ha elegido cuidadosamente la parte más bonita del cuerpo de diferentes personas. Es una comparación injusta, pues es muy difícil salir vencedor.

- El negocio de la belleza: En la misma línea, conocer el negocio de la belleza les ayudará a ser más reflexivos y menos manipulables. Se trata de un procedimiento en el que a primera instancia, a través de los medios se crea al consumidor la necesidad de alcanzar un modelo estético muy estricto, donde la base del éxito es la delgadez. Luego, se ofrece una gran variedad de productos para crear la falsa idea al consumidor de que podrá alcanzar ese ideal de belleza (productos adelgazantes, anticelulíticos, cremas antiedad, dietas, operaciones estéticas...). Sin embargo, los productos no suelen funcionar y el ideal de belleza es prácticamente imposible de alcanzar o mantener en el tiempo, por lo que las personas seguirán consumiendo toda clase de productos de belleza y frustrándose en el camino.

- Al respecto de los trucos de la publicidad y redes sociales, recientemente ciertas cuentas en Instagram se están haciendo eco de estas técnicas y están tratando de desenmascarar los trucos y visibilizar la realidad, en una campaña que vela por reconciliarnos con nuestros cuerpos y admirar la belleza en cualquier talla. Una de las cuentas de la red social Instagram que más

seguidores acumula y que muestra contenidos muy interesantes en lo que nos concierne, es @danaemercer, periodista y antigua publicista en una revista de moda, conoce a la perfección los trucos de publicidad y las técnicas de retoque de fotografías. Además en el pasado sufrió un TCA, lo que le ha empujado a crear contenido en redes sociales apoyando al amor propio y a la aceptación corporal.

Por tanto, la propuesta de actividad que se puede realizar con el alumnado es, ver el contenido de este tipo de cuentas que ejemplifican los trucos que utiliza la publicidad, y después el alumnado debe buscar ejemplos concretos en televisión u otros medios donde se pongan en práctica estos trucos.

- Omisión de siluetas mayoritarias: Se muestra a los estudiantes una imagen con diferentes tipos de siluetas y se les solicita que los clasifiquen en dos grupos: en el primer grupo los más habituales en su entorno y en la vida real (en su familia, en la calle, en el metro...) y en el segundo grupo los más habituales en la televisión. La idea es que se den cuenta de que los medios de comunicación omiten la mayoría de tipos de cuerpos y siempre exponen un tipo de cuerpo muy concreto.

Se hace una reflexión al respecto, que se puede ir guiando con algunas preguntas, por ejemplo, si creen que los tipos de cuerpos que abundan en su círculo y en la “vida real”, son personas amadas, con buenos trabajos, que resultan atractivos a otros, que tendrán amigos, estudios, etc. En definitiva, si creen que pueden haber triunfado en la vida y haber vivido plenamente. Entonces se han de plantear si creen que la publicidad y los medios de comunicación son honestos, o son muy restrictivos con los tipos de siluetas que comparten.

El objetivo de la actividad es demostrar que los medios de comunicación omiten la mayoría de tipos corporales, y poner en duda la idea de que la delgadez equivale a felicidad y éxito, así como reflexionar sobre la importancia de los valores distintos a la estética.

- Análisis de dietas para la pérdida de peso: Para esta actividad es preciso buscar previamente algunas revistas, cuentas en redes sociales u otros medios, que incluyan dietas para la pérdida de peso. Cuando se acerca el verano este tipo de dietas en los medios son realmente profusas.

Se trata de analizar la dieta entre todos, viendo los alimentos que se permiten cada día y los nutrientes en que son ricos. Comparando esta dieta con el plato de Harvard, los alumnos tienen que ir sacando conclusiones al respecto de si es un menú completo y equilibrado, y observarán que la mayoría de dietas que se venden para la pérdida de peso, son incompletas, poco variadas y no son equilibradas.

Después, en la web del Ministerio de Sanidad y Política Social existe un apartado donde se incluyen algunas “dietas milagro” para concienciar a la gente de los peligros que conllevan (http://www.aesan.msc.es/AESAN/web/destacados/dietas_milagro.shtml). Se recomienda buscar si alguna de las dietas que hemos encontrado en las revistas aparece en esta web y podemos conocer sus efectos nocivos sobre la salud.

También esta web del Ministerio se facilita un recurso para verificar si una dieta es correcta o pone en peligro la salud a través de varios test: <http://www.naos.aesan.msc.es/csymb/test/home.html>

A este hilo, es muy importante informar a los estudiantes de los peligros que comportan las dietas sin supervisión de un nutricionista profesional, más aún en una época de crecimiento como lo es la adolescencia. Generalmente cuando se realiza una dieta durante un tiempo, al abandonarla, se recupera el peso perdido, o incluso más. Y es que el cuerpo se acostumbra a gastar menos energía y después tiende a hacer una reserva ya que se alteran los mecanismos de autorregulación del cuerpo, y también los indicadores de hambre y saciedad. Así como conllevan ansiedad, cambios de humor, mala relación con la comida y son una puerta de acceso a los TCA.

Los jóvenes han de entender que la publicidad vende dietas igual que vende cualquier otro producto, y no se preocupa por la salud de los individuos, sino únicamente por sus intereses económicos. Las dietas restrictivas, tienen fecha de caducidad, porque son aburridas, poco permisivas e inflexibles, lo que deriva en problemas de salud y recuperación del peso perdido. Por eso deben preocuparse de llevar una alimentación equilibrada, variada y duradera en el tiempo, donde el menú saludable sea parte de su vida. De forma que las personas jóvenes con una alimentación saludable y equilibrada, suelen mantener su peso de forma estable en el tiempo (Raich, Sánchez-Carracedo y López-Guimerà, 2008).

- Guion de preguntas para desenmascarar anuncios: Después de haber realizado el resto de actividades y haber aprendido todo lo correspondiente, los alumnos pueden seguir un guion de preguntas que les ayudarán a ser más críticos con la publicidad. Estas son:

1. ¿Qué producto está anunciando?
2. ¿Qué tipo de cuerpo muestra?
3. ¿Qué técnicas puede haber utilizado (Photoshop, maquillaje, iluminación, fragmentación...)?
4. ¿Incluye siluetas mayoritarias?
5. ¿A qué tipo de público va dirigido?
6. ¿Utiliza métodos para convencer al público de comprarlo (música, personas felices, gente guapa a la que quieres imitar...)?
7. ¿Quién se beneficia del mensaje? ¿Cuál es el fin (intereses privados, aumentar las ventas, darse a conocer...)?

En general, tal y como se ha comentado, los medios de comunicación, y en especial las redes sociales son un escaparate de “cuerpos perfectos” y fácilmente inducen a los adolescentes al error de que este tipo de cuerpos son lo común y normal, hecho que les lleva a intentar asemejarse, aunque sea a costa de su propia salud mediante conductas alimentarias y deportivas de riesgo.

Sin embargo, aunque podemos observar que el número de casos de TCA no para de crecer en nuestro país, y la necesidad de educar en medios de comunicación es real, no se incluye esta práctica en las escuelas, por lo que consideramos que el alumnado se encuentra, en este sentido, indefenso ante una parte de su vida que no para de ganar protagonismo: las redes sociales y los medios de comunicación. Por lo tanto, alzamos la voz para incluir la alfabetización mediática como una buena práctica que se puede llevar a cabo en los centros educativos de este país, de forma innovadora, y que, sin duda, enriquecerá la vida de nuestros/as jóvenes colaborando en su bienestar físico y emocional.

En resumen, se considera indiscutible la necesidad de ahondar en el trabajo de alfabetización mediática con los preadolescentes, ya que abre nuevos escenarios en la lucha contra

los TCA y, en general, en la educación para la salud. Definitivamente, educar sobre las estrategias manipulativas que utilizan los medios de comunicación y la publicidad y promover una actitud activa y crítica, es de suma importancia para prevenir problemas relacionados con la alimentación y el peso (López-Guimerà y Sánchez-Carracedo, 2010). Sobre todo, es especialmente necesario, tener presente a la población infantil y adolescente, pues entre estos últimos la interiorización del ideal de belleza es mayor, lo que implica que son los más predispuestos a sentirse insatisfechos con su físico y a adoptar conductas de riesgo con tal de modificarlo (Carretero, 2017). Por tanto, tal y como se ha demostrado en las páginas precedentes, es exigencia y una necesidad implantar la alfabetización mediática en nuestras escuelas.

4.7 La Relevancia de la Dieta Restrictiva en la Adolescencia como Factor de Riesgo

En referencia al seguimiento de dietas, el último estudio HBSC 2018, muestra que el 13,1% de los adolescentes, admitía estar realizando en ese momento alguna dieta para la pérdida de peso, y el 2,9% para ganar peso/volumen. Se encuentran diferencias en cuanto al género, ya que mientras que las chicas tienden a hacer más dietas para perder peso (14,5% de chicas y 11,7% de chicos), los chicos para ganarlo (1,3% de chicas y 4,6% de chicos) (Moreno et al., 2020).

A la luz de estos datos, no puede pasar desapercibido que la realización de dietas de pérdida de peso tiene considerables connotaciones negativas, ya que es común que lleven implícitos algunos efectos, como fracaso en el mantenimiento de la dieta, dificultades para perder peso y gran facilidad para recuperarlo, incremento de peso a largo plazo, alteraciones en el estado de ánimo, como cambios de humor, así como episodios de atracones, sobreingesta, incremento en el riesgo de inicio de obesidad y/o TCA, etc. Además, las dietas cuando se siguen para adelgazar y dejan de lado las cuestiones de salud, minusvaloran a la persona, ya que centran la atención exclusivamente en la apariencia física por encima de la valía personal, el talento y el esfuerzo en otros ámbitos (Ingelmo, 2014; López-Guimerà y Sánchez-Carracedo, 2010). En este sentido, los expertos sostienen que aunque muchas de las personas que siguen dietas no acaban desarrollando un TCA, sí que es cierto que todas las personas que desarrollan TCA han seguido dietas (López-Guimerà y Sánchez-Carracedo, 2010).

De hecho, los estudiosos consideran que la creciente tasa de TCA puede estar debida al alto número de personas que siguen dietas y/o restringen alimentos, lo que desencadena una preocupación y mala relación con la comida. Incluso la realización de dietas multiplica por dos la probabilidad de atracones y por ende, de aumentar de peso (Gómez et al., 2017; López-Guimerà y Sánchez-Carracedo, 2010; Raich et al., 2017). Es un efecto conocido como la “manzana prohibida”, se crea un deseo por los alimentos prohibidos y una obsesión por los alimentos no permitidos. Tanto es así que Jorquera (2017) defiende la idea que actuando respecto a la realización de dietas, se podría reducir la incidencia de los TCA y disminuir su tasa de aparición.

Entre tanto, la revisión de la literatura señala que los factores que empujan a realizar dietas son: la insatisfacción corporal, el deseo de ser más delgado, un IMC elevado y el afecto negativo. En esta línea, los resultados de investigaciones sugieren que las chicas adolescentes que tienen un IMC elevado es más probable que tengan actitudes y comportamientos alimentarios alterados y realicen comportamientos extremos para controlar el peso. Aunque también debemos tener en cuenta, que muchas adolescentes, en mayor medida chicas, consideran que tienen sobrepeso, aunque están en un peso normal (López-Guimerà y Sánchez-Carracedo, 2010).

Pero no debemos confundir las dietas por iniciativa propia, sin supervisión de nutricionistas, que suelen ser muy restrictivas y en la mayoría de los casos basadas en estrategias no saludables tales como saltarse comidas; con las intervenciones de control de peso supervisado por profesionales, que sí pueden ser beneficiosas y efectivas para el individuo, ya que se basan en metas más realistas y objetivos bien definidos, lo hacen a través de la adquisición de buenos hábitos alimentarios y suelen ir acompañados de ejercicio físico. Por tanto, las intervenciones para perder peso que son administradas por profesionales, no incrementan los síntomas de TCA y producen mejoras en pacientes con sobrepeso y obesidad (López-Guimerà y Sánchez-Carracedo, 2010).

Una explicación que da solución al hecho de que las personas que realizan dietas restrictivas acaben recuperando el peso, es que cuando por alguna razón violan la dieta o se encuentran en una situación que emocionalmente les altera, tras la ruptura de la restricción, desinhiben su conducta alimentaria, es decir, pierden el control y acaban comiendo descontroladamente, hasta

llegar a su límite de saciedad, que suele ser más alto que el de las personas que no siguen dietas usualmente (López-Guimerà y Sánchez-Carracedo, 2010).

A raíz de estos hallazgos, y siguiendo los postulados de los expertos, consideramos que la obesidad debe ser tratada mediante aproximaciones que no recurran a la dieta como método central de tratamiento, sino enfocándose en la mejora de determinados parámetros de salud, de manera que el foco no se centre en el peso sino en la salud, en la promoción de estilos de vida saludables y en la mejora de los hábitos de alimentación y actividad física. Por tanto, los programas de prevención de problemas relacionados con el peso, deben disuadir a los participantes de la realización de dietas, de esa forma prevendremos tanto el posible desarrollo de TCA como de obesidad y sobrepeso (López-Guimerà y Sánchez-Carracedo, 2010) y se opte por instaurar hábitos alimentarios saludables. El mensaje que se debe transmitir es que hay que cambiar la realización de dietas para la pérdida de peso, por una alimentación saludable, equilibrada y flexible, que se pueda mantener durante el resto de su vida. En este sentido, se debe educar en un modelo de vida que no dé excesiva preocupación al peso, educar desde la aceptación corporal, tanto de sí mismos como de los demás, adoptando una vida activa y saludable, que les conduzca a sentirse bien consigo mismos (López-Guimerà y Sánchez-Carracedo, 2010).

En conclusión, como se observa, la realización de dietas para la pérdida de peso, es una conducta muy habitual y normalizada, pues la preocupación por la delgadez es uno de los factores clave de nuestra cultura (Jorquera, 2017), aunque el estudio de la eficacia de las dietas ha sido profuso y los expertos han concluido que el seguimiento de dietas autoadministradas y sin supervisión de un profesional, es una parte fundamental de los problemas relacionados con la alimentación y el peso, y están estrechamente relacionadas con el inicio de TCA y obesidad. En palabras de los expertos López-Guimerà y Sánchez-Carracedo (2010), “las dietas producen pérdidas de peso a corto plazo, pero no más allá de seis meses, seguidas por una recuperación del peso, que con frecuencia es mayor que el que se ha perdido” (p.212). Además, son peligrosas para la salud, pueden causar alteraciones en el estado de ánimo, lesiones e incluso la muerte (muerte súbita por arritmia cardíaca, desequilibrio electrolítico...).

4.8 Inferencias para mi Propuesta de Investigación

En este capítulo se ha conocido que los hábitos alimentarios y deportivos de los preadolescentes no son especialmente adecuados. A grandes rasgos se puede subrayar que no toman suficiente cantidad de fruta y verdura, y que abusan de alimentos insanos como ultraprocesados, dulces, comida rápida y bebidas azucaradas. Asimismo, no practican la cantidad suficiente de actividad física que los expertos recomiendan para conseguir una vida saludable.

También se observa que gran cantidad de jóvenes en esta etapa de la vida, sienten insatisfacción corporal, que preocupa a los expertos por ser un indicador de baja autoestima e ir muchas veces de la mano de las dietas para la pérdida de peso sin supervisión profesional, y en definitiva, todos ellos factores de riesgo de TCA.

Además, tal y como se ha explicitado en este apartado, se observa que la autoestima es un constructo notable asociado a diversos indicadores de salud y calidad de vida en diferentes etapas de la vida. De tal forma, una autoestima positiva, propicia el desarrollo de una personalidad sana, un estado físico y mental saludable, mejores relaciones sociales, rendimiento académico, motivación de logro, etc. Por el contrario, la baja autoestima se relacionaría con la aparición de trastornos de la conducta alimentaria, trastornos de conducta, desajustes emocionales, depresión, ansiedad, adicciones, violencia...

Revisando la concepción de la promoción de la salud en el escenario educativo, entre los estilos de vida saludable que se promueven, en ningún caso se hace referencia a la autoestima (Calpa et al. 2019). Observamos que, pese a estar demostrado que la autoestima favorece la salud e interviene en varios procesos de salud, y siendo la adolescencia una etapa crítica por su vulnerabilidad, no se trabaja y no se potencia desde el sistema educativo. Por tanto, desde esta realidad de necesidad de la autoestima como factor clave del bienestar psico-emocional del estudiantado y siendo un factor de protección de las enfermedades relacionadas con la alimentación y el peso, sin lugar a duda, la autoestima se postula como una necesidad y una exigencia en el currículum escolar.

Agregando a lo anterior, también preocupa a los expertos, el uso, muy normalizado, extendido, casi enfermizo, de los medios de comunicación, en especial las redes sociales,

que son perpetuadores del ideal de delgadez, con una influencia muy alta en los individuos, especialmente los adolescentes, y que en definitiva también son, factores de riesgo de TCA y obesidad y aunque no son la única causa, son parte integral de los modelos etiológicos de los TCA y obesidad y juegan un papel importante en el origen de la obesidad infantil.

Sin embargo, desde la escuela se puede actuar para contrarrestar el mensaje que envían los medios de comunicación sacralizando la delgadez. Una herramienta poderosa en este sentido, es la alfabetización mediática, que desarrolla la capacidad crítica de los estudiantes y les muestra los entresijos de los medios de comunicación y redes sociales. Sin duda, educar sobre las estrategias manipulativas que utilizan los medios de comunicación y la publicidad, y promover una actitud activa y crítica, es de suma importancia para prevenir problemas relacionados con la alimentación y el peso (López-Guimerà y Sánchez-Carracedo, 2010).

A partir de todo lo expuesto, y teniendo en cuenta que el estilo de vida del adolescente es responsable en gran medida del estilo de vida que tendrá cuando sea adulto, se considera que en la etapa adolescente es menester evitar los estilos de vida no saludables, ya que de lo contrario, se establecerán de forma definitiva y tienen una importante repercusión en la salud de la persona, tanto a corto como a largo plazo (Ramos, 2009). Por ello, aspectos como la nutrición, prevención de obesidad, TCA y abuso de alcohol; actividad física y salud sexual y mental, son aspectos que necesariamente se deben abordar durante la adolescencia (Ingelmo, 2014).

Al mismo tiempo, en la adolescencia, se adquieren ciertos valores que marcarán las pautas de la vida de la persona, incluidos los hábitos alimentarios, por eso también es considerada como una etapa clave que marcará la salud del sujeto durante el resto de su vida, ya que en ella se adquieren hábitos que pueden ser factores de protección o de riesgo para la salud y por eso mismo, repercutirán en las etapas evolutivas posteriores (Ingelmo, 2014; Valles, 2013).

Concluyendo, los expertos consideran la adolescencia como el periodo donde se adquiere y consolida el estilo de vida, ya que, por un lado, se refuerzan algunos comportamientos de la infancia, provenientes sobre todo del entorno familiar y se adquieren nuevos que proceden de otros círculos, como los amigos, el colegio, los medios de comunicación... Por eso mediante el establecimiento de hábitos saludables en la adolescencia, se pueden evitar los problemas

relacionados con el peso (Valles, 2013). Además, no debemos perder de vista que en esta etapa, la interiorización del ideal de belleza es mayor, lo que implica que son los más predispuestos a sentirse insatisfechos con su físico y a adoptar conductas de riesgo con tal de modificarlo (Carretero, 2017).

De forma que, de acuerdo con la teoría expuesta, la adolescencia y preadolescencia, se conforman como momentos críticos para el desarrollo de TCA y obesidad, ya que son etapas de cambios y gran vulnerabilidad para los seres humanos, pero de igual manera se convierten en un momento clave para actuar en la prevención de los problemas relacionados con la alimentación y el peso, pues todavía se pueden modificar las conductas nocivas y es posible trabajar en el desarrollo de hábitos adecuados que les acompañen el resto de su vida. Por consiguiente, nuestra investigación, se llevará a cabo en la etapa preadolescente y el programa Everybody has a body, será precisamente dirigido a 5º y 6º curso de educación primaria.

En consonancia, en este capítulo se ha incidido en conocer los hábitos alimentarios y estilos de vida que predominan hoy en día entre los preadolescentes y adolescentes, en la imagen corporal en esta etapa de la vida, en la importancia de la autoestima como agente implicado en la calidad de vida y la salud de los individuos, en los medios de comunicación y su relación en el desarrollo de problemas relacionados con el peso y la alimentación, así como se ha presentado una forma de minimizar el impacto negativo que tienen los medios de comunicación: la alfabetización mediática. También se han presentado los problemas para la salud que pueden conllevar las dietas para la pérdida de peso sin supervisión de un nutricionista. De manera que lo indicado en este capítulo nos va a vislumbrar la necesidad de ahondar en el trabajo de buenos hábitos de alimentación y de actividad física en el alumnado, ya que la realidad nos demuestra que están lejos de ser los más adecuados. Así como se pone de relevancia la importancia de trabajar en la insatisfacción corporal, factor que es habitual en esta franja de edad, también de desarrollar una autoestima saludable, para ganar en salud y calidad de vida y como factor de prevención de obesidad y TCA. Igualmente se proyecta la necesidad de incluir en nuestro programa de prevención, la alfabetización mediática como un contenido primordial que ayudará al alumnado a desarrollar su sentido crítico y estar alerta ante los cánones de belleza que se

desprenden de los medios de comunicación. En última instancia se manifiesta la peligrosidad que conllevan las dietas para la pérdida de peso especialmente para los adolescentes.

En resumidas cuentas, este capítulo ha demostrado la necesidad de incluir en nuestra investigación el desarrollo de buenos hábitos entre el alumnado, la mejora de la insatisfacción corporal, desarrollo de la autoestima, peligros que conllevan las dietas para la pérdida de peso y que es imprescindible abordar el trabajo de la alfabetización mediática.

Capítulo 5: Análisis Crítico del Currículum Escolar de Educación Primaria en la Comunidad Valenciana, Cataluña y País Vasco, en referencia a la Prevención de TCA y Obesidad

5.1 Introducción

En el capítulo actual se va a dilucidar la consideración que tienen las leyes educativas al respecto de los contenidos de alimentación, nutrición y prevención de obesidad y/o TCA en la escuela de educación primaria, tanto a nivel general en España como en tres comunidades concretas. Así, el capítulo se divide en 10 apartados, en los que se presenta una introducción, seguida de las diferentes leyes y decretos educativos, su consiguiente valoración crítica y finalmente las conclusiones.

Es bien sabido que las enfermedades relacionadas con la alimentación y el peso se han convertido en un problema de primer orden, tanto a nivel internacional como en nuestro país, donde en los últimos años se han alcanzado cifras de trastornos de la conducta alimentaria (TCA), obesidad y sobrepeso nunca antes vistas (Espido, 2004; Maestri, 2018; Magán et al., 2011; Soldado, 2006). La prevención primaria es el arma de la que se dispone para evitar que surjan nuevos casos de estos problemas alimentarios, pero en cuanto a educación se refiere, presenta, hoy por hoy, muchos déficits que hacen que no se estén obteniendo resultados satisfactorios (Soldado, 2006).

Razón por la cual se han examinado, de manera minuciosa, las leyes que rigen la

educación en España, de manera que se pretende concretar en qué medida se involucran en la prevención de los trastornos de la conducta alimentaria, obesidad y problemas relacionados con el peso.

Se han tenido en cuenta las leyes educativas actuales más amplias que actúan a nivel nacional, que en estos momentos son:

- Ley Orgánica 3/2020, de 29 de diciembre, por la que se modifica la Ley Orgánica 2/2006, de 3 de mayo, de Educación, LOMLOE.
- Ley Orgánica 8/2013, de 9 de diciembre, para la Mejora de la Calidad Educativa, LOMCE.
- Real Decreto 126/2014, de 28 de febrero, por el que se establece el currículo básico de la Educación Primaria.

De la misma, forma se ha analizado la legislación educativa de tres comunidades autónomas españolas: Comunidad Valenciana, Cataluña y País Vasco. En primer lugar, se ha seleccionado la Comunidad Valenciana por ser el lugar donde tiene lugar la investigación. Además, para poder comparar la legislación con la de otras comunidades se han incluido también Cataluña y País Vasco. La elección de estas comunidades ha sido basada en los resultados de algunos estudios que definen la educación en estas autonomías como sinónimo de calidad y modernidad. Así, aunque el concepto de calidad es algo intangible, difícil de objetivar y no es fácil llegar a un consenso sobre lo que es la calidad en educación (Casanova, 2012), esta revisión se basa en las conclusiones extraídas del último informe de Profesionales por la Ética (2019), donde se concluye que el País Vasco encabeza el ranking de excelencia educativa; también esta comunidad se encuentra a la cabeza en cuanto a la esperanza de vida en el sistema educativo y es la comunidad con una menor tasa de abandono educativo temprano y con mayor peso de la enseñanza en iniciativa social. También es la comunidad autónoma que más dinero público invierte por alumno no universitario público. Igualmente, País Vasco y Cataluña se encuentran por encima de la media española de tasa neta de escolarización universitaria; ambas se encuentran a la cabeza en cuanto a la tasa de idoneidad a los 12 años y también a los 15 años. Además, respecto al informe PISA, Cataluña se encuentra por encima de la media en varias áreas.

En cuanto al análisis legislativo, los términos concretos que se han buscado, hacen

referencia tanto a las enfermedades explícitas: trastornos de la conducta alimentaria, anorexia nerviosa, bulimia nerviosa, obesidad, sobrepeso y problemas relacionados con el peso; como a los términos implicados en la prevención de estos trastornos de forma indirecta, como son los factores de riesgo y protección: imagen corporal, autoestima, hábitos de alimentación, estilos de vida saludables, dieta, cánones de belleza, sentido crítico con los medios de comunicación y publicidad, alfabetización mediática, educación en salud, etc. (Penna-Tosso y Sánchez 2009).

5.2 Análisis de las Diferentes Leyes y Normativa Educativa con Respecto a la Prevención de Trastornos de la Conducta Alimentaria y Obesidad

Así pues, dando paso a la investigación referida en orden cronológico de aparición de estas leyes, en primer lugar, analizamos la Ley Orgánica 8/2013, de 9 de diciembre, para la Mejora de la Calidad Educativa, LOMCE, el único término concreto que se halla estrechamente relacionado con la prevención de TCA y obesidad, hace referencia a la promoción de una dieta equilibrada, y aparece en la disposición adicional cuarta:

Promoción de la actividad física y dieta equilibrada: Las Administraciones educativas adoptarán medidas para que la actividad física y la dieta equilibrada formen parte del comportamiento infantil y juvenil. A estos efectos, dichas Administraciones promoverán la práctica diaria de deporte y ejercicio físico por parte de los alumnos y alumnas durante la jornada escolar, en los términos y condiciones que, siguiendo las recomendaciones de los organismos competentes, garanticen un desarrollo adecuado para favorecer una vida activa, saludable y autónoma. El diseño, coordinación y supervisión de las medidas que a estos efectos se adopten en el centro educativo, serán asumidos por el profesorado con cualificación o especialización adecuada en estos ámbitos.

Cabe destacar, que este mismo párrafo, prácticamente idéntico, a diferencia de una palabra, vuelve a estar presente en el apartado de Elementos Transversales, artículo 10 del Real Decreto 126/2014, sub-apartado 5.

A continuación, se explora con más detalle el Real Decreto 126/2014, que establece el currículo básico de Educación Primaria a nivel nacional, impulsado por el Ministerio de Educación,

Cultura y Deporte. Este Real Decreto está conformado por los objetivos de cada enseñanza y etapa educativa; las competencias, o capacidades para activar y aplicar de forma integrada los contenidos propios de cada enseñanza y etapa educativa, para lograr la realización adecuada de actividades y la resolución eficaz de problemas complejos; los contenidos, o conjuntos de conocimientos, habilidades, destrezas y actitudes que contribuyen al logro de los objetivos de cada enseñanza y etapa educativa y a la adquisición de competencias; la metodología didáctica, que comprende tanto la descripción de las prácticas docentes como la organización del trabajo de los docentes; los estándares de aprendizaje evaluables, que se refieren a especificaciones de los criterios de evaluación que permiten definir los resultados de aprendizaje, y que concretan lo que el alumno debe saber, comprender y saber hacer en cada asignatura; y los criterios de evaluación, que son el referente específico para evaluar el aprendizaje del alumnado.

Además, dentro del Real Decreto 126/2014, Artículo 7, se encuentran establecidos los objetivos generales de la Educación Primaria, que son las enseñanzas que los niños y niñas deben adquirir al finalizar la etapa y, por tanto, uno de los pilares básicos del currículo. De los catorce objetivos generales que se establecen, solo uno está mínimamente relacionado con el cometido de prevención de TCA y obesidad:

k) Valorar la higiene y la salud, aceptar el propio cuerpo y el de los otros, respetar las diferencias y utilizar la educación física y el deporte como medios para favorecer el desarrollo personal y social.

En cuanto a las competencias clave, se nombran en este Real Decreto 126/2014 y se desarrollan en la Orden ECD/65/2015, de 21 de enero, por la que se describen las relaciones entre las competencias, los contenidos y los criterios de evaluación de la educación primaria, la educación secundaria obligatoria y el bachillerato. Se observa que dichas competencias clave son siete, pero en relación a la prevención de TCA y obesidad, solamente se pueden destacar algunas aportaciones reducidas: en primer lugar, en la competencia 2, “Competencia matemática y competencias básicas en ciencia y tecnología”, se observa que se hace referencia a la alimentación en este contexto:

– *Sistemas biológicos: propios de los seres vivos dotados de una complejidad orgánica*

que es preciso conocer para preservarlos y evitar su deterioro. Forma parte esencial de esta dimensión competencial el conocimiento de cuanto afecta a la alimentación, higiene y salud individual y colectiva, así como la habituación a conductas y adquisición de valores responsables para el bien común inmediato y del planeta en su globalidad.

También la competencia número 5, “Competencias sociales y cívicas”, dice así:

La competencia social se relaciona con el bienestar personal y colectivo. Exige entender el modo en que las personas pueden procurarse un estado de salud física y mental óptimo, tanto para ellas mismas como para sus familias y para su entorno social próximo, y saber cómo un estilo de vida saludable puede contribuir a ello.

Por otro lado, la competencia 6, “sentido de iniciativa y espíritu emprendedor”, también se vería mínimamente relacionada, pues hace referencia brevemente al desarrollo de la autoestima, que como se ha visto, es un factor de protección de TCA (Carretero, 2017; López-Guimerà y Sánchez-Carracedo, 2010; Trujano et al., 2010). También al desarrollo del sentido y pensamiento crítico. De igual forma cabe hacer mención a la competencia 7 “conciencia y expresiones culturales”, ya que también nombra escuetamente el desarrollo de la autoestima.

Se señalan a continuación las diferentes áreas que se encuentran dentro del RD 126/2014, en su anexo 1, en las que se encuentra alguna referencia a este cometido:

Ciencias de la naturaleza: dentro del bloque 2, “El ser humano y la salud”, se puede distinguir el estándar de aprendizaje 3.4: *“conoce y explica los principios de las dietas equilibradas, identificando las prácticas saludables para prevenir y detectar los riesgos para la salud”*.

Dentro del área de **Educación Física**, aparecen referencias que se pueden poner de manifiesto tanto en relación a la prevención de obesidad como de TCA. En este caso se evalúa al alumno/a en el conocimiento de la correcta alimentación dentro del estándar de aprendizaje 5.4, *“describe los efectos negativos del sedentarismo, de una dieta desequilibrada y del consumo de alcohol, tabaco y otras sustancias”*. También es ampliamente relevante el estándar 9.1 que dice así: *“adopta una actitud crítica ante las modas y la imagen corporal de los modelos publicitarios”*.

Además, dentro de la asignatura optativa de **Valores Sociales y Cívicos**, aparece una mención, aunque bastante limitada del tratamiento de la autoestima: *“se pretende que cada*

alumno adquiriera las competencias necesarias para construir un autoconcepto ajustado y una buena autoestima, para tomar iniciativas responsables y vivir con dignidad”.

Por otro lado, aparece en el plano legislativo, la nueva Ley Orgánica 3/2020, de 29 de diciembre, por la que se modifica la Ley Orgánica 2/2006, de 3 de mayo, de Educación, LOMLOE, en la que cabe resaltar un cambio breve, aunque muy significativo:

Se modifica el objetivo general k, incluyendo el tratamiento de la alimentación:

k) Valorar la higiene y la salud, aceptar el propio cuerpo y el de los otros, respetar las diferencias y utilizar la educación física, el deporte y la alimentación como medios para favorecer el desarrollo personal y social.

También se ha añadido una disposición adicional cuadragésima sexta que hace referencia a la “promoción de la actividad física y la alimentación saludable” y dice así: *“Las Administraciones educativas adoptarán medidas para que la actividad física y la alimentación saludable formen parte del comportamiento infantil y juvenil. Con el objetivo de fomentar y consolidar hábitos de vida saludables, dichas Administraciones promoverán la práctica diaria de deporte y ejercicio físico por parte de los alumnos y alumnas durante la jornada escolar, en los términos y condiciones que, siguiendo las recomendaciones de los organismos competentes, garanticen un desarrollo adecuado para favorecer una vida sana y autónoma, para promover hábitos saludables de alimentación y la movilidad activa, reduciendo el sedentarismo. [...]”*

En cuanto a la autoestima, dentro del artículo 19, se encuentra el punto 4, que dice así: *“Con objeto de fomentar la integración de las competencias, se dedicará un tiempo del horario lectivo a la realización de proyectos significativos para el alumnado y a la resolución colaborativa de problemas, reforzando la autoestima, la autonomía, la reflexión y la responsabilidad”.*

Es menester destacar que aunque sí que se hacen referencia en esta ley a algunos términos de los que incluimos en la revisión, por diversas razones no son relevantes en esta investigación: por ejemplo en el artículo 19 del apartado 11, aparece el concepto *alfabetización en diversos medios*, aunque no hace referencia al concepto de educación mediática que entendemos como una educación que “pretende desarrollar la habilidad para acceder, analizar y evaluar críticamente los mensajes mediáticos en una amplia variedad de formas” (Raich et al.,

2017, p.294) es decir, educar para formar individuos críticos con los medios de comunicación, sino que se refiere aquí al dominio de la lectura, con lo cual, aunque aparece el concepto, no es relevante en esta investigación. Igualmente aparece el concepto alimentación en otro apartado, pero se ha desestimado por referirse a la formación de personas adultas.

5.3 Valoración Crítica de la Legislación Educativa Nacional

Una vez finalizada la revisión de la legislación con carácter nacional, se observa la poca relevancia que se otorga a la alimentación y prevención de trastornos de la conducta alimentaria y obesidad.

Aunque sí que se halla en la Ley Orgánica 8/2013 una referencia a la salud y la alimentación, no está suficientemente desarrollada y no alcanza el peso que debería ser necesario, ya que descarga toda la responsabilidad de desarrollar medidas para potenciar la actividad física y la dieta equilibrada a las diferentes administraciones, pero no facilita la manera en que se debe hacer, no coordina a las diferentes comunidades, y no lo trata como un objetivo prioritario. Es el docente quien se ve obligado a asumir la concreción de esta tarea; sin embargo, la educación nutricional o la formación en prevención de obesidad y TCA no está dentro de la formación de los maestros/as. Otra incongruencia que se encuentra en este párrafo, es que en las escuelas se debe promover la práctica de actividad física diaria en la jornada escolar, pero en el horario no está contemplada la asignatura de educación física diaria.

De los catorce objetivos generales que rigen la Educación Primaria en España, solo uno está mínimamente relacionado con la promoción de la salud, pero sobre todo desde el área de Educación Física, y aunque no se indica que estén colocados por orden de importancia, este objetivo ocupa el número 11 de aparición, no se le otorga una de las primeras posiciones. Siendo primordial la salud en la vida de las personas, se puede considerar que no está justificado el bajo peso que se concede a este objetivo, que debería estar mucho más incluido, en más áreas y ocupando una posición más relevante.

Así, en cuanto a las competencias clave, también se echa en falta alguna competencia que haga una referencia clara y explícita a la promoción de la salud, adquisición de buenos

hábitos alimentarios y educación nutricional.

En referencia a las diferentes áreas, solo en tres de ellas hay alguna referencia al tema que nos atañe, y una de esas tres asignaturas es opcional, pues es la alternativa a la religión. En cuanto a las ciencias de la naturaleza, el área que se esperaba que dotara de mayor reconocimiento el tema de la alimentación y promoción de ciertas enfermedades como obesidad y TCA a través del desarrollo y adquisición de buenos hábitos, solo dedica un estándar de aprendizaje, que aunque es necesario no es suficiente.

En cuanto a la nueva ley LOMLOE, es importante que aparece el tratamiento de la alimentación, aunque una vez más, en educación física, lo que es necesario pero no parece suficiente para prevenir obesidad y TCA. Además, también es positivo que se incluye el refuerzo de la autoestima en la etapa primaria, aunque no está expresamente dirigido a la prevención de enfermedades alimentarias.

A continuación, se da paso a la revisión de los decretos autonómicos para ver la situación legislativa de la Comunidad Valenciana, Cataluña y País Vasco. Como es sabido, las competencias en el ámbito educativo recaen sobre las comunidades autónomas, así pues, es necesario analizar los decretos establecidos en dichas autonomías.

5.4 Legislación Educativa de la Comunidad Valenciana

En primer lugar, la educación en la Comunidad Valenciana se basa en el Decreto 108/2014 de 4 de julio, del Consell. Este documento tiene por objeto establecer el currículo de la Educación Primaria, así como desarrollar los aspectos de la ordenación general de estas enseñanzas contenidas en el capítulo II del título I de la Ley Orgánica 2/2006, de 3 de mayo, y en el Real Decreto 126/2014, de 28 de febrero, por el que se establece el currículo básico de la Educación Primaria.

La referencia más significativa se encuentra en el área de **Educación Física**, concretamente en el bloque de contenidos 4, Actividad Física y Salud.

A grosso modo, la Educación Física contribuirá a que el conjunto del alumnado adquiera las competencias relacionadas con la salud. Logre la suficiencia y autonomía en los hábitos

necesarios para responsabilizarse del mantenimiento de su cuerpo en estado saludable y así contribuir a la mejora en la salud de todos. Asimismo, se añade que la práctica física regular y los hábitos de higiene, posturales y de alimentación que los alumnos adquieran durante su escolaridad y que empleen a lo largo de su vida, les ayudarán a prevenir la obesidad, controlar el estrés y mejorar la autoestima. El alumnado, mediante estos conceptos, podrá adoptar actitudes críticas ante prácticas sociales no saludables. Además, la salud se nutre del campo de conocimientos científicos de otras áreas que estudian en profundidad el cuerpo y sus funciones, desarrollando así su enfoque más interdisciplinar.

Estos contenidos son evaluables en 4º, 5º y 6º curso, concretamente en el BL 4.1 dice así: *“utilizar con autonomía, hábitos saludables de higiene, posturales y de alimentación en la clase de Educación Física y en el resto de actividades escolares y reconocer los efectos beneficiosos sobre la salud”*.

Respecto a los términos relacionados con la prevención, se pueden encontrar dentro del Decreto 108/2014 y en el bloque de contenidos nombrado anteriormente, dos contenidos que resultan esenciales:

- *Efectos negativos del sedentarismo, de una dieta desequilibrada y del consumo de alcohol, tabaco y otras sustancias.*
- *Interés y satisfacción por la atención del cuerpo para la mejora de la autoestima. Consolidación de hábitos saludables de higiene corporal, postural y alimentarios en la clase de Educación Física y aplicación en el resto.*

Por otro lado, desde el área de **Valores Sociales y Cívicos**, se encuentra reflejado el tratamiento de la autoestima, que aparece en el bloque de contenidos llamado “La identidad y la dignidad de la persona”. Dentro de ese bloque, hallamos el contenido *“se persigue construir a través de las experiencias de aprendizaje, un autoconcepto y una autoestima adecuadas que ayuden a comprender las emociones y los sentimientos propios y de los demás”*.

De igual forma, en el área de **Ciencias de la Naturaleza** se distingue únicamente, dentro del bloque de contenidos 2, “El ser humano y la salud” de 2º curso de primaria, un solo contenido relacionado con la alimentación, que es *“Nutrición y dieta equilibrada”*.

Se aprecia que, durante el resto de los cursos dentro del área de Ciencias de la Naturaleza, no se tiene en cuenta en sus contenidos y objetivos la educación nutricional, más bien se da más importancia a aspectos morfológicos, anatómicos y fisiológicos del ser humano. Sin embargo, dentro de los contenidos de esta área, sí se otorga importancia a hábitos nocivos como son alcohol y tabaco, pero se descarta el tratamiento de las consecuencias negativas de una mala alimentación y sus efectos adversos para el ser humano.

Además, según el decreto 88/2017, de 7 de julio, del Consell, en el cual se modifica parcialmente el decreto 108/2014 y se establece la distribución horaria para la Educación Primaria, la antigua asignatura de **Cultura Valenciana** que aparece dentro del Decreto 108/2014, queda suprimida. Cabe destacar que dentro del bloque de contenidos 3 “Un proyecto en común” sí se incluían la cocina valenciana y la dieta mediterránea como contenidos en 5º curso. Del que derivaba su correspondiente criterio de evaluación: *BL 3.8. “saber apreciar la relevancia de la dieta mediterránea como modelo alimentario sostenible y de calidad”*.

5.5 Valoración crítica del Currículum escolar de la Comunidad Valenciana

Al respecto del currículum de educación de la Comunidad Valenciana, sí que existe un bloque de contenidos que va en relación a la salud, pero una vez más, solo se potencia desde el área de Educación Física. También cabe resaltar que en él, se encuentra explícitamente una referencia a la prevención de la obesidad y también de factores de protección de los problemas del peso, como son control del estrés y mejora de la autoestima. Otro aspecto positivo a remarcar, es que se hace hincapié en que los hábitos alimentarios que se desarrollen en la infancia, tendrán resultados positivos en el resto de la vida del individuo. Sin embargo, se echan en falta más contenidos relacionados dentro del área de Ciencias de la Naturaleza, ya que, aunque sí aparece algo, no es suficiente y también se resalta, que se trabaja la autoestima desde una asignatura optativa como es Valores Sociales y Cívicos.

Según estos datos, se sostiene que el currículum de la Comunidad Valenciana en Educación Primaria está desactualizado en cuanto a contenidos relacionados con la alimentación.

5.6 Legislación Educativa de Cataluña

A continuación, se procede al análisis del currículum de Cataluña para la Educación Primaria. El estatuto de autonomía de esta comunidad establece en el artículo 131 que corresponde a la Generalitat de Catalunya la competencia compartida por el establecimiento de los planes de estudio correspondientes a la educación obligatoria, incluyendo la ordenación curricular. El artículo 53 de la Ley 12/2009, del 10 de julio, de educación, decreta que corresponde al Gobierno de la Generalitat establecer el currículo para cada una de las etapas de enseñanza del sistema educativo catalán, en el marco de los aspectos que garanticen el logro de las competencias básicas, la validez de los títulos y la formación común reguladas por las leyes. Así, el Gobierno de la Generalitat determina, en los términos que establece la legislación vigente, el currículum, que incluye las dimensiones, las competencias básicas y los contenidos clave propios de cada ámbito, los contenidos y criterios de evaluación de cada área y las orientaciones metodológicas y de evaluación, sin perjuicio de la autonomía pedagógica que la ley otorga a los centros educativos.

De esta forma, el Decreto donde se desarrolla el currículo y las enseñanzas correspondientes a la Educación Primaria es el Decreto 119/2015, de 23 de junio e incluye el currículo básico establecido según la Ley orgánica de 2/2006, de 3 de mayo, de educación.

En primer lugar, dentro de la Ley 12/2009, de 10 de julio, de educación, se encuentra un objetivo de etapa destacable que se ha traducido al castellano:

e) Adquirir autonomía personal y elaborar una imagen positiva y equilibrada de uno mismo para favorecer la igualdad de derechos y oportunidades entre hombres y mujeres y la no-discriminación de personas con discapacidades; la aplicación de los derechos y oportunidades de hombres y mujeres en todos los ámbitos, sin ningún tipo de discriminación por razón de nacimiento, raza, sexo, opinión o cualquier otra condición o circunstancia personal o social.

La asignatura de **Educación Física** sigue siendo la principal área donde se tratan los aspectos relacionados con la educación nutricional y todos sus derivados:

Según la ley 12/2009, en la enseñanza y el aprendizaje de la Educación Física se ha de fomentar la adquisición de conocimientos, habilidades, valores y competencias relacionadas con el cuerpo y su actividad motriz que contribuyen al desarrollo integral de la persona y la mejora

de la calidad de vida. En el área de Educación Física, la reflexión sobre el sentido y los efectos de la actividad motriz, el desarrollo de hábitos saludables, regulares y continuados y el hecho de sentirse bien con el propio cuerpo, constituyen principios valiosos de la acción educativa y contribuyen a la mejora de la autoestima.

Dentro del Decreto 119/2015, las asignaturas están estructuradas por dimensiones, que vienen a ser un recurso del currículum similar a los bloques de contenidos. En el caso de la asignatura de Educación Física, encontramos que desde la dimensión de Salud y Equilibrio personal, se espera que los alumnos sean conscientes y activos en su desarrollo. Es necesario que conozcan su cuerpo desde una perspectiva integral y que aprendan a mantener un equilibrio entre alimentación, actividad física y descanso.

Una de las competencias integradas en esta dimensión es la Competencia 6: Adoptar hábitos sobre alimentación, actividad física y descanso con conocimientos científicos, para conseguir un bienestar físico.

En cuanto al área de **Ciencias de la Naturaleza**, en el Decreto 119/2015, también se trabajan contenidos relacionados con la salud y la alimentación. En este caso, en 1º y 2º de Primaria, dentro de los contenidos del área, en el apartado de “Las personas y la salud”, destaca el contenido de valoración de una alimentación sana y variada. De este contenido, se deduce su propio criterio de evaluación: Valorar positivamente la relación entre la salud y el bienestar de la persona y la práctica de determinados hábitos asociados a la higiene, la alimentación variada y equilibrada, el ejercicio y el descanso.

Para 3º, 4º, 5º y 6º curso, los contenidos relacionados con la prevención serían: “caracterización de la alimentación variada y equilibrada como básica para una vida saludable” y “avances de la ciencia en la alimentación y la salud”. En cuanto al criterio de evaluación relacionado con estos contenidos, es: “valorar positivamente la práctica de determinados hábitos asociados a la higiene, la alimentación, el ejercicio físico y el descanso como hábitos saludables que es recomendable mantener, discerniendo las actividades que perjudiquen la salud”.

5.7 Valoración crítica del Currículum escolar de Cataluña

Dentro de los objetivos de etapa encontramos, como parte del objetivo e), “elaborar una imagen positiva” que se trata de un objetivo plausible por tratarse de un factor de protección de los TCA, pero se debe desarrollar correctamente en la práctica educativa.

También en el área de Educación Física ocupa un lugar el desarrollo de hábitos saludables y la mejora de la autoestima y existe un bloque dedicado a la salud y el equilibrio personal que busca el equilibrio correcto entre alimentación, actividad física y descanso. En este caso, también cabe destacar que en la asignatura de Ciencias de la Naturaleza sí se impulsa un buen trabajo de los contenidos relacionados con la salud y la alimentación en todos los cursos de la etapa primaria, aunque en ningún momento los esfuerzos se dirigen expresamente a prevenir obesidad, sobrepeso y TCA.

5.8 Legislación Educativa del País Vasco

En cuanto al desarrollo curricular del País Vasco, este se refleja en el Decreto 236/2015, de 22 de diciembre, por el que se establece el currículo de Educación Básica y se implanta en la Comunidad Autónoma del País Vasco. Dentro de este decreto se encuentra el currículo de Educación Primaria y el de Educación Secundaria. Ambas etapas se encuentran en el mismo decreto por lo cual solo nos referiremos a la Educación Primaria.

En primer lugar, dentro del Decreto 236/2015, artículo 31, destaca el “programa de prevención de las situaciones de riesgo”, siendo este una novedad a nivel educativo nacional, que especifica que “el Departamento competente en materia educativa promoverá el desarrollo en los centros educativos de programas de formación y de prevención de las situaciones de riesgo, con un lenguaje claro y sencillo, adaptado a la capacidad y desarrollo evolutivo de los alumnos y alumnas”. En el apartado a), se encuentra una referencia explícita:

a) Programas de prevención sanitaria y educación para la salud, en particular sobre las sustancias que pueden generar dependencias, sobre anticoncepción, sobre las enfermedades de transmisión sexual y sobre alimentación, a fin de que los niños, niñas y adolescentes adquieran hábitos de conducta no perjudiciales para su propia salud o para

la de otras personas.

Dentro de las competencias básicas ya mencionadas anteriormente del Real Decreto 126/2014, la competencia para la iniciativa y el espíritu emprendedor, consiste en la capacidad de transformar las ideas en actos. De esta competencia se ramifican otras presentes en el Decreto 236/2015, como la Competencia de “aprender a ser”, que está orientada hacia la autorrealización y el camino para aprender a ser es aprender a autorregularse. Por tanto, hace referencia al autoconcepto y la autoestima:

- o El desarrollo del autoconcepto, identificando los aspectos positivos y negativos de uno mismo de forma cada vez más ajustada a la realidad.

- o El desarrollo de la autoestima, de valoración positiva y realista de sí mismo.

Además, esta competencia se distribuye en componentes, entre los cuales, se subraya el componente 5: “Autorregular las funciones corporales, la salud y el bienestar personal, su imagen corporal e identidad sexual”. Dentro de la autorregulación de la dimensión corporal destacan los siguientes aspectos:

- o Conciencia y regulación sobre el cuidado de la salud y bienestar personal.

- o Conciencia y regulación de la imagen corporal.

También el componente 6: “Autorregular las emociones”, que comprende:

- o El desarrollo del autoconcepto, identificando los aspectos positivos y negativos de uno mismo de forma cada vez más ajustada a la realidad.

- o El desarrollo de la autoestima, de valoración positiva y realista de sí mismo.

- o El desarrollo de la autonomía o empoderamiento, entendido como la capacidad para tomar decisiones de forma personal y ejecutarlas, siendo responsable de sus actos y de su propia vida.

Una vez terminadas las competencias y su análisis, se procede al análisis de las áreas y el contenido presente en ellas. Dentro del área de **Educación Física**, como viene siendo habitual, se trata de manera transversal la educación nutricional. En el Decreto 236/2015, dentro del área, encontramos los objetivos de etapa. Entre los cuales se acentúa el objetivo 6: “*Valorar positivamente la práctica habitual, regular y moderada, de actividad física, para manifestar una*

actitud responsable hacia uno mismo y las demás personas, reconociendo los efectos del ejercicio físico, de la higiene, de la alimentación y de los hábitos posturales sobre la salud”.

Por último, dentro del área de **Valores Sociales y Cívicos** hay un tratamiento transversal de la autoestima a través del objetivo 1: *“Conocer y consolidar la identidad, las características y experiencias personales con su espacio de privacidad, respetando la identidad de las otras y otros y desarrollando la autoestima, para afrontar positivamente la vida personal y colectiva”.*

5.9 Valoración crítica del Currículum escolar del País Vasco

En cuanto al currículum educativo propio del País Vasco, como se ha visto, cabe destacar que existe un Programa de prevención de las situaciones de riesgo, en el que se incluyen programas de prevención sanitaria y de educación para la salud, donde se integran las enfermedades sobre alimentación y se potencian los hábitos saludables.

También, dentro de las competencias, se potencia el desarrollo de la autoestima y el autoconcepto, que podemos tratarlos como posibles factores de protección de los TCA.

Asimismo, dentro del área de Educación Física, se destaca su contribución al tema, pues se busca el reconocimiento de los efectos de la alimentación sobre la salud. También se dedica un espacio al desarrollo de la autoestima dentro del área Valores Sociales y Cívicos.

5.10 Inferencias Para mi Propuesta de Investigación

Las conclusiones a las que se llega son que pese a la imperante necesidad de prevención de los problemas relacionados con el peso (López-Guimerà y Sánchez-Carracedo, 2010; Ruiz-Lázaro, Velilla y González, 2017) y de que, a criterio de estudiosos y expertos, la escuela se concibe como el ámbito idóneo donde impulsar estilos de vida saludables y la edad de los escolares es idónea para fomentar aprendizajes relacionados con la salud (Calatayud y Aranda, 2000), el currículum de LOMCE y LOMLOE parecen mantenerse al margen, pues encontramos que se dedica al ámbito de la prevención de TCA y obesidad un tratamiento paupérrimo. Como se venía diciendo, aunque la evidencia científica, advierte que es más conveniente tratar la prevención de TCA de forma indirecta, a través del fortalecimiento de la autoestima, mejora de la imagen

corporal, desarrollo de habilidades sociales, gestión emocional, desarrollo de buenos hábitos alimentarios y deportivos, etc. tampoco estos términos se contemplan en la ley de forma precisa, concreta y suficiente. En las tres comunidades revisadas, una gran parte de la responsabilidad de trabajar la educación nutricional, adquisición de buenos hábitos, relación de alimentación y salud, desarrollo de la autoestima, aceptación del propio cuerpo... se deja al área de Educación Física, que se podría considerar un área con poca presencia en el horario y que tiene como prioridad impulsar la actividad física, ya que la mayoría de niños y niñas en la actualidad, no practican deporte fuera de la escuela y esta área ya se enfrenta al desafío de promocionar la actividad física. Por tanto, no parece conveniente, que a esta asignatura, que tiene poco tiempo en el horario semanal y mucho que hacer, se le tenga que restar trabajo de actividad física para otorgárselo a la educación nutricional y a los hábitos alimentarios. Estos contenidos se deberían potenciar desde otras asignaturas y desde todas de forma transversal.

A este respecto, algunos expertos consideran que la prevención y la educación sobre nutrición y alimentación, suponen la implicación activa de toda la comunidad educativa y se deberían tratar transversalmente en todo el currículum escolar desde distintas asignaturas, como, por ejemplo, ciencias naturales, ciencias sociales, artística, etc. así como en las tutorías o espacios similares (De La Corte y Petit, 2017; López-Guimerà y Sánchez-Carracedo, 2010).

Además, parece relevante incidir en que aunque en las leyes educativas del pasado podía no ser necesario otorgarle demasiada importancia a la alimentación y dieta equilibrada, hoy por hoy, vistos los cambios que ha sufrido la sociedad en los últimos años, donde los hábitos alimentarios son cada vez más nocivos, los productos insanos han ganado espacio hasta normalizarse, han aumentado el número de personas que sufren obesidad, sobrepeso y/o TCA, y además vivimos inmersos en un ambiente obesogénico que nos dificulta la toma de decisiones saludables y, tras conocer la información divulgada por la ciencia que confirma la relación entre alimentación y salud, consideramos que es necesario pasar página y dar pie a un nuevo concepto educativo que contemple la educación alimentaria y la prevención de enfermedades relacionadas con la alimentación. Hoy más que nunca es conveniente educar en salud y alimentación a los niños y niñas en búsqueda de la mejora de la calidad de vida.

Finalmente, se invita a hacer una pequeña reflexión: en general, nadie osa poner en duda la importancia de las matemáticas o las ciencias. El peso de la comunicación oral, escrita y digital, y mejor si es en varios idiomas. De la necesidad de hacer deporte y mantenerse activos. Del valor de conocer la cultura e historia propias. Pero se olvida, que cada día de la vida del ser humano, para seguir funcionando correctamente, el cuerpo necesita de alimentos. Y la salud dependerá, en cierta medida, de la calidad de esos alimentos y del equilibrio de la dieta. Por estas razones se considera necesario alzar la voz para que se incluya en el currículum escolar, la educación nutricional tanto para prevenir como para mejorar la calidad de vida de nuestros estudiantes.

En síntesis, a través de este capítulo se ha descubierto que existe un vacío legal, pues las leyes educativas actuales en nuestro país no contemplan de manera contundente la educación alimentaria ni la prevención de obesidad y TCA. Es necesario solventar esta situación y una posible solución es la aplicación de un programa didáctico de prevención de obesidad y TCA, desarrollado expresamente por personas que conozcan bien el ámbito educativo y el de la prevención de estas enfermedades, y en el que se respete la opinión de los agentes implicados, como son alumnado y profesorado. Para ello, en esta tesis doctoral se ha desarrollado el programa de prevención “Everybody has a body”, que se ha aplicado de manera piloto en varios centros escolares y como se verá en posteriores capítulos, ha obtenido resultados prometedores, logrando mejorar los conocimientos de los estudiantes sobre alimentación, la conducta alimentaria, algunas variables emocionales y disminuir la influencia de las redes sociales y medios de comunicación en relación a los TCA y obesidad.

Tabla 7

Aportaciones Significativas de las Leyes a la Educación Alimentaria y Prevención de Obesidad y TCA

LEY	APORTACIONES
LOMCE	Disposición adicional cuarta: Promoción de una dieta equilibrada

LEY	APORTACIONES
RD 126/2014	Objetivo general k: Aceptar el propio cuerpo
	Competencia 2: alimentación en los sistemas biológicos
	Competencia 5: estilo de vida saludable
	Competencia 6: desarrollo de la autoestima
LOMLOE	Ciencias de la naturaleza: Estándar de aprendizaje 3.4: dietas equilibradas y prácticas saludables para prevenir riesgos para la salud.
	Educación física: Estándar de aprendizaje 5.4: conocimiento de la correcta alimentación
	Valores sociales y cívicos: autoestima
COMUNIDAD VALENCIANA Decreto 108/2014	Objetivo general k: Como novedad aparece "alimentación"
	Artículo 19, punto 4: Refuerzo de la autoestima
	E.F.: La dieta desequilibrada, alimentación y autoestima.
CATALUÑA Ley 12/2009	CCNN: Nutrición y dieta equilibrada
	Valores sociales y cívicos: Autoestima
	E.F.: Desarrollo de hábitos saludables y sentirse bien con el propio cuerpo, contribuyen al desarrollo de la autoestima
	Aprender a mantener un equilibrio entre alimentación, actividad física y descanso
PAÍS VASCO D. 236/2015	Alimentación variada y equilibrada (3º, 4º, 5º y 6º de primaria)
	Programa de prevención de situaciones de riesgo: Alimentación
	Autoconcepto y autoestima
	Cuidado de la salud
	Imagen corporal
	E.F.: Alimentación (objetivo 6)
	Valores sociales y cívicos: Autoestima (objetivo 1)

Nota. Elaboración propia

Capítulo 6: Prevención de Trastornos de la Conducta Alimentaria y Obesidad

6.1 Introducción

Siendo fieles al propósito de esta tesis doctoral: diseñar, aplicar y evaluar la eficacia de un programa de prevención de los trastornos de la conducta alimentaria y la obesidad, dirigido a preadolescentes en edades comprendidas entre 10 y 12 años escolarizados de la Comunidad Valenciana; resulta interesante conocer qué estrategias de prevención de los trastornos de la conducta alimentaria y de la obesidad, se han llevado a cabo en los últimos años y cómo lo han hecho, para poder imitar aquellas características significativas de las estrategias que han dado mejores resultados. Pues no debemos perder de vista, que cuando se ejecuta una investigación, es menester partir de dónde otras investigaciones ya han llegado.

Por lo tanto, el presente capítulo se ha diseñado en base a las iniciativas de prevención de TCA y obesidad con más repercusión hasta la fecha. El capítulo se estructura en cinco apartados fundamentalmente; en el primero se recogen los diferentes modelos e intervenciones de prevención de TCA, y después se exponen los tipos de intervenciones más relevantes que se han encontrado para prevenir la obesidad. También las estrategias de prevención nacionales e internacionales, que o bien están en activo, o lo estuvieron en el pasado y fueron relevantes por su amplia participación, reconocimiento, alcance y/o logro de objetivos. En el último apartado, se presentan las inferencias de este capítulo que se tendrán en cuenta en nuestra investigación.

6.2 Tipos de Intervenciones de Prevención de TCA

Generalmente, las intervenciones de prevención primaria de TCA, han estado recurriendo, con mayor o menor éxito, a determinados modelos de trabajo, que se pueden clasificar, de acuerdo con Carretero (2017) y Ruiz-Lázaro, Velilla y González (2017) en: psicoeducacionales, de alfabetización mediática, movilización y activismo social y político; técnicas de inducción y disonancia cognitiva; e intervenciones dirigidas hacia la eliminación de los factores de riesgo de TCA y fortalecimiento de los factores de protección. A su vez, también se ha recurrido a otros modelos, aunque con menos frecuencia, como el feminista, *mindfulness*, uso de nuevas

tecnologías... En la tabla 8 se recogen los principales modelos e intervenciones de prevención de TCA, que a su vez, se encuentran desarrolladas a continuación:

Tabla 8

Principales Modelos e Intervenciones de Prevención de TCA

Intervenciones psicoeducativas
Disonancia cognitiva
Alfabetización mediática
Intervenciones focalizadas en eliminar factores de riesgo y de fortalecimiento del huésped
Modelo feminista
Mindfulness
Nuevas Tecnologías

Nota. Elaboración propia

a) Intervenciones psicoeducativas. Los primeros programas que se llevaron a cabo a la hora de prevenir TCA, conocidos como “intervenciones psicoeducativas”, “modelo informativo” o “modelo racional”, se basaban en la estrategia general de informar acerca de los trastornos de la conducta alimentaria y los efectos negativos que estos conllevan. Este modelo de prevención se basaba en la asunción de que la información haría que los sujetos tomaran la decisión racional de rechazar los comportamientos insanos.

Mediante este tipo de programas, se consiguió informar a los jóvenes sobre los TCA, sin embargo, no se logró alcanzar los objetivos y modificar las actitudes de riesgo. Y lo que es peor, dotar a los jóvenes con esta información, tuvo efectos contraproducentes, ya que los comportamientos no saludables para controlar el peso, no hicieron más que aumentar entre el

público al que iban dirigidos estos programas.

Lo que ocurría con este modelo de prevención es que al proporcionar información concreta sobre los TCA a personas de riesgo, se desencadenaban conductas para controlar el peso que hasta entonces habían sido desconocidas, que les resultaron más fáciles de realizar, normalizadas, atractivas o les llamaron la atención. Por tanto, la simple acumulación de información sobre los TCA, se ha evidenciado insuficiente e incluso contraproducente.

Por el contrario, los expertos consideran que en los programas de prevención sí sería beneficioso ofrecer información acerca del desarrollo corporal, los efectos nocivos de las dietas sin supervisión de profesionales, los beneficios de la actividad física, así como la alimentación equilibrada (López-Guimerà y Sánchez-Carracedo, 2010).

Como consecuencia, los autores sostienen que no es suficiente con ofrecer información, sino que hay que modificar actitudes, puesto que es un paso imprescindible cuando se busca un cambio en el comportamiento y para ello es conveniente, valerse de técnicas de implicación para evitar riesgo de iatrogenia (Carretero, 2017; Paxton, 1996; Ruiz-Lázaro, Velilla y González, 2017; Villena et al., 2017).

b) Disonancia cognitiva. La literatura especializada ha planteado la efectividad de algunos programas de prevención de TCA basados en la disonancia cognitiva. El prototipo de la disonancia se centra en un modelo etiológico de disonancia cognitiva que sostenido por la evidencia empírica, sugiere originar un choque entre las conductas y pensamientos de los participantes para que se produzca un aliciente hacia el cese de hábitos dañinos, no solo en lo que a TCA se refiere, sino que ofrece un entrenamiento en habilidades generales (Carretero, 2017).

En lo que hace referencia a la prevención de TCA, se basa en la idea de que las presiones socioculturales que fuerzan a las personas (sobre todo mujeres) a tener un cuerpo delgado, promueven la internalización del ideal de delgadez, y este, predice la insatisfacción corporal, el afecto negativo y por consiguiente, la dieta y los trastornos alimentarios. Por tanto, los programas de disonancia, buscan reducir la internalización del ideal de delgadez, y consecuentemente, la insatisfacción corporal, el deseo de adelgazar, el afecto negativo y las conductas alimentarias

disfuncionales, que a su vez, son clave para minimizar la aparición de TCA. Para ello, se involucra a los participantes en actividades que critican el ideal de delgadez estereotipado por la sociedad y voluntariamente desarrollan una postura en contra de dicho ideal. Los ejercicios de disonancia suelen ser del tipo *role playing*, descripciones... (Calcedo, 2016; Ruiz-Lázaro, Velilla y González, 2017; Sepúlveda y Compte, 2017).

Este tipo de prevención se orienta hacia la internalización de los estándares de belleza e intenta generar en los partícipes un estado psicológico de incomodidad que les empuje a posicionarse en contra del ideal de belleza actual basado en la delgadez, contribuyendo así a minimizar la interiorización de ese ideal (Ruiz-Lázaro, Velilla y González, 2017). Es necesario hacer hincapié en que la disonancia cognitiva es más efectiva cuando el participante cree que es él mismo quien de forma voluntaria asume una postura contraria a la inicial. De manera que las actividades deben ser voluntarias, no obligatorias (Sánchez-Carracedo et al., 2017).

En lo referente a la teoría que sostiene la efectividad de la disonancia cognitiva, ésta se basa en la idea de que cuando existe una disonancia o inconsistencia, entre las creencias del sujeto y su conducta, el malestar psicológico resultante ocasionará que la persona cambie su actitud o comportamiento con el fin de reducir este malestar (Sepúlveda y Compte, 2017). Varios estudios han demostrado la efectividad de estos programas de disonancia en la reducción de patologías alimentarias, obsesión por la delgadez e internalización del ideal de delgadez (Calcedo, 2016; Matusek et al., 2004; Roehrig et al., 2006; Ruiz-Lázaro, Velilla y González, 2017; Sepúlveda y Compte, 2017; Stice et al., 2000; Stice et al., 2003).

c) Alfabetización mediática. Nuestra mirada se vuelve aquí hacia la alfabetización mediática, que tal y como se ha comentado en el capítulo 4, se encuentra respaldada por abundante literatura científica y sustenta con claridad la idea de que educar en medios de comunicación es un método efectivo para reducir la interiorización del ideal de delgadez y a su vez las actitudes alimentarias de riesgo (Raich et al., 2017), ya que, como veníamos diciendo, los medios de comunicación, desempeñan un papel decisivo en la interiorización del ideal de belleza y fomentan la insatisfacción corporal, las preocupaciones por el peso y los comportamientos alimentarios alterados. Se busca que los participantes puedan decodificar los mensajes que

emiten los medios de comunicación, que sean capaces de comprenderlos desde otro punto de vista, huyendo de la manipulación a la que nos somete la industria, y de esta forma creando un pensamiento crítico hacia el modelo de belleza donde impera la delgadez. De acuerdo con Carretero (2017), “su objetivo es crear escepticismo sobre lo que los medios de comunicación dicen y proporcionar herramientas para que el adolescente desarrolle un punto de vista propio y difícilmente influenciado por estos” (p.712-713).

En líneas generales podemos considerar que las intervenciones en educación hacia los medios de comunicación, lo que buscan es desarrollar una actitud crítica ante la publicidad y los medios de comunicación en base a:

- Conocer las estrategias y trucos publicitarios, mostrando para ello los elementos manipulativos de la publicidad y explicando cómo se planifican los anuncios y las campañas publicitarias donde todo está programado y nada se deja a la casualidad.

- Reflexionar sobre el uso que se hace del cuerpo en la publicidad como medio para conseguir beneficios sin importar el malestar o daño que se pueda generar.

- Comprender que el fin de la publicidad es la rentabilidad económica a través de la venta de productos, por lo que la publicidad desempeña un papel en el que manipula a la población para crear necesidades de consumo.

- Desmitificar la idea de perfección corporal y belleza perfecta, mediante la comparación de los/las modelos y actores/actrices, en la vida real con la imagen que ofrecen cuando aparecen en los medios de comunicación, de modo que se pueda comprender, que esta imagen sufre un proceso de “perfeccionamiento”, cambio, manipulación, etc. a través de diferentes técnicas, que van desde el maquillaje y la iluminación, hasta retoques de *Photoshop* u otras técnicas similares. Estrategias que buscan transmitir una imagen de perfección, para crear necesidades en el consumidor y fomentar la compra de productos.

- Promover un cambio cultural del modelo estético, por medio de la reflexión: el modelo estético de la delgadez apareció potenciado por el sector industrial y está respaldado por intereses económicos.

A juzgar por Calcedo (2016), la alfabetización mediática es el método más utilizado

por los programas eficaces de imagen corporal preventiva en el aula, habiendo sido utilizado por el 86% de los programas. Se define como el desarrollo de una habilidad de pensamiento crítico que permite a las personas hacer juicios sobre el contenido que ofrecen los medios de comunicación. Se trata de un método eficaz, ya que las investigaciones han encontrado que las intervenciones de alfabetización mediática consiguen disminuir la internalización del ideal de delgadez y otras variables de riesgo relacionadas, aunque se trata de un proceso largo ya que requiere un largo plazo de intervención para producir cambios en la insatisfacción corporal. Por tanto, las intervenciones de alfabetización mediática, se caracterizan por ser programas educativos diseñados para reducir los efectos nocivos de los medios de comunicación, a través de la transmisión de información, lo que influirá, en un primer momento en desmentir creencias relacionadas con los medios, y finalmente, en la prevención de conductas de riesgo. En nuestro caso, lo aplicaremos a la prevención de TCA y obesidad, pero la alfabetización mediática se puede aplicar a otros ámbitos de interés, como drogas, violencia, sexualidad, roles y géneros, etc.

Sin embargo, es menester comprender que este proceso no consiste en alejar a niños y jóvenes de los medios de comunicación para mantenerles a salvo de su influencia, sino que el buque insignia de la alfabetización mediática consiste en educar para convertirles en personas competentes y críticas con los medios de comunicación, que sean capaces de controlar la interpretación de lo que oyen y ven, en lugar de que estos les manipulen a ellos. El objetivo, es que se cuestionen las creencias que configuran el esquema de delgadez.

De tal forma que los principales objetivos que se persiguen con las actividades de alfabetización mediática en los programas de prevención de los problemas alimentarios y de la imagen corporal son adquirir conciencia acerca de los estereotipos de género y los “cuerpos perfectos” que aparecen normalizados en los medios de comunicación. Desarrollar un pensamiento crítico hacia el contenido y los mensajes que difunden los medios. Entender que algunas imágenes que presentan los medios están retocadas e ideadas para mostrar una apariencia perfecta. Ser conscientes de que los mensajes mediáticos pueden ser causantes de un efecto negativo sobre la imagen corporal propia y autoestima. Apreciar que los mensajes mediáticos funcionan para vender productos, mensajes e ideas, y ser críticos con ellos, rechazando los mensajes

no saludables. Así como acentuar la idea de la diversidad y singularidad como características positivas.

Algunas pautas propuestas por los expertos para desarrollar las habilidades de alfabetización en medios se basan en desarrollar la indagación y el pensamiento crítico a través de cuatro pasos:

1. Toma de conciencia: El objetivo es que se tome conciencia de cómo se crean los mensajes y qué influencia ejercen los medios de comunicación. Por ejemplo, mostrar al alumnado cómo la publicidad utiliza múltiples trucos y técnicas para manipular las imágenes, como el conocido Photoshop u otras técnicas de distorsión digital.

2. Análisis: En este paso se analiza detenidamente un mensaje mediático (un anuncio de publicidad, pero también puede ser una noticia de un periódico, una campaña electoral...). Se realizan cinco preguntas clave para explorar los aspectos fundamentales: autoría, formato, audiencia, contenido y propósito. El objetivo que buscamos es que el estudiantado adopte el hábito de plantearse estas cuestiones cada vez que reciba un mensaje mediático.

3. Reflexión: Una vez que se ha tomado conciencia y se ha analizado el mensaje mediático, llega el momento de la reflexión, de preguntarnos si nos parece que es correcto, ético, si nos han ofrecido toda la información de una forma veraz o manipulada, si podemos encontrar más información al respecto en otro medio, etc.

4. Acción: Se trata de aprovechar la oportunidad de actuar para generar un cambio, por pequeño que sea, en el entorno o en la percepción del individuo.

d) Intervenciones Focalizadas en Eliminar Factores de riesgo y de Fortalecimiento del Huésped. Este tipo de intervenciones tienen como finalidad principal, la reducción de la influencia de factores de riesgo y a su vez, impulsar factores de protección: minimizar la interiorización del ideal de belleza y delgadez, la preocupación por el peso, la idea de hacer dieta, el perfeccionismo en exceso, y promocionar una autoestima saludable, adquisición de una imagen corporal positiva, desarrollo de habilidades sociales y habilidades para hacer frente a la presión social, trabajar técnicas de resolución de problemas, mejora de la asertividad, etc. (Carretero, 2017).

Como se puede observar, este tipo de intervención, puede incluirse dentro de otros tipos de intervenciones o modelos, pues de lo que se trata es de minimizar los factores de riesgo y fortalecer al sujeto.

e) Modelo feminista. Este modelo para la prevención de TCA, se conoce en inglés como *feminist-empowerment-relational model* y en español, además de “modelo feminista”, otra posible traducción podría ser “modelo feminista de empoderamiento-relacional”.

Dicho enfoque se basa en la asunción de que las diferencias de poder entre hombres y mujeres favorecen el desarrollo de TCA, ya que, aunque aparentemente ambos sexos tienen las mismas oportunidades de éxito, es conocido que, estéticamente hablando, a las mujeres se les exige más que a los hombres: una belleza “perfecta”, un cuerpo ideal difícil de alcanzar y mantener, un aspecto joven y cuidado, un código de vestimenta más inflexible en el que se imponen productos exclusivamente a las mujeres, tales como zapatos de tacón, maquillaje, lencería... lo que se traduce en más inseguridad para la mujer, interiorización del ideal de delgadez, menos autoestima y dietas más estrictas y restrictivas, entre otros.

Por tanto, a partir de todo lo expuesto, el modelo feminista se centra en cuestiones dedicadas a la igualdad social como medio para hacer frente a los TCA. De esta manera, los programas de prevención se centran en ayudar a las mujeres a recuperar su “voz”, conseguir que se les oiga y se reconozca su valía independientemente de su aspecto físico. Recomiendan hacerlo mediante grupos de discusión, donde se anima a las chicas a expresarse, exponer sus experiencias y opiniones, ya que se basan en la creencia de que las actividades que dan voz a las mujeres, pueden reducir los problemas alimentarios.

Aunque ofrecer información no es el eje central de los programas basados en el modelo feminista, también se pone en relieve la importancia de dar información sobre alimentación, ejercicio físico, el desarrollo durante la pubertad, la influencia de los medios de comunicación, las burlas y prejuicios sobre el peso (López-Guimerà y Sánchez-Carracedo, 2010).

f) Mindfulness. Nuestra mirada se vuelve aquí hacia la técnica de *Mindfulness*, como estrategia para prevenir TCA, y es que algunos hallazgos demuestran que se trata de una técnica aceptable y eficaz a corto plazo para reducir el riesgo de TCA en adolescentes y jóvenes, pues

logra reducir la preocupación por el peso, interiorización del ideal de delgadez, realización de dietas, etc. (Ruiz-Lázaro, Velilla y González, 2017).

g) Uso de tecnologías. La tecnología puede ser un aliado en la lucha contra los TCA y obesidad, pues internet, ordenadores y otras herramientas informáticas se han ido incorporando a nuestras vidas como herramientas educativas, de comunicación, de trabajo, etc. por lo que existen varios programas de prevención, tales como DITCA C.V., protegeles.com, masqueunaimagen.com, que han optado por incorporarlas como medio para conseguir su objetivo (Ruiz-Lázaro, Velilla y González, 2017).

De hecho, algunos expertos consideran que los programas de prevención de TCA, que han sido administrados y basados en internet, han conseguido resultados significativamente más positivos que ciertos programas presenciales, de forma que los usuarios alcanzaban una mayor satisfacción con la imagen corporal y una minimización de la preocupación por perder peso. De igual forma, también se consiguió que los padres adoptaran una actitud menos crítica hacia el peso y la imagen corporal (Solano y Moreno, 2017 basándose en Winzelberg, 2000; Zabinski, 2001).

En la misma línea se ha tenido en cuenta la prevención de la obesidad, donde Solano y Moreno (2017), haciendo referencia a un estudio de Zabinski et al., (2003), puntualizan que:

En un ensayo clínico que comparaba la práctica habitual con un programa de 16 semanas a través de Internet (Student Bodies 2) en 80 adolescentes con sobrepeso, se obtuvo una modesta disminución en el peso que se mantenía a los cuatro meses tras el final de la intervención, así como un control mayor sobre la ingesta. También aumentaron las habilidades relacionadas con escoger comida saludable o implicarse en actividades de ejercicio físico (Celio Doyle, 2008). (Solano y Moreno, 2017, p.364)

Por último, es necesario mencionar que en cuanto a prevención de obesidad se refiere, los estudiosos comunican que los avances en este tipo de programas son muy limitados, y usualmente se centran únicamente en favorecer cambios en la alimentación y actividad física, pero dejan de lado los efectos que puedan causar estas intervenciones sobre la imagen corporal, autoestima e interiorización del ideal de delgadez, y no contemplan la posibilidad de generar

alteraciones alimentarias y conductas de control del peso no saludables (López-Guimerà y Sánchez-Carracedo, 2010). Por lo que, una vez más, apostamos por la prevención integrada de TCA y obesidad en un mismo programa, siendo ambos problemas relacionados con la comida y el peso, y siendo más coherente prevenirlos de forma conjunta procurando no lanzar mensajes contradictorios.

6.3 Tipos de Intervenciones para Prevenir la Obesidad

En cuanto a las intervenciones para prevenir la obesidad, en primer lugar, cabe hacer una mención al hecho de que muchos investigadores incluyen la obesidad dentro de los TCA, ya que muchos de los pacientes obesos presentan bulimia, trastorno por atracón, conductas de picoteo excesivo o comen durante la noche (se podrían englobar dentro de trastorno de la conducta alimentaria no especificado TCANE). Esta matización se hace en base a que la obesidad no se trata únicamente con dieta, por lo que es sumamente importante hacerlo de forma multidisciplinar y optamos por una prevención integrada, unida a la prevención de TCA.

En segundo lugar, son algunos los autores que clasifican las intervenciones diseñadas para prevenir la obesidad en: prevención mediante dietas y nutrición, prevención mediante actividad física o prevención mediante cambio del estilo de vida y apoyo social. Mientras que las estrategias se podrían clasificar como: estrategias educativas, de promoción de la salud, de terapia, asesoramiento y tratamiento psicológico, familiar o conductual (Summerbell et al., 2008). En síntesis, hay dos áreas bien definidas para la prevención de la obesidad, una es la dieta equilibrada y la otra el ejercicio físico, ahora bien, depende desde dónde y cómo se aborden.

Recordemos que el enfoque general compete a las autoridades sanitarias pertinentes, es decir, a la Comisión para Acabar la Obesidad Infantil de la OMS, la Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (FAO), el proyecto EATWELL en la UE, el programa general para la prevención de la obesidad desarrollado por la Comisión Europea para la Salud Pública.

A continuación se muestran algunas propuestas de prevención, pero es importante comprender, que la obesidad es multicausal, no hay un único responsable, por lo tanto estas

propuestas no se pueden abordar de manera aislada, sino que para prevenir convenientemente la obesidad, se requiere de acciones coordinadas y conjuntas desde cada uno de los sectores implicados (González y Atalah 2011). Algunas propuestas son:

Tabla 9

Tipos de Intervenciones para Prevenir Obesidad

TIPOS DE INICIATIVAS	CARACTERÍSTICAS BÁSICAS
Iniciativas educativas	Educación alimentaria
Modificación de estilos de vida	Prevención del sedentarismo y promoción de la actividad física
Terapia cognitivo-conductual	Promover hábitos saludables de alimentación y actividad física
Programas de prevención de la obesidad	Difusión de estos programas con recomendaciones a la población general
Combatir los malos hábitos	Alimentarse de lactancia materna exclusiva durante al menos los primeros 6 meses de vida. Practicar ejercicio físico, consumir frutas y vegetales, tomar un desayuno saludable
Transformación del ambiente obesogénico	Educar acerca del ambiente obesogénico y actuar para reducirlo
Implicación de los centros de salud	Impartir educación nutricional, aplicar el cribado de obesidad, difundir las recomendaciones para la prevención de la obesidad y realizar intervenciones clínicas en los sujetos de riesgo.
Creación de entornos saludables en las ciudades	Facilitar la actividad física a los ciudadanos
Implicación de los centros de trabajo	Promoción de actividad física y ordenación en la ingesta alimentaria
Mindful Eating	Aplicar la atención plena al comer y respetar las señales de saciedad
Intervenciones políticas	Sensibilizar a la sociedad de los riesgos que conlleva el sobrepeso y la obesidad.
	Transformar el ambiente obesogénico en uno más saludable. Medidas legislativas sobre la industria, agentes educativos, comercio y consumo. incentivar la realización de actividades físicas,
Etiquetado y sellos de advertencia	Destacar los alimentos críticos para prevenir la obesidad
Regulación de la publicidad televisiva de alimentos	Endurecer la regulación de publicidad de alimentos obesogénicos, especialmente en horario infantil

TIPOS DE INICIATIVAS	CARACTERÍSTICAS BÁSICAS
Intervenciones en un contexto ecológico	Deben implicar al gobierno, industria, organizaciones comunitarias, escuelas, familias y profesionales de la salud
Dar información al consumidor	Dotar al consumidor de información veraz y que no le confunda, de forma que sea capaz de tomar mejores decisiones alimentarias
Campañas informativas	Dirigidas a los ciudadanos, donde se compartían con ellos las consecuencias para el ser humano que suponen la alimentación inadecuada y vida sedentaria.

Nota. Elaboración propia

a) Iniciativas educativas. La educación alimentaria es esencial para prevenir la obesidad (Bolaños, 2009; Toussaint, 2000). Existen iniciativas a nivel educativo con resultados prometedores que se pueden tomar de ejemplo para prevenir la obesidad infanto-juvenil (APPLES en Inglaterra, el National School Lunch Program en EE.UU., “Trim and Fit” en Singapur, Agita Sao Paolo Program en Brasil, etc.). Los centros educativos lo deben llevar a cabo tanto a través de educación para la salud con alumnos y familias, como a nivel práctico estableciendo un plan que permita la aplicación real de estos contenidos educativos (en el comedor escolar, huerto escolar, cantina, limitación de productos insanos en máquinas expendedoras, espacios verdes, instalaciones deportivas, búsqueda de alternativas dietéticas y de ejercicio saludables, etc.). Así pues, también es de vital importancia incluir en el proceso educativo a las familias, siendo este el entorno principal donde se lleva a cabo la alimentación de los niños/as. Por tanto, se educará en una “alimentación saludable”, recalcando la importancia de incluir en la rutina un desayuno saludable y evitar los alimentos como premio (Guerra et al., 2009).

b) Modificación de estilos de vida. Es un tratamiento del sobrepeso en la infancia, que se basa en la modificación de los estilos de vida, a través de la prevención del sedentarismo y promoción de la actividad física. En este sentido, es imprescindible la implicación de la familia a la hora de adquirir buenos hábitos (Moya, 2017).

c) Terapia cognitivo-conductual. Este tipo de tratamiento se centra en promover hábitos

saludables de alimentación y actividad física, y los resultados demuestran que son adecuadas tanto para reducir el peso como para mejorar otros aspectos, como el bienestar psicológico, mayor autoeficacia o mayor percepción de la calidad de vida (Baile et al., 2020). Aunque a menudo esta terapia es utilizada como un procedimiento útil para la pérdida de peso, también es susceptible de ser empleado como método preventivo de obesidad, pues no se centra en modificar el peso, sino los hábitos alimentarios y de vida.

d) Programas de Prevención de la Obesidad. La difusión de estos programas con recomendaciones a la población general, siguen siendo bien acogidos por las guías y sociedades científicas. Son una manera de difundir consejos sobre alimentación saludable, fomentar el ejercicio físico y procurar cambios saludables en los hábitos de la población. Así como comunican los beneficios de mantener un peso saludable y de las mejoras graduales en la actividad física y los hábitos de alimentación (Lecube et al., 2017).

e) Combatir los malos hábitos. Un aspecto clave para prevenir la obesidad es no adquirir malos hábitos en relación a la alimentación y vida sedentaria. Por lo tanto, se deben considerar los factores protectores de la obesidad infantil, para incluirlos como modo de vida. Estos son: Alimentarse de lactancia materna exclusiva durante al menos los primeros 6 meses de vida. Practicar ejercicio físico, consumir frutas y vegetales, desayunar (un desayuno saludable) (Guerra et al., 2009; Henríquez et al., 2008; Moreira et al., 2018; Villar, 2017).

f) Transformación del ambiente obesogénico. A la hora de prevenir la obesidad es importante tener en cuenta los factores ambientales, de manera que es necesario ser conscientes de que vivimos inmersos en un ambiente obesogénico y actuar sobre él para modificarlo en la medida de lo posible. Este ambiente obesogénico es el resultado de la publicidad de alimentos, la alta disponibilidad y bajo coste de alimentos no saludables, la utilización de medios de transporte a motor, la falta de espacios urbanos abiertos, el déficit de actividad física y la falta de educación nutricional. Son factores ambientales de la vida moderna que determinan la ingesta y el gasto energético, y contribuyen al incremento de la prevalencia de obesidad infantil por lo que se deben tener en cuenta en las campañas de prevención de obesidad (González y Atalah, 2011).

g) Implicación de los centros de salud para impartir educación nutricional en todas las

etapas de la vida, así como para aplicar el cribado de obesidad, difundir las recomendaciones para la prevención de la obesidad y realizar intervenciones clínicas en los sujetos de riesgo (Lecube et al., 2017).

h) Creación de entornos saludables en las ciudades. Existe cada vez más evidencia de que el urbanismo es fundamental para prevenir la obesidad. Las ciudades pueden contribuir para facilitar la actividad física, mediante espacios para la práctica deportiva, movilidad urbana segura en bicicleta, grandes aceras para caminar, espacios verdes, canchas, mesas de ping-pong gratuitas, máquinas de movilidad en parques, etc. (Lecube et al., 2017).

i) Los centros de trabajo pueden contribuir a frenar el aumento de la obesidad fomentando la práctica de actividad física en el ambiente laboral (prescindir de ascensores y medios mecánicos de transporte) y la ordenación en la ingesta alimentaria (limitar las máquinas expendedoras de bebidas azucaradas, ofertas alimentarias adecuadas en comedores laborales, etc.). Asimismo, algunas empresas facilitan a sus trabajadores alternativas para la práctica deportiva, como construcción de un gimnasio en las propias instalaciones, contratación de monitores deportivos o descuentos en centros deportivos (Lecube et al., 2017).

j) Alimentación consciente o Mindful Eating. Es una herramienta que puede ser adecuada, pues para prevenir la obesidad, es necesario aprender a relacionarnos de manera saludable con la comida. Este tipo de alimentación consiste en aplicar la atención plena al comer, respetando las señales de saciedad, prestando atención a la experiencia de pensamientos, emociones, sensaciones físicas y conductas que tienen lugar antes, durante y después del acto de comer. La alimentación consciente promueve el autocontrol y el autoconocimiento, convirtiendo el acto de comer en algo consciente y racional, menos automático. De forma que puede ayudar a prevenir la obesidad y algunos trastornos alimentarios, pues invita a comer por necesidad y controlando las ingestas. Además, a través de la psiconutrición se trabajan tanto las cuestiones dietéticas como las psicológicas, y es que las emociones juegan un papel fundamental en las elecciones alimentarias. Para conseguir una alimentación consciente, los expertos recomiendan seguir unas pautas sencillas: comer solo cuando sientas hambre y no movido por la situación emocional (aburrimiento, alegría, tristeza...). Al comer, evitar distracciones como el móvil y la

televisión. Comer solo hasta saciarnos, es decir, parar de comer aunque no se haya vaciado el plato. Disfrutar la comida, sin abusar, pero sin privarse y saboreando cada bocado (Herrero, 2017; Herrero y Andrades, 2021; Kristeller y Wolever, 2010; O'Reilly et al., 2014).

k) Intervenciones políticas. Quizás las intervenciones políticas sean la única forma de acabar con las altas tasas de obesidad, puesto que se requiere sensibilizar a la sociedad de los riesgos que conlleva el sobrepeso y la obesidad, y son las políticas públicas las únicas capaces de regular todas las demás para transformar el ambiente obesogénico en uno más saludable. En consecuencia, en la prevención de obesidad son necesarias medidas legislativas concretas que delimiten marcos de actuación adecuados a todos los niveles: sobre la industria (control de etiquetados, de la publicidad, de patronaje, etc.), agentes educativos (escuelas, institutos, medios de comunicación), comercio y consumo (máquinas expendedoras, promocionar el consumo de frutas y verduras, proporcionar incentivos a la industria que desarrolle productos más saludables y fomente la educación del consumidor, tasas a alimentos que fomentan la obesidad...), incentivar la realización de actividades físicas, etc. (Barrientos-Pérez y Flores-Huerta, 2008; Lecube et al., 2017).

l) El etiquetado y sellos de advertencia. En algunos países existe un sistema de etiquetados frontales con el objetivo de destacar los alimentos críticos para prevenir la obesidad. Actualmente podemos destacar dos tipos de mayor proyección: Los Sellos de Advertencia con recorrido en América y NutriScore, con proyección en Europa (Morales, 2020). Bajo la evidencia científica el más efectivo de estos sistemas es el etiquetado de sellos negros en los productos ultraprocesados, puesto que está demostrado que se reduce el consumo de estos productos y consecuentemente se mejora la alimentación de la población.

En España, sin embargo, se ha implementado recientemente el etiquetado NutriScore, que ha sido fuente de controversia entre expertos. NutriScore consiste en un diseño que otorga una serie de puntos a cada producto y éste se acaba clasificando en un gráfico con letras y coloración gradual del A verde (más saludable) a E rojo (menos saludable).

Mientras los que rechazan esta iniciativa consideran que prima los intereses económicos de algunas empresas, pues etiqueta de sanos a algunos productos que en realidad no lo son

y perjudica a algunos buenos procesados que se etiquetan como malos. Es el caso de los productos calóricos pero saludables, como los que están hechos con aceite de oliva o frutos secos. Por ejemplo, con este sistema se están etiquetando con la A (lo más saludable) algunos cereales azucarados e insanos de grandes multinacionales como Nestlé, o palitos de pescado rebozados con harinas refinadas y aceites insanos (de Pescanova), mientras se está otorgando mala puntuación a los frutos secos, el salmón ahumado, el yogur entero, el queso, el jamón ibérico... alimentos que en definitiva, están bien considerados entre los nutricionistas y pueden formar parte de una dieta equilibrada. Así, aunque está diseñado para que se pueda escoger la opción más saludable dentro de la misma familia de alimentos, puede ser contradictorio porque acaba ofreciendo una falsa sensación de tranquilidad al escoger un producto con etiqueta verde, que si bien puede ser más sano que otros alimentos de su mismo tipo, no tiene por qué ser saludable en rasgos generales. Un claro ejemplo es la Coca-cola cero, a la que se le ha otorgado una "B".

Los defensores de NutriScore, por su parte, alzan la voz en pro de los beneficios que puede aportar por la salud pública, y consideran que es una buena forma de combatir la obesidad (Morales, 2020).

m) Regulación de la publicidad televisiva de alimentos para prevenir la obesidad infantil. A la hora de prevenir obesidad infantil, es conveniente una regulación publicitaria de alimentos puesto que la evidencia científica arroja luz sobre la relación entre el tiempo que los niños consumen televisión y la prevalencia de obesidad infantil, y es que la mayor parte de alimentos ofertados en televisión no son saludables (ricos en calorías, grasas, azúcares simples, sodio...). Así el contenido nutricional televisivo es perjudicial para la salud y está asociado a conductas alimentarias inadecuadas y a un mayor riesgo de obesidad infantil. En este sentido cabe destacar que los gobiernos que como España, han optado por los códigos de autorregulación voluntaria de la publicidad de alimentos por parte de la industria, no han logrado la reducción del mercadeo alimentario orientado a los niños (González y Atalah 2011; Lecube et al., 2017; Villar, 2017).

n) Intervenciones en un contexto ecológico o comunitario. Para prevenir el sobrepeso y la obesidad se requieren intervenciones en un contexto ecológico, en el que impliquen de manera

coordinada gobierno, industria, organizaciones comunitarias, escuelas, familias y profesionales de la salud, cada uno con acciones definidas que promuevan acciones encaminadas a la mejora de alimentación y ejercicio de las familias (Barrientos-Pérez y Flores-Huerta, 2008; Hernández, 2011).

ñ) Dar información al consumidor. Las mejores prácticas internacionales incluyen el incremento en la información que recibe el consumidor. Es preciso educar a los consumidores para que sean capaces de cambiar sus preferencias conscientemente, ya que la información que lanza la industria alimentaria tiende a ser confusa, con campañas publicitarias muy potentes de alimentos insanos que engañan a los clientes (productos light, enriquecidos, sin azúcar...). Por consiguiente, las buenas estrategias de prevención de obesidad incluyen actuaciones dirigidas a ampliar la información disponible respecto a los productos (Villar, 2017).

o) Campañas informativas. Tradicionalmente los métodos para prevenir la obesidad se reducían a las campañas informativas dirigidas a los ciudadanos, donde se compartían con ellos las consecuencias para el ser humano que suponen la alimentación inadecuada y vida sedentaria. Se estimaba, que si los individuos estaban bien informados, actuarían consecuentemente adoptando hábitos saludables. Sin embargo, aunque estas consideraciones son ciertas, no se tenía en cuenta la presión del ambiente obesogénico en el que nos encontramos, ni las características personales que llevan a las personas a tomar decisiones. La experiencia ha demostrado que si la estrategia se reduce a dar únicamente información, no es suficiente para conseguir cambios y reducir las tasas de obesidad (Ballesteros et al., 2007).

En definitiva, según los expertos (Hernández, 2011; Lecube et al., 2017), las metas intermedias que no deberíamos perder de vista para prevenir la obesidad infantil son:

- Aumentar la disponibilidad y facilitar el acceso a alimentos y bebidas saludables en tiendas y supermercados.
- Fomentar los mensajes de salud dirigidos a promover una alimentación correcta.
- Aumentar la proporción de niños que consumen más de cinco raciones de fruta y verdura al día.
- Animar a seguir un patrón de dieta mediterránea.

- Aumentar la proporción del contenido de fibra o alimentos integrales.
- Recomendar la lactancia materna
- Comer juntos en familia y sin pantallas
- Tomar agua en las comidas y durante la actividad física.
- Disminuir el número de campañas de publicidad dirigidas a niños que promueven alimentos insanos.
- Construir más y mejores instalaciones para actividades recreacionales.
- Incrementar la calidad y cantidad de actividad física en las escuelas, tanto en el recreo como en las clases de educación física.
- Incluir actividad física en la vida diaria.
- Conseguir aumentar el número de niños que practican actividad física.
- Conseguir disminuir el número de niños que dedican más de dos horas al día a actividades de ocio sedentarias.

De forma similar, un grupo de investigadores (Ariza et al., 2015) llevó a cabo una revisión sobre las mejores intervenciones de prevención de obesidad (Brown y Summerbell, 2008; Doak et al., 2006; Flynn et al. 2006; Kamath et al., 2008; Spruijt-Metz, 2011; Waters et al., 2011), y estas son las principales recomendaciones a tener en cuenta que se extraen a la hora de prevenir obesidad:

- Incluir en el currículo escolar educación sobre alimentación y actividad física saludable, así como imagen corporal
- Educación en el aula y en casa para reducir el consumo de grasas saturadas, harinas y azúcares y aumentar las raciones de fruta y verdura
- Aumentar la práctica de actividad física en la escuela e incluir actividades recreativas y deportivas extraescolares
- Reducción del tiempo dedicado a actividades de ocio sedentarias, tales como ver la televisión y utilizar el ordenador
- Implicación de las familias (apoyo para comer alimentos más saludables), ser más activos e invertir menos tiempo en el uso de «pantallas» (videojuegos, TV, ordenador)

- Apoyo y recursos a los docentes y el personal directivo de las escuelas para implementar estrategias preventivas y de promoción de la salud (desarrollo profesional, materiales, capacidad de generar actividades...)
- Abordaje de factores ambientales y estructurales del ambiente obesogénico

Más allá de los tipos de prevención, hay un factor en el que coinciden los investigadores y es cuándo es el momento más idóneo para llevar a cabo la prevención de obesidad, y cabe resaltar que los expertos coinciden en que es fundamental que sea lo más temprana posible (Guerra et al., 2009; Moya, 2017), precisamente porque un gran porcentaje de adultos obesos comenzaron a serlo en edades tempranas (Moya, 2017).

En otro orden de cosas, también es conveniente tener en cuenta qué tipo de población es aquella que se ve particularmente más afectada, para tenerlo en cuenta a la hora de dirigir más esfuerzos hacia un colectivo. A este respecto, prácticamente todos los estudios epidemiológicos coinciden en que la obesidad se asocia a menor nivel socioeconómico y educativo, con lo que su prevalencia se incrementa al reducirse la clase social. Asimismo, las evidencias también son evidentes entre hombres y mujeres, afectando de forma más notoria al género femenino (Lecube et al., 2017). Por lo tanto, a la hora de planear estrategias de prevención, es interesante tener en cuenta que afecta más intensamente a las clases sociales más desfavorecidas y a las mujeres.

6.4 Estrategias de Prevención Nacionales

En el panorama nacional existen diferentes tipos de estrategias de prevención y programas que están en activo o bien se han llevado a cabo en los últimos tiempos. En 2001 se creó a nivel nacional la Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición, y a partir de ahí se empezaron a desarrollar algunas estrategias para prevenir los problemas relacionados con el peso. A continuación vamos a destacar las más notables, en primer lugar sintetizadas en la tabla 10 y a continuación desarrolladas al detalle.

Tabla 10

Principales Estrategias Nacionales de Prevención de TCA y Obesidad

Estrategia	Vigencia
Sello Vida Saludable	Sigue vigente en 2022
Cartera de servicios de promoción de salud y prevención en el entorno educativo	Promoción del bienestar emocional y prevención de los trastornos de la conducta alimentaria No está vigente desde el curso 2018/2019
	Bienestar emocional e imagen corporal Vigente en 2022
	Evaluación de la oferta alimentaria en centros escolares En 2022 sigue ofertado pero desactualizado
Estrategia Naos	Sigue vigente en 2022
Proyecto GuíaSalud	Guía de práctica clínica para la prevención y el tratamiento del sobrepeso y obesidad infantojuvenil Las guías siguen disponibles, aunque no han sido actualizadas
	Guía de práctica clínica sobre trastornos de la conducta alimentaria
A, B, C... Anorexia, Bulimia, Comedor Compulsivo. Manual para docentes	La guía sigue disponible, aunque no ha sido actualizadas
DITCA	Sigue vigente en 2022
Currículo Zarima	Se desconoce si la intervención sigue activa
Programa THAO	No está vigente desde 2015
Programa PERSEO	2007/2008
JANPA	Finalizó en 2017
MAGRAMA	Se desconoce, ya que la página web oficial no funciona
Estudio EnKid	Entre 1998 y 2000
Estudio OBESGAL	Se realizó en 2013 y no hay constancia de que se haya repetido
Estudio Aladino	Las últimas cifras del estudio Aladino, datan de 2019

Estrategia	Vigencia
Código PAOS	Sigue vigente, aunque no se ha actualizado desde 2009
Programa Alimentación, modelo estético femenino y medios de comunicación: cómo formar alumnos críticos en secundaria	No hay constancia de que siga en marcha
Taller de prevención para los trastornos de la conducta alimentaria en la Comunidad Valenciana de Mercedes Jorquera	No hay constancia de que siga en marcha

Nota. Elaboración propia

a) Sello Vida Saludable. En primer lugar, cabe destacar que en España, aunque no es una estrategia de prevención propiamente dicha, existe a nivel nacional el distintivo «Sello vida saludable» concedido por el Ministerio de Educación y Formación Profesional (anteriormente Ministerio de Educación, Cultura y Deporte). Esta etiqueta conlleva el reconocimiento público del compromiso de los centros docentes, tanto públicos como privados sostenidos con fondos públicos y privados, que fomenten el aprendizaje de la salud en el ámbito educativo, así como la realización de prácticas de vida saludable y una educación física que permita el adecuado desarrollo personal y social a lo largo de la escolarización de los alumnos.

El Ministerio de Educación, Cultura y Deporte creó este sello de calidad en 2015, con el fin de reconocer públicamente a aquellos centros docentes que fomenten el aprendizaje de la salud y las prácticas saludables entre las que podemos destacar la alimentación, así como una educación física que garantice el adecuado desarrollo de los alumnos y alumnas.

Para poder obtenerlo, los centros docentes han de cumplir con al menos uno de los siguientes requisitos:

- Fomentar el rol de la educación en hábitos saludables como una parte integrante de la educación integral, diseñando, a tales efectos, un programa de educación en hábitos saludables que comprenda la programación y establecimiento de objetivos educativos y de los instrumentos de evaluación.

- Promover estilos y hábitos de vida saludables, a partir de las necesidades específicas del alumnado del centro docente, y especialmente en los ámbitos de la nutrición y alimentación saludables y del deporte contemplando el enfoque de género y la equidad para evitar desigualdades en la salud.
- Fortalecer y mejorar los comportamientos saludables de los alumnos, con especial énfasis en la higiene y la prevención.
- Afianzar los hábitos de cuidado y salud corporales e incorporar la educación física y la práctica del deporte para favorecer el desarrollo personal y social de los alumnos.
- Fomentar en el alumnado la adquisición de capacidades y competencias que les permitan cuidar su cuerpo tanto a nivel físico como mental, así como valorar y tener una actuación crítica ante la información, publicidad y ante actitudes sociales que puedan repercutir negativamente en su desarrollo físico, social y psicológico.
- Conocer y detectar las situaciones de riesgo para la salud, relacionadas especialmente con el consumo de sustancias con potencial adictivo, tanto de comercio legal como ilegal, así como con la ejecución de determinadas actividades que puedan generar comportamientos adictivos, con especial atención a la anorexia y a la bulimia, contrastando sus efectos nocivos y proponiendo medidas de prevención y control.
- Promover la comprensión y valoración de la importancia de preservar el medio ambiente por las repercusiones que el mismo tiene sobre la salud de las personas.
- Fomentar la responsabilidad del alumnado en las decisiones diarias del mismo, y el conocimiento de las consecuencias que las mismas tienen en su salud y en el entorno que les rodea.
- Promover el adecuado conocimiento de la salud e higiene sexual y reproductiva.
- Promover la puesta en valor de la investigación, desarrollo e innovación en los avances médicos y en el impacto de la calidad de vida de las personas.
- Promover la formación continua del personal docente que preste sus servicios en el centro, en materia de educación en hábitos saludables y en especial sobre alimentación saludable y práctica de actividad física.

Dicho distintivo entró en vigor en 2015, publicado en el BOE 24-XI-2015, nº 281, p. 110411-110415 según la Orden ECD/2475/2015 de 19 de noviembre y sigue vigente a día de hoy.

b) Cartera de servicios de promoción de salud y prevención en el entorno educativo.

En la Comunidad Valenciana existe la “Cartera de servicios de Promoción de salud y prevención en el entorno educativo” impulsada por la Generalitat Valenciana. Este catálogo de servicios en el entorno escolar, aunque es un documento que está sometido a una revisión permanente y se modifica en mayor o menor medida cada curso escolar, incluye una serie de planes que han sido diseñados de forma específica para su desarrollo en el ámbito educativo. A través de ella se pretende informar, formar y desarrollar competencias para fomentar unos estilos de vida saludables en la comunidad educativa. En este directorio se encuentran y describen las actividades ofrecidas por la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública en coordinación con la Conselleria d’Educació, Investigació, Cultura i Esport, para lograr su adecuada integración en los proyectos educativos de los centros.

Tal y como se ha podido observar, en la cartera de servicios de promoción de salud y prevención en el entorno educativo del curso 2018/2019, sí que aparecía un programa de prevención de los trastornos de la conducta alimentaria, aunque solo se dirigía al alumnado de 2º de ESO. Sin embargo, en adelante se suprimió ese programa y no ha vuelto a estar disponible. A continuación se presenta el programa de prevención de los trastornos de la conducta alimentaria del curso 2018/2019:

Programa 3. Promoción del bienestar emocional y prevención de los trastornos de la conducta alimentaria.

Actividad 3.1. Formación y prevención primaria

Introducción/Justificación: Enmarcado dentro de un trabajo transversal de promoción de la salud mental positiva en la adolescencia, este programa se dirige específicamente a la prevención de los trastornos de la conducta alimentaria (TCA), –anorexia nerviosa, bulimia nerviosa y TCA no especificados, principalmente-, trastornos que han alcanzado una especial relevancia en la última década, tanto por su creciente incidencia, como por su nivel de gravedad, constituyendo hoy la tercera causa de enfermedad entre la población femenina adolescente de las sociedades

de mercado, por detrás del asma y la obesidad. Entre los factores protectores se encuentran una imagen corporal positiva y una autoestima saludable, así como el desarrollo de un espíritu crítico ante los medios de comunicación y la publicidad, lo que constituye los núcleos de propuesta de trabajo de aula.

Destinatarios: Adolescentes Grupo de edad diana 13-14 años

Nivel educativo 2º de Enseñanza Secundaria Obligatoria (ESO)

Descripción de la actividad: Los/as docentes del centro participante desarrollan el programa con las actividades descritas a continuación: Prevención primaria: Se desarrollarán 3 talleres: a) Imagen corporal, b) Autoestima, c) Publicidad y medios de comunicación. Los/as profesionales implicados en el programa recibirán formación acreditada, reconocida por la Conselleria d'Educació; Investigació, Ciència i Esport. Para el profesorado implicado en los talleres (30 h acreditadas).

Materiales: Prevención primaria: Contenido de las sesiones taller de la prevención primaria en formato de fichas de trabajo, presentaciones power-point y enlaces a internet.

Idioma: Valenciano - Castellano

Contacto: De septiembre a mayo a través de: Centro de Salud Pública correspondiente (anexo II) – Dirección General de Salud Pública - Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública Servicio de Innovación y Calidad. Conselleria d'Educació, Investigació, Ciència i Esport. Para la inscripción se rellenará el formulario correspondiente a través del enlace www.sp.san.gva.es/inscripcionitca abierto de 1 de septiembre a 30 octubre. Para la evaluación del programa y de la capacitación docente se cumplimentará un segundo formulario habilitado entre el 1 de marzo y el 30 de mayo.

Por otro lado, en la cartera relativa al curso actual 2021/2022 hallamos otros tres programas, que aunque no están directamente enfocados a la prevención de obesidad y TCA, sí se encuentran relacionados con la mejora de la alimentación en el alumnado:

En primer lugar, el programa número 6, “Bienestar emocional e imagen corporal”, que aunque se dirige únicamente a mayores de 12 años y no a alumnado de primaria, los contenidos son interesantes en la prevención de obesidad y TCA, ya que se trabaja en pro del bienestar

emocional, la cohesión social, autoestima, resiliencia, etc.

En segundo lugar, el programa número 7, “Evaluación de la oferta alimentaria en centros escolares”, con el sub-apartado “7.1 Revisión de comedores escolares”. Se dirige a todos los comedores escolares ubicados en la Comunitat Valenciana, de cualquier titularidad, con o sin cocina propia, para los niveles educativos relativos a Educación Primaria (6-12 años) y ESO (12-16 años). Sin embargo, aunque dicha actividad aparece ofertada en la Cartera de servicios de promoción de salud y prevención en el entorno educativo, del curso actual 2021/2022, lo cierto es que los propios enlaces facilitados por la Conselleria de Educación no están actualizados desde el año 2019.

Con el fin de desarrollar una justificación a dicha actividad, se considera que la salud y el bienestar de la población en edad escolar están profundamente condicionados por el tipo de alimentación recibida y el mantenimiento de un peso saludable. Dada la relevancia que tiene la alimentación en edades tempranas, el alto número de alumnado que utiliza los servicios del comedor escolar, el aporte energético que supone la comida de mediodía y los resultados de la evaluación de la oferta realizada en los cursos precedentes, se considera oportuno continuar las actuaciones que tienen por objeto garantizar la calidad de la oferta alimentaria de los centros escolares de la Comunitat Valenciana.

La actividad consiste en evaluar la oferta alimentaria en un tercio de los centros escolares de educación primaria y ESO de la Comunidad Valenciana con el objetivo de verificar la adecuación del menú a las recomendaciones de la estrategia NAOS y de la Guía de Menús en los comedores Escolares de la Comunidad Valenciana (GMCE-CV-2018).

Para ello se examina la composición del menú mensual del centro, contabilizando por grupos de alimentos. Posteriormente, el centro escolar recibía un informe con los resultados de la evaluación respecto a los valores referenciales. En caso de ser necesario, se realizarán propuestas de mejora para adaptar los menús a las recomendaciones de GMCE-CV-2018. Además se llevará a cabo la verificación de la oferta de alimentos y bebidas en los centros educativos según el decreto 84/2018, de 15 de junio, del Consell, de fomento de una alimentación saludable y sostenible en centros de la Generalitat.

En tercer lugar, localizamos el programa 8, “Promoción del consumo de frutas, hortalizas, leche y productos lácteos en centros escolares”. En dicho programa, aparecen los sub-apartados 8.1. Distribución de frutas y hortalizas, de temporada, acompañadas de medidas para la adquisición de hábitos alimenticios saludables; y 8.2. Distribución de leche y productos lácteos acompañados de medidas para la adquisición de hábitos alimenticios saludables.

Estos programas están dirigidos a alumnado de 6 a 12 años, y el principal objetivo es que los menores adquieran hábitos alimentarios saludables, incrementando el consumo de frutas, hortalizas, leche y productos lácteos, concienciando además a los escolares de la importancia de consumir alimentos de calidad, locales y de proximidad, producidos mediante fórmulas medioambientales sostenibles y respetuosas con el medio ambiente. Sin embargo, aunque ambas actividades aparecen ofertadas en la Cartera de servicios de promoción de salud y prevención en el entorno educativo, del curso actual 2021/2022, lo cierto es que los propios enlaces facilitados por la Conselleria de Educación para las inscripciones, no están actualizados desde el curso 2018/2019.

Veamos con más detalle la actividad 8.1, “Distribución de frutas y hortalizas, de temporada, acompañadas de medidas para la adquisición de hábitos alimenticios saludables”.

A modo de introducción/justificación encontramos que sólo alrededor del 5,17% de los niños valencianos consumen 3 o más raciones de frutas al día de forma habitual y sólo alrededor del 18,97% eligen la fruta como postre también de forma habitual. Además, diferentes estudios revelan que más del 20% de los escolares con edades comprendidas entre los 6 y los 10 años presentan algún tipo de sobrepeso. Numerosos estudios han demostrado que el consumo adecuado de frutas y hortalizas, junto con la práctica de deporte, ayudan a mantener un peso equilibrado y una salud óptima. El consumo de estos alimentos ejerce un papel protector de las enfermedades cardíacas, cáncer y diabetes. En la etapa infantil juegan un papel fundamental los centros escolares, además del hogar familiar, en la adopción de unos hábitos de alimentación saludable. Además, cabe destacar la importante influencia de los menores sobre el comportamiento de los padres a la hora de confeccionar la lista de la compra.

La actividad consiste en el reparto de frutas y hortalizas, principalmente de temporada,

acompañadas de actuaciones dirigidas a la adquisición de hábitos alimenticios saludables por parte de los menores. Así como también incluye visitas guiadas a explotaciones agrarias y/o a centros de manipulación y acondicionamiento de frutas y verduras.

A continuación, haremos hincapié en la actividad 8.2, “Distribución de leche y productos lácteos acompañados de medidas para la adquisición de hábitos alimenticios saludables”.

Justificación: Tal y como muestra el Informe del Consumo de Alimentos en España 2016 elaborado por el Ministerio de Agricultura y Pesca, Alimentación y Medio Ambiente, en los últimos años se está produciendo una reducción progresiva en el consumo de leche líquida y derivados de la leche como el yogur, lo que es preocupante debido a su gran aporte en calcio, vitaminas y minerales.

Según la Encuesta Nacional de Alimentación en la población Infantil y Adolescente, el 50% de niños de más de 9 años tiene una ingesta inadecuada de calcio lo que conlleva la necesidad de instrumentar iniciativas que intenten paliar dicha situación.

La actividad consiste en el reparto de leche líquida y otros derivados lácteos, como puede ser el yogur natural, acompañados de actuaciones dirigidas a la adquisición de hábitos alimenticios saludables por parte de los menores. Así como visitas guiadas a explotaciones ganaderas y/o a centros de producción y/o elaboración de estos productos.

c) Estrategia NAOS. En otro orden de cosas, en España una de las estrategias comunitarias con más peso a nivel nacional es la Estrategia para la Nutrición, Actividad Física y Prevención de la Obesidad, conocida como Estrategia NAOS, que el Ministerio de Sanidad y Política Social, a través de la Agencia Española de Seguridad y Nutrición (AESAN) elaboró en 2005 (López-Guimerà y Sánchez-Carracedo, 2010; Ruiz-Lázaro, Velilla y González, 2017).

Su fin es luchar contra la obesidad a través de la sensibilización de la población sobre los problemas que conlleva la obesidad para la salud, y promocionar iniciativas para que los ciudadanos adopten hábitos de vida saludables. Se entiende como una plataforma desde donde se impulsan otras iniciativas que contribuyen a una alimentación saludable, a reducir el sedentarismo en la sociedad y promocionar la actividad física para invertir la tendencia ascendente de la prevalencia de la obesidad y, con ello, reducir sustancialmente la morbilidad y mortalidad atribuible a las

enfermedades crónicas (NAOS, 2005).

Por tanto, a través de NAOS, se busca una mejora en cuanto a alimentación y ejercicio físico, impulsada a través de diferentes vías, como son la familia, la escuela, la comunidad, los medios de comunicación y las empresas. Para cumplir con estos objetivos, se vale de campañas de información, acuerdos con instituciones, tanto públicas como privadas, convenios de colaboración, programas educativos, iniciativas de promoción de la salud... (Ballesteros et al., 2007; Magán et al., 2011).

La Estrategia NAOS surge en España a posteriori de que la Unión Europea se hiciera eco de una Estrategia de la OMS, por la que se solicitaba a los países miembros de la Unión Europea y a las instituciones internacionales, el desarrollo de políticas y estrategias para la reducción y prevención de obesidad y sobrepeso, en base a la búsqueda de hábitos de vida saludables, tanto de alimentación como de práctica de ejercicio físico. A tales efectos, la Unión Europea, lo estableció como un objetivo sanitario de carácter prioritario para todos los Estados de la comunidad. Es por ello que en nuestro país se elaboró la Estrategia NAOS para la nutrición, actividad física y prevención de la obesidad. De forma que en el año 2011, la Estrategia NAOS fue consolidada e impulsada por la Ley 17/2011, de 5 de julio, de seguridad alimentaria y nutrición (Moreno y Charro, 2007). Además, durante la Conferencia Ministerial contra la Obesidad de 2006, fue premiada por la OMS destacando así su valor como modelo en la lucha contra la obesidad (Ballesteros et al., 2007).

También en el Boletín Oficial del Estado (resolución de 8 de febrero de 2019, de la Secretaría General de Sanidad y Consumo) encontramos justificados los motivos que incitaron a desarrollar la Estrategia NAOS, manifestando que la Agencia Española de Consumo, Seguridad Alimentaria y Nutrición (AECOSAN), perteneciente al Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social: se consideran la obesidad y el sobrepeso como un serio problema de salud pública en España y en el resto de Europa. Asumen que además esta enfermedad está estrechamente relacionada con problemas cardiovasculares, cáncer, diabetes tipo II, enfermedades respiratorias, enfermedades músculo-esqueléticas... Asimismo, se considera que en España, los patrones alimentarios están siendo cada vez más deficientes, alejándonos a grandes pasos de nuestra tradicional dieta

mediterránea. Tanto es así que el consumo de frutas, hortalizas y fibra se encuentra por debajo de los niveles recomendados, y sin embargo, la sal, grasas, azúcares añadidos... están muy por encima. Además, la actividad física también se ha visto drásticamente disminuida, dando paso al ya arraigado sedentarismo moderno.

Los objetivos principales que se plantea cubrir la Estrategia NAOS son los siguientes:

- Fomentar políticas y planes de acción destinados a mejorar los hábitos alimentarios y a aumentar la actividad física en la población. Estas políticas deberán ser sostenibles, integrales y buscar una amplia participación de la sociedad.
- Sensibilizar e informar a la población del impacto positivo que, para su salud, tienen una alimentación equilibrada y la práctica regular de actividad física.
- Promover la educación nutricional en el medio familiar, escolar y comunitario.
- Estimular la práctica de actividad física regular en la población, con especial énfasis en los escolares.
- Propiciar un marco de colaboración con las empresas del sector alimentario para promover la producción y distribución de productos que contribuyan a una alimentación más sana y equilibrada.
- Sensibilizar a los profesionales del Sistema Nacional de Salud para impulsar la detección sistemática de la obesidad y el sobrepeso en la población.
- Realizar el seguimiento de las medidas propuestas y la evaluación de los resultados obtenidos a través de la Estrategia.

La particularidad de la Estrategia NAOS es, como se ha comentado, que es una actuación integral que implica a diversos ámbitos, como son el familiar, comunitario, educativo, empresarial y sanitario; y se dan pautas que cada uno de los ámbitos debería desarrollar. Pocas iniciativas de salud pública realizadas hasta la fecha han tenido un carácter tan marcadamente multidisciplinar e intersectorial (Ballesteros et al., 2007). Respecto al ámbito que nos refiere, el escolar, se proponen acciones diversas, como incluir en el currículo académico conocimientos y habilidades relativas a la alimentación y la nutrición. Reforzar mediante talleres o actividades extraescolares la iniciación de los escolares en el mundo de la cocina y la gastronomía, aprendiendo a comprar

alimentos, prepararlos y cocinarlos; incluir en los cursos de formación del profesorado materiales didácticos y orientaciones sobre alimentación y nutrición, y su incidencia sobre la salud; promover la práctica frecuente de actividad física y deporte en el colegio, entre otras estrategias. Dentro del ámbito escolar también encontramos algunas consideraciones que implican al comedor escolar y a las máquinas expendedoras de alimentos y bebidas.

Además, desde 2007 se realiza cada año una concesión de premios incluida en el marco de la Estrategia NAOS, con la pretensión de reconocer públicamente y dar visibilidad a las mejores iniciativas que contribuyen a la consecución de los objetivos afines a la estrategia. Con el fin de implicar todos los ámbitos en los que se desarrolla la Estrategia NAOS, los premios están organizados en diferentes modalidades, que se encuentran publicados en el BOE (Resolución de 28 de mayo de 2019, de la Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición, por la que se convoca la edición 2019 de los premios Estrategia NAOS).

Sin embargo, si empleamos una mirada crítica, observamos que la estrategia NAOS presenta algunos inconvenientes: promociona galletas y cereales para desayunar, sin especificar el tipo de cereales, aunque siendo coherentes se debería admitir que la mayoría de galletas y cereales que se encuentran en el mercado son insanas, muy palatables y de ningún modo ayudan a prevenir la obesidad. Además, aunque actualizada, se basa en la antigua idea de pirámide nutricional, en la que han añadido además de las recomendaciones alimentarias, la actividad física (Ballesteros et al., 2007). Aun así, el antiguo concepto de pirámide nutricional, ya ha sido descartado por los expertos en alimentación, porque entre otros motivos, se cimentaba en la idea de que los cereales debían ser la base de nuestra dieta, lo cual es falso puesto que la base de una alimentación saludable deberían ser las verduras, hortalizas y frutas. Además, está el hecho de que no indica que esos cereales deberían consumirse en su versión integral. De esta forma está promoviendo el consumo diario y en gran cantidad de un grupo de alimentos que ya se consume en exceso hoy en día; y en una versión no saludable (pan de molde, pasta, cereales de desayuno azucarados...) (López, 2019).

De igual forma, NAOS señala que “no hay alimentos buenos o malos, sino una dieta bien o mal equilibrada” (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2005, p.21), pero en realidad existe evidencia

científica que asegura que sí hay ciertos alimentos que son dañinos para la salud, como son el alcohol, el azúcar y bebidas azucaradas, algunos edulcorantes, las grasas saturadas... no sólo tienen un bajo valor nutricional, sino que muchos de ellos son hipercalóricos, prooxidantes, proinflamatorios, y en definitiva, los expertos consideran que sí son malos para la salud (Singh et al., 2015; Teng et al., 2019).

Recapitulando, observamos que efectivamente sí existe una campaña lanzada a nivel nacional en el año 2005 que pretende concienciar a la sociedad del problema de la obesidad y potenciar los hábitos de vida saludables, pero no podemos considerar que dicha estrategia sea del todo adecuada, ya que lanza mensajes fraudulentos que no están ayudando en absoluto a frenar la obesidad. Una de las posibles causas podría ser que detrás de esta campaña, hay industrias alimentarias, empresas de hostelería y organizaciones de panadería que podrían haber estado velando más por sus intereses económicos que por la salud de las personas.

En concordancia, López-Guimerà y Sánchez-Carracedo, (2010) y Sánchez-Carracedo, (2011), consideran que aunque es una iniciativa muy relevante, no pone el foco en la orientación correcta, ya que se centra de forma exclusiva en la mejora de la alimentación y en la actividad física, pero no dedica atención a la imagen corporal, promoción de la aceptación de diversas tallas corporales, ni tiene en consideración los posibles efectos nocivos de estas actuaciones sobre el desarrollo de alteraciones alimentarias y conductas del control de peso no saludables y cómo pueden generar en TCA.

Además, de acuerdo con expertos de amplia trayectoria reconocida en el ámbito de la prevención, como Ruiz-Lázaro, Velilla y González (2017), la estrategia NAOS no ha conseguido alcanzar sus objetivos.

Consideramos por tanto, que para realizar una estrategia de calidad de prevención de obesidad, se debería formar un comité de profesionales de la alimentación y la salud, que no escondieran intereses económicos y que pasara un cribado de un jurado independiente formado también por expertos en aras de legitimar su excelencia; y a su vez, también se debería dedicar atención a los aspectos relativos a los trastornos alimentarios.

d) Proyecto GuíaSalud. El Proyecto GuíaSalud, fue creado en el año 2003 por el Consejo

Internacional del Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política Social, está dentro del Plan de Calidad y tiene como finalidad facilitar la toma de decisiones clínicas basadas en la evidencia científica. Asimismo, GuíaSalud es un organismo del Sistema Nacional de Salud, en el que participan las 17 comunidades autónomas de España y el Ministerio de Sanidad.

Este proyecto se dedica a evaluar Guías Prácticas Clínicas (en adelante GPC), de acuerdo a unos criterios concretos propuestos por su grupo de científicos, posteriormente las registra y difunde a través de internet, convirtiéndolas en herramientas adecuadas y accesibles. En 2007 se creó la Biblioteca de Guías de Práctica Clínica, para favorecer la implementación y la evaluación del uso de GPC en el Sistema Nacional de Salud (Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Trastornos de la Conducta Alimentaria, 2009).

A continuación se van a explicitar algunas de estas guías que se encuentran enmarcadas dentro del proyecto GuíaSalud:

Guía de práctica clínica para la prevención y el tratamiento del sobrepeso y obesidad infantojuvenil:

Así es que, incluida dentro de la Estrategia NAOS y enmarcada en el Proyecto Guíasalud, encontramos la Guía de Práctica Clínica para la Prevención y el Tratamiento del Sobrepeso y Obesidad Infantojuvenil, (Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre la Prevención y el Tratamiento de la Obesidad Infantojuvenil, 2009) que además de intervenciones en el ámbito sanitario y comunitario, también integra intervenciones en el ámbito escolar, apartado que a su vez se divide en intervenciones dietéticas para prevenir la obesidad, intervenciones de actividad física para prevenir la obesidad, intervenciones dietéticas y de actividad física para prevenir la obesidad, intervenciones para mejorar la dieta, intervenciones para aumentar la actividad física e intervenciones para disminuir el sedentarismo. Los expertos consideran que constituye una iniciativa de gran interés que esclarece cuáles son las mejores estrategias para abordar la problemática de la obesidad (Sánchez-Carracedo, 2011).

Por tanto, podemos considerar que los objetivos de dicha guía, son establecer un conjunto de recomendaciones para prevenir y tratar el sobrepeso y la obesidad en la infancia y juventud, a través de estrategias que permitan prevenir el sobrepeso y la obesidad y mantener el peso

adecuado, pero se excluyen explícitamente los trastornos de la conducta alimentaria.

Esta guía va dirigida a pediatras, médicos generales y profesionales de enfermería, psicólogos, nutricionistas y dietistas. Empresas e instituciones son destinatarios secundarios de esta GPC, así como las personas dedicadas a la política y los gestores. Por último, esta guía se dirige también a las familias, los educadores y el público en general.

Guía de práctica clínica sobre trastornos de la conducta alimentaria:

También dentro del proyecto GuíaSalud está disponible la Guía de Práctica Clínica sobre los Trastornos de la Conducta Alimentaria, que ha sido elaborada por la Agencia de Evaluación de Tecnología e Investigación de Médicos de Cataluña (AATRM).

Esta guía pretende coordinar y mejorar los tratamientos e intervenciones disponibles que se ofrecen a todos los pacientes dentro del sistema de salud público. Pablo Rivero, Director General de la Agencia Calidad del Sistema Nacional de Salud, comenta que esta Guía de Práctica Clínica sobre TCA, pretende ser un instrumento que dé respuestas a las cuestiones más básicas de la enfermedad, poniendo el foco de atención en los aspectos preventivos y terapéuticos, desarrollado especialmente para los profesionales sanitarios y de la educación (Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Trastornos de la Conducta Alimentaria, 2009). En esta guía se comentan diferentes aspectos de los TCA, como comparación de intervenciones de prevención, instrumentos de cribado útiles en la detección, diagnóstico y actuaciones en los niveles de atención, tratamiento, evaluación, pronóstico y aspectos legales.

Centrándonos en la prevención, se incluyen intervenciones psicoeducacionales, educación en el criticismo hacia los medios de comunicación, movilización y activismo social y político, técnicas de inducción y disonancia, intervenciones centradas en anular o reducir los factores de riesgo de los TCA e intervenciones para fortalecer a la persona afectada.

Respecto al propósito de prevenir los TCA, encontramos algunas recomendaciones:

Se deben transmitir mensajes a la familia y al adolescente sobre las pautas que indirectamente protejan de los TCA: alimentación saludable y realizar al menos una comida en casa al día con la familia, facilitar la comunicación y mejorar la autoestima, evitar que las conversaciones familiares giren compulsivamente sobre la alimentación

y la imagen y evitar bromas y desaprobaciones sobre el cuerpo, el peso o la forma de comer de los niños y adolescentes. (Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Trastornos de la Conducta Alimentaria, 2009, p.17)

Podríamos concluir diciendo que dicha Guía de Práctica Clínica sobre Trastornos de la Conducta Alimentaria, es una completa guía que ofrece gran cantidad de información de interés sobre TCA, lo cual puede ayudar a resolver dudas sobre diferentes aspectos relacionados con la enfermedad, y asimismo conduce a otros proyectos preventivos. No obstante, no arroja luz sobre aspectos concretos que los profesionales de la educación pueden llevar a cabo a la hora de prevenir el trastorno desde el ámbito educativo. Además, está creada por un gabinete de expertos, pero no se ha tenido en cuenta el criterio de profesionales de la educación.

e) A, B, C... Anorexia, Bulimia, Comedor Compulsivo. Manual para docentes. En otro orden de cosas, la Consejería de Sanidad de Madrid, a través del Instituto de Nutrición y Trastornos Alimentarios de la Comunidad de Madrid (INUTCAM) publicó en el año 2009 el manual A, B, C... anorexia, bulimia y comedor compulsivo: Manual para docentes (Penna-Tosso y Sánchez, 2009) que consiste en una guía dirigida especialmente a los docentes, con la intencionalidad de ofrecer instrumentos para luchar contra los TCA en los centros educativos (Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos. España, 2010).

Este manual se inicia con una serie de claves conceptuales y posteriormente se suceden tres apartados que son prevención, detección y apoyo al tratamiento. En el apartado “prevención” se explican las posibles causas de los TCA, los objetivos de etapa que marca el currículo en la Comunidad de Madrid para la Educación Secundaria Obligatoria y el Bachillerato, los contenidos a trabajar con los alumnos y se incluyen actividades preventivas. En el apartado “detección” se describen las señales de alarma que el profesorado debe tener en cuenta a la hora de percibir posibles casos de TCA entre su alumnado. Posteriormente se detallan los dos cuestionarios más usados en la detección de los TCA. El apartado “apoyo al tratamiento” se divide en dos partes, en la primera nos centramos en los pasos a dar cuando el profesorado sospecha de la existencia de un caso de TCA, y en la segunda, se describe cómo puede apoyar el profesorado al alumnado que esté ya en tratamiento por un TCA (Penna-Tosso y Sánchez, 2009).

Los expertos consideran que el citado manual subraya la importancia de la prevención primaria de los TCA desde los ámbitos educativos, apostando por el desarrollo de habilidades que fomenten la autoestima positiva, la asertividad, las habilidades de comunicación, etc., entre los menores. Desde esta aproximación, los centros escolares se convierten en escenarios privilegiados para el desarrollo de este tipo de programas, y los profesores en agentes de prevención fundamentales (Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos. España, 2010).

f) DITCA. Al mismo tiempo, en la Comunidad Valenciana se ofrece la posibilidad de llevar a cabo un programa preventivo de TCA conocido como DITCA (Detección e Intervención en Trastornos de la Conducta Alimentaria).

Se trata de un programa dirigido a prevenir los TCA, ofertado por la Dirección General Salud Pública de la Conselleria de Sanidad, dirigido a adolescentes tanto de centros públicos como privados y concertados, pero solamente de Enseñanza Secundaria. Se lleva a cabo de forma voluntaria y por miembros de su propio centro, que previamente reciben una formación on-line específica en la materia. Se inició en el curso escolar 2001/2002, siendo un proyecto de investigación-acción en colaboración con la Conselleria de Educación, e iniciado con la voluntad de transformarse en un programa de promoción de la salud y prevención de TCA. En el año 2009 pasó a estar oficialmente incluido en la Cartera de Servicios de Salud Pública de la Comunitat Valenciana por medio del Decreto 98/2009, de 17 de julio, del Consell (Legaz et al., 2017). Se imparte por los propios profesores en tutoría y en educación física, así como también están implicados los orientadores del centro, con apoyo continuo por internet. Se basa en un modelo participativo que no se ocupa solamente de transmitir información, sino que promueve la reflexión y la participación, facilitando así el cambio de actitudes, y trabaja en factores protectores: autoestima, hábitos saludables, satisfacción corporal, pensamiento crítico frente a la presión ambiental, mitos sobre las dietas y el cuerpo (Ruiz-Lázaro, Velilla y González, 2017).

Dentro del programa DITCA podemos diferenciar las actuaciones dirigidas al alumnado y las actuaciones encaminadas a los profesionales que van a impartir el programa.

En lo que hace referencia a las actuaciones sobre el alumnado, se distingue prevención primaria, que consta de cuatro sesiones en las que se trabaja imagen corporal; autoimagen

y autoestima; alimentación y nutrición; y publicidad y medios de comunicación. Y prevención secundaria, que se basa en la utilización de instrumentos de cribado fáciles de realizar y con gran capacidad para detectar la sospecha de patología. A continuación, todos los casos que se han observado preocupantes se someten a nuevas pruebas que permiten confirmar o no el diagnóstico y, si procede, instaurar el tratamiento más adecuado para cada persona.

El procedimiento para la detección precoz de anorexia y bulimia que DITCA utiliza es:

1. Cuestionarios autocumplimentados por el alumno en el aula (ChEAT y SDQ).
2. Aquellos alumnos que den positivo en los cuestionarios, se someten a Entrevistas Personales con el Orientador del centro docente.
3. Una vez detectados los posibles casos, éstos se remiten para su confirmación diagnóstica y, en caso de ser necesario, se derivan a su Centro de Salud.

Por otro lado, en cuanto a las actuaciones dirigidas a los profesionales de los centros docentes y centros de salud:

- Formación en línea para personal docente en Prevención de TCA, que cuenta con la certificación de 30 créditos por la Conselleria de Educación, Cultura y Deporte.
- Formación en línea para Orientadores en Prevención de Trastornos de la Conducta Alimentaria, que cuenta con la certificación de 30 créditos por la Conselleria de Educación, Cultura y Deporte.
- Formación en línea para profesionales sanitarios de Atención Primaria, acreditada por la Comisión de Formación Continuada del SNS (6 créditos).

En cuanto a la duración, es de cuatro sesiones de 90 minutos cada una, en cuatro semanas. El acceso al programa se realiza a través de su página web (www.ditca.net) desde donde se diferencia el acceso y funciones para los centros docentes que quieren participar; los centros de salud pública, que se encargan de dar soporte informativo y desarrollar tareas de captación y sensibilización en los centros docentes; o profesionales de asistencia sanitaria: que son los médicos que reciben los casos derivados del programa (Legaz et al., 2017).

Los institutos que deseen inscribirse a dicho programa deben hacerlo a principio del curso escolar, momento en el que solicitan el material necesario, que consiste en cuestionarios,

báscula, tallímetro y bolígrafos. Los docentes recogen el consentimiento de las familias, después se pesa y talla a los alumnos y unos días más tarde, los estudiantes cumplimentan el cuestionario ChEAT, que se remite a la Dirección General de Salud Pública de la Conselleria de Sanidad, donde la información es procesada informáticamente y se envía por correo electrónico a los centros, comunicando los resultados relativos a los hábitos de alimentación, actividad física y estilos de vida de los adolescentes, y los resultados individuales de todos los alumnos. A partir de dichos resultados, se enmarca a los adolescentes en tres categorías: aquellos con posible anomalía alimentaria, los que tienen sobrepeso/obesidad; y alumnos con bajo peso pero sin riesgo de TCA, y se explicitan las actuaciones a realizar con cada uno de ellos.

Por tanto, los alumnos que se enmarcan en el grupo de “posible anomalía alimentaria”, son los que obtienen 20 puntos o más en el ChEAT y/o tienen un IMC menor de 15,5. Los que forman parte de este grupo pasan al cribado 2 (entrevista personal). Por otro lado, los alumnos de la categoría “sobrepeso/obesidad” son los que tienen un IMC mayor de 25, y en ese caso el orientador se pone en contacto con los tutores legales para comunicarles esta información y aconsejarles acudir al médico. Por último, también se diferencia otro grupo de “alumnos con bajo peso pero sin riesgo de TCA”, cuyo IMC se encuentra entre 15,5 y 16 pero que no obtienen resultados de riesgo en el ChEAT. DITCA recomienda que se le incluya en el cribado 2.

En cuanto al cribado 2, el orientador del centro educativo realizará una entrevista personal con el alumno que haya resultado positivo en el cribado 1 para valorar el posible riesgo de TCA y derivar si fuera necesario a los servicios médicos pertinentes. Esta entrevista sirve para rastrear el conjunto de síntomas que el DSM contempla para los TCA. Para que los orientadores puedan llevar a cabo esta entrevista, el programa DITCA les ofrece una formación y capacitación específica (Legaz et al., 2017).

La opinión de los peritos al respecto del programa DITCA de la Comunidad Valencia, es que en general es beneficioso tanto en prevención primaria como en detección precoz (Legaz et al., 2017). Pero si adoptamos una mirada más crítica, podemos observar que al tratarse de un programa voluntario, no se garantiza el alcance a todos los adolescentes de la comunidad y no se promociona la igualdad de oportunidades y condiciones para todos/as.

De igual forma, no se ha encontrado información acerca de la autoría de la elaboración, por lo que no podemos acertar a saber si algún docente ha contribuido a la confección, lo cual nos parece plenamente necesario, teniendo en cuenta que son ellos quienes mejor conocen la realidad de las aulas y la forma de trabajo del sistema educativo.

Además, tal y como se observa en su página web, no se plantea como un contenido curricular, no está enmarcado dentro de ninguna asignatura ni se menciona un carácter interdisciplinar, por lo que, en lo que a la realidad del aula respecta, parece difícil encontrar un hueco en alguna programación didáctica de las asignaturas de secundaria, y parece apuntar a ser relegado a segundo plano sin ocupar más espacio que las sesiones de tutoría y sin existir coordinación entre otras materias y docentes.

g) Currículo Zarima. El grupo Zarima, que se dedica a la prevención de TCA, desarrolló en su momento un programa de acción comunitario cuyo objetivo prioritario es promover la salud mental. Para ello, realiza tanto prevención primaria como secundaria. Surgió como un programa de prevención de TCA enmarcado dentro del modelo de la educación para la salud. Está auspiciado por el Departamento de salud del gobierno de Aragón, y cuenta con notable relevancia internacional.

Dicho programa se ha estado aplicando en centros educativos, tanto públicos como privados, todos ellos de secundaria, en varias provincias españolas: Zaragoza, Santiago de Compostela, Vigo, Ourense, Santander y Fuerteventura (Ruiz-Lázaro, Calvo et al., 2017).

Los resultados que ha obtenido han sido esperanzadores, pues ha mostrado efectos positivos, sorprendentemente, en la prevención del sobrepeso. Se aplicó en un ensayo controlado en una muestra de 437 adolescentes tempranos de 1º de ESO. Después de un año de seguimiento, las tasas de sobrepeso ($Pc < 85$) fueron de un 29,7 % en el grupo de intervención, frente a un 41,3% del grupo control. Se detectaron cambios en las chicas y en el sobrepeso, aunque no en obesidad (Ruiz-Lázaro, Velilla y González, 2017).

h) Programa THAO. El Programa Thao, fue un programa piloto nacional de prevención de la obesidad infantil, dirigido a niños desde 0 a 12 años, con el fin de empezar a prevenir la obesidad lo más pronto posible. Dicho programa comenzó en España el año 2007, aplicándose

en total a cinco municipios de Andalucía, Cataluña y Madrid, y según ha declarado recientemente su coordinador, el doctor Rafael Casas, el programa Thao, terminó en 2015 a causa de una crisis financiera que no fue posible remontar, aunque los municipios siguieron las actividades que estaban diseñadas y programadas para la última temporada hasta verano de 2016 (Rafael Casas, comunicación personal vía e-mail, 27 de septiembre de 2019).

Tal y como lo define su coordinador, era un programa de prevención de la obesidad infantil basado en acciones concretas en municipios de España. Buscaba desencadenar una actitud positiva y duradera hacia los comportamientos saludables, de forma transversal, implicando tanto a niños, familias, empresas, ayuntamientos, etc. a través del aprendizaje de una alimentación equilibrada y de actividad física.

Estaba basado en la metodología de EPODE, un programa que ya se aplicaba con éxito en Francia desde 2004, mostrando altos índices de eficacia (Casas, 2011a, 2011b).

El también director científico de la Fundación Thao, Rafael Casas, comenta en una entrevista para Infocop (Casas, 2011a), que del mismo modo, se creó el Programa Thao-Pequeña Infancia, que trataba de prevenir la obesidad infantil desde los 0-3 años, con el claro objetivo de que los hábitos de vida saludables se implanten en la más tierna infancia, mediante talleres dirigidos a familias, profesionales de la enfermería pediátrica y jardines de infancia. El doctor considera que durante los primeros años de vida, se desarrollan las preferencias por ciertos sabores y se consolida la autorregulación de hambre y saciedad.

El éxito de este programa, radicaba, entre otros, en que su comunicación estaba basada en mensajes positivos y motivantes, sin prohibir productos ni conductas, ya que se consideraba que la restricción podía ser contraproducente.

Para llegar hasta los niños, fundamentaba su trabajo en la ciudadanía y las familias, ya que tenía en cuenta que el papel de los padres es esencial, puesto que para transmitir valores, es necesario que los apliquen ellos mismos (Casas, 2011a).

El Programa Thao se articulaba mediante “temporadas” en el curso escolar. En cada una de ellas, se abordaba un grupo de alimentos o una actividad, como la fruta, el agua, el pescado, la actividad física... con el objetivo de trabajar los mensajes de forma profunda y

consolidar, así, un estilo de vida más saludable entre las familias. De este modo, los escolares realizaban actividades que les acercaban a estos alimentos o acciones, como podían ser talleres, degustaciones, elaboración de recetas, visitas a mercados, juegos al aire libre, representaciones teatrales, etc. Además, paralelamente a las temporadas, se organizan algunos eventos que fomentan la actividad física con participación de las escuelas y de toda la ciudad.

Otro de los aspectos que definía el programa Thao, era que recogía datos sobre obesidad infantil en los diferentes municipios y los hacía públicos, determinando así la prevalencia de sobrepeso en los menores.

Durante el curso 2009-2010, realizó mediciones del índice de masa corporal (IMC) a 26.251 niños y niñas de 3 a 12 años, en 29 ciudades españolas, la muestra cuantitativa más importante analizada en España hasta el momento. [...] Como principal conclusión del estudio, destaca que casi 1 de cada 3 niños y niñas españoles (29,3%) sufre problemas relacionados con el exceso de peso. Un 8,2% de ellos sufre obesidad y un 21,1% sobrepeso. Los datos revelan ya la alta prevalencia de estas alteraciones en la franja de edad de 3 a 5 años, que alcanza un 6,3% de los niños y las niñas de dichas edades. (Casas, 2011a, pp 18-19)

Concluimos resaltando que se considera que el programa Thao era positivo y enriquecedor, con las pruebas de que el método en el que estaba basado, el programa EPODE, daba buenos resultados en Francia. Además, tras cinco años de implantación del programa, se habían empezado a registrar resultados alentadores en cuanto a la prevalencia de obesidad y sobrepeso infantil.

Una vez analizados los datos de las mediciones a más de 23.000 niños y niñas de 8 municipios piloto, entre los años 2005 y 2009, la principal conclusión es que, en 2009, ya se constata una prevalencia de sobrepeso y obesidad menor que en 2005. De todos modos, la previsión es que los cambios se den a largo plazo. (Casas, 2011a, p.20)

Algo a remarcar es que el Programa Thao contaba además de con dinero público, con el patrocinio de empresas privadas que consideraban como “empresas sensibles y comprometidas con la promoción de la salud infantil”. Esas firmas eran Nestlé –patrocinador fundador del

programa-, Ferrero, Schweppes y DKV Seguros. Además, en muchos municipios, el programa contaba con el soporte económico de empresas cercanas y productores locales, que aportaban, por ejemplo, fruta para los colegios (Casas, 2011a). Por otro lado, es cuestionable la ética de esas empresas que dicen estar comprometidas con la promoción de salud infantil y luchan contra la obesidad infantil, pero venden y publicitan productos dirigidos al público infantil llenos de azúcares añadidos y otros ingredientes adictivos y perjudiciales para la salud, de lo que podemos observar, que aunque el programa estuviera siendo positivo y alcanzara objetivos, podían haber escondidos intereses económicos detrás de estas empresas que dejaron de financiarlo.

i) Programa PERSEO. El programa escolar Perseo guarda relación con la ya comentada Estrategia NAOS y se trata de un programa piloto iniciado en 2006 por los Ministerios de Sanidad y Consumo y de Educación, Política Social y Deporte junto a las Consejerías de Sanidad y Educación de seis Comunidades Autónomas, y auspiciado por el Ministerio de Sanidad.

Se basaba en intervenciones en el ámbito educativo, exactamente en las escuelas de Educación Primaria e involucraba en la participación a maestros, familias y centros de salud. Pretendía fomentar desde la infancia unos hábitos de alimentación y de vida saludables, y habituar al alumnado en el consumo de alimentos saludables a través de los menús escolares, a la vez que se fomentaba la práctica de deporte y actividad física (Ballesteros et al., 2007).

Se desarrolló en el curso 2007/2008, y se inició contando con 64 centros escolares, que sumaban un total de 13000 alumnos de colegios públicos, privados y concertados de Andalucía, Canarias, Castilla y León, Ceuta, Extremadura, Galicia, Melilla y Murcia. En la mitad de centros se llevó a cabo la intervención, mientras que la otra mitad era el grupo de control.

Entre las actividades que se llevaban a cabo en PERSEO se incluyen valoraciones antropométricas al inicio y al final del programa, formación para los escolares y sus familias, los equipos directivos de los centros y los profesores; intervenciones sobre los comedores escolares e intervención sobre actividades extraescolares. Conjuntamente, se incluye material didáctico y de formación, tanto de elaboración propia como realizado por los Ministerios de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, y de Educación, Cultura y Deporte, una página web y una campaña de comunicación y sensibilización (Torquemada, 2016).

También el Programa PERSEO, junto a la Estrategia NAOS, elaboró una Guía para el profesorado de Alimentación Saludable (Programa PERSEO, 2007).

En cuanto a la eficacia del programa encontramos diversidad de opiniones, por un lado, Ruiz-Lázaro, Velilla y González (2017) afirman que PERSEO no alcanzó los objetivos deseados. Mientras que otros expertos destacan que el programa consiguió resultados esperanzadores en referencia a la prevalencia de obesidad en los participantes, asimismo provocó un efecto positivo en cuanto a los hábitos alimenticios y deportivos del alumnado, y de esto se deduce que las intervenciones públicas pueden ser eficaces en la prevención de la obesidad (El Programa PERSEO, 10/04/2012).

j) JANPA. Janpa (Joint Action on Nutrition and Physical Activity) es una iniciativa impulsada por la Comisión de la Unión Europea en la que participan 26 países europeos y que se encuentra enmarcada en el Plan de Acción Europeo sobre Obesidad Infantil, cuyo objetivo es frenar el aumento de sobrepeso infantil mediante acciones concretas en las políticas. De forma específica, se dedica a crear entornos escolares más saludables, promover hábitos saludables de alimentación y actividad física entre las familias con niños y mujeres embarazadas; estimar los costes económicos que conlleva para las sociedades el sobrepeso y la obesidad, y aumentar el uso de la información nutricional de por parte de salud pública, operadores y familias.

k) MAGRAMA: plan de consumo de frutas y verduras en las escuelas, del Ministerio de agricultura, alimentación y medio ambiente. Con el objetivo principal de impulsar la ingesta de frutas y verduras, para alcanzar el consumo mínimo de 400g diarios que recomienda la OMS, y así contribuir en la lucha contra la obesidad, surge en 2009 el Plan de Consumo de Fruta y Verdura en las Escuelas. Se trata de un programa cofinanciado por la Unión Europea, en el marco de la Organización Común de Mercados, que se dedica a la distribución de frutas y verduras en los centros educativos que así lo deseen. España forma parte de esta iniciativa desde el curso 2009/2010, que consiste básicamente en el reparto gratuito de fruta y verdura a alumnado de entre 6 a 12 años en las escuelas de educación primaria.

l) Estudio ENKID. El estudio enKid fue desarrollado para evaluar los hábitos alimentarios y el estado nutricional de la población infantil y juvenil española. Los objetivos perseguidos fueron

obtener cifras de la prevalencia de la obesidad a escala nacional, a través del estudio de los hábitos alimentarios y el estado nutricional de la población infantil y juvenil; y valorar las cifras conseguidas.

Se trata de un estudio transversal que tuvo lugar entre los años 1998 y 2000, realizado sobre una muestra aleatoria de la población española con edades comprendidas entre 2 y 24 años. La mencionada investigación utilizó datos personales y análisis de la ingesta mediante un cuestionario. Para recabar la información se realizaron entrevistas personales en las viviendas de los propios encuestados y en presencia de la persona responsable de la alimentación familiar para los menores de 13 años. Igualmente, se recogió información relativa a conocimientos y opiniones sobre alimentación y nutrición, y a ciertos hábitos como actividad física y consumo de alcohol y tabaco a través de cuestionarios específicos (Aranceta, 2004).

Los resultados mostraron datos relevantes al respecto de los índices de obesidad, características familiares y hábitos de alimentación, entre los que se destaca que la prevalencia de obesidad para el grupo de edad estudiado, entre 2 y 24 años, en España, era un 13,9% y para sobrepeso un 12,4%.

Además, existe una diferencia estadísticamente relevante en cuanto a sexos, de manera que la obesidad afectaba más a los varones (15,6%) que a las mujeres (12%). Dentro de los varones, se observó que las tasas de prevalencia más elevadas fueron entre los 6 y 13 años, mientras que en las mujeres, entre los 6 y 9 años. También se puede destacar que los índices de obesidad son más elevados cuando el nivel de estudios de los padres es bajo, especialmente cuando la madre es la que tiene un nivel cultural bajo, y también cuando pertenecen a un nivel socioeconómico bajo (Aranceta, 2004).

En referencia a los hábitos de alimentación, en los chicos a partir de los 14 años de edad, aparece una diferencia significativa en el consumo de productos azucarados, bollería, embutidos y refrescos azucarados entre los obesos y los no obesos. Y también la prevalencia de obesidad es más alta en los chicos con edades entre 6 y 14 años que ingieren frecuentemente embutidos. Asimismo, la prevalencia de obesidad fue menor entre aquellos que consumían al menos 4 raciones de frutas y verduras al día. También aquellos/as que realizan un desayuno

completo experimentan tasas de obesidad más bajas que los que no desayunan o realizan un desayuno incompleto (Aranceta, 2004).

En cuanto a la actividad física, la prevalencia de obesidad fue más elevada entre los chicos y chicas que dedican mayor tiempo a actividades sedentarias en comparación con los que dedican menos tiempo. La prevalencia de obesidad entre los chicos y chicas que no practicaban ningún deporte habitualmente fue más elevada en comparación con los que sí tenían este hábito.

En conclusión, los resultados del estudio enKid, una vez más ponen de manifiesto la necesidad de invertir en campañas de prevención, ya que la obesidad infantil y juvenil en la población española está adquiriendo dimensiones devastadoras, especialmente en la población en edad escolar, en la etapa de la preadolescencia (Aranceta, 2004).

m) Estudio OBESGAL. En el estudio OBESGAL (Fernández et al., 2015) se realizó en 2013 una valoración del estado de nutrición de la población infantil de 2 a 15 años de Galicia, con una muestra de 15142 alumnos, atendidos en distintos centros de Atención Primaria de esta misma comunidad, estudiando la prevalencia de sobrepeso, obesidad y obesidad mórbida. Se encontró una prevalencia global de obesidad del 9,7% y de sobrepeso del 9,3%, alcanzando el 19% si se analiza de forma conjunta, siendo el grupo de 10-14 años el que obtiene cifras más elevadas. En los varones, se alcanzan las cifras más altas de obesidad entre los 5-9 años, siendo el 13,8%, que asciende a 24% si se considera obesidad y sobrepeso de forma conjunta. En las niñas, es el grupo entre 10-14 años las que alcanzan cifras más elevadas tanto de sobrepeso (9,8%) como de obesidad (11,7%), siendo la prevalencia en obesidad similar a la de los niños para este grupo de edad (12%). Los datos muestran que a todas las edades la prevalencia de obesidad es menor en las niñas que en los varones.

n) Estudio Aladino. El estudio Aladino, es un estudio epidemiológico sobre la obesidad infantil en España, que está enmarcado dentro de un proyecto europeo impulsado por la OMS, conocido como COSI. La iniciativa COSI se lanzó en 2007 para consensuar un sistema armonizado de vigilancia de la obesidad en los países adheridos, actualmente 46. Por eso se estableció una forma de trabajo común que hiciera posible la comparación de la información obtenida en los diferentes países. Uno de los acuerdos fue medir y pesar a los niños de 6 a 9 años.

En España, esta recogida de datos se realiza a través del estudio Aladino (Estudio de ALimentación, Actividad física, Desarrollo INfantil y Obesidad), que se trata pues, de un estudio descriptivo transversal realizado a 16.665 escolares de 276 Centros de Educación Primaria, en el que se obtienen las medidas antropométricas por medición directa y de factores asociados a través de cuestionarios (Fernández et al., 2015).

Las últimas cifras disponibles son las del Estudio Aladino 2019, que reflejan los datos recogidos de toda España, y se observa que aunque la prevalencia de sobrepeso y obesidad de los escolares de 6 a 9 años en España sigue siendo elevada, hay una tendencia descendente del exceso de peso desde 2011 y estabilización respecto a 2015. Aunque sigue destacando el bajo consumo de frutas y verduras por parte de los escolares y la vida sedentaria, relacionada con el uso excesivo de pantallas.

ñ) Código PAOS. El código PAOS, de correulación de la publicidad de alimentos y bebidas dirigida a menores, prevención de la obesidad y salud; surgió el año 2005, con el objetivo de reducir la presión de venta hacia la población infantil y mejorar la calidad y contenido de los anuncios de alimentos y bebidas dirigidos a éstos. Su misión es asentar un conjunto de reglas éticas que guíen a las compañías incluidas.

Además, PAOS se vio reforzado en 2009, cuando se pactó un acuerdo de colaboración con televisión, mediante el que las televisiones se comprometían a exigir que los anuncios de alimentos y bebidas dirigidos a menores de 12 años o que se emitieran en horario infantil, cumplieran con las normas establecidas en el Código PAOS.

En 2012 se da un paso más allá con la puesta en marcha del código PAOS 2012, que se planteaba como una versión mejorada del PAOS inicial, adecuándose a la sociedad actual, ya que por primera vez incluye la publicidad en internet de alimentos y bebidas dirigida a menores de 15 años.

Sin embargo, la opinión general de los expertos es que el Código PAOS, tampoco ha cumplido con el objetivo perseguido, ya que las empresas se autorregulan y a grandes rasgos no se ha conseguido reducir la obesidad en la población infantil, como tampoco se ha visto reducida drásticamente la publicidad de productos insanos hacia el público infantil (Ruiz-Lázaro, Velilla y

González, 2017). Tanto es así, que Alberto Garzón, ministro de consumo, considera que PAOS ha demostrado ser insuficiente y apuesta por redactar un decreto para reducir las alarmantes tasas de obesidad infantil, ya que considera que es un problema grave de salud pública. Se prevé que este decreto entre en vigor en 2022 y afectará a cinco categorías de productos que no podrán dirigir publicidad a menores, entre ellos, productos azucarados y de chocolate, barritas energéticas, postres, pasteles, galletas, zumos, bebidas energéticas y helados (Medina y Moncloa, 2021).

o) Programa “Alimentación, Modelo Estético Femenino y Medios de Comunicación: Cómo Formar Alumnos Críticos En Secundaria”. Se trata de un programa de prevención de TCA, dirigido a estudiantes de secundaria que busca reducir las conductas alimentarias de riesgo, así como mejorar la autoestima de los participantes. Los resultados obtenidos han sido positivos, tal y como lo demuestran los estudios controlados. Se lleva a cabo una vez por semana y cuenta con un total de 10 a 15 sesiones en las que se trabajan tres módulos:

- Modelo estético femenino: Este módulo invita a la reflexión sobre el modelo estético femenino que impera en la sociedad y contribuye a que el alumnado se cuestione la creencia de que el ideal de belleza es único y objetivo.

- El modelo estético femenino en los medios de comunicación: El objetivo principal de este módulo es que los estudiantes desarrollen una actitud crítica hacia los mensajes mediáticos. Para ello, se da a conocer la información oculta y los trucos que utiliza la publicidad para transmitir y potenciar el modelo estético femenino.

- Alimentación y nutrición: El objetivo es transmitir la información sobre nutrición que se considera más relevante y la importancia de mantener una alimentación saludable y variada.

Cabe destacar que el programa ha resultado ser eficaz, tanto en prevenir la aparición de TCA como en reducir la influencia de los ideales estéticos corporales (Raich et al., 2008; Ruiz-Lázaro, Velilla y González, 2017).

p) Taller de prevención para los trastornos de la conducta alimentaria en la Comunidad Valenciana de Mercedes Jorquera. Contó con un total de 4268 participantes, de entre 11 y 17 años de edad. Se conformaba de una primera sesión de prevención universal que procuraba fomentar un espíritu crítico respecto a los medios de comunicación y publicidad, y

otras dos sesiones posteriores dirigidas únicamente a la población más vulnerable. Se demostró que era un taller eficaz, pues los resultados fueron positivos (Jorquera, 2008; Ruiz-Lázaro, Velilla y González, 2017).

En definitiva, se puede observar que en el caso particular de España, aunque el Ministerio de Sanidad y Política Social, a través de la Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud, determinó en 2007, la necesidad de desarrollar programas de prevención de los TCA desde la escuela, y sí que existen algunas iniciativas para la prevención de las enfermedades relacionadas con la alimentación, los datos reportados muestran que no se dispone de una legislación o iniciativa a nivel nacional para desarrollar plenamente los objetivos propuestos desde estrategias globales, ni se han encontrado actuaciones sistematizadas y consensuadas para la prevención de este tipo de alteraciones. Es decir, existen diversas iniciativas con el objetivo de prevenir la aparición de estos trastornos, pero no se han articulado en una estrategia más general (Integrando los programas de prevención de las alteraciones del comportamiento alimentario, 2011). Además, muchas de estas campañas, aunque se pusieron en marcha, se han visto paralizadas con el paso del tiempo, lo que nos hace sospechar que no se están invirtiendo los recursos suficientes por parte de las administraciones públicas, ni económicos ni personales, ya que este tipo de intervenciones la mayor parte de las veces, implican un gran esfuerzo en nombre de los investigadores, tanto a nivel temporal como de recursos, que en la mayoría de los casos no conlleva un reconocimiento público a su ardua labor.

En conclusión de la teoría expuesta, no encontramos ningún modelo con repercusión que haya trabajado la prevención de TCA y obesidad de forma integrada, y por lo tanto, aunque en algunos casos los resultados han sido positivos, no podemos asegurar que no estén repercutiendo indirectamente en la creación del problema adverso, es decir, que los programas de prevención de obesidad, habrían podido contribuir en el desarrollo de TCA y a la inversa.

Asimismo, en cuestión de la prevención de TCA, prácticamente todas las iniciativas se dirigen al público de la escuela secundaria, y no tienen en cuenta que los hábitos alimentarios, y algunos problemas de alimentación se pueden fraguar a edades más tempranas.

A la luz de estos datos, cobra importancia el hecho de apostar por una educación

alimentaria obligatoria en la escuela primaria y de reforzar la formación al profesorado en materias de alimentación, nutrición y prevención de obesidad y TCA.

6.5 Estrategias de Prevención internacionales

En primer lugar, es importante comentar que a nivel europeo, existen tres documentos fundamentales donde se especifican las políticas sobre alimentación, actividad física y contención de la obesidad, y son la Carta Europea para la Contención de la Obesidad, la Estrategia de la OMS para las Enfermedades Relacionadas con la Nutrición, el Sobrepeso y la Obesidad; y el Plan Acción para Europeo para alimentación y nutrición de la OMS (Comité Científico Asociación para la Promoción y el Consumo de Frutas y Hortalizas “5 al día”, 2011, p. 2-12)

De ellas se desprende que la educación alimentaria debería ser obligatoria en educación primaria y secundaria en los países de la Unión Europea, y también se debería dar formación a los docentes a este respecto.

En este sentido, en 2010 fueron evaluadas las actuaciones que se habían estado llevando a cabo enmarcadas en la “Estrategia de la OMS para las enfermedades relacionadas con la nutrición, el sobrepeso y la obesidad” y los resultados mostraron que en España, la educación en alimentación no es obligatoria y tampoco se dispone de legislación o iniciativas a nivel nacionales. Además, solo el 20% de los estados incluyen formación al profesorado en estas áreas y el 55% contempla como obligatoria la educación alimentaria-nutricional en la escuela.

A continuación, se muestran los indicadores por países recogidos en la tabla 11, obtenida y modificada de Comité Científico Asociación para la Promoción y el Consumo de Frutas y Hortalizas “5 al día” (2011, p. 9-11).

Tabla 11

Nivel de aplicación en Europa de la Estrategia Europea sobre Alimentación, el Sobrepeso y la Obesidad en la última década.

País	Inclusión obligatoria de la educación nutricional en las escuelas	Facilidad de acceso a alimentos saludables	Formación en hábitos saludables a profesorado
Alemania	Diferencias en las regiones. Por lo general no es una materia independiente, sino integrada en otras: biología, economía doméstica...	SFC. Sin más detalles sobre la regulación de la calidad nutricional.	Se aborda en diferentes niveles y organizaciones gubernamentales. Formación continuada, posgrado, programas de capacitación en nutrición, manuales...
Austria	Obligatoria en primaria y secundaria.	Parcialmente implantado en escuelas públicas; recomendaciones para la eliminación de alimentos y bebidas de baja densidad nutricional.	Se han realizado esfuerzos para la formación de profesores en nutrición.
Bélgica	No es obligatoria.	Parcialmente implantado: provisión gratuita o subvencionada de frutas y hortalizas, además de control de alimentos en vending todo ello a nivel local.	Edición de guías. No formación promovida a nivel nacional. Desarrollo de materiales. Ni Nutrición ni AF están incluidos en el currículum de profesores.
Bulgaria	Previsión de ser obligatoria en primaria y secundaria, pero aún no implantada.	Programas de reparto de frutas (SFS) y lácteos (SMS) para desayunos, aunque no en todas las escuelas. Aprobada una norma para provisión obligatoria de alimentos saludables, y restricción de los de baja densidad nutricional en cantinas escolares, cafetería y máquinas expendedoras. Los alimentos con un alto contenido de grasa, azúcar y sal están prohibidos.	Planificado, pero no llevado a cabo.
Chipre	Diferentes iniciativas sobre promoción de Dieta Mediterránea y frutas. No específica si está regulado o no y si su implantación es nacional.	Se ofrecen lácteos y frutas (SFS). Se han realizado esfuerzos para disminuir la oferta de alimentos y bebidas de baja calidad en cantinas y vending.	Parcialmente implantado.
Dinamarca	Obligatoria en secundaria como "economía doméstica" 2h/semana.	Recomendaciones para alimentos en la escuela. SFS. Nivel local decisivo en la subvención de alimentos.	No.

País	Inclusión obligatoria de la educación nutricional en las escuelas	Facilidad de acceso a alimentos saludables	Formación en hábitos saludables a profesorado
Estonia	Nuevo plan actualmente en fase de desarrollo. Hasta ahora formaba parte de Educación para la salud.	Regulación de la composición de las comidas. SFS. Otras acciones puntuales para mejorar los servicios de restauración.	No implantado aún.
Eslovaquia	Forma parte de otras materias obligatorias: biología, química, etc.	SFS. En primaria en voluntario.	No.
Eslovenia	Obligatoria.	SFS y otros programas que ofrecen frutas. Recomendaciones de lácteos bajos en grasa en primaria y secundaria.	Profesores formados en la materia dentro de un programa nacional de promoción de la salud en secundaria, donde se les animaba a implantar la asignatura.
España	No es obligatoria.	Existe un Documento de Consenso sobre la Alimentación en los Centros Educativos, pero no es de obligado cumplimiento.	No se contempla.
Finlandia	Obligatoria en primaria y secundaria. Incluida en el currículum.	Calidad nutricional de comidas y vending regulada desde Educación y Salud.	A través de formación de postgrado.
Francia	Obligatoria.	SFS. Eliminación de vending en todas las escuelas desde 2005.	Parcialmente a partir de materiales informativos.
Grecia	No es obligatoria.	Guías para regular cantinas. Vending no permitidos desde 2006.	Acciones puntuales, pero no estrategias nacionales.
Hungría	Sin programa específico, pero se trata en materias obligatorias.	SFS y programa Leche. Normas para regular la calidad nutricional de menús.	Sin información. Solo menciona profesionales de la salud.
Holanda	No es obligatorio pero el gobierno dispone de materiales y programas específicos, que a demanda, pueden usar todos los centros con la financiación de Salud.	Sin datos sobre la regulación de alimentos.	Puntuales para los programas disponibles.
Irlanda	No es totalmente obligatoria. Actualmente en discusión	SFS. Consideración de escuelas con grupos desfavorecidos. Guías de recomendación para primaria y secundaria.	Sin información. Solo menciona profesionales de la salud.

País	Inclusión obligatoria de la educación nutricional en las escuelas	Facilidad de acceso a alimentos saludables	Formación en hábitos saludables a profesorado
Italia	No es obligatorio. Numerosos programas regionales y nacionales para la promoción de alimentación saludable, junto a formación de profesorado. Acciones que se extenderá a todas las regiones.	Documento con recomendaciones para alimentos disponibles en cantinas y menús, informativo. SFS (5000 escuelas).	Algunas acciones muy puntuales.
Latvia	Obligatoria.	Regulada la eliminación de determinados alimentos de los vending. SFS y SMS.	Sí.
Lituania	Incluida como parte de otras obligatorias.	Regulada la disponibilidad de alimentos, especialmente en vending.	Incluida en formación de grado y posgrado. Suministro de guías para el profesorado.
Luxemburgo	Generalmente se incluye en los currículos y se relaciona con las políticas nacionales de promoción de la salud, en coordinación con profesores, educadores y servicios médicos comunitarios.	SFS. No hay regulación. Iniciativas particulares de los centros.	Sesiones específicas formando parte de acciones integrales nacionales, junto a profesionales de la salud. Importancia relevante en los programas nacionales.
Malta	Integrada en otras materias.	SFS.	Sin información. Solo menciona profesionales de la salud.
Polonia	Se incluye en otras materias. Guías de programas nacionales	SFS.	Sin información. Solo menciona profesionales de la salud.
Portugal	Obligatorio de 6 a 15 años. El 98% de las escuelas han desarrollado proyectos en el área de nutrición. Equipo que supervisa las actividades de promoción de la salud en las escuelas.	Programa informático para mejorar las comidas escolares. SFS.	Plan nacional de formación en nutrición para el profesorado. Dependiente de gobiernos regionales.
Reino Unido	Obligatorio a nivel nacional.	Programas específicos, entrega gratuita de frutas y acceso a agua de bebida. Regulación de contenido nutricional de menús, tamaño de raciones y especificaciones límite para algunos productos.	Sí.

País	Inclusión obligatoria de la educación nutricional en las escuelas	Facilidad de acceso a alimentos saludables	Formación en hábitos saludables a profesorado
República Checa	Obligatorio a nivel nacional.	Parcialmente subvencionado el comedor. Oferta de meriendas en escuelas.	Sí.
Rumanía	No hay regulación nacional, pero se dispone de currículos opcionales que incluyen la nutrición.	SFS y SMS en diferentes grupos.	Cerca de 9000 profesores formados en la materia dentro de un programa nacional de promoción de la salud en las escuelas.
Suecia	Obligatoria.	Normativa calidad nutricional menús y alimentos y bebidas.	Disponible a nivel universitario. Guías donde se aborda el tema. Varios capítulos.

Nota. Tabla adaptada de Comité Científico Asociación para la Promoción y el Consumo de Frutas y Hortalizas “5 al día” (2011, p. 9-11).

En cuanto a los programas internacionales de prevención de TCA y/o obesidad, se han recogido los siguientes, que se exponen a continuación en la tabla 12 y después desarrollados al detalle:

Tabla 12

Principales Programas Internacionales de Prevención de TCA y/o Obesidad.

Health Behaviour in School-aged Children
EPODE
5 al Día
Programa educativo en los Países Bajos
Estrategia nacional para prevenir la obesidad en Estados Unidos
Body Project
Healthy Weight Intervention
Planet Health
Trouble on the tightrope: In search of skateboard Sam:
VIK: Very important kids

Healthy body image: Teaching kids to eat and love their bodies too!

The weight to eat

Programa Healthy Buddies

Nota. Elaboración propia.

a) Health Behaviour in School-aged Children. El Estudio Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) o Estudio sobre las conductas saludables de los jóvenes escolarizados, es un proyecto patrocinado por la Organización Mundial de la Salud (OMS), que cuenta con una sólida trayectoria, en el que participan 44 países occidentales. Originalmente se puso en marcha en 1982 a través de la iniciativa de Finlandia, Noruega e Inglaterra, momento en el que se decidió diseñar un instrumento común para descubrir los hábitos de vida relacionados con la salud de los adolescentes escolarizados. España se incorporó al estudio HBSC en 1985, auspiciado por el Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, y realizado por la Universidad de Sevilla (García, 2014; Ramos, 2009).

Sus objetivos son conocer los estilos de vida y la salud de los estudiantes adolescentes, para posteriormente confeccionar una serie de estrategias de intervención orientadas a la promoción de la salud. El estudio se desarrolla en tres fases, que son “estilos de vida”, “contextos de desarrollo: familia, escuela y amistades” y por último “salud y bienestar” y tiene una periodicidad de cuatro años (García, 2014).

El estudio HBSC, se convierte, por tanto, en un espacio donde investigar cómo el contexto familiar, escolar y social, influyen y afectan a los estilos de vida, hábitos saludables y bienestar, (por ejemplo, la alimentación y la dieta, la higiene dental, la actividad física y el sedentarismo, el uso del tiempo libre, el consumo de tabaco, alcohol o drogas ilegales...), información que se obtiene a través de los cuestionarios de las diferentes ediciones. En el cuestionario de la edición HBSC 2010, se tienen en cuenta indicadores de los principales estilos de vida, de diversas facetas de la salud y el bienestar adolescentes, así como de los contextos de desarrollo en los que éstos evolucionan (García, 2014; Ramos, 2009).

Como podemos observar, es un estudio de gran alcance. Solo en nuestro país, el último estudio, del año 2018, recogió información de 511 centros escolares, contando con un total de 40495 estudiantes.

b) EPODE. El programa EPODE (Ensemble, prévenons l'obésité des enfants), se inició en Francia, aunque después se extendió a otros países. De hecho, España se unió en 2007 a través de la Fundación Thao (Casas, 2011b). Aunque tal y como afirma Rafael Casas, en una comunicación personal vía e-mail, 27 de septiembre de 2019, para esta tesis, en nuestro país no hubo un seguimiento de Thao por parte de nadie. Los referentes europeos de EPODE sí continuaron, principalmente Viasano en Bélgica, Vivos en Forme en Francia (que era el antiguo EPODE), etc.

Sin embargo, este programa ha sido muy bien considerado por los expertos y cuenta con buenos resultados. Su metodología huye de la ineficaz instauración de dietas para combatir el sobrepeso y se centra en prevenir la obesidad de una forma innovadora, transformando el ambiente obesogénico en el que vivimos, en uno más saludable. Se trata de un tipo de prevención comunitaria y asentada en la aproximación ambiental (López-Guimerà y Sánchez-Carracedo, 2010).

En sus orígenes, en 1992, se erigió como un programa escolar en una pequeña zona del norte de Francia, pero continuó hasta conformarse en una serie de intervenciones comunitarias que ofrecían tratamiento individualizado a sujetos de riesgo y sus familias, expertos en nutrición comenzaron a implementar intervenciones en las escuelas y en la comunidad, se implicó a los medios de comunicación, así como los ayuntamientos impulsaron variedad de acciones comunitarias encaminadas a favorecer la actividad física, entre otras.

Los resultados se han ido evaluando en comparación con poblaciones vecinas de semejantes características donde no se había implantado el programa. En 2004, 12 años después, se constató que tenía efectos profilácticos, pues la prevalencia de la obesidad infantil se había estabilizado en un 8,8%, mientras que en los grupos control, en el mismo tiempo se había multiplicado por dos, alcanzando el 17,8%.

Posteriormente, se creó EPODE European Network, una plataforma que busca facilitar

la implementación en otros países europeos de este tipo de iniciativas de base comunitaria utilizando la metodología EPODE. Como decimos, también han participado Bélgica mediante el programa Viasano, España mediante el programa THAO - Salud Infantil, y Grecia mediante el programa Paideiatrofi (Sánchez-Carracedo y López-Guimerà, 2011).

c) 5 al Día. En la lucha mundial contra la obesidad, cabe destacar el programa “5 al Día”, que promueve el consumo de 5 raciones de fruta y verdura al día, cantidad correspondiente a la recomendada por la OMS. A nivel internacional, el Programa 5 al Día se inició en Estados Unidos en la década de los 90, mientras que en España las acciones de la campaña se están desarrollando desde 2004 y actualmente está presente en más de 40 países. En el marco de este programa se realizan diversas acciones, entre las que destacan campañas publicitarias y actividades específicas en escuelas, lugares de trabajo y supermercados (Serrano, 2006; Zacarías et al., 2016).

Así, se dirige a toda la población, pero con mayor énfasis a los niños, adolescentes y familias jóvenes con hijos, entre las que el consumo de frutas y hortalizas es muy inferior al recomendable.

Esta campaña está cofinanciada en un 70% por las administraciones públicas, donde el 50% lo aporta la Unión Europea y el 20% el Ministerio de Agricultura, Pesca y Alimentación (MAPA) y la propia Asociación «5 al día», aporta el 30% restante. Las acciones que desarrollan se estructuran en cuatro áreas:

1. Relaciones públicas: existe un gabinete de prensa encargado de generar información y noticias, tanto divulgativas como científicas, para apoyar y dar credibilidad al conjunto de mensajes publicitarios.
2. Publicidad: Ejecución de una campaña publicitaria en televisión, revistas, radio, entre otros.
3. Punto de venta: Se encuentra presente en más de 3.500 puntos de venta con materiales y acciones encaminados a recordar el mensaje de la campaña.
4. Programa pedagógico: A través del cual se inculca a los alumnos la importancia del consumo diario de 5 raciones de frutas y hortalizas y a su vez adquieren hábitos de

consumo saludables.

En nuestro país, los materiales que conforman el programa están disponibles en español, valenciano, gallego y euskera, y consisten en una serie de fichas descriptivas sobre frutas y hortalizas, adaptadas al ciclo superior de educación infantil y cada ciclo de primaria, permiten trabajar en todos los niveles desde 5 hasta 12 años. Una compilación de guías pedagógicas, una para cada semana lectiva y que se pueden adaptar al tiempo disponible por el profesor, oscilando entre 10 y 30 minutos. Dos revistas anuales dirigidas a los alumnos y sus familias. Así como su página web www.5aldia.com con secciones dirigidas a los escolares que permiten reforzar el contenido del programa educativo de una forma lúdica: Actividades, recetas, concursos, juegos, etc. (Comité Científico Asociación para la Promoción y el Consumo de Frutas y Hortalizas “5 al día”, 2011, p. 2-12).

En los primeros años que el programa estuvo en funcionamiento en nuestro país, los resultados fueron positivos, ya que se logró acercar el programa a 1500 centros educativos y de esta forma a 425 000 niños y sus familias. Asimismo, en cuanto al consumo de frutas y hortalizas, según el Ministerio de Agricultura, Pesca y Alimentación, el consumo de hortalizas en 2004 (año en que se lanzó el programa) se vio incrementado un 5,4% mientras que el consumo de frutas lo hizo en un 4,7%, respecto a las cantidades consumidas en el mismo periodo del año 2003. En el 2005 estos crecimientos fueron del 1,7% para frutas y del 2,1% para hortalizas (Serrano, 2006).

d) Programa educativo en los Países Bajos. En Países Bajos se lleva a cabo un programa de prevención de TCA en los centros educativos, que los expertos consideran como un modelo a seguir, por su carácter novedoso y sus buenos resultados. Se desarrolló en 1996, en colaboración con la Fundación Holandesa de Anorexia y Bulimia Nerviosa (Dutch Foundation of Anorexia and Bulimia Nervosa) basado en un programa de prevención noruego, y cuentan con asesores en prevención, que se reúnen una vez por trimestre y discuten la nueva información, estrategias y resultados relativos a los trastornos alimentarios. Posteriormente transmiten las conclusiones a los centros de educación primaria y secundaria de sus distritos. Este programa se centra en cinco objetivos fundamentales:

1. La educación sobre los medios de comunicación

2. La mejora de la autoestima
 3. La mejora de la imagen corporal
 4. La mejora de las emociones a través de la reducción de la ansiedad y el estrés negativos
 5. La ingesta de alimentos sanos y actividades deportivas
- (Lima-Serrano et al., 2012; Noordenbos, 2008)

e) Estrategia nacional para prevenir la obesidad en Estados Unidos. En Estados Unidos el Instituto de Medicina desarrolló en 2005 una estrategia nacional para frenar el aumento de la obesidad infantil que se dedica a recomendar acciones específicas a las familias, escuelas, industria, comunidades y gobierno. El estudio aporta una amplia información sobre las características y consecuencias de la obesidad en niños y jóvenes, incluyendo los factores ambientales y dietéticos responsables de su aumento, objetivos específicos y recomendaciones para su prevención (Raich, 2008).

f) Body Project. Se trata de un programa interactivo, corto, con dos versiones disponibles, una de tres sesiones y la otra de cuatro. Su método de trabajo se basa en la disonancia cognitiva y aceptación corporal. Ha mostrado resultados favorables, reduciendo el riesgo de desarrollar síntomas de TCA y obesidad (Ruiz-Lázaro, Velilla y González, 2017).

Este proyecto es el mayor estudio realizado en regiones diferentes (Sudeste de Asia, Este de Asia, Sur y Oeste Asia, Oceanía, Europa Occidental, Europa del Este, Escandinavia, África, América del Norte y América del Sur) y con diferencias significativas en el desarrollo socioeconómico, con objetivo de examinar las diferencias interculturales en referencia a los ideales del peso corporal e insatisfacción corporal mediante el uso establecido y validado de medidas (Swami et al., 2010).

g) Health Weight Intervention. Es un programa de prevención integrada de obesidad y TCA, dirigido a estudiantes universitarios, con cuatro sesiones de intervención, que ha demostrado tener resultados positivos, aunque pequeños, en la prevención de TCA así como en la mejora del funcionamiento psicosocial y de la insatisfacción corporal, pero no logra efecto en el inicio de obesidad. Una de las características principales de este programa es que se centra en enseñar a los participantes a alcanzar y mantener un peso saludable con pequeños y graduales cambios en la

dieta y el ejercicio físico, a través de técnicas motivacionales (Calcedo, 2016; Ruiz-Lázaro, Velilla y González, 2017; Stice et al., 2013).

Se trata de una intervención que tiene como ventaja que puede ser implementada tanto por expertos en el campo de los TCA como por otros profesionales como podrían ser los docentes (Calcedo, 2016).

h) Planet Health. En Estados Unidos, surgió Planet Health, un programa para la prevención de la obesidad, desarrollado a finales de los 90 por Gortmaker, Peterson, Wiecha (1999), que se trataba de un gran ensayo clínico, llevado a cabo en 10 escuelas de educación secundaria e incluyó a 1.295 escolares. La intervención tenía una duración de dos cursos académicos y prestaba especial interés a los contenidos sobre nutrición y ejercicio físico, y cuyos resultados demostraron buenos efectos en la prevención de obesidad, una baja incidencia de las conductas alteradas de control del peso (purgativas, empleo de laxantes, píldoras) en chicas adolescentes tempranas y previene de forma efectiva el desarrollo de la bulimia nerviosa (Pérez et al., 2008; Ruiz-Lázaro, Velilla y González, 2017).

i) Trouble on the tightrope: In search of skateboard Sam. Es un programa estadounidense originado en 2010 por Cousineau, Franko, Trant, Rancourt, Ainscough, Chaudhuri y Brevard y dirigido a púberes de 12 años, que pone su foco en internet para concienciar sobre los cambios en la pubertad, la autoestima y la aceptación corporal. Se impartieron tres sesiones on-line y se realizó un seguimiento de tres meses (Sepúlveda, 2017).

j) VIK: Very Important Kids. VIK se lanzó como un programa piloto en 2006, de la mano de Haines, Neumark-Sztainer, Perry, Hannan y Levine. Estaba centrado en la reducción de burlas y de conductas de riesgo para el control de peso entre niños estadounidenses de 10 y 12 años (Sepúlveda, 2017).

k) Healthy Body Image: Teaching kids to eat and love their bodies too! Es un programa desarrollado en Estados Unidos por Kater (2005), que pretende dar una respuesta integrada tanto a los TCA como a la obesidad, a través de un enfoque que defiende la salud como valor, en contra del tamaño corporal como objetivo (Sepúlveda, 2017).

l) The weight to eat. Consiste en un programa de 10 sesiones para la prevención

primaria de TCA en la escuela, desarrollado por Neumark-Sztainer. Está enfocado a mejorar conocimientos, actitudes y comportamientos relacionados con la alimentación y el control del peso, mejorar la propia imagen corporal y promover una mayor autoeficacia para tolerar las presiones sociales respecto a comer en exceso y la dieta (Calcedo, 2016).

Este programa se ha mostrado útil produciendo mejoras significativas a los 6 meses de seguimiento, aunque sólo la reducción de los atracones seguía siendo significativa a los dos años de seguimiento (Calcedo, 2016). “Aunque el programa fue eficaz en el aumento de conocimientos sobre nutrición en el corto plazo, no tuvo efecto en las autopercepciones (imagen corporal y la autoestima) en las evaluaciones de seguimiento”. (Calcedo, 2016, p.53)

m) Programa *Healthy Buddies*. *Healthy Buddies* fue un programa canadiense para la prevención de obesidad y trastornos alimentarios centrado en la promoción de la salud para niños de infantil. Aunque finalmente también fue aplicado a niños de 10 a 13 años. Los resultados exhibieron que todos los alumnos que habían recibido el programa, tanto los estudiantes mayores como los pequeños, mejoraron en varios aspectos: conocimientos, actitudes y comportamientos hacia un estilo de vida saludable. Igualmente, el incremento de peso se vio reducido (Sepúlveda, 2017).

6.6 Inferencias para mi Propuesta de Investigación

En síntesis, vale la pena destacar que en muchas ocasiones, las iniciativas de prevención de obesidad que se han llevado a cabo no han funcionado porque se centran en un único aspecto: el peso. Generalmente no se tienen en cuenta aspectos muy importantes en este ámbito como son la autoestima, la insatisfacción corporal o la gestión de las emociones. Además, se corre el riesgo de iatrogenia al promocionar dietas, que pueden acarrear TCA o incluso incrementar el riesgo de obesidad o sobrepeso (Gómez et al., 2017), ya que son bien sabidos los efectos perniciosos de las dietas para la pérdida de peso: una vez terminada la dieta se suele recuperar el peso perdido, generan ansiedad, mala relación con la comida, modifican las señales de hambre y saciedad de las que dispone el propio cuerpo, etc. (Ingelmo, 2014).

En la misma línea, es necesario destacar, que para que la intervención tenga éxito, se

debe considerar a los trastornos de la conducta alimentaria y a la obesidad, como un problema común y prevenirse de forma integrada, pues hacerlo de forma aislada no asegura resultados y puede resultar contraproducente ya que se podrían transmitir mensajes contradictorios (López-Guimerà y Sánchez-Carracedo, 2010).

Según la teoría expuesta en este capítulo, el amplio de evidencia ha dilucidado que para prevenir TCA y obesidad es necesario apostar por la educación alimentaria en la escuela primaria y reforzar la formación al profesorado en materias de alimentación, nutrición y prevención de obesidad y TCA. De modo que se ha estimado conveniente hacerlo de esta forma en nuestra investigación.

De igual manera, es importante reivindicar y alzar la voz para poner fin a esta problemática que azota a nuestras sociedades y acecha a nuestros jóvenes: los problemas de alimentación no se verán resueltos hasta que todas las competencias implicadas, que no son pocas, aúnen sus fuerzas en una iniciativa común. Para ello solicitamos que se invierta en más recursos, tanto económicos, como personales y materiales, así como se reconozca la labor de quienes, desinteresadamente, se han puesto al servicio de la prevención de obesidad y TCA. Solo así, dotando de recursos y llevando un seguimiento de las iniciativas más eficaces, se podrá conseguir una estrategia clara, coordinada, integrada, realista y eficaz para prevenir TCA y obesidad.

En síntesis, después de conocer los modelos de prevención de TCA y obesidad, la prevención se llevará a cabo de forma integrada. Además, se descarta incluir intervenciones psicoeducativas, ya que los expertos consideran que dotar al alumnado con información directa de los TCA conlleva riesgo de iatrogenia, ya que puede despertar el interés por adelgazar. Sí que se van a encontrar en nuestro programa, actividades basadas en la disonancia cognitiva, que buscan reducir la internalización del ideal de delgadez, y consecuentemente, la insatisfacción corporal, el deseo de adelgazar, el afecto negativo y las conductas alimentarias disfuncionales. Así como la alfabetización mediática, para desarrollar en el alumnado un sentido crítico hacia los cánones de belleza que imponen los medios de comunicación, donde prima la delgadez extrema. Y también se focalizará en eliminar factores de riesgo y de fortalecimiento del huésped. De igual forma, se incluirá educación alimentaria, se buscará promover hábitos saludables de

alimentación y actividad física y combatir el sedentarismo y los malos hábitos. Educar acerca del ambiente obesogénico e implicar en la prevención a la escuela y las familias.

Asimismo, de las estrategias nacionales que se han presentado, para el diseño del programa se han consultado las guías del proyecto GuíaSalud, también la guía “A, B, C... Anorexia, Bulimia, Comedor Compulsivo. Manual para docentes”, el currículo Zarima y El programa Alimentación, modelo estético femenino y medios de comunicación: cómo formar alumnos críticos en secundaria.

Por último, de las estrategias internacionales presentadas, las que se han utilizado para el diseño de nuestro programa son básicamente el estudio Health Behaviour in School-aged Children y Healthy body image: Teaching kids to eat and love their bodies too! Ya que cabe tener en cuenta que la alimentación es un constructo cultural y no es fácil adaptar programas alimentarios internacionales, sin embargo, estos han aportado herramientas que nos sirven como punto de partida.

III Parte: Respuesta ante el Contexto de TCA y Obesidad: Una Propuesta de Intervención



Capítulo 7: Diseño de un Programa de Prevención Primaria Integrada de TCA y Obesidad para 5º y 6º curso de Educación Primaria. Contextualización y Directrices clave

7.1 Introducción

Es innegable que España se enfrenta a una epidemia de enfermedades relacionadas con la alimentación y el peso, como son sobrepeso, obesidad y trastornos de la conducta alimentaria. Su prevalencia alcanza cifras aterradoras, más aún si tenemos en cuenta que cada vez afectan a población más joven y que se ha visto un aumento en el número de casos durante la pandemia por Covid-19. Son enfermedades graves, que restan calidad de vida al paciente y a sus familiares; con difícil tratamiento, que tienden a cronificarse, que implican otros problemas de salud y que pueden conllevar incluso la muerte. Además, estos trastornos y enfermedades están claramente ligados a la desigualdad económica y social, que deriva en inequidad y en un reparto desigual de oportunidades entre los diferentes grupos de población (Comité Científico Asociación para la Promoción y el Consumo de Frutas y Hortalizas “5 al día”, 2011). Igualmente, es sabido que su tratamiento implica un gran gasto de dinero y recursos públicos. Estas enfermedades conllevan un reto de salud pública, pero por qué no, también educativa. De hecho, los expertos coinciden en que la mejor solución es la prevención y un ambiente adecuado puede ser el escolar. Por ello en esta tesis se ha diseñado un programa piloto de prevención de trastornos de la conducta alimentaria y obesidad que se va a describir detalladamente a continuación.

Antes de esbozar la propuesta del programa de prevención, que se presentará en el siguiente capítulo, vamos a preguntarnos qué aspectos son fundamentales para su diseño. De manera que en el presente capítulo se van a tener en cuenta la contextualización y las directrices clave para diseñar el programa de prevención de obesidad y TCA. Para ello se van a concretar las características indispensables para que la prevención sea eficaz y efectiva, preguntándonos desde dónde podemos actuar, a quién lo debemos dirigir y concretamente a qué grupo de edad, que aspectos se deben tener en cuenta y cómo debería ser el programa. También se va a definir cuáles son los agentes que deberían estar implicados en la prevención.

7.2 Programa de Prevención ideal: Características que debe Reunir un Programa de Prevención primaria de TCA y Obesidad para Ser eficaz y efectivo

Una vez se ha confirmado que es necesario educar en salud para prevenir TCA y obesidad, es importante plantearse cuál es la manera más eficaz y eficiente para hacerlo. Para dar respuesta a estas cuestiones, se ha realizado una vasta revisión bibliográfica, plasmada en los capítulos anteriores, basada en la obesidad y trastornos de la conducta alimentaria, tanto los aspectos teóricos, como características, prevalencia, etiología, factores de riesgo y de protección; así como en otras intervenciones que se han llevado a cabo para prevenir estas enfermedades, tanto a nivel nacional como internacional. También se ha presentado en esta tesis doctoral un análisis del currículum escolar y de las leyes que rigen la educación en España y en la Comunidad Valenciana, Cataluña y País Vasco para conocer cómo afrontan el tratamiento de la educación alimentaria y de la prevención. Todo ello nos dirige hacia las características que debe reunir una intervención eficaz.

7.2.1 ¿Desde dónde Podemos Actuar?

En primer lugar, es necesario preguntarse de qué forma se puede acceder a todo el público preadolescente de una manera coordinada y se ha considerado que la opción más plausible es hacerlo desde la escuela.

La escuela primaria tiene una cobertura universal, por lo que proporciona el acceso a la educación de todos los niños y niñas, mientras que el acceso a otros niveles educativos plantea obstáculos para algunas familias o supone enfrentarse al desinterés de cierto alumnado. Además, la escuela primaria es el primer nivel de educación obligatoria con la que se encuentran los infantes. Las escuelas son ampliamente reconocidas como sitios óptimos para intervenciones de prevención puesto que tienen un papel fundamental en la promoción de actividad física y de hábitos alimentarios saludables, ya que dentro de ella, los alumnos efectúan una parte significativa de la ingesta diaria de alimentos y realizan actividad física (Calcedo, 2016; Gallego et al., 2014; López-Guimerà y Sánchez-Carracedo, 2010; Muñoz Cano et al., 2013). De esta forma, el entorno escolar se convierte en un lugar clave para la formación en hábitos saludables en este

periodo decisivo de la vida, donde tienen lugar procesos tan importantes como el crecimiento y la maduración. Sobre todo en los tiempos que estamos viviendo, ya que la incorporación del niño al sistema educativo es cada vez más precoz y su permanencia en él, más larga (Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos. España, 2010; Mataix, 2005).

Diversos especialistas subrayan que la escuela es muy importante en la prevención de la obesidad, sobrepeso y TCA, pues su contribución puede ser significativa, impulsando el desarrollo de capacidades que permitan a los escolares reconocer, valorar y optar por las prácticas alimentarias y de actividad física más saludables (Calcedo, 2016; Ríos-Cortázar et al., 2013). También Soldado (2006) considera que la escuela es el espacio donde debería realizarse la mayor labor preventiva y de promoción de hábitos alimentarios saludables, pues los jóvenes a menudo poseen muchas creencias erróneas acerca de lo que es una alimentación adecuada y desconocen los cambios corporales normales de la pubertad. Estas creencias equívocas les pueden llevar a adoptar conductas alimentarias peligrosas.

Además, la escuela es un poderoso campo de socialización y transmisión de patrones e ideales en niños, lo cual puede jugar un papel importante a nuestro favor (Gascó y Rodríguez, 2017). De hecho, junto con la familia, en los colegios se encuentran los agentes de socialización más importantes de la infancia y adolescencia (maestros y grupo de iguales) (De La Corte y Petit, 2017). Además, llevar a cabo el programa de prevención en el medio escolar, permite diseñar un listado de objetivos y evaluar después su grado de cumplimiento; lo que convierte a la escuela en el medio idóneo (Ruiz-Lázaro, Velilla y González, 2017).

Al respecto de la prevención de TCA, los estudiosos consideran que en la educación preventiva en los centros educativos, se debería ofrecer información orientada tanto a las familias, como a los profesores y directores de los propios centros educativos, ya que se trata de los colectivos que están en contacto con población de riesgo, y por ello deberían poseer una formación adecuada (Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Trastornos de la Conducta Alimentaria, 2009; Noordenbos, 2008).

En la misma línea, Adelantado y otros (AA.VV, 2001), confirman que los trastornos de la conducta alimentaria, constituyen un problema de salud emergente que tiene un fuerte impacto

social en nuestro entorno. Ponen el foco en que la problemática de estos trastornos es tan variada y multifactorial que exige una atención y una actuación integrales que incluyan los aspectos clínicos, familiares, culturales, sociales y educativos, y que tengan en cuenta la vertiente de la prevención, la detección precoz, el tratamiento y la reinserción en el entorno familiar, social y educativo. En este sentido, los programas educativos en el ámbito escolar pueden resultar efectivos a la hora de prevenir TCA, ya que la multicausalidad de estos trastornos implica que la prevención, para ser útil, debería realizarse desde más de un ámbito y en niveles profundos, que modifiquen patrones culturales, estructurales, familiares, etc. Estos programas, se deben encaminar en el logro del fortalecimiento del carácter de los adolescentes para que puedan contraponerse al efecto de las influencias nocivas externas, así como trabajar la vertiente afectiva, ya que muchas veces las dificultades de enfrentar conflictos internos pueden derivar en un trastorno de la alimentación (Weissberg y Quesnel Galván, 2004).

Por tanto, en la lucha contra los problemas del peso, encontramos dos elementos clave, que son la prevención y la educación, y que conjuntamente con otros ámbitos, tienen que velar por la salud de los educandos, poniendo en marcha todo lo que esté en su mano. De esta forma, la escuela es clave a la hora de potenciar la autoestima, la aceptación de la propia imagen corporal, el valor de la amistad y la capacidad de toma de decisiones responsables de los jóvenes en un momento de búsqueda de su propia identidad (AA.VV, 2001).

Sin embargo, algunos estudiosos critican la forma en que tradicionalmente se ha venido impartiendo la educación nutricional en las escuelas, porque consideran que esta se basa en enfoques anticuados, sin implantar metodologías constructivistas, y basándose en la memorización. Además, afirman que los conceptos impartidos carecen de bases científicas sólidas y no están actualizados. Se limitan a tratar casos aislados de obesidad y no de sobrepeso, del problema de la ingestión de alimentos industrializados, de la prevención, de los TCA... Además, no existen programas permanentes en el tiempo. De manera que no se ha conseguido formar sujetos con una capacidad clara de buenas elecciones alimentarias y se ha contribuido al incremento de la pandemia de obesidad (Muñoz et al., 2013). De forma que, si pretendemos demostrar que la escuela es el espacio más conveniente para promover la alimentación saludable, debemos

trabajar para implementar algunos cambios. Modificaciones que pasan por la construcción de un sistema educativo que incorpore y valore la educación nutricional tanto para educandos como para padres y madres; que promueva un proceso educativo innovador para formar personas capaces de elegir una alimentación saludable en medio de este ambiente obesogénico en el que estamos inmersos y que la mayor parte de las veces nos priva de la capacidad de elección. Además, la escuela debe ser una comunidad coordinada, que sea consecuente en lo que pretende enseñar en relación a alimentación y salud, las prácticas que se llevan a cabo en el centro escolar como son en el almuerzo, el comedor escolar, las festividades, etc. y la responsabilidad y ética de los maestros y familias (Muñoz et al., 2013).

7.2.2 ¿A quién se Debe Dirigir?

Existe controversia a la hora de decidir si son más beneficiosos los programas universales o los selectivos, ya que, mientras los programas universales producen efectos más pequeños que los programas selectivos, lo cierto es que muchos autores coinciden en la creencia de que estos, los universales, pueden desafiar un entorno sociocultural más amplio, que es el que contribuye al desarrollo de los TCA (Calcedo, 2016).

Lo cierto es que muchas actuaciones de prevención, en concreto de TCA, se han dirigido únicamente a mujeres, por ser el colectivo más vulnerable a estas alteraciones, pero, hallazgos recientes demuestran la implicación de los chicos en el desarrollo de estos trastornos, ya que aunque la mayoría de personas que sufren TCA son mujeres, también ellos son integrantes del ambiente social donde tienen lugar las conductas alimentarias no saludables y forman parte del entorno en que se generan burlas hacia el cuerpo y el aspecto físico, y se estigmatizan la obesidad y el sobrepeso. Concretamente, los estudiosos afirman que los chicos muestran más actitudes negativas que las chicas hacia el sobrepeso y la obesidad, y son más propensos que ellas a iniciar burlas y comentarios negativos en relación al aspecto físico de los demás. Además, no podemos ignorar que los hombres no son inmunes a este tipo de trastornos, ellos también pueden sentir preocupación por el aspecto físico y el peso. Realmente, el nivel de insatisfacción corporal en el sexo masculino ha aumentado en los últimos años (López-Guimerà y Sánchez-

Carracedo, 2010).

Mientras tanto, otros expertos, consideran que la prevención es más significativa si se da de forma universal, a ambos sexos, ya que aporta algunos beneficios, entre ellos, que es más fácil integrarlo en el programa escolar, ya que el hecho de segregar por sexos implicaría una división del grupo escolar. Además, la interacción entre chicos y chicas puede influir positivamente en la reducción de los factores de riesgo del grupo, ya que se les puede alentar a trabajar para modificar el entorno escolar, respetándose los unos a los otros, dejando atrás las burlas hacia el peso o el cuerpo, y enseñándoles a tomar mejores decisiones con respecto a los alimentos. Si solamente se selecciona a las féminas para prevenir los TCA, no educamos a los chicos en valores, igualdad y respeto y no se mejorará el entorno social (O'Dea y Yager, 2011; Raich et al., 2017). Otro beneficio que cabe resaltar de la prevención universal, es que los chicos no son inmunes a desarrollar un TCA. Como veníamos diciendo, ellos también muestran preocupación por su imagen corporal, insatisfacción corporal, les inquieta su cuerpo y peso, y cada vez más chicos tratan de perder peso y ganar masa muscular. Estudios muestran que entre el 15 y el 20% de los adolescentes varones tratan de bajar de peso, lo que también les convierte en población en riesgo de desarrollar un TCA y la prevalencia en varones es de 1:4 para la anorexia y bulimia, cifras nada despreciables. Además, en los últimos años, entre los pacientes infantiles, la prevalencia entre los sexos es más cercana, alcanzando los varones casi la tercera parte del total de pacientes (Calcedo, 2016; García-Camba, 2002). Por tanto, la exclusión de los chicos reduce ampliamente las posibilidades de éxito del programa de prevención de los TCA a largo plazo, ya que aunque se puedan generar cambios y mejoras en mujeres concretas, no se generarían en el ambiente. Además, en nuestro caso en particular, recordemos que se trata de un programa donde la prevención no se dirige únicamente a TCA, sino también a obesidad, por lo tanto, no excluiríamos a ningún individuo por su género. De esta forma, el programa tiene características coeducativas, sin un currículo segregador y los participantes son estudiantes de ambos sexos, ya que, de acuerdo con el criterio de los expertos, los varones también son vulnerables (Ruiz-Lázaro, Velilla y González, 2017; Ruiz-Lázaro, Villas et al., 2017). Por lo tanto, consideramos que lo más lícito es abogar por la coeducación, sin un currículo separado para chicos y chicas.

Tanto es así, que Raich (2011), siendo experta en el tema, confirma que algunos programas de prevención universal que sí que han incluido tanto a niñas como niños, han reducido los factores de riesgo, logrado mejoras en la imagen corporal, satisfacción corporal, autoestima, y han reducido la preocupación por el peso y la forma corporal de los adolescentes.

En la misma línea, Ruiz-Lázaro, Velilla y González (2017), apuntan que hay que tener en cuenta la prevención de problemas relacionados con el peso en grupos de alto riesgo entre los que destaca a los hombres homosexuales por el riesgo de padecer TCA. Así pues, en aras de desarrollar intervenciones eficaces, es conveniente apostar por la prevención en ambos sexos (Raich et al., 2017).

Como consecuencia de estos hallazgos, y siguiendo los postulados de Calcedo (2016), creemos conveniente que nuestro programa de prevención de TCA y obesidad se sitúe en el continuum universal-selectivo. Siendo universal porque se dirige a toda la población escolar, y a su vez, siendo selectivo, pues se dirige a un grupo de edad concreto que podemos catalogar de población de riesgo.

7.2.3 ¿A qué Grupo de Edad hay que Dirigir la Prevención? / Población Diana

Respecto al momento de aplicación de los programas preventivos, algunos autores discrepan con la edad ideal de inicio. No existe un acuerdo en la comunidad científica sobre la mejor edad para realizar intervenciones en los trastornos del peso (Calcedo, 2016). Por ejemplo, Casado y Helguera, (2008), optan por trabajar con mujeres de más de 15 años, ya que se considera el periodo de mayor riesgo de desarrollo de un TCA. Pero, según la evidencia científica, trabajando la prevención en edades tempranas es más fácil la consolidación de conductas saludables antes de que los patrones de comportamiento nocivos sean más resistentes al cambio. Por tanto, algunos autores apuntan la importancia de intervenir antes de la aparición de la enfermedad ya que es más fácil erradicar conductas antes de que estén completamente establecidas en la personalidad del individuo. Así mismo, la OMS recomienda a los países de la Región Europea, promover programas de educación alimentaria-nutricional en el entorno escolar de los 0 a los 12 años (World Health Organization, 2007c).

En la misma línea, Calcedo (2016) argumenta que, aunque en la prevención de TCA, seleccionar participantes de una edad mayor a 15 años ofrece un gran potencial de prevención, podría ser demasiado tarde para la prevención primaria de la anorexia nerviosa, ya que la tasa de prevalencia de este trastorno es más alta a la edad de 15 años. A este respecto, encontramos que Sepúlveda (2017) y Gascó y Rodríguez (2017) informan que según los estudios (Maloney et al., 1989; Thelen et al., 1992) las actitudes problemáticas respecto al peso y el cuerpo, aparecen mucho antes de la adolescencia: los niños y niñas a la edad de 7 años ya manifiestan preocupaciones por la imagen corporal, insatisfacción corporal y actitudes alimentarias problemáticas. Estas actitudes se acusan más en las niñas y se acentúan durante la adolescencia. Los autores defienden que la estima corporal se desarrolla en torno a los 9 años, y siendo esta, un importante factor de riesgo de los problemas relacionados con el peso, se puede considerar que la prevención en los preadolescentes es necesaria. También coinciden López-Guimerà y Sánchez-Carracedo (2010), que afirman que empezar a actuar en la adolescencia temprana y media ya es demasiado tarde, puesto que muchas chicas en ese momento ya han adquirido preocupaciones por el peso e insatisfacción corporal, que les llevan a realizar comportamientos no saludables para controlar el peso y que marcarían el inicio de un TCA. Por eso, los autores indican que el momento óptimo para llevar a cabo los programas de prevención universal sería en la etapa de educación primaria (de 6 a 11 años), donde, aunque el alumnado ya puede convivir con insatisfacción corporal y seguimiento de dietas, estas actitudes todavía no están tan arraigadas como en la adolescencia, y por tanto, será más fácil combatirlos y reeducar a los niños y niñas si se actúa de forma temprana. Siguiendo con la misma idea, De La Corte y Petit (2017) consideran que el trabajo de prevención no puede ser solo con adolescentes, sino que es necesario establecer medidas para la instauración de hábitos de alimentación saludables en edades tempranas.

También debemos tener en cuenta las consideraciones de Ruiz-Lázaro, Velilla y González (2017), que comunican que aunque cualquier edad es buena para llevar cabo un trabajo de promoción de la salud y prevención adaptado al nivel de los participantes, la preadolescencia es un momento excelente, porque el desarrollo cognitivo es el idóneo y se trata de una edad de riesgo.

De la misma forma, los expertos consideran que durante la infancia y adolescencia se forman el estilo y los hábitos de vida, de manera que estas etapas destacan por ser los mejores momentos para asentar un estilo de vida saludable, ya que una alimentación saludable en estas etapas, previene problemas de salud, tanto a corto plazo, como obesidad, desórdenes de alimentación, deficiencia de hierro, anemia, caries dental... a la vez que contribuye a prevenir problemas de salud a largo plazo como cáncer, enfermedad coronaria, hipertensión, osteoporosis... De modo que es esencial que los niños y adolescentes adquieran información sobre temas clave en alimentación y adquisición de hábitos de vida saludables (Ingelmo, 2014). De hecho, es probable que los niños obesos acaben siendo adultos obesos, razón por la cual, es importante empezar a prevenir a edades tempranas (Ruiz-Lázaro, Velilla y González, 2017).

Además, es importante educar desde las escuelas de Educación Primaria y no solo desde el instituto en la Educación Secundaria, (aunque pueden trabajar conjuntamente) puesto que el bombardeo de los medios de comunicación y el uso de internet, teléfonos móviles y redes sociales, empieza cada vez más pronto y ello desencadena de forma muy temprana una preocupación excesiva por parte de los niños y preadolescentes, por el propio cuerpo, el deseo de imitar modelos estéticos muy difíciles de conseguir y el descontento con la imagen que creen proyectar (Calcedo, 2016).

Recapitulando, existen diversas razones que evidencian que es necesario empezar con los programas de prevención cuanto antes: la infancia y adolescencia son momentos clave en la adquisición de buenos hábitos (tanto de alimentación como conductuales y de autoestima) (Calatayud y Aranda, 2000); los periodos de preadolescencia y adolescencia son momentos críticos en el desarrollo de TCA. Además, en nuestro país, igual que en el panorama internacional, la obesidad afecta a un elevado número de niños y jóvenes, que constituyen un grupo vulnerable y es imprescindible comenzar con estrategias de prevención de forma temprana (Luján Sánchez et al., 2010). También nos encontramos con que los jóvenes tienen carencias en educación nutricional y están desinformados; por todo ello consideramos estrictamente necesario formar a los jóvenes en educación nutricional y comenzar a aplicar los programas de prevención desde la etapa de Educación Primaria.

De ahí que consideramos necesario llevar a cabo estos programas con más antelación para que sean lo más productivos posible, puesto que a los 15 años pueden haberse adquirido ya malos hábitos que desencadenen en el futuro TCA u obesidad, así como es importante tratar temas emocionales antes de que aparezcan los problemas de autoestima, comparación con el físico de los demás, inseguridades, etc. Cuanto antes estén informados y tengan conocimientos para alimentarse bien, llevar una vida sana y valorar su cuerpo físico sin compararlo con el de los demás, más eficaz será el programa.

7.2.4 ¿Qué Aspectos Debe Tener en cuenta?

De acuerdo con la opinión de los expertos (López-Guimerà y Sánchez-Carracedo, 2010), a la hora de llevar a cabo una iniciativa de prevención de obesidad y TCA, hay algunos factores concretos que no podemos olvidar tener en cuenta. A continuación se encuentran resumidos en la tabla 13 y posteriormente desarrollados.

Tabla 13

Resumen de los Aspectos a Tener en Cuenta en la Prevención de Obesidad y TCA.

Factores de riesgo de TCA y obesidad	Influencia que ejercen los medios de comunicación
	Baja autoestima
	Insatisfacción hacia la imagen corporal
	Interiorización del ideal de delgadez
	Mala gestión emocional
	Falta de habilidades sociales
	Práctica de conductas de riesgo
Factores de protección de TCA y obesidad	Factores de protección personales (autoestima, autonomía personal y habilidades sociales)
	Factores de protección familiares (el apoyo familiar, la comunicación emocional adecuada, el bajo nivel de discordia y la valoración y potenciación de las habilidades sociales)

Factores de protección de TCA y obesidad	Factores de protección sociales (reconocimiento social e integración y aceptación en el grupo de edad)
Actuaciones que se pueden llevar a cabo desde los centros educativos	Alfabetización mediática
	Desarrollo de una autoestima saludable
	Promoción de una imagen corporal positiva
	Buena gestión de las emociones y desarrollo de las habilidades sociales
	Adquisición de buenos hábitos
	Educación en alimentación y nutrición
Objetivos	Educar sobre los medios de comunicación
	Fortalecer la autoestima
	Desarrollar una imagen corporal saludable
	Trabajar en la gestión de las emociones y el desarrollo de las habilidades sociales
	Promocionar hábitos alimentarios saludables y actividad física
	Educar en alimentación y nutrición

Nota. Elaboración propia

a) Factores de riesgo de TCA y obesidad. Tomando en consideración la opinión de diferentes expertos, los planes de prevención que se apliquen en los centros educativos deben abordar aquellos factores que condicionan la aparición y el mantenimiento de estas enfermedades y que son susceptibles de modificación, tales como la influencia que ejercen los medios de comunicación, baja autoestima, insatisfacción hacia la imagen corporal, interiorización del ideal de delgadez, algunas emociones y falta de habilidades sociales (entre ellas el perfeccionismo emocional, mala gestión de los conflictos, estrés...), y la práctica de conductas de riesgo (como el seguimiento de dietas, comer solo, saltarse comidas, vida sedentaria...) (Calcedo, 2016; Casado Morales y Helguera Fuentes, 2008; Gascó y Rodríguez, 2017; López-Guimerà y Sánchez-Carracedo, 2010; Noordenbos, 2008; Pérez Lancho, 2007).

b) Factores de protección de TCA y obesidad. Además, teniendo en cuenta que existen factores capaces de evitar o dificultar la aparición de los problemas relacionados con el peso, conocidos como “factores de protección”, cabe resaltarlos, pues en ellos se basará la prevención de TCA y obesidad. Estos factores se pueden organizar en subgrupos, entre los que encontramos los factores de protección personales, como son la buena autoestima, autonomía personal y habilidades sociales. Factores de protección familiares, donde destacan el apoyo familiar, la comunicación emocional adecuada, el bajo nivel de discordia y la valoración y potenciación de las habilidades sociales. Así como entre los factores de protección sociales, hallamos el reconocimiento social y la integración y aceptación en el grupo de edad. Estos factores de protección se pueden potenciar favoreciendo la aceptación del propio cuerpo y los cambios que presenta. Promoviendo el conocimiento de las capacidades y las limitaciones personales; estimulando un espíritu crítico frente a los estereotipos culturales y los modelos que propone el mundo de la publicidad y la moda. Impartiendo pautas adecuadas para la consecución de un comportamiento alimentario saludable. Favoreciendo la autoestima y facilitando la expresión y exteriorización de los sentimientos. Igual de necesario es incluir aspectos propios de la cultura alimentaria, la composición de los alimentos, la importancia de los menús equilibrados, y a su vez, descartar cálculos excesivos de nutrientes y calorías, pues no son beneficiosos a largo plazo (AA.VV., 2001).

c) Actuaciones que se pueden llevar a cabo en los centros educativos. Basándonos en los factores de riesgo y protección de los TCA y obesidad que hemos visto, vamos a desarrollar una serie de actuaciones que se deberían incluir en los programas de prevención de TCA y obesidad en los centros educativos. Se van a organizar en seis grupos:

-Educación sobre los medios de comunicación (alfabetización mediática): se trata de despertar en el alumnado un pensamiento crítico ante la publicidad y la presión social en torno a la cultura de delgadez. Crear sujetos críticos hacia la imagen corporal falsamente perfecta que muestran los medios de comunicación y la publicidad y evitar que ese prototipo de cuerpo se convierta en una meta a conseguir. Explicar cuál es la finalidad de la publicidad, y explicar que la publicidad pretende que nos fijemos en lo que no tenemos, en lo que nos falta y en lo negativo,

aquello que deberíamos cambiar, para así conseguir vendernos productos que de otra forma no consideraríamos necesarios. Demostrar que en la publicidad el cuerpo desempeña un papel. Hacer un análisis de técnicas y trucos publicitarios. Persuadir a los alumnos para que resistan los mensajes mediáticos sobre la delgadez y dietas.

- **Autoestima:** potenciar la autoestima de los niños y niñas, ofreciendo modelos humanos no estereotipados y mostrando positivamente las diferencias. Ayudarles a conocer su propia realidad, sus capacidades y limitaciones, infundiéndoles seguridad, de forma que puedan sentirse a gusto consigo mismos y se acepten tal y como son. Explicar que la comparación continua con modelos idealmente perfectos provoca nuestra infravaloración y nos hace sentir mal, nos daña la autoestima.

Potenciar los valores personales y no la perfección estética. Ayudarles a descubrir que lo verdaderamente importante y lo que más aprecian las personas, son otro tipo de valores personales, no los físicos. Asimismo, mediante el ejercicio de autoestima, descubrir qué es lo que valoramos en los demás, y ver cómo dan prioridad a valores personales y sociales por encima de los puramente estéticos. A través del mismo ejercicio, también descubren que los demás los aprecian no tanto por su físico, como por sus cualidades personales y el hecho de ser una persona íntegra, buena, divertida, cariñosa, leal, alegre...

- **Imagen corporal:** Trabajar la insatisfacción corporal, aceptar nuestro cuerpo, descubrir los cambios que va a sufrir en la adolescencia para evitar ansiedades durante la crisis de la etapa adolescente. A su vez, reorientar las ideas erróneas sobre la percepción de un cuerpo saludable, que no tiene por qué ser excesivamente delgado, desmitificando así la idea de delgadez como sinónimo de salud, éxito y felicidad, y valorar el peso normal o saludable. Evitar actitudes de rechazo al propio cuerpo.

Primar los valores integrales de las personas por encima de los físicos. Anteponer el desarrollo de una imagen corporal saludable. Crear sujetos críticos con el modelo estético tanto femenino como masculino que vende la sociedad y valorar las repercusiones negativas que se desprenden de la autocomparación del cuerpo propio con los ideales transmitidos por la cultura y la publicidad.

Explicar la forma del cuerpo femenino, la distribución de la grasa en la mujer y el papel de la grasa en el ciclo hormonal femenino.

- **Emociones y habilidades sociales:** Los expertos consideran que existe una relación intrínseca entre las emociones y los trastornos de la alimentación. Por consiguiente, las variables emocionales deberían tenerse en cuenta tanto en los programas de prevención como a la hora de elaborar instrumentos de evaluación para detectar el riesgo de desarrollar TCA. Entre las variables emocionales que deberíamos tener en cuenta, se encuentran la autoestima, influencia de la alimentación, el peso y la figura corporal en el estado de ánimo y las variables de afrontamiento denominadas expresión emocional y acción impulsiva, así como la ausencia de éstas.

Dirigir esfuerzos hacia el control y regulación de las emociones, el desarrollo de la empatía y la conducta prosocial. Entrenar a los alumnos en habilidades sociales, de comunicación y en estrategias de afrontamiento de las dificultades, como el manejo del estrés, gestión de conflictos interpersonales con amigos y con los padres; así como enseñar herramientas de asertividad para resistir las bromas y la presión social de los iguales y conseguir ser crítico frente a las burlas o discriminación por el peso. Buscar un incremento de la autoconfianza y autonomía con los pares.

- **Hábitos saludables:** enseñar a llevar una vida saludable desde la infancia, inculcando en los niños hábitos de alimentación y actividad física adecuados, reduciendo comportamientos sedentarios y de ocio pasivo, como el abuso de la televisión, videojuegos y aparatos electrónicos, anteponiendo la actividad física cotidiana y mostrándola como algo divertido y que se puede practicar en grupo y nos ayuda a mantener un peso saludable. Educar en una alimentación saludable, dando importancia a realizar al menos una comida diaria con la familia, y poniendo énfasis en no saltarse comidas, desayunar correctamente antes de acudir a la escuela, hacer comidas regulares evitando patrones desordenados, y promover hábitos de nutrición saludables en vez de dietas hipocalóricas.

- **Alimentación y nutrición:** Enseñar los conceptos básicos de nutrición, los tipos de nutrientes y la ingesta recomendable diaria a través del plato saludable de Harvard. Por tanto, promocionar dietas saludables como puede ser la dieta mediterránea. Enseñar el aporte nutricional de los distintos grupos de alimentos, educar en que no existen alimentos “prohibidos”

sino que es mejor comer con moderación aquellos alimentos que son menos saludables. Aclarar mitos relacionados con la alimentación y mostrar la importancia del desayuno. Disuadir a los alumnos de iniciar o continuar con las dietas autoadministradas, y anteponer la instauración de hábitos alimentarios saludables y una alimentación equilibrada (Fernández, 1999; Gómez et al., 2017; López-Guimerà y Sánchez-Carracedo, 2010; Maestri 2018; Pascual et al., 2011; Soldado, 2006; Raich et al., 2017; Ruiz-Lázaro, Velilla y González, 2017; Villena et al., 2017).

d) Objetivos. Resumiendo, a la luz de estos datos, un programa preventivo debería centrarse en seis objetivos fundamentales, que incluyan la educación sobre los medios de comunicación, donde los estudiantes puedan aprender a interpretar de forma crítica los mensajes que lanzan estos medios, como son los ideales de belleza, la manipulación de imágenes, la selección de prototipos que no cumplen con los de la mayoría de la población, como mujeres extremadamente delgadas, etc. También se debe centrar en fortalecer la autoestima, así como desarrollar una imagen corporal positiva. Además de entrenar la correcta gestión de las emociones a través de la reducción de la ansiedad y el estrés negativo, ya que para prevenir los trastornos alimentarios y la obesidad es fundamental aprender a afrontar las emociones y el estrés, y las habilidades sociales. Sin olvidar la promoción de hábitos alimentarios saludables y actividad física, así como la educación en alimentación y nutrición (Noordenbos 2008; Raich et al., 2017).

7.2.5 ¿Cómo Debe Ser un Programa de Prevención efectivo?

En este apartado vamos a tratar de dar respuesta a ciertas cuestiones que han quedado en el aire: cómo es conveniente que sea el programa, qué metodologías son las más adecuadas, quién es más idóneo para impartir el programa y cuánto debe durar.

En primer lugar, estos programas de prevención deberían formar parte del proyecto educativo de los centros escolares, ya que las escuelas no pueden permanecer al margen, sino que es necesario que elaboren proyectos y programas en este ámbito y se adapten, tanto en forma como en contenidos a las edades de los estudiantes a los que van destinados (Casado y Helguera, 2008; Fernández, 1999).

Cabe resaltar que varios investigadores coinciden en que la efectividad de los programas

de prevención en TCA es mayor cuando dichos programas no son presentados explícitamente como programas de prevención de TCA, ya que dar información de un problema no significa evitarlo. Es más, es posible que dar a conocer los TCA los pueda propagar. Ofrecer información acerca de los síntomas no solo no es útil, sino que además puede ser contraproducente, ya que hay riesgo de iatrogenia, esto es sugestionar a los adolescentes, en edad de experimentar, a la inducción mimética de conductas de riesgo y emulación. Por consiguiente, la prevención se debería alejar de los programas informativos y se debería dirigir a educar y generar cambios de actitudes y comportamientos de riesgo (Ruiz-Lázaro, Velilla y González, 2017; Villena et al., 2017). Como consecuencia de estos hallazgos, los programas de prevención son un tema delicado, que debe ser planificado por profesionales y los resultados deben ser evaluados tras su implementación (Casado Morales y Helguera Fuentes, 2008; Soldado, 2006; Stice y Ragan, 2002).

Por otra parte, en cuanto a la metodología, se concreta que la forma en que se deben desarrollar los programas de prevención es a través de la participación activa del alumnado y existen diferentes enfoques que contemplan su participación. En primer lugar, destacamos la aproximación interactiva, que se estructura en base a diálogos entre los participantes y la persona que administra el programa, y utiliza autorregistros, técnicas de reestructuración cognitiva, *role-playing*, actividades prácticas, asignación de tareas y grupos de discusión. Los investigadores afirman que los efectos de este tipo de intervenciones son más positivos que los programas meramente didácticos, eso es, los programas que se basan en la transmisión de información por parte del profesor o experto, donde los alumnos son meros receptores. Otro tipo de aproximación que los expertos recomiendan adoptar, es la aproximación participativa, que garantizará que las intervenciones sean relevantes y por tanto sus efectos se mantendrán en el tiempo. Esto se consigue porque en este enfoque la concreción del curso depende de los participantes; no es un plan preestablecido por los profesionales. Se hace una evaluación de las necesidades y de los resultados que se desean obtener, y se trabaja en base a ello. De tal modo que los programas se preparan previamente pero no son inamovibles, se deben adaptar a la realidad del grupo, conocer su contexto y dirigirse a sus factores de riesgo y protectores (López-Guimerà y Sánchez-

Carracedo, 2010).

Por tanto, se pretende huir del estilo de exposición magistral y centrarse en metodologías activas y dinámicas, que favorezcan la participación espontánea y den voz al alumnado, a través de una metodología pedagógica activa, participativa y experiencial. Las metodologías interactivas son más efectivas que la didáctica centrada en el profesor, ya que implican de igual a igual (Ruiz-Lázaro, Velilla y González, 2017; Villena et al., 2017).

Siguiendo el criterio de los estudiosos, otras características que debe reunir el programa son el trabajo en pequeño grupo, ya que favorece la participación, experiencia y descubrimiento por parte de todos los miembros, y el grupo en sí mismo es un factor protector. Y trabajar siempre desde un enfoque positivo, sin otorgar demasiado énfasis a los aspectos negativos y de enfermedad y enfatizando los aspectos lúdicos y enriquecedores de la alimentación saludable y la actividad física, centrándonos en contenidos como la diversión, el placer, nuevos sabores, disfrute con compañeros, etc. (Ruiz-Lázaro, Velilla y González, 2017).

También cabe mencionar las aproximaciones ecológicas, que tienen en cuenta todo el ambiente físico y social en el que vivimos, ya que en la prevención de las alteraciones alimentarias, debemos considerar que el entorno es un aspecto clave a la hora de conseguir cambios duraderos en el tiempo, puesto que los padres, los pares, los maestros, el ambiente escolar y la cultura en la que viven, influyen la imagen corporal de los niños y adolescentes, la autoestima, los prejuicios sobre el peso y el aspecto físico y el comportamiento alimentario. En concreto, los padres tienen un gran peso, ya que, hasta aproximadamente los 11 años de edad, son ellos quienes determinan qué pueden comer los hijos, así como también hay padres que hacen comentarios a sus hijos acerca del peso y la figura, lo cual puede influenciar la estima corporal y los comportamientos alimentarios de los niños. Como vemos, los padres desempeñan un papel muy importante en el ambiente social de los niños y deben ser incluidos en las intervenciones de prevención. Por eso, es necesario educar en todos los ámbitos, en la educación formal y la no formal. Tanto es así que los expertos coinciden en que es necesario implicar a las familias en la prevención de TCA y obesidad desde las escuelas, a través de actividades educativas, boletines informativos y tareas conjuntas con los propios estudiantes que impliquen un aprendizaje de hábitos. De esta forma

los alumnos reciben una información similar desde ambos frentes. Desafortunadamente, los investigadores matizan que la falta de participación de los padres en este tipo de programas de prevención es evidente (Herrero, 2021; López-Guimerà y Sánchez-Carracedo, 2010; Noordenbos, 2008; Ruiz-Lázaro, Velilla y González, 2017).

Así, los expertos advierten, que para que un programa de prevención primaria sea óptimo, debe reunir unas condiciones generales, entre las que destacamos, que debe haber evidencia contrastada de su eficacia, debe ser de bajo coste, debe abarcar el mínimo número de sesiones posible que permitan que sea beneficioso, que sea fácil de llevar a cabo, que se pueda reproducir por otros equipos de investigación y que genere buena aceptación (Villena et al., 2017).

Cambiando de tercio, en cuanto a quién es más conveniente que imparta el programa de prevención, los maestros podrían ser unos excelentes agentes a la hora de aplicarlos, pero algunos estudiosos defienden la idea de que si son llevados a cabo por expertos son más eficaces. Aunque según las investigaciones, si los maestros son instruidos por expertos, producen resultados igual de beneficiosos (Calcedo, 2016). En consonancia, algunos autores muestran como un hecho comprobado que los mejores resultados en educación nutricional se consiguen cuando la información se imparte de manera reglada por el propio docente responsable del grupo, aunque este debe haber recibido un entrenamiento especializado y una supervisión detallada, y tampoco se debe descartar la participación de otros profesionales de este campo que refuercen la acción del profesor (López-Guimerà y Sánchez-Carracedo, 2010; Pérez Lancho, 2007). Gascó y Rodríguez (2017) apuntan que además, el docente dispone de la posibilidad de prolongar la intervención más allá de la duración del programa estructurado.

En este sentido, Sánchez-Carracedo et al., (2017) recomiendan seguir unas pautas en la formación del maestro: iniciar la instrucción mostrando la necesidad de llevar a cabo este tipo de intervenciones. Ofrecer información actualizada y relevante sobre las cuestiones que incluye el programa. La participación de los maestros debería ser voluntaria para garantizar la motivación y el éxito. De la misma forma, los maestros deberían disponer del apoyo del equipo directivo. Además, es positivo que la formación se acredite formalmente y se deben proporcionar materiales útiles. También es conveniente, mantener una relación permanente con ellos para que

puedan resolver sus dudas y sentirse apoyados.

Por otro lado, en cuanto a la duración, es preciso advertir que los programas son más eficaces cuando se desarrollan a lo largo de varias sesiones que cuando constan de una única sesión, aunque sea más larga, ya que las intervenciones de prevención de TCA de una única sesión, son insuficientes y no producen un cambio duradero de actitud ni conducta. Siguiendo los postulados de Calcedo (2016), las intervenciones multisesión, de al menos tres sesiones de una hora cada una, logran mayores beneficios, pues permiten a los participantes reflexionar sobre los contenidos de las sesiones. De esta forma los estudiantes interiorizan mejor los contenidos impartidos y pueden practicar las estrategias en los tiempos entre las diferentes reuniones (Casado Morales y Helguera Fuentes, 2008). Además, es conveniente mantener los programas en el tiempo y realizar sesiones de refuerzo, ya que todo indica que los programas protegen un corto período de tiempo, y las campañas aisladas y descontextualizadas, están abocadas al fracaso (Ruiz-Lázaro, Velilla y González, 2017).

7.2.6 ¿Por qué un Programa de Prevención integrada?

Otro punto a tener en cuenta a la hora de programar un plan de prevención eficaz, es la prevención integrada de TCA y obesidad en un mismo programa, ya que hasta la fecha, diferentes estrategias de prevención que trataban de forma diferenciada los TCA y la obesidad, han sido llevadas a cabo, pero nuestra mirada se vuelve aquí hacia el enfoque de la prevención integrada, esto es, considerar obesidad, sobrepeso y TCA, como trastornos relacionados con el peso (o problemas relacionados con el peso), unidos por grandes similitudes, como factores de riesgo comunes, inclusive la dieta, la insatisfacción corporal, exposición a los medios, burlas relacionadas con el peso... (Calcedo, 2016; Saldaña, en López-Guimerà y Sánchez-Carracedo, 2010), así como tienen en común factores de protección.

De esta forma, la prevención integrada, se centra en factores de riesgo comunes de los TCA y obesidad, trabajando en el conocimiento de educación nutricional, promocionando buenos hábitos alimentarios y deportivos, educando en la crítica del modelo social y estético, y enseñando a aceptar todos los tipos de cuerpos y tallas, luchando contra la estigmatización del

sobrepeso y la glorificación a la delgadez; trabajando la insatisfacción corporal y autoestima. Así como las habilidades sociales y gestión de las emociones. Con todo ello, se pretende concienciar sobre los peligros del sobrepeso, la extrema delgadez y los hábitos nocivos, a la vez que se fortalece la autoestima que actúa como factor protector (Gómez et al., 2017; Neumark-Sztainer, 2005; Sepúlveda, 2017).

Siguiendo los postulados de Calcedo (2016), considerar la obesidad y los TCA como conceptualmente distintos nos puede inducir a un error, ya que estos problemas relacionados con el peso pueden ocurrir en el mismo lapso de tiempo, por ejemplo, los atracones, propios de la bulimia nerviosa, están relacionados con el sobrepeso y la obesidad. De la misma forma que las personas obesas son más propensas a seguir estrategias insanas para bajar de peso, como inducirse el vómito, tomar píldoras, laxantes y/o diuréticos. También los antecedentes familiares de obesidad, se consideran un factor de riesgo para el desarrollo de bulimia.

La razón más evidente que justifica el enfoque integrado, es que los distintos programas tienden a aportar mensajes contradictorios, donde existe una falta de coherencia, y que pueden anularse mutuamente y confundir a los usuarios. Mientras que para combatir la obesidad los programas se dirigen a la implementación de dietas y generar pérdida de peso restringiendo el aporte calórico e incrementando la actividad física, para prevenir los TCA, los programas se suelen dirigir al cese de dietas y aceptación del peso: se justifica que el peso está determinado genéticamente y que es poco modificable, y que se deben aceptar todas las tallas corporales. Por lo tanto, los programas de prevención de obesidad, pueden causar, de forma no intencionada, obsesión por el peso, realización de dietas sin supervisión médica, rechazo a ciertos tipos de cuerpos, así como minar la autoestima de niños con sobrepeso o aumentar la insatisfacción corporal, desencadenar bromas y/o acoso por parte de los compañeros, etc. El resultado final es que las estrategias encaminadas a prevenir la obesidad, pueden convertirse en potenciadores de TCA y a la inversa (Calcedo, 2016; López-Guimerà y Sánchez-Carracedo, 2010; Ruiz-Lázaro, Velilla y González, 2017; Sánchez-Carracedo y López-Guimerà, 2011; Sepúlveda, 2017).

Existen otras razones que apoyan el enfoque integrado, como son el coste económico asociado al desarrollo e implementación de programas de prevención en las escuelas y

comunidades; y el ahorro de tiempo, en particular en las escuelas, donde hay un límite del número de intervenciones que una escuela o comunidad puede adoptar (Calcedo, 2016).

Por lo tanto, el buque insignia de nuestro programa de prevención, es la prevención integrada, que promueve una alimentación saludable, adquisición de buenos hábitos y estilo de vida activo, fortalecimiento de la autoestima, imagen corporal y la satisfacción corporal entre los jóvenes a lo largo de un amplio espectro de niveles de peso. Esfuerzos para mejorar la gestión de las emociones y habilidades sociales, y crítica a los modelos estéticos que imponen la sociedad y los medios de comunicación (alfabetización mediática). Así como trabajar en la reducción de burlas y la estigmatización basadas en el peso y la figura corporal, prevención de *bullying* y programas de intervención dirigidos específicamente a las burlas relacionadas con el peso, así como el desarrollo de habilidades para la vida, por ejemplo, el afrontamiento del estrés. Es una manera más segura de prevenir los problemas relacionados con la alimentación y el peso, que incluyen los TCA, conductas anoréxicas y bulímicas (como ayuno, vómito y uso de laxantes, fármacos y/o diuréticos), conductas no saludables de control del peso (como las dietas restrictivas o saltarse comidas principales, entre otras), insatisfacción corporal, trastorno por atracón, sobrepeso y obesidad (Gómez et al., 2017; López-Guimerà y Sánchez-Carracedo, 2010; Magán et al., 2011; Ruiz-Lázaro, Velilla y González, 2017; Sánchez-Carracedo et al., 2017).

Por último, cabe resaltar la prevención integrada es un modelo innovador y poco implementado hasta la fecha. Una muestra evidente de su desconocimiento es que las revistas científicas suelen tratar de forma diferenciada obesidad o TCA, siendo una de las pocas revistas que lo abordan conjuntamente la revista *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity* (Editrice Kurtis, s.r.l., Milán, Italia) (López-Guimerà y Sánchez-Carracedo, 2010; Sepúlveda, 2017). Como conclusión, aunque los expertos consideran que integrar ambos campos es una tarea ardua porque los especialistas provienen de mundos diferentes, mientras que los expertos en prevención de obesidad suelen ser médicos y profesionales de la nutrición, los expertos en TCA acostumbran a ser profesionales del ámbito de la salud mental (Sánchez-Carracedo y López-Guimerà, 2011), pero en el que vale la pena invertir esfuerzos en aras de desarrollar intervenciones más eficaces, que prevengan cualquier tipo de alteración o trastorno

relacionado con la alimentación, asentando entre el alumnado buenas bases, dotándoles de conocimientos acordes a su edad sobre alimentación, así como mostrándoles el camino correcto para que puedan adquirir buenos hábitos, tanto alimentarios como deportivos, así como respeto por cualquier tipo de cuerpo y desarrollo de la autoestima de forma saludable, que sin duda serán las herramientas más eficientes a la hora de prevenir, tanto TCA como obesidad y sobrepeso.

Por tanto, en vista de las graves consecuencias de la obesidad y TCA, las dificultades en su tratamiento, su tendencia a la cronicidad, alta prevalencia y relación con otras enfermedades, la prevención de TCA y obesidad desde la infancia y adolescencia es un tema de relevante interés. La evidencia científica demuestra la implicación de la alimentación y la imagen corporal en la salud y la importancia de llevar a la práctica iniciativas que permitan un cambio en las actitudes de los individuos en pro de comportamientos más saludables son escasas (Sepúlveda y Compte, 2017). En los últimos años, diversos autores han dado constancia de la utilidad de actuar desde los centros escolares, y se han ido desarrollando y perfeccionando diversos programas de prevención que destacan por su carácter integral y de amplio espectro, pues se dirigen a los factores de riesgo que son comunes tanto a los TCA, sobrepeso y la obesidad, como a otras alteraciones relacionadas con el comportamiento alimentario y la imagen corporal, para evitar la transmisión de mensajes contradictorios. Que a su vez incluyen elementos interactivos y promueven la actividad física y alimentación adecuada, así como favorecen una imagen corporal saludable, tratan de reducir los estigmas relacionados con el peso y la forma corporal (Calcedo, 2016; Magán et al., 2011; Ruiz-Lázaro, Velilla y González, 2017; Sepúlveda, 2017).

Se encuentra, por tanto, que existen factores de riesgo de alteraciones alimentarias que son compartidos por los TCA y la obesidad y a su vez son modificables desde la escuela, entre los que se incluyen los hábitos alimentarios insanos, las conductas alimentarias desestructuradas, la interiorización del ideal de delgadez, la insatisfacción corporal, la baja autoestima, la influencia de los medios de comunicación, las burlas relacionadas con el peso y el seguimiento de dietas restrictivas (AA.VV., 2001; López-Guimerà y Sánchez-Carracedo, 2010; Sánchez-Carracedo, López-Guimerà et al., 2017).

Concluyendo, prevenir y educar en salud son la mejor de las inversiones. Este es un reto

que debe aceptar la educación y, en general, se precisa de la implicación de las familias y los profesionales implicados en la etapa escolar (Ruiz-Lázaro, Villas et al., 2017). Lo importante es la promoción de salud, que puede hacerse a través de sesiones destinadas al fortalecimiento de la autoestima, la formación básica en nutrición, la lucha contra la presión mediática hacia los cuerpos excesivamente delgados, el desarrollo de la asertividad, las habilidades sociales y académicas y la afectividad, y todo ello supondrá un notable beneficio en la prevención de los TCA y la obesidad (Raich et al., 2007; Ruiz-Lázaro, Velilla y González, 2017; Villena et al., 2017).

Dada la necesidad de intervenir lo antes posible y llegar a toda la población, sin excepciones por sexo, vemos necesario actuar desde la escuela primaria, antes del paso de la niñez a la adolescencia, y hacerlo a través de la prevención integrada de obesidad y TCA, que sea coherente y que garantice herramientas a los niños y niñas para hacer frente a estos problemas relacionados con el peso. Así, siguiendo los postulados de la OMS, que recomienda una dieta saludable y un adecuado nivel de actividad física como la garantía de un buen estado de salud, y considera primordial la participación de los educadores y su formación en nutrición y salud (AA.VV., 2001; Gallego et al., 2014; Mataix Verdú, 2005), hacemos un llamamiento a la comunidad educativa y a los equipos docentes, buscando su implicación y colaboración en la promoción de la salud y en la lucha contra las enfermedades relacionadas con el peso que tan ferozmente están atacando a nuestros jóvenes en estos días.

Sin embargo, aunque vemos que los expertos coinciden en la necesidad de la prevención, no se cuenta con el apoyo del gobierno y de las instituciones, que son necesarios para poder implementarlos (Gallego et al., 2014; Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre la Prevención y el Tratamiento de la Obesidad Infantojuvenil, 2009). Por eso, en estos momentos, se necesita la implicación de las escuelas, que reivindicquen la importancia de educar en salud, pues los profesionales de la educación, son piezas clave a la hora de influenciar positivamente al alumnado, transmitir buenos hábitos alimentarios y deportivos, guiarles para luchar contra el ambiente obesogénico y en general, dotar de herramientas para hacer frente a TCA y obesidad, y así, mejorar la calidad de vida de los niños y sus familias desde la escuela.

7.3 Otros Agentes implicados en la Prevención

De acuerdo con los expertos (López-Guimerà y Sánchez-Carracedo, 2010), una de las características principales que debe reunir un programa de prevención, es que debe ser multisistémico, es decir, incluir componentes dirigidos no solo al niño, sino también a la familia y escuela ya que tratar un problema ambiental solamente de forma individual, siempre estará abocado al fracaso. De forma que es importante destinar acciones también hacia los docentes y familiares, pues en cierta medida, de su participación, dependerá el éxito de la intervención. Además, la familia es el pilar básico para la adquisición de hábitos (Herrero, 2021) y por lo tanto no podemos perder de vista la necesidad de incluirles en este programa y darles las pautas necesarias.

7.3.1 Los Docentes como Agentes implicados en la Prevención

Teniendo en consideración que en esta propuesta de intervención se ha optado porque sean los propios maestros de la escuela los que impartan los talleres del programa de prevención de obesidad y TCA, es menester tener en cuenta algunas indicaciones:

Es conveniente que el programa educativo incluya una guía para el docente, de manera que le facilite la tarea educativa. Por lo tanto, de manera paralela al cuaderno del alumno, hemos confeccionado una guía docente que contiene toda la información necesaria para llevar a cabo las sesiones con éxito: objetivos, contenidos, metodología, actividades resueltas, instrucciones, espacio para tomar notas... así como información adicional de relevante interés para dotar al maestro de conocimientos complementarios sobre el tema. Además, en ella se pautan las sesiones y se orienta sobre cómo conducir las. Por tanto, la guía será el material que el profesorado deberá preparar, leer y reflexionar previamente y donde encontrará todas las respuestas.

En otro orden de cosas, una información importante que hay que transmitir a los maestros que vayan a impartir el programa, es que al alumnado se le comunica que se trata simplemente de un programa de alimentación y adquisición de hábitos saludables, nunca se habla de forma concreta acerca de la prevención de TCA y obesidad, y en ningún caso se hará una presentación sobre anorexia ni bulimia nerviosa, ya que algunos autores consideran que hablarles directamente

sobre estos trastornos puede despertar interés en el alumnado y acabar siendo contraproducente, pues podrían llegar a adoptar conductas de riesgo para controlar el peso, y/o hacer sentir incómodos o blanco de burlas, a aquellos niños/as que padezcan sobrepeso/obesidad. En este sentido, cabe destacar también que se actúa de forma similar con las familias, pues de caso contrario, habría mucho riesgo de que en casa comuniquen a los hijos que se trata de un taller de prevención de TCA y obesidad.

Tal como sostienen López-Guimerà y Sánchez-Carracedo (2010), algunas pautas que se considera oportuno dar a los docentes en referencia a la prevención de obesidad y TCA, son:

- No referirse a buenos o malos alimentos: Es más conveniente decir que hay alimentos que se deben ingerir con alta frecuencia y alimentos de consumo ocasional, (definiendo exactamente a qué nos referimos con “ocasional”), ya que lo que determina que un alimento sea beneficioso o perjudicial es la frecuencia de su consumo. Además, es posible que al denominarlos como “malos” aparezcan restricciones que los hagan todavía más apetecibles y generen ansiedad.

- Enfoque positivo: Enseñar a los estudiantes a disfrutar de los alimentos saludables y no centrarse en que eviten las opciones menos saludables. Una vez más, acuñar con términos como “alimentos prohibidos” o “comida basura” tiene un efecto contraproducente que puede generar deseo, culpabilidad y frustración. Cuanto mayor es su prohibición, mayor es el deseo. En síntesis, se aconseja centrar la atención de los participantes en los aspectos positivos y beneficiosos que conlleva elegir alimentos más saludables.

- Centrar el discurso en alimentos y no tanto en nutrientes: Si lo que se persigue es fomentar la adquisición de hábitos alimentarios saludables, es vital educar desde una perspectiva práctica, centrada en destacar los aspectos más relevantes de los alimentos y no en aspectos teóricos de los nutrientes.

- Concentrar la atención en los aspectos positivos del desarrollo y el crecimiento: debido a la preocupación en torno al peso que sufren los adolescentes, hay que transmitir el mensaje de que es natural que el peso y la altura se incrementen con el crecimiento. Asimismo, las personas con más altura o masa muscular es normal que pesen más. Se recomienda abordar los aspectos positivos y beneficiosos de un crecimiento físico saludable, poniendo el foco en el desarrollo de

nuevas habilidades, incremento de la fuerza física, aumento de sus capacidades cognoscitivas (se eleva el nivel del pensamiento abstracto), incremento en sus relaciones sociales, etc. Ya que el paso de la niñez a la adolescencia conlleva miedos y es una etapa crítica, pero los educadores, pueden hacerles ver la parte positiva y los cambios positivos que van a tener lugar.

- Intentar ser un modelo a seguir: el docente que imparte las lecciones sobre alimentación, debe intentar no hacer comentarios negativos sobre su cuerpo, su dieta o malos hábitos. Asimismo, debe procurar ser visto haciendo elecciones saludables en la escuela y en el comedor, así como asumiendo hábitos de vida activa (ir andando o en bicicleta a la escuela, practicar deporte...).

7.3.2 Las Familias como agentes Implicados en la Prevención

Los expertos coinciden en que los problemas de salud relacionados con la alimentación son globales y multifactoriales, y como tales, necesitan de una coordinación por parte de todos los agentes implicados, que incluyan a la comunidad educativa, la industria alimentaria, la publicidad, las administraciones y las propias familias (Arnaiz, 2008; Ruiz-Lázaro, Villas et al., 2017), de forma que para conseguir que la prevención en escolares sea efectiva, es imprescindible incluir a las familias (Román y Quintana, 2010). De hecho, Calvo (2008), se basa en la idea de que la familia es el primer ámbito en el que se debe trabajar para prevenir la obesidad infantil. En la misma línea, Griselda Herrero (2021) en su libro *Comer bien en familia*, dice así: “escuela y familia deben ir de la mano y su cooperación es fundamental para instaurar hábitos en los niños” (p.38). En este sentido, según diferentes autores, las ideas más importantes que se pueden hacer llegar a las familias, son:

- Es necesaria la conciliación laboral con la vida familiar, generando un ambiente donde los padres dispongan y dediquen tiempo a crear relaciones afectivas y positivas con los hijos. Y es que, se ha detectado que un gran número de niños con sobrepeso, habían tenido una carencia de presencia familiar al volver del colegio, lo que frecuentemente conduce a suplir carencias afectivas con comida (Calvo, 2008). Es importante comer juntos en familia al menos una vez al día y vivir la comida como un momento de encuentro y conversación (Galindo y Barcelona, 2017; Gómez et al., 2017).

- Disgregar el binomio comida y compensación emocional. Es usual que se realicen asociaciones entre comida y emociones, por ejemplo, tristeza con chocolate, y que se tienda a buscar fuentes de grasas e hidratos de carbono en momentos de estrés o ansiedad, pero la comida no es la cura a la angustia, estrés, ansiedad o cansancio. Aunque la comida proporcione placer de forma instantánea, a largo plazo volverán a aparecer esas emociones que nos resultan desagradables. Por lo tanto, comer emocionalmente, es un mal hábito que la familia no debe transmitir a los hijos. De igual forma, no se deben asociar propiedades falsas a los alimentos. Es común que algunos padres creen que comer mucho está asociado a tener buena salud o crecer más (Calvo, 2008).

- Desarrollar la autoestima personal sobre valores diferentes a la apariencia corporal, tales como solidaridad, creatividad, asertividad, cercanía, capacidad de defensa a las presiones externas... Son factores protectores ante el ánimo permanentemente negativo y la evasión de emociones en el consumo de comida (Calvo, 2008).

- Organizar responsablemente las comidas y la alimentación de los hijos, tanto en el horario como en la forma de cocinar y la cantidad, sin preparar más de lo necesario. Los padres tienen que hacer entender de forma clara, su intención respecto a los horarios y comportamiento (Gómez et al., 2017).

- Es muy importante que los familiares eviten hacer comentarios acerca del peso, dietas o presión para adelgazar (Galindo y Barcelona, 2017; Gómez et al., 2017).

- Llevar a cabo en casa y enseñar a comer una dieta variada y equilibrada (Galindo y Barcelona, 2017; Gómez et al., 2017)

- No utilizar la comida como medio para premiar o castigar conductas de los hijos (Galindo y Barcelona, 2017; Gómez et al., 2017)

- No ejercer un control excesivo acerca de lo que comen o dejan de comer los hijos, y evitar comentarios sarcásticos o que se puedan malinterpretar (Gómez et al., 2017)

- Los padres no deben sobreproteger ni abandonar. Hay dos posiciones de la familia asociadas al desarrollo de TCA: por un lado la sobreprotección y por otro la negligencia. Unos padres sobreprotectores impiden que los hijos desarrollen la capacidad de cuidarse por sí

mismos. Mientras que la negligencia hace entender a los hijos que no son importantes y que no merecen atención, de manera que descuidan sus emociones y pueden tratar de llenar este vacío con comida (Calvo, 2008).

En síntesis, aquí se recogen una serie de directrices que, desde los colegios, es conveniente poner a disposición de madres y padres:

Tabla 14

Recomendaciones para las Familias en la Prevención de Obesidad y TCA

Recomendable	Desaconsejable
<ul style="list-style-type: none"> - Enseñar en casa a llevar a cabo una dieta variada y equilibrada, manteniendo una buena relación con la comida, sin obsesionarse, optar siempre por alimentos naturales y de temporada. Sin ser rígidos, pero tampoco indiferentes. - Hablar de la diversidad corporal y enseñar a respetar todos los tipos de cuerpos. - Explicar que es de mala educación hablar del cuerpo de los demás. - Gestionar las emociones y conflictos sin esquivar los problemas y sin sobreprotegerlos. - Educar a los niños para que cuiden su cuerpo, porque es donde van a vivir siempre, y porque hay que trabajar para que sea la mejor máquina posible, que dure el máximo tiempo y en las mejores condiciones. Pero desde el respeto y la aceptación del propio cuerpo. - Realizar al menos una comida juntos al día y sin televisión para favorecer la comunicación. - Huir de la vida sedentaria: ir al colegio andando, practicar deporte, restringir el tiempo de televisión y videoconsolas, subir por las escaleras, todos los fines de semana hacer una actividad física y explicar los beneficios del deporte sin hacer referencia al peso: ayuda a hacer amigos, es divertido, es saludable, previene enfermedades, ayuda a crecer mejor, ser más responsables, más autónomos, aprenden a esforzarse, etc. - Cambiar poco a poco malos hábitos por buenos. Ir incorporando mejoras lentamente. La buena alimentación es un proceso de por vida, no es algo puntual. 	<ul style="list-style-type: none"> - No castigar o premiar con comida. - Evitar comentarios familiares acerca del peso, cuerpo, dietas o presión para adelgazar. - No hablar del cuerpo de los demás, sea de forma bonita o fea, pues se genera inseguridad hacia el propio cuerpo y rechazo a los cuerpos que no cumplen estos cánones. - No hay comidas exclusivas para niños (desayunos, meriendas, cereales, chocolatinas, nuggets...) un niño puede comer lo mismo que un adulto, pero diferentes cantidades. Los "alimentos infantiles" forman parte de una estrategia de marketing. - No hacer dieta. No son saludables y no son un buen ejemplo para los niños. Si una persona vive 85 años, ¿va a servir de algo que haga dieta 4 meses? Cuando se paran las dietas se recupera el peso perdido, incluso más. Generan ansiedad y producen una mala relación con la comida. Nunca hay que someter a los niños a dietas de pérdida de peso. - No obligar a comer a los niños: tú pones la calidad y ellos la cantidad. - No prohibir el uso de medios de comunicación o redes sociales (lo prohibido es más tentador), pero educar para que sean críticos con ellas. Que entiendan que todo lo que sale en televisión está manipulado y que muchas de las vidas y los cuerpos que aparecen en redes sociales no son reales. Ya que de lo contrario, las redes sociales pueden dañar la imagen corporal y la autoestima.

Recomendable	Desaconsejable
<ul style="list-style-type: none">- Si es necesario perder peso, se debe acudir a un especialista en nutrición que nos acompañe en el proceso de aprender a comer saludablemente. Invertir un año de tu vida en aprender qué debes comer, cuanta cantidad, de qué forma cocinar, que nos resuelva dudas, que nos garantice que es lo mejor para nuestra salud, que sea variado, divertido, fácil de mantener en el tiempo y que además vaya acompañado de actividad física.- Invertir tiempo en cocinar en casa y en comprar productos de calidad, es invertir tiempo en prevenir enfermedades y en ganar calidad de vida.- Enseñar a los hijos a comer bien y a respetar su cuerpo, es la mejor herencia que se les puede dejar.- Respetar su apetito, su hambre y su saciedad. De lo contrario, se perderán los mecanismos de hambre y saciedad que los niños mantienen intactos por su corta edad.- En el caso de que los hijos dispongan de redes sociales, es primordial establecer normas y un horario para revisar las plataformas digitales. La supervisión es fundamental.	<ul style="list-style-type: none">- Ni sobreproteger ni abandonar.

Nota. Elaboración propia

Capítulo 8: Propuesta Escolar de Prevención de TCA y Obesidad: EVERYBODY HAS A BODY

8.1 Introducción

Teniendo como referencia la creciente prevalencia de enfermedades como sobrepeso, obesidad y trastornos de la conducta alimentaria en la población infantil y adolescente, y con el objetivo de responder y dar cobertura a esta problemática social de primer orden, en esta tesis se ha diseñado un programa piloto de prevención de trastornos de la conducta alimentaria y obesidad que se va a describir detalladamente a continuación.

“Everybody has a body” es un programa escolar de prevención primaria integrada de TCA y obesidad, que ha sido fruto de una extensa revisión bibliográfica sobre teorías que indican las maneras más adecuadas de abordar la prevención y en base a las iniciativas con más impacto y mejores resultados que se han encontrado hasta la fecha, así como las guías alimentarias y de prevención más actuales.

Este programa de prevención, está dirigido al alumnado de 5º y 6º curso de Educación Primaria y ha sido diseñado de forma específica para su desarrollo en el ámbito educativo.

Se trata de un modelo innovador, de prevención integrada que, a diferencia de otros programas, pretende ser coherente a la hora de prevenir tanto TCA como obesidad de forma conjunta. Este material consta de una guía didáctica para el docente, un dossier para el alumnado, un cuestionario para el alumnado y un modelo de autorización familiar para la participación en el programa.

A través de esta propuesta de intervención se pretende informar, formar y desarrollar competencias útiles para fomentar un estilo de vida saludable, así como la adquisición de conocimientos, conciencia crítica, habilidades y destrezas en el alumnado preadolescente, pues esta es una etapa decisiva, ya que los preadolescentes son especialmente vulnerables a estos problemas y es importante prevenir antes de la llegada a la adolescencia, etapa donde los hábitos y las conductas de riesgo ya se encuentran fuertemente arraigados.

Se trabaja desde de una metodología constructivista y participativa, mediante un compendio de actividades, significativas y adecuadas al nivel madurativo del alumnado. Éste se convierte en el verdadero protagonista de la acción y el constructor de su aprendizaje. Las actividades son interdisciplinares, y se pueden incluir dentro del desarrollo de distintas áreas: ciencias naturales, ciencias sociales, lengua castellana, matemáticas, educación física, valores sociales y cívicos, así como en el manejo de las tecnologías de la información y la comunicación...

Además, surge como un programa inclusivo y coeducativo, que no separa por sexos, a diferencia de muchos otros programas de prevención de TCA, y que tiene en cuenta a todo el estudiantado, estimulando también a aquellos alumnos/as con necesidades específicas de apoyo educativo.

En cuanto a la temporalización, se plantea una sesión semanal de una hora, con una duración trimestral, de aproximadamente 11 semanas, posibilitando así una asimilación progresiva de los aprendizajes por parte del alumnado.

Por otro lado, para comprender la presencia de los diferentes contenidos que incluye este programa, debemos tener presente que la etiología de los problemas relacionados con la alimentación y el peso es multicausal. Entre los factores de riesgo que empujan a los adolescentes a sufrir un TCA, podemos destacar baja autoestima, interiorización del ideal de delgadez, excesiva preocupación por el peso e insatisfacción con la imagen corporal. Cuestiones genéticas, cambios puberales, sobrepeso/obesidad, presión sociocultural para estar delgados (ejercida por medios de comunicación y relaciones sociales). Conductas inadecuadas de control del peso: dietas restrictivas, ejercicio físico excesivo, saltarse comidas, provocarse el vómito, uso de laxantes y/o diuréticos; perfeccionismo en exceso, etc. Se debe tener en cuenta que muchos de estos factores de riesgo son modificables, aquí subyace la importancia de llevar a la práctica este programa de prevención.

Por tanto, surge la necesidad de enfocar la acción preventiva, tanto en la promoción de hábitos alimentarios saludables, como en el desarrollo de habilidades, intereses y competencias que no se basen en la imagen corporal. Es esencial educar en la diversidad y aceptación de un amplio abanico de siluetas corporales, en la autoaceptación y aceptación de los demás, empatía y conducta prosocial; en el conocimiento del desarrollo puberal y de los cambios físicos, psíquicos y sociales que se producen en la adolescencia; trabajar la autoestima, el autoconcepto, las habilidades sociales, etc.

Desde otra perspectiva, es importante tener en cuenta, que el tema de los trastornos de la conducta alimentaria se trata de una forma indirecta, sin nombrar explícitamente la anorexia o bulimia nerviosa, para evitar despertar el interés del alumnado acerca de las dietas ni la pérdida de peso y que no intenten imitar estas conductas. Por ello, se potencia la promoción de buenos hábitos y fortalecimiento de los factores protectores.

Además, tras implantar este proyecto en los centros escolares, podrán solicitar el distintivo “Sello vida saludable” del Ministerio de Educación, Cultura y Deporte, que conlleva

el reconocimiento público del compromiso del centro al fomentar el aprendizaje de la salud en el ámbito educativo (Resolución de 14 de diciembre de 2017, de la Secretaría de Estado de Educación, Formación Profesional y Universidades, por la que se establece el procedimiento para la concesión del distintivo de calidad Sello Vida Saludable).

Por lo tanto, tomando en consideración las características que debe reunir un programa de prevención primaria de TCA y obesidad para ser eficaz y efectivo, así como las directrices clave para garantizar el éxito de la prevención, que han sido presentadas anteriormente en esta tesis doctoral, se ha desarrollado el programa en tres módulos de la siguiente manera:

- Módulo 1: Alimentación y nutrición
- Módulo 2: Salud y bienestar
- Módulo 3: Modelo estético e imagen corporal

Tanto la guía docente como el cuaderno para el alumno, se encuentran en anexos II y III de forma íntegra.

8.2 Método

En cuanto al método de trabajo, una vez que se han obtenido los permisos necesarios, el colegio recibe el material, que consiste en un cuaderno para cada alumno y una guía docente para cada maestro.

Para comenzar, se lleva a cabo una evaluación previa al programa, a través de un cuestionario autoadministrado, el cuestionario CETRAR, que sirve para establecer el perfil de predisposición o vulnerabilidad hacia los trastornos de alimentación y/u obesidad de cada uno de los participantes; así como conocer sus hábitos alimentarios y sus conocimientos previos.

Posteriormente, el maestro/a, que ha sido orientado por el equipo de investigación, imparte y desarrolla los contenidos del programa durante las once sesiones programadas con el alumnado y una sesión con las familias a cargo del grupo de investigación. De esta forma, se hace partícipes a las familias. Para acabar, se clausura con una evaluación final de las mismas variables evaluadas al inicio del mismo a través del cuestionario CETRAR y una evaluación cualitativa para conocer el grado de satisfacción de docentes y alumnos con el programa.

En referencia a la metodología, se ha seleccionado aquella que a ojos de los expertos, se considera más adecuada para el alumnado, con un diseño interactivo, participativo y constructivista, donde los niños participan a través de juegos, debates, discusiones, dibujos, visualización de vídeos y otras actividades tanto grupales como individuales mientras son los creadores de su propio conocimiento.

8.3 Contenidos

Los contenidos que se trabajan en el programa Everybody has a body son los siguientes:

- Aceptación del propio cuerpo
- Mejora de la imagen corporal
- Mejora de la autoestima
- Desarrollo de intereses y valores diferentes a los relacionados con la estética y la imagen
- Potenciación del sentido crítico hacia los medios de comunicación, la publicidad y los estereotipos impuestos por la sociedad
- Promoción de alimentación, hábitos y estilo de vida saludables
- Control y regulación de las emociones
- Reconocimiento de la valía personal centrada en otros valores diferentes del peso y la figura
- Cuestionamiento de estereotipos y modelos sociales que favorecen conductas de riesgo

8.4 Objetivos

Los objetivos que se pretenden alcanzar a través del programa Everybody has a body son:

- Promocionar hábitos alimentarios saludables y educar sobre alimentación
- Concienciar sobre la relación entre alimentación y salud
- Crear una conciencia crítica sobre los medios de comunicación
- Desarrollar una correcta autoestima
- Trabajar en una imagen corporal positiva y combatir la interiorización del ideal de

delgadez

- Comprender los cambios derivados de la pubertad y ver la adolescencia como una etapa vital positiva

8.5 Competencias

De igual manera, las competencias que el alumnado va a desarrollar a través de este programa son las siguientes:

- Adquiere hábitos alimentarios saludables
- Es consciente sobre la relación entre alimentación y salud
- Adquiere una conciencia crítica sobre los medios de comunicación
- Trabaja en la mejora su autoestima
- Desarrolla una imagen corporal positiva y combate la interiorización del ideal de delgadez
- Comprende los cambios derivados de la pubertad y ve la adolescencia como una etapa vital positiva

8.6 Recursos

Por otra parte, los recursos necesarios para llevar a cabo el programa Everybody has a body, son los siguientes:

- Recursos materiales: El grupo de investigación facilita a los centros escolares, un cuaderno para cada alumno/a y una guía docente para cada maestro/a, así como los cuestionarios CETRAR pretest y post-test. Además, el colegio debe disponer de báscula y cinta métrica para pesar y medir al alumnado y de medios audiovisuales para proyectar vídeos. También en una de las sesiones, es necesario contar con una caja/bolsa opaca y un espejo mediano. Asimismo, para otra de las actividades, serán necesarios sobres y sellos para enviar cartas; y en otra actividad, los alumnos deberán aportar una fotografía suya.
- Recursos espaciales: No se requieren recursos espaciales más allá de la propia aula ordinaria.

- Recursos personales: El propio docente escolar será la persona que se haga cargo de las sesiones con el alumnado, ya que debido a la pandemia por Covid-19, no es aconsejable que personas externas al centro escolar impartan clase en los denominados “grupos burbuja” (grupos escolares de convivencia). En cuanto a la sesión que se imparte para las familias, lo hace la persona coordinadora de esta investigación.

8.7 Evaluación

La evaluación se lleva a cabo de dos formas: por un lado, una evaluación cuantitativa, en la que se pasa el mismo cuestionario CETRAR a todos los alumnos antes y después del programa, para poder comparar los resultados. El cuestionario se realiza de forma anónima, pero codificada para poder comparar el pretest y el post-test. También se realiza una evaluación cualitativa para los docentes y otra para los estudiantes, de manera que puedan dar su opinión respecto al programa Everybody has a body, recoja propuestas de mejora y sirva de feedback para la investigación.

8.8 Cronograma de las Sesiones del Programa de Prevención de TCA y Obesidad

Tabla 15

Cronograma Orientativo del Programa Everybody has a body

Evaluación previa		Semana del 11-15 de enero de 2021	
Módulo	Sesión	Temporalización	Contenidos
Módulo 1: Alimentación y nutrición	1. Los nutrientes	Semana del 11-15 de enero de 2021	Nutrientes: Hidratos de carbono, grasas, proteínas, vitaminas, minerales y agua.
	2. Plato saludable	Semana del 18-22 de enero de 2021	Plato saludable para niños de Harvard
			Refuerzo de la autoestima
	3. Menú variado y equilibrado	Semana del 25-29 de enero de 2021	Menú variado y equilibrado
			Refuerzo de la autoestima

Evaluación previa		Semana del 11-15 de enero de 2021	
Módulo	Sesión	Temporalización	Contenidos
Módulo 2: Salud y bienestar	4. Dieta para la pérdida de peso	Semana del 1-5 de febrero de 2021	Dietas para la pérdida de peso
			Buenos hábitos
			Refuerzo de la autoestima
	5. Autocuidado	Semana del 8-12 de febrero de 2021	¿Nos cuidamos?
			Refuerzo de la autoestima
	6. Relación entre alimentación y salud	Semana del 15-19 de febrero de 2021	Relación entre alimentación y salud
			Refuerzo de la autoestima
7. Las emociones	Semana del 22-26 de febrero de 2021	Gestión de las emociones	
Módulo 3: Modelo estético e imagen corporal	8. Adolescencia y pubertad	Semana del 1-5 de marzo de 2021	Adolescencia y pubertad
			Cambios corporales
			Refuerzo de la autoestima
	9. Los cánones de belleza	Semana del 8-12 de marzo de 2021	Los cánones de belleza
	10. ¿Cómo me veo?	Semana del 22-26 de marzo de 2021	Imagen corporal
11. Los medios de comunicación	Semana del 29 de marzo al 2 de abril de 2021	Los medios de comunicación	
		Peligros de las redes sociales	
		Activismo social: escribimos una carta	
Evaluación final		Semana del 29 de marzo al 2 de abril de 2021	

Nota. Elaboración propia

IV Parte: Marco Metodológico



Capítulo 9: Justificación Metodológica de la Investigación

9.1 Introducción

En este capítulo se van a presentar las consideraciones que nos han llevado a optar por una o por otra metodología dependiendo de nuestro objetivo: diseñar, aplicar y evaluar la eficacia de un programa de prevención de los trastornos de la conducta alimentaria y la obesidad, dirigido a preadolescentes en edades comprendidas entre 10 y 12 años escolarizados de la Comunidad Valenciana. Así como de las hipótesis planteadas.

Además, se va a justificar el uso de una metodología mixta, que combina metodología cualitativa y cuantitativa, así como se detallan las estrategias metodológicas utilizadas.

9.2 Determinación de los Objetivos e Hipótesis de la Tesis doctoral

El objetivo general de esta tesis consiste en diseñar, aplicar y evaluar la eficacia de un programa de prevención de los trastornos de la conducta alimentaria y la obesidad, dirigido a preadolescentes escolarizados de la Comunidad Valenciana.

Este objetivo general se puede concretar en objetivos específicos tales como:

- Conocer el estado de la cuestión acerca de los estudios sobre alimentación y prevención de problemas alimentarios en escolares.
- Elaborar un instrumento de evaluación capaz de detectar la presencia de TCA y obesidad en los preadolescentes a través de sus hábitos y conducta alimentaria en estudiantes de Educación Primaria.
- Comprobar el nivel de eficacia del programa de prevención de TCA y obesidad para generalizarlo a otros Centros de Educación Primaria de la Comunidad Valenciana.

En cuanto a las hipótesis que nos planteamos, son las siguientes:

- Es posible modificar comportamientos de riesgo hacia TCA y obesidad, educando a los preadolescentes mediante un programa de prevención integrada de TCA y obesidad en la escuela primaria.
- Los preadolescentes que reciban el programa de prevención mejorarán sus conocimientos,

actitudes y conductas hacia la alimentación mostrando menos riesgo de padecer TCA y/o obesidad tras la aplicación del mismo.

- Los preadolescentes que reciban el programa de prevención, conseguirán creencias más adecuadas respecto a la apariencia física, sintiéndose menos atraídos a adelgazar, con una mejor imagen corporal y autoestima, y siendo más críticos con los medios de comunicación y redes sociales.

9.3 Justificación de la Metodología mixta

En esta tesis doctoral se ha hecho servir una metodología mixta, es decir, una combinación de metodología cualitativa y cuantitativa que se justifica de la siguiente forma:

La **metodología cualitativa** se caracteriza por ser más abierta y flexible, y por contribuir a reflejar las verdaderas visiones que los sujetos tienen sobre lo que está sucediendo y lo que es importante en relación al fenómeno estudiado (Ugalde y Balbastre-Benavent, 2013) y se utiliza para investigar fenómenos relacionados con la realidad social, entre ellos la salud y la enfermedad (Pérez, 2002).

Los estudios cualitativos se prefieren por sus propiedades explicativas y su poder exploratorio. Estos ayudan a esclarecer los resultados obtenidos en investigaciones cuantitativas o a generar teorías (que más tarde se deben de confirmar con los métodos cuantitativos) en campos poco explorados. (Ugalde y Balbastre-Benavent, 2013, pp.181-182)

Además, la metodología cualitativa puede utilizarse de forma complementaria con otros estudios y puede ir tanto antes como después de la investigación cuantitativa. En el primer caso, sirve para generar un conjunto de hipótesis que serán posteriormente contrastadas en una muestra más amplia (Bonache, 1998), tal y como se ha hecho en este estudio. Es más, los expertos abogan por una postura conciliadora y complementaria entre las vertientes cuantitativa y cualitativa (Anguera, 2008).

De hecho, la metodología cualitativa sirve como paso previo a la construcción de un cuestionario, que más adelante se utilizará para medir y objetivar, y que además es ese

cuestionario el que le aporta validez a la metodología cualitativa utilizada. De hecho, según los estudiosos, sería conveniente que siempre que se diseñe un cuestionario para medir un objeto de estudio, previamente se hubiera llevado a cabo una investigación cualitativa, para conocer de primera mano qué hay que preguntar en ese cuestionario (Pérez, 2002). Tal y como se ha hecho en esta investigación, ya que la metodología cualitativa nos ha permitido, entre otras cosas, confeccionar el cuestionario CETRAR, del que hablaremos en detalle más adelante.

Aunque la investigación cualitativa tiene sus detractores, quienes consideran que este método carece de objetividad (Anguera, 2008). En palabras de Martínez-Miguélez (2006):

La investigación cualitativa tiende a representarse como un proceso no sistematizable, marcadamente «artístico», en el que el genio (Kant, I, 1790), la Intuición y la creatividad del investigador juegan un papel del todo irreductible; los que así conciben la IC., se resisten a protocolarizar los diseños de investigación, por ser éste un propósito superfluo y, últimamente, inviable. (pp.168-169)

Sin embargo, muchos otros autores coinciden en que los datos procedentes de investigaciones cualitativas se pueden considerar ricos y profundos (Ugalde y Balbastre-Benavent, 2013). En la misma línea, Pérez (2002), afirma que si la muestra social ha sido bien elegida, los resultados que se extraen de una investigación cualitativa, contienen las representaciones sociales del contexto social del que ha sido extraída.

En nuestro caso particular, dentro de la metodología cualitativa, se ha considerado que utilizar el grupo focal era la forma más adecuada de actuar, pues según los expertos, el objetivo de este es “familiarizarse con una situación sobre la que no existe un marco teórico bien definido” (Bonache, 1998, p.3). Aunque existe mucha evidencia disponible sobre la alimentación de los preadolescentes, queríamos ser sabedores del caso concreto de *nuestros* preadolescentes. Es decir, no limitarnos a “simples datos”, sino ir más allá y ahondar en la situación real y actual de los preadolescentes valencianos en el presente, y no sólo cuáles son sus hábitos, sino también sus opiniones y preocupaciones en torno a su alimentación, su cuerpo y salud, pues consideramos que es fundamental conocer a la perfección esta realidad para poder trazar un plan de prevención de TCA y obesidad verdaderamente eficaz. Además, de acuerdo con los estudiosos (Van de Pen

y Poole, 1990), este método cualitativo, es la estrategia de investigación más adecuada para dar la oportunidad de conocer el cómo y el por qué de esta realidad. En la misma línea, Pérez (2002), manifiesta que la metodología cualitativa es capaz de llevar al origen y al proceso de formación de los hechos.

Más aún, si tenemos en cuenta la interculturalidad de los centros escolares y que esta metodología, “tiene la ventaja de ser capaz de revelar los distintos significados que un mismo concepto tiene para individuos de distintas culturas” (Bonache, 1998, p.10).

A su vez, García y Mateo (2000), definen el grupo focal como una conversación, previamente planeada, que se diseña para obtener información de interés, en un ambiente permisivo. Buscar comprender cómo y el porqué de lo que piensan las personas, su propósito no es llegar a acuerdos.

En este tipo de método hay un moderador que dirige la conversación y emplea un guion de preguntas relacionadas con el objetivo de la investigación. Estas preguntas son básicamente, unidades de sentido fijadas con anterioridad por los investigadores (Martínez-Miguélez, 2006).

En cuanto a las fases de análisis de la información del grupo focal, una vez recogida la información, se comienza por una transcripción literal de las grabaciones, se hace una lectura y se elabora el guion de las categorías. Después se codifican las transcripciones dividiendo el texto en fragmentos y asignando a cada fragmento las categorías temáticas. Luego se realiza un análisis del contenido de cada grupo focal y de las categorías, y por último se elabora el informe final (García y Mateo, 2000).

Una vez que ha sido registrada la información, los expertos consideran que, dependiendo del objetivo del estudio, se puede optar por diferentes modelos de análisis (García y Mateo, 2000). En nuestro caso, se ha considerado oportuno abordar el análisis como un proceso de examen sistemático del texto, identificando y clasificando los temas en categorías para utilizarlas en la creación de nuestro cuestionario. Al inicio teníamos en mente un guion inicial de categorías, construido a partir de los objetivos del estudio y de la bibliografía consultada, pero posteriormente, lo completamos añadiendo categorías extraídas a partir de las transcripciones. Asimismo, se anotaron todas las ideas que surgían de los datos y que se consideraban provechosas para las

siguientes fases de análisis. Por último, a través de las transcripciones se sacaron porcentajes, ya que durante la conversación, se iba diciendo el número de personas que opinaba y respondía de tal o cual forma a cada pregunta.

Por lo tanto, las principales ventajas del grupo focal por las que se ha escogido este método en nuestra investigación son que la interacción en grupo estimula la generación de ideas, lo que además nos permite obtener información de varias personas a la vez. Además, es muy útil para temas de los que no se dispone mucha información, que ofrece flexibilidad para explorar nuevos aspectos y dimensiones de un problema, que se obtiene información de alta validez subjetiva y que es rápido y poco costoso (García y Mateo, 2000). Así como nos ha permitido conocer la realidad de los preadolescentes y plantear categorías para la posterior confección de nuestro cuestionario.

En nuestra investigación también se ha utilizado una **metodología cuantitativa**, ya que a grandes rasgos esta se define como una metodología que permite obtener información a través de instrumentos muy estructurados y analizarlos mediante procedimientos matemático-estadísticos (Martínez-Miguélez, 2006). Así, en la metodología cuantitativa, los cuestionarios se remiten a una muestra aleatoria pero representativa de la población, para poder extraer conclusiones. Además, en el cuestionario utilizado en esta metodología cuantitativa, se ha optado por utilizar mayoritariamente preguntas cerradas, ya que tal y como defienden los estudiosos, estas son más fáciles de codificar y cuantificar (Bonache, 1998).

Según los datos recogidos por Ugalde y Balbastre-Benavent (2013), la metodología cuantitativa tiene unas particularidades que la convierten en idónea para nuestra investigación. Por ejemplo, los datos que se recogen se pueden considerar rigurosos, tangibles, fidedignos y precisos, de manera que pueden ser contrastados por otros investigadores. También permite la inferencia de los hallazgos de la investigación en poblaciones más grandes y esto hace posible la generalización estadística de los resultados.

En palabras de Fernández et al. (2014) un estudio cuasi-experimental se define como aquella investigación que pretende comprobar una hipótesis causal manipulando una variable independiente, donde por algunas razones que bien pueden ser logísticas o éticas, no se pueden

asignar las unidades de investigación aleatoriamente a los grupos.

Aunque nuestra intención era llevar a cabo una investigación experimental, y por ello, de forma inicial, se quería contar con grupos experimentales y grupos control, finalmente por motivos externos a la investigación, se tuvieron que desestimar los grupos control, convirtiendo así la investigación en cuasi-experimental, donde se escogieron grupos ya formados (grupos-clases escolares).

Las dificultades han sido originadas por la pandemia del COVID-19, ya que como es bien sabido, durante el curso 2019/2020 los centros escolares se han visto desbordados por rigurosos protocolos, incertidumbre, miedo, cambios, grupos burbuja, confinamientos, etc. que han alterado el funcionamiento normal de las escuelas, imposibilitando así la incorporación de más clases o más centros escolares a esta investigación.

De igual manera no debemos olvidar que las escuelas son centros con una jerarquía muy marcada, de forma que eran muchos los niveles de aprobación con los que era menester lidiar. En primer lugar, el docente debía estar de acuerdo y muy implicado para llevar a cabo esta intervención. Igual de necesario era contar con el beneplácito del director o equipo directivo, así como de la Conselleria de Educación, y como no, de las familias.

Además, en nuestro caso, al tratarse de centros escolares, si se elegían grupos control en las mismas escuelas, se corría el riesgo de que los alumnos del grupo experimental compartieran la información con los del grupo control, más aún cuando se trata de un taller innovador, diferente y que despertaba su interés.

Por tanto, se ha utilizado un diseño cuasi-experimental, que generalmente son más vulnerables a las amenazas a la validez que las pruebas aleatorias, estos no precisan de asignaciones aleatorias a los grupos experimentales y por eso son más factibles que las pruebas aleatorias.

De forma que este tipo investigaciones cuasi-experimentales proveen una aproximación al experimento aleatorio cuando la aleatoriedad no es posible. Asimismo, los autores consideran que los cuasi-experimentos pueden emplearse para medir resultados a nivel poblacional o de programa, como es nuestro caso. Y lo que es más importante, si se diseñan, controlan y analizan

de forma apropiada, los diseños cuasi-experimentales son capaces de ofrecer una evidencia prácticamente tan fuerte del impacto del programa como la de las pruebas aleatorias y más consistente que los estudios no experimentales (Rossi y Freeman, 1993).

Así, en este caso, el grupo experimental ha servido como su propio control, comparando el antes y el después.

Los expertos concluyen que es necesario que las investigaciones cuasi-experimentales tengan “una planificación exquisita de la aplicación del tratamiento, del control en el proceso de la investigación y del análisis de los datos” (Fernández et al., 2014, p.756) por lo que en esta investigación se ha procurado ser muy rigurosos en este sentido.

9.4 Estrategias Metodológicas Utilizadas

A continuación, en el presente apartado se detallan los diferentes elementos que conforman la metodología aplicada en la investigación:

En esta tesis se ha utilizado una metodología mixta, que se fundamenta en una **metodología descriptiva** y en algunos **elementos cuantitativos** (mediciones estandarizadas y repetidas, pretest y post-test mediante cuestionario CETRAR...) y **cualitativos** (grupo focal, entrevistas a los maestros/as que han aplicado el programa, sesiones informativas con las familias del alumnado que ha recibido el programa, y los cuatro estudios de casos en las escuelas donde se ha desarrollado el programa). De forma que el diseño de la investigación ha sido de campo y cuasi-experimental, donde se han seleccionado grupos-clase ya formados en las escuelas.

Pretendíamos estudiar la eficacia de un programa de prevención de TCA y obesidad que habíamos diseñado personalmente. La investigación se llevó a cabo mediante un diseño experimental aplicado en 4 escuelas públicas en la Comunidad Valenciana, con el alumnado de 5º y 6º curso. De esta forma, se recogieron medidas estandarizadas pre y post-intervención mediante el cuestionario CETRAR, que había sido elaborado para esta tesis y debidamente validado por un grupo de jueces, creado especialmente para detectar casos de TCA y obesidad, así como factores de riesgo y creencias erróneas sobre alimentación. Se trata de un cuestionario autoadministrado y que se rellena de forma anónima por el alumnado, pero está codificado para

poder aunar pretest y post-test y hacer la correspondiente comparación de los datos recogidos antes y después de aplicar el programa. De esta forma, los alumnos respondían al cuestionario en clase, y el docente supervisaba que lo hicieran individualmente, sin molestias de sus pares y sin interferencia en las respuestas. Además, el estudiantado desconocía que una vez terminado el taller volverían a responder el mismo cuestionario. Las medidas pretest y post-test corresponden todas al año 2021.

Respecto al programa de prevención, se trata de un programa de prevención primaria, universal e integrada de TCA y obesidad, diseñado para ser aplicado en las escuelas, impartido por los propios maestros/as. Dicho programa ha sido creado por este equipo de investigación y se conoce como “Programa escolar: EVERYBODY HAS A BODY”. Está dirigido específicamente al alumnado de 5º y 6º curso de primaria, que por regla general cuentan con edades entre 10 y 12 años, etapa de preadolescencia. Se enfoca tanto a colegios públicos como privados o concertados. El tipo de actividades que incluye son principalmente para debatir en grupo, reflexionar y realizar de forma individual en el dossier, ya que a causa de la situación epidemiológica generada por el COVID-19, no es conveniente programar actividades para trabajar en grupo o parejas en la escuela; es más adecuado reducir los contactos físicos interpersonales.

En el programa de prevención se trabaja en base a alimentación saludable, nutrición, adquisición de buenos hábitos y vida activa, desarrollo de la autoestima e imagen corporal saludables, aceptación de todos los tipos de cuerpos, gestión de las emociones y alfabetización mediática, buscando así el bienestar físico y mental en el alumnado.

9.5 Inferencias para mi Propuesta de Investigación

En consonancia con los estudiosos, aunque tradicionalmente se han empleado de forma muy diferenciada, en los últimos años se ha empezado a considerar que la combinación de metodología cuantitativa y cualitativa potencia el fortalecimiento de los dos tipos y facilita la triangulación a través de operaciones convergentes, al mismo tiempo que aúnan sus ventajas y compensan sus puntos débiles (Anguera, 2008).

Por tanto, consideramos que optar por una combinación de metodología cualitativa y

cuantitativa, aporta riqueza a la investigación y abre las puertas a nuevos paradigmas.

En síntesis, en esta tesis doctoral se ha empleado una metodología mixta con elementos cuantitativos y cualitativos. Se pretendía conocer la situación actual respecto a la educación alimentaria y los hábitos del alumnado, por lo que se realizó un grupo focal con alumnado preadolescente, que, aunque era una muestra reducida se ha considerado significativa, por tener las mismas características que el alumnado al que va dirigida la investigación. Finalmente, se desarrolló e implementó el programa de prevención en las escuelas, y se valoraron los resultados de forma cuantitativa mediante el cuestionario CETRAR, que se administró al alumnado en forma de pretest y post-test, es decir, antes y después de llevar a cabo la intervención en las escuelas. Asimismo, se empleó otro tipo de evaluación cualitativa, donde tanto el alumnado como el profesorado podían dar su opinión respecto al programa, y estos últimos, también respecto al cuestionario CETRAR.

Por último, cabe destacar que aunque hubiéramos preferido contar con grupos control por las ventajas que esto ofrece a la investigación, por motivos externos al grupo de investigación, no fue posible.

Capítulo 10: Fases de la Investigación

10.1 Introducción

En este capítulo se va a poner de manifiesto cómo se ha diseñado la presente investigación que envuelve a esta tesis doctoral. A grandes rasgos, se ha dividido el diseño en cinco fases que, ordenadas cronológicamente son, una **primera fase preparatoria** (investigación teórica y grupo focal), una **segunda fase de diseño**, que incluye la determinación de los objetivos e hipótesis de la tesis, la justificación de las dimensiones que vertebran la investigación, así como la construcción y validación de nuestro cuestionario CETRAR (Creencias, Emociones, Trastornos de la conducta alimentaria, Redes sociales). La **tercera fase de trabajo de campo**, donde se produce la implementación “real” del diseño de la investigación, seguida de la **cuarta**

fase, analítica e informativa, y finalmente la **quinta fase** que pugna por ser la **continuación del programa en el tiempo**.

Figura 1

Fases de la Investigación



Nota. Elaboración propia

10.2 Primera fase: Preparatoria

Esta fase da respuesta a la intención de tomar en consideración un marco teórico que sirviera de base para contextualizar la investigación desarrollada y tomar las decisiones en torno al diseño del instrumento adecuado para la recogida de datos.

Indudablemente, a la hora de desarrollar un programa de prevención de obesidad y TCA en la escuela primaria, es necesario conocer cuál es la realidad entre los preadolescentes en cuanto a la conciencia que tienen sobre la importancia de una alimentación saludable, así como de los contenidos teóricos que poseen sobre educación nutricional y sus hábitos alimentarios. Por lo tanto, en el presente trabajo, de carácter exploratorio, se ha optado por una vertiente cualitativa para indagar las ideas previas que los preadolescentes valencianos poseen sobre esta temática.

Se trata de una investigación cualitativa (grupo focal), que ofrece información relativa a las dimensiones que se deben tener en cuenta en la presente investigación. Aunque la muestra era reducida, se considera que ofrece una vertiente práctica.

Por lo tanto, esta primera fase preparatoria, comprende tanto la investigación teórica como la puesta en práctica de un grupo focal.

10.2.1 Grupo focal.

Para desarrollar un programa de prevención de obesidad y TCA, cobra importancia el hecho de apostar por una investigación previa, en la que se utilizó un método de investigación exploratorio que ofreció una visión general, aproximativa, de la situación real de un grupo de preadolescentes, de manera que contribuyó a arrojar luz en cuanto a: las dimensiones o categorías que deberían conformar la posterior investigación, aumentar el grado de familiaridad y obtener información sobre hacia dónde dirigir una investigación más completa. Para ello, se utilizó una técnica de investigación cualitativa, el grupo focal. Esta técnica se diferencia del grupo de discusión tradicional, por incluir a un número más grande de personas y que además se conocen entre ellas, ya que se trataba de dos clases de 6º de primaria de un colegio público de la ciudad de Valencia, siendo cada clase de 26 niños y niñas de edades comprendidas entre 11 y 13 años, es decir, un total de 52 alumnos/as. En cada clase se realizó una discusión por separado, aunque

se obtuvieron resultados similares, de modo que los datos han sido analizados conjuntamente.

En cuanto a los objetivos del grupo focal, son los siguientes:

- Conocer las necesidades concretas en cuanto a prevención de obesidad y TCA, de un grupo de preadolescentes de características similares al alumnado al que va dirigida la investigación.
- Determinar las dimensiones que conformarán el cuestionario.
- Investigar las creencias y conocimientos generales sobre alimentación que posee el alumnado.
- Concretar cómo les afectan los factores de riesgo de obesidad y TCA a los preadolescentes valencianos.

La forma de proceder fue mediante la grabación del audio de la conversación. Se optó por este método por ser menos invasivo que la grabación audiovisual y al tratarse de menores de edad, más conveniente. Posteriormente se transcribió y analizó, sacando además porcentajes en los casos que ha sido posible.

Se procuró favorecer en todo momento un clima relajado, confortable y de confianza, donde todos se sintieran cómodos para hablar y opinar. De forma que esta discusión en gran grupo no era más que un intercambio de ideas y opiniones, para producir información útil a la investigación, con el fin de conocer los conocimientos que poseían los alumnos y qué era aquello que desconocían o qué información errónea poseían con respecto a la alimentación saludable. Asimismo, qué era importante para ellos, qué curiosidades tenían o necesitaban saber y qué hábitos alimentarios habían adquirido. Mediante esta información, se pretendía descubrir dimensiones y temas emergentes, codificar las diferentes dimensiones y establecer relaciones y hacer una valoración de los datos desde un distanciamiento de validez interna.

La discusión tuvo una duración de una sesión escolar de 45 minutos en su aula habitual, para generar más confianza y que fluyera más fácilmente el intercambio de opiniones. Se inició con una breve presentación del tema por parte de la moderadora, que explicó que era importante conocer la opinión de los alumnos/as, e informó de que la reunión iba a ser grabada y que esperaba que todos participasen activamente, siempre respetando el turno de palabra y la opinión

de los demás. De esta forma, la moderadora fue haciendo preguntas para guiar la conversación y concediendo el turno de palabra a los participantes.

Adicionalmente cabe mencionar que se habían obtenido los permisos pertinentes por parte de la dirección del centro y las familias, que fueron informadas del fin de la investigación y el tratamiento de los datos y firmaron dando su consentimiento.

Las dimensiones preestablecidas para la discusión fueron las siguientes:

- Conocimientos previos sobre alimentación, tipos de nutrientes, dieta mediterránea, alimentos saludables, etc.
- Hábitos alimentarios (desayuno, almuerzo, cantidad de frutas y verduras, ingesta de comida rápida, consumo de bebidas azucaradas...)
- Relación entre alimentación y salud (enfermedades relacionadas con la alimentación, prevención de enfermedades...)
- Cánones de belleza y su relación con la autoestima, complejos, interiorización del ideal de delgadez...

10.2.2 Procedimiento y Resultados del Grupo focal.

Las informaciones que se recabaron mediante el grupo focal con los niños, ordenadas cronológicamente y por dimensiones, fueron las siguientes:

DIMENSIÓN: Conocimientos sobre alimentación:

En primer lugar, se les hizo preguntas para tratar de conocer de cuánta información disponían sobre alimentación.

Se les preguntó sobre los grupos de alimentos y mostraron confusión en referencia a los tipos de nutrientes y los alimentos ricos en cada nutriente. Algunos alumnos llegaron a afirmar, de forma errónea, que la naranja y la pasta son alimentos ricos en proteínas. Para aclarar ideas, se les pidió ejemplos de alimentos ricos en hidratos de carbono, a lo que nombraron donuts y otros bollos, así como pasta, arroz y pan.

Se les preguntó si sabían lo que quiere decir “alimentación saludable” y la respuesta más repetida fue “*comer de todo*”, pero cuando se les preguntó a qué se referían, confundían la

expresión “comer de todo” con incluir pizzas, chocolate, refrescos y demás alimentos insanos en la dieta junto otros saludables como frutas y vegetales.

La mayoría pensaba que las personas delgadas también deben comer sano, aunque hubo quien afirmó lo contrario: “*Yo sí que tengo que comer bollos porque estoy muy delgado*”.

A continuación, se les demandó información sobre lo que consideraban un desayuno saludable: dijeron que podría ser un zumo de naranja, una pieza de fruta, cereales (sin especificar si azucarados o no), leche con galletas... Se cuestionó si consideraban importante desayunar todos los días y se encontró diversidad de opiniones. Mientras el 63% afirmaban rotundamente que sí; otros (el 23%) sin embargo, decían que no tenían hambre por las mañanas y que no ingerían ningún alimento antes de acudir al colegio asegurando que “*no pasa nada*”. El resto no mostraba una idea tan firme ni a favor ni en contra.

Por otro lado, en cuanto a la dieta mediterránea, desconocían totalmente lo que es. También se conversó acerca de si es bueno “picar entre horas” y casi todos afirmaron que no, porque “*no da tiempo al cuerpo a hacer la digestión*”.

Por otra parte, se debatió en torno a las raciones de fruta y verdura que se deberían comer al día. Alguien comentó que son cinco y los demás apoyaron la idea, aunque parecían no tenerlo muy claro.

En cuanto a los diferentes tipos de alimentos, se les preguntó si creían que hay alimentos buenos y dañinos para la salud. Tenían asumido que sí y eran capaces de poner ejemplos: de alimentos buenos nombraron frutas, verduras, pan, agua, zumo, leche... y de alimentos malos dijeron chocolate, donuts, bollos, chucherías, hamburguesas, patatas fritas, pizza... Después, se discutió sobre los alimentos *light*: los alumnos conocían muchos ejemplos, Coca-Cola, queso, mayonesa... y el 92% del alumnado pensaba que en general son más saludables frente a los tradicionales (no *light*), aunque mostraron desconfianza hacia la Coca-cola *light*. También se cuestionó sobre los zumos: consideraban que es equivalente a una fruta (igual de sano y con las mismas propiedades), y creían que el zumo es mejor si se prepara en casa, aunque pensaban que los zumos de compra también son saludables (sin reparar en los ingredientes, si llevan azúcar añadido...). En cuanto a los refrescos, tenían claro que no son un alimento saludable y

no se deben consumir todos los días. Por otro lado, sobre los alimentos integrales y refinados, se les cuestionó sobre si creían que era mejor el pan integral o el blanco. El 77% eligieron el pan integral y el 23% el blanco.

En cuanto a las guías alimentarias, en general, tenían una idea aproximada de lo que es la pirámide nutricional porque decían haberla visto en la escuela, aunque no sabían colocar cada grupo de nutrientes en el escalón determinado, pero sí que tenían bastante claro que los dulces y refrescos van *“arriba del todo porque es lo que menos se tiene que comer”*. Sin embargo, desconocían totalmente qué es el Plato de Harvard. También se les preguntó para qué sirven las etiquetas de los alimentos, a lo que lanzaron diferentes ideas entre las que se incluyó, saber la fecha de caducidad, el precio, los ingredientes, las calorías... Nadie hizo referencia a la información nutricional.

DIMENSIÓN: Hábitos alimentarios:

Con relación al desayuno, aunque fueron la minoría, había 5 personas (9,6%) que decían que nunca desayunaban. Entre el resto, lo que más se consumía para desayunar era un vaso de leche con algún tipo de cacao con azúcar (90,4%). Algunos/as, (30%) además, decían comer galletas o cereales industriales. Solo un niño dijo que tomaba fruta, porque no le gustaba la leche, excusando así el hecho de no incluirla en el desayuno; y otra compañera, acostumbraba a acompañar el vaso de leche con tostadas con aceite y sal.

Se conversó sobre el almuerzo de media mañana que habían comido los alumnos ese mismo día en el colegio: la mayoría habían tomado un bocadillo (57,7%), algunos, bollería (21,2%), y de los 52 alumnos/as que conforman el total, sólo 6 habían almorzado fruta (11,5%). Otro compañero afirmaba que su almuerzo era sano: cereales con chocolate y leche (unos conocidos cereales destinados a niños, muy procesados con harinas refinadas y azúcares añadidos). El resto de días, los almuerzos que solían llevar a la escuela eran bocadillos, de pan blanco o pan de molde, con fiambre y queso. Un total de 5 niños (9,6%) nunca llevaba almuerzo; comentaban que no tenían hambre. Y otros 6 (11,5%), siempre almorzaban bollería, galletas, batidos o zumos envasados. Solamente una niña (1,9%) llevaba fruta para almorzar de forma habitual. Ninguno lleva nunca frutos secos ni vegetales para almorzar, y también es reducido el consumo de lácteos

como yogures.

En consideración al consumo de fruta y verdura, los que se quedaban de forma regular a comer en el comedor escolar, 43 niños/as del total (82,7%), afirmaban que comían usualmente ensalada y fruta, aunque no les solían gustar los platos que preparaban con verduras. De los 52 niños y niñas, 12 (23%), decían haber comido las 5 raciones recomendables de fruta y verdura el día anterior, aunque sólo 6 (11,5%) afirmaban comer las 5 raciones recomendadas diariamente. Por otro lado, acerca del consumo de alimentos integrales, la mayoría coincidía en que no comían alimentos integrales en casa, ni pasta ni pan ni arroz. Solo uno de los niños/as, (1,9%), dijo que el bocadillo de su almuerzo era integral y que en su casa sí que tomaban alimentos integrales de forma regular.

La mayoría de los alumnos (86,5%) reconocían tomar regularmente (más de uno a la semana) zumo envasado y lo consideraban saludable. Comentaron que ni ellos ni sus padres reparaban en si esos zumos llevaban o no azúcar añadido. En cuanto a la ingesta de refrescos, 5 niños/as (9,6%), decían que todos los días tomaban algún refresco. Se les preguntó cómo era posible si en el comedor escolar donde solo se sirve agua, pero decían que los tomaban a la hora de la cena o merienda en casa. Otros/as 10 niños/as (19%) afirmaban tomar algún refresco a la semana, sobre todo si comían o cenaban fuera de casa o iban a casa de algún amigo, familiar o cumpleaños. De los 17 restantes, solo 3 niños (5,7% del total) decían no consumir nunca refrescos, porque no les gustaban o no les llamaban la atención. Los otros 14, (26,9% del total) toman algún refresco esporádicamente, cuando sus padres lo permitían o en alguna fiesta.

Al respecto del consumo de azúcar, el 84,6% tomaba azúcar añadido diariamente al menos de una de las siguientes formas: con el vaso de leche, ya sea en forma de azúcar o de cacao con azúcar. También comían de forma regular bollos, (una minoría, el 15%, afirmó que los hacían caseros, sus padres o abuelos), productos lácteos azucarados como natillas o yogures con sabores, galletas, chocolate y otros *snacks* azucarados.

Finalmente, en cuanto a la compañía, en general, la mayoría dijeron que desayunaban solos o con hermanos, pero cenaban acompañados/as por su familia, aunque la mayoría con la televisión encendida o usando la *tablet*. También los fines de semana solían comer juntos,

a excepción de algunos niños que dijeron tener que comer o cenar solos porque sus padres trabajaban.

DIMENSIÓN: Relación entre alimentación y salud:

Cuando se les preguntó por qué es importante tener una buena alimentación, muy pocos de ellos sabían responder, la mayoría (78,8%) sólo lo relacionaron con estar delgados: alguien dijo que *“para que el cuerpo funcione bien”*, otros comentaron que *“para crecer”*, *“estar vivos”*, o *“para estar guapos”*; pero la respuesta más repetida fue *“para estar delgados”*. Una alumna respondió que *“para evitar enfermedades”*. Al preguntarle qué tipo de enfermedades, dijo obesidad y anorexia. A este hilo, otros compañeros añadieron bulimia, colesterol y diabetes. Se les preguntó si creían que el cáncer está relacionado con la alimentación y de forma unánime dijeron que sí. Al escuchar las palabras anorexia y bulimia, algunos mostraron desconocimiento.

La mayoría de los participantes (73%) sabían que la alimentación tiene consecuencias físicas, pero no sabían por qué. La creencia general fue *“porque estás más delgado”*. A la par, se les preguntó si creían que comer bien es importante para la mente y el estado de ánimo, unos pocos (28,8%) dijeron que sí, sin embargo, tampoco sabían por qué.

Además, se les preguntó si sabían qué era la obesidad, y la gran mayoría dicen *“estar muy gordo”*. Cuando se les preguntó si era una enfermedad, respondieron que sí y creían que se puede curar *“haciendo dieta”*. A este hilo, un niño dijo *“que los obesos comen demasiado y para curarse tienen que dejar de comer tanto”*.

DIMENSIÓN: Cánones de belleza:

Cambiando de temática, los alumnos mostraron que entendían bien el concepto “cánones de belleza” y tenían muy claro cuáles eran los cánones de belleza que impone la sociedad. Dijeron *“mujeres muy delgadas, altas, con el pelo bonito y ropa sexy”* y *“hombres que hagan mucho deporte, estén fuertes y muy altos”*.

Se les preguntó por la autoestima, en general, sabían lo que era, pero no sabían cómo mantener una autoestima saludable. A este hilo, la mayoría (67,3%) consideraban que desde la escuela no se trabajaba la autoestima ni se desarrollaba una autoestima fuerte. El resto no opinaron. Comentaron que no sólo no se trabajaba, sino que, además, en algunos casos se

ve perjudicada porque se comparan los unos a los otros en cuanto a notas, físico, resultados deportivos (pusieron como ejemplos, marcar goles, correr más rápido, ganar partidos...), así como posesión de ropa y otros objetos materiales.

Después se les preguntó por los medios de comunicación, si creían que los medios como televisión y redes sociales les afectaban en su autoestima. La mayoría de niñas dijeron que sí. Una niña explicó que es porque *“vemos a modelos que están súper delgadas, y luego a ti, que estás normal, te ves gorda”*. *“Desde pequeña estás viendo a chicas súper delgadas”*. Cuando se les preguntó si los medios de comunicación pueden afectar negativamente en el desarrollo de complejos, la respuesta fue unánime, todos creían que sí, *“porque tratamos de cumplir los estereotipos de las modelos, que son mujeres muy delgadas, altas y guapas”*. Dijeron que ahora hay modelos *curvy*, *“pero son chicas normales, y dicen que son curvy, lo cual es todavía peor porque ahora parece que todas somos curvy”*.

En otro orden de cosas, se les explicó que la imagen corporal es la representación mental que cada persona tiene sobre su propio aspecto físico, y se les preguntó si estaban conforme con su imagen corporal y qué podían hacer para cuidarla y destacaron, en primer lugar y de forma unánime *“estar delgados”*, para ello, afirmaron que es necesario hacer dieta para la pérdida de peso. Dijeron que es importante que estemos contentos con nuestra imagen corporal porque así somos más felices, porque a la gente le importa mucho el físico de los demás.

Se les pidió que levantaran la mano quien estuviera satisfecho de su aspecto físico y sólo un niño (1,9%), levantó la mano. Luego se les pidió que levantaran la mano, aquellos a los que les gustaría cambiar cosas de su aspecto físico, y el resto, todos levantan la mano (51 alumnos/as, el 98%).

En esta línea, se les planteó que todos tenemos un cuerpo que nos sirve para hacer las cosas que necesitamos, como movernos, caminar, jugar, leer, comer... Entonces se les preguntó por qué no estaban contentos con él. Comentaron que les gustaría asemejarse a los *influencers* de las redes sociales como *TikTok*, ya que les consideran atractivos. Otra niña dijo que las personas que triunfan son más guapos y por eso es normal querer ser guapo. Se le cuestionó a qué se refería con triunfar, y explicó: *“ser famoso y tener buenos trabajos como salir en la tele”*. Otros

niños añaden ser *youtuber*, *influencer*, futbolista... Además, afirmaron que tienen en común que son guapos. En referencia a esto, se les hizo reflexionar sobre si consideraban que la cualidad más importante de un futbolista debería ser jugar bien al fútbol por delante de ser guapo. A lo que determinaron que las personas que tienen dinero, suelen ser más atractivos.

A este respecto, subrayaron que en las redes sociales siempre aparece gente muy guapa, “*sobre todo en Instagram*”. Una niña comentó: “*es injusto para las mujeres, porque sí que hay youtubers hombres que no son nada guapos, pero las mujeres que triunfan en redes, todas lo son*”. En este sentido, se les pidió si podían poner algún ejemplo de chica famosa en las redes sociales que no consideraran que fuera tan guapa y no sabían poner ninguno, pero sí que eran capaces de nombrar chicos que no consideraban guapos.

A raíz de estos comentarios se indagó por el uso de redes sociales, ya que no alcanzan la edad mínima legal para hacer uso de éstas, sin embargo, aseguraban que sus padres les permitían usarlas. A este respecto se les cuestionó cuántos de ellos tenían redes sociales, y de 52, solamente había 3 niños (5,8%) que no tenían ningún tipo de acceso a redes sociales, el resto, (94,2%) aunque algunos no tenían móvil propio, afirmaban que sí solían usarlas repetidamente. A los que declaraban que sí que las usaban, se les preguntó si sus padres les supervisaban lo que hacían y el tiempo de uso. La mayoría respondió que sí, sus padres les supervisaban, sin embargo, había 5 alumnos/as (9,6%) que las usaban libremente sin ningún tipo de control parental.

Las redes sociales que más usaban eran Instagram, Youtube, TikTok, Whatsapp, Hangouts y videojuegos en los que se pueden comunicar. La mayoría (67,3%) decían que usaban las redes sociales todos los días, aunque algunos (19%) comentaron que solo hacían uso de ellas los fines de semana.

En cuanto al uso que les daban a las redes sociales, iba desde comunicarse con sus amigos y compañeros, a “*seguir a famosos*”. En ese sentido, las niñas afirmaron que les interesaba más estar al día de las últimas tendencias, seguir a chicas para ver cómo vestían, ojear bailes en TikTok, así como manualidades o recetas, en especial de repostería. También recalcaron que les gustaban las cuentas familiares, de madres que exponen a sus bebés o hijos

pequeños. Mientras que, de manera general, los niños preferían dedicar su tiempo a videojuegos y *youtubers* que hablasen sobre ello. En ese marco, un niño charló sobre un *youtuber* y el resto de compañeros mostró su admiración hacia dicho personaje. Además, destacaron que siempre viste una determinada marca de lujo y es objeto de deseo para ellos.

En relación con eso se les preguntó qué es lo que les gustaba de esos personajes, y a grandes rasgos destacaron que *“son guapos, las chicas son muy delgadas, llevan ropa y bolsos o riñoneras de marcas de lujo, también los coches y las casas”*. Añadieron que tienen *“vidas muy guays, que tienen muchos amigos, siempre están viajando, casas chulas, mucha ropa y maquillajes, etc.”*. Además, otra compañera dijo que suelen subir muchas fotos en bikini y mostrando su cuerpo y eso le hacía sentir insegura con su propio físico. Se les preguntó si les gustaría parecerse a ellos físicamente y de nuevo la respuesta unánime fue *“sí”*. Al mismo tiempo, un niño dijo que de mayor quiere ser *youtuber*, afirmación que secundan otros tantos compañeros.

Se les pidió que opinasen sobre si las redes sociales les generan complejos e inseguridades y la mayoría aseguró que sí, porque *“siempre se ve gente muy guapa y delgada y te da ganas de ser como ellos”*.

Así pues, en la tabla 16 se recoge la información obtenida a través del estudio exploratorio con preadolescentes escolarizados en Valencia, mediante las dimensiones establecidas para esta investigación y la dimensión sobre redes sociales que surgió a raíz de la discusión. También las preguntas o ítems que se emplearon, y los resultados obtenidos según la información que dieron los niños y niñas.

Tabla 16

Resultados del Grupo Focal

DIMENSIÓN	PREGUNTAS	RESULTADOS
Conocimientos sobre alimentación	¿Conocéis los grupos de alimentos?	No conocen bien los grupos de alimentos ni los alimentos ricos en cada nutriente
	¿Qué entendéis por “alimentación saludable”?	Confunden alimentación saludable y “comer de todo” con incluir productos insanos en el menú

DIMENSIÓN	PREGUNTAS	RESULTADOS
Conocimientos sobre alimentación	¿Qué debe incluir un desayuno sano?	Las ideas que poseen no son del todo correctas, ya que aunque nombran que puede incluir una pieza de fruta, también asumen la ingesta de productos azucarados e insanos, como galletas, cereales, zumos...
	¿Es importante desayunar antes de ir al colegio?	El 63% afirmaban que sí es importante. El 23% decían que no es importante desayunar antes de acudir al colegio.
	¿Qué es la dieta mediterránea?	Desconocen qué es la dieta mediterránea.
	¿Creéis que es bueno o malo picar entre horas?	Consideran que es malo, sin diferenciar el tipo de alimento que se ingiera.
	¿Cuántas raciones de fruta y verdura se recomiendan al día?	Una sola persona conoce que son 5.
	¿Hay alimentos buenos y alimentos dañinos para la salud?	Asumen que sí, y son capaces de poner algunos ejemplos válidos. Sin embargo, creen que los alimentos light son más sanos. Creen que los zumos son sanos (independientemente de sus ingredientes).
	¿Qué alimentos son más sanos, los que están hechos de harinas refinadas o integrales?	El 77% eligió integral contra el 23% restante que eligió el blanco.
	¿Qué es la pirámide nutricional?	Tienen una idea bastante aproximada
	¿Para qué sirven las etiquetas de los alimentos?	Creen que es para saber la fecha de caducidad, el precio, los ingredientes, las calorías... No hacen referencia concreta a la "información nutricional".
	Hábitos alimentarios	Desayuno

DIMENSIÓN	PREGUNTAS	RESULTADOS
Hábitos alimentarios	Almuerzo de media mañana que suelen llevar al colegio	<ul style="list-style-type: none"> • Los almuerzos que solían llevar a la escuela eran bocadillos, de pan blanco o pan de molde, con fiambre y queso • El 9,6% nunca llevaban almuerzo • 11,5% siempre almorzaban bollería, galletas, batidos o zumos envasados • Solo una niña (1,9%) llevaba fruta para almorzar de forma habitual • Ninguno lleva nunca frutos secos ni vegetales para almorzar, y también es reducido el consumo de lácteos como yogures naturales
	Almuerzo de media mañana ese mismo día	<ul style="list-style-type: none"> • 57,7% habían tomado un bocadillo • 21,2% bollería • 11,5% fruta • Además, un niño decía que su almuerzo era sano, pero eran un producto insano: unos cereales azucarados y con harinas refinadas
	Consumo diario de fruta y verdura	<ul style="list-style-type: none"> • Sólo 6 niños/as (11,5%) afirmaban comer las 5 raciones de fruta y verdura recomendadas diariamente • Aquellos que se quedan al comedor escolar (82,7%), afirmaban comer usualmente ensalada y fruta
	Consumo de alimentos integrales	<p>La mayoría afirmaba que no consumían alimentos integrales en casa. Solamente un niño (1,9%) afirmaba que en su casa sí solían tomar alimentos integrales de forma regular.</p>
	Consumo de zumos y bebidas azucaradas	<ul style="list-style-type: none"> • El 86,5% tomaban regularmente (más de uno a la semana) zumo envasado y lo consideraban saludable sin reparar en si llevan azúcar añadido. • El 9,6% tomaban todos los días algún refresco. • 19% tomaban algún refresco a la semana • 26,9% tomaban algún refresco esporádicamente • Solo 5,7% no tomaban nunca refrescos
	Consumo de azúcar	84,6% tomaba azúcar añadido diariamente
	Comer/cenar solos o en compañía de su familia	La mayoría suelen cenar acompañados de su familia.

DIMENSIÓN	PREGUNTAS	RESULTADOS
Relación entre alimentación y salud		El 78,8% lo relacionaban con estar delgados.
	¿Por qué es importante tener una buena alimentación?	Una persona respondió “ <i>para que el cuerpo funcione bien</i> ” Otra alumna respondió “ <i>para evitar enfermedades</i> ”.
	¿Existen enfermedades relacionadas con la alimentación?	Obesidad, anorexia, bulimia, colesterol, diabetes y cáncer.
	¿La alimentación nos afecta físicamente?	El 73% dijo que sí, pero no sabían por qué. La creencia general fue “ <i>porque estás más delgado</i> ”.
	¿Comer bien es importante para la mente y el estado de ánimo?	28,8% dijeron que sí, sin embargo, no sabían por qué.
	¿Qué es la obesidad?	La mayoría dijeron “estar muy gordo”. Asumían que era una enfermedad y creían que se puede curar “haciendo dieta”. Un niño dijo “que los obesos comen demasiado y para curarse tienen que dejar de comer tanto”.
Cánones de belleza	¿Cuáles son los cánones de belleza?	Conocen bien los cánones de belleza y destacan la delgadez.
	¿Creéis que se potencia la autoestima en la escuela?	El 67.3% cree que no. Opinan que la autoestima puede verse perjudicada en la escuela, ya que se comparan con los demás en cuanto a notas, físico, aptitudes deportivas y posesiones materiales.
	¿Creéis que los medios de comunicación y redes sociales os afectan a la autoestima?	La mayoría de niñas dijeron que sí.
	¿Los medios de comunicación nos empujan a adquirir complejos?	Todos creían que sí.
	¿Cómo podemos cuidar nuestra imagen corporal?	Todos dijeron “estar delgados”, y para ello estar a dieta y hacer deporte.

DIMENSIÓN	PREGUNTAS	RESULTADOS
Cánones de belleza	Se les preguntó acerca de la satisfacción corporal	Solo un niño opinaba que su aspecto físico era perfecto. Al 98% le gustaría cambiar cosas de su aspecto físico.
	¿Por qué no estáis contentos con vuestro aspecto físico?	Alguien comentó que le gustaría parecerse a una chica famosa de redes sociales. Otra niña dijo que las personas que triunfan son más guapos.
	¿Qué es triunfar en la vida?	<i>“Ser famoso y tener buenos trabajos como salir en la tele”</i> Ser <i>youtuber</i> , <i>influencer</i> , futbolista... Ser guapo/a.
Redes sociales	¿Quiénes tenéis / usáis redes sociales?	94.2% solían usar redes sociales
	Frecuencia de uso de redes sociales	El 67.3% las usaban todos los días El 19% solo las usaban los fines de semana
	Redes sociales más empleadas	Instagram, Youtube, TikTok, Whatsapp, Hangouts y videojuegos en los que se pueden comunicar
	Fines de uso de las redes sociales	Comunicarse con los demás, <i>“seguir a famosos”</i> . Entre el perfil femenino, destacan estar al día de moda, conocer manualidades y recetas, ver bailes y canciones en Tiktok, familias... Los niños prefieren jugar a videojuegos y ver a <i>youtubers</i> que hablan sobre ello. <i>“Son guapos, las chicas son muy delgadas, llevan ropa y bolsos o riñoneras de marcas de lujo, también los coches y las casas”</i> .
	¿Qué os gusta de los famosos de redes sociales?	Añadieron que tienen <i>“vidas muy guays, que tienen muchos amigos, siempre están viajando, casas chulas, mucha ropa y maquillajes, etc”</i> . Admiran las marcas de ropa de lujo que lucen estos <i>youtubers</i> .

DIMENSIÓN	PREGUNTAS	RESULTADOS
Redes sociales	¿Os gustaría pareceros físicamente a algún <i>influencer</i> ?	Todos responden sí. La mayoría aseguró que sí, porque <i>"siempre se ve gente muy guapa y delgada y te da ganas de ser como ellos"</i> .
	¿Las redes sociales os generan complejos e inseguridades?	Una alumna comenta que las famosas suelen subir muchas fotos en bikini y mostrando su cuerpo y eso le hacía sentir insegura con su propio físico. Se les preguntó si les gustaría parecerse a ellos físicamente y la respuesta más repetida fue sí.

Nota. Elaboración propia

10.2.3 Discusión de la Información obtenida del Grupo focal

Al respecto de los conocimientos sobre alimentación, se observa que los alumnos de sexto no eran capaces de diferenciar correctamente algo básico como son los grupos de alimentos, aunque sí que tenían una idea más cercana a la realidad de los alimentos que forman el grupo de hidratos de carbono. Es de destacar que casi todos los ejemplos que nombraron eran alimentos insanos como bollos y berlinas industriales.

En cuanto al término "alimentación saludable", aunque les sonaba, no eran capaces de definirlo correctamente y lanzaron alguna idea que habían escuchado, por ejemplo, que "hay que comer de todo", sin embargo, cabe destacar que lo relacionaban erróneamente con incluir en la dieta alimentos insanos, no con la idea saludable de dieta equilibrada. Además, no saben diferenciar algunos alimentos insanos de los saludables: consideraron cereales azucarados y con harinas y aceites refinados con un alimento sano. Así como asumen que el zumo equivale a una pieza de fruta y es igual de saludable. Nada más lejos de la realidad: los expertos consideran que en el zumo se rompe la matriz de la fruta, se pierde la fibra y se libera el azúcar. Por lo tanto, debido a su alto contenido en azúcares, nula cantidad de fibra y la poca saciedad que provocan, se relacionan con obesidad y otras enfermedades (Rodríguez y Vázquez, 2017).

También la información que poseen sobre el desayuno es confusa, vemos que la presión que la industria ha ejercido durante décadas ha calado en la sociedad: los preadolescentes creen que los cereales y el zumo son necesarios en un desayuno saludable. Así como creen que la leche es prácticamente imprescindible en el desayuno, y comúnmente acompañada de cacao azucarado. Tanto es así que uno de los niños que dice no tomar leche en el desayuno, ve necesario explicar por qué y se excusa en que no le gusta.

En referencia a la información que conocen sobre las guías alimentarias, conocen bien la pirámide de los alimentos, que los expertos consideran descatalogada, mientras que ignoraban el Plato de Harvard, que es la guía alimentaria más actual y de referencia (López, 2019).

Por lo tanto, consideramos que esta falta de conocimientos les puede llevar a tomar malas elecciones y a adquirir malos hábitos alimentarios que posiblemente permanecerán en el tiempo. En cuanto a estos hábitos, se ha conocido que no son los más adecuados, ni en cuanto a consumo de frutas y verduras que, en general, es insuficiente, como al excesivo consumo de refrescos y otros productos azucarados, refinados y, en general, insanos. Tampoco ponen especial cuidado a la hora de elegir alimentos integrales ni productos de origen vegetal, de forma que se abusa de hidratos de carbono refinados y de proteínas de origen animal.

En cuanto a las costumbres, aunque suelen cenar rodeados de su familia, lo hacen también en compañía de pantallas, tanto de televisión como *tablets*, de manera que la cena no constituye un momento familiar y no centran su atención en la alimentación. Los expertos consideran que esto es perjudicial, tanto para niños como para adultos, pues se pierde el nivel de saciedad y a largo plazo se pueden ingerir cantidades de comida más grandes (Herrero, 2021).

En lo que respecta al tema de relación entre alimentación y salud que se les planteó, las respuestas que ofrecieron no eran las adecuadas, ya que no tenían clara la relación entre mantener una buena alimentación y sus resultados positivos en la salud del individuo. Más bien, lo relacionaban exclusivamente con la delgadez, dando a entender cuán importante es para ellos. Algunos alumnos/as sí que fueron capaces de relacionar la alimentación con ciertas enfermedades como obesidad, cáncer y anorexia, sin embargo, fueron tan pocos que los resultados no son significativos.

Además, en cuanto a obesidad, cabe subrayar, que responsabilizan única y totalmente al individuo que la padece, pues consideran que come demasiado y para curarse debería hacer dietas para la pérdida de peso. No son conscientes del ambiente obesogénico en el que vivimos, y no buscan ningún otro factor que pueda influir, como la publicidad que incita a comer, las políticas y campañas que no ayudan en absoluto a desarrollar buenos hábitos, la falta de educación alimentaria, el culto a la delgadez que puede desencadenar problemas alimentarios, etc. Y consideran que las dietas restrictivas son la solución, sin ser conscientes de lo peligrosas que pueden ser algunas de estas dietas.

En referencia a los cánones de belleza, mostraron estar enterados del tema y expresaron correctamente qué son los cánones de belleza y cuáles son los que impone a día de hoy la sociedad. Lo que nos demuestra el gran impacto que tienen los cánones de belleza en la sociedad en general y en los preadolescentes en particular. También, a hilo de este tema, los niños/as mostraron que la escuela no concede suficiente importancia al desarrollo de una autoestima sana, más bien al contrario, ya que en numerosas ocasiones sienten que se les empuja a competir y a causa de esto, son cuantiosas las veces en que la ven deteriorada.

Efectivamente, los resultados demuestran que los preadolescentes están muy influenciados por las redes sociales, de las que hacen un uso muy extenso, pese a ser menores de 14 años, que es la edad mínima establecida para el uso de algunas de ellas. En lo que respecta al desarrollo y mantenimiento de trastornos alimentarios, el uso exagerado y normalizado de RRSS en la vida de los jóvenes, tiene consecuencias negativas, puesto que las redes sociales son fuertes generadores del ideal de belleza en el que prima la delgadez extrema muy difícil y peligrosa de conseguir y mantener en el tiempo. Además, las redes sociales van acompañadas de algunos factores de riesgo de TCA: acrecientan la inseguridad con su propio cuerpo y afectan negativamente a su imagen corporal y autoestima, puesto que los jóvenes continuamente se comparan con las personas famosas que suelen aparecer. Tanto es así que la inmensa mayoría de alumnos/as afirman que no están a gusto con su aspecto físico y expresan que lo más importante de la imagen es la delgadez, lo que les puede llevar a tomar malas decisiones en la búsqueda de ese “cuerpo perfecto” que les venden los medios de comunicación. Además, en las

redes sociales se muestra mucho el cuerpo, y los usuarios están muy expuestos a la opinión de los demás y las críticas son comunes e impunes.

Cabe destacar que en cuanto al tipo de red social, no todas son igual de dañinas, ya que Instagram se considera una de las más perjudiciales en relación a la salud mental de los jóvenes, seguida de Facebook, Snapchat, Twitter y YouTube (Puertas, 2020). Siendo destacable que Instagram es la que más usan nuestros participantes.

En cuanto a la publicidad, los participantes han demostrado no ser conscientes de la gran cantidad de publicidad encubierta que aparece en los medios de comunicación, especialmente en redes sociales. Sorprendentemente, admiten la presión que ejercen las personas a las que siguen en redes y que les despiertan deseos de poseer caros objetos de lujo para imitarles, pero no consideran que sea publicidad en ningún caso. Únicamente la perciben cuando se muestra en anuncios como tal, aunque tampoco conocen las técnicas de manipulación que utilizan los medios para aumentar sus ventas. Cabe destacar que a nivel de alimentación, los medios de comunicación pueden influir negativamente en los hábitos de la población. En este sentido, los expertos consideran que un mayor número de horas que los adolescentes pasan delante de la televisión, se traduce en mayor consumo de alimentos con alta densidad calórica (Jakter y Mielnikowicz, 2008; Román y Quintana, 2010).

Además, a través de este estudio se evidencia que los preadolescentes no tienen herramientas para cuidar su imagen corporal, que es un importante factor de riesgo de TCA, y que no se vea deteriorada por la constante exposición a los medios de comunicación. Ya que a la pregunta *¿cómo podemos cuidar nuestra imagen corporal?* el total de los participantes ha respondido “*estar delgado*”, sin tener en cuenta las opciones correctas como poner en duda la idea de delgadez como sinónimo de belleza o éxito, que los medios de comunicación no han de ser el espejo donde reflejarse, huir de las comparaciones, entender que todos los cuerpos son válidos, la búsqueda de la aceptación personal y de valores diferentes al aspecto físico, etc.

Cabe subrayar que los preadolescentes no tenían desarrollado el sentido crítico hacia los medios y no ponían en duda ni los medios de comunicación, ni las redes sociales ni todo aquello que emiten. En general, consideraban que lo que aparece en los medios es “real” y lo

tienen normalizado. No cuestionan los tipos de personas que aparecen, no ponen en duda que las imágenes puedan estar retocadas, no observan que sólo aparecen unos tipos de cuerpos concretos y no suelen dar visibilidad a cuerpos diferentes, ni se plantean si usan formas de embellecer las imágenes, vídeos o fotografías.

En esta línea, se observa que en lo que hace referencia a la belleza, todos los participantes consideraban como bello el mismo patrón de cuerpo, en el que impera la delgadez, y ponen prácticamente los mismos ejemplos, nadie se sale del tipo de cuerpo que desde los medios de comunicación se ha presentado como bello durante décadas hasta llegar a instaurarse de forma muy arraigada en la sociedad, incluso entre el público más joven.

Por tanto, se ha reparado en que estas creencias pueden verse incrementadas por la gran exposición a los medios de comunicación, el uso y abuso de redes sociales desde edades tempranas, y la falta de un desarrollo de sentido crítico y educación en medios de comunicación que son características en los preadolescentes de las sociedades contemporáneas, y podrían derivar en TCA y/u obesidad. Con lo cual, nos proponemos dar un paso más allá y no basar un programa preventivo únicamente en la adquisición de buenos hábitos y conductas que, si bien es importante, es una condición necesaria pero no suficiente. Por ende, se pone de manifiesto, la necesidad de incluir alfabetización mediática en las escuelas como un contenido que desarrollará el sentido crítico y aportará bienestar a los estudiantes en la prevención de TCA a través del desarrollo de habilidades de resistencia sociocultural: pensamiento crítico sobre la información mediática.

10.2.4 Conclusiones del Grupo focal.

Valorando la información obtenida mediante este estudio exploratorio, queda patente que los conocimientos que el alumnado posee sobre alimentación son insuficientes y no están acorde con lo que sería conveniente en niños de su edad. Asimismo, confirmamos que los hábitos de los alumnos/as y sus familias, distan mucho de ser los más correctos, pues no toman la cantidad recomendada de frutas y verduras diarias, no controlan la ingesta de azúcar: más del 80% toma azúcar libre diariamente en cantidades superiores a las recomendadas por la OMS. También

consumen de forma regular bollería industrial, galletas y lácteos azucarados. Además, no eligen desayunos equilibrados; también suelen beber zumos envasados sin valorar el azúcar añadido, y la mayoría toman refrescos, aunque sea de forma ocasional. No toman cereales de grano integral, es decir, generalmente comen pan blanco y pasta blanca en lugar de integral. Además, en general desconocen la relación entre alimentación y salud, más bien relacionan la delgadez con salud. También al respecto de la obesidad, conocen qué es, pero culpan a la persona obesa de padecerla y dicen que debe hacer dieta para curarse. No contemplan otros factores como causantes de la enfermedad, sólo la sobreingesta de calorías.

Además, se ha reparado en que el alumnado utiliza ampliamente las redes sociales y los medios de comunicación, dedicándole mucho tiempo y siendo una parte fundamental y significativa de sus vidas, que les condiciona en muchas facetas de su día a día: las utilizan tanto como medio para comunicarse, informarse, entretenerse y como modelo al que imitar, donde encuentran respuesta a las preguntas de cómo vestir, actuar, a qué dedicar tiempo libre, qué comer y, en general, cómo ser y sentir.

En este sentido, mediante esta investigación se ha observado que los preadolescentes se encuentran totalmente indefensos y desarmados frente a la vorágine que causan las redes sociales y los medios de comunicación en lo que se refiere a la discriminación de la diversidad corporal. Ya que se observa, sin lugar a dudas, que les afectan de una forma alarmante, ejercen una gran influencia en la imagen corporal y en la sobrevaloración del aspecto en detrimento de la valía personal, haciendo que se sientan inseguros con sus propios cuerpos, se comparen con los cuerpos extremadamente delgados que suelen aparecer en ellos y traten de imitarlos, a veces mediante prácticas poco saludables, como dietas de pérdida de peso, etc. Lo que lleva consigo un deterioro de su autoestima y su imagen corporal. Relacionan la valía personal y la salud con la delgadez, lo que se resume en un aumento del número de casos de TCA en los últimos tiempos.

Lo que nos lleva a considerar que es necesario dotar al alumnado de herramientas para hacer frente a los cánones de belleza que imperan en la sociedad y al bombardeo constante al que les exponen los medios de comunicación y redes sociales, que continuamente sacralizan la extrema delgadez como sinónimo de belleza, salud y éxito en la vida. Por lo tanto, es necesario

educar en alfabetización mediática, que haría posible que los jóvenes comprendan que los medios de comunicación y redes sociales manipulan gran cantidad de las imágenes y la información que emiten.

Por lo tanto, mediante esta investigación se ha descubierto que la mayoría de los participantes en el estudio, mostraban una baja autoestima e insatisfacción corporal, afirmaban que no están a gusto con su aspecto físico y expresaban que lo más importante de la imagen era la delgadez, aunque para ello tuvieran que adoptar conductas de riesgo como la realización de dietas para la pérdida de peso sin supervisión profesional.

En resumen, a través de la puesta en marcha del grupo focal, se ha descubierto la necesidad de ahondar en el trabajo sobre las redes sociales y los medios de comunicación con los preadolescentes, ya que se observa que le destinan muchas horas semanalmente al uso de redes sociales, y que esto les genera sentimientos de inferioridad cuando se comparan con los famosos que allí aparecen, así como necesidad de asemejarseles. Con lo cual se pone de manifiesto, la necesidad de incluir la alfabetización mediática en las escuelas como un contenido que desarrollará el sentido crítico, aportará bienestar a los alumnos y contribuirá en la prevención de TCA y obesidad. Así como de potenciar la autoestima desde la escuela, puesto que su percepción es justo la contraria, la escuela premia la competitividad y sienten que eso en muchas ocasiones daña su autoestima. También se ha comprobado que es necesario desarrollar mejores hábitos alimentarios y deportivos, puesto que tienden a no llevar a cabo las mejores conductas y no poseen herramientas que les permitan hacer mejores elecciones, tanto en la compra, en la forma de cocinar, comer, etc. Y por último, sus conocimientos en cuanto a alimentación no son los adecuados para el alumnado de su edad, y les puede llevar a tomar malas decisiones sobre su salud. Por tanto, la investigación ha mostrado que en aras de desarrollar un programa de prevención de obesidad y TCA en la escuela, las dimensiones que no deberíamos olvidar son: conocimientos sobre alimentación, hábitos alimentarios, relación entre alimentación y salud, desarrollo de la autoestima e imagen corporal, así como educación en medios de comunicación o alfabetización mediática. Dimensiones que sin lugar a dudas ayudarán a educar en salud a los estudiantes y a vivir de una forma más sana y sostenible. Este es uno de los principales retos

que los profesionales de la educación tenemos en la escuela de hoy y que indudablemente contribuiría al desarrollo integral del individuo.

10.3 Segunda Fase: Diseño

En este apartado se encuentran la justificación de las dimensiones que vertebran la investigación, así como un apartado sobre la preparación de los instrumentos de obtención de información, donde se explica la construcción y validación del cuestionario CETRAR con el pertinente informe de expertos. Para ello se va a justificar la evidente necesidad de creación de un instrumento de evaluación para nuestra investigación, capaz de valorar tanto la calidad del programa de prevención que se lleva a cabo, el grado de consecución de nuestros objetivos, como el riesgo de nuestros jóvenes de desarrollar TCA/obesidad, las creencias sobre alimentación y formas de adelgazar o mantener el peso que presentan estos preadolescentes, el impacto de las redes sociales, etc. Por consiguiente, para la creación de este instrumento de evaluación propio, se ha llevado a cabo una exhaustiva revisión bibliográfica, que se incluye a continuación a modo de revisión de los diferentes instrumentos disponibles y una tabla donde se recogen.

10.3.1 Justificación de las Dimensiones que Vertebran esta Investigación.

En cuanto a las dimensiones que aquí se exponen, y en las que se fundamenta nuestro instrumento de evaluación, CETRAR, se podría considerar su justificación desde dos planos, que muestran a su vez conexiones interdependientes:

Por un lado, aparece el **plano teórico**, desde donde las dimensiones han sido cuidadosamente seleccionadas a través de una extensa revisión bibliográfica, en la que se han visto reflejadas las variables que los expertos consideran que se encuentran implicadas en el desarrollo y mantenimiento de TCA y obesidad, tales como factores de riesgo, hábitos y creencias. Entre las que podemos destacar:

- Autoestima: la baja autoestima se relaciona con los TCA (Carretero, 2017; Gascó y Rodríguez, 2017; López-Guimerà y Sánchez-Carracedo, 2010; Trujano et al., 2010).
- Perfeccionismo, ya que contribuye a que el sujeto se sienta asiduamente inconforme

con su aspecto físico (Carretero, 2017; García-Dantas y Del Río, 2017; Gascó y Rodríguez, 2017; López-Guimerà y Sánchez-Carracedo, 2010).

- Actitudes negativas hacia el sobrepeso y la obesidad, que pueden generar en una preocupación excesiva por el peso y/o la imagen corporal propia (Gascó y Rodríguez, 2017). En consonancia, una mayor discrepancia negativa entre la imagen corporal y la imagen ideal, actuaría como factor de riesgo de TCA, así como el deseo de tener un cuerpo ideal más delgado que el real (Trujano et al., 2010).

- Preocupación excesiva por el peso (Carretero, 2017; López-Guimerà y Sánchez-Carracedo, 2010; Rojo et al., 2006; Ruiz-Lázaro, Velilla y González, 2017). También la presión sociocultural para estar delgada, donde a su vez, podemos valorar incluir la influencia que ejercen los medios de comunicación en relación a los estereotipos y la veneración a la delgadez, así como las burlas sobre el peso o el aspecto físico ejercidas por parte de los pares, que podrían ser a su vez, dimensiones independientes. En cuanto a la exposición a los medios de comunicación, cabe destacar que impactan en la insatisfacción corporal de las personas y más considerablemente en los adolescentes, ya que ejercen presión hacia la delgadez (López-Guimerà y Sánchez-Carracedo, 2010; Rojo et al, 2006; Ruiz-Lázaro, Velilla y González, 2017; Sepúlveda y Compte, 2017).

- De forma similar actúa el ideal de belleza actual, que idolatra la delgadez extrema, y puede desencadenar insatisfacción corporal en los sujetos y derivar en TCA (Carretero, 2017). El peligro en cuanto a la insatisfacción corporal radica en que esta, genera la necesidad de modificar el propio cuerpo, y maximiza la necesidad de perder peso (Ruiz-Lázaro, Velilla y González, 2017; Rojo et al., 2006; Sepúlveda y Compte, 2017). La interiorización del ideal de delgadez se considera predictor de riesgo de iniciar un TCA (López-Guimerà y Sánchez-Carracedo, 2010; Rojo et al, 2006; Ruiz-Lázaro, Velilla y González, 2017).

- La realización de dietas restrictivas de pérdida de peso, es uno de los principales factores de riesgo de TCA (Carretero, 2017; López-Guimerà y Sánchez-Carracedo, 2010; Rojo et al., 2006; Ruiz-Lázaro, Velilla y González, 2017).

- El ejercicio físico, lo debemos considerar pues es a la vez un factor protector y un factor

de riesgo cuando es excesivo o está centrado excesivamente en el rendimiento deportivo o en la pérdida de peso (Gómez et al., 2017)

- Ciertos factores familiares se asocian con el inicio de TCA, como antecedentes de TCA en la familia, hábitos familiares, como que el adolescente coma sin compañía, estado civil de los progenitores (padres separados o divorciados, viudos, madre soltera, familia monoparental...), muerte de un progenitor, conflictos familiares, percepción de un funcionamiento familiar disfuncional, ejecución de bromas o comentarios por parte de la familia acerca del peso o aspecto físico... De igual forma, se destacan ciertos factores físicos que se considera que pueden contribuir a desarrollar TCA, como el sobrepeso y la obesidad (López-Guimerà y Sánchez-Carracedo, 2010; Rojo et al., 2006; Ruiz-Lázaro, Velilla y González, 2017).

- También los expertos destacan otros factores de riesgo como las competencias sociales, puesto que se estima que el apoyo social contribuye positivamente al aumento de la autoestima y reduce las posibilidades de rechazo entre compañeros de curso (Gascó y Rodríguez, 2017).

A su vez, la revisión bibliográfica nos acerca a otros instrumentos de evaluación que han sido desarrollados por investigadores en el campo de TCA, de los cuales, podemos extraer sus dimensiones y que nos sirvan de referencia. Entre otras cosas, miden: preocupación por la comida; imagen corporal con tendencia a la delgadez; uso y/o abuso de laxantes y presencia de vómitos; restricción alimentaria (dieta); comer lentamente; comer clandestinamente; presión social percibida para aumentar peso. Conocimientos de nutrición, satisfacción corporal, hábitos alimentarios, evaluación de la conducta alimentaria, evaluación de actitudes alimentarias alteradas. Riesgo de bulimia: sobreingesta y sensación de pérdida de control sobre la alimentación, sentimientos negativos posteriores a la sobreingesta y conductas compensatorias. Preocupación por la comida, control oral. Insatisfacción corporal, impulso a la delgadez. Inefectividad y baja autoestima, perfeccionismo, desconfianza interpersonal, conciencia interoceptiva, miedo a madurar, etc.

Por otro lado, debemos tener en cuenta el **plano práctico**, donde a través del grupo focal (se encuentra más información en el apartado 10.2 de esta tesis doctoral) que se realizó con alumnado de 10 a 12 años, se arrojó luz sobre la determinación de las dimensiones, ya que nos

permitió conocer de primera mano, cuáles son las necesidades concretas de los preadolescentes a través de esta fase empírica.

Recapitulando, las dimensiones de este instrumento están justificadas por la revisión de la bibliografía disponible, tanto estudios que defienden con argumentos la aparición y mantenimiento de estas enfermedades, como las dimensiones presentes en otros instrumentos de evaluación ampliamente consolidados. Y también se añaden aquellas que se revelaron importantes a través del estudio exploratorio realizado con preadolescentes.

Finalmente, viendo toda la literatura disponible y mediante la información obtenida en base a nuestra investigación en el grupo focal, se ha considerado que las siguientes dimensiones son las que van a vertebrar nuestra propuesta:

1. Creencias/conocimientos generales sobre alimentación que posee el alumnado de Educación Primaria.
2. Variables emocionales
3. Evaluación de la conducta alimentaria
4. Influencia de las redes sociales y medios de comunicación en relación a los TCA y obesidad

A través de estas dimensiones, se ha confeccionado el cuestionario que hemos denominado “CETRAR”: donde C hace referencia a creencias, E de emociones, TRA de trastornos de la conducta alimentaria y R de redes sociales.

10.3.2 Construcción y Validación del Cuestionario CETRAR.

Tal es la magnitud que han alcanzado los trastornos alimentarios en las últimas décadas, que son numerosas las herramientas que se han diseñado para identificar estos trastornos. Pero, tomando en consideración la opinión de los expertos, debemos tener en cuenta que los instrumentos de evaluación suelen ser contruidos en base a una cultura específica y no son extrapolables a cualquier otra. No es una simple cuestión de traducción, sino que es necesario que sean adaptados. Esto es especialmente transcendental en el caso que nos concierne, pues las pautas relacionadas con la alimentación, son culturales, y pueden presentar notables

divergencias entre sociedades (Sánchez-Carracedo et al., 1999).

Además, el tema de la medición no es cuestión baladí, puesto que sin medidas de calidad es imposible valorar eficazmente los programas llevados a cabo teniendo en cuenta su mejora e impacto (López-Guimerà et al., 2011).

Sin embargo, son tan escasos los recursos de la índole que nos concierne y que estén expresamente diseñados para la población española, o en su caso, debidamente adaptados, que en este caso se ha optado por diseñar una herramienta nueva, en base a la teoría disponible. Como decimos, es evidente la necesidad de contar con un instrumento para escolares de educación primaria, propio de la cultura española, que contribuya a detectar actitudes, creencias y conductas alimentarias inadecuadas de forma temprana y contribuya a la mejora de la salud de los estudiantes.

Con el fin de desarrollar la herramienta más adecuada que nos sirviera para evaluar, tanto el riesgo de desarrollar o padecer TCA u obesidad, así como los factores de riesgo que caracterizan estos problemas; y a la vez, funcionase para recoger información sobre los hábitos de alimentación y los conocimientos nutricionales de nuestros jóvenes, se realizó una exhaustiva revisión bibliográfica, que nos permitió conocer cuáles son los test estandarizados y validados por expertos, que mejores resultados habían ofrecido en investigaciones previas y qué dimensiones se habían tenido en cuenta en las diferentes investigaciones. Por lo tanto, el instrumento se diseñó utilizando un análisis de revisión bibliográfica, así como realizando una comparativa de los instrumentos empleados en otras investigaciones similares, y analizando las dimensiones, subdimensiones e ítems, con los que contaban estos instrumentos.

De esta forma, se pretendía diseñar una herramienta enfocada directamente a la población preadolescente española, que nos sirviera para conocer, por un lado, cuál es el riesgo de sufrir TCA y/u obesidad, puesto que la detección temprana de conductas de riesgo es fundamental para evitar el desarrollo de estos problemas, y, por otro lado, cuál es la realidad personal de cada estudiante, antes y después de implementar el programa de prevención integrada de TCA y obesidad en la escuela. De esta forma, podremos evaluar el grado de consecución de los objetivos a través de un cuestionario autoadministrado, que tiene la ventaja de ser fácil de aplicar,

económico y se puede administrar a un elevado número de personas. A la vez, de esta manera, nos aseguramos la detección de casos de riesgo de forma relativamente rápida y sencilla (Platas y Gómez-Peresmitré, 2013).

a) Revisión de los principales instrumentos de detección de TCA. En aras de desarrollar un cuestionario eficaz y adecuado, se realizó una investigación previa. A continuación, se muestran, fruto de una extensa revisión bibliográfica, los instrumentos más sustanciales de detección de TCA, a la vez que son expuestas sus principales características. Además, se detalla si han sido utilizados en programas nacionales llevados a cabo durante los últimos años para la prevención de TCA. Se presentan ordenados cronológicamente, desde el más antiguo al más reciente:

RS. Escala de Autoestima de Rosenberg (Rosenberg, 1965). El objetivo de este cuestionario es evaluar la autoestima personal y el respeto a sí mismo que tienen las personas. Consta de 10 ítems, cinco en forma negativa y cinco en forma positiva. Ha sido traducida y validada al castellano por Atienza, Balaguer y Moreno (2000). Las propiedades psicométricas presentan una consistencia interna que se encuentra entre 0,76 y 0,87; y la fiabilidad es de 0,80.

EAT-40: Es la versión inicial del Test de Actitudes Alimentarias (EAT) (Garner y Garfinkel, 1979) cuenta con cuarenta ítems cuya finalidad es identificar los síntomas característicos de los trastornos alimentarios, y ha mostrado buenas propiedades psicométricas de validez y fiabilidad, además de una adecuada sensibilidad y especificidad para el cribado de los TCA. En España la versión adaptada y validada en nuestro medio fue realizada por Castro, Toro, Salamero y Guimerá en 1991 (Calcedo, 2016).

Los 40 ítems se agrupan en siete factores: a) preocupación por la comida; b) Imagen corporal con tendencia a la delgadez; c) Uso y/o abuso de laxantes y presencia de vómitos; d) Restricción alimentaria (dieta); e) comer lentamente; f) comer clandestinamente; g) presión social percibida para aumentar peso. Cada ítem presenta seis posibles respuestas que van desde siempre a nunca y sólo se puntúa de 1 a 3. La puntuación total se obtiene sumando las puntuaciones de 1 a 3 de cada ítem. Las puntuaciones totales pueden oscilar de 0 a 120. En los ítems 1, 18, 19, 23, 27 y 39 (nunca 3 puntos; casi nunca 2 puntos, algunas veces 1 punto;

resto 0 puntos). En el resto de ítems (siempre 3 puntos; casi siempre 2 puntos; bastantes veces 1 punto; resto 0 puntos). Los autores proponen como punto de corte una puntuación total de 30. La puntuación total que proporciona permite distinguir entre pacientes anoréxicos y población normal, pacientes bulímicos y población normal, pero no permite distinguir entre anoréxicos y bulímicos.

Este test fue empleado en la Guía de Práctica Clínica sobre Trastornos de la Conducta Alimentaria. Madrid: Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Consumo (2009).

EDI (Eating Disorder Inventory): Los autores son Garner, Olmsted y Polivy (1983). Development and validation of a multidimensional Eating Disorder Inventory for anorexia nervosa and bulimia. *Int J Eat Disord* 1983;2:15-34.

Este instrumento fue diseñado para evaluar rasgos psicológicos y comportamentales comunes a la bulimia nerviosa y la anorexia nerviosa. Está compuesto por 64 ítems que se agrupan en 8 subescalas:

- Impulso a la delgadez
- Sintomatología bulímica
- Insatisfacción corporal
- Inefectividad y baja autoestima
- Perfeccionismo
- Desconfianza interpersonal
- Conciencia interoceptiva
- Miedo a madurar

Para responder se utiliza una escala tipo Likert que va desde nunca a siempre. Para su corrección, posee mayor relevancia clínica el analizar las 8 subescalas, que la puntuación total que se puede obtener (entre 0 y 192). No existen puntos de corte, a mayor puntuación, mayor presencia del rasgo.

Han aparecido nuevas versiones de este instrumento: el EDI-2 y EDI-3. Actualmente, TEA Ediciones comercializa la última versión que está compuesta por 91 ítems, organizados

en 12 escalas principales: tres escalas específicas de los TCA y nueve escalas psicológicas generales que son relevantes para, pero no específicas de, los TCA. También proporciona 6 índices: uno específico de los TCA (Riesgo de TCA), y cinco índices de constructos psicológicos integradores (Ineficacia, Problemas interpersonales, Problemas afectivos, Exceso de control y Desajuste psicológico general). Incorpora, respecto a las versiones anteriores, tres escalas de validez que permiten al profesional detectar patrones de respuestas inconsistentes o extraños: Inconsistencia, Infrecuencia e Impresión negativa. Otra novedad es la incorporación del EDI-3-RF, un cuestionario de derivación que permite realizar un screening de los sujetos en riesgo y que está indicado para su uso en centros educativos o centros de atención primaria.

Existe una versión adaptada por Corral, González, Pereña y Seisdedos (1998).

EDI fue empleado en el programa de “prevención secundaria de los trastornos de alimentación en adolescentes escolarizados: modelo Getafe de detección temprana” (De La Corte, Petit, 2017).

EDI-2 fue utilizado en el programa preventivo conocido como Proyecto Europeo SALUT. (Solano y Moreno, 2017) y también lo emplearon Casado Morales y Helguera Fuentes (2008), en su programa de prevención de TCA en dos fases, con adolescentes de riesgo y sus padres.

Este instrumento fue utilizado para evaluar en el proyecto ZARIMA, un programa escolar controlado para la prevención primaria y secundaria de TCA (Ruiz-Lázaro, Villas et al., 2017).

BULIT: Cuestionario de Bulimia, de Smith y Thelen (1984). Identifica la presencia de síntomas y preocupaciones que caracterizan a la bulimia nerviosa.

Consta de 36 preguntas y los ítems son evaluados en una escala Likert de cinco puntos, con diversas opciones según cada pregunta. Evalúa atracones, sentimientos, conductas compensatorias inadecuadas tales como vómitos autoinducidos y preocupación por el peso y la comida. La consistencia interna del instrumento es de 0,92 – 0, 98 y la fiabilidad de test retest de 0,83 – 0, 95 (Thelen, Farmer, Wonderlich y Smith, 1991).

Sumando 28 de los 36 ítems puede obtenerse un puntaje que oscile entre 28 y 140 puntos. Hay ítems que no puntúan (7, 19, 25, 30, 32, 33, 34 y 36). El resto de los ítems califica entre 1 y 5. Cuanto mayor sea el puntaje mayor indicador de Bulimia Nerviosa. Las pacientes con este

diagnóstico obtienen puntajes de entre 114 y 120. La población sin Bulimia Nerviosa obtiene una media de entre 53 y 60. Para la utilización de este Cuestionario de Bulimia revisado se ha establecido un punto de corte de 104 en la detección (Thelen, Farmer, Wonderlich y Smith, 1991).

La adaptación española fue llevada a cabo por Mora y Raich (1993).

En su validación para México (Álvarez, Mancilla y Vázquez, 2000) se distribuyeron un total de 3 factores: 1) Sobreingesta y sensación de pérdida de control sobre la alimentación, 2) Sentimientos negativos posteriores a la sobreingesta, y 3) Conductas compensatorias. El punto de corte más apropiado para mujeres mexicanas fue .85, con un alpha de Cronbach de 0.88

Este cuestionario fue empleado en la Guía de Práctica Clínica sobre Trastornos de la Conducta Alimentaria. Madrid: Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Consumo (2009).

TFEQ: Cuestionario de Tres Factores de la Alimentación (Three Factor Eating Questionnaire), desarrollado por Stunkard y Messick (1985).

El TFEQ es un cuestionario de 51 ítems, que evalúa tres dimensiones de la conducta alimentaria: a) restricción alimentaria, constituida por 21 ítems destinados a medir el dominio cognitivo de la ingestión de alimentos, b) la desinhibición, contiene 16 ítems que valoran la tendencia a comer en exceso y la pérdida de control sobre la alimentación, y c) la susceptibilidad al hambre, con 14 ítems que estiman los sentimientos subjetivos de hambre y el deseo por la comida.

En los estudios sobre las cualidades psicométricas del TFEQ se han reportado valores de consistencia interna para el total del instrumento de .70 a .75 (Stunkard y Messick, 2008) y para sus tres subescalas de .71 a .93, y una confiabilidad test-retest de .98 (French, Jeffery y Wing, 1994). Así como, una validez convergente entre sus factores de desinhibición ($r = .61$) y hambre ($r = .54$) con la Escala de Atracón Alimentaria (Binge Eating Scale, BES; Gormally, Black, Daston y Rardin, 1982), y entre su factor de restricción alimentaria con el Cuestionario de Conducta Alimentaria Holandesa (Dutch Eating Behavior Questionnaire [DEBQ], van Strien, Frijters, Bergers y Defares, 1986; $r = .66$).

El TFEQ fue traducido, adaptado y validado en población española por Sánchez-

Carracedo, Raich, Figueras, Torras y Mora (1999), en esta versión se obtuvieron 2 factores que explican el 30% de la varianza total (factor Restricción, $\alpha = .89$ y factor de Desinhibición, $\alpha = .86$) (López-Aguilar, Mancilla-Díaz, Vázquez-Arévalo, Franco-Paredes, Alvarez-Rayón, y Ocampo, 2011).

BSQ: Body Shape Questionnaire. (Cooper, Taylor, Cooper y Fairburn, 1987). Consta de 34 ítems que se puntúan en una escala tipo Likert de 1 a 6. Permite obtener una puntuación global (suma de puntuaciones directas de los ítems). Consta de cuatro subescalas: insatisfacción corporal, miedo a engordar, baja estima por la apariencia y deseo de perder peso y la evitación de situaciones en las que la apariencia física pudiera atraer la atención de otros. Raich, Mora, Soler, Avila, Clos, y Zapater (1996) realizaron la adaptación española del Body Shape Questionnaire.

BITE: Test Edimburgo de Investigación de Bulimia. (Henderson M, Freeman CP, 1987). Es un cuestionario diseñado para identificar sujetos con síntomas bulímicos. Consta de 33 ítems agrupados en dos subescalas: Escala de síntomas y escala de gravedad. La escala de síntomas valora el número y grado de los síntomas que están presentes. La escala de gravedad proporciona un índice de la gravedad del trastorno, teniendo en cuenta la frecuencia con que se presentan las conductas patológicas. Los ítems de la subescala de síntomas se contestan con 'sí/no'. Los ítems de la escala de gravedad se contestan según unas respuestas que indican frecuencia. Se utiliza un marco temporal de los últimos tres meses para detectar posibles pacientes bulímicos, y el último mes para evaluar la respuesta al tratamiento. Se obtienen dos puntuaciones totales para cada escala. En la escala de síntomas, las puntuaciones oscilan entre 0 y 30. En los ítems 1, 13, 21 y 23, no= 1 punto y sí= 0 puntos. En los ítems 2, 3, 4, 5, 8, 9, 10, 11, 12, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 22, 24, 25, 26, 28, 29, 30, 32 y 33, no= 0 puntos y sí= 1 punto.

La puntuación de la escala de gravedad se obtiene de la suma de los puntos obtenidos en los ítems 6, 7 y 27. Existen puntos de corte. Para la escala de síntomas, puntuaciones menores de 10 indican ausencia de comportamientos compulsivos hacia la comida; 10-20 puntos indican patrones alimentarios anormales (no necesariamente bulimia nerviosa); 15-20 indican posible bulimia nerviosa subclínica; más de 20 indica patrón de comportamiento muy alterado (posible bulimia nerviosa). En la escala de gravedad, puntuaciones de 5 a 10 indican gravedad significativa,

y puntuaciones por encima de 10, gravedad alta.

También existe una versión adaptada por Rivas, Bersabé y Jiménez, en 2004. Además, este test fue empleado en la Guía de Práctica Clínica sobre Trastornos de la Conducta Alimentaria. Madrid: Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Consumo (2009).

ChEAT (Children Eating Attitudes Test): para evaluar actitudes alimentarias alteradas. De Maloney, McGuire y Daniels (1988). Mide actitudes asociadas a la anorexia y bulimia nerviosas en niños de primaria y secundaria. El ChEAT es uno de los cuestionarios mejor establecidos para evaluar actitudes y/o comportamientos alimentarios problemáticos o alterados en niños y adolescentes. Existe una versión española más reciente, realizada con una amplia muestra y con buenos índices de sensibilidad y especificidad (Rojo Moreno et al., 2011).

Este test fue empleado en DITCA, que es un programa preventivo de Salud Pública dirigido a la población adolescente en los centros que imparten ESO en la Comunidad Valencia, así como en la Guía de Práctica Clínica sobre Trastornos de la Conducta Alimentaria. Madrid: Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Consumo (2009).

IDED: Entrevista para el Diagnóstico de Trastornos Alimentarios (Interview for the Diagnosis of Eating Disorders) de Williamson (1990). Tiene por objetivo detectar conductas relacionadas con los trastornos alimentarios: Anorexia Nerviosa, Bulimia Nerviosa y Trastorno por Atracón, partiendo de los criterios diagnósticos del DSM-IV (American Psychiatric Association [APA], 1994). Entre sus propiedades psicométricas se encuentran adecuada validez de contenido, concurrente y discriminante (Kustlesic, Williamson, Gleaves, Barbin & Murphy-Eberenz, 1998). La IDED fue adaptada para el proyecto de Investigación en Nutrición-FES Iztacala, UNAM.

MBSRQ-AS (Multidimensional Body-Self Relations Questionnaire, Brown, Cash y Mikulka, 1990). Evalúa diferentes aspectos actitudinales referidos al constructo de la imagen corporal, como son el componente evaluativo, cognitivo y comportamental. Consta de 34 ítems que se valoran en una escala tipo Likert de 5 puntos. Formado por cinco subescalas, cada una de las cuales se puede emplear de forma independiente al resto del instrumento: «Evaluación de la apariencia», que contiene ítems referentes a sentimientos sobre el atractivo físico y satisfacción/

insatisfacción con la propia apariencia. «Orientación de la apariencia» incluye ítems que reflejan sentimientos de preocupación por la apariencia. «Preocupación por el sobrepeso» evalúa un constructo que refleja ansiedad por la gordura, vigilancia del peso, dieta y alimentación restrictiva. «Autoclasificación del peso» hace referencia a cómo la persona percibe y etiqueta su propio peso, desde el infrapeso hasta el sobrepeso. «Satisfacción corporal» es similar a la subescala «Evaluación de la apariencia», a excepción de que la de «satisfacción corporal» valora esta satisfacción, pero refiriéndose a aspectos muy discretos de la apariencia. (Jorquera, 2017)

EDI-C: Eating Disorder Inventory Child (Garner, 1991), que es una versión adaptada a la población infantil del Eating Disorder Inventory-2 (EDI-2) (Garner, Olmstead y Polivy, 1983) y consta de 91 reactivos que indagan sobre síntomas relacionados con los TCA.

CITCA: Denominado en su versión original Kid's Eating Disorder Survey (KEDS), de Childress, Jarrell y Brewerton (1993). Cuestionario infantil para Trastornos de la Conducta Alimentaria. Recientemente validado al español en México (Zúñiga y Padrón, 2009). Su uso es adecuado en niños de 7 a 12 años de edad. Consta de doce ítems que miden conductas y actitudes de riesgo en niños y adolescentes. Agrupa dos dimensiones: conductas purgativas/restrictivas e insatisfacción con la imagen corporal, tiene un alfa de Cronbach de .92.

CIMEC, Cuestionario de Influencia del Modelo Estético Corporal, de Toro, Salamero y Martínez (1994). Mide el impacto que determinados productos sociales transmisores del modelo estético vigente (como puedan ser revistas, películas o anuncios) tienen en las actitudes y valoraciones que las mujeres desarrollan sobre su cuerpo. Se distinguen cinco factores: malestar por la imagen corporal, influencia de la publicidad, influencia de mensajes verbales, influencia de modelos sociales e influencia de situaciones sociales. Existe una versión compuesta por 26 ítems. Los autores establecen como punto de corte una puntuación de 16/17. Este cuestionario está elaborado para población femenina, por lo que solo es completado por las chicas.

EDE-Q. Cuestionario Auto informado de Desorden (Fairburn y Beglin, 1994). El EDE-Q evalúa aspectos como: preocupación por el peso, la figura y la alimentación, así como restricción alimentaria. El Eating Disorder Examination-self-report questionnaire (EDE-Q) de Fairburn y Beglin (1994) fue diseñado a partir de la EDE, que es una entrevista semiestructurada planteada

como medida diagnóstica específica de la Anorexia y Bulimia Nerviosa. Este instrumento posibilita dar una dilucidación de la palabra atracción, evaluar ciertas creencias como el miedo a engordar, la restricción alimentaria, preocupación por el peso, la figura y la alimentación. Se aprecia por una escala de siete puntos: cuanto más alto es el puntaje, mayor es la severidad del trastorno. Luce y Crowther (1999) encontraron en esta prueba una consistencia interna excelente. Se postula el EDE-Q como una buena prueba de tamiz para identificar personas con conductas de riesgo para los Trastornos de la Conducta Alimentaria.

AF5: Autoconcepto forma 5 (García y Musitu, 1995). Está compuesto por 30 elementos que evalúan el autoconcepto presente en el sujeto en sus contextos social, académico/profesional, emocional, familiar y físico. Esta última dimensión no estaba presente en el AFA, permite recoger información adicional del modo en que el sujeto se percibe. Aplicable desde 10 años hasta adultos.

POTS (Perception of Teasing Scale) de Thompson, Cattarin, Fowler y Fisher (1995). Evalúa las burlas relacionadas con la apariencia, en especial con el peso. Existe su versión española también validada por nuestro equipo de investigación (*POTS-S*, López Guimerà et al., 2012). Nuestra versión consta de nueve ítems con un modelo de respuesta de tipo Likert de 5 puntos. Cada ítem consta de dos partes. La primera evalúa la frecuencia de burlas de diferente tipo y se responde en una escala que va de «nunca» a «muy a menudo». La segunda parte se contesta solo si en la primera parte se ha respondido algo diferente de «nunca» y evalúa el impacto de las burlas en una escala que va de «nada disgustado» a «muy disgustado». La estructura factorial original ha sido replicada mediante análisis factorial confirmatorio en nuestra versión, obteniendo buenos índices de ajuste (CFI = 0,97; TLI = 0,96; RMSA = 0,038). El cuestionario puede ser administrado en el mismo formato a ambos sexos y a lo largo de un amplio período de la adolescencia. La fiabilidad de la subescala *POTS-S-P* fue de 0,86, y la fiabilidad test-retest, de 0,85. Además, el *POTS-S* mostró una buena validez concurrente con otras variables relacionadas.

SCP: Escala de Satisfacción Corporal. (Gismero, 1996). Mide el nivel de satisfacción corporal y consta de 8 ítems que se evalúan con una opción de respuesta tipo likert desde “muy de acuerdo” (1) hasta “muy en desacuerdo” (4). Los ítems 6, 7 y 8 puntúan de forma opuesta, por

lo que deben recodificarse las respuestas. La fiabilidad de la escala es de un alpha de Cronbach de .75.

Esta escala fue empleada en algunas guías de prevención de TCA, tales como la Guía de Prevención de los Trastornos de la Conducta Alimentaria y el sobrepeso del gobierno de Cantabria; y la Guía Práctica: Prevención de los trastornos de la conducta alimentaria del Grupo Zarima-Prevención de la Unidad Mixta de Investigación del Hospital Clínico Universitario de Zaragoza y Consejo Nacional de la Juventud de Aragón (Ruiz Lázaro, 1999).

ASI (Appearance Schemas Inventory). Se trata del Inventario sobre los Esquemas acerca de la Apariencia, de Cash y Labarge (1996). Recoge el componente cognitivo de la imagen corporal. Evalúa creencias y supuestos específicos sobre la apariencia física y sobre la importancia que esta tiene en la vida de una persona.

CN (Cuestionario de conocimientos de nutrición) (Ruiz-Lázaro, 1998). El cuestionario consta de 10 ítems con 5 alternativas de respuesta, donde solo una es correcta. Las preguntas de este cuestionario miden conocimientos sobre nutrición: número de comidas al día, principios inmediatos de los alimentos, tipo de alimentos que hay que comer menos o evitar, dónde están los hidratos de carbono, raciones semanales de pescado, huevo, composición de un desayuno adecuado, consumo de lácteos, frutas y verduras, agua y pan. Solamente una de las opciones es la correcta y aparece señalada en la hoja de soluciones.

Este cuestionario fue empleado en algunas guías tales como la Guía de Prevención de los Trastornos de la Conducta Alimentaria y el sobrepeso del gobierno de Cantabria; y la Guía Práctica: Prevención de los trastornos de la conducta alimentaria del Grupo Zarima-Prevención de la Unidad Mixta de Investigación del Hospital Clínico Universitario de Zaragoza y Consejo Nacional de la Juventud de Aragón (Ruiz-Lázaro, 1999).

EAT-26, Escala Eating Attitudes Test (Vandereycken y Noordenbos, 1998), procedente del análisis factorial del EAT-40, (a partir del EAT-40 de Castro y cols, 1991) validado en España (Peláez et al., 2014): una puntuación igual o mayor de 20 identificaría al encuestado como población de riesgo de TCA. Consta de tres subescalas: dieta, bulimia y preocupación por la comida y control oral. Incluye 26 ítems, para medir actitudes alimentarias. (Eating Attitudes Test,

EAT-26, Castro y cols, 1991;” Castro J, Toro J, Salamero M y Guimerá E. The Eating attitudes test: validation of the spanish version. *Evaluación psicológica. Psychological assesment* 1991; 7(2):175-190.

Este test ha sido recomendado como una prueba de filtro para determinar la presencia de riesgo de cualquier TCA, aunque se advierte la posibilidad de perder algunos sujetos con Trastornos de la Conducta Alimentaria No Específica (TANE) (270). Específicamente el EAT-26 ha sido considerado como una de las pruebas estandarizadas más utilizadas en el ámbito de los Trastornos Alimentarios, ya que posee altos índices de confiabilidad y validez (230). Y aunque, se podría criticar la utilidad del EAT en población adolescente temprana en vez del CHEAT (271) hemos preferido un instrumento ampliamente validado como el EAT y con gran experiencia previa en su empleo en la investigación epidemiológica de los TCA en España. Las puntuaciones iguales o mayores a 20 puntos en el EAT-26 se relacionan frecuentemente con actitudes y conductas alimentarias de riesgo, pudiendo asociarse a un desorden alimentario (Calcedo, 2016).

A partir del EAT-40, se desarrolló una versión breve de 26 ítems (la empleada en nuestro estudio), la cual presenta una correlación de .98 con el cuestionario EAT-40. Se suprimieron 14, ya que se consideró que eran redundantes y no aumentaban la capacidad predictiva del instrumento (Garner, Olmsted, Bohr, Garfinkel, 1982). La versión de 26 ítems consta de 3 escalas: “Dieta” (Dieting), compuesta de 13 ítems, que recoge las conductas de evitación de alimentos que engorden y la preocupación por la delgadez; “Bulimia y preocupación por la comida” (Bulimia and food preoccupation), compuesta por 6 ítems que hacen referencia a conductas bulímicas (atracones y vómitos) y pensamientos acerca de la comida; y “Control oral” (Oral control), compuesta de 6 ítems relacionados con el autocontrol acerca de la ingesta y la presión por parte de los otros para ganar peso. Al igual que en el EAT-40, los ítems están compuestos por afirmaciones que indican la frecuencia con la que la persona realiza conductas o presenta actitudes relacionadas con los TCA (Jorquera, 2010). En la versión abreviada (EAT-26) se puntúa con la misma escala de tipo Likert: 3, 2, 1, 0, 0, 0 en la dirección positiva asignando el tres a las respuestas que más se aproximan a una dirección sintomática (“siempre”=3). Únicamente el ítem 25 se puntúa de una manera inversa, puntuando 0, 0, 0, 1, 2, 3 (“nunca”=3)(Garner, Olmsted, Bohr,

Garfinkel, 1982). Una puntuación por encima del punto de corte (20) en este cuestionario supone la necesidad de una mayor investigación (exploración por su médico de atención primaria, una entrevista por un clínico experimentado) y el/la adolescente se considerará como población con riesgo, lo cual no quiere decir que tenga o vaya tener el trastorno (Ruiz, 1999). El EAT en sus dos versiones es tal vez el cuestionario autoaplicado más utilizado y requiere de un nivel de lectura de al menos quinto curso de primaria para poder contestarlo. La sensibilidad y especificidad de la prueba para ambas versiones es del 77% y 95%, respectivamente; el poder predictivo positivo es del 82% para EAT40 y del 79% para EAT-26; el poder predictivo negativo del 93% para EAT-40 y del 94% para EAT-26 (Mintz, O'Halloran, 2000). Es una herramienta de evaluación a gran escala, como prueba de filtro, para determinar la presencia de cualquier TCA, pero se advierte sobre la posibilidad de perder algunos individuos con trastornos de la conducta alimentaria no específico (TCANE); también puede servir como una medida global de evaluación del resultado de un tratamiento (Mintz, O'Halloran, 2000). En 1988, Maloney y colaboradores, desarrollaron una versión para niños, CHEAT-26, la cual es similar al EAT-26 pero utilizando palabras más simples (Maloney, Maguire, Daniels, Specker, 1989). Existe una versión validada en España por Rojo-Moreno y cols. en 2011 (Villas-Pérez, 2017).

Este instrumento fue utilizado para evaluar en el programa escolar ZARIMA para la prevención de TCA (Ruiz-Lázaro, Villas et al., 2017) y también en el programa de “prevención secundaria de los trastornos de alimentación en adolescentes escolarizados: modelo Getafe de detección temprana” (De La Corte y Petit, 2017). Además, este instrumento también ha sido empleado como instrumento evaluador en varias guías, entre ellas, la Guía de Prevención de los Trastornos de la Conducta Alimentaria y el sobrepeso del gobierno de Cantabria; “A,B, C... Anorexia, bulimia, comedor compulsivo” manual para docentes de INUTCAM; Guía Práctica: prevención de los trastornos de la conducta alimentaria del Grupo Zarima-Prevención de la Unidad Mixta de Investigación del Hospital Clínico Universitario de Zaragoza y Consejo Nacional de la Juventud de Aragón (Ruiz Lázaro, 1999); y en la guía de Práctica Clínica sobre Trastornos de la Conducta Alimentaria de Madrid: Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Consumo.

SCOFF de Morgan, Reid y Lacey (1999). Diseñado para el cribado del TCA. *SCOFF* es un cuestionario diseñado para el screening de anorexia y bulimia. Sus siglas son un acrónimo en inglés de las cuestiones que lo conforman (Sick – Control – One – Fat – Food).

Los ítems fueron seleccionados al investigar a un grupo de pacientes con trastornos del comportamiento alimentario, principalmente bulimia y anorexia. Todos los participantes en el estudio consideraron adecuadas y aceptables las preguntas del cuestionario. Los criterios de selección de pacientes se basaron en los criterios del Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders.

El cuestionario es auto aplicado y consta de 5 preguntas, con respuesta dicotómica (SI – NO). Cada respuesta afirmativa es valorada con un punto. Dos o más respuestas afirmativas son indicativas de un caso probable de trastorno de la conducta alimentaria (anorexia, bulimia u otros trastornos asociados).

En otro orden de cosas, este cuestionario fue empleado en la Guía de Práctica Clínica sobre Trastornos de la Conducta Alimentaria. Madrid: Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Consumo (2009).

SDQ: Strengths and Difficulties Questionnaire de Goodman, Ford, Simona, Gatward y Meltzer (2000). Es el Cuestionario de cualidades y dificultades, un instrumento de cribado de problemas de salud mental infantil y adolescente (Legaz, Ferrís, Ruiz, Lluch, y Rojo, 2017). A pesar de su extensa aplicación queda pendiente la validación para la versión autocumplimentada por los adolescentes.

Detecta probables casos de trastornos mentales y del comportamiento en niños de 4 a 16 años. Es el instrumento de cribado más utilizado en el mundo. El cuestionario se puede conseguir, de manera gratuita, en la página web: www.sdqinfo.com. Está traducido a más de 40 idiomas, entre ellos el español, el gallego, el catalán y el euskera. En España, se ha empleado en la última Encuesta Nacional de Salud. Consta de 25 ítem que se dividen en 5 escalas de 5 ítem cada una. Cuatro escalas miden conductas problemáticas. Dichas escalas hacen referencia a: Síntomas emocionales, problemas de conducta, hiperactividad y problemas con compañeros. La quinta escala hace referencia a los comportamientos positivos: Escala de conducta prosocial.

Las cuatro escalas que miden conductas problemáticas conforman, a su vez, una sexta escala denominada escala total de dificultades. En definitiva, detecta trastornos depresivos, ansiedad y otros trastornos mentales. Este instrumento fue empleado en el programa preventivo de TCA, DITCA de la Comunidad Valenciana.

EDI-3 es una versión más moderna del EDI. El autor es Garner (2004) y existe una adaptación española de TEA (Elosua, López Jáuregui y Sánchez Sánchez, 2010). Evalúa las actitudes alimentarias alteradas. Tiene varias subescalas, entre ellas «obsesión por la delgadez» e «insatisfacción corporal».

El EDI-3 está compuesto por 91 ítems, organizados en 12 escalas principales: tres escalas específicas de los TCA y nueve escalas psicológicas generales que son altamente relevantes para, pero no específicas de, los TCA. También proporciona 6 índices: uno específico de los TCA (Riesgo de TCA), y cinco índices de constructos psicológicos integradores (Ineficacia, Problemas interpersonales, Problemas afectivos, Exceso de control y Desajuste psicológico general). Incorpora, respecto a las versiones anteriores, tres escalas de validez que permiten al profesional detectar patrones de respuestas inconsistentes o extraños: Inconsistencia, Infrecuencia e Impresión negativa.

Otra novedad destacable es la incorporación del EDI-3-RF, un cuestionario de derivación que permite realizar un rápido screening de los sujetos en riesgo y que está especialmente indicado para su uso en centros educativos o centros de atención primaria. Indica si es necesario derivar al sujeto a un servicio de atención especializada para descartar o confirmar la presencia de un TCA. El EDI-3-RF dispone de un manual propio y se puede adquirir independientemente.

SATAQ-3 Sociocultural Attitudes Toward Appearance-3 (Thompson et al., 2004). Para evaluar la interiorización del ideal de belleza, se utilizó la subescala de interiorización general, en la versión validada por nuestro equipo de investigación (Sánchez Carracedo, Barrada et al., 2012). Se trata de la medida más válida y ampliamente utilizada en la actualidad para evaluar las presiones socioculturales hacia la apariencia y la interiorización del ideal de belleza (López Guimerà y Sánchez Carracedo, 2010). Nuestra versión consta de 29 ítems con respuesta de tipo Likert de 5 puntos, desde «completamente en desacuerdo» hasta «completamente de acuerdo».

La subescala utilizada en este estudio fue la de «interiorización general» (IG), que evalúa el nivel de aceptación (interiorización) general del ideal estético transmitido por diferentes medios de comunicación como la televisión, las revistas de moda, el cine o los vídeos musicales. La estructura factorial original ha sido replicada en nuestro análisis, obteniendo el mejor ajuste mediante la técnica de los modelos exploratorios de ecuaciones estructurales (ESEM), excluyendo el ítem 20 y con unicidades correlacionadas entre los ítems inversos, que mostraron un funcionamiento anómalo (ESEM/CFI = 0,96; TLI = 0,94; RMSA = 0,047). Por primera vez hemos demostrado su invariancia por sexo y edad, por lo que el cuestionario puede ser administrado en el mismo formato a ambos sexos y a lo largo de un amplio período de la adolescencia. La fiabilidad de la subescala IG fue de 0,84. Las diferencias entre las puntuaciones de los distintos grupos fueron en la dirección esperada, apoyando la validez de nuestra versión.

SATAQ-3 es la versión internacionalmente más utilizada (revisada y ampliada) de 2 instrumentos previos: el Sociocultural Attitudes Towards Appearance Questionnaire (SATAQ; Heinberg, Thompson y Stormer, 1995) y el Sociocultural Attitudes Towards Appearance Questionnaire-Revised (SATAQ-R; Cusumano y Thompson, 1997).

Inicialmente, el SATAQ fue diseñado para evaluar, por un lado, el grado en el que una persona es consciente de los ideales de belleza socialmente aceptados (mediante la subescala Conciencia), y, por otro, el grado en el que los acepta y los internaliza (mediante la subescala Internalización) (Engeln-Maddox, 2006). Posteriormente se publicó el SATAQ-R (Cusumano y Thompson, 1997), en el cual se incluyeron ítems con el fin de medir la internalización del ideal atlético. Finalmente, Thompson et al. (2004) incorporaron una subescala que evalúa presiones con el propósito de ampliar y actualizar la medición de las influencias socioculturales sobre la imagen corporal (SATAQ-3).

El SATAQ-3 es una prueba de autoinforme que evalúa varias dimensiones de las influencias socioculturales sobre la imagen corporal. Este cuestionario está conformado por 4 subescalas que organizan 30 ítems. Las subescalas hacen referencia a diferentes dimensiones de la influencia de los medios sobre la imagen corporal: Información (compuesta por 9 ítems, mide la aceptación del sujeto de considerar a los medios de comunicación como una fuente útil para obtener información

acerca de lo que implica poseer una apariencia física atractiva), Presión (compuesta por 7 ítems, mide el sentimiento por parte del sujeto de ser presionado por los medios de comunicación para que acepte los ideales culturales sobre la apariencia física), Internalización-General (compuesta por 9 ítems, mide la internalización del ideal de belleza promovido socialmente, ideal que actualmente se caracteriza por un cuerpo delgado) e Internalización-Atlética (compuesta por 5 ítems, mide la internalización del ideal de un cuerpo atlético, ideal que también está siendo últimamente promovido por los medios de comunicación). Los ítems se responden mediante una escala Likert de 5 opciones: “totalmente en desacuerdo”, “en desacuerdo”, “no estoy de acuerdo ni en desacuerdo”, “de acuerdo” y “totalmente de acuerdo”. A ellas se las puntúa con valores que van del 1 al 5 para los ítems directos, y viceversa para los inversos.

DEBQ-C: El cuestionario holandés de comportamiento alimentario para niños fue desarrollado por Van Strien y Oosterveld (2008) para medir tres conductas diferentes de ingesta (comer emocional, comer restrictivo, y comer externo) y es una adaptación del DEBQ para adultos. Después se validó para niños españoles: Cuestionario de comportamiento alimentario para niños españoles (Baños y cols., 2011; Perpiñá, Cebolla, Botella, Lurbe y Torró, 2011), que mide tres conductas diferentes de ingesta: comer emocional, comer restrictivo y comer externo.

IMAGEN: Evalúa la insatisfacción con la imagen corporal, de Solano y Cano (2010). El cuestionario IMAGEN fue diseñado con el objetivo de detectar la insatisfacción con la imagen corporal, siendo ésta ampliamente reconocida como un factor de riesgo para padecer un trastorno de la conducta alimentaria. Los 38 ítems que lo integran permiten ofrecer puntuaciones en los tres componentes de la insatisfacción con la imagen corporal: cognitivo-emocional, perceptivo y comportamental. La sencillez y brevedad en su aplicación, corrección e interpretación convierten el IMAGEN en una herramienta muy útil desde el punto de vista preventivo y desde el terapéutico tanto en el contexto educativo como en el clínico. En el ámbito educativo proporciona una rápida medida del grado de insatisfacción con la imagen corporal, permitiendo detectar grupos de riesgo, establecer líneas preventivas, evaluar la eficacia de programas de prevención y realizar estudios epidemiológicos. En el ámbito clínico ofrece información útil para la evaluación y comprensión de los problemas del paciente, la planificación de líneas precisas de tratamiento y el seguimiento de

la consecución de los objetivos terapéuticos. IMAGEN, fue empleado en el programa preventivo conocido como Proyecto Europeo SALUT, los cuestionarios empleados fueron: (Solano y Moreno, 2017).

EAC: Escala de Autoestima Corporal, de Peris y Maganto (2016). Está compuesta por 26 ítems con una estructura unidimensional que evalúan la autoestima corporal, 20 valoran principalmente el aspecto cognitivo, es decir, la satisfacción corporal (SC), y seis el aspecto emocional, el atractivo corporal (AC). En la administración, los participantes deben autoevaluar el grado de satisfacción en relación a cada ítem con una escala Likert de 1 a 10 (1= muy insatisfecho, 10= muy satisfecho).

Como resumen, en este cuadro sinóptico se recogen los instrumentos anteriormente mencionados:

Tabla 17

Principales Instrumentos de Evaluación de TCA

NOMBRE	DIMENSIONES QUE MIDE	AUTOR	INFORMACIÓN ADICIONAL
RS Escala de Autoestima de Rosenberg	Evaluar la autoestima personal y el respeto a sí mismo que tienen las personas.	(Rosenberg, 1965). Traducida por Atienza, Balaguer, y Moreno (2000).	Consta de 10 ítems, cinco en forma negativa y cinco en forma positiva.
EAT-40	Identifica síntomas característicos de los trastornos alimentarios. Consta de 40 ítems que se agrupan en siete factores: a) preocupación por la comida; b) Imagen corporal con tendencia a la delgadez; c) Uso y/o abuso de laxantes y presencia de vómitos; d) Restricción alimentaria (dieta); e) comer lentamente; f) comer clandestinamente; g) presión social percibida para aumentar peso.	Garner, D.M. y Garfinkel, P.E., 1979 En España la versión adaptada por Castro, Toro, Salmero y Guimerá en 1991	Es la versión inicial del Test de Actitudes Alimentarias (EAT) con cuarenta ítems (EAT-40) y ha mostrado buenas propiedades psicométricas de validez y fiabilidad, además de una adecuada sensibilidad y especificidad para el cribado de los TCA.

NOMBRE	DIMENSIONES QUE MIDE	AUTOR	INFORMACIÓN ADICIONAL
EDI	<p>Evalúa rasgos psicológicos y comportamentales comunes a la bulimia nerviosa y la anorexia nerviosa. Está compuesto por 64 ítems que se agrupan en 8 subescalas:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Impulso a la delgadez - Sintomatología bulímica - Insatisfacción corporal - Inefectividad y baja autoestima - Perfeccionismo - Desconfianza interpersonal - Conciencia interoceptiva - Miedo a madurar 	Garner DM, Olmsted MP, Polivy J (1983)	Versión adaptada (Corral S, González M, Pereña J, Seisdedos N., 1998): Inventario de Trastornos de la Alimentación.
BULIT Cuestionario de Bulimia (Bulimia Test)	<p>Identifica la presencia de síntomas y preocupaciones que caracterizan a la bulimia nerviosa. Evalúa atracones, sentimientos, conductas compensatorias inadecuadas tales como vómitos autoinducidos, preocupación por el peso y la comida.</p>	(Smith y Thelen, 1984) La adaptación española fue llevada a cabo por Mora y Raich (1993).	Incluye el factor Sobreingesta y Sensación de Pérdida de Control sobre la Alimentación. Consta de 36 preguntas. Los ítems son evaluados en una escala Likert de cinco puntos, con diversas opciones según cada pregunta.
TFEQ Cuestionario de Tres Factores de la Alimentación	<p>Evalúa tres dimensiones de la conducta alimentaria:</p> <ol style="list-style-type: none"> a) Restricción alimentaria b) La desinhibición c) La susceptibilidad al hambre 	(Stunkard y Messick, 1985) Traducido por Sánchez-Carracedo, Raich, Figueras, Torras y Mora (1999)	Es un cuestionario de 51 ítems.
BSQ Body Shape Cuestionaire	Subescalas: insatisfacción corporal, miedo a engordar, baja estima por la apariencia y deseo de perder peso.	Cooper, Taylor, Cooper y Fairburn (1987) Raich, Mora, Soler, Avila, Clos, y Zapater (1996) realizaron la adaptación española	
BITE	<p>Es un cuestionario diseñado para identificar sujetos con síntomas bulímicos. Consta de 33 ítems agrupados en dos subescalas: Escala de síntomas y escala de gravedad.</p>	Henderson M, Freeman CP, (1987). Existe una versión adaptada por Rivas, Bersabé, Jiménez en 2004.	Los ítems de la subescala de síntomas se contestan con 'sí/no'. Los ítems de la escala de gravedad se contestan según unas respuestas que indican frecuencia. Se utiliza un marco temporal de los últimos tres meses para detectar posibles pacientes bulímicos, y el último mes para evaluar la respuesta al tratamiento.

NOMBRE	DIMENSIONES QUE MIDE	AUTOR	INFORMACIÓN ADICIONAL
ChEAT Children Eating Attitudes Test	Evalúa actitudes alimentarias alteradas. Es la versión infantil del eat-26 (a partir de 8 años)	Maloney, McGuire y Daniels (1988). Versión española de Rojo Moreno et al., (2011).	Existe una versión catalana (Sancho, Asorey, Arija y Canals, 2005) que consta de 20 ítems que se responden en una escala que va de 0 a 6 (de «nunca a «siempre»).
IDED Entrevista para el Diagnóstico de Trastornos Alimentarios	Detecta conductas relacionadas con los trastornos alimentarios: Anorexia Nerviosa, Bulimia Nerviosa y Trastorno por Atracón	(Williamson, 1990).	Entre sus propiedades psicométricas se encuentran adecuada validez de contenido, concurrente y discriminante.
MBSRQ-AS Multidimensional Body-Self Relations Questionnaire.	Evalúa diferentes aspectos actitudinales referidos a la imagen corporal. Formado por cinco subescalas: «Evaluación de la apariencia» «Orientación de la apariencia» «Preocupación por el sobrepeso» «Autoclasificación del peso» «Satisfacción corporal» «Evaluación de la apariencia»	Brown, Cash y Mikulka, 1990; Cash, 2004.	
EDI-C Eating Disorder Inventory Child	Es una versión adaptada a la población infantil del Eating Disorder Inventory-2 (EDI-2). Consta de 91 reactivos que indagan sobre síntomas relacionados con los TCA.	Garner, 1991.	
CITCA Cuestionario infantil para Trastornos de la Conducta Alimentaria.	Consta de doce ítems que miden conductas y actitudes de riesgo en niños y adolescentes. Agrupa dos dimensiones conductas purgativas/ restrictivas e insatisfacción con la imagen corporal.	Childress, Jarrell y Brewerton, (1993). Validado al español en México (Zúñiga y Padrón, 2009).	Denominado en su versión original Kid's Eating Disorder Survey (KEDS). Su uso es adecuado en niños de 7 a 12 años de edad.
CIMEC Cuestionario de Influencia del Modelo Estético Corporal	Mide el impacto que determinados productos sociales tienen en las actitudes y valoraciones que las mujeres desarrollan sobre su cuerpo. Se distinguen cinco factores: - Malestar por la imagen corporal - Influencia de la publicidad - Influencia de mensajes verbales - Influencia de modelos sociales - Influencia de situaciones sociales	Toro, Salamero y Martínez (1994).	Está elaborado para población femenina.

NOMBRE	DIMENSIONES QUE MIDE	AUTOR	INFORMACIÓN ADICIONAL
EDE-Q Cuestionario Auto informado de Desorden	Identifica personas con conductas de riesgo para los TCA. Evalúa aspectos como: preocupación por el peso, la figura, la alimentación, miedo a engordar, así como restricción alimentaria.	(Fairburn y Beglin, 1994).	
AF5 Autoconcepto forma 5	Evalúa el autoconcepto presente en el sujeto en sus contextos social, académico/profesional, emocional, familiar y físico.	(García y Musitu, 1995).	Aplicable desde 10 años hasta adultos.
POTS Perception of Teasing Scale	Burlas relacionadas con el peso y la apariencia.	Thompson, Cattarin, Fowler y Fisher (1995). Versión española de POTS-S, López Guimerà et al., (2012).	
SCP Escala de Satisfacción Corporal	Mide el nivel de satisfacción corporal.	(Gismero, 1996).	Consta de 8 ítems que se evalúan con una opción de respuesta tipo likert desde "muy de acuerdo" (1) hasta "muy en desacuerdo" (4).
ASI Appearance Schemas Inventory	Inventario sobre los Esquemas acerca de la Apariencia Intenta recoger el componente cognitivo de la IC Evalúa creencias o supuestos específicos sobre la apariencia física y sobre la importancia que esta tiene en la vida de una persona.	Cash y Labarge (1996).	
CN Cuestionario de Conocimientos de Nutrición	Mide conocimientos básicos sobre nutrición.	Ruiz-Lázaro, 1998.	El cuestionario consta de 10 ítems con 5 alternativas de respuesta, donde solo una es correcta.
EAT-26 Escala Eating Attitudes Test	Identifica a la población de riesgo de TCA. Consta de tres subescalas: "dieta", "bulimia y preocupación por la comida" y "control oral".	(Vandereycken y Noordenbos, 1998). Validado en España (Peláez et al., 2014).	Procedente a partir del EAT-40 de Castro y cols, 1991. Consta de 26 ítems.

NOMBRE	DIMENSIONES QUE MIDE	AUTOR	INFORMACIÓN ADICIONAL
SCOFF	Screening de anorexia y bulimia.	Morgan, Reid y Lacey (1999).	El cuestionario es auto aplicado y consta de 5 preguntas, con respuesta dicotómica (SI – NO). Cada respuesta afirmativa es valorada con un punto. Dos o más respuestas afirmativas son indicativas de un caso probable de trastorno de la conducta alimentaria.
SDQ Strengths and Difficulties Questionnaire	Cribado de problemas de salud mental infantil y adolescente. Detecta Trastornos Depresivos, Ansiedad y otros trastornos mentales.	(Goodman, Ford, Simona, Gatward y Meltzer, 2000) (Legaz, Ferrís, Ruiz, Lluch, y Rojo, 2017).	A pesar de su extensa aplicación queda pendiente la validación para la versión autocumplimentada por los adolescentes.
EDI-3 Eating Disorders Inventory-3	Evalúa las actitudes alimentarias alteradas. Contiene una subescala de «obsesión por la delgadez» (OD) Subescala de «insatisfacción corporal».	Garner (2004) Adaptación española de Elosua, López Jáuregui y Sánchez Sánchez (2010).	
SATAQ-3 Sociocultural Attitudes Toward Appearance-3	Evalúa la Interiorización del ideal de belleza, Las subescalas hacen referencia a diferentes dimensiones de la influencia de los medios sobre la imagen corporal: Información, presión, internalización-General, internalización-Atlética.	(Thompson, van den Berg, Roehrig, Guarda y Heinberg, 2004) Versión validada por Sánchez Carracedo, Barrada et al., 2012.	Este cuestionario está conformado por 4 subescalas que organizan 30 ítems.
DEBQ-C Cuestionario de comportamiento alimentario para niños españoles.	Mide tres conductas diferentes de ingesta: comer emocional, comer restrictivo y comer externo.	(Baños y cols., 2011; Perpiñá, Cebolla, Botella, Lurbe y Torró, 2011).	
IMAGEN	Evalúa la insatisfacción con la imagen corporal.	(Solano y Cano, 2010).	Consta de 38 ítems que ofrecen puntuaciones en los tres componentes de la insatisfacción con la imagen corporal: cognitivo-emocional, perceptivo y comportamental.
EAC Escala de Autoestima Corporal	Evalúa la autoestima corporal. Las subdimensiones son: satisfacción corporal y atractivo corporal.	(EAC. Peris y Maganto, 2016).	Está compuesta por 26 ítems con una estructura unidimensional.

Nota. Elaboración propia.

En este sentido cabe resaltar que existe una página del Gobierno de España, donde se muestra la ficha técnica de gran cantidad de instrumentos de evaluación utilizados en salud mental y además permite filtrar por tipo de trastorno, área y edad, esta es: bi.cibersam.es

A través del estudio de la información disponible, observamos que en general, los instrumentos que se suelen emplear en programas de alimentación y prevención, evalúan actitudes y comportamientos alimentarios, satisfacción corporal, influencias socioculturales, variables como la autoestima, así como conocimientos, etc. (López-Guimerà y Sánchez-Carracedo, 2010). Pero normalmente, de forma independiente. No hemos encontrado una herramienta capaz de evaluar todos estos factores de forma conjunta y consideramos que esto es sumamente importante si queremos tener una visión integral de la alimentación y sus trastornos.

Consecuentemente, se ha considerado que, en la elaboración de un nuevo instrumento es más provechoso y conveniente aglutinar la evaluación de diferentes actitudes, comportamientos y variables. Consideramos que este instrumento debería ser capaz de evaluar tanto el riesgo de sufrir TCA y/u obesidad, así como los hábitos nocivos y los conocimientos adquiridos sobre alimentación. También pretendíamos evaluar, en qué medida influyen las redes sociales en esta problemática. Además, también, hemos optado por incluir los factores de riesgo de TCA y obesidad en nuestro instrumento, pues son claros indicadores de problemas relacionados con la alimentación y el peso (Carretero et al., 2009; Sepúlveda, 2017; Vandereycken y Noordenbos, 2000).

El instrumento que a continuación se presenta se propone explorar el grado de disposición existente en el sujeto para el desarrollo de TCA y obesidad, es decir, evaluar el riesgo de padecer TCA y/u obesidad. Para ello, se tienen en cuenta una serie de variables que los expertos consideran que se encuentran implicadas en el desarrollo de estos problemas tales como:

- Factores de riesgo: baja autoestima, insatisfacción corporal, preocupación excesiva por la imagen, conductas de riesgo (realización de dietas restrictivas para la pérdida de peso, consumo de purgantes, laxantes, diuréticos u otros fármacos para mantener el peso, ejercicio físico excesivo, comer solo, saltarse comidas, vida sedentaria...), influencia que ejercen los medios de comunicación, emociones (entre ellas el perfeccionismo, alexitimia...) (Calcedo, 2016 ;

Casado Morales y Helguera Fuentes, 2008; Gascó y Rodríguez, 2017; Noordenbos, 2008; Pérez Lancho, 2007).

- Hábitos alimentarios, deportivos y de vida activa o sedentaria
- Creencias sobre alimentación y formas de mantener el peso corporal
- Medios de comunicación y redes sociales: tiempo de uso, tipos, exposición, influencia...

Puesto que los objetivos que se buscan mediante nuestro instrumento son, por un lado, descubrir si algún alumno/a sufre TCA/obesidad, o si forma parte del grupo de riesgo, también conocer el grado de conocimientos o creencias erróneas sobre alimentación y formas de controlar el peso, que posee el alumnado, es decir, la información teórica que conocen. Así mismo, informarnos sobre sus hábitos alimentarios, deportivos y tipo de vida activa o sedentaria. Saber en qué grado, les afectan los factores de riesgo. Por otro lado, también se pretende realizar una comparativa, de la realidad previa a la implantación del programa, y a la finalización de éste. De forma que conozcamos, si el programa resulta positivo para adquirir conocimientos sobre nutrición, mejorar hábitos alimenticios y proteger a los jóvenes, tanto de sufrir TCA/obesidad como de sufrir factores de riesgo aislados, así como fortalecer los factores de protección.

b) Apartados que conforman el cuestionario CETRAR. Tal y como comentábamos, el cuestionario CETRAR de creencias alimentarias, emociones, trastornos de la conducta alimentaria y redes sociales, elaborado ad hoc para esta investigación, es un cuestionario autoadministrado, estructurado en los siguientes apartados:

- Datos personales, incluye los siguientes ítems: género, edad, peso, altura, situación familiar, práctica deportiva, estilo de vida, situación laboral y nivel de estudios de los progenitores, redes sociales y preguntas con respuesta abierta en relación a la valoración propia.

- Creencias y conocimientos generales sobre alimentación que poseen los preadolescentes, formada por 10 ítems que evalúan conocimientos sobre alimentación, creencias sobre formas de mantener/reducir el peso y hábitos alimentarios.

- Emociones y salud, formada por 14 ítems que evalúan influencia de la alimentación, el peso y la figura en el estado de ánimo, percepción de las emociones, relaciones sociales, dificultad para identificar y expresar las emociones (alexitimia), perfeccionismo, autoestima,

satisfacción corporal e imagen corporal; preocupación por la imagen e interiorización del ideal de delgadez.

- Evaluación de la conducta alimentaria (TCA y obesidad), formada por 9 ítems que evalúan conductas de riesgo, sintomatología bulímica y seguimiento de dietas para la pérdida de peso.

- Influencia de las redes sociales y medios de comunicación, formada por 11 ítems, en los que se evalúa uso de redes sociales, influencia de los medios de comunicación en la aceptación del propio cuerpo, influencia de las redes sociales en la autoestima e imagen corporal e influencia de los medios de comunicación en los hábitos alimentarios.

c) Administración del cuestionario CETRAR. El cuestionario ha sido elaborado de forma que pueda administrarse colectivamente en la escuela, en horario lectivo y a los grupos naturales de 5º y 6º de primaria, en colegios públicos de la Comunidad Valenciana (España), aunque es extrapolable a otras condiciones en las que los participantes posean similares características (edad, lenguaje, cultura...). La muestra consiste en un número aproximado de 179 alumnos y alumnas, de entre 10 y 12 años.

La participación debe ser voluntaria y al ser menores de edad es imprescindible contar con el permiso de los padres o tutores legales. Asimismo, el docente a cargo del grupo es informado previamente sobre los objetivos de esta investigación y ha de transmitir al alumnado las instrucciones específicas para la cumplimentación de los cuestionarios. El tiempo aproximado de ejecución es de 30 minutos.

d) Fundamentación teórica que justifica los criterios de valoración de TCA y obesidad a través del instrumento CETRAR. Como se ha explicitado, a través de nuestro instrumento de evaluación CETRAR, se pretende valorar el posible riesgo del alumnado, tanto de padecer TCA como obesidad. Para ello, se han acotado una serie de criterios, fundamentados en la teoría disponible, que el/la estudiante debería cumplir, para poder determinar que se encuentra en riesgo de sufrir estos problemas.

Por lo tanto, se va a valorar el estado nutricional de los preadolescentes, tanto sobrepeso/obesidad, como infrapeso, y los factores de riesgo ya mencionados anteriormente.

Valoración del estado nutricional:

“El término “malnutrición” significa alteración en las etapas de la nutrición, tanto por defecto/déficit que conlleva a la desnutrición; como por exceso o hipernutrición que trae consigo la obesidad” (Lecube, et al., 2017, p.58). Por tanto, en nuestro trabajo vamos a valorar tanto la posible obesidad como desnutrición que pudieran estar causadas, o no, por trastornos de la alimentación, y se va a realizar de la siguiente forma:

Valoración de obesidad:

Aunque el diagnóstico de un niño con sobrepeso/obesidad se fundamenta en su historia clínica específica para orientar la etiología de la obesidad y cuantificar la gravedad de la misma (Dalmau et al., 2007), vamos a tratar de valorar, los posibles casos de obesidad/sobrepeso en el alumnado, mediante la recogida de datos de unas variables que se tendrán en cuenta en el instrumento:

-El índice de masa corporal (IMC) (peso en kg/talla en m²). Es el índice más utilizado para definir el sobrepeso y la obesidad. Se debe tener en cuenta que varía con la edad, por lo que es imprescindible que la valoración se realice **mediante curva percentilada**.

De manera que se definiría obesidad cuando el IMC sea mayor o igual al percentil 95. Los niños con valores de IMC comprendidos entre el P85 y el P95 tienen riesgo de obesidad. Sin embargo, para discriminar si se trata de un exceso de grasa (obesidad) o de masa magra (constitución atlética) habrá que realizar la medida del perímetro braquial del pliegue cutáneo o bien realizar cálculos de la composición corporal. Por tanto, entre P10-P90 el estado de nutrición probablemente es normal; la relación superior al P90 indica riesgo de sobrenutrición y por encima del P95, obesidad (Dalmau et al., 2007).

A este respecto, existen calculadoras del percentil del IMC en niños y adolescentes donde es fácilmente consultable a través de los datos edad, peso y altura del niño:

<https://www.cdc.gov/healthyweight/spanish/bmi/result.html>

- Patrón alimentario: calidad nutricional de los alimentos que consume habitualmente, hábitos, número de comidas, con quién come... “El conocimiento de los hábitos alimenticios y de la ingesta del niño en relación a sus necesidades puede orientar sobre si el origen del sobrepeso es exógeno o no” (Dalmau et al., 2007, p.295).

- **Actividad física:** vida sedentaria o vida activa, práctica deportiva regular... Los expertos consideran primordial coleccionar aspectos referentes a la actividad física del niño (tiempo dedicado al deporte, medio primordial de transporte (caminando, coche, bicicleta...), tiempo dedicado a medios de comunicación y redes sociales, etc.) (Dalmau et al., 2007).

Es importante recordar que entre los elementos etiopatogénicos de la obesidad, encontramos el sedentarismo y el comportamiento alimentario (interacción entre factores biológicos y emocionales), el patrón alimentario (exceso de grasas y azúcares refinados, consumo insuficiente de frutas y verduras) y un estatus socioeconómico desfavorecido (Lecube, et al., 2017).

Una vez que se hayan estudiado las tres variables (IMC, hábitos alimentarios y actividad física), se valorará si el niño puede estar sufriendo sobrepeso/obesidad y en tal caso se recomendará a la familia consultar con un médico o profesional de la salud.

Valoración de TCA:

En cuanto a la valoración del alumnado en riesgo de padecer TCA, parece importante tener en cuenta, también el IMC estimado mediante curva percentilada para detectar desnutrición o sobrepeso, así como los criterios diagnósticos que se recogen en el DSM-V (American Psychiatric Association, 2013) y CIE-10 (Clasificación internacional de enfermedades, 10ª edición, 1992) al respecto de la anorexia nerviosa y bulimia nerviosa, con el fin de evaluar estos criterios en nuestro instrumento de evaluación. De forma que con el fin de acercarnos al diagnóstico de estos trastornos destacamos los siguientes criterios:

Tabla 18

Criterios para el Diagnóstico de Anorexia Nerviosa

Anorexia nerviosa (AN):

Restricción de la ingesta energética en relación con las necesidades, que conduce a un peso corporal significativamente inferior al mínimo esperado en niños y adolescentes. (DSM-V)

Miedo intenso a ganar peso o a engordar. (DSM-V)

Anorexia nerviosa (AN):

La **pérdida de peso está originada por el propio enfermo**, a través de: (CIE 10)

- 1) Evitación del consumo de “alimentos que engordan” y por uno o más de uno de los síntomas siguientes:
- 2) Vómitos autoprovocados
- 3) Purgas intestinales autoprovocadas
- 4) Ejercicio excesivo
- 5) Consumo de fármacos anorexígenos o diuréticos

Distorsión de la imagen corporal que consiste en una psicopatología específica caracterizada por la persistencia, con el carácter de idea sobrevalorada intrusa, de pavor ante la gordura o la flacidez de las formas corporales, de modo que el enfermo se impone a sí mismo el permanecer por debajo de un límite máximo de peso corporal. (CIE 10)

Nota. Elaboración propia

Tabla 19

Criterios para el Diagnóstico de Bulimia Nerviosa

Bulimia nerviosa (BN):

Episodios recurrentes de **atracones de comida**. (DSM-V)

Comportamientos compensatorios inapropiados recurrentes para evitar el aumento de peso, como el vómito autoprovocado, el uso incorrecto de laxantes, diuréticos u otros medicamentos, el ayuno o el ejercicio excesivo.

La **autoevaluación** se ve **indebidamente influida por la constitución y el peso corporal**.

Preocupación continua por la comida, con deseos irresistibles de comer, de modo que el enfermo termina por sucumbir a ellos. (CIE 10)

Nota. Elaboración propia

En consonancia, en nuestro instrumento de evaluación, se va a valorar:

- Miedo intenso a engordar (AN)
- Pérdida de peso (a través de restricción de la ingesta energética, autoprovocación de vómitos, purgas, ejercicio físico excesivo y consumo de fármacos) (AN)
- Distorsión de la imagen corporal (AN)
- Episodios recurrentes de atracones de comida (BN)

- Comportamientos compensatorios para evitar el aumento de peso (vómito autoprovocado, uso de laxantes, diuréticos, otros fármacos, ayuno, o ejercicio excesivo) (BN)
- Autoevaluación altamente influida por la constitución y el peso corporal (BN)
- Preocupación continua por la comida (BN)

Por otro lado, el resto de variables que se valoran en el instrumento se justifican a continuación:

- Creencias y conocimientos generales sobre alimentación que poseen los preadolescentes:

A través de esta dimensión se pretende valorar las creencias erróneas que poseen los preadolescentes, tanto sobre alimentación como acerca de las formas óptimas de mantener y/o reducir el peso corporal. Incluye conocimientos sobre alimentación y creencias sobre formas de mantener/reducir el peso.

También vamos a tener en cuenta algunos factores de riesgo de TCA, entre los que destacamos:

- Variables emocionales:

Se ha considerado imprescindible incluir la dimensión “emociones y salud” puesto que es sabido que existe una relación intrínseca entre las emociones y los trastornos alimentarios.

En este sentido, los expertos consideran que en los instrumentos de evaluación para detectar el riesgo de desarrollar trastornos alimentarios es imperativo que se tengan en cuenta las variables emocionales: la influencia de la alimentación, el peso y la figura corporal en el estado de ánimo, la baja autoestima y las variables de afrontamiento denominadas (ausencia de) expresión emocional y acción impulsiva (Pascual et al., 2011).

Se debe considerar que los pacientes con anorexia nerviosa suelen afrontar sentimientos de rabia, soledad, tristeza, frustración o ansiedad, con síntomas restrictivos, mientras que los pacientes de bulimia nerviosa lo hacen con atracones y/o purgas. Asimismo, los pacientes de ambos trastornos se caracterizan por pensar excesivamente en comida y por la evitación experiencial negativa: no tienen herramientas sobre cómo afrontar los conflictos ni la adversidad (Pascual et al., 2011).

Por lo tanto, se van a valorar variables emocionales tales como dificultad para identificar

y expresar las emociones (alexitimia), autoestima, percepción negativa de las emociones, influencia de la alimentación, el peso y la figura corporal en el estado de ánimo, y estrategias de afrontamiento como la ausencia de expresión emocional y la acción impulsiva.

- Influencia de las redes sociales y medios de comunicación:

- Influencia de los medios de comunicación en la aceptación del propio cuerpo:

Se ha considerado necesario, incluir los medios de comunicación como dimensión en nuestro instrumento de evaluación, puesto que es bien sabido que son los transmisores más poderosos de los modelos de belleza vigente. Muestran el ideal de belleza y delgadez actual y están relacionados con peor autoestima e imagen corporal, teniendo en cuenta que tanto autoestima como imagen corporal son factores de riesgo de los trastornos alimentarios (Bazán y Miño, 2015; Sánchez, 2010).

Igualmente, poniendo el foco sobre las redes sociales, (en adelante RRSS) también son problemáticas porque normalizan imágenes y estándares de belleza inalcanzables y empujan a una constante comparación e inseguridad sobre el aspecto físico, estimulando así la comparación en detrimento de la aceptación.

En este sentido, es necesario resaltar que, aunque los medios de comunicación no son la causa de los trastornos de alimentación, tienen un impacto muy significativo. Varios estudios han hallado que existe una correlación entre la exposición a imágenes de personas delgadas y la insatisfacción con el propio cuerpo y los trastornos alimenticios (Jiménez-Cruz, 2010; Jiménez-Cruz y Silva-Gutiérrez, 2008; Plaza, 2010).

En cuanto al tipo de red social, no todas son iguales, ya que algunos expertos consideran que Instagram estaría a la cabeza como una de las redes sociales más dañinas en relación a la salud mental de los jóvenes, seguida de Facebook, Snapchat, Twitter y YouTube (Puertas, 2020).

Además, cabe destacar, que el impacto es mayor cuando aumenta el tiempo de exposición y frecuencia de conexión (Reguera, 2020).

-Influencia de los medios de comunicación en los hábitos alimentarios:

Asimismo, a nivel de alimentación, los medios de comunicación pueden influir negativamente en los hábitos de la población, siendo el sector de la alimentación, con miles

de marcas anunciadas en televisión, el que más gasta en publicidad. De forma que favorece la difusión y el conocimiento de nuevos alimentos y bebidas, que además se caracterizan por ser ricos en grasa y de baja densidad en nutrientes. Se ha observado que a medida que aumenta el número de horas que los adolescentes pasan delante de la televisión, aumenta la tendencia a consumir alimentos con alta densidad calórica (Jakter y Mielnikowicz, 2008).

- Influencia de las redes sociales en la autoestima:

Hemos considerado necesario incluir esta subdimensión, puesto que comúnmente se considera que las personas con baja autoestima tienden a realizar un patrón concreto de publicaciones en redes sociales, tales como abusar de los selfies de cada momento de su vida cotidiana (ya sea durante su tiempo de estudio, de trabajo o de una reunión social...). Fotografías y contenidos que van dirigidos a una persona específica en un tono de indirecta para no enfrentar algunas situaciones. Unirse indiscriminadamente a cualquier tendencia en auge en redes sociales tales como juegos, retos o el uso de filtros sin tener conocimiento de sus consecuencias. Tener muchos seguidores en sus cuentas personales a los que no conocen, lo cual pone en evidencia su timidez para tener contacto con las personas reales. Exhibir sus gustos y sus gastos de forma desmesurada. Igualmente, algunos comportamientos pueden poner de manifiesto la baja autoestima de los usuarios, como sentirse insatisfechos si no se consiguen suficientes interacciones (*likes*, amigos, seguidores, reacciones...), compartir cualquier actividad que se realiza y ubicación, abusar del uso del teléfono móvil incluso cuando se están realizando otras tareas como comer, estudiar... (Opentherapi, 24/10/2018).

Por lo tanto, estos son los comportamientos que se van a valorar en nuestro instrumento, mediante los cuales se pretende plasmar una relación entre el tipo de uso que se dedica a RRSS, autoestima e imagen corporal, que a su vez son factor de riesgo de TCA o trastorno dismórfico corporal.

e) Validación del cuestionario CETRAR. Conviene resaltar que después de elaborar el cuestionario CETRAR, fue revisado y validado por un grupo heterogéneo de expertos/as, conformado tanto por personas expertas en el ámbito de la alimentación, obesidad y TCA, como especialistas en métodos de investigación y diagnóstico en educación.

Con todo, se les pasó información relativa al cuestionario, donde se explicaba la forma en que había sido diseñado y el fin de dicho cuestionario. Se solicitó a estos jueces expertos, que de forma independiente cumplimentaran una escala de valoración, en la que tenían que puntuar cada ítem, de 1 a 5, siendo 1 “muy deficiente” y 5 “excelente”, valorando en cada ítem la adecuación, coherencia, utilidad, viabilidad y claridad en los siguientes términos:

- Adecuación: el ítem es adecuado para el estudio que quiere realizarse y/o para las características de quien tiene que responder
- Coherencia: existe relación entre lo que se pregunta y la dimensión en la que se encuentra la pregunta
- Utilidad: la información que se obtiene de cada ítem es útil para el estudio
- Viabilidad: referido a la posibilidad de que el alumno responda al ítem

De tal forma que, una vez recogida la valoración de todos los jueces, si se hubiera estimado oportuno, se habrían modificado o eliminado los ítems necesarios, sin embargo, todos los ítems fueron valorados positivamente, con una puntuación media entre 4 y 5.

El único cambio que se planteó por parte de los jueces y fue atendido, es la escala, ya que en un principio se planteaba una escala con únicamente tres opciones, para facilitar las respuestas al público infantil. No obstante, se modificó a una escala de cinco opciones siguiendo el criterio de los expertos.

Por lo tanto, la validez de contenido, se ha visto estimada a partir del juicio de expertos y alguna corrección que planteó Conselleria de Educación, que sugirió modificar las palabras “madre” y “padre” por términos más respetuosos con todos los tipos de familias, de manera que se optó por “progenitor”. Así pues, mediante la correlación de los expertos junto con la corrección que propuso Conselleria de Educación (se muestra en Anexo IV), han derivado los ítems finales del cuestionario CETRAR.

Asimismo, en este cuestionario se ha valorado la consistencia interna, y la confiabilidad del instrumento resulta adecuada con un Alfa de Cronbach de 0,886. También se ha valorado el análisis factorial, esto es el análisis que se realiza para confirmar dimensiones, es decir, para comprobar que los ítems han sido clasificados en las dimensiones adecuadas. En este sentido

podemos afirmar que estadísticamente estas variables sí que se sostienen con los ítems que hemos construido.

La muestra se conforma por 179 estudiantes y el instrumento final cuenta con 64 ítems, que el análisis factorial exploratorio agrupa en 4 factores que son las 4 dimensiones en base a las que se ha constituido el cuestionario:

1. Evaluación de la conducta alimentaria
2. Creencias y conocimientos generales sobre alimentación y hábitos alimentarios
3. Variables emocionales
4. Influencia de las redes sociales y medios de comunicación

También se ha comprobado la normalidad y se ha resuelto que ninguna muestra cumple la normalidad, por lo tanto se ha utilizado Wilcoxon, que es una prueba no paramétrica para comparar el rango medio de dos muestras relacionadas y determinar si existen diferencias entre ellas, en este caso, entre pretest y post-test.

Por otro lado, no podemos obviar que, tal y como advierten López-Guimerà et. al. (2011), cuando se emplean pruebas diseñadas ad hoc por los propios investigadores del estudio, es decir, pruebas diseñadas para un fin o una situación concreta, como en nuestro caso, se debe valorar si se conocen sus propiedades psicométricas ya que de lo contrario surge la imposibilidad de comparación con otros estudios. Por esta razón, una vez diseñado nuestro instrumento, se han analizado las características psicométricas para evaluar el riesgo de padecer TCA y/u obesidad.

10.3.3 Cuestionario CETRAR.

Una vez que se ha justificado la presencia de cada dimensión en nuestro cuestionario CETRAR, a continuación se encuentran las dimensiones, subdimensiones e ítems, clasificados en la tabla 20, en la que se especifica también la fuente de dónde se ha obtenido cada uno de los ítems. Así como en Anexo V, se encuentra el propio cuestionario CETRAR en su versión final.

Tabla 20

Dimensiones, Subdimensiones e Ítems que conforman el cuestionario CETRAR

DIMENSIONES	SUBDIMENSIONES	ÍTEMS
	Conocimientos sobre alimentación	<ul style="list-style-type: none"> - Creo que los productos light no engordan (<i>Obtenido de Castillo, León, & Naranjo, 2001</i>) - Creo que hay alimentos que adelgazan (<i>Elaboración propia</i>) - Creo que antes de ir al colegio es suficiente con desayunar un vaso de leche o no desayunar (<i>Elaboración propia</i>) - Creo que se deben consumir estas raciones de fruta y/o verdura al día: Marca con una X (<i>Elaboración propia</i>)
Creencias y conocimientos generales sobre alimentación que poseen los preadolescentes. Hábitos alimentarios.	Creencias sobre formas de mantener/reducir el peso	<ul style="list-style-type: none"> - Creo que sudar hace perder peso (<i>Elaboración propia</i>) - Creo que saltarse alguna comida ayuda a adelgazar (<i>Elaboración propia</i>) - Creo que las dietas de un solo alimento o muy restrictivas (dieta de la piña, dieta de proteínas...) son adecuadas para bajar de peso (<i>Adaptada de Salvador, García-Gálvez, & de la Fuente, 2015</i>). - Creo que la sensación de estar hambriento indica que se está perdiendo peso en ese momento. (<i>Obtenido de Amigo, Fernández, Rodríguez, & Rodríguez, 2005</i>)
	Hábitos alimentarios	<ul style="list-style-type: none"> - Normalmente tomo un desayuno completo saludable (fruta, lácteo y pan con huevo, pavo o similar) (<i>Elaboración propia</i>) - Señala con X la frecuencia en la que tomas estos alimentos: (<i>Elaboración propia</i>)
Emociones y salud	Influencia de la alimentación, el peso y la figura en el estado de ánimo	<ul style="list-style-type: none"> - Me enfado mucho conmigo mismo/a cuando creo que he comido demasiado (<i>Obtenido de Pascual, Etxebarria, & Echeburúa, 2011</i>) - Sería más feliz si estuviera más delgado/a. (<i>Elaboración propia</i>)
	Relaciones sociales	<ul style="list-style-type: none"> - Continuamente me siento solo (<i>Modificado de EDI</i>) - Mantengo buenas relaciones interpersonales con los demás (<i>Obtenido de Escala de estilo de vida, Walker, Sechrist y Pender. Modificado por Díaz, Márquez y Delgado, 2008</i>)
	Dificultad para identificar y expresar las emociones (alexitimia)	<ul style="list-style-type: none"> - Me cuesta expresar mis sentimientos con respecto a lo que siento y me pasa (<i>Modificado de EDI</i>) - No sé identificar con claridad las emociones que siento en cada momento (<i>Modificado de EDI</i>)
	Perfeccionismo	<ul style="list-style-type: none"> - Busco la perfección en todo lo que hago (<i>Elaboración propia</i>)

DIMENSIONES	SUBDIMENSIONES	ÍTEMS
Emociones y salud	Autoestima	<ul style="list-style-type: none"> - Si las personas que te conocen, tuvieran que destacar tu mejor cualidad, ¿cuál crees que sería? (<i>Elaboración propia</i>) - Si pudieras cambiar cualquier cosa de ti mismo, ¿qué sería? (<i>Elaboración propia</i>) - Tengo una actitud positiva hacia mí mismo/a: estoy satisfecho conmigo mismo, me valoro bien, me acepto... (<i>Adaptado de la Escala de autoestima de Rosenberg</i>)
	Satisfacción corporal e Imagen corporal	<ul style="list-style-type: none"> - No me gusta que me vean en bañador porque me avergüenzo de mi aspecto físico (<i>Adaptada de Escala de Satisfacción Corporal</i>) - Estaría más satisfecho/a conmigo mismo/a si me realizara una operación estética (<i>Elaboración propia</i>) - Creo que estoy gordo/a aunque otros digan que estoy demasiado delgado/a (<i>Obtenido de SCOFF</i>)
	Preocupación por la imagen. Interiorización del ideal de delgadez	<ul style="list-style-type: none"> - Siento el deseo de estar más delgado/a (<i>Modificado de ChEAT</i>) - Me preocupa la idea de tener grasa en el cuerpo (<i>Obtenido de ChEAT</i>)
	Relación alimentación y salud	<ul style="list-style-type: none"> - Creo que mi salud está muy relacionada con mi alimentación. (<i>Elaboración propia</i>) - Creo que muchas enfermedades están relacionadas con la alimentación (<i>Elaboración propia</i>)
Evaluación de la conducta alimentaria (TCA y obesidad)	Conductas de riesgo	<ul style="list-style-type: none"> - Hago mucho ejercicio para quemar calorías (<i>Obtenido de EAT-26</i>). - He utilizado laxantes, diuréticos y/o fármacos para adelgazar (<i>Elaboración propia</i>) - Evito comer alimentos que creo que engordan (<i>Elaboración propia</i>) - Me salto comidas (como el desayuno, almuerzo, cena...) para adelgazar (<i>Elaboración propia</i>) - Cuando no soy feliz como más (<i>Elaboración propia</i>)
	Sintomatología bulímica	<ul style="list-style-type: none"> - Vomito después de haber comido (<i>Obtenido de ChEAT</i>) - Me siento muy culpable cuando como en exceso (<i>Obtenido de EDI</i>) - Suelo hartarme de comida (<i>Obtenido de EDI</i>)
	Seguimiento de dietas para la pérdida de peso	<ul style="list-style-type: none"> - He tratado de perder peso haciendo dietas o dejando de comer (<i>Modificado de la versión española de Bulit</i>)
Influencia de las redes sociales y medios de comunicación	Uso de redes sociales	<ul style="list-style-type: none"> - ¿Con qué frecuencia utilizas las redes sociales? Selecciona una y márcala con una X (<i>Elaboración propia</i>) <input type="checkbox"/> Solo los fines de semana y festivos <input type="checkbox"/> Una hora al día todos los días <input type="checkbox"/> Dos horas al día <input type="checkbox"/> Más de dos horas al día

DIMENSIONES	SUBDIMENSIONES	ÍTEMES
	Uso de redes sociales	- ¿Para qué sueles utilizarlas? Marca las que más utilices con una X (Elaboración propia) <input type="checkbox"/> Comunicarme por chat <input type="checkbox"/> Ver contenido que me interesa <input type="checkbox"/> Estar al tanto de la moda <input type="checkbox"/> Jugar a videojuegos <input type="checkbox"/> Seguir a personas famosas <input type="checkbox"/> Colgar mis propias fotos y vídeos <input type="checkbox"/> Otras:
	Influencia de los medios de comunicación en la aceptación del propio cuerpo	- Siento envidia del aspecto físico de algunas personas que aparecen en redes sociales (Elaboración propia). - Para mí son muy importantes los cánones de belleza que se dan a conocer en las redes sociales (delgadez, moda, aspecto físico, músculos, bronceado...) (Elaboración propia).
Influencia de las redes sociales y medios de comunicación	Influencia de las redes sociales en la autoestima e imagen corporal	- Me siento insatisfecho si no tengo “suficientes” interacciones (likes, amigos, seguidores, reacciones...) en redes sociales. (Elaboración propia). - Intento imitar, (en la forma de vestir, actuar, maquillaje, hábitos...) lo que veo en los medios de comunicación y redes sociales. (Elaboración propia). - Creo que las redes sociales me incitan a tratar de modificar mi cuerpo (Elaboración propia).
	Influencia de los medios de comunicación en los hábitos alimentarios	- Siento deseos de consumir productos de alimentación/bebida que aparecen en los medios de comunicación (Elaboración propia). - Sigo consejos o dietas para mejorar mi físico, que he visto en medios de comunicación o redes sociales (dietas, deporte, productos “adelgazantes” ...) (Elaboración propia). - Evito alimentos que creo que engordan, para estar delgado/a como los famosos de redes sociales y televisión (Elaboración propia). - Me influyen las redes sociales a la hora de elegir unos alimentos u otros (Elaboración propia).

Nota. Elaboración propia

10.3.4 Elaboración del Programa escolar de Prevención integrada de Obesidad y TCA “Everybody Has a Body”.

Como ya hemos comentado en el capítulo 8, el programa escolar de prevención primaria integrada de TCA y obesidad, que hemos titulado “Everybody has a body”, ha sido fruto de una extensa revisión bibliográfica sobre teorías que indican las maneras más adecuadas de abordar

la prevención y en base a las iniciativas con más impacto y mejores resultados que se han encontrado hasta la fecha, así como las guías alimentarias más actuales. Se aplica la metodología que se ha considerado más adecuada para el alumnado, con un diseño interactivo, participativo y constructivista, donde los niños participan a través de juegos, debates, discusiones, dibujos, visualización de vídeos y otras actividades tanto grupales como individuales mientras son los creadores de su propio conocimiento.

Se ha construido desde la aproximación que integra la prevención de los TCA y la obesidad de forma conjunta. De manera que incorpora un componente dedicado íntegramente a potenciar una alimentación equilibrada y saludable, con una aproximación positiva a la educación nutricional y se aglutina un amplio conjunto de variables relevantes para todo el espectro de los problemas relacionados con la alimentación y el peso (TCA y obesidad): interiorización del ideal de delgadez, autoestima, insatisfacción corporal, conductas alimentarias de riesgo, desarrollo de habilidades para resistir la presión social y la influencia sociocultural, interpretar y resistir la influencia de los medios de comunicación (alfabetización mediática), habilidades sociales y gestión emocional.

Respecto a los enfoques, se lleva a cabo desde un enfoque ecológico, que considera que la educación ocurre en ambientes naturales y contextuales de la vida diaria de los niños y niñas. Se trabaja potenciando las habilidades y fortalezas de los alumnos y no se pone el foco en las carencias o en las habilidades que los niños no llegan a alcanzar.

Es preciso advertir que el programa fue revisado por dos psicólogas totalmente independientes entre sí, pero ambas expertas en los ámbitos de TCA y obesidad y con amplia trayectoria reconocida en estos espacios. Estas psicólogas hicieron propuestas de mejora y aconsejaron eliminar algunos contenidos, hechos que evidentemente, se tuvieron en cuenta en pro de alcanzar la mejor versión del programa. En suma, fue validado por las expertas.

La intervención tiene una duración de 11 sesiones semanales de aproximadamente 60 minutos de duración cada una y se integra en el horario escolar habitual. Destinado a alumnado de 5º y 6º de primaria, en el que también se tuvo en consideración involucrar a las familias.

Como es sabido, el objetivo primordial del programa es prevenir los trastornos de

la conducta alimentaria y la obesidad en alumnado preadolescente, de donde se derivan los siguientes objetivos secundarios:

- Promocionar hábitos alimentarios saludables y educar sobre alimentación
- Sensibilizar sobre la relación entre alimentación y salud
- Crear una conciencia crítica sobre los medios de comunicación
- Alimentar una autoestima saludable
- Construir una imagen corporal positiva y combatir la interiorización del ideal de delgadez
- Comprender los cambios derivados de la pubertad y asumir la adolescencia como una etapa vital positiva
- Desarrollar una buena gestión de las emociones

Mientras tanto, los contenidos son:

- Promoción de alimentación, hábitos y estilo de vida saludables
- Aceptación de los diferentes tipos de cuerpos
- Construcción de autoestima e imagen corporal saludables
- Potenciación del sentido crítico hacia los medios de comunicación y la publicidad, y cuestionamiento de los cánones estéticos impuestos por la sociedad
- Gestión y regulación de las emociones

Adicionalmente, el título, “Everybody has a body”, es un juego de palabras que hace referencia a la aceptación de todos los tipos de cuerpos, en pro de la búsqueda de un estilo de vida saludable pero sin tratar de imitar los cuerpos de los modelos ni los que aparecen en televisión, ni seguir modas absurdas y/o peligrosas para adelgazar. En este programa, de acuerdo con la literatura disponible, se centra el foco de atención en la salud de la persona y no en su peso. Es un programa que contribuye a promover la aceptación de la diversidad corporal, terminar con la discriminación relacionada con el peso y reducir la obsesión por la pérdida de peso y sacralización de la delgadez, a la vez que se enseñan hábitos alimentarios saludables, se promueve la aceptación de los cambios que experimenta el cuerpo durante la pubertad y se desarrolla un pensamiento crítico en relación con los mensajes mediáticos. Por lo tanto, consideramos que el eslogan “Everybody has a body” resume muy bien el contenido del

programa.

Se trata pues de un programa innovador, coeducativo e inclusivo que incluye tanto el cuaderno para el alumno (anexo II), la guía docente (anexo III) que incorpora asimismo recomendaciones generales para las familias (se describen de forma más detallada en el apartado 7.3.2) y adicionalmente, el cuestionario CETRAR (se encuentra en anexo V).

Es necesario puntualizar, que algunas de las actividades que aparecen en el programa han estado inspiradas en otros talleres de alimentación o literatura consultada. Así, en la confección del programa “Everybody has a body” se ha utilizado información de los siguientes trabajos, que se encuentran ordenados alfabéticamente:

- “Alimentación y nutrición saludable”. Guía Docente del Ministerio de Salud Mendoza
- “Excepcionalmente Yo”. Guía de Dove, proyecto para la autoestima. En <https://www.dove.com/es/autoestima.html>
- Guía de Prevención de los Trastornos de la Conducta Alimentaria y el sobrepeso del gobierno de Cantabria
- Guía Práctica. Prevención de los trastornos de la conducta alimentaria del Grupo Zarima-Prevención de la Unidad Mixta de Investigación del Hospital Clínico Universitario de Zaragoza y Consejo Nacional de la Juventud de Aragón.
- Raich, R. M., Sánchez-Carracedo, D. y López-Guimerà, G. (2008). Alimentación, modelo estético femenino y medios de comunicación. Cómo formar alumnos críticos en Educación Secundaria. Graó.
- Voltas, M. (2004), Prevenció inespecífica dels trastorns de conducta alimentària, Barcelona, España, ACAB (Associació contra l’Anorèxia i la Bulímia).

10.4 Tercera Fase: Trabajo de Campo

10.4.1 Población.

El estudio se realizó en el marco educativo de la Comunidad Valenciana, donde se seleccionaron cuatro colegios de las tres provincias: un colegio de la provincia de Castellón, un colegio de la ciudad de València y dos colegios de la provincia de Alicante, siendo todos ellos

colegios mixtos y públicos, tanto de áreas urbanas como sub-urbanas y rurales.

Aunque se solicitó la colaboración de otras muchas escuelas, no fue posible encontrar más escuelas dispuestas a aplicar el programa, entre otras razones porque el curso 2020/2021 ha estado fuertemente marcado y condicionado por la pandemia del COVID-19.

Los participantes fueron los y las estudiantes escolarizados/as en las clases de 5º y 6º de Educación Primaria de estas escuelas, ya que centramos el trabajo en la preadolescencia.

Previa aceptación del director de los centros y del personal educativo, se solicitó las pertinentes autorizaciones a la Conselleria d'Educació y a los tutores legales de los alumnos y alumnas, dando toda la información necesaria. Se seleccionaron los grupos de 5º y/o 6º de cada centro y los criterios de inclusión fueron estar matriculados en dichos grupos en las escuelas seleccionadas, conocer la lengua española, y que los padres o tutores legales hubiesen firmado el consentimiento informado.

10.4.2 Muestra general.

El total de colegios seleccionados es cuatro, aunque la oferta fue extensiva a cientos de escuelas y la voluntad de este equipo de investigación, era que fuera el mayor número de colegios posible, para contar con una muestra más amplia y de un contexto variado. Sin embargo, el mínimo que el equipo había establecido para poder llevar a cabo la investigación, era al menos un colegio de cada provincia de la Comunidad Valenciana, y se cumplió con este ítem, ya que se consiguió un colegio de la provincia de Castellón, uno de la provincia de Valencia, y dos de la provincia de Alicante. Asimismo, no debemos perder de vista, que conseguir la aceptación de las escuelas fue una ardua tarea que se vio todavía más complicada a causa de la pandemia mundial generada por COVID-19 en el año 2020, y es que algunos de los centros educativos que habían confirmado con anterioridad a la pandemia, se echaron atrás y declinaron la oferta por diversos inconvenientes: para empezar, la aplicación del programa, que estaba prevista para el tercer trimestre del curso 2019/2020, se retrasó al curso siguiente, pues este se terminó de forma no presencial. En el siguiente curso 2020/2021, algunos de los maestros que habían aceptado la propuesta, cambiaron de destino y se produjeron otras muchas modificaciones que

alteraban el orden normal de las escuelas y que añadieron dificultades para que nuevas escuelas se adherieran al proyecto: muchas de las clases se convirtieron en “grupos burbuja”, en los que ningún docente a parte del tutor podía dar clase de forma presencial si no era manteniendo una distancia de seguridad. También grupos más reducidos y por tanto, mayor número de grupos, lo que significaba, que más docentes tenían que estar de acuerdo con impartir el programa. Asimismo, se recomendaba que ninguna persona ajena a la escuela accediera al interior del centro, y se limitaron las actividades como talleres y charlas. Confinamientos constantes, de maestros y clases, cuando aparecía algún positivo en COVID, así como múltiples cambios en el funcionamiento de las escuelas: tutores que estaban sobrecargados porque tuvieron que asumir especialidades, entradas múltiples al centro por diferentes accesos y horarios para que no se juntaran gran cantidad de alumnos, modificaciones en los turnos de comedor escolar, etc. A todo esto, se debe añadir, las complicaciones normales que suelen conllevar este tipo de proyectos en los colegios, pues se necesita predisposición de los equipos directivos, implicación de los maestros, visto bueno de familias y administraciones, etc. Además, como es comprensible, fue complicado conseguir que algunos maestros “accedieran” a impartir ellos mismos el taller, puesto que requería de formación previa y coordinación con el equipo de investigación, con un elevado número de sesiones, que puede ser difícil de compaginar con su programación de aula. Además, los recursos económicos que se asignaron a esta investigación fueron escasos y se determinaron a posteriori, lo que también limitó el número de escuelas que podían participar. En última instancia, algunas escuelas no accedieron a participar como grupos control.

Por lo tanto, las escuelas que sí aplicaron el programa Everybody has a body fueron las siguientes:

Colegio La Moreria. El colegio de educación infantil y primaria La Moreria, es una escuela pública, de una línea, que se encuentra localizada en Les Coves de Vinromà, una pequeña población al norte de Castellón, situada a 45km de la capital, en la comarca de la Plana Alta, y que cuenta con alrededor de 2000 habitantes. El C.E.I.P. La Morería es una escuela rural, que da servicio a todos los niños y niñas del municipio, donde sus habitantes son mayoritariamente agricultores y ganaderos, y en los últimos años también ha crecido el trabajo en la industria. Una

de las señas de identidad del colegio, es su radio escolar, en la que participa activamente el alumnado.

De este centro escolar participó la clase de 6º curso, que cuenta con un total de 20 preadolescentes.

Colegio Municipal Benimaclet, es un colegio público, de educación infantil y primaria con dos líneas por nivel. Se encuentra localizado en la ciudad de València, en el barrio de Benimaclet, un barrio que destaca por encontrarse a las afueras de la gran ciudad, colindando con la huerta valenciana y cercano a las universidades. Se trata de un barrio muy intercultural, donde conviven vecinos que descienden de Benimaclet, con estudiantes universitarios y con un gran número de inmigrantes. Lo que se ve claramente reflejado en la escuela, a la que acude tanto alumnado de familias de un nivel socio-cultural medio y bajo, con un gran número de alumnado inmigrante. Las familias se encuentran muy comprometidas con la escuela, en la que destaca el huerto escolar. Además, el colegio sobresale por su proyecto de tutorías afectivas y se encuentra inmerso en un proyecto de Erasmus+ de educación para la Paz.

De esta escuela participaron 72 estudiantes, correspondientes a una clase de 5º de primaria y dos clases de 6º.

Colegio Horta Major, se encuentra situado en la localidad de Alcoi (Alicante), en la comarca de l'Alcoià. Esta localidad cuenta con alrededor de 60.000 habitantes. Es un colegio público de educación infantil y primaria, ubicado en un entorno semi-urbano, con dos líneas por nivel. En cuanto a las familias que acuden al centro, el nivel sociocultural es medio, abundan los profesionales de la clase media trabajadora. Además, cuenta con un índice de un 15% de alumnado extranjero. El centro se define como una escuela activa, emprendedora, acogedora, reflexiva, que además está inmersa en gran cantidad de proyectos, tales como Educación Vial, Respectant el Medi Ambient, Erasmus+...

De este centro participaron 2 clases de 6º de primaria y una de 5º, con un total de 64 niños y niñas.

Colegio Serra Gelada. La escuela se encuentra en Benidorm (Alicante), y está situada a las afueras de la población, en una zona urbana. Allí acuden alumnos de familias locales,

vecinas de las urbanizaciones colindantes, de un nivel socio-cultural medio, así como un gran porcentaje de alumnado inmigrante procedentes de Europa del este, asentados en numerosas ciudades de la costa levantina como es Benidorm. En general, la situación laboral de las familias es estable y predomina la actividad hostelera, aunque casi un tercio se encuentra con un contrato temporal, ya que Benidorm es una ciudad conocida internacionalmente por su turismo, que crece exponencialmente en verano y es en esta época del año cuando aumentan el número de contrataciones laborales. En cuanto a los estudios de los padres, la mayoría tienen estudios primarios y un gran número tienen estudios medios, pero sólo un bajo porcentaje poseen estudios superiores.

Es un centro público de infantil y primaria, de dos líneas por nivel. Destaca por llevar a cabo metodologías innovadoras, tal como ABN desde la etapa infantil, proyecto de medio ambiente con huerto escolar y son centro educativo promotor de la actividad física y el deporte (CEPAFE).

De este centro participó en el programa una clase de 5º de primaria con un total de 23 alumnos.

10.4.3 Muestra de los Participantes en la Investigación.

El total de colegios seleccionados es cuatro, y la muestra está formada por un total de 179 sujetos. El criterio de inclusión para poder participar en el estudio era, que los padres o tutores legales firmaran el consentimiento de participación, y que el alumno/a comprendiera el idioma castellano.

Consideramos que los datos obtenidos de esta muestra son suficientes y pueden ser extrapolables al alumnado de características similares de otros centros.

Grupo: Edad

Respecto a la edad de la muestra, la mayoría de los alumnos tenían 11 años (49,7%), 89 niños/as. De 10 años había 42 participantes (23,5%), de 12 años 41 participantes (22,9%), y en último lugar, de 13 años, 6 participantes (3,4%). La edad media es 11,06 y la desviación 0,775.

Grupo: Curso

Así, en cuanto al curso, 70 participantes (39,1%) iban a 5º de primaria y 109 (60,9%) a 6º

de primaria.

Grupo: Género

En cuanto a la variable sexo de la muestra, 102 son niños (57%) y 76 niñas (42,5%), uno de los participantes no responde. Es una variable dicotómica, se identificará la variabilidad de actitudes, hábitos y comportamientos según dicha variable.

Grupo: IMC

En referencia al índice de masa corporal (IMC), se ha diferenciado por géneros y se ha clasificado, de acuerdo con la OMS (World Health Organization, 2007a), en tres grupos: peso normal, sobrepeso y obesidad.

Tabla 21

Clasificación en Peso Normal, Sobrepeso, Obesidad según el IMC

SEXO	EDAD	PESO NORMAL (IMC)	SOBREPESO (IMC)	OBESIDAD (IMC)
NIÑOS	10 AÑOS	16,5-18,5	18,5-21,5	21,5-26
	11 AÑOS	17-19	19-22,5	22,5-28
	12 AÑOS	17,5-20	20-23,5	23,5-30
	13 AÑOS	18,5-21	21-25	25-31,5
NIÑAS	10 AÑOS	16,5-19	19-22,5	22,5-28,5
	11 AÑOS	17,5-20	20-23,5	23,5-30
	12 AÑOS	18-21	21-25	25-32
	13 AÑOS	19-22	22-26	26-33,5

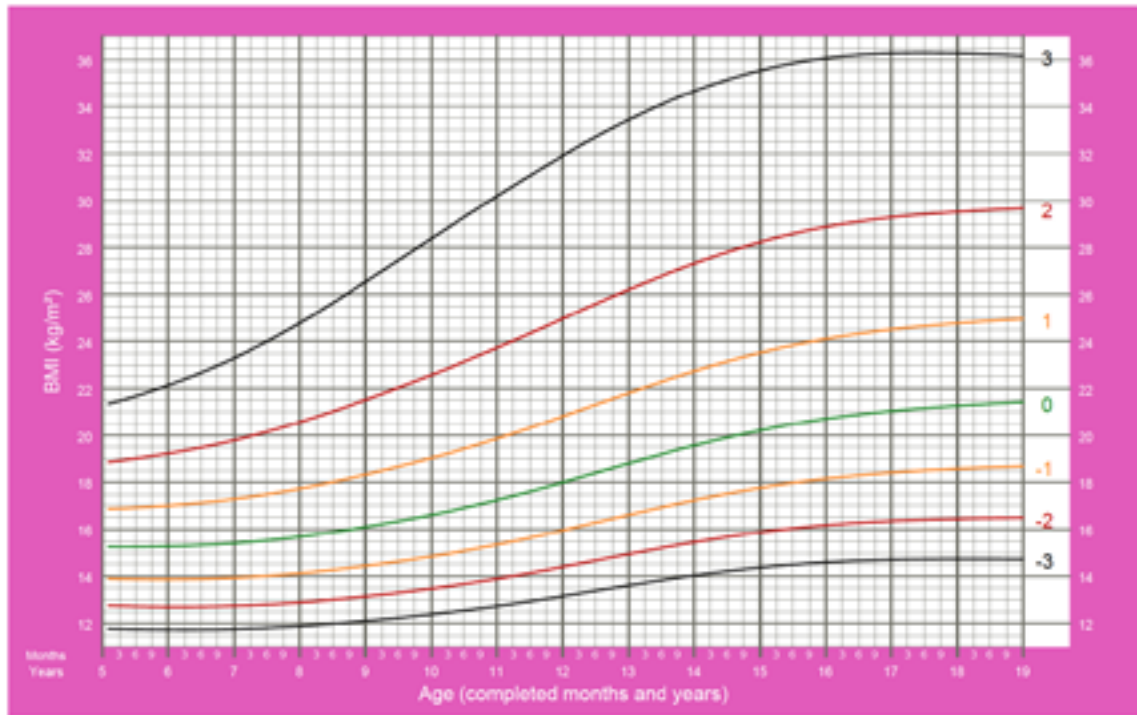
Nota. Elaboración propia de acuerdo a los datos ofrecidos por la OMS (World Health Organization, 2007a)

Figura 2

Índice de Masa Corporal según Edad Niñas de 5 a 19 años (Puntaje Z)

BMI-for-age GIRLS

5 to 19 years (z-scores)

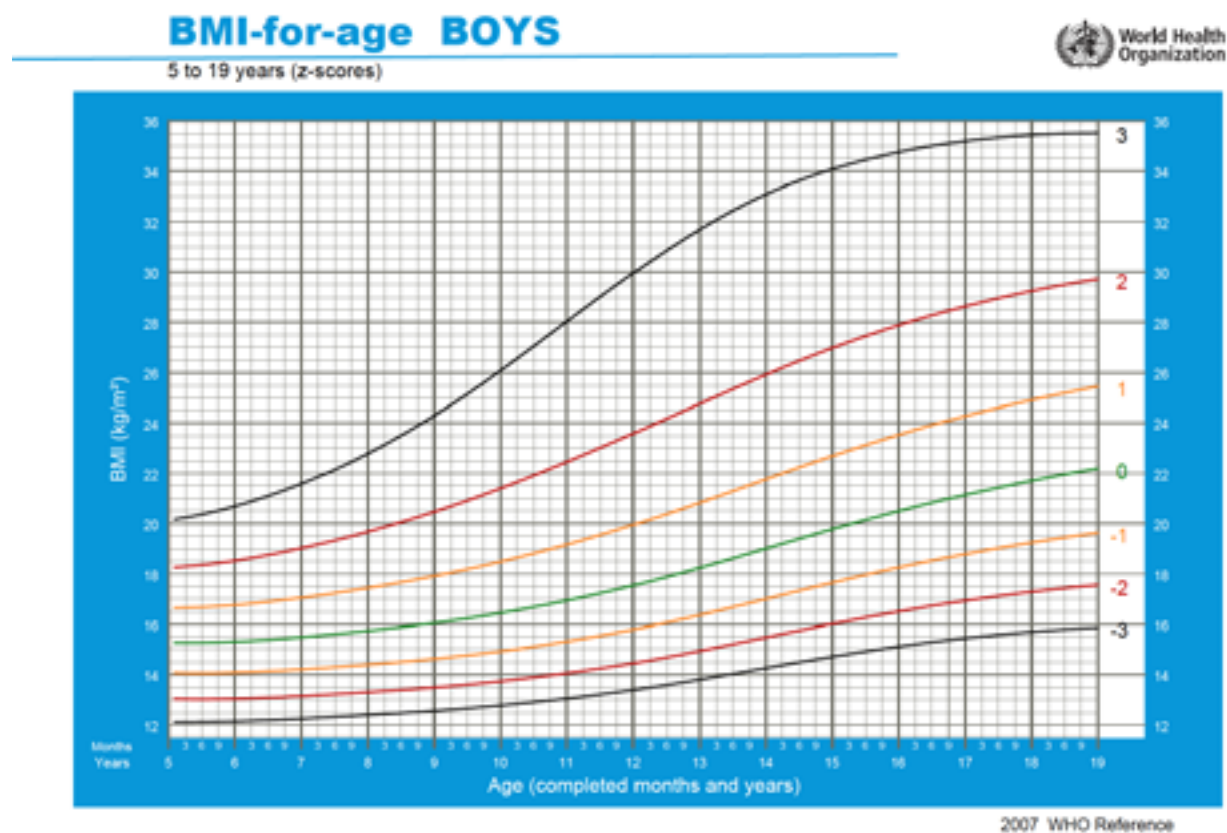


2007 WHO Reference

Nota. Figura obtenida de la OMS (World Health Organization, 2007a)

Figura 3

Índice de Masa Corporal según Edad Niños de 5 a 19 años (Puntaje Z)



Nota. Figura obtenida de la OMS (World Health Organization, 2007a)

Por lo tanto, de acuerdo con esta clasificación ofrecida por la OMS, podemos determinar que, en cuanto a los varones, 38 de ellos (37,3%) presentan un IMC normal para su edad, 23 de ellos sobrepeso (22,5%), y 25 obesidad (24,5%). De los 16 niños restantes no se ha podido calcular pues no se conocen el peso y/o la altura.

En referencia a las chicas, 47 de ellas (61,8%) presentan un IMC normal para su edad, 9 de ellas (11,8%), sobrepeso, y 8 tienen obesidad (10,5%).

Grupo: Zona de ubicación del centro escolar

En cuanto a la variable zona de ubicación del centro escolar, 96 de los participantes dicen que se encuentra en una zona urbana (53,6%), 19 en una zona rural (10,6%), y 64 en una zona suburbana (35,8%).

Grupo: Situación laboral del progenitor 1

Según la variable Situación laboral del progenitor 1, más de la mitad de los padres del alumnado de la muestra, trabajan fuera de casa: 142 de ellos (el 79,3%). Una minoría, 5 padres, trabajan sólo en las tareas de la casa (el 2,8%), mientras que 8 de ellos están parados (4,5%), 2 son jubilados/pensionistas (1,1%), 3 han fallecido (1,7%) y 15 alumnos/as responden que no saben cuál es la situación laboral de su padre (8,4%).

Grupo: Estudios del progenitor 1

En cuanto a la variable Estudios del progenitor 1, 14 de los padres de la muestra (7,8%), no poseen estudios o tiene estudios primarios sin terminar. Asimismo, 18 han terminado los estudios primarios, y tienen el certificado escolar o graduado escolar. También 16, (8,9%) tienen formación profesional o bachillerato superior. 25 de ellos (14%) poseen estudios universitarios. Sin embargo, la mayoría de los alumnos/as que componen la muestra, desconoce cuál es el nivel más alto de estudios de su padre (103 de ellos, correspondiente al 57,5%).

Grupo: Situación laboral del progenitor 2

En lo que hace referencia a la situación laboral del progenitor 2, la mayoría (66,5%) trabajan, 41 trabajan solamente en las tareas de la casa (22,9%), 12 de ellos están parados (6,7%), 1 ha fallecido (0,6%), y 5 alumnos responden que no lo saben (2,8%).

Grupo: Estudios del progenitor 2

En cuanto a los Estudios del progenitor 2, 14 de ellos no poseen estudios o tienen los estudios primarios sin terminar (7,8%). 26 de ellos tienen estudios primarios terminados, certificado escolar o graduado escolar (14,5%). También 21 han estudiado formación profesional o bachillerato superior (el 11,7%), mientras que 36 poseen estudios universitarios (20,1%). Sin embargo, la mayoría de los participantes desconocen el nivel de estudios de su progenitor y responden “no lo sé”, siendo 79 de ellos (44,1%).

Grupo: Situación familiar

En referencia a la variable Situación familiar, la mayoría de la muestra tiene una situación familiar tradicional (dos progenitores), siendo un total de 128 de ellos (71,5%). Otros 40, responden que sus padres están divorciados (22,3%), 4 pertenecen a una familia monoparental (2,2%) y en otros 4 casos, su madre o padre ha fallecido (2,2%). Solamente una persona responde “otra”

(0,6%).

Grupo: Con quién come

En cuanto a quién le acompaña a la hora de comer, 63 comen en el comedor escolar, (35,2%), mientras que la mayoría comen con su familia, 109 (60,9%). Así como 5 de ellos comen solos (2,8%).

Grupo: Con quién cena

En referencia a la variable, Con quién cena, la mayoría (173 estudiantes) cenan acompañados por su familia (96,6%), y únicamente 5 de ellos cenan solos (2,8%).

Grupo: Práctica deportiva

En la variable Práctica deportiva, se encuentra que 126 de ellos sí que practican regularmente deporte fuera de la escuela (70,4%), mientras que 51 no lo hacen (28,5%).

Grupo: Tipo de deporte

Así, entre los que han respondido que sí que practicaban deporte, la mayoría son de pelota, (25,7%), el 12,3% practican danza, el 5% se dedican a deportes de raqueta, 4,5% practican atletismo, 3,4% deportes acuáticos, otros 3,4% gimnasia rítmica o artística, y el 15,1% han respondido “otros”.

Grupo: Horas semanales de deporte

En referencia a la variable Horas semanales de deporte, el 42,5% practica de 1 a 3 horas semanales de deporte fuera de la escuela, el 19,6% de 4 a 6 horas semanales, y solo el 7,3% más de 6 horas semanales.

Grupo: Tipo principal de desplazamiento

En cuanto al modo principal de desplazamiento en su día a día (para ir al colegio, a comprar, a hacer deporte, a casa de familiares y amigos...), 108 de ellos dicen que es caminando (60,3%), 61 en coche u otro vehículo mecánico (34,1%) y 9 de ellos en bicicleta (5%).

Grupo: Redes sociales

Por último, en referencia a las redes sociales más utilizadas, son en primer lugar Youtube (31%), en segundo lugar WhastsApp (24,8%), TikTok, (21,8%), Instagram (12,3%), Facebook (3,3%) y Twitter (1,3%). Y las emplean principalmente para jugar a videojuegos (26,0%), ver contenido

que les interesa (25,5%), comunicarse por chat (22,9%), seguir a personas famosas (10,2%), publicar fotos y vídeos (7,3%) y estar al tanto de la moda (2,9%).

10.4.4 Procedimiento

En cuanto al trabajo de campo, el procedimiento fue el siguiente:

Como ya se ha indicado, previamente se había confeccionado el programa de prevención primaria integrada de TCA y obesidad, titulado “Everybody has a body”, y a su vez, se desarrolló un instrumento de evaluación y fue validado por un grupo de expertos, el cuestionario CETRAR.

A continuación, se contactó con las escuelas, y tras contar con el apoyo de los docentes implicados, se solicitó permiso a la dirección del centro para realizar el taller y pasar los cuestionarios. A los responsables de cada educando se les solicitó que firmasen dando su consentimiento y se les explicó que podían abandonar en cualquier momento el procedimiento. También se solicitó autorización a la Secretaría autonómica de Educación para pasar los cuestionarios al alumnado. Cuando se hubieron obtenido los permisos pertinentes, se pidió a los colegios que seleccionasen, entre las aulas de 5º y 6º, un grupo control, que a diferencia de los grupos de intervención, no recibiría el programa. Se informó que el objetivo de contar con un grupo control que no recibiese el programa era poder determinar que los resultados que se obtienen en los grupos experimentales, son debidos al propio programa y no a otras variables. Sin embargo, colegios y familias se mostraron reticentes con el hecho de “ceder” datos en los cuestionarios y no recibir el programa, por lo que no fue posible, por esta y otras cuestiones, contar con el grupo control.

Por lo tanto, tras obtener las aprobaciones institucionales y familiares necesarias para el estudio, se puso en marcha el trabajo de campo con los grupos experimentales.

La intervención en las escuelas fue impartida por los propios docentes, que tras mantener una entrevista con ellos y ser instruidos, implementaron las sesiones, siempre orientados por la guía didáctica del proyecto especialmente diseñada para tal fin, que facilitaba la tarea del docente, y contando con el apoyo de este equipo de investigación, para resolver dudas o posibles inconvenientes que pudieran surgir in situ. A los docentes se les dio la instrucción de que a los

alumnos no se les presentase el taller como un programa de prevención de TCA y obesidad, sino más bien un taller sobre alimentación, salud y adquisición de buenos hábitos de vida, pues según los expertos existe riesgo de iatrogenia, en este caso, esto es despertar interés hacia las técnicas para la pérdida de peso y derivar en un TCA, así como sería posible que los alumnos que presenten sobrepeso/obesidad se pudieran sentir humillados o colocados en el punto de mira de sus compañeros/as. Asimismo, se pretendía no sesgar las respuestas del alumnado al rellenar los cuestionarios.

Las sesiones se llevaron a cabo en el horario escolar, en la propia aula ordinaria, en las sesiones a convenir por el tutor/a, siendo recomendable las sesiones de tutoría, aunque por el carácter interdisciplinar del programa también se podía incluir en la programación de algunas áreas tales como ciencias naturales y sociales, educación física, lengua castellana, valores sociales y cívicos... Los únicos requisitos eran que el docente que impartía todo el programa siempre fuera el mismo, y que todos los alumnos del grupo se encontraran juntos, no fueran sesiones donde una parte del alumnado sale del aula ordinaria por desdobles u otras razones.

La intervención se llevó a término durante 11 semanas, dentro de la jornada escolar normal de los niños, no exigiéndoles dedicación en su tiempo libre. Así se pretendía que la comodidad del alumnado fuera mayor, y también que su interés, y por tanto participación e índice de respuestas, fueran los máximos. El momento de implementación fue durante los primeros meses de 2021, una sesión semanal de aproximadamente una hora.

El programa comenzó con el pretest al alumnado, que se realizó con el ya citado cuestionario CETRAR, donde el alumnado tenía que facilitar unos datos sociodemográficos, y contestar de forma anónima a los ítems de la forma más sincera. La confidencialidad de los datos se mantuvo al codificar la identidad de los participantes. Para cada participante se registra género, edad, zona en la que está el centro escolar (urbana, rural o suburbana), situación laboral y nivel de estudios de los progenitores y tipo de familia. También se incluyeron en el estudio las variables antropométricas peso y talla, a partir de las cuales se determinó el Índice de Masa Corporal (IMC) que se comparó con los percentiles propios de la edad para valorar el estado nutricional.

Durante el trabajo de campo, se codifican y verifican los cuestionarios. Unos días después de haber sido completados los cuestionarios por parte del alumnado, el docente empezó a impartir las sesiones del programa. Antes de finalizarlas, el equipo de investigación, realizó una sesión on-line con las familias, para concienciar sobre la importancia de mantener una buena alimentación y vida activa para prevenir enfermedades, potenciar la adquisición de buenos hábitos alimentarios y de vida activa en el hogar, dar información sobre prevención de TCA y obesidad en el ambiente familiar, mostrar estrategias en cuanto a un mejor uso de redes sociales, de gestión de las emociones, y plantear cómo ayudar a desarrollar una autoestima e imagen corporal saludables a sus hijos/as.

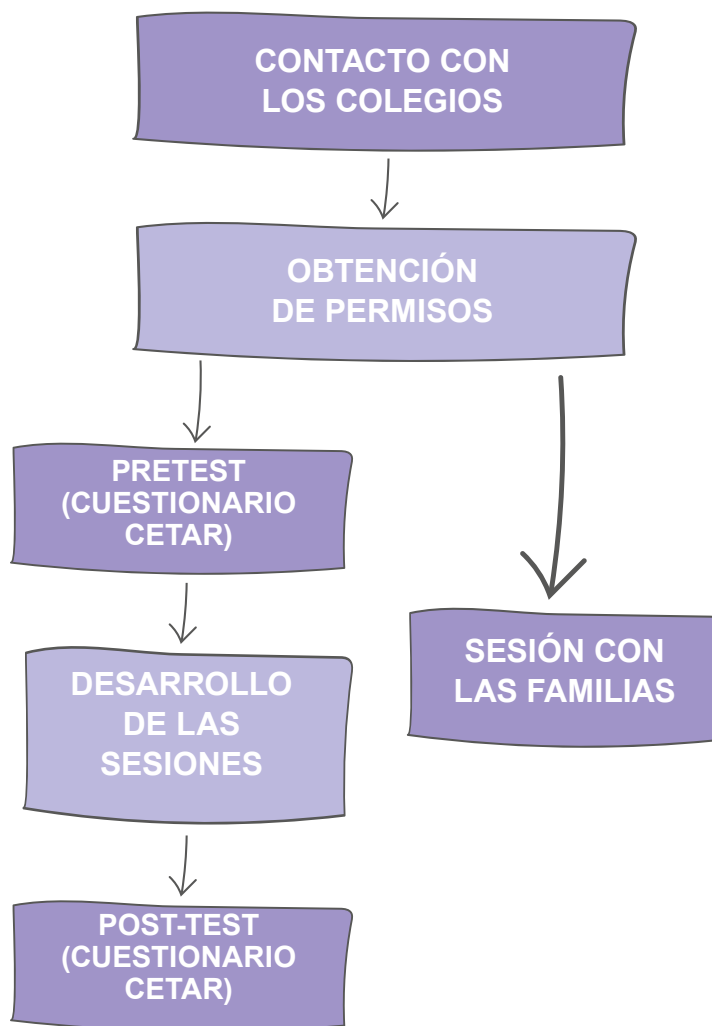
Una vez acabado el taller, una semana después de haber impartido todas las sesiones, se llevó a cabo el post-test, siendo este el segundo pase del mismo cuestionario CETRAR.

Al finalizar la ejecución del programa, se plantea una evaluación cualitativa del mismo, donde se invita al profesorado a plasmar su opinión respecto a la calidad del programa, adecuación de los contenidos, consecución de los objetivos previstos, temporalización, impresión de eficacia y efectividad, así como propuestas de mejora. De igual forma se realiza una evaluación cualitativa al alumnado, para recoger sus impresiones y comentarios respecto al programa, así como para valorar qué consideran que han aprendido, qué sabían anteriormente y cómo el programa puede haber modificado hábitos o conductas.

En cuanto a los materiales necesarios para la correcta implementación del programa, eran la guía docente, que era proporcionada por el equipo de investigación a los docentes. El dossier de actividades para el alumnado, que también se proporcionaba por parte del equipo de investigación. Una caja o bolsa de papel y un espejo que cupiera dentro, para realizar una actividad. Una foto, que debían traer los alumnos. Medio audiovisual para la visualización de un vídeo. Sobres, papel y sellos para enviar algunas cartas.

Figura 4

Actuaciones para llevar a cabo el programa de prevención Everybody has a body



Nota. Elaboración propia

10.4.5 Instrumentos.

El instrumento de evaluación que se empleó tanto para el pretest como post-test es el cuestionario CETRAR, diseñado expresamente para esta investigación, validado satisfactoriamente por un grupo de jueces expertos y aceptado por la Secretaría Autónoma de Educación.

En este instrumento el alumnado responde a ciertas cuestiones acerca de:

- Características sociodemográficas: Edad, género, zona donde se encuentra el centro

escolar, situación laboral y estudios de los progenitores, tipo de familia.

- Características físicas: Peso y talla.
- Hábitos alimentarios: Composición del desayuno, compañía durante las comidas y durante las cenas, frecuencia del consumo de determinados alimentos y tipo de alimentos que consumen.
- Actividad física: Práctica deportiva, frecuencia y tipo de deporte. Manera en la que usualmente se desplazan.
- Variables relacionadas con los conocimientos que tienen sobre nutrición: Creencias sobre alimentación y formas de perder peso.
- Variables relacionadas con las emociones y salud: Influencia de la alimentación, el peso y la figura en el estado de ánimo, relaciones sociales, dificultad para identificar y expresar las emociones (alexitimia), perfeccionismo, autoestima, satisfacción corporal e imagen corporal, preocupación por la imagen e interiorización del ideal de delgadez; y relación entre alimentación y salud.
- Variables relacionadas con la evaluación de la conducta alimentaria (TCA y obesidad): conductas de riesgo, sintomatología bulímica y seguimiento de dietas para la pérdida de peso.
- Variables relacionadas con la influencia que ejercen las redes sociales y medios de comunicación: Tipos de redes sociales usadas, frecuencia, uso de redes sociales, influencia de los medios de comunicación en la aceptación del propio cuerpo, influencia de las redes sociales en la autoestima e imagen corporal e influencia de los medios de comunicación en los hábitos alimentarios.

10.5 Cuarta Fase: Explotación de Datos

10.5.1 Recogida de Datos y Posterior Análisis.

Por un lado, los datos cuantitativos se recogieron mediante el programa SPSS, que es un programa estadístico informático que nos ha permitido crear tablas.

Los procedimientos seguidos han sido los siguientes:

1. Construcción de la base de datos en SPSS. Transformación de variables tanto

cuantitativas como respuestas abiertas a etiquetas homogéneas. Edición y solución de errores en la matriz de respuestas.

2. Elaboración y examen de las frecuencias de cada una de las variables de los cuestionarios, analizando el índice de omisiones, detección de datos erróneos y datos anómalos y corrección de los errores.

3. Estadísticos de posición y dispersión: análisis de frecuencias, medias, medianas, desviaciones, percentiles de cada pregunta, percentiles acumulados de todas las variables cualitativas y ordinales de ambos cuestionarios, con concreción de algunas tablas de contingencia. Realizado en todas las variables.

Por otro lado, en referencia a los datos cualitativos, se recogieron mediante transcripciones, y cuando fue posible, obteniendo porcentajes.

Todos los datos se encuentran recogidos en la parte V de la tesis, titulada Resultados.

10.6 Quinta Fase: Vías futuras de Continuidad del Programa

Una vez que se habían recogido y analizado los datos, se ha considerado conveniente continuar con el programa de prevención de TCA y obesidad, y estas son algunas de las medidas que se han puesto en marcha en una de las escuelas para mantener el programa en el tiempo:

10.6.1 Formación del Profesorado.

En primer lugar, para conseguir los mejores resultados en la prevención de TCA y obesidad en la escuela, es conveniente que el profesorado del centro esté implicado, sea consciente de la necesidad de prevención y de la importancia de la educación alimentaria en la escuela. También de acuerdo con la OMS, que recomienda a los países europeos facilitar formación específica en materia de alimentación-nutrición al profesorado, en miras a promover este tipo de programas en los entornos educativos (Comité Científico Asociación para la Promoción y el Consumo de Frutas y Hortalizas “5 al día”, 2011).

Por tales motivos, en uno de los centros donde se llevó a cabo el programa Everybody has a body, este es el Centro Municipal Benimaclet, de València. Se ha llevado a cabo una formación

de alimentación a cargo de este equipo de investigación, titulada “Foment d’una alimentació saludable a l’escola” (fomento de una alimentación saludable en la escuela), que ha sido elegida y votada por el claustro, incluida en el Plan Anual de Formación (PAF) y por lo tanto, aprobada por la Conselleria de Educación Cultura y Deporte y reconocida por el CEFIRE, que son los centros de formación, innovación y recursos educativos de la Comunidad Valenciana para la formación permanente del profesorado.

Dicha formación, consta de un total de 30 horas, repartidas en 10 sesiones, donde los docentes aprenden qué es la obesidad y los TCA (incidencia, factores de riesgo, factores de protección...), estrategias para prevenirlos, cómo llevar a cabo educación alimentaria, ejemplos de actividades prácticas sobre alimentación, cómo poner en marcha un proyecto de almuerzos saludables para toda la escuela, etc. En anexo VI se encuentra un informe detallado de esta formación.

10.6.2 Sesiones informativas para las Familias.

De igual manera, se ha decidido implementar en el Colegio Municipal Benimaclet, de manera permanente, formación sobre alimentación a las familias. Por lo tanto, periódicamente, se están realizando sesiones presenciales con las familias que voluntariamente están dispuestas a asistir. Se ha contado con ellas por dos razones, y es que es imprescindible contar con el amparo de la familia para poner en práctica lo aprendido en la escuela y que el niño sea capaz de llevar buenos hábitos de alimentación en casa, y en segundo lugar, porque a raíz del programa “Everybody has a body”, han sido las familias las que han reclamado más participación en la educación alimentaria y han mostrado sus deseos de aprender más al respecto. En anexo VII se encuentra un informe explicativo.

10.6.3 Colaboración de la Escuela con el Barrio.

En última instancia, cabe destacar que el Ayuntamiento de Valencia, (localidad donde se encuentra esta escuela), con motivo de la semana de la salud, ha promovido entre las asociaciones de vecinos de los barrios de la ciudad, el desarrollo de actividades en los colegios que promocionen

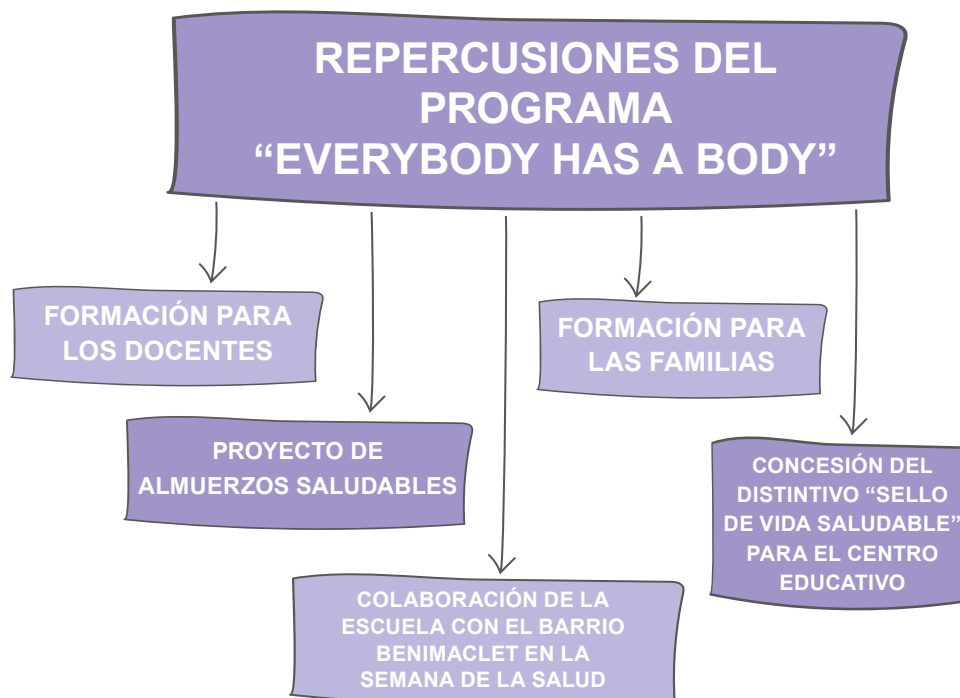
la salud. Concretamente en el barrio donde se encuentra ubicado este colegio, la asociación de vecinos optó por promocionar entre las escuelas la educación alimentaria. De manera que, la escuela, colaborando con la asociación de vecinos, ha seguido desarrollando este proyecto, por lo cual ha recibido una pequeña dotación económica, para canjear en algunas papelerías del barrio a cambio de libros y materiales. En esta escuela hemos optado por desarrollar, en el marco del programa de prevención de TCA y obesidad que ya se venía implantando, un proyecto de almuerzos saludables, dirigido a toda la escuela y especialmente a 5º y 6º de primaria.

Asimismo, desde la asociación de vecinos, ha acudido a la escuela una nutricionista para supervisar el proyecto de almuerzos saludables, la formación al profesorado y a las familias anteriormente comentadas, y mantener reuniones educativas con el alumnado.

A modo de resumen, en la figura 5 se pueden apreciar las repercusiones directas que ha tenido la aplicación del programa *Everybody has a body* en las escuelas.

Figura 5

*Repercusiones del programa de prevención *Everybody has a body**



Nota. Elaboración propia

10.7 Recapitulaciones

Teniendo en consideración que el objetivo principal de esta tesis doctoral es diseñar, aplicar y evaluar la eficacia de un programa de prevención de los trastornos de la conducta alimentaria y la obesidad, dirigido a preadolescentes escolarizados de la Comunidad Valenciana; era conveniente conocer de primera mano la realidad de un grupo de preadolescentes valencianos. Hecho que se llevó a cabo a través de una investigación cualitativa mediante grupo focal. En síntesis, se determinó que los participantes, preadolescentes valencianos, no poseían cimientos sólidos en cuanto a conocimientos sobre alimentación y nutrición, sus hábitos alimentarios eran deficientes, en general sentían insatisfacción corporal y les preocupaba considerablemente que las redes sociales afectaban negativamente a su autoestima y les hacían sentir vulnerables ante la marea de cuerpos delgados que internet ofrece continuamente y que parece que tienen que imitar para alcanzar los cánones de belleza. Sin embargo, los participantes no eran conscientes de los trucos que las redes sociales y la publicidad utilizan.

A la luz de estos datos, se determinaron las dimensiones que vertebran esta investigación, siendo finalmente, cuatro:

- Creencias y conocimientos generales sobre alimentación que posee el alumnado de Educación Primaria.
- Variables emocionales
- Evaluación de la conducta alimentaria
- Influencia de las redes sociales y medios de comunicación en relación a los TCA y obesidad

Así, a partir de todo lo expuesto y la literatura disponible, se confeccionó el instrumento de evaluación, el cuestionario CETRAR y se elaboró el programa escolar de prevención integrada de obesidad y TCA “Everybody has a body”, ambos revisados y avalados por expertos. El programa de prevención se llevó a cabo satisfactoriamente en cuatro escuelas de la Comunidad Valenciana durante el curso escolar 2020/2021.

Debido en parte a los buenos resultados que se han conseguido con el programa, y la satisfacción de los alumnos y docentes implicados, el curso siguiente, 2021/2022, se continúa

con el programa en algunas escuelas (aunque los resultados ya no formarán parte de esta tesis doctoral). Así, el proyecto se ha visto ampliado, y además de la realización del programa Everybody has a body con el alumnado de 5º y 6º, también se imparte formación (reconocida por el órgano competente) al profesorado sobre alimentación en la escuela y prevención de obesidad y TCA, así como sesiones informativas para las familias del centro escolar, e incluso se realiza un proyecto de almuerzos saludables para todo el alumnado de la escuela, desde infantil hasta sexto de primaria.

V Parte: Resultados



En esta parte se van a incluir los resultados que se han obtenido en esta investigación. Dichos resultados se pueden diferenciar en dos grandes bloques, por un lado, los resultados de los análisis estadísticos cuantitativos, obtenidos del cuestionario CETRAR. En segundo lugar, los resultados de las aportaciones cualitativas, que a su vez se dividen en dos sub-grupos, el *feedback* obtenido de los alumnos, y el de los docentes, pues se ha querido contar con la opinión de ambos grupos.

A través de estos resultados, se va a valorar la eficacia del taller, entendiendo que si las puntuaciones posteriores al programa, son mejores que las puntuaciones previas, entonces tendrá sentido concluir que el programa Everybody has a body, podría ser responsable de la mejora.

Es muy importante evaluar el proceso de la prevención, ya que una evaluación rigurosa, tanto del proceso como de los resultados, es elemental para demostrar eficacia, efectividad y eficiencia. Con todo, una de las partes más importantes al implementar un programa piloto, es evaluar el grado de consecución de los objetivos. Por lo que se ha tenido en cuenta la confección de un cuestionario específico para tal fin, así como la retroalimentación o *feedback*, mediante evaluaciones, tanto a alumnado como profesorado (Ruiz-Lázaro, Velilla y González, 2017).

Capítulo 11: Resultados de la Investigación

11.1 Análisis Estadísticos Cuantitativos

Tabla 22

Evaluación de la Conducta Alimentaria

Subdimensiones	Ítems	Media	Desviación típica	Wilcoxon
Conductas de riesgo	25 PRE	1,80	1,150	,215
	25 POST	1,68	1,017	
	34 PRE	3,21	1,166	,000*
	34 POST	2,80	1,041	

Subdimensiones	Ítems	Media	Desviación típica	Wilcoxon
Conductas de riesgo	47 PRE	1,14	,524	,422
	47 POST	1,12	,527	
	48 PRE	2,59	1,238	,007*
	48 POST	2,36	1,244	
	49 PRE	1,78	1,140	,000*
	49 POST	1,34	,803	
Sintomatología bulímica	51 PRE	2,15	1,358	,022**
	51 POST	1,85	1,150	
	54 PRE	1,47	,714	,003*
	54 POST	1,31	,522	
	62 PRE	2,36	1,215	,000*
	62 POST	2,04	1,002	
Seguimiento de dietas para la pérdida de peso	60 PRE	1,98	1,262	,000*
	60 POST	1,51	,946	

*p<0,01

**p<0,05

Dentro de la dimensión “evaluación de la conducta alimentaria”, se observa que los participantes han mejorado significativamente su conducta alimentaria, ya que han disminuido las conductas de riesgo, sintomatología bulímica y el seguimiento de dietas para la pérdida de peso. Destacamos por su significación estadística los ítems:

34. *Hago mucho ejercicio para quemar calorías.*

48. *Evito comer alimentos que creo que engordan.*

49. *Me salto comidas (como el desayuno, almuerzo, cena...) para adelgazar.*

51. *Me siento muy culpable cuando como en exceso.*

54. *Vomito después de haber comido.*

62. *Suelo hartarme de comida.*

60. *He tratado de perder peso haciendo dietas o dejando de comer.*

Tabla 23

Creencias y Conocimientos Generales sobre Alimentación y Hábitos Alimentarios

Subdimensiones	Ítems	Media	Desviación típica	Wilcoxon
Creencias sobre formas de reducir el peso	24 PRE	2,52	1,234	,000*
	24 POST	1,64	,966	
	26 PRE	3,02	1,182	,000*
	26 POST	2,28	1,212	
	36 PRE	2,25	1,112	,000*
	36 POST	1,81	1,012	
	44 PRE	2,76	1,294	,002*
	44 POST	2,54	1,258	
Conocimientos sobre alimentación	21 PRE	3,15	1,228	,000*
	21 POST	2,64	1,301	
	22 PRE	2,99	,749	,000*
	22 POST	3,24	,681	
	33 PRE	2,74	1,334	,000*
	33 POST	2,24	1,347	
	46 PRE	3,76	1,032	,185
	46 POST	3,86	,961	
	56 PRE	3,12	1,091	,005
	56 POST	3,39	1,089	
64 PRE	2,73	1,102	,000*	
64 POST	2,19	1,036		
Hábitos alimentarios	29 PRE	3,00	1,406	,285
	29 POST	3,14	1,290	

*p<0,01

**p<0,05

Tabla 24*Ítem 31 (Es parte de la Dimensión “Hábitos Alimentarios”)*

	Pretest			Post-test		
	Todos los días	Semanalmente	Nunca	Todos los días	Semanalmente	Nunca
Verduras	46,2%	46,2%	7,6%	46,2%	45,6%	8,3%
Frutas	66,1%	33,3%	0,6%	73,4%	26,6%	
Legumbres	12,0%	71,3%	16,8%	11,3%	79,2%	9,5%

	Pretest			Post-test		
	Todos los días	Semanalmente	Nunca	Todos los días	Semanalmente	Nunca
Productos integrales (pasta, arroz, pan...)	42,7%	53,8%	3,5%	41,8%	52,4%	5,9%
Pasta, arroz, pan normal	52,7%	43,8%	3,6%	47,3%	51,5%	1,2%
Lácteos	60,8%	34,5%	4,7%	61,3%	34,5%	4,2%
Lácteos azucarados	25,7%	63,5%	10,8%	19,0%	64,4%	16,6%
Salchichas, hamburguesas, pizzas, Nuggets, croquetas, patatas fritas...	5,9%	87,0%	7,1%	2,4%	81,5%	16,1%
Carne	26,9%	69,6%	3,5%	33,5%	63,5%	2,9%
Pescado	12,8%	72,1%	15,1%	13,5%	72,9%	13,5%
Dulces o bollería	7,6%	75,3%	17,1%	6,5%	69,0%	24,4%
Refrescos	13,3%	56,6%	30,1%	8,9%	62,7%	28,4%

A la vista de los datos, se puede determinar que los alumnos y alumnas que han recibido el programa Everybody has a body, han mejorado significativamente en lo que a creencias y conocimientos generales sobre alimentación y hábitos alimentarios se refiere, tanto en creencias sobre formas de reducir el peso, conocimientos sobre alimentación, así como hábitos alimentarios. Por su significación estadística, destacan los siguientes ítems:

24. Creo que saltarse alguna comida ayuda a adelgazar.

26. Creo que las dietas de un solo alimento o muy restrictivas (dieta de la piña, dieta de proteínas...) son adecuadas para bajar de peso.

36. *Creo que la sensación de estar hambriento indica que se está perdiendo peso en ese momento.*

44. *Creo que sudar hace perder peso.*

21. *Creo que hay alimentos que adelgazan.*

22. *Creo que se deben consumir estas raciones de fruta y verdura al día.*

33. *Creo que antes de ir al colegio es suficiente con desayunar un vaso de leche o no desayunar.*

56. *Creo que muchas enfermedades están relacionadas con la alimentación.*

64. *Creo que los productos light no engordan.*

En cuanto a sus hábitos, aunque se aprecian mejorías en lo que respecta al desayuno, no se observan mejoras en la frecuencia en la que toman ciertos alimentos. Cabe destacar que los cambios de hábitos son lentos, no se producen automáticamente al poseer mejores conocimientos y más aún en este caso en el que se ha trabajado con preadolescentes que no son autosuficientes para hacer la compra y cocinar, y por lo tanto, la frecuencia en la que toman ciertos alimentos dependerá en gran medida de sus padres o responsables.

Tabla 25

Variables Emocionales

Subdimensiones	Ítems	Media	Desviación Típica	Wilcoxon
Influencia de la alimentación, el peso y la figura en el estado de ánimo	32 PRE	1,90	1,229	,227
	32 POST	1,71	1,074	
	38 PRE	2,78	1,329	,000*
	38 POST	2,21	1,277	
Relaciones sociales	28 PRE	2,05	1,261	,013**
	28 POST	1,82	1,036	
	30 PRE	4,15	,983	,227
	30 POST	4,21	,950	
Dificultad para identificar y expresar las emociones	35 PRE	2,95	1,318	,016**
	35 POST	2,61	1,213	
	50 PRE	2,51	1,274	,002*
	50 POST	2,17	1,125	

Subdimensiones	Ítems	Media	Desviación Típica	Wilcoxon
Perfeccionismo	37 PRE	2,99	1,374	,035**
	37 POST	2,73	1,261	
Autoestima	39 PRE	4,06	1,150	,581
	39 POST	4,09	1,046	
Satisfacción corporal e imagen corporal	18 PRE	2,60	1,111	,003*
	18 POST	2,21	1,150	
	41 PRE	2,37	1,263	,556
	41 POST	2,32	1,295	
	43 PRE	1,61	1,121	,012**
	43 POST	1,40	0,897	
Preocupación por la imagen. Interiorización del ideal de delgadez	27 PRE	2,59	1,345	,000*
	27 POST	2,05	1,139	
	45 PRE	2,30	1,342	,000*
	45 POST	1,93	1,087	

*p<0,01

**p<0,05

Tabla 26*Ítem 19 (es parte de la dimensión “autoestima”)*

	Pretest	Post-test
Faceta deportiva	25,2%	17,6%
Faceta artística	6,3%	8,1%
Personalidad	43,4%	52,0%
Faceta académica	8,4%	10,1%
Aspecto físico	4,2%	3,4%
Nada	1,4%	0,7%
Otros	2,8%	3,4%
No lo sé	8,4%	4,7%

19. *Si las personas que te conocen, tuvieran que destacar tu mejor cualidad, ¿cuál crees que sería?:* Ha aumentado el número de participantes que creen que los demás destacarían su personalidad, su faceta académica y artística. Asimismo, se ha visto reducido el número de personas que creen que destaca su faceta deportiva y su aspecto físico.

Tabla 27

Ítem 20 (es parte de la dimensión “autoestima”)

	Pretest	Post-test
El peso	10,5%	8,9%
Otros cambios físicos	22,2%	19,6%
Aptitudes deportivas	4,3%	1,9%
Personalidad	29,0%	19,0%
Todo	0,6%	0,6%
Nada	20,4%	36,1%
No lo sé	3,7%	3,2%
Aptitudes académicas	4,3%	7,6%
Otros	4,9%	3,2%

20. *Si pudieras cambiar cualquier cosa de ti mismo, ¿qué sería?:* Ha disminuido el número de personas que desearía cambiar su peso y otros cambios físicos, así como también las aptitudes deportivas y la personalidad. De igual manera, ha aumentado considerablemente el porcentaje de personas que no cambiaría nada, y también ha aumentado el número de alumnos que desearían cambiar sus aptitudes académicas.

En síntesis, en la dimensión “variables emocionales” se aprecian cambios reveladores en gran parte de los ítems, de manera que es posible afirmar que los participantes han mejorado significativamente en lo que hace referencia a todas las subdimensiones: influencia de la alimentación, el peso y la figura en el estado de ánimo, relaciones sociales, dificultad para

identificar y expresar las emociones, perfeccionismo, autoestima, satisfacción corporal e imagen corporal y preocupación por la imagen. Interiorización del ideal de delgadez.

Son especialmente relevantes para esta investigación las mejoras significativas apreciadas en los siguientes ítems:

38. *Sería más feliz si estuviera más delgado/a*

18. *Creo que estoy gordo/a aunque otros digan que estoy demasiado delgado/a*

19. *Si las personas que te conocen, tuvieran que destacar tu mejor cualidad, ¿cuál crees que sería?*

20. *Si pudieras cambiar cualquier cosa de ti mismo, ¿qué sería?*

27. *Me preocupa la idea de tener grasa en el cuerpo*

45. *Siento el deseo de estar más delgado/a*

Por ende, se puede considerar que los participantes han mejorado en ítems que se definían como clave en esta investigación, puesto que se alejan de los factores de riesgo, ha mejorado su autoestima, ha disminuido la influencia del peso en el estado de ánimo y la interiorización del ideal de delgadez.

Tabla 28

Influencia de las Redes Sociales y Medios de Comunicación

	Ítems	Media	Desviación Típica	Wilcoxon
Influencia de los medios en la aceptación del propio cuerpo	23 PRE	1,73	1,056	,762
	23 POST	1,68	,966	
	55 PRE	1,96	1,068	,000*
	55 POST	1,49	,767	
Influencia de las RRSS en la autoestima e imagen corporal	40 PRE	1,84	1,102	,001*
	40 POST	1,54	,880	
	57 PRE	1,60	1,073	,230
	57 POST	1,42	,738	
	58 PRE	1,69	1,126	,447
	58 POST	1,60	1,120	
Influencia de los medios de comunicación en los hábitos alimentarios	42 PRE	2,04	1,158	,000*
	42 POST	1,53	,897	
	59 PRE	1,93	1,025	,215
	59 POST	1,82	1,120	

	Ítems	Media	Desviación Típica	Wilcoxon
Influencia de los medios de comunicación en los hábitos alimentarios	61 PRE	1,94	1,217	,000*
	61 POST	1,56	,962	
	63 PRE	1,54	,980	,135
	63 POST	1,41	,793	

*p<0,01

**p<0,05

De manera que se puede considerar que los alumnos que han recibido el programa han mejorado también en lo que respecta a la influencia de las redes sociales y los medios de comunicación, concretamente en lo que se refiere a la influencia de los medios en la aceptación del propio cuerpo; a la influencia de las redes sociales en la autoestima e imagen corporal y a la influencia de los medios de comunicación en los hábitos alimentarios. Cabe destacar, por su significación estadística los ítems:

55. Para mí, son muy importantes los cánones de belleza que se dan a conocer en las redes sociales.

40. Intento imitar (en la forma de vestir, actuar, maquillaje, hábitos...) lo que veo en los medios de comunicación y redes sociales.

42. Sigo consejos o dietas para mejorar mi físico, que he visto en medios de comunicación o redes sociales (dietas, deporte, productos “adelgazantes” ...).

61. Evito alimentos que creo que engordan, para estar delgado/a como los famosos de redes sociales y televisión.

En definitiva, al amparo de estos datos, los resultados son prometedores, ya que es posible afirmar que la intervención mediante el programa Everybody has a body, ha sido positiva y la gran parte de los participantes han mejorado en todas las dimensiones: conducta alimentaria, influencia de las redes sociales, creencias y conocimientos generales sobre alimentación y hábitos alimentarios; variables emocionales, y medios de comunicación.

11.1.1 Diferenciación de los Resultados por Sexos.

Tabla 29

Evaluación de la Conducta Alimentaria Según Sexo

Subdimensiones	Sexo	Ítems	Media	Desviación Típica	Wilcoxon	
Conductas de riesgo	NIÑOS	25 PRE	1,70	1,110	,167	
		25 POST	1,51	,846		
	NIÑAS	25 PRE	1,93	1,193	,734	
		25 POST	1,91	1,172		
	NIÑOS	34 PRE	3,34	1,132	,003*	
		34 POST	2,96	1,031		
	NIÑAS	34 PRE	3,03	1,193	,016**	
		34 POST	2,59	1,025		
	NIÑOS	47 PRE	1,10	,445	1,000	
		47 POST	1,11	,474		
	NIÑAS	47 PRE	1,19	,612	,234	
		47 POST	1,15	,589		
	NIÑOS	48 PRE	2,79	1,216	,081	
		48 POST	2,59	1,259		
	NIÑAS	48 PRE	2,32	1,223	,024**	
		48 POST	2,07	1,171		
	NIÑOS	49 PRE	1,71	1,06	,002*	
		49 POST	1,32	,707		
NIÑAS	49 PRE	1,88	1,238	,002*		
	49 POST	1,36	,915			
Sintomatología bulímica	NIÑOS	51 PRE	2,27	1,425	,002*	
		51 POST	1,79	1,110		
	NIÑAS	51 PRE	2,00	1,261	,979	
		51 POST	1,92	1,202		
	NIÑOS	54 PRE	1,53	,710	,003*	
		54 POST	1,31	,463		
	NIÑAS	54 PRE	1,40	,717	,251	
		54 POST	1,31	,595		
	NIÑOS	62 PRE	2,41	1,139	,030**	
		62 POST	2,18	1,046		
	NIÑAS	62 PRE	2,31	1,313	,001*	
		62 POST	1,86	,918		
	Seguimiento de dietas para la pérdida de peso	NIÑOS	60 PRE	2,02	1,271	,001*
			60 POST	1,56	,993	
		NIÑAS	60 PRE	1,93	1,256	,001*
			60 POST	1,45	,883	

*p<0,01

**p<0,05

A la luz de los datos obtenidos, podemos considerar, que tanto los niños como las niñas que han participado en el programa, han mejorado su conducta alimentaria. Sin embargo, se distinguen diferencias entre los niños y niñas en los siguientes ítems:

48. *Evito comer alimentos que creo que engordan.* Las niñas han mejorado significativamente más que los niños.

51. *Me siento muy culpable cuando como en exceso.* El cambio solo es significativo en el caso de los niños.

54. *Vomito después de haber comido.* El cambio solo es significativo en el caso de los niños.

Tabla 30

Creencias y Conocimientos Generales sobre Alimentación y Hábitos Alimentarios, Según Sexo

	Sexo	Ítems	Media	Desviación Típica	Wilcoxon
Creencias sobre formas de reducir el peso	NIÑOS	24 PRE	2,60	1,294	,000*
		24 POST	1,65	1,036	
	NIÑAS	24 PRE	2,41	1,152	,000*
		24 POST	1,62	,871	
	NIÑOS	26 PRE	3,18	1,200	,000*
		26 POST	2,33	1,258	
	NIÑAS	26 PRE	2,80	1,129	,001*
		26 POST	2,23	1,153	
	NIÑOS	36 PRE	2,35	1,239	,004*
		36 POST	1,84	1,096	
	NIÑAS	36 PRE	2,12	,921	,010**
		36 POST	1,77	,900	
NIÑOS	44 PRE	2,83	1,382	,028**	
	44 POST	2,66	1,331		
NIÑAS	44 PRE	2,66	1,174	,033**	
	44 POST	2,40	1,152		
Conocimientos sobre alimentación	NIÑOS	21 PRE	2,99	1,330	,097
		21 POST	2,63	1,337	

	Sexo	Ítems	Media	Desviación Típica	Wilcoxon
Conocimientos sobre alimentación	NIÑAS	21 PRE	3,36	1,059	,000*
		21 POST	2,66	1,261	
	NIÑOS	22 PRE	2,97	,792	,003*
		22 POST	3,21	,646	
	NIÑAS	22 PRE	3,03	,692	,005*
		22 POST	3,27	,727	
	NIÑOS	33 PRE	2,80	1,350	,003*
		33 POST	2,28	1,434	
	NIÑAS	33 PRE	2,67	1,320	,026**
		33 POST	2,18	1,232	
	NIÑOS	46 PRE	3,74	1,078	,054
		46 POST	3,94	1,019	
	NIÑAS	46 PRE	3,79	,977	,775
		46 POST	3,75	,878	
	NIÑOS	56 PRE	3,11	1,187	,035**
		56 POST	3,44	1,156	
	NIÑAS	56 PRE	3,13	,963	,066
		56 POST	3,33	1,001	
NIÑOS	64 PRE	2,69	1,112	,000*	
	64 POST	2,24	1,059		
NIÑAS	64 PRE	2,78	1,096	,000*	
	64 POST	2,11	1,008		
Hábitos alimentarios	NIÑOS	29 PRE	3,04	1,406	,423
		29 POST	2,98	1,284	
	NIÑAS	29 PRE	2,95	1,413	,016**
		29 POST	3,35	1,276	

*p<0,01

**p<0,05

Tabla 31*Ítem 31 (es parte de la dimensión “hábitos alimentarios”), según Sexo*

Alimentos	Sexo	Pretest			Post-test		
		Todos los días	Semanalmente	Nunca	Todos los días	Semanalmente	Nunca
Verduras	NIÑOS	44,8%	49,00%	6,3%	47,4%	43,2%	9,5%
	NIÑAS	48,0%	42,70%	9,3%	44,6%	48,6%	6,8%
Frutas	NIÑOS	67,7%	31,30%	1,0%	70,8%	29,2%	
	NIÑAS	64,0%	36,0%		76,7%	23,3%	
Legumbres	NIÑOS	10,8%	73,1%	16,1%	10,5%	78,9%	10,5%
	NIÑAS	13,5%	68,9%	17,6%	12,3%	79,5%	8,2%
Productos integrales (pasta, arroz, pan...)	NIÑOS	38,5%	59,4%	2,1%	38,5%	57,3%	4,2%
	NIÑAS	48,0%	46,7%	5,3%	45,9%	45,9%	8,1%
Pasta, arroz, pan normal	NIÑOS	48,9%	46,8%	4,3%	47,9%	51,1%	1,1%
	NIÑAS	57,3%	40,0%	2,7%	46,6%	52,1%	1,4%
Lácteos	NIÑOS	69,1%	26,8%	4,1%	65,6%	29,2%	5,2%
	NIÑAS	50,0%	44,6%	5,4%	55,6%	41,7%	2,8%
Lácteos azucarados	NIÑOS	30,1%	60,2%	9,7%	22,0%	61,5%	16,5%
	NIÑAS	20,3%	67,6%	12,2%	15,3%	68,1%	16,7%
Salchichas, hamburguesas, pizzas, Nuggets, croquetas, patatas fritas...	NIÑOS	6,5%	83,9%	9,7%	3,1%	78,1%	18,8%
	NIÑAS	5,3%	90,8%	3,9%	1,4%	86,1%	12,5%
Carne	NIÑOS	25,8%	70,1%	4,1%	34,4%	63,5%	2,1%
	NIÑAS	28,4%	68,9%	2,7%	32,4%	63,5%	4,1%
Pescado	NIÑOS	16,5%	69,1%	14,4%	13,5%	71,9%	14,6%
	NIÑAS	8,0%	76,0%	16,0%	13,5%	74,3%	12,2%
Dulces o bollería	NIÑOS	7,4%	72,6%	20,0%	6,3%	61,5%	32,3%
	NIÑAS	8,0%	78,7%	13,3%	6,9%	79,2%	13,9%

Alimentos	Sexo	Pretest			Post-test		
		Todos los días	Semanalmente	Nunca	Todos los días	Semanalmente	Nunca
Refrescos	NIÑOS	14,4%	58,8%	26,8%	10,5%	57,9%	31,6%
	NIÑAS	11,8%	53,9%	34,2%	6,8%	68,9%	24,3%

En cuanto a las creencias y conocimientos generales sobre alimentación y hábitos alimentarios que posee el alumnado, se observan mejoras significativas en la mayoría de los ítems, así como se han alcanzado resultados similares en la mayoría de éstos, tanto en el caso de los niños como en el de las niñas. No obstante, se advierten diferencias en los siguientes ítems:

21. Creo que hay alimentos que adelgazan. Se aprecian mejoras tanto en niños como en niñas, aunque solo es significativo en el caso de las chicas.

56. Creo que muchas enfermedades están relacionadas con la alimentación. Los niños y las niñas han mejorado, aunque los cambios solo han sido significativos en el caso de los varones.

29. Normalmente tomo un desayuno completo saludable: Solo las niñas han mejorado.

Tabla 32

Variables Emocionales, según Sexo

	Sexo	Ítems	Media	Desviación Típica	Wilcoxon
Influencia de la alimentación, el peso y la figura en el estado de ánimo	NIÑOS	32 PRE	1,84	1,208	,259
		32 POST	1,64	1,058	
	NIÑAS	32 PRE	1,96	1,259	,563
		32 POST	1,81	1,094	
	NIÑOS	38 PRE	2,89	1,309	,000*
		38 POST	2,15	1,296	
NIÑAS	38 PRE	2,64	1,351	,022**	
	38 POST	2,28	1,255		
Relaciones sociales	NIÑOS	28 PRE	1,99	1,280	,044**
		28 POST	1,73	1,001	

	Sexo	Ítems	Media	Desviación Típica	Wilcoxon
Relaciones sociales	NIÑAS	28 PRE	2,12	1,241	,126
		28 POST	1,93	1,077	
	NIÑOS	30 PRE	4,11	1,005	,241
		30 POST	4,20	,925	
	NIÑAS	30 PRE	4,20	,959	,576
		30 POST	4,23	,988	
Dificultad para identificar y expresar las emociones	NIÑOS	35 PRE	2,81	1,338	,028**
		35 POST	2,40	1,105	
	NIÑAS	35 PRE	3,13	1,277	,231
		35 POST	2,87	1,299	
	NIÑOS	50 PRE	2,33	1,233	,184
		50 POST	2,09	1,148	
	NIÑAS	50 PRE	2,73	1,298	,002**
		50 POST	2,28	1,092	
Perfeccionismo	NIÑOS	37 PRE	3,05	1,341	,038**
		37 POST	2,75	1,158	
	NIÑAS	37 PRE	2,92	1,422	,376
		37 POST	2,71	1,389	
Autoestima	NIÑOS	39 PRE	4,12	1,071	,584
		39 POST	4,06	1,109	
	NIÑAS	39 PRE	3,99	1,247	,250
		39 POST	4,12	,964	
Satisfacción corporal e imagen corporal	NIÑOS	18 PRE	2,53	1,153	,061
		18 POST	2,16	1,173	
	NIÑAS	18 PRE	2,69	1,057	,014**
		18 POST	2,29	1,124	
	NIÑOS	41 PRE	2,20	1,234	,138
		41 POST	2,07	1,148	
	NIÑAS	41 PRE	2,59	1,274	,603
		41 POST	2,64	1,408	
	NIÑOS	43 PRE	1,61	1,161	,002*
		43 POST	1,35	,826	
NIÑAS	43 PRE	1,62	1,075	,610	
	43 POST	1,47	,982		
Preocupación por la imagen. Interiorización del ideal de delgadez	NIÑOS	27 PRE	2,56	1,399	,000*
		27 POST	1,97	1,084	
	NIÑAS	27 PRE	2,64	1,280	,006*
		27 POST	2,16	1,205	
	NIÑOS	45 PRE	2,21	1,321	,000*
		45 POST	1,83	1,094	
	NIÑAS	45 PRE	2,43	1,367	,012**
		45 POST	2,07	1,071	

*p<0,01

**p<0,05

Tabla 33*Ítem 19 (es parte de la dimensión “autoestima”), según Sexo*

	Sexo	Pretest	Post-test
Faceta deportiva	Niños	32,1%	21,3%
	Niñas	13,2%	11,9%
Faceta artística	Niños	1,2%	3,4%
	Niñas	10,5%	15,3%
Personalidad	Niños	38,3%	49,4%
	Niñas	50,0%	55,9%
Faceta académica	Niños	9,9%	11,2%
	Niñas	6,5%	8,5%
Aspecto físico	Niños	2,5%	3,4%
	Niñas	6,5%	3,4%
Nada	Niños	1,2%	
	Niñas	1,6%	1,7%
Otros	Niños	3,7%	4,5%
	Niñas	1,6%	1,7%
No lo sé	Niños	11,1%	6,7%
	Niñas	4,8%	1,7%

Tabla 34*Ítem 20 (es parte de la dimensión “autoestima”), según Sexo*

	Sexo	Pretest	Post-test
El peso	Niños	11,0%	8,5%
	Niñas	9,9%	9,4%
Otros cambios físicos	Niños	19,8%	14,9%
	Niñas	25,4%	26,6%
Aptitudes deportivas	Niños	7,7%	3,2%
	Niñas		
Personalidad	Niños	26,4%	21,3%
	Niñas	32,4%	15,6%
Todo	Niños	1,1%	1,1%
	Niñas		
Nada	Niños	15,4%	34,0%
	Niñas	26,8%	39,1%
No lo sé	Niños	5,5%	4,3%
	Niñas	1,4%	1,6%
Aptitudes académicas	Niños	5,5%	9,6%
	Niñas	2,8%	4,7%
Otros	Niños	7,7%	3,2%
	Niñas	1,4%	2,6%

En lo que respecta a la dimensión “variables emocionales”, se advierten resultados similares entre niños y niñas, aunque cabe resaltar algunas diferencias:

28. *Me siento solo*: Han mejorado los niños y las niñas, aunque solo de forma significativa en el caso de los niños.

35. *Me cuesta expresar mis sentimientos con respecto a lo que siento y me pasa*: Han

mejorado los niños y las niñas, aunque solo los niños de forma significativa.

50. *No sé identificar con claridad las emociones que siento en cada momento:* Han mejorado los niños y las niñas, pero solo ellas lo han hecho significativamente.

37. *Busco la perfección en todo lo que hago:* Han mejorado los niños y las niñas, aunque el cambio solo es significativo en los chicos.

18. *Creo que estoy gordo/a aunque otros digan que estoy demasiado delgado/a:* Han mejorado los niños y las niñas, aunque solo las niñas lo han hecho de forma significativa.

43. *Estaría más satisfecho/a conmigo mismo/a si me realizara una operación estética:* Han mejorado los niños y las niñas, pero solo ellos lo han hecho significativamente.

Tabla 35

Influencia de las Redes Sociales y Medios de Comunicación, según Sexo

	Sexo	Ítems	Media	Desviación Típica	Wilcoxon
Influencia de los medios en la aceptación del propio cuerpo	NIÑOS	23 PRE	1,59	,955	,365
		23 POST	1,46	,762	
	NIÑAS	23 PRE	1,92	1,152	,614
		23 POST	1,97	1,122	
	NIÑOS	55 PRE	1,87	1,080	,004*
		55 POST	1,43	,767	
NIÑAS	55 PRE	2,08	1,050	,001*	
	55 POST	1,56	,767		
Influencia de las RRSS en la autoestima e imagen corporal	NIÑOS	40 PRE	1,66	1,034	,011**
		40 POST	1,37	,839	
	NIÑAS	40 PRE	2,07	1,151	,047**
		40 POST	1,76	,888	
	NIÑOS	57 PRE	1,57	1,117	,481
		57 POST	1,36	,683	
NIÑAS	57 PRE	1,64	1,022	,346	
	57 POST	1,49	,801		
NIÑOS	58 PRE	1,67	1,153	,726	
	58 POST	1,72	1,282		
NIÑAS	58 PRE	1,72	1,098	,130	
	58 POST	1,44	,841		
Influencia de los medios de comunicación en los hábitos alimentarios	NIÑOS	42 PRE	2,06	1,280	,000*
		42 POST	1,52	,880	
	NIÑAS	42 PRE	2,00	,986	,002*
		42 POST	1,51	,924	

	Sexo	Ítems	Media	Desviación Típica	Wilcoxon
Influencia de los medios de comunicación en los hábitos alimentarios	NIÑOS	59 PRE	1,89	1,062	,350
		59 POST	1,78	,877	
	NIÑAS	59 PRE	1,99	,979	,410
		59 POST	1,86	,956	
	NIÑOS	61 PRE	2,13	1,274	,000*
		61 POST	1,61	1,003	
	NIÑAS	61 PRE	1,69	1,102	,213
		61 POST	1,50	,910	
	NIÑOS	63 PRE	1,57	1,026	,278
		63 POST	1,43	,859	
	NIÑAS	63 PRE	1,51	,925	,371
		63 POST	1,38	,701	

*p<0,01

**p<0,05

En lo referente a la dimensión “influencia de las redes sociales y medios de comunicación” no se advierten diferencias notables entre niños y niñas. En este sentido solo destaca el ítem *61. Evito alimentos que creo que engordan, para estar delgado/a como los famosos de redes sociales y televisión*: Ambos han mejorado, aunque los cambios solo han sido significativos en el caso de los niños.

Finalmente, aunque sí se aprecian ciertas diferencias en algunos ítems, no se puede considerar que haya cambios relevantes según género. Es importante recordar aquí, que nuestra intervención se trataba de un programa de prevención primaria universal para preadolescentes, coeducativo y que no excluía por sexos ni ninguna otra razón, por lo que, tanto niños como niñas, han recibido juntos exactamente el mismo programa, por lo que era de esperar alcanzar resultados similares.

11.2 Aportaciones cualitativas

11.2.1 Aportaciones Cualitativas del Alumnado.

Por lo que se refiere a la valoración del programa y nivel de satisfacción del alumnado, después de realizar una evaluación cualitativa al alumnado (se encuentra en anexo VIII), y analizar

la información, encontramos que los datos ofrecidos por los menores revelan un alto grado de satisfacción con el programa de la totalidad del alumnado (100%). La mayoría (46,7%) consideran que ha sido muy bueno, el 46% bueno y el 10% algo bueno. Nadie lo ha considerado “un poco bueno” ni “nada bueno”. En consonancia, en cuanto a comentarios sobre el programa, cabe resaltar que todos son positivos. Varios alumnos coinciden en que el programa es bueno, que es divertido, interesante y que les ha servido para aprender muchas cosas y para tener mejor salud, así como para tener mejor autoestima y ser más críticos con la publicidad y las redes sociales.

También destacan que “es muy bueno para aprender a valorarnos y a valorar a los demás”, “te ayuda a tener una alimentación equilibrada y a conocer cosas para que no te afecten los cánones de belleza”. “Me ha parecido muy bueno y pienso que en infantil y de 1º a 5º también deberían realizar este tipo de actividades. También en otros colegios”. “Me parece muy bien que hagan este tipo de libros para niños, porque así ya desde pequeños sabemos aprender a respetar cuerpos”.

Aunque las respuestas son muy dispares, se ha realizado una recopilación de algunas de ellas: “Te enseñan a querer tu cuerpo, he aprendido a comer saludable, me ha ayudado a cambiar mis hábitos: comer más sano y hacer más ejercicio”. “Me ha parecido un programa instructivo que nos proporciona los datos suficientes para tener una vida más saludable y amarse a sí misma/o mucho más. Me alegra haber contribuido en este proyecto”.

Asimismo, cabe destacar que algunos alumnos dan las gracias por el programa, lo recomiendan a otros, les hubiera gustado que hubiera durado más y valoran que se haya tenido en cuenta a los jóvenes.

Por otro lado, acerca de qué hábitos, actitudes, opiniones o conocimientos, creen que han cambiado en sí mismos después de realizar el programa, la mayoría consideran que han cambiado sus hábitos alimentarios y deportivos; entre ellos podemos destacar: Comer más fruta y pan integral, haber cambiado el almuerzo y la merienda por unos más saludables, tener una vida menos sedentaria, no dejar que les afecten los comentarios sobre su físico. Tienen más información de lo que comen y consideran que han mejorado sus hábitos. Dicen tener una mejor relación con la comida, y una actitud más positiva con los deportes. Comer menos cosas insanas,

beber más agua, ir a más sitios caminando y practicar más deporte. Así como cuidar más mi cuerpo.

Además, las respuestas más repetidas son, “como más sano”, “como más equilibrado” y “tengo más conocimientos sobre alimentación”.

Por otro lado, también hacen referencia a cambios en referencia a las actitudes, entre todas las respuestas destacamos: “Soy más feliz”; “ahora me quiero más”; “Saber cómo expresar mis emociones y hacer más ejercicio”; “A ser más positivo, a comer bien, no utilizar tanto las redes sociales y confiar más en mí mismo”; “He cambiado mi forma de pensar hacia otras personas”. “Ya no voy a juzgar a las personas por el físico si no por el interior”. “Me preocupa más por cuidar de mi salud y bienestar”. “Tengo una actitud más positiva”.

También ha producido cambios en cuanto al concepto de delgadez: “Creo que buscar la delgadez extrema está mal”. “El concepto de cuerpo perfecto está mal”. “Ahora intento comer mejor porque creo que es importante comer bien y no por estar delgada”. “Mi forma de pensar sobre el aspecto físico”.

Y sobre los medios de comunicación: “Hago más actividad física y no me creo todo lo que sale en redes sociales”. “Antes no pensaba igual que ahora sobre los anuncios publicitarios”.

En otro orden de cosas, en cuanto a los contenidos que ya se conocían anteriormente, los más repetidos han sido “alimentación y nutrición”, donde también se incluyen los nutrientes y recetas, con un 39%.

En segundo lugar, los cánones de belleza, con un 14,9%, las enfermedades y la salud 11,5%, las emociones, 8%, los trucos de los anuncios como Photoshop, el 3%, la autoestima 2,3%, la pubertad y la adolescencia 2,3%.

Además, un 9,1% de los estudiantes destacan que no conocían nada de lo que han aprendido en el programa.

Acerca de los contenidos que se han aprendido durante el programa, son muchos y muy variados, los más repetidos hacen referencia a la sobre-valoración del aspecto físico: que no hay que juzgar a las personas por su físico ni compararse con los demás, que el aspecto físico no es importante, que hay que quererse tal y como somos, a aceptar todos los tipos de cuerpos, que

el peso no es igual a salud, que no hay que burlarse del físico de los demás, “a no sentirme mal con mi cuerpo”, “ha mejorado mi autoestima”, “a valorarme más”, “a no criticar”, “que adelgazar no es comer poco”, “que tienes que quererte a ti mismo”; “a valorarme más”, “quererse a uno mismo”, “aceptar nuestra apariencia”. “Que he de aceptar todo de mí y he de quererme más a mí misma”. “Que todos somos iguales y que no importa el físico, solo la persona que hay dentro”. “A quererme un poquito más”, “no sentirse mal con uno mismo por el peso” ...

También a la alimentación: Cómo tener una buena alimentación, que las dietas si no son de un nutricionista pueden ser malas, nuevas recetas saludables que podrían ayudarme, comer equilibradamente, que es bueno hacer la comida en casa y comer alimentos integrales, que la mitad del plato han de ser verduras y frutas, las dietas saludables, los tipos de alimentos, la alimentación saludable, el plato para comer saludable de Harvard, los nutrientes, hábitos saludables, cómo mantener una vida más saludable, etc.

Sobre los medios de comunicación: que los anuncios y las redes sociales engañan, que no hay que dejarse llevar por los anuncios de redes sociales, los trucos de la publicidad, “que en la tele no tiene que salir siempre gente delgada, fuerte... Ya que eso no significa que tengan buena salud”. “A no compararme y menos con las redes sociales”. “Las técnicas que utilizan los medios de comunicación (como el maquillaje)”...

Otros: Las emociones, gestionar mejor algunas situaciones emocionales, que tengo que cuidar mi salud; la pubertad, que hay que hacer ejercicio, cómo se puede pasar el tiempo activamente, que no nos afecten los cánones de belleza; la salud y las enfermedades, etc.

Manifestando a su vez, que algunas creencias que tenían anteriormente al programa eran falsas, entre ellas las más repetidas han sido en referencia a los métodos para adelgazar (productos adelgazantes, dietas, creían que había alimentos que adelgazaban, que no hay que tomar medicamentos para adelgazar, creían que para estar delgado era bueno no comer, que era bueno saltarse comidas, que un cuerpo delgado era igual a un cuerpo sano, que si dejabas de comer estabas más sano...).

También dicen que estaban equivocados respecto a que pensaban que algunos alimentos eran saludables, como el Nesquik y el Cola-Cao, que el zumo era igual que la fruta, que todas las

grasas eran malas o que solamente las verduras y frutas eran saludables.

Por otro lado, también aseguran haber aprendido sobre redes sociales y medios de comunicación: *“Una de las cosas más importantes es no compararme con las redes sociales”, “he aprendido que en los anuncios puede ser que cada parte de la modelo sea de una persona”, “que toda la gente que aparece en redes sociales no es tan perfecta”, “no sabía que en los anuncios se usan solo modelos”, “que en los anuncios engañan”,* que desconocían los trucos de la publicidad como el Photoshop, las poses, las cremas...

Igualmente, reconocen haber estado equivocados en “algunas cosas de la pubertad”, que tenían creencias falsas sobre las emociones, así como sobre los cánones de belleza.

Acerca de las actividades que más les han gustado, la mayoría han respondido “todas” (17 personas), las de autoestima (11 personas), los cánones de belleza (9 personas), las emociones (8 personas), las de alimentación saludable (8 personas), el plato de Harvard (8 personas), los tipos de nutrientes (6 personas) y las de hablar de nuestros sentimientos (4 personas), entre otras (de debatir, de redes sociales, de la pubertad...).

Por último, sobre las actividades que menos les han gustado, aunque la mayoría han respondido “ninguna”, porque dicen que todas les han gustado (34 personas), las menos populares son: Las de emociones, las de cánones de belleza y la de escribir una carta a tu hermano (pubertad).

En conclusión, se observa que el grado de satisfacción del alumnado respecto al programa ha sido muy alto, los estudiantes consideran que han aprendido muchas cosas, les ha resultado divertido e interesante, y en cierta medida han cambiado sus hábitos a mejor, puesto que ahora son más conscientes de la importancia de la alimentación saludable para la salud, y están poniendo de su parte para mantener una vida más sana y más activa a través de pequeños cambios que han incorporado en su día a día, tales como incluir más fruta y verdura en su dieta, alimentos integrales, no comer tantos productos que consideran que no son adecuados, desplazarse caminando y realizar más deporte. Y lo que es fundamental, están concienciados acerca del peso, ya no tienen tan idealizada la delgadez y no la consideran sinónimo de salud. Refieren que ya no consideran que el aspecto físico sea tan importante, y que hay que aceptarse

y quererse tal cual son, a la vez que cuidan la salud de su cuerpo.

11.2.2 Aportaciones Cualitativas de los Docentes.

Por otro lado, en lo que se refiere a la valoración del programa y nivel de satisfacción del profesorado, después de realizar una evaluación cualitativa (se encuentra en anexo IX), y analizar la información, encontramos que los datos ofrecidos por los docentes revelan un grado positivo de satisfacción con el programa, donde el 75% lo considera bueno y el 25% intermedio.

Asimismo, el 100% coinciden en que los objetivos y contenidos eran acordes al nivel del alumnado. El 87,5% considera que las actividades son variadas y adecuadas. El 100% se muestra satisfecho con los materiales del programa (guía docente y dossier de actividades). Respecto a la temporalización, al 62,5% le ha parecido adecuada para trabajar todos los contenidos (número de sesiones y duración de las mismas). Además, el 87,5%, considera que el cuestionario CETRAR era adecuado para el nivel del alumnado y correcto para evaluar la validez del programa y el riesgo de padecer TCA, obesidad o sobrepeso. Así como el 100% de los maestros/as consideran que el diseño del dossier era agradable y comprensible (diseño, colores, ilustraciones, tipo de letra, vocabulario...), tanto para el docente como para el alumnado. La mayoría (87,5%) creen que el alumnado estaba interesado en el proyecto. Al mismo tiempo, el 62,5% consideran que es una buena forma de detección precoz de trastornos alimentarios/obesidad. Así pues, el 87,5% ven el programa "Everybody has a body" como una buena forma de prevenir trastornos alimentarios/obesidad en los preadolescentes.

A continuación, se exponen las propuestas de mejora recogidas de la evaluación cualitativa a los docentes que han impartido el programa:

- Me ha parecido un buen programa, completo y adecuado para el alumnado, pero creo que debería incluirse en el currículum e impartirse de forma obligatoria en todos los colegios desde un área concreta.
- Formador externo.
- Es muy interesante pero creo que el dossier es demasiado extenso.
- Un poco extenso.

- Es un programa muy extenso para trabajar en tan poco tiempo.
- Debería impartirse este tipo de programas de manera obligatoria en los centros, dando más tiempo para hablar con el alumnado sobre cada uno de los contenidos.
- En cuanto a la duración considero que la temporalización es muy ajustada y debe ampliarse el número de sesiones puesto que la profundización en los contenidos que despiertan el interés del alumnado necesita de más tiempo.

Por último, las recomendaciones que expresan los docentes a tener en cuenta para ediciones futuras:

- La presencia de un formador y que les hable presencialmente en el aula durante una sesión o dos.
- Debería venir un profesional ya que los alumnos lo consideran más formal ante la presencia de estos formadores.
- Considero importante que este programa sea impartido por una persona externa con conocimientos de los temas que se trabajan.
- Empezar el programa a principio de curso. Para hacer una sesión con 3 actividades se tardaba más de una hora debido a que la mayoría de niños, en estas edades, conocen poco sobre el tema y tienen muchas preguntas al respecto.
- Sería interesante incluir más vídeos, anuncios o cortos que hablasen sobre alguno de los contenidos.

VI Parte: Marco Conclusivo



Capítulo 12: Discusión

En este capítulo se van a resumir, interpretar y extrapolar los resultados cuantitativos que se han obtenido en esta investigación a través del cuestionario CETRAR, de manera que nos ayuden a arrojar luz en cuanto al logro de las metas propuestas y la consistencia del programa Everybody has a body. Asimismo, se van a valorar los resultados obtenidos mediante las evaluaciones cualitativas, que nos permiten estimar el grado de satisfacción de los usuarios con el programa Everybody has a body y las propuestas de mejora, tanto del alumnado como de los docentes. También se van a comparar los resultados de nuestro plan de acción con los de otras investigaciones y comprobar así la teoría expuesta en otros estudios que se ha compartido en la parte teórica de esta tesis doctoral.

Por lo tanto, este capítulo se organiza en base a dos apartados fundamentales, el primero es la discusión de los resultados, donde el lector encontrará la discusión tanto de los resultados cuantitativos como de las aportaciones cualitativas; y un siguiente apartado de recapitulaciones.

12.1 Discusión de los Resultados

Se puede considerar que los resultados cuantitativos obtenidos tras la aplicación del programa Everybody has a body son positivos y significativos en la mayoría de ítems. Así, los indicadores para considerar que el programa ha sido efectivo, se determinan en base a la información obtenida de la comparación entre pretest y post-test CETRAR, y son los siguientes:

- Los participantes han ampliado considerablemente sus conocimientos sobre alimentación.
- El alumnado ha modificado sus creencias erróneas sobre alimentación, formas de mantener el peso y relación entre alimentación y salud, desterrando mitos e ideas equivocadas.
- Los estudiantes han mejorado sus hábitos de alimentación.
- El alumnado ha disminuido el seguimiento de conductas de riesgo para adelgazar y mantener el peso.
- Los participantes han mejorado su autoestima, satisfacción corporal e idea de imagen

corporal, desafiando la idea de delgadez como sinónimo de felicidad.

- Los estudiantes han desarrollado su capacidad crítica hacia redes sociales, medios de comunicación y cánones de belleza.
- El alumnado ha llegado a comprender que ha de primar la salud sobre la delgadez y el aspecto físico.

Si se analizan los resultados por dimensiones, se puede considerar que ha mejorado la conducta alimentaria, tanto en lo que respecta a conductas de riesgo, sintomatología bulímica y seguimiento de dietas para la pérdida de peso.

También han mejorado las creencias y conocimientos generales sobre alimentación y los hábitos alimentarios de los participantes, donde ha habido mejoras significativas en prácticamente todos los ítems, tanto al respecto de las creencias sobre formas de reducir el peso, los conocimientos sobre alimentación y los hábitos alimentarios, a pesar de que la frecuencia en la que toman ciertos alimentos, prácticamente no ha variado. Esto puede ser debido a que, aunque a través del programa, han adquirido conocimientos y desean mejorar sus hábitos, no debemos olvidar que son niños y a la hora de alimentarse dependen en gran medida de lo que los adultos compran y cocinan para ellos, por lo tanto, si no han cambiado los hábitos familiares, difícilmente se puede modificar la frecuencia en la que ingieren ciertos alimentos.

En referencia a las variables emocionales, los estudiantes han mejorado en la mayoría de ítems, excepto en el ítem 32: *Me enfado mucho conmigo mismo/a cuando creo que he comido demasiado*. Sí han mejorado en cuanto a la influencia del peso y la figura en su estado de ánimo, en las relaciones sociales, en la dificultad para identificar y expresar emociones, en el perfeccionismo, autoestima, satisfacción corporal e imagen corporal y preocupación por la imagen e interiorización del ideal de delgadez. Es especialmente destacable, el cambio en los ítems 19 y 20, que a diferencia del resto, eran preguntas de respuesta abierta. En ellas se observa que después del programa ya no consideran tan importante su aspecto físico y se ha visto aumentado el número de alumnos que pone el foco en la personalidad y en las facetas académica y artística. Igualmente, disminuye el porcentaje de individuos que desearía cambiar su peso y otros cambios físicos y aumenta considerablemente el número de participantes que no cambiaría nada. De

esta información se puede extraer sin lugar a dudas, que los estudiantes que han recibido el programa, han mejorado su autoestima y han disminuido la preocupación por la imagen y la interiorización del ideal de delgadez.

Por lo que hace referencia a la influencia de las redes sociales y los medios de comunicación, los participantes han mejorado en todos los aspectos, excepto en el ítem que hace referencia a sentir envidia del aspecto físico de algunas personas que aparecen en redes sociales. Sin embargo, sí mejoran en cuanto a la influencia de los medios en la aceptación del propio cuerpo, también a la influencia de las redes sociales en la autoestima e imagen corporal y la influencia de los medios de comunicación en los hábitos alimentarios; influencias que se ven reducidas.

Por otro lado, conviene mencionar que también se han analizado de forma diferenciada los resultados según género, para poder determinar si había diferencias.

En primer lugar, en cuanto a la conducta alimentaria, no se observan grandes diferencias por géneros, tampoco en referencia a las creencias y conocimientos generales sobre alimentación y hábitos alimentarios. Sin embargo, sí que se percibe que la autoestima es mayor en niños que en niñas, y que ellas sienten menor satisfacción corporal, más preocupación por la imagen corporal y mayor interiorización del ideal de delgadez. Además, a la pregunta “Si las personas que te conocen, tuvieran que destacar tu mejor cualidad, ¿cuál crees que sería?”, hay una gran diferencia entre niños y niñas. Especialmente en la faceta deportiva, que es mucho mayor en los niños, y al contrario en la personalidad y la faceta artística, donde el porcentaje de niñas es mucho mayor. También hay mayor número de niñas que destacan el aspecto físico que los varones.

Por otro lado, al respecto de qué les gustaría cambiar de sí mismos, se observa que hay un elevado porcentaje de niñas a las que les gustaría cambiar algo de su cuerpo diferente al peso y no mejora después del programa.

En referencia a la influencia de las redes sociales y los medios de comunicación, hay mejoras en los niños y en las niñas, pero no hay grandes contrastes por sexos.

Por lo tanto, podemos considerar que existen diferencias por género respecto a la presión

sociocultural del ideal de belleza. Las niñas son más vulnerables en comparación a los niños, pero es necesario seguir actuando en ambos géneros, pues tanto niños como niñas, han podido mejorar gracias a este programa.

En otro orden de cosas, comparando los resultados obtenidos y la teoría disponible, podemos determinar que nuestros resultados están en consonancia con el panorama actual presentado por el último estudio Health Behaviour in School-aged Children, realizado en 2018 en España a 40.495 preadolescentes y adolescentes, que ponía de manifiesto que los hábitos de alimentación de los preadolescentes no son los convenientes, pues, entre otras cosas, no toman la cantidad suficiente de frutas y verduras diarias y abusan de alimentos desaconsejados tales como refrescos y dulces (Moreno et al., 2020). Así, los resultados de nuestro pretest, también ponen de manifiesto que la alimentación de los preadolescentes no es la más adecuada, ya que abusan de harinas refinadas, lácteos azucarados, dulces, bollería, refrescos y carnes procesadas; productos que desplazan el consumo de alimentos protectores en su dieta, tales como frutas y verduras.

Por otro lado, se observa que, en referencia a la práctica de actividad física y vida activa, nuestros resultados van en la misma línea que los postulados presentados por la OMS (2020), en los que se afirma que el 81% de los adolescentes de 11 a 17 años de edad no alcanzan un nivel suficiente de actividad física. Este nivel debería ser, para los niños y adolescentes de entre 5 y 17 años, según la OMS (2020), una práctica de al menos 60 minutos diarios de actividad física moderada o intensa, principalmente aeróbica; añadido a lo anterior, 3 veces por semana, deberían incorporar actividades aeróbicas intensas, así como aquellas que fortalecen los músculos y los huesos. De igual manera, deberían limitar el tiempo dedicado a actividades sedentarias, particularmente el tiempo de ocio que pasan frente a una pantalla. De esta forma, según los datos recabados en el pretest, se puede considerar que nuestros preadolescentes no practican suficiente actividad física ni mantienen un estilo de vida activo, de acuerdo a los postulados de la OMS (2020), ya que solo el 70,4% de ellos practican deporte fuera de la escuela, pero solo el 7,3% alcanza las 6 horas semanales y el 34% se desplazan en coche u otro vehículo, lo cual no contribuye a mantener un estilo de vida activo.

También, en consonancia con la tendencia actual, que sitúa España como líder en prevalencia de obesidad infantil (Calcedo, 2016; Gallego et al., 2014), se ha demostrado que un elevado número de estudiantes, se encuentra en el umbral del sobrepeso u obesidad, siendo el 47% de los chicos, y el 22,3% de las chicas. Además, un alto porcentaje de los participantes, lleva a cabo conductas alimentarias de riesgo que comprometen su salud, así como les preocupa considerablemente la delgadez y valoran el aspecto físico por encima de otras cualidades. Por lo que, de acuerdo con los expertos, (López-Guimerà y Sánchez-Carracedo, 2010; Ruiz-Lázaro, Velilla y González, 2017) se demuestra que era necesario diseñar y aplicar iniciativas de prevención que combatan esta realidad y mejoren la situación, contribuyendo a optimizar la alimentación de los alumnos y sus familias.

Asimismo, se ha conocido, en conformidad con otros estudios (López, 2017; Raich et al., 2017; Román y Quintana, 2010), que los medios de comunicación y las redes sociales, influyen fuertemente en los preadolescentes y les empujan a alcanzar los cánones de belleza que estos perpetúan y que tienden a perjudicar su salud y a generar una mala relación con la comida, puesto que son emisores de mensajes no saludables y transmisores del ideal de belleza.

Se confirma también, de acuerdo con la evidencia disponible, que la preadolescencia es un momento adecuado para adquirir hábitos saludables, educar en alimentación y salud, y dejar de lado conductas de riesgo, y que la escuela primaria es un entorno apropiado para llevarlo a cabo, ya que a través de nuestro programa Everybody has a body, se ha conseguido mejorar los hábitos y conocimientos de los estudiantes, así como corregir conductas perniciosas. Precisamente, al revisar la literatura disponible, se descubre que los especialistas (Calcedo, 2016; Ríos-Cortázar et al., 2013; Soldado, 2016) destacan que la escuela cobra gran importancia en la lucha contra la obesidad, sobrepeso y TCA, pues su contribución a la prevención puede ser reveladora al desarrollar capacidades que permitan a los escolares reconocer, valorar y optar por las prácticas alimentarias y de actividad física más saludables e incorporarlas a su día a día. Por lo tanto, podemos considerar que, de acuerdo con los postulados de los expertos, la prevención dentro del ámbito educativo y la educación en alimentación en la escuela, han mostrado resultados positivos. Así como llevarlo a cabo de una forma temprana, en la preadolescencia, pues tal y

como advierten los especialistas, en la adolescencia puede ser ya demasiado tarde para actuar, ya que muchas de las conductas de riesgo ya se han iniciado, así como se ha interiorizado el ideal de delgadez (Calcedo, 2016; Gascó y Rodríguez, 2017). Además, se ha actuado en línea con las recomendaciones de la OMS, que solicita a los países de la Región Europea, que promuevan programas de educación alimentaria-nutricional en el entorno escolar precisamente antes de los 12 años (World Health Organization, 2007c). También podemos considerar que, de acuerdo con la teoría expuesta por el Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Trastornos de la Conducta Alimentaria (2009) y Noordenbos (2008), quienes consideran que en la prevención escolar, la familia debe ocupar un papel relevante; en nuestro programa ha sido positivo el hecho de favorecer la participación de las familias y ofrecerles información, aunque no es posible discernir si el éxito del programa ha sido alcanzado gracias a esta cuestión concreta o a otras, sí podemos afirmar que las familias han mostrado su agrado con el programa y han solicitado continuar con las actuaciones en la escuela.

Por otro lado, aunque los expertos no han llegado a un acuerdo respecto a si son mejores los programas de prevención universales o los selectivos, y en contra del criterio de algunos estudiosos, que consideran más oportuno dirigir la prevención de los trastornos alimentarios únicamente hacia las mujeres por ser la población de mayor riesgo, en nuestro estudio se ha incluido a todos los alumnos de 5º y 6º, tanto chicas como chicos, y los resultados que se han obtenido han sido esclarecedores: es necesario concienciar a ambos sexos, pues aunque las mujeres sean, a día de hoy, las principales perjudicadas por los TCA, los hombres no se encuentran exentos, como tampoco lo están de perpetuar comentarios y conductas, que convierten la delgadez en algo deseable, y señalan el sobrepeso como motivo de burla. Además, en nuestra investigación se ha demostrado, de acuerdo con la literatura (López-Guimerà y Sánchez-Carracedo, 2010), que los varones también sienten preocupación por el aspecto físico y el peso. De forma que, al dirigir la prevención tanto a chicas como a chicos, se desafía un entorno sociocultural más amplio (Calcedo, 2016) y la prevención es más significativa (O'Dea y Yager, 2011; Raich et al., 2017), muestra de ello es, que después del programa han mejorado tanto los chicos como las chicas.

De igual forma, se pone de manifiesto la necesidad de trabajar el desarrollo de la

autoestima y la imagen corporal saludables en la escuela primaria, pues los resultados han demostrado que gracias al programa, muchos estudiantes han conseguido mejorarlas, a la vez que han reducido conductas de riesgo y han mejorado sus hábitos. Además, no debemos olvidar que muchos estudios demuestran que el desarrollo de la autoestima y una imagen corporal adecuada, son factores de protección contra los trastornos relacionados con la alimentación y el peso (Noordenbos 2008; Raich et al., 2017).

En esta misma línea, no debemos perder de vista, que tal y como defienden algunos autores, (Calcedo, 2016; Gómez et al., 2017; Neumark-Sztainer, 2005; Saldaña, en López-Guimerà y Sánchez-Carracedo, 2010; Sepúlveda, 2017) es conveniente atender la obesidad y los trastornos de la conducta alimentaria como problemas similares, con raíces comunes, y que se deben trabajar y prevenir de forma conjunta. De acuerdo con nuestros resultados, podemos defender esta idea de prevención integrada, pues nuestro programa de prevención integrada ha supuesto resultados favorables en la prevención de ambas y en la reducción de factores de riesgo: se han aumentado conocimientos sobre alimentación y nutrición, se han promovido buenos hábitos alimentarios y deportivos, se ha educado en la crítica del modelo social y estético, se ha desarrollado en el alumnado una conciencia crítica contra los cánones de belleza que emanan de los medios de comunicación, se ha enseñado a aceptar todos los tipos de cuerpos y tallas, luchando contra la estigmatización del sobrepeso y la glorificación a la delgadez; y se ha trabajado la insatisfacción corporal y autoestima, así como las habilidades sociales y gestión de las emociones. Con todo ello, se ha concienciado sobre los peligros de la obesidad, la extrema delgadez y los hábitos nocivos, a la vez que se fortalecido la autoestima, que actúa como factor protector.

En otro orden de cosas, al observar detenidamente las evaluaciones cualitativas, tanto a alumnado como a los docentes, podemos atestiguar que las aportaciones cualitativas suponen para nosotros una clara muestra de la buena acogida del programa y de que ha sido valorado como un recurso útil por todos los implicados. Incluso en el caso de las familias que, aunque no participaron en la evaluación cualitativa, han mostrado su agrado hacia el programa Everybody has a body, y su deseo de que se continúen ofreciendo actividades relacionadas con la alimentación y

la prevención en la escuela. Tanto es así que en algunas escuelas van a continuar impartándolo los próximos cursos, así como se continuará con la formación a las familias, a los docentes y se ha iniciado un proyecto de almuerzos saludables.

En este sentido, las evaluaciones cualitativas al profesorado, han puesto de manifiesto dos aspectos de mejora que se han repetido por parte de diversos maestros. En primer lugar, sería interesante reducir la duración del programa ya que, aunque los docentes lo han encontrado sustancial y adecuado, su tiempo en clase es limitado y sus quehaceres muy extensos, de manera que sus programaciones no permiten en muchos casos, sesiones más allá de los 45 minutos semanales. Para ello se considerará sintetizar la información, de manera que para ediciones futuras se puedan restar algunas actividades menos significativas. En segundo lugar, contar con la presencia de un formador externo, que aunque fue inviable cuando se llevó a cabo el programa, ya que a causa del Covid-19, no se permitía la participación de personas externas al centro, sí se había valorado y se tendrá en cuenta para ediciones futuras.

En definitiva, el programa ha sido valorado positivamente por todos los agentes implicados: alumnos, docentes, familias, escuelas y equipo de investigación, y así lo testifican los resultados, aunque no podemos garantizar que el éxito del programa se haya alcanzado gracias a unas u otras acciones en concreto, puesto que no hemos hallado una forma objetiva de diferenciarlo en esta investigación, sí podemos considerar, que en su conjunto, han sido positivas, pues gracias a la actuación de todas las medidas que se habían tomado, se han conseguido estos resultados tan positivos.

12.2 Recapitulaciones

Para recapitular, como consecuencia de estos hallazgos podemos determinar que, los resultados del programa Everybody has a body han sido positivos y se ha mejorado tanto en el caso de los niños como de las niñas. Por lo tanto, es necesario seguir trabajando para reducir la evidencia en el número de casos de TCA y obesidad que ha habido en los últimos años, puesto que es preocupante la conducta alimentaria de los preadolescentes, así como tienen asumidas creencias erróneas acerca de la alimentación y las formas de reducir el peso, y también sus

hábitos alimentarios no son los más adecuados. Igualmente, se observan inconvenientes en cuanto a las variables emocionales tales como la influencia de la alimentación, el peso y la figura en el estado de ánimo; las relaciones sociales, la dificultad para identificar y expresar emociones, autoestima, insatisfacción corporal, preocupación por la imagen corporal e interiorización del ideal de delgadez (estos últimos, especialmente en mujeres). De la misma forma, se advierte de una influencia muy alta de las redes sociales y los medios de comunicación en lo que se refiere a problemas con la aceptación del propio cuerpo, a la autoestima e imagen corporal y en relación a hábitos alimentarios dañinos. De manera que **los resultados manifiestan que el programa que se ha diseñado, Everybody has a body, ha contribuido al bienestar físico, emocional y social de los participantes, así como las evaluaciones cualitativas demuestran un alto grado de satisfacción del alumnado y los docentes con el programa.** Por eso, estos resultados atestiguan que prevenir TCA y obesidad desde la escuela, es posible. Razón por la cual, la educación actual debería aceptar el reto que le presenta el s.XXI: los problemas de alimentación a los que se enfrenta el planeta entero.

Capítulo 13: Conclusiones y Limitaciones

En el presente capítulo se presentan las conclusiones más significativas que se han extraído de esta investigación, especialmente aquellas derivadas de la explotación de los datos obtenidos, y que sin duda contribuirán a aumentar la información disponible sobre la prevención de obesidad y TCA desde el ámbito educativo y como base para futuras investigaciones. También se confrontan con las hipótesis planteadas originalmente y se comprueba el grado de alcance de los objetivos, y finalmente, se acaba con un apartado de recapitulaciones.

Además, se comparten las limitaciones y futuras líneas de investigación del estudio, así como se especifican las subvenciones económicas recibidas y la declaración de conflictos de interés.

13.1 Consecución de los Objetivos e Hipótesis Planteadas

Teniendo en cuenta que el objetivo general de esta tesis doctoral era diseñar, aplicar y evaluar la eficacia de un programa de prevención de los trastornos de la conducta alimentaria y la obesidad, dirigido a preadolescentes escolarizados de la Comunidad Valenciana, se puede determinar que sin ninguna duda se ha alcanzado el objetivo principal, pues se ha diseñado y aplicado el programa Everybody has a body satisfactoriamente en varias escuelas. Así como los resultados en la evaluación han mostrado mejoras generales en el alumnado, en todas las dimensiones evaluadas, por lo que se puede afirmar que, a la luz de lo acontecido, el programa ha sido eficaz.

De igual manera, en lo que respecta a los objetivos específicos, que eran conocer el estado de la cuestión acerca de los estudios sobre alimentación y prevención de problemas alimentarios en escolares; elaborar un instrumento de evaluación capaz de detectar la presencia de TCA y obesidad en los preadolescentes a través de sus hábitos y conducta alimentaria en estudiantes de Educación Primaria; y comprobar el nivel de eficacia del programa de prevención de TCA y obesidad para generalizarlo a otros Centros de Educación Primaria de la Comunidad Valenciana. Podemos determinar que, sin ninguna duda, todos ellos se han alcanzado con éxito, pues tal y como queda plasmado en esta tesis doctoral, se ha llevado a cabo una fructífera revisión teórica para conocer los estudios que tratan la cuestión y las investigaciones previas que se habían llevado a cabo. Igualmente, se ha elaborado un instrumento de evaluación, el cuestionario CETRAR, que ha sido abalado por un grupo de jueces expertos y ha resultado provechoso en nuestra empresa. Asimismo, se ha comprobado el nivel de eficacia del programa Everybody has a body, determinando que, efectivamente es favorable y se podría generalizar a otros centros educativos.

Por otro lado, en cuanto a las hipótesis que habían sido planteadas, se ha determinado que, efectivamente:

- Es posible modificar comportamientos de riesgo hacia TCA y obesidad, educando a los preadolescentes mediante un programa de prevención integrada de TCA y obesidad en la escuela primaria, tal y como vienen defendiendo diferentes expertos (Lobos et al., 2013; Raich,

2008; Sánchez-Carracedo y López-Guimerà, 2011). Para ello se debe prestar especial atención a disminuir los factores de riesgo y fortalecer los factores de prevención, educando en la adquisición de hábitos saludables, en una alimentación flexible y adecuada, en una vida activa en la que prime la salud respecto a la delgadez, y enseñando a los preadolescentes a aceptar y valorar la diversidad corporal, en contra del mensaje que mandan los medios de comunicación y que coloca la delgadez como una prioridad y como sinónimo de belleza, éxito y salud.

- Los preadolescentes que han recibido el programa de prevención han mejorado sus conocimientos, actitudes y conductas hacia la alimentación mostrando menos riesgo de padecer TCA y/u obesidad tras la aplicación del mismo.

- Los preadolescentes que han recibido el programa de prevención, consiguen creencias más adecuadas respecto a la apariencia física, sintiéndose menos atraídos hacia el adelgazamiento, con una mejor imagen corporal y autoestima, y son más críticos con los medios de comunicación y redes sociales. Un pilar fundamental para desarrollar la conciencia crítica con los medios de comunicación y los cánones de belleza que imponen, ha sido, tal y como defendían Raich et al., (2017) la alfabetización mediática, que se ha trabajado en el programa a través de diversas actividades. Y es que no podemos obviar que las influencias que llegan a través de la exposición a los medios de comunicación impactan fuertemente en la insatisfacción corporal y en la autoestima de los adolescentes (López-Guimerà y Sánchez-Carracedo, 2010; Rojo et al, 2006; Ruiz-Lázaro, Velilla y González, 2017).

13.2 Conclusiones Significativas

Para concluir, podemos considerar que los resultados son prometedores, ya que se puede determinar que el programa ha contribuido favorablemente a que los participantes mejoren sus hábitos alimentarios y de actividad física, así como a disminuir el riesgo de desarrollar TCA y obesidad.

Así pues, de los resultados obtenidos se desprende que **los participantes han mejorado su conducta alimentaria** y el cambio ha sido significativo en la mayoría de ítems. Por lo tanto, **la mayoría de alumnos han disminuido las conductas de riesgo, la sintomatología bulímica**

y el seguimiento de dietas para la pérdida de peso.

De igual forma, se puede determinar que los participantes que han recibido el programa Everybody has a body, **han mejorado significativamente sus creencias y conocimientos generales sobre alimentación, tanto las creencias sobre formas de reducir el peso como los conocimientos teóricos y prácticos sobre alimentación.**

En cuanto a las variables emocionales, se pueden observar cambios positivos significativos entre los asistentes al programa Everybody has a body, **en lo que respecta a la influencia de la alimentación, el peso y la figura en el estado de ánimo; relaciones sociales; dificultad para identificar y expresar las emociones; perfeccionismo; autoestima; satisfacción corporal e imagen corporal; preocupación por la imagen e interiorización del ideal de delgadez.**

Asimismo, **los participantes han mejorado en lo que concierne a la influencia de las redes sociales y los medios de comunicación, concretamente en lo que se refiere a la influencia de los medios en la aceptación del propio cuerpo; a la influencia de las redes sociales en la autoestima e imagen corporal y a la influencia de los medios de comunicación en los hábitos alimentarios.**

Por otro lado, estos datos han permitido arrojar luz en cuanto a la similitud de resultados obtenidos entre niños y niñas, de manera que se pueda reflexionar en que, al dirigir el programa tanto a niños como a niñas, no existen grandes diferencias en los resultados según el género, y ambos han mejorado.

Es necesario destacar que el programa Everybody has a body, ha conseguido excelentes datos de apreciación por parte de alumnos y docentes; las familias han mostrado interés y algunas de las escuelas sostienen que lo seguirán llevando a cabo en los próximos cursos. Tanto es así, que una de las escuelas ha seguido en contacto con el grupo de investigación y actualmente se está llevando a cabo un proyecto de almuerzos saludables, así como formación al profesorado.

Consecuentemente con lo expuesto, se pretende que los resultados de este estudio puedan ser tenidos en cuenta en la prevención de obesidad y TCA y en la planificación de actividades de educación alimentaria en la población estudiada.

Además, los resultados de este estudio, que demuestran que los estudiantes tienen insuficientes conocimientos sobre alimentación, malos hábitos y están muy influenciados negativamente por los medios de comunicación y redes sociales, junto con las altas cifras de prevalencia de obesidad y TCA en nuestro país, ponen de manifiesto la imperante necesidad de trabajar desde edades tempranas en la prevención de estas enfermedades. Debemos alzar la voz en pro de solicitar a las autoridades pertinentes, medidas que contribuyan a mejorar esta situación. En ese sentido, esta investigación pone de manifiesto, que es posible trabajar de forma coordinada desde las escuelas, ayudando a revertir esta nefasta situación en la que el número de personas con obesidad, sobrepeso y TCA no para de crecer año tras año, y se ha visto todavía más evidenciado por la pandemia del COVID-19.

Asimismo, el programa Everybody has a body, cuenta con ciertos aspectos positivos a destacar: ha obtenido resultados positivos que demuestran que es posible prevenir la obesidad y los TCA, los costes económicos derivados del programa son bajos, pues se imparte en las escuelas y a través de los propios maestros, es de fácil aplicación y se puede llegar a un público muy amplio. Sin embargo, es fundamental considerar la implementación a gran escala, y para ello es necesario la intervención pública. Por lo tanto, sería beneficioso para toda la comunidad educativa y para la sociedad en general, contar con el apoyo de la Conselleria de Educación para incluirlo de manera oficial en las escuelas de la Comunidad Valenciana.

Además, las escuelas, familias y alumnos han mostrado interés por la continuidad del programa. Por un lado, el claustro ha manifestado el deseo de recibir una formación específica sobre educación alimentaria y prevención, que ya se está llevando a cabo (anexo VI). Asimismo, las familias y estudiantes han reclamado que se continúen haciendo actividades de este tipo en las escuelas, tales como el proyecto de almuerzos saludables y las sesiones informativas para madres y padres (anexo VII). También algunos de los centros escolares han solicitado el distintivo Sello Vida Saludable, del Ministerio de Educación, Cultura y Deporte, que conlleva el reconocimiento público del compromiso del centro al fomentar el aprendizaje de la salud en el ámbito educativo (Resolución de 14 de diciembre de 2017, de la Secretaría de Estado de Educación, Formación Profesional y Universidades, por la que se establece el procedimiento

para la concesión del distintivo de calidad Sello Vida Saludable) y ya ha sido concedido al Colegio Municipal Benimaclet (anexo X).

Por lo tanto, podemos considerar que implantar en las escuelas de forma definitiva un programa para trabajar la alimentación, otorgaría a los niños y niñas una mirada más realista sobre la industria alimentaria y la manipulación a la que continuamente estamos expuestos y que en muchas ocasiones impide llevar a cabo una dieta saludable y equilibrada. Además, favorecería la salud pública, ya que otorgaría a la sociedad una visión más consciente de la importancia de cuidar la alimentación para mantenerse sanos. Consecuentemente, se reduciría el número de personas que sufren obesidad, TCA y otras enfermedades relacionadas con la alimentación. Y teniendo en cuenta, que estas enfermedades acentúan las desigualdades sociales, reducir la prevalencia de estas enfermedades, acercaría la igualdad social.

De manera que esta investigación puede contribuir, a corto plazo, a potenciar hábitos saludables entre el alumnado y las familias, y a largo plazo, a disminuir la incidencia de obesidad, TCA y otras enfermedades relacionadas con la alimentación. Además, dota al profesorado de una excelente herramienta para conseguirlo: el programa Everybody has a body.

Resumiendo, a la luz de nuestros resultados y en consonancia con el criterio de los expertos, (Noordenbos 2008; Raich et al., 2017) un programa de prevención de obesidad y TCA, debería centrarse en seis objetivos fundamentales, que incluyen:

- Alfabetización mediática: Mediante la educación sobre los medios de comunicación, donde los estudiantes puedan aprender a interpretar de forma crítica los mensajes que lanzan estos medios, como son los ideales de belleza, la manipulación de imágenes, la selección de prototipos que no cumplen con los de la mayoría de la población, como mujeres extremadamente delgadas, etc.
- Fortalecer la autoestima.
- Desarrollar una imagen corporal positiva.
- Entrenar la correcta gestión de las emociones a través de la reducción de la ansiedad y el estrés negativo, ya que para prevenir los trastornos alimentarios y la obesidad es fundamental aprender a afrontar las emociones y el estrés, y las habilidades sociales.

- Promover hábitos alimentarios saludables, práctica suficiente de actividad física e impulso de una vida activa.
- Educar en alimentación y nutrición.

13.3 Limitaciones y Futuras Líneas de Investigación del Estudio

Durante los años que ha durado esta investigación, nos hemos encontrado, a nuestro pesar, con múltiples limitaciones. La más significativa, sin duda alguna, han sido todos los contratiempos y barreras que ha ocasionado el COVID-19, que paralizó a medias un curso escolar y dificultó gravemente el funcionamiento de las escuelas durante el curso siguiente 2020-2021.

De manera que la pandemia obstaculizó más aún si cabe, la que es per se una ardua tarea: contar con la colaboración de las escuelas para introducir programas y elementos externos. Fue realmente difícil encontrar colegios de educación primaria dispuestos a impartir el programa. Ya que además de contar con el beneplácito del equipo directivo, era necesaria la implicación de los docentes, el permiso de las familias y el visto bueno de la Conselleria de Educación.

En este sentido, una de las grandes limitaciones ha sido no conseguir más escuelas para que el número de participantes fuera mayor, y tampoco encontrar grupos control con los que comparar los resultados obtenidos de los grupos experimentales.

Por lo tanto, para las futuras líneas de investigación, sería conveniente ampliar el número de sujetos del estudio, ya que un número pequeño resta efectividad del análisis estadístico y puede resultar inapropiado para generalizar las conclusiones.

También contar con grupos control de características similares a los grupos experimentales, y como forma de evitar un posible sesgo de contaminación entre los grupos control y experimental, algunos autores (Raich et al., 2008) proponen asignar el papel de grupo control a una escuela diferente de la que se realiza la intervención.

En otro orden de cosas, para evitar posibles errores durante el análisis de datos, se pueden realizar dos bases de datos con los mismos datos de los cuestionarios introducidos por dos personas separadas y así hacer una comparación para detectar posibles fallos a través de controles automáticos.

También en ediciones futuras, sería conveniente, controlar la asistencia de los estudiantes a las sesiones del programa, pues todo parece indicar que la asistencia a menos sesiones supone una menor eficacia del programa de prevención.

Cabe destacar que habría sido más conveniente que el peso y la talla, dos datos necesarios en el cuestionario CETRAR, los midiera de manera formal un adulto, ya que se confió en la buena voluntad de los niños, pero los datos recogidos podrían no haber sido fieles a la realidad. Aunque se planteó a las escuelas que los maestros/as de educación física pesaran y midieran a los alumnos, esto no fue posible en todas las escuelas a causa del COVID, pues no era recomendable ese acercamiento físico. Asimismo, sería aconsejable medir no solo el IMC, sino también la circunferencia de la cintura, ya que usar el IMC y tablas percentiles como parámetro, aunque nos permiten determinar el diagnóstico de obesidad, podría omitir hasta a un 25% de niños que se considerarían obesos, según su concentración de grasa corporal. Mientras que la circunferencia de la cintura es un parámetro indirecto de la grasa visceral abdominal y predictor de la aparición de factores de riesgo cardiovascular (Javed et al., 2014).

Es importante dilucidar que está previsto un período de seguimiento en el tiempo, ya que según López-Guimerà y Sánchez-Carracedo (2010) y Ruiz-Lázaro, Calvo et al. (2017), esto determina la rigurosidad de los ensayos experimentales, puesto que la realización de seguimientos largos es fundamental para valorar el efecto preventivo del programa. Además, se contempla la posibilidad de incluir sesiones de refuerzo en el futuro, ya que el mundo cambia, los medios de comunicación cambian, el ambiente obesogénico se transforma y, por tanto, pueden cambiar los factores de riesgo y protección. Con lo cual no sería suficiente con aplicar un programa de prevención una vez, aunque sea positivo en su momento y la duración sea adecuada y consiga resultados positivos, habrá que realizar alguna sesión más con el tiempo.

De igual forma, para futuras líneas de investigación, se abre la posibilidad de implantar el programa en colegios no solo públicos, sino también privados y concertados, así como en centros singulares (son aquellos centros docentes ubicados en un Barrio de Acción Preferente o que escolarizan alumnado con necesidades de compensación educativa en un porcentaje igual o superior al 30% del total del centro), donde se encuentra alumnado de diferentes características

y variedad de familias de niveles socio-educativos y culturales diversos, de forma que las enfermedades relacionadas con la alimentación y el peso podrían impactar de manera distinta dependiendo del tipo de centro. En este sentido, en un futuro se podría considerar contactar con fundaciones sociales, que pudieran colaborar económicamente con el coste de los cuadernos, para llevar a cabo el programa en escuelas singulares, para acercar el programa al alumnado más desfavorecido, ya que como hemos visto en esta tesis, la obesidad afecta fuertemente a las clases sociales más bajas, y acrecienta las desigualdades sociales.

Asimismo, actualmente se está trabajando en el desarrollo de una aplicación para móvil y *tablet*, que facilite a los docentes y familias, la prevención de obesidad y TCA. En dicha aplicación se encuentra informatizado el cuestionario CETRAR, de manera que automáticamente se obtienen resultados en cuanto al riesgo de desarrollar TCA/obesidad, las actividades del programa, pautas de alimentación, así como un compendio de información relevante. Por lo tanto, en futuras líneas de investigación, se podría hacer servir esta aplicación, para informatizar los resultados, facilitar la tarea, motivar al alumnado y llegar a un mayor número de participantes.

Por último, en cuanto a futuras líneas de investigación, se propone la formación docente en prevención de obesidad y TCA, que en la Comunidad Valenciana se puede hacer oficialmente a través del CEFIRE, que son los centros de formación, innovación y recursos educativos de la Comunidad Valenciana para la formación permanente del profesorado. Ya que sería realmente beneficioso que el profesorado fuera conocedor de las mejores técnicas para ahondar en la labor de la prevención de enfermedades relacionadas con la alimentación y el peso, y así contribuir a mejorar la sociedad y la calidad de vida de los estudiantes. A través de esta formación, se dotaría al profesorado, de herramientas para educar en buenos hábitos, formar ciudadanos críticos con los medios de comunicación y los cánones de belleza que imperan en la sociedad, contribuir a mejorar la autoestima y la imagen corporal del alumnado, luchar para implantar medidas contra el ambiente obesogénico desde la escuela, etc.

13.4 Subvenciones

Aunque la presente investigación no ha sido auspiciada por ninguna entidad, sí que es

cierto que Conselleria de Educación, Cultura y Deporte de la Comunidad Valenciana, ha tenido la deferencia de otorgar una subvención económica por el proyecto de investigación e innovación educativa “Everybody has a body”, que, si bien no cubre la cuantía total de esta investigación, sí ha ayudado a sufragar una parte de los gastos (anexo I).

Agregando a lo anterior, también el Ayuntamiento de Valencia, ha puesto a disposición de la Asociación de Vecinos del barrio donde se localiza una de las escuelas que ha realizado nuestro programa de prevención, un presupuesto económico para trabajar “La semana de la salud”. Dicha Asociación de Vecinos, ha optado por trabajar concretamente la alimentación en las escuelas. Con este recurso, la escuela en cuestión, va a seguir con esta investigación, que si bien no se incluye en esta tesis doctoral por cuestiones de tiempo, si se realiza a cargo de la doctoranda. De esta manera, se continuará ampliando el programa de prevención de TCA y obesidad. Concretamente, la mirada se dirige hacia un proyecto de almuerzos saludables para toda la escuela, que además incluye formación al profesorado sobre prevención de obesidad y TCA, reconocida por el CEFIRE (red de Centros de Formación, Innovación y Recursos Educativos de la Comunidad Valenciana), así como varias sesiones de diálogo y formación a las familias del centro sobre alimentación saludable.

13.5 Declaración de Conflictos de Interés

La autora declara que no existe ningún conflicto de intereses en esta investigación ni con los artículos y comunicaciones llevados a cabo en el periodo de su desarrollo. No concurren intereses económicos ni de ningún otro tipo más allá del puramente académico, y la investigación ha sido fiel a la verdad en todo momento.

Además, cuando fue necesario, el proyecto de investigación solicitó los permisos pertinentes, tanto a los tutores legales de los estudiantes, a los directores de las escuelas como la aprobación de Conselleria de Educación, Cultura y Deporte de la Generalitat Valenciana, que resolvió favorablemente (anexo IV).

Referencias Bibliográficas

- AA.VV. (2001). *Guia per a educadors i educadores en la prevenció dels trastorns del comportament alimentari: anorèxia i bulímia nervioses*, Barcelona. Generalitat de Catalunya.
- Acosta-Hernández, M. E., Gasca-Pérez, E., Ramos-Morales, F. R., Solís-Páez, F., Evaristo-Portilla, G., y Soto-Cid, A. H. (2013). Factores, causas y perspectivas de la obesidad infantil en México. *Revista Médicas UIS*, 26(1).
- Acuña Blanco, A. (2014). *Estilos de crianza maternos de alimentación infantil y ambiente obesogénico del hogar*. (Tesis de maestría). Universidad Autónoma de Nuevo León, México.
- Afshin, A., Sur, P. J., Fay, K. A., Cornaby, L., Ferrara, G., Salama, J. S., ... & Afarideh, M. (2019). Health effects of dietary risks in 195 countries, 1990–2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *The Lancet*, 393(10184), 1958-1972.
- Agencia Española de Seguridad y Nutrición del Ministerio de Sanidad y Política Social (2005). *Estrategia NAOS. Invertir la tendencia de la obesidad. Estrategia para la Nutrición, Actividad Física y Prevención de la Obesidad*. Ministerio de Sanidad y Política Social: Madrid. Disponible en: <http://www.aecosan.msssi.gob.es/AECOSAN/docs/documentos/nutricion/estrategianaos.pdf>
- Alonso, E., Berdullas, S., y Albarracín, D. (Enero-febrero 2008). Una epidemia de nuestro tiempo: el caso de la obesidad y el sobrepeso. *Infocop*. (36), 5.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-V-TR*. Washington, DC. APA.
- Amigo, I., Fernández, C., Rodríguez, E., y Rodríguez, A. (2005). Creencias sobre las estrategias para el control del peso. *Psicothema*, 17(3), 418-421.
- Anguera, M. T. (2008). Evaluación de programas desde la metodología cualitativa. *Acción psicológica*, 5(2), 87-101.
- Aranceta, J. (7 de octubre de 2004). *Obesidad infantil y factores determinantes. Estudio Enkid*. [Presentación de paper]. XXI Jornada de Pediatría de Gipuzkoa. Donostia. <http://>

www.avpap.org/documentos/donostia2004/aranceta.htm

- Aranceta-Bartrina, J., Gianzo-Citores, M., y Pérez-Rodrigo, C. (2020). Prevalencia de sobrepeso, obesidad y obesidad abdominal en población española entre 3 y 24 años. Estudio ENPE. *Revista Española De Cardiología*, 73(4), 290-299.
- Ariza, C., Ortega-Rodríguez, E., Sánchez-Martínez, F., Valmayor, S., Juárez, O., y Pasarín, M. I. (2015). La prevención de la obesidad infantil desde una perspectiva comunitaria. *Atención Primaria*, 47(4), 246-255.
- Arnaiz, M. G. (2008). La obesidad como problema social: la ideación sobre su carácter crónico, plurifactorial y epidémico. *Antropología de la medicina: metodologías e interdisciplinariedad: de las teorías a las prácticas académicas y profesionales*, 63-78.
- Arnaiz, M. G. (2009). La emergencia de las sociedades obesogénicas o de la obesidad como problema social. *Revista de Nutrição*, 22(1), 5-18.
- Baile, J. I., González-Calderón, M. J., Palomo, R., y Rabito-Alcón, M. F. (2020). La intervención psicológica de la obesidad: desarrollo y perspectivas. *Revista Clínica Contemporánea*, 11(1), 1-14.
- Ballesteros, J. M., Dal-Re, M., Pérez-Farinós, N., y Villar, C. (2007). La estrategia para la nutrición, actividad física y prevención de la obesidad: estrategia NAOS. *Revista Española de Salud Pública*, 81(5), 443-449.
- Barrientos-Pérez, M., y Flores-Huerta, S. (2008). ¿Es la obesidad un problema médico individual y social? Políticas públicas que se requieren para su prevención. *Boletín Médico del Hospital Infantil de México*, 65(6), 639-651.
- Bartrina, J. A., Rodrigo, C. P., Serra, J. D., Hernández, A. G., More, R. L., Suárez, V. M., ... y Cortina, L. S. (2008). El comedor escolar: situación actual y guía de recomendaciones. *Anales de pediatría* 69(1), 72-88.
- Bazán, C. I., y Miño, R. (2015). La imagen corporal en los medios de comunicación masiva. *Psicodebate. Psicología, Cultura y Sociedad*, 15(1), 23-42.
- Belloc, N. B. (1973). Relationship of health practices and mortality. *Preventive Medicine*, 2(1), 67-

81.

- Benavente, M. D., Morilla, F. R., Leal, C. M., y Benjumea, M. H. (2003). Factores de riesgo relacionados con trastornos en la conducta alimentaria en una comunidad de escolares. *Atención primaria*, 32(7), 403-407.
- Blanco, N. (22/10/2018). Los menús escolares andaluces son inspeccionados por veterinarios y farmacéuticos y no por nutricionistas. *Diario 16*. Recuperado de <https://diario16.com/los-menus-escolares-andaluces-inspeccionados-veterinarios-farmaceuticos-no-nutricionistas/>
- Blanco, N. (29/10/2018). La ley ampara que los veterinarios supervisen la salubridad de los menús escolares. *Diario 16*. Recuperado de <https://diario16.com/la-ley-ampara-los-veterinarios-supervisen-la-salubridad-los-menus-escolares/>
- Bolaños, P. (2009). La educación nutricional como factor de protección en los trastornos de la conducta alimentaria. *Trastornos de la conducta alimentaria*, (10), 1069-1086.
- Bonache, J. (1998). Los estudios de casos como estrategia de investigación: Características, críticas y defensas.
- Brines, J. (1999). *Introducción a la nutrición infantil*. Ed. Generalitat Valenciana, Consellería de Sanitat. Direcció General de Salut Pública. IVESP.
- Brown, T., & Summerbell, C. (2009). Systematic review of school-based interventions that focus on changing dietary intake and physical activity levels to prevent childhood obesity: an update to the obesity guidance produced by the National Institute for Health and Clinical Excellence. *Obesity reviews*, 10(1), 110-141.
- Bustamante, S. (2014). *Promoción de hábitos saludables para la prevención de la obesidad infantil*. (Tesis doctoral). Universidad de Salamanca, Salamanca.
- Calatayud Salom, A (2001). *I Jornadas sobre la Salud tema transversal*. CEFIRE de Xàtiva. Valencia.
- Calatayud, M. A. y Aranda, E., (2000). Dos aliados contra el Sida: la educación y la prevención: Una experiencia formativa y diferente de trabajar en Sida con adolescentes. *Aula abierta*, (76), 197-212.

- Calcedo, J. G. (2016). *Prevención en Trastornos de la Conducta Alimentaria en estudiantes de Educación Secundaria en Cantabria*, (Tesis Doctoral). Universidad de Cantabria, España.
- Calpa, A., Santacruz, G., Álvarez, M., Zambrano, C., Hernández, E., y Matabanchoy, S. (2019). Promoción de estilos de vida saludables: estrategias y escenarios. *Hacia la promoción de la salud*, 24(2): 139-155. DOI: 10.17151/hpsal.2019.24.2.11
- Calvo, Rosa. (Enero-febrero 2008). La importancia de los factores psicológicos en la obesidad infantil. *Infocop*. (36), 10-13.
- Campos, J. M. (2007). Anorexia, bulimia e internet. Aproximación al fenómeno pro-ana y mía desde la teoría subcultural. Frenia. *Revista de Historia de la Psiquiatría*, 7(1), 127-144.
- Carolina, L. G., y Janet, T. (2011). Trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes: descripción y manejo. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 22(1), 85-97.
- Carretero, C. (2017). Cuando no gustarse hace enfermar: la importancia de la prevención de los trastornos de la conducta alimentaria. En Ruiz-Lázaro, Velilla, y González (Dirs.), *Buenas prácticas en la prevención de trastornos de la conducta alimentaria* (pp. 697-733). Ediciones Pirámide.
- Carretero García, A., Sánchez Planell, L., Rusiñol Estragués, J., Raich Escursell, R.M., y Sánchez Carracedo, D. (2009). Relevancia de Factores de Riesgo, Psicopatología Alimentaria, Insatisfacción Corporal y Funcionamiento Psicológico en Pacientes con TCA. *Clínica y Salud*, 20(2), 145-157. Recuperado en 21 de julio de 2020, de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-52742009000200004&lng=es&tlng=pt.
- Carrillo, Beatriz. (2009). La alimentación infantil. Importancia de una educación alimenticia desde la escuela en los primeros años de vida. *Innovación y Experiencias Educativas*, 15, 1-8.
- Carrillo, M. V. (2005). Factores socioculturales en los TCA. No sólo moda, medios de comunicación y publicidad. *Trastornos de la Conducta Alimentaria*, (2), 120-141
- Carrillo, V., Jiménez, M., y Sánchez, M. (2012). La Influencia de Internet, en el contexto de los

medios de comunicación, en la anorexia y la bulimia. *Estudio Delphi a expertos relacionados con la salud. Comunicaciones.*

Carter, F. A. y Bulik, C. M. (2008). Childhood obesity prevention programs: How do they affect eating pathology and other psychological measures? *Psychosomatic Medicine*, 70, 363–371.

Casado Morales, I. y Helguera Fuentes, M. (2008). Prevención de trastornos de alimentación. Un primer programa de prevención en dos fases. *Clínica y Salud*, 19(1), 5-26. Recuperado en 21 de septiembre de 2020, de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-52742008000100001&lng=es&tlng=es.

Casanova, M. A. (2012). El diseño curricular como factor de calidad educativa. *REICE. Revista Iberoamericana sobre Calidad, Eficacia y Cambio en Educación*, 10(4), 6-20. <http://www.rinace.net/reice/numeros/arts/vol10num4/art1.pdf>

Casas, M. V. (2013). *La imagen corporal: programa preventivo sobre los trastornos de la conducta alimentaria* (Doctoral dissertation, Universidad de Castilla-La Mancha).

Casas, R. (2011a). La psicología es fundamental para promover los cambios de actitudes y comportamientos. Entrevista a Rafael Casas. *Infocop*, (52), p.18-20

Casas, R. (2011b). Programa THAO Salud infantil. Recuperado de: <http://www.aecosan.msssi.gob.es/AECOSAN/docs/documentos/nutricion/5presentacionrafaelcasas.pdf>

Castañeda Díaz, A. (2013). *Autoestima, claridad de autoconcepto y salud mental en adolescentes de Lima Metropolitana* (Tesis de licenciatura). Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima. Recuperado de <http://hdl.handle.net/20.500.12404/5094> Repositorio de Pontificia Universidad Católica del Perú, consultado a fecha 20/01/2020.

Castellano, M. A. N., Penelo, E., Espinoza, P, y Raich, R. M. (2019). Relación entre trastornos de conducta alimentaria, sobrepeso y obesidad en adolescentes. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 1(1), 9-18.

Castillo, M., León, M., y Naranjo, J. (2001). Creencias erróneas sobre alimentación. *Medicina general*, 33(346350), 346-350.

Castillo Ruiz, O., Téllez Luis, S. J., Rodríguez Castillejos, G. C. (2013). Factores que influyen en

- la prevención y tratamiento efectivo de la obesidad infantil. *Investigación y Ciencia*, 21(59), 57-63.
- Comisión Europea sobre Sanidad y Protección de los Consumidores (2003). *Informe sobre el estado de los trabajos de la Comisión Europea en el campo de la nutrición en Europa. Octubre de 2002*. Bruselas, Bélgica: Autor.
- Comité Científico Asociación para la Promoción y el Consumo de Frutas y Hortalizas “5 al día”. (2011). Educación alimentaria-nutricional en el medio escolar. Documento de postura del comité científico para implantar la educación alimentaria-nutricional como materia obligatoria en el ámbito escolar. http://www.5aldia.org/datos/60/POSTURA_DEL_CC_SOBRE_EDUCACION_ALI11.pdf
- Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos. España. (Marzo - Mayo 2010). Manual para prevenir la anorexia y bulimia en las aulas. *Infocop*, (47), p. 33.
- Coon, K. A., & Tucker, K. L. (2002). Television and children's consumption patterns. *Minerva Pediatr*, 54(5), 423-436.
- Corral, S., González, M., Pereña, J., y Seisdedos, N. (1998). Adaptación española del Inventario de trastornos de la conducta alimentaria. En D.M. Garner (Ed.), EDI-2: Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria. Manual. (pp. 69-80). Madrid: TEA. (<https://bi.cibersam.es/busqueda-de-instrumentos/ficha?Id=251>)
- Costa, M. y López, E. (2008). *Educación para la Salud: guía práctica para promover estilos de vida saludables* (p. 37-48). Pirámide.
- Cuervo, C., Cachón, J., Zagalaz, M. L., y González C. (2018). Conocimientos e intereses sobre hábitos alimentarios saludables y práctica de actividad física. Un estudio con población adolescente. *Aula abierta*, 47(2), 211-220.
- Dalmau, J., Alonso, M., Gómez, L., Martínez, C., y Sierra, C., (2007, March). Obesidad infantil. Recomendaciones del comité de nutrición de la asociación española de pediatría. Parte II. Diagnóstico. Comorbilidades. Tratamiento. In *Anales de Pediatría* (Vol. 66, No. 3, pp. 294-304). Elsevier Doyma.
- De La Corte, J., y Petit, M. J. (2017). Prevención secundaria de los trastornos de alimentación

en adolescentes escolarizados: modelo Getafe de detección temprana. En Ruiz-Lázaro, Velilla, y González (Dirs.), *Buenas prácticas en la prevención de trastornos de la conducta alimentaria* (pp. 467-500). Ediciones Pirámide.

Decret 119/2015, de 23 de juny d'ordenació dels ensenyaments de l'educació primària.

Decreto 236/2015, de 22 de diciembre, por el que se establece el currículo de Educación Básica y se implanta en la Comunidad Autónoma del País Vasco.

Del Campo, A., y López, F. (2006). Evaluación de un programa de prevención de abusos sexuales a menores en Educación Primaria. *Psicothema*, 1-8.

Doak, C. M., Visscher, T. L. S., Renders, C. M., & Seidell, J. C. (2006). The prevention of overweight and obesity in children and adolescents: a review of interventions and programmes. *Obesity reviews*, 7(1), 111-136.

El Programa PERSEO. (10/04/2012). Instituto Tomás Pascual Sanz. Recuperado de <https://www.institutotomas Pascualsanz.com/el-programa-perseo/>

Errandonea, U. I. (2012). Obesidad y trastornos de alimentación. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 23(2), 165-171.

Espido F., L. (2004). *Cuando comer es un infierno: confesiones de una bulímica*. Santillana.

Fairburn, C. (1995). *The Prevention of Eating Disorders. Eating disorders and obesity: A comprehensive handbook*. Guilford Press.

Fernández, I. (25 de febrero de 1999). Madridmasd: *La nueva epidemia del culto al cuerpo: Anorexia, Vigorexia, Bulimia y otros trastornos. Prevención desde la familia y la escuela*. Recuperado de https://www.madrimasd.org/cienciaysociedad/ateneo/dossier/alimentos_funcionales/navarra/inam.htm

Fernández Bustillo, J. M., Pereira García, P., y Méndez Bustelo, M. J. (2015). Sobrepeso y obesidad: ¿cuál es nuestra realidad?, ¿qué referencia utilizamos? El estudio OBESGAL. *Pediatría Atención Primaria*, 17(68), 301-307.

Fernández, P., Vallejo, G., Livacic-Rojas, P., y Tuero, E. (2014). Validez Estructurada para una investigación cuasi-experimental de calidad. Se cumplen 50 años de la presentación en sociedad de los diseños cuasi-experimentales. *Anales de Psicología/Annals of*

Psychology, 30(2), 756-771.

- Flynn, M. A. T., McNeil, D. A., Maloff, B., Mutasingwa, D., Wu, M., Ford, C., & Tough, S. C. (2006). Reducing obesity and related chronic disease risk in children and youth: a synthesis of evidence with 'best practice' recommendations. *Obesity reviews*, 7, 7-66.
- Franco, K., Díaz, F. D. J., López-Espinoza, A., Escoto, M. D. C., y Camacho, E. J. (2013). Variables predictoras de riesgo de trastorno del comportamiento alimentario en mujeres. *Terapia psicológica*, 31(2), 219-225.
- Galindo, C. y Barcelona, M. (2017). Prevención primaria y secundaria de los trastornos de alimentación desde la Federación Española de Asociaciones de Ayuda y Lucha contra la Anorexia y Bulimia Nerviosas. En Ruiz-Lázaro, Velilla, y González (Dirs.), *Buenas prácticas en la prevención de trastornos de la conducta alimentaria* (pp. 734-745). Ediciones Pirámide.
- Gallego, P., Galán, I., Medrano, M.J., Ramos, P., Rivera, F., & Moreno, C. (2014). Recent changes in school-based policies on physical activity and nutrition in Spain. *The European Journal of Public Health*, 24(6), 899-904.
- García, M., y Mateo, I. (2000). El grupo focal como técnica de investigación cualitativa en salud: diseño y puesta en práctica. *Aten Primaria*, 25, 181-186.
- García, M.J. (2020). Propuesta de intervención: programa de prevención de trastornos alimenticios en alumnos de 4º ESO [Trabajo fin de máster, Universidad de Almería].
- García Moya, I. (2014). *El sentido de coherencia en la adolescencia: La contribución de la familia y otros contextos a su desarrollo y su repercusión sobre la salud*. (Tesis doctoral). Universidad de Sevilla, España.
- García-Camba, E. (2001), *Avances en trastornos de la conducta alimentaria: anorexia nerviosa, bulimia nerviosa, obesidad*. Masson.
- García-Dantas, A., y Del Río, S. (2017). Prevención de los trastornos de la conducta alimentaria en danza: programa IPASDA. En Ruiz-Lázaro, Velilla, y González (Dirs.), *Buenas prácticas en la prevención de trastornos de la conducta alimentaria* (pp. 321-361). Ediciones Pirámide.

- Gascó, M., y Rodríguez, M. A. (2017). Prevención primaria de los trastornos de la alimentación en alumnos de segundo ciclo de educación infantil. En Ruiz-Lázaro, Velilla, y González (Dir.), *Buenas prácticas en la prevención de trastornos de la conducta alimentaria* (pp. 84-125). Ediciones Pirámide.
- Gayá, V. (2 de agosto de 2019). 400.000 personas padecen trastornos alimentarios en España. *El Confidencial*. https://www.alimente.elconfidencial.com/bienestar/2019-08-02/trastornos-alimentarios-anorexia-bulimia-dieta_2157491/
- Gómez, J. A., González, J., Calcedo, G., Carral, L., y Benito, P. (2017). Prevención conjunta de los trastornos de la conducta alimentaria y el sobrepeso. En Ruiz-Lázaro, Velilla, y González (Dir.), *Buenas prácticas en la prevención de trastornos de la conducta alimentaria* (pp. 666-695). Ediciones Pirámide.
- Gómez-Donoso, C., Martínez-González, M. A., y Bes-Rastrollo, M. (2021). Nutri-Score, alimentos ultraprocesados y salud. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra* 44(1), 5-8.
- González, C., y Atalah, E. (2011). Regulación de la publicidad televisiva de alimentos para prevenir la obesidad infantil. *Archivos Latinoamericanos de Nutrición*, 61(3), 296-301. Recuperado en 06 de octubre de 2021, de http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-06222011000300009&lng=es&tlng=es.
- González, M. L. G. (2012). *Metodologías mixtas en la evaluación de un programa preventivo de trastornos alimentarios: un seguimiento a 30 meses* (Doctoral dissertation, Universitat Autònoma de Barcelona).
- Gortmaker, S. L., Peterson, K., Wiecha, J., Sobol, A. M., Dixit, S., Fox, M. K., & Laird, N. (1999). Reducing obesity via a school-based interdisciplinary intervention among youth: Planet Health. *Archives of pediatrics & adolescent medicine*, 153(4), 409-418.
- Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre la Prevención y el Tratamiento de la Obesidad Infantojuvenil. Centro Cochrane Iberoamericano, coordinador. Guía de Práctica Clínica sobre la Prevención y el Tratamiento de la Obesidad Infantojuvenil. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política Social. Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques; 2009. Guías

de Práctica Clínica en el SNS: AATRM N° 2007/25.

- Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Trastornos de la Conducta Alimentaria. Guía de Práctica Clínica sobre Trastornos de la Conducta Alimentaria. Madrid: Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Consumo. Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques de Catalunya; 2009. Guías de Práctica Clínica en el SNS: AATRM Núm. 2006/05-01. (https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2019/01/GPC_440_Tt_Conduc_Alum_compl_4_jun-1.pdf)
- Guadarrama, R. G., y Mojica, S. A. M. (2011). Factores de riesgo de anorexia y bulimia nerviosa en estudiantes de preparatoria: un análisis por sexo. *Enseñanza e investigación en psicología*, 16(1), 125-136.
- Guerra, C., Cabrera, A., Santana, I., González, A., Almaguer, P., & Urra, T. (2009). Manejo práctico del sobrepeso y la obesidad en la infancia: ¿Una nueva batalla?. *Medisur*, 7(1), 61-69.
- Guerra, C., Vila, J., Apolinaire, J., Cabrera, A., Santana, I., y Almaguer, P. (2009). Factores de riesgo asociados a sobrepeso y obesidad en adolescentes. *Medisur*, 7(2), 25-34.
- Henderson, M., & Freeman, C. P. L. (1987). A self-rating scale for bulimia the 'BITE'. *The British Journal of Psychiatry*, 150(1), 18-24.
- Henríquez, P., Doreste, J., Laínez, P., Estévez, M. D., Iglesias, M., Martín, G., ... y Serra, L. (2008). Prevalencia de obesidad y sobrepeso en adolescentes canarios. Relación con el desayuno y la actividad física. *Medicina clínica*, 130(16), 606-610.
- Hernández, S. (2011). Prevención de obesidad infantil. *Órgano Oficial de la Academia Nacional de Medicina de México, AC*, 147(1), 46-50.
- Hernández-Cortés, L. M., y Londoño Pérez, C. (2013). Imagen corporal, IMC, afrontamiento, depresión y riesgo de TCA en jóvenes universitarios. *Anales de psicología*, 29(3), 748-761.
- Herrero, G. (2017). Psiconutrición: la importancia del trabajo interdisciplinar en el abordaje de la obesidad. *Revista Española de Nutrición Humana y Dietética*, 21, 34-35.
- Herrero, G. (2021). *Comer bien en familia*. Espasa.
- Herrero, G. (4 de febrero de 2022). ¿Cuánto pesa la obesidad? Instagram. <https://www.instagram>.

com/p/CZjjiUtlXzO/

- Herrero, G., y Andrades, C. (2021). *Psiconutrición: Aprende a tener una relación saludable con la comida*. Editorial Almuzara.
- Herrero Martín, G. (2018). Alimentación emocional y marketing alimentario: estrategias para prevenir la obesidad. *Revista Española de Nutrición Humana y Dietética*, 22, 44-45.
- Ingelmo, R. G. (2014). *Estilos de vida relacionados con la salud de los adolescentes salmantinos* (Tesis doctoral). Universidad Pontificia de Salamanca, España.
- Integrando los programas de prevención de las alteraciones del comportamiento alimentario. (03/05/2011). *Infocop*. (http://www.infocop.es/view_article.asp?id=3435)
- Jakter y Mielnikowicz. (Noviembre 2008). La influencia de los medios en la alimentación de los niños. *Creación y Producción en Diseño y Comunicación*, 19, 85.
- Javed, A., Jumean, M., Murad, M. H., Okorodudu, D., Kumar, S., & Somers, V. K. (2014). Diagnostic performance of BMI to identify obesity as defined by body adiposity in children and adolescents: a systematic review and meta-analysis. *Pediatric Obesity*, 14, 208-22.
- Jiménez, T. (08/09/2018). Veterinarios en el comedor escolar. *Cadena Ser*. Recuperado de https://cadenaser.com/emisora/2018/09/08/radio_valencia/1536400511_848593.html
- Jiménez-Cruz, B. E. (2010). Riesgo para trastorno alimentario, ansiedad, depresión y otras emociones asociadas a la exposición de imágenes publicitarias. *Anales de Psicología/Annals of Psychology*, 26(1), 11-17.
- Jiménez-Cruz, B. E., y Silva-Gutiérrez, C. (2008). Niveles de ansiedad y depresión tras la exposición breve a imágenes publicitarias en relación con el índice de masa corporal y las actitudes hacia el peso y la alimentación en un grupo de mujeres universitarias. *Revista Mexicana de Psicología*, 25(1), 89-98.
- Jorquera, M. (2008). Un taller de prevención para los trastornos de la conducta alimentaria en la Comunidad Valenciana. [Tesis doctoral, Universitat de València].
- Jorquera, M. (2017). Un taller de prevención primaria de los trastornos de alimentación en la Comunidad Valenciana. En Ruiz-Lázaro, Velilla, y González (Dirs.), *Buenas prácticas en la prevención de trastornos de la conducta alimentaria* (pp. 247-269). Pirámide.

- Kamath, C. C., Vickers, K. S., Ehrlich, A., McGovern, L., Johnson, J., Singhal, V., ... y Montori, V. M. (2008). Behavioral interventions to prevent childhood obesity: a systematic review and metaanalyses of randomized trials. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 93(12), 4606-4615.
- Kristeller, J. L., & Wolever, R. Q. (2010). Mindfulness-based eating awareness training for treating binge eating disorder: the conceptual foundation. *Eating disorders*, 19(1), 49-61.
- Lang, J. (2001). Eating disorders afflicting men, too. Scripps Howard News Service. Disponible en línea: <http://www.eatingdis.com/men.htm>.
- Lecube, A., Monereo, S., Rubio, M. A., Martínez-de-Icaya, P., Martí, A., Salvador, J., ... y Casanueva, F. F. (2017). Prevención, diagnóstico y tratamiento de la obesidad. Posicionamiento de la sociedad española para el estudio de la obesidad de 2016. Prevention, diagnosis and treatment of obesity, 2016 position statement of the spanish society for the study of obesity. *Endocrinología, diabetes y nutrición*, 64(1), 15-22.
- León, B. (2009). Salud mental en las aulas. *Revista de estudios de juventud*, 84, 66-83.
- León, M. P., González-Martí, I., y Contreras, O. R. (2018). Programas de intervención para la mejora de la imagen corporal en niños de Educación Primaria. *SPORT TK-Revista EuroAmericana de Ciencias del Deporte*, 7(1), 145-156.
- Levine, M. P., & Murnen, S. K. (2009). "Everybody knows that mass media are/are not [pick one] a cause of eating disorders": A critical review of evidence for a causal link between media, negative body image, and disordered eating in females. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 28(1), 9-42.
- Levine, M. P. y Smolak, L. (2006). *The prevention of eating problems and eating disorders: Theory, research, and practice*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Lewis, M. (2004). Overview of development from infancy through adolescence. En Wiener J.M. y Dulcan, M. K. (Eds.). *The textbook of child and adolescent psychiatry* (3ª ed., pp. 13-14). USA: The American Psychiatry Publishing.
- Ley 12/2009, de 10 de julio, de Educación. *Boletín Oficial del Estado*, 189, de 6 de agosto de 2009, 67041-67134. <https://www.boe.es/boe/dias/2009/08/06/pdfs/BOE-A-2009-13038.pdf>

- Ley 17/2011, de 5 de julio, de seguridad alimentaria y nutrición. *Boletín Oficial del Estado*, 160, de 6 de julio de 2011, 71283-71319. <https://www.boe.es/eli/es/l/2011/07/05/17/dof/spa/pdf>
- Ley Orgánica 2/2006, de 3 de mayo, de Educación. *Boletín Oficial del Estado*, 106, de 4 de mayo de 2006, 17158-17207. <https://www.boe.es/buscar/pdf/2006/BOE-A-2006-7899-consolidado.pdf>
- Ley Orgánica 3/2020, de 29 de diciembre, por la cual se modifica la Ley Orgánica 2/2006 de 3 de mayo, de Educación. *Boletín Oficial del Estado*, 340, de 30 de diciembre de 2020, 122868-122953. <https://www.boe.es/eli/es/lo/2020/12/29/3/dof/spa/pdf>
- Ley Orgánica 6/2006, de 19 de julio, de reforma del Estatuto de Autonomía de Cataluña. *Boletín Oficial del Estado*, 172, de 20 de julio de 2006, 27269-27310. <https://www.boe.es/buscar/pdf/2006/BOE-A-2006-13087-consolidado.pdf>
- Ley Orgánica 8/2013, de 9 de diciembre, para la mejora de la calidad educativa. *Boletín Oficial del Estado*, 295, de 10 de diciembre de 2013, 97858-97921. <https://www.boe.es/boe/dias/2013/12/10/pdfs/BOE-A-2013-12886.pdf>
- Lima-Serrano, M., Lima-Rodríguez, J. S., y Sáez-Bueno, Á. (2012). Diseño y validación de dos escalas para medir la actitud hacia la alimentación y la actividad física durante la adolescencia. *Revista Española de Salud Pública*, 86(3), 253-268
- Loaiza, S., y Atalah, E. (2006). Factores de riesgo de obesidad en escolares de primer año básico de Punta Arenas. *Revista chilena de pediatría*, 77(1), 20-26.
- Lobos, L.L., Leyton, B., Kain, J., y Vio del Río, F. (2013). Evaluación de una intervención educativa para la prevención de la obesidad infantil en escuelas básicas de Chile. *Nutrición hospitalaria*, 28(4), 1156-1164.
- López, J. F. (2019). El paradigma de la alimentación saludable en educación primaria. ¿Nos estamos equivocando?. *EmásF: revista digital de educación física*, (56), 13-29.
- López, J. M. (2017). Prevención de los trastornos de la alimentación a través de la televisión. En Ruiz-Lázaro, Velilla, y González (Dirs.), *Buenas prácticas en la prevención de trastornos de la conducta alimentaria* (pp. 397-434). Ediciones Pirámide.
- López, M. P. S., García, M. E. A., y Dresch, V. (2006). Ansiedad, autoestima y satisfacción

autopercebida como predictores de la salud: diferencias entre hombres y mujeres. *Psicothema*, 18(3), 584-590.

López-Aguilar, Xochitl, Mancilla-Díaz, Juan Manuel, Vázquez-Arévalo, Rosalia, Franco-Paredes, Karina, Alvarez-Rayón, Georgina Leticia, y Ocampo Téllez-Girón, Ma. Trinidad. (2011). Propiedades psicométricas del Cuestionario de Tres Factores de la Alimentación (TFEQ). *Revista mexicana de trastornos alimentarios*, 2(1), 24-32. Recuperado en 17 de junio de 2020, de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-15232011000100003&lng=es&tlng=es.

López-Alarcón, M. G., y Rodríguez-Cruz, M. (2008). Epidemiología y genética del sobrepeso y la obesidad. Perspectiva de México en el contexto mundial. *Boletín médico del Hospital Infantil de México*, 65(6), 421-430.

López-Guimerà, G. y Sánchez-Carracedo, D. (2010). *Prevención de las alteraciones alimentarias: fundamentos teóricos y recursos prácticos*. Editorial Pirámide.

López-Guimerà, G., Sánchez-Carracedo, D., y Fauquet, J. (2011). Programas de prevención universal de las alteraciones alimentarias: metodologías de evaluación, resultados y líneas de futuro. *Revista mexicana de trastornos alimentarios*, 2(2), 125-147. Recuperado en 24 de agosto de 2020, de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-15232011000200008&lng=es&tlng=es.

López-Guimerà, G., Sánchez-Carracedo, D., Fauquet, J., Portell, M., Raich, R. M. Impact of a School-Based Disordered Eating Prevention Program in Adolescent Girls: General and Specific Effects Depending on Adherence to the Interactive Activities. 2011;14(1):293–303.

Los veterinarios garantizan la calidad y seguridad de los menús escolares. (1 de octubre de 2019). *Diario Veterinario*. Recuperado de <https://www.diarioveterinario.com/t/1541994/veterinarios-garantizan-calidad-seguridad-menus-escolares>

Losada, A. V., y Marmo, J. (2013). *Herramientas de Evaluación En Trastornos de La Conducta Alimentaria*. Editorial Académica Española.

Luján Sánchez, A. M., Piat, G. L., Ott, R. A., y Abreo, G. I. (2010). Obesidad infantil, la lucha

contra un ambiente obesogénico. *Prevención*, 2, 6.

- Maestri, A. (Junio 2018). L'educació emocional en la prevenció dels trastorns de la conducta alimentària en l'àmbit escolar. En Aldámiz-Echevarría, M.; Barredo, B.; Bisquerra, R.; García, N; Giner, A.; Pérez, N.; Tey, A. (Coords.). *XIV Jornades d'Educació Emocional*. Comunicació llevada a cabo en Barcelona, Universitat de Barcelona. Disponible en: <http://hdl.handle.net/2445/128783>
- Magán, I., Berdullas, S., y De Vicente, A. (2011). Prevención de los problemas de la alimentación en niños y adolescentes. *Infocop*, 52, 3-7.
- Makarov, A. (2018). *Me he infiltrado un mes en grupos de WhatsApp de anoréxicas y bulímicas, y así ha sido mi día a día*. Xataka. <https://www.xataka.com/medicina-y-salud/me-he-infiltrado-mes-grupos-whatsapp-anorexicas-bulimicas-asi-ha-sido-mi-dia-a-dia>
- Maloney, M. J., McGuire, J., Daniels, S. R. y Specker, B. (1989). Dieting behavior and eating attitudes in children. *Pediatrics*, 84(3): 482-489.
- Malo-Serrano, M., Castillo, N., y Pajita, D. (2017, April). La obesidad en el mundo. *Anales de la Facultad de Medicina*, 78(2), 173-178.
- March, J. C., Suess, A., Prieto, M. A., Escudero, M. J., Nebot, M., Cabeza, E., y Pallicer, A. (2006). Trastornos de la conducta alimentaria: opiniones y expectativas sobre estrategias de prevención y tratamiento desde la perspectiva de diferentes actores sociales. *Nutrición Hospitalaria*, 21(1), 4-12.
- Marmo, J. (2014). Estilos parentales y factores de riesgo asociados a la patología alimentaria. *Avances en psicología*, 22(2), 165-178.
- Martín-Calvo, N., Moreno-Galarraga, L., y Bes-Rastrollo, M. (2015). La importancia de la nutrición y los estilos de vida saludables en la infancia y adolescencia. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 38(3), 461-462.
- Martínez, A. (2017). La consolidación del ambiente obesogénico en México. *Estudios sociales (Hermosillo, Son.)*, 27(50), 0-0.
- Martínez-Miguélez, M. (2006). Validez y confiabilidad en la metodología cualitativa. *Paradigma*, 27(2), 07-33.

- Mataix Verdú, J. (2005) *Nutrición para educadores*. Ediciones Díaz de Santos.
- Matud, M. P. (2004). Autoestima en la mujer: un análisis de su relevancia en la salud. *Avances en psicología latinoamericana*, 22(1), 129-140.
- Matusek, J.A., Wendt, S.J. y Wiseman, C. (2004). Dissonance thin-ideal and didactic healthy behaviour eating disorder prevention programs: Results from a controlled trial. *International Journal of Clinical Practice*, 36: 376-388
- Median, C. M., Expósito, C. B., y Hernández, J. M. H. (2004). La autoestima como predictor de la calidad de vida en los mayores. *Portularia: Revista de Trabajo Social*, (4), 171-178.
- Medina, M.A y Moncloa, G. (21 de octubre de 2021). *Consumo prohibirá la publicidad dirigida a niños y adolescentes de chocolates, dulces, postres, galletas, zumos y helados*. El País. <https://elpais.com/sociedad/2021-10-28/consumo-prohibira-la-publicidad-de-chocolates-dulces-postres-galletas-zumos-y-helados-dirigidos-a-ninos.html>
- Meléndez, G. (2008). *Factores asociados con sobrepeso y obesidad en el ambiente escolar/ Associated Factors with Overweight and Obesity in the School Environment*. Ed. Médica Panamericana.
- Ministerio de Sanidad. (2020). *Encuesta Europea de Salud en España 2020*. https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/EncuestaEuropea/Enc_Eur_Salud_en_Esp_2020.htm
- Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. (2018). *Encuesta Nacional de Salud ENSE, España 2017. Informe de principales resultados*. https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuestaNac2017/ENSE2017_notatecnica.pdf
- Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. (2019). *Encuesta Nacional de Salud ENSE, España 2017. Serie informes monográficos #2 –ACTIVIDAD FÍSICA, DESCANSO Y OCIO*. https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuestaNac2017/ACTIVIDAD_FISICA.pdf
- Ministerio de Sanidad y Consumo. (2005). *Estrategia para la nutrición, actividad física, prevención de la obesidad (NAOS)*. Disponible en: <https://www.aesan.gob.es/AECOSAN/docs/>

[documentos/nutricion/estrategianaos.pdf](#)

- Molina, K. C., Rojas, X. F., Castro, O. F., Urrutia, R. G., Bonilla, D. M., Izaguirre, A. M., ... y Leal, N. V. (2019). Factores obesogénicos en el entorno escolar público costarricense durante 2015-2016. *Población y Salud en Mesoamérica*.
- Montero, S., San José de León, M., Marín, J., Alonso, B., Román, N., y Bermabeu, C. (2018). Evaluación del efecto de una intervención grupal para la prevención de Trastornos de la Conducta Alimentaria en adolescentes. Estudio piloto. *Revista Española de Enfermería de Salud Mental*, (5).
- Montero-Pau, J., Tuzón, P., y Gavidia, V. (2018). La Educación para la Salud en las leyes de Educación españolas: comparativa entre la LOE y la LOMCE. *Revista Española de Salud Pública*, 92.
- Montt, M. E., y Chávez, F. U. (1996). Autoestima y salud mental en los adolescentes. *Salud mental*, 19(3), 30-35.
- Morales, F. A. (2020). Aplicación de NutriScore y Sellos de Advertencia a productos alimentarios dirigidos a la población infantil en España. *Pediatría Atención Primaria*, 22(85), 15-20.
- Moreira, D. C., Rodríguez, V. P., Mera, J. P., Medranda, R. G., Medranda, F. J., y Avendaño, G. C. (2018). Factores de Riesgo más relevantes en el aumento de obesidad infantil. *RECIAMUC*, 2(4), 24-40.
- Moreno, B., Alonso, M., y Álvarez, E. (1997). Sentido de coherencia, personalidad resistente, autoestima y salud. *Revista de Psicología de la Salud*, 9(2), 115-137.
- Moreno, B., y Charro, A. (2007). Nutrición, actividad física y prevención de la obesidad: estrategia NAOS. *Médica Panamericana*, DL Madrid.
- Moreno, C., Ramos, P., Rivera, F., Sánchez-Queija, I., Jiménez-Iglesias, A., García-Moya, I., ... y Leal-López, E. (2020). La adolescencia en España: salud, bienestar, familia, vida académica y social. *Resultados del estudio HBSC, Ministerio de Sanidad*.
- Moreno, G. M. (2012). Definición y clasificación de la obesidad. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 23(2), 124-128.

- Morgan, J. F., Reid, F., & Lacey, J. H. (1999). The SCOFF questionnaire: assessment of a new screening tool for eating disorders. *Bmj*, 319(7223), 1467-1468.
- Moya, M. (2017). Lo pequeño y lo grande en la prevención de la obesidad infantil. *Anales de Pediatría: Publicación Oficial de la Asociación Española de Pediatría (AEP)*, 87(5), 243-244.
- Muñoz-Cano, J. M., Córdova-Hernández, J. A., y Boldo-León, X. M. (2012). Ambiente obesogénico y biomarcadores anómalos en escolares de Tabasco, México. *Salud en Tabasco*, 18(3), 87-95.
- Muñoz Cano, J. M., Santos Ramos, A. J., y Maldonado Salazar, T. D. N. J. (2013). Elementos de análisis de la educación para la alimentación saludable en la escuela primaria. *Estudios sociales (Hermosillo, Son.)*, 21(42), 205-231.
- Murnen, S. K., Levine, M. P., Groesz, L., & Smith, J. (2007, August). Do fashion magazines promote body dissatisfaction in girls and women? A meta-analytic review. In *115th meeting of the American Psychology Association*, San Francisco, CA.
- Neumark-Sztainer, D., Levine, M. P., Paxton, S.J., Smolak, L., Piran, N. y Wertheim, E.H. (2006). Prevention of Body Dissatisfaction and Disordered Eating: What Next?. *Eating Disorders: The Journal of Treatment and Prevention*, 13, 4, 265-285.
- Noordenbos, G. (Enero-febrero 2008). La prevención de los Trastornos Alimentarios. *Infocop*. (36), 14-16.
- Noriega, D. (17/10/2018). Ni en horario infantil ni con juguetes como reclamo: propuestas para limitar la publicidad de alimentos para niños. *Eldiario.es*. Recuperado de https://www.eldiario.es/nidos/organizaciones-prohibir-publicidad-alimentos-sobrepeso_0_825918151.html
- Núñez, F. (31/08/2018). *Los veterinarios velan por la calidad de los menús escolares*. Animal's Health. Recuperado de <https://www.animalshealth.es/profesionales/los-veterinarios-velan-por-la-seguridad-y-calidad-de-los-menus-escolares>
- O'Dea, J. A., y Yager, Z. (2011). School-based psychoeducational approaches to prevention. En T. F. Cash y L. Smolak (eds.), *Body image: A handbook of science, practice, and*

- prevention* (pp. 434-441). Nueva York: Guilford Press.
- O'Reilly, G. A., Cook, L., Spruijt-Metz, D., & Black, D. S. (2014). Mindfulness-based interventions for obesity-related eating behaviours: a literature review. *Obesity reviews*, 15(6), 453-461.
- Opentherapi, (24/10/2018). *¿Cómo afectan las redes sociales a la autoestima?* <https://get.opentherapi.com/redes-sociales-y-autoestima/>
- Orden ECD/65/2015, de 21 de enero, por la que se describen las relaciones entre las competencias, los contenidos y los criterios de evaluación de la educación primaria, la educación secundaria obligatoria y el bachillerato.
- Organización Mundial de la Salud. (26/11/2020). *Actividad física*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/physical-activity>
- Pallás, R. y Zapata, M. (2017). Prevención terciaria de los TCA: grupo de imagen corporal. En Ruiz-Lázaro, Velilla, y González (Dirs.), *Buenas prácticas en la prevención de trastornos de la conducta alimentaria* (pp. 570-597). Ediciones Pirámide.
- Pascual, A., Etxebarria, I., y Echeburúa, E. (2011). Las variables emocionales como factores de riesgo de los trastornos de la conducta alimentaria. *International journal of clinical and health psychology*, 11(2), 229-247.
- Paxton, S. J. (1993). A prevention programme for disturbed eating and body dissatisfaction in adolescent girls: A one year follow-up. *Health Education Research*, 8: 43-51.
- Penna-Tosso, M., y Sánchez, M. (2009). A, B, C... anorexia, bulimia y comedor compulsivo: manual para docentes. <https://eprints.ucm.es/39018/1/ABC%20Anorexia.pdf>
- Pérez, C. (2002). Sobre la metodología cualitativa. *Rev Esp Salud Pública*, 76: 373-380
- Pérez, L., Raigada, J., Collins, A., Mauricio, S., Felices, A., Jiménez, S., y Casas, J. (2008). Efectividad de un programa educativo en estilos de vida saludables sobre la reducción de sobrepeso y obesidad en el Colegio Robert M. Smith; Huaraz, Ancash, Perú. *Acta médica peruana*, 25(4), 204-209.
- Pérez Lancho, C. (2007). Trastornos de la conducta alimentaria. *Fundación Dialnet*, 6, 600-634.
- Pérez, S. (24/11/2019). Los nutricionistas alzan la voz y piden revisar los menús escolares. *El*

Periódico de Aragón. Recuperado de https://www.elperiodicodearagon.com/noticias/aragon/nutricionistas-alzan-voz-piden-revisar-menus-escolares_1397552.html

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.

Plan Acción de la OMS para Europa en políticas de alimentación y nutrición 2007- 2012

Plan de Prevención para la Obesidad en California: Una Visión para Mañana, Acciones Estratégicas para Hoy, Sacramento (CA): Departamento de Salud Pública de California, Programa de Prevención de la Obesidad de California, 2010. Disponible en www.cdph.ca.gov

Platas Acevedo, R. S., y Gómez-Peresmitré, G. (2013). Propiedades psicométricas de la Escala de Factores de Riesgo Asociados con Trastornos de la Alimentación (EFRATA-II) en preadolescentes mexicanos. *Psicología y Salud*, 23(2), 251-259.

Plaza, J. F. (2010). Medios de comunicación, anorexia y bulimia. La difusión mediática del ‘anhelo de delgadez’: un análisis con perspectiva de género. *ICONO 14, Revista de comunicación y tecnologías emergentes*, 8(3), 62-83.

Profesionales por la Ética, (10 de abril de 2019). Las Políticas Educativas en España: Ranking de Excelencia Educativa 2019

Programa Perseo. Aesan. Ministerio de sanidad y consumo/ministerio de educación y ciencia/ centro de investigación y documentación educativa. (2007). *Alimentación saludable. Guía para el profesorado*. Estrategia NAOS.

Publicidad infantil, publicidad insana. (07 de febrero de 2017). *Organización de Consumidores y Usuarios*. Recuperado de <https://www.ocu.org/alimentacion/comer-bien/informe/publicidad-infantil>

Puertas, D. G. (2020). Influencia del uso de Instagram sobre la conducta alimentaria y trastornos emocionales. Revisión sistemática. *Revista Espanola de Comunicacion en Salud*, 11(2), 244-254.

Pujol-Amat, P. (2002). Necesidades nutritivas especiales del deportista. *Nutrición, salud y rendimiento deportivo*. Barcelona: Espaxs, 97-138.

- Raich, R.M. (2000): *Imagen corporal. Conocer y valorar el propio cuerpo*. Pirámide.
- Raich, R.M. (2011). *Alimentación, modelo estético femenino y medios de comunicación entre los adolescentes*. UABDivulga. <https://www.uab.cat/web/detalle-noticia-1345680342040.html?articleId=1315892583718>
- Raich, R.M. (Enero-febrero 2008). Los trastornos alimentarios, la obesidad y el sobrepeso. *Infocop*. (36), 6-9.
- Raich, R. M., González, M., Espinoza, P., Mora M., y Gutiérrez, T. (2017). Prevención primaria de los trastornos de alimentación: evolución de un programa. En Ruiz-Lázaro, Velilla, y González (Dirs.), *Buenas prácticas en la prevención de trastornos de la conducta alimentaria* (pp. 270-319). Ediciones Pirámide.
- Raich, R. M., Sánchez-Carracedo, D. y López-Guimerà, G. (2008). *Alimentación, modelo estético femenino y medios de comunicación. Cómo formar alumnos críticos en Educación Secundaria*. Graó.
- Raich, R. M., Sánchez-Carracedo, D., López-Guimerà, G., Portell, M. y Fauquet, J. (2007). Prevención de trastornos del comportamiento alimentario con un programa multimedia. *C. Med. Psicosom.*, 81: 47-71.
- Ramos, M. P. (2009). *Estilos de vida y salud en la adolescencia* (Tesis doctoral). Universidad de Sevilla, España.
- Ramos, P., de Eulate, L. P., Liberal, S., y Latorre, M. (2003). La imagen corporal en relación con los TCA en adolescentes vascos de 12 a 18 años. *Revista de Psicodidáctica*, (16), 1-9.
- Ramos, P., Rivera, F., Pérez, R. S., Lara, L., y Moreno, C. (2016). Diferencias de género en la imagen corporal y su importancia en el control de peso. *Escritos de Psicología (Internet)*, 9(1), 42-50.
- Real Decreto 126/2014, de 28 de febrero, por el que se establece el currículo básico de la Educación Primaria.
- Real Decreto 1513/2006, de 7 de diciembre, por el que se establecen las enseñanzas mínimas de la Educación primaria.

- Reguera, L. (16 de julio de 2020). *La influencia de las redes en nuestra autoestima*. La mente es maravillosa. <https://lamenteesmaravillosa.com/la-influencia-de-las-redes-sociales-en-nuestra-autoestima/>
- Resolución de 14 de diciembre de 2017, de la Secretaría de Estado de Educación, Formación Profesional y Universidades, por la que se establece el procedimiento para la concesión del distintivo de calidad Sello Vida Saludable. *Boletín Oficial del Estado*, 308, de 20 de diciembre de 2017, 125273-125278. <https://www.boe.es/boe/dias/2017/12/20/pdfs/BOE-A-2017-15093.pdf>
- Resolución de 28 de mayo de 2019, de la Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición, por la que se convoca la edición 2019 de los premios Estrategia NAOS. *Boletín Oficial del Estado*, 156, de 1 de julio de 2019, 70980-70987. <https://www.boe.es/boe/dias/2019/07/01/pdfs/BOE-A-2019-9830.pdf>
- Resolución de 8 de febrero de 2019, de la Secretaría General de Sanidad y Consumo, por la que se publica el Convenio entre la Agencia Española de Consumo, Seguridad Alimentaria y Nutrición y la Federación Española de Asociaciones dedicadas a la Restauración Social, para el desarrollo de los acuerdos del plan de colaboración para la mejora de la composición de los alimentos y bebidas y otras medidas 2017-2020. *Boletín Oficial del Estado*, 62, de 13 de marzo de 2019, 24154-24165. <https://www.boe.es/boe/dias/2019/03/13/pdfs/BOE-A-2019-3625.pdf>
- Ríos-Cortázar, V., Gasca-García, A., Ordóñez, A. R., Vera, M. E., Franco-Martínez, M., y Tolentino-Mayo, L. (2013). Reducción de la obesidad infantil a través del componente de nutrición de una iniciativa de Escuela Promotora de Salud. *Salud pública de México*, 55, 431-433.
- Ritchie, H. y Roser, M. (2020). *Obesity*. Our world in data. <https://ourworldindata.org/obesity#there-is-a-10-fold-difference-in-death-rates-from-obesity-across-the-world>
- Rivas, T., Bersabé, R., y Jiménez, M. (2004). Fiabilidad y validez del test de investigación bulímica de Edimburgo (BITE) en una muestra de adolescentes españoles. *Psicología Conductual Revista Internacional de Psicología Clínica de la Salud*.

- Roca, E. (2013). Inteligencia Emocional y Conceptos Afines: Autoestima Sana y Habilidades Sociales. *Congreso de inteligencia emocional y bienestar*, Zaragoza.
- Rodríguez, J., y Vázquez, H. (2017). Los zumos de frutas y su papel en la alimentación infantil. ¿Debemos considerarlos como una bebida azucarada más? Posicionamiento del Grupo de Gastroenterología y Nutrición de la AEPap. *Pediatría Atención Primaria*, 19(75), 103-116.
- Rodríguez, S. y Cruz, S. (2008). Insatisfacción corporal en adolescentes latinoamericanas y españolas. *Psicothema*, 20(1), 131-137.
- Rodríguez-Rodríguez, E., Ortega, R.M., Palmeros-Exsome, C. y López-Sobaler A.M. (2011). Factores que contribuyen al desarrollo de sobrepeso y obesidad en población adulta española. *Nutrición clínica y dietética hospitalaria*, 31(1), 39-49.
- Roehrig, M., Thompson, J.K., Brannick, M. y Van den Berg, P. (2006). Dissonance based eating disorder prevention program: A preliminary dismantling investigation. *International Journal of Eating Disorders*, 39: 1-10.
- Rojo, L., Conesa, L., Bermúdez, O. y Livianos, L. (2006). Influence of stress in the onset of eating disorders: Data from a two-stage epidemiologic controlled study. *Psychosomatic Medicine*, 68(4): 628-635.
- Rojo, L., Hernández, R., Ruiz, E., Cavá, G. y Livianos, L. (2003). *Programa de promoción de la salud y prevención de trastornos de la conducta alimentaria*. Valencia: Generalitat Valenciana.
- Román, V., y Quintana, M. (2010, July). Nivel de influencia de los medios de comunicación sobre la alimentación saludable en adolescentes de colegios públicos de un distrito de Lima. In *Anales de la Facultad de Medicina* (Vol. 71, No. 3, pp. 185-190). UNMSM. Facultad de Medicina.
- Rossi, P. H., y Freeman, H. E. (1989). *Evaluación, un enfoque sistemático para programas sociales*. Trillas.
- Rossi, R. R. (2006). La obesidad infantil y los efectos de los medios electrónicos de comunicación. *Investigación en salud*, 8(2), 95-98.

- Ruiz-Lázaro P. M. (1999) Guía Práctica. Prevención de los trastornos de la conducta alimentaria. Bulimia y Anorexia. 1ª ed. Zaragoza: Grupo Zarima-Prevención de la Unidad Mixta de Investigación del Hospital Clínico Universitario de Zaragoza. Consejo de la Juventud de Aragón. Gobierno de Aragón; Depósito Legal Z-2139/99.
- Ruiz-Lázaro, P. M., Calvo, D., Pérez, J., Gómez, J. A., y Calado, M. (2017). Prevención secundaria de los trastornos de alimentación en adolescentes escolarizados del norte de España. En Ruiz-Lázaro, Velilla, y González (Dirs.), *Buenas prácticas en la prevención de trastornos de la conducta alimentaria* (pp. 501-532). Ediciones Pirámide.
- Ruiz-Lázaro, P. M., Velilla, J. M., y González, E., (2017). *Buenas prácticas en la prevención de trastornos de la conducta alimentaria*. Ediciones Pirámide. ISBN ebook: 978-84-368-3705-6
- Ruiz-Lázaro, P. M., Villas, E., Comet, P., Calvo, A. I., y Zapata, M. (2017). Prevención primaria de alimentación en secundaria: currículo ZARIMA. En Ruiz-Lázaro, Velilla, y González (Dirs.), *Buenas prácticas en la prevención de trastornos de la conducta alimentaria* (pp. 163-215). Ediciones Pirámide.
- Ruiz-Martínez, A. O., Vázquez-Arévalo, R., Mancilla-Díaz, J. M., López-Aguilar, X., Álvarez-Rayón, G. L., y Tena-Suck, A. (2010). Funcionamiento familiar en el riesgo y la protección de trastornos del comportamiento alimentario. *Universitas Psychologica*, 9(2), 447-455.
- Salvador, M., García-Gálvez, C., y de la Fuente, M. (2015). Creencias y estrategias para el control del peso, satisfacción con la imagen corporal y autoestima. *European Journal of Education and Psychology*, 3(2).
- Samatán-Ruiz, E. M., y Ruiz-Lázaro, P. M. (2021). Trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes durante pandemia covid-19: estudio transversal. *Revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil*, 38(1), 40-52.
- Sánchez, J. F. P. (2010). Medios de comunicación, anorexia y bulimia. La difusión mediática del “anhelo de delgadez”: un análisis con perspectiva de género. *Icono14*, 8(3), 4.
- Sánchez-Carracedo, D. (26/11/2011). Valoración de la guía práctica clínica sobre la prevención y el tratamiento de la obesidad infantojuvenil. *Infocop online* (ISSN 1886-1385) <http://>

www.infocop.es/view_article.asp?id=3248

- Sánchez-Carracedo, D. y López-Guimerà, G. (Marzo-mayo 2011). Hacia la prevención integrada de la obesidad y los trastornos de la conducta alimentaria. *Infocop*, (52), p.13-17
- Sánchez-Carracedo, D., López-Guimerà, G., Barrada, J. R., Fauquet, J. (2017). Proyecto MABIC: formación de agentes comunitarios para la prevención de las alteraciones alimentarias en chicas de secundaria. Un estudio de efectividad con una aproximación integrada a la prevención de los problemas relacionados con la alimentación y el peso. En Ruiz-Lázaro, Velilla, y González (Dirs.), *Buenas prácticas en la prevención de trastornos de la conducta alimentaria* (pp. 599-665). Ediciones Pirámide.
- Sánchez-Carracedo, D., Raich, R. M., Figueras, M., Torras, J., y Mora, M. (1999). Adaptación preliminar del cuestionario de alimentación de Stunkard y Messick (Three Factor Eating Questionnaire, TFEQ) con una muestra española universitaria. *Psicología conductual*, 7(3), 393-416.
- Sañudo, J. E. P., De Biava, Y. M., Ochoa, N. L., y Muñoz, E. T. (2006). Relación del rendimiento académico con las aptitudes mentales, salud mental, autoestima y relaciones de amistad en jóvenes universitarios de Atlántico y Bolívar. *Psicogente*, 9(15), 11-31.
- Schwartz, M. B. y Henderson, K. E. (2009). Does obesity prevention cause eating disorders? *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 48, 784-786.
- Sepúlveda, A. R. (2017). Prevención primaria de los trastornos de la alimentación en escolares. En Ruiz-Lázaro, Velilla, y González (Dirs.), *Buenas prácticas en la prevención de trastornos de la conducta alimentaria* (pp. 126-162). Ediciones Pirámide.
- Sepúlveda, A. R., y Compte, E. J. (2017). Prevención secundaria de los trastornos de alimentación en universitarios. En Ruiz-Lázaro, Velilla y González (Dirs.), *Buenas prácticas en la prevención de trastornos de la conducta alimentaria* (pp. 533-568). Ediciones Pirámide.
- Serrano de N, F. (2006). Estrategia exitosa del programa 5 al día en España. *Rev. chil. nutr*, 272-275.
- Singh, G. M., Micha, R., Khatibzadeh, S., Lim, S., Ezzati, M., & Mozaffarian, D. (2015). Estimated

- global, regional, and national disease burdens related to sugar-sweetened beverage consumption in 2010. *Circulation*, 132(8), 639-666.
- Solano, N., y Moreno, J. M. (2017). Prevención de los trastornos de alimentación e Internet: el proyecto europeo SALUT. En Ruiz-Lázaro, Velilla, y González (Dirs.), *Buenas prácticas en la prevención de trastornos de la conducta alimentaria* (pp. 362-396). Ediciones Pirámide.
- Soldado, M. (2006). Prevención primaria en trastornos de conducta alimentaria. *Trastornos de la conducta alimentaria*, (4), 336-347.
- Soto, J. Q., Ceceña, J. A. C., y Carreón, O. A. A. (2018). Relación de calidad de vida, autoestima y salud oral en adultos mayores. *Intervención en contextos clínicos y de la salud: Volumen II* (pp. 285-290). ASUNIVEP.
- Spruijt-Metz, D. (2011). Etiology, treatment, and prevention of obesity in childhood and adolescence: A decade in review. *Journal of research on Adolescence*, 21(1), 129-152.
- Stice, E., Mazotti, L., Weibel, D. y Agras, S.W. (2000). Dissonance prevention program decreases thin-ideal internalization, body dissatisfaction, dieting, negative affect, and bulimic symptoms: *A preliminary experiment*. *International Journal of Eating Disorders*, 27: 206-217.
- Stice, E., y Ragan, J. (2002). A preliminary controlled evaluation of an eating disturbance psychoeducational intervention for college students. *International Journal of Eating Disorders*, 31(2), 159-171.
- Stice, E., Rohde, P., Shaw, H., & Marti, C. N. (2013). Efficacy trial of a selective prevention program targeting both eating disorders and obesity among female college students: 1-and 2-year follow-up effects. *Journal of consulting and clinical psychology*, 81(1), 183.
- Stice, E., Trost, A. y Chase, A. (2003). Healthy weight control and dissonance-based eating disorder prevention programs: Results from a controlled trial. *International Journal of Eating Disorders*, 33: 10-21
- Suárez, J., Navarro, F., Serra, L., Armas, A., y Aranceta, J. (2002). Nivel de conocimientos, actitudes y hábitos sobre alimentación y nutrición en escolares de las Palmas de

- Gran Canaria. *Revista Española de Nutrición Comunitaria*, 8(1-2), 7-18.
- Summerbell, C. D., Waters, E., Edmunds, L. D., Kelly, S., Brown, T., y Campbell, K. J. (2008). Intervenciones para prevenir la obesidad infantil. *Biblioteca Cochrane Plus*, 1(2), 1-74.
- Swami, V., Frederick, D. A., Aavik, T., Alcalay, L., Allik, J., Anderson, D., ... & Danel, D. (2010). The attractive female body weight and female body dissatisfaction in 26 countries across 10 world regions: Results of the International Body Project I. *Personality and social psychology bulletin*, 36(3), 309-325.
- Swinburn, B., Egger, G., y Raza, F. (1999). Dissecting obesogenic environments: the development and application of a framework for identifying and prioritizing environmental interventions for obesity. *Preventive medicine*, 29(6), 563-570.
- Taillie, L. S., Hall, M. G., Popkin, B. M., Ng, S. W., & Murukutla, N. (2020). Experimental Studies of Front-of-Package Nutrient Warning Labels on Sugar-Sweetened Beverages and Ultra-Processed Foods: A Scoping Review. *Nutrients*, 12(2), 569.
- Taneri, P. E., Wehrli, F., Roa Diaz, Z. M., Itodo, O. A., Salvador, D., Raeisi-Dehkordi, H., ... & Muka, T. (2022). Association Between Ultra-Processed Food Intake and All-Cause Mortality: A Systematic Review and Meta-Analysis. *American journal of epidemiology*.
- Taras, H. L., & Gage, M. (1995). Advertised foods on children's television. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 149(6), 649-652.
- Teng, A. M., Jones, A. C., Mizdrak, A., Signal, L., Genç, M., & Wilson, N. (2019). Impact of sugar-sweetened beverage taxes on purchases and dietary intake: Systematic review and meta-analysis. *Obesity Reviews*, 20(9), 1187-1204.
- Thelen, M., Powell, A., Lawrence, C. y Kuhnert, M. (1992). Eating and body image concerns among children. *Journal of Clinical Child Psychology*, 21: 41-46
- Tiggemann, M., & Slater, A. (2014). NetTweens: The internet and body image concerns in preteenage girls. *The Journal of Early Adolescence*, 34(5), 606-620.
- Torquemada, M. A. (2016). *Incidencia de recursos disponibles en Internet en los hábitos alimentarios de alumnado de educación primaria de la Comunidad de Madrid*. (Tesis

- doctoral). Universidad Nacional de Educación a Distancia, UNED, España.
- Toussaint, M. (2000). Patrones de dieta y actividad física en la patogénesis de la obesidad en el escolar urbano. *Bol. Med. Hosp. Infant. Mex*, 650-62.
- Triñanes, E. R., Martín, M. Á. L., de la Peña, M. T. C., y López, X. M. O. (1994). Un análisis transversal y longitudinal de la relación entre autoestima y conducta antisocial en los adolescentes. *Análisis y Modificación de Conducta*, 20(73), 645-668.
- Trujano, P., de Gracia, M., Nava, C., Marcó, M., y Limón, G. (2010). Factores de riesgo asociados a los trastornos de la conducta alimentaria en preadolescentes mexicanos con normopeso. *Psicothema*, 22(4), 581-586.
- Ugalde, U., y Balbastre-Benavent, F. (2013). Investigación cuantitativa e investigación cualitativa: buscando las ventajas de las diferentes metodologías de investigación. *Revista de Ciencias económicas*, 31(2), 179-187.
- Valles, M. (2013). *La imagen corporal: programa preventivo sobre los trastornos de la conducta alimentaria*. (Tesis doctoral). Universidad de Castilla la Mancha, España.
- Valverde, P. R., De Los Santos, F. R., y Rodríguez, C. M. (2010). Diferencias de sexo en imagen corporal, control de peso e Índice de Masa Corporal de los adolescentes españoles. *Psicothema*, 22(1), 77-83.
- Van de Vent, A.H. y Poolet, M.S. (1990) : "Methods to develop a grounded theory of innovation processes in the Minessota Innovation Research Programttt Organization Sciencet Vol. 1: 313-335.
- Vandereycken, W., y Noordenbos, G. (2000). La etiología de los trastornos alimentarios. *La prevención de los trastornos alimentarios*, 25-28.
- Vega, V. (2004). EPIDEMIOLOGÍA DE LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA (TCA) EN POBLACIÓN ESCOLAR ADOLESCENTE. En *XI Jornadas de Investigación. Facultad de Psicología-Universidad de Buenos Aires*.
- Villar, C. M. (2017). Obesidad en el niño: factores de riesgo y estrategias para su prevención en Perú. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 34, 113-118.
- Villas, E. (2017). *Prevención de los trastornos de conducta alimentaria en adolescentes tempranos*

- del norte de España*. (Tesis doctoral). Universidad de Zaragoza, España. ISSN 2254-7606
- Villena, J. y Castillo, M. (1999). La prevención primaria de los trastornos de alimentación. *Anuario de Psicología*, 30(2): 131-143.
- Villena, J., Martínez, M., Guinart, M., Chust, P., García, M. (2017). Desde la prevención primaria de TCA hasta la promoción. En Ruiz-Lázaro, Velilla, y González (Dir.), *Buenas prácticas en la prevención de trastornos de la conducta alimentaria* (pp. 216-246). Madrid, España: Ediciones Pirámide.
- Voltas, M., (2004), *Prevenió inespecífica dels trastorns de conducta alimentària*, Barcelona, España, ACAB (Associació contra l'Anorèxia i la Bulímia).
- Waters, E., de Silva-Sanigorski, A., Burford, B. J., Brown, T., Campbell, K. J., Gao, Y., ... y Summerbell, C. D. (2011). Interventions for preventing obesity in children. *Cochrane database of systematic reviews*, (12).
- Wells, G., Horwitz, J., y Seetharaman, D. (14 de septiembre de 2021). Facebook Knows Instagram Is Toxic for Teen Girls, Company Documents Show. *Wall Street Journal*. https://www.wsj.com/articles/facebook-knows-instagram-is-toxic-for-teen-girls-company-documents-show-11631620739?mod=hp_lead_pos7
- World Health Organization. (2007a). Child growth standards. Recuperado de: https://www.who.int/childgrowth/standards/peso_para_edad/en/
- World Health Organization. (2007b). European Action Plan for Food and Nutrition Policy 2007-2012. Recuperado de https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0017/74402/E91153.pdf
- World Health Organization. (2007c). The challenge of obesity in the WHO European Region and the strategies for response. Disponible en: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0008/98243/E89858.pdf
- World Health Organization (2010). Population-based prevention strategies for childhood obesity. Disponible en: www.who.int/dietphysicalactivity/childhood/child-obesityeng.pdf
- 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.

Zacarías, I., González, C. G., Fonseca, L., Domper, A., Lera, L., y Vio, F. (2016). Programa 5 al día Chile a 10 años de su implementación. Realidad y perspectivas de la producción y consumo de verduras y frutas en Chile, 9.

Zúñiga, O., y Padrón, E. (2009). Traducción y propiedades psicométricas de la versión en español del Cuestionario Infantil para Trastornos de la Conducta Alimentaria (CITCA). *Actas Españolas en Psiquiatría*, 37(6), 326-329.

Anexos

ANEXO I: CERTIFICADO SUBVENCIÓN

ANEXO II: EVERYBODY HAS A BODY. CUADERNO DEL ALUMNO

ANEXO III: EVERYBODY HAS A BODY. GUÍA DOCENTE

ANEXO IV: CARTA CONSELLERIA

ANEXO V: CUESTIONARIO CETRAR

ANEXO VI: INFORME FORMACIÓN PARA LOS DOCENTES

ANEXO VII: INFORME FORMACIÓN PARA LAS FAMILIAS “FOMENT D’UNA ALIMENTACIÓ SALUDABLE A L’ESCOLA”

ANEXO VIII: EVALUACIÓN CUALITATIVA ALUMNADO

ANEXO IX: EVALUACIÓN CUALITATIVA DOCENTES

ANEXO X: CONCESIÓN DISTINTIVO SELLO VIDA SALUDABLE

Anexo I: Certificado Subvención

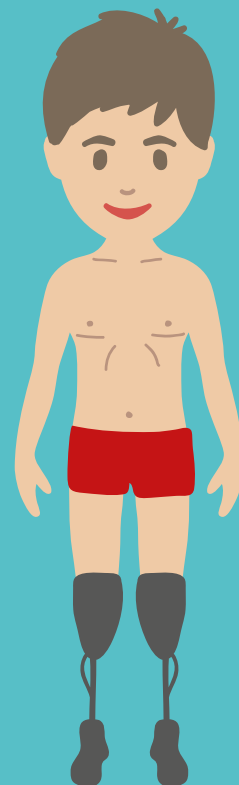
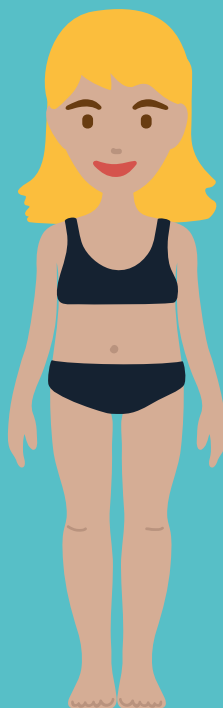
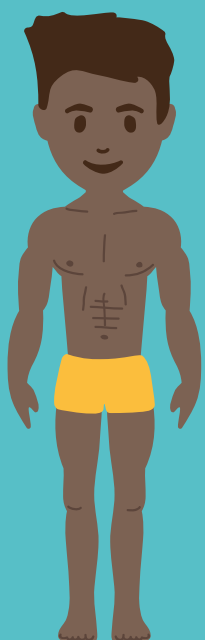
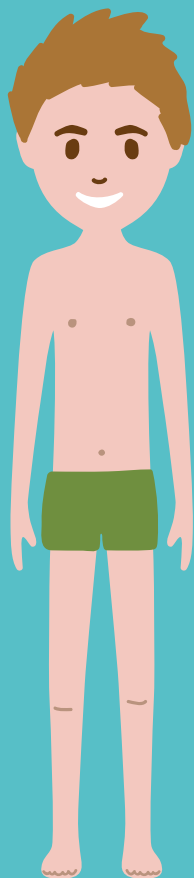


ANNEX I B - RELACIÓ DEFINITIVA PIIE21 SELECCIONATS - CENTRES CONCERTATS I NO GVA

Núm. expedient / Núm. expediente	Tipologia del projecte / Tipologia del projecto	Comarca	Localitat / Localidad	Codi centre / Código centro	Centre / Centro	Projecte / Proyecto	Durada del projecte / Duración del proyecto	Modalitat / Modalidad	Codi del centre representant / Código del centro representante	Nombre de centres de agrupació / Número de centros de la agrupación	% participació del centre / % participación del centro	Assignació econòmica o subvenció (€) / Asignación económica o subvención (€)
1710162	PIIE	VALÈNCIA	VALÈNCIA	46011181	CEIP BENIMACLET	«Everybody has a body»	2 ANYS / 2 AÑOS	INDIVIDUAL	46011181	1	100	944,3
1707004	PIIE	VALÈNCIA	VALÈNCIA	46011223	CENTRE PRIVAT ENGEBEA	Un patio de ideas	2 ANYS / 2 AÑOS	INDIVIDUAL	46011223	1	100	809,4
1712122	PIIE	VALÈNCIA	VALÈNCIA	46011624	CENTRE PRIVAT SANTIAGO APOSTOL	Realidad virtual y aumentada como herramientas pedagógicas de lucha contra el absentismo y abandono escolar	2 ANYS / 2 AÑOS	INDIVIDUAL	46011624	1	100	998,26
1713443	PIIE	VALÈNCIA	VALÈNCIA	46012094	CENTRE PRIVAT ESCUELAS SAN JOSÉ (I. POLIT.)	La aventura de emprender	2 ANYS / 2 AÑOS	INDIVIDUAL	46012094	1	100	755,44
1722966	PIIE	VALÈNCIA	VALÈNCIA	46012884	CENTRE PRIVAT FP PAX	A5 Aprender a ser, aprender a hacer, aprender a conocer, aprender a convivir, aprender a emprender	3 O MES ANYS / 3 O MAS AÑOS	INDIVIDUAL	46012884	1	100	959,43
1713306	PIIE	VALÈNCIA	VALÈNCIA	46012896	CENTRE PRIVAT FP ESCUELA PROFESIONAL XAVIER	«Around the lhort»	2 ANYS / 2 AÑOS	INDIVIDUAL	46012896	1	100	944,3
1711079	PIIE	VALÈNCIA	VALÈNCIA	46012938	CENTRE PRIVAT ESCUELAS PROFESIONALES DE ARTESANOS	«Travessant»	2 ANYS / 2 AÑOS	INDIVIDUAL	46012938	1	100	917,32
1713263	PIIE	VALÈNCIA	VALÈNCIA	46013669	CENTRE PRIVAT FP CIUTAT VELLA	Projecto Sonríe. Somos Agentes de Salud (higiene bucodental)	2 ANYS / 2 AÑOS	INDIVIDUAL	46013669	1	100	809,4
1713702	PIIE	VALÈNCIA	VALÈNCIA	46015435	CENTRE PRIVAT FP ALTAVIANA	Integrat'm	2 ANYS / 2 AÑOS	INDIVIDUAL	46015435	1	100	809,4
1714434	PIIE	VALÈNCIA	VALÈNCIA	46016658	CENTRE PRIVAT VILAVELLA	«Ajuda-T2/Ayuda-T2». Mejora de la competencia matemática	2 ANYS / 2 AÑOS	INDIVIDUAL	46016658	1	100	484,28
1712152	PIIE	VALÈNCIA	VALÈNCIA	46016762	CENTRE PRIVAT MARTÍ SOROLLA II	Sorolla STEAM Academy	2 ANYS / 2 AÑOS	INDIVIDUAL	46016762	1	100	755,44
1714200	PIIE	VALÈNCIA	VALÈNCIA	46016981	CONSERVATORI PROFESSIONAL DE MÚSICA JOSÉ ITURBI	Métodos de música contemporánea para Enseñanzas Elementales y Profesionales	2 ANYS / 2 AÑOS	INDIVIDUAL	46016981	1	100	836,38
1712150	PIIE	VALÈNCIA	VALÈNCIA	46017067	CENTRE PRIVAT FP C.A.J.	Aps: pequeñas manos que salvan vidas	2 ANYS / 2 AÑOS	INDIVIDUAL	46017067	1	100	674,5
1713470	PIIE	VALÈNCIA	VALÈNCIA	46017304	CENTRE PRIVAT JUAN COMENIUS	ODS i acció!	2 ANYS / 2 AÑOS	INDIVIDUAL	46017304	1	100	755,44
1712526	PIIE	VALÈNCIA	VALÈNCIA	46023377	CENTRE PRIVAT FP BYS FORMACIÓ	ABR (Aprendizaje Basado en Retos)	2 ANYS / 2 AÑOS	INDIVIDUAL	46023377	1	100	728,46
1730532	PIIE	VALÈNCIA	VALÈNCIA	46023626	CENTRE PRIVAT FP C. ESTUDIO S RODRIGO-GORGETA	Formación para la «transformación»	3 O MES ANYS / 3 O MAS AÑOS	INDIVIDUAL	46023626	1	100	674,5
1712129	PIIE	VALÈNCIA	VALÈNCIA	46027048	LUMEN 1993 CENTRO ESTUDIOS, SL	QR-rizando	2 ANYS / 2 AÑOS	INDIVIDUAL	46027048	1	100	809,4
1809558	PIIE	VALÈNCIA	VALÈNCIA	46032937	CENTRE PRIVAT FP VERGE DE CORTES, VALÈNCIA	Comunicat	3 O MES ANYS / 3 O MAS AÑOS	AGRUPADA	46032937	2	50	690,69
1712214	PIIE	VALÈNCIA	VALÈNCIA	46033322	CEE PRIV. FUNDACIÓ MIRAM	De tránsito	2 ANYS / 2 AÑOS	INDIVIDUAL	46033322	1	100	701,48

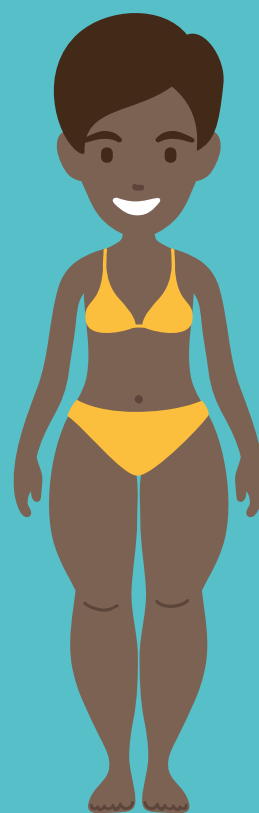
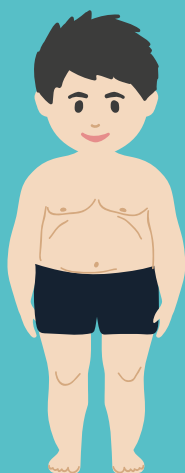
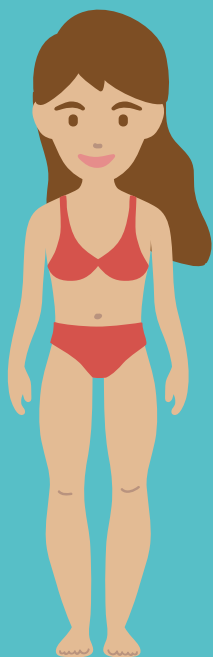
Anexo II: Everybody has a Body: Cuaderno del Alumno





EVERYBODY HAS A BODY

PROGRAMA ESCOLAR



Beatríz Alonso Tena
María Amparo Calatayud Salom



Nombre:

Curso:



Módulo 1

Alimentación y nutrición

Los nutrientes

El aporte de alimentos al organismo es imprescindible para la vida. Pero también para el desarrollo. Un bebé se convierte en un niño, luego en un joven y finalmente en un adulto gracias al aporte de los nutrientes que se consiguen mediante la alimentación diaria. Pero además, los nutrientes contenidos en los alimentos aportan la energía necesaria para levantarse por la mañana, ir al colegio, estudiar, practicar deporte, así como para el correcto funcionamiento corporal: mantener la temperatura corporal óptima, hacer funcionar los aparatos respiratorio, cardíaco, digestivo, locomotor, etc. Por esta razón, cuando llevamos mucho rato sin comer, tenemos mucha hambre y podemos tener la sensación de quedarnos sin fuerzas; porque el cuerpo necesita “combustible” para seguir adelante.

Tipos de nutrientes

Los nutrientes que se encuentran en los alimentos pueden ser de diferentes tipos:

1. Hidratos de carbono: Energéticos

Son el mejor combustible para nuestro cuerpo. Sus principales funciones son proporcionar energía de forma inmediata, formar parte de moléculas, regular las funciones intestinales -fibra alimentaria- (función reguladora). Los principales hidratos de carbono son: los cereales, el pan, las legumbres, las patatas, las frutas y el azúcar. Es conveniente, elegir siempre el grano entero, que sean alimentos integrales (pasta integral, pan integral, arroz integral...).

En contra de lo que se suele pensar, los hidratos de carbono no “engordan” más que el resto de nutrientes, y es muy importante consumirlos, pues como decimos, son la mejor fuente de energía. Deberían ocupar un cuarto de nuestro plato.

2. Grasas o lípidos: Reservas

Son como el depósito de gasolina del cuerpo, la reserva energética para casos de emergencia. Aportan energía al organismo, aunque también tienen otras funciones, tales como absorber algunas vitaminas, fabricar hormonas y servir de material aislante de los órganos internos. También contribuyen a la regulación de la temperatura corporal. Sin ellas no se podría hacer frente a los cambios de temperatura externos: tendríamos mucho frío en invierno y no podríamos soportar el calor en verano. Las grasas también son fundamentales para apreciar el sabor y el olor de los alimentos y contribuyen a la sensación de estar harto después de haberlas ingerido.

Son esenciales para nuestro cuerpo, pero tenemos que elegir grasas buenas, como aceite de oliva virgen extra, aguacate, aceitunas, frutos secos sin freír, mantequilla de cacahuete, lácteos... (no son convenientes las grasas de los embutidos, galletas y bollería industriales, margarina, alimentos fritos como patatas fritas...).

3. Proteínas: Constructoras

Las proteínas son como los ladrillos que forman el cuerpo. Los huesos y músculos tienen gran cantidad de proteínas. Son imprescindibles para el crecimiento de los niños y para el mantenimiento del organismo en adultos. La falta de algunas proteínas en nuestra dieta puede causar serios problemas de malnutrición y diversas enfermedades.

Las proteínas tienen muchas funciones en las células de los seres vivos, contribuyen al crecimiento y al desarrollo. Además, cuando se produce una herida, es decir, si se lesionan algunas células del cuerpo, la herida se cura porque las células dañadas son sustituidas por otras nuevas, gracias sobre todo al aporte de proteínas, ya que forman parte de la estructura básica de los tejidos (músculos, tendones, piel, uñas). Pueden ser de origen vegetal o animal:

a) Origen vegetal: están presentes en los frutos secos, la soja, las legumbres, las setas y los cereales integrales.

b) Origen animal: están presentes en la carne, el pescado, los huevos y los lácteos en general. Son las de mayor valor biológico.

Cuando comemos, las proteínas deberían ocupar un cuarto del plato.

4. Vitaminas y minerales: Reguladoras

Las vitaminas y los minerales contribuyen a la puesta a punto del organismo. Son sustancias imprescindibles para el correcto funcionamiento de nuestro organismo. La mayor parte de vitaminas se necesitan en pequeñas cantidades, y deben ser aportadas a través de una alimentación rica y equilibrada ya que nuestro organismo no es capaz de producirlas. Las vitaminas no sirven como combustible ni aportan energía. Sin embargo, su presencia es fundamental para que el organismo pueda asimilar y aprovechar la energía que necesita.

Los minerales se necesitan para la formación de huesos, dientes, glóbulos rojos, hormonas y material genético.

Las vitaminas y minerales los obtenemos con una dieta equilibrada y abundante en productos frescos y naturales. Las frutas y las verduras son ricas en vitaminas y minerales y deberían ocupar la mitad de nuestro plato.

5. Agua: Reguladora

El agua es imprescindible ya que es el principal componente de nuestro cuerpo y es esencial para la vida. Se puede tomar en forma de agua potable, pero también está presente en las frutas, la leche, las otras bebidas y en algunos alimentos. En general se recomienda beber entre 1,5 y 2 litros de agua al día.

<p>Obtener energía</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hidratos de carbono • Grasas o lípidos • Proteínas 	<p>Crecer y mantener las estructuras corporales</p> <ul style="list-style-type: none"> • Proteínas • Minerales 	<p>Regular para que el cuerpo funcione</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vitaminas • Minerales • Agua
--	---	--

Actividad 1

Elige para cada nutriente el alimento que es más rico:
 Por ejemplo, ¿si quiero proteínas qué elegiré: bistec de ternera o pasta?

Nutrientes	Alimento
Proteínas	Bistec de ternera Pasta
Hidratos de carbono	Arroz Aceite
Agua	Magdalenas Sandía
Grasas	Golosinas Mantequilla
Vitaminas y minerales	Pan Naranja

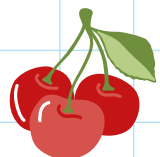
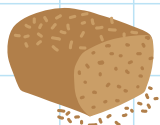
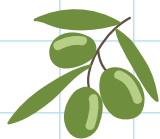
Actividad 2

Completa la tabla indicando cada grupo de alimentos en qué nutrientes es más rico.

Alimentos	Nutriente
Aceite de oliva Aguacate Nueces	
Pechuga de pollo Lubina Emperador	
Cereales Arroz Pan	
Sandía Leche Agua	
Naranja Mango Tomate	

Actividad 3

Une los dibujos de los diferentes alimentos en el grupo de las proteínas, los hidratos de carbono, las grasas o las vitaminas y minerales según corresponda.



Proteínas:
Constructoras

**Grasas/
lípidos:**
Reservas

**Hidratos de
carbono:**
Energéticos

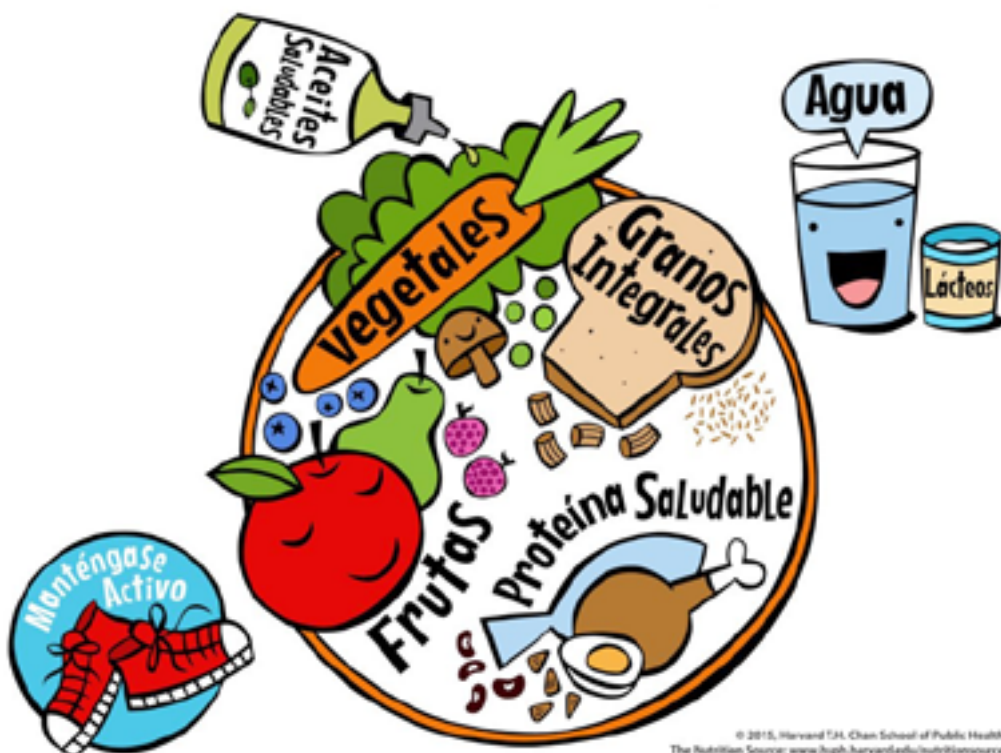
**Vitaminas y
minerales:**
Reguladoras

SESIÓN 2

Plato saludable

El Plato para comer saludable para niños, es un dibujo creado por la prestigiosa Universidad de Harvard (Estados Unidos) que nos indica las proporciones de cada tipo de alimento que los niños deberían tomar.

EL PLATO para Comer Saludable para Niños



Actividad 1

¿Cuánto ocupan las frutas y verduras?

¿Qué fracción del plato ocupan las proteínas?

¿Qué fracción ocupan los hidratos de carbono? ¿Y de qué tipo son más recomendables?

¿Cuál ha de ser la principal bebida?

¿Cuántas grasas se recomienda tomar? ¿De qué tipo?

Actividad 2

Piensa en una comida que te guste y escribe las fracciones de cada alimento que sería recomendable según el Plato de Harvard y en qué nutriente es rico.

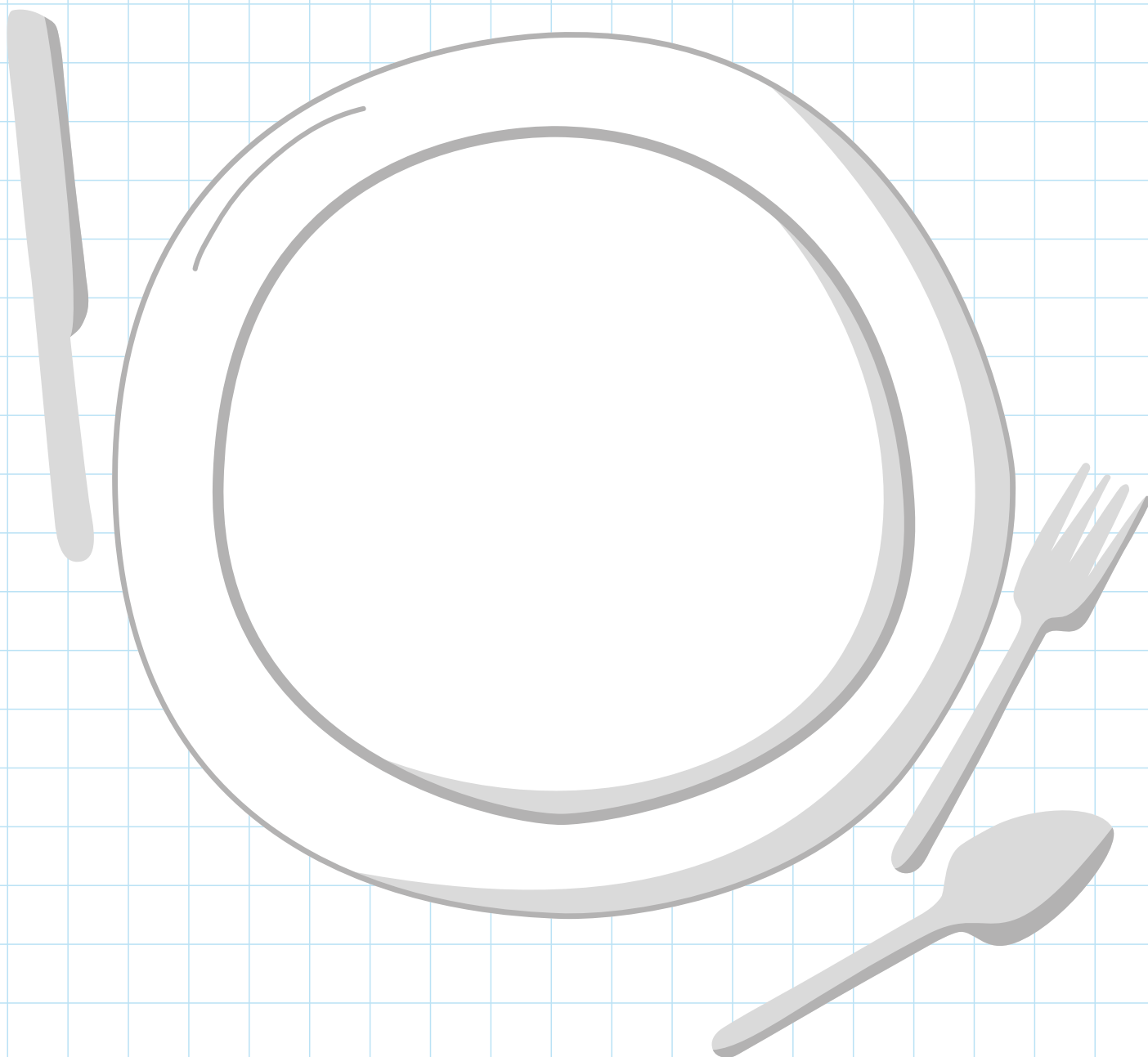
Ten en cuenta elegir las opciones más saludables.

Por ejemplo, espaguetis:

- $\frac{1}{4}$ de espaguetis integrales 4 ▶ hidratos de carbono
- $\frac{1}{4}$ de carne de pollo 4 ▶ proteínas
- $\frac{1}{2}$ de verduras: tomate triturado, cebolla, zanahoria y calabacín 4 ▶ vitaminas
- Una cucharada de aceite de oliva virgen extra para cocinar las verduras y el pollo ▶ grasas buenas
- Una cucharada de queso por encima ▶ proteínas
- Agua para beber

Actividad 3

Dibuja en el siguiente plato la fracción que deberían ocupar las proteínas, los hidratos de carbono, las grasas y los minerales y vitaminas y dibuja diferentes alimentos de cada uno.





Trabajamos la autoestima

¿Qué es la autoestima?

La autoestima es la nota que nos ponemos a nosotros mismos y que expresa una actitud de aprobación o rechazo. Las personas que tienen una buena autoestima tienen confianza en sí mismas y en los demás y una actitud más positiva ante la vida.

Tener un buen nivel de autoestima significa tener una visión saludable de uno mismo. Corresponde a aquellas personas que conocen y aceptan sus capacidades y limitaciones, sus virtudes y defectos, y que adoptan una actitud constructiva para sí mismas.

Un primer paso para la mejora de la autoestima es el autoconocimiento de las capacidades y cualidades propias.

Actividad

A continuación, encontrarás una lista de afirmaciones, determina cuáles nos hablan de una buena autoestima y cuáles reflejan una mala autoestima:

- ¡Mira! ¡Cómo me gusta esto que he pintado!
- Hoy no voy a la escuela, tengo un examen de mates muy difícil.
- Yo me sirvo el desayuno.
- Yo me ocupo de regar las plantas.
- Nunca me salen los problemas.
- Es difícil montar esta maqueta, pero sé que puedo hacerlo.
- Nunca me invitan a participar en los juegos.
- ¡Qué bien! El profesor dijo que mañana empezaremos con la raíz cuadrada.
- Como no me has dicho dónde estaba la escoba no he podido barrer.
- Déjame que te enseñe cómo se juega a esto que he aprendido.

Menú equilibrado y variado

Para cuidar de nuestra salud es clave buscar una forma de alimentarnos basada en:

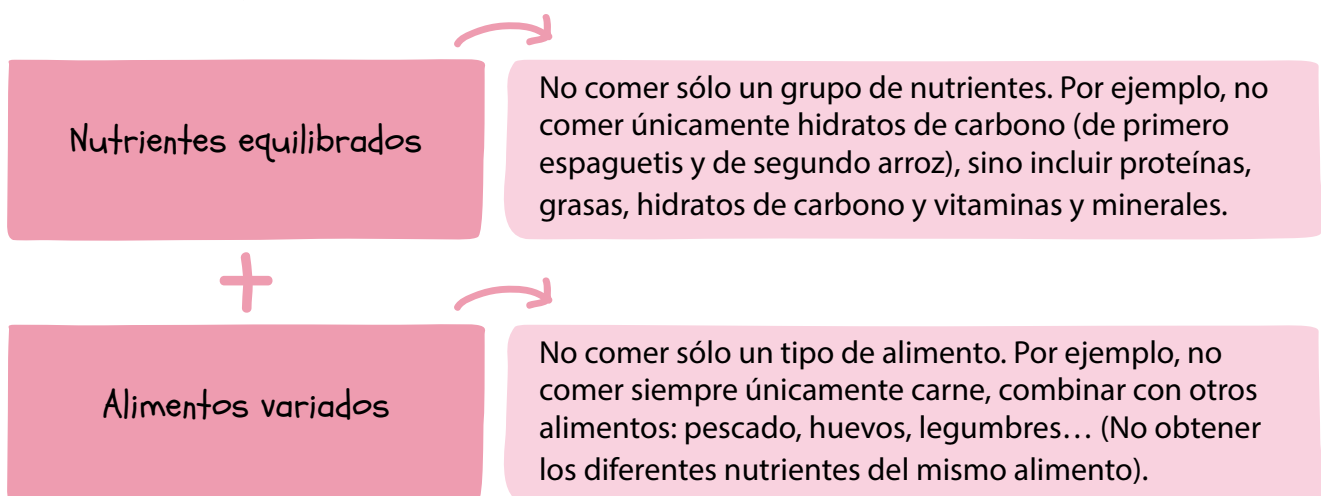
- **Alimentos variados** (diferentes frutas y verduras, setas, legumbres, cereales, huevos, carnes, pescados, lácteos, frutos secos variados, etc.)
- **Nutrientes equilibrados** (incluir: hidratos de carbono, proteínas, grasas buenas, vitaminas y minerales de forma balanceada. Nos podemos basar en el Plato de Harvard)
- **Saludable** (primar la elección de alimentos naturales y de temporada frente a productos muy procesados que lleven ingredientes insanos como azúcares, harinas o aceites refinados, colorantes, edulcorantes...)
- **Ser flexible:** no obsesionarse, darnos caprichos conscientemente cuando el cuerpo los pida, no castigarnos cuando comemos algo que no es tan saludable, pero no abusar de este tipo de alimentos. La alimentación no es blanca (totalmente saludable) o negra (totalmente mala), ¡en el medio hay un montón de colores!

Y acompañarlo de:

Actividad física todos los días, ya que nuestro cuerpo está diseñado para moverse. El sedentarismo causa dolencias, mayor probabilidad de padecer enfermedades, insomnio y lesiones. El ejercicio físico no es una obligación, es una necesidad biológica de nuestro cuerpo y además es una forma de disfrutar, desconectar y hacer amigos.

¿Qué es un menú variado y equilibrado?

Uno que incluya cada día:



• Recuerda: Comer equilibrado y variado, y hacer ejercicio son un acto de amor para tu salud.

Actividad 1

Vamos a ver una serie de platos saludables, pero tienes que pensar si son equilibrados y variados.



Gazpacho y pollo al horno con patatas

Es rico en

¿Es variado y equilibrado?



¿Añadirías algo?



Crema de verduras y patatas gajo al horno

Es rico en

¿Es variado y equilibrado?



¿Añadirías algo?



Ensalada de alubias con atún y verduras

Es rico en

¿Es variado y equilibrado?

¿Añadirías algo?



Albóndigas de pavo con arroz y brócoli

Es rico

¿Es variado y equilibrado?

¿Añadirías algo?



Risotto con setas (arroz)

Es rico en

¿Es variado y equilibrado?

¿Añadirías algo?

Metáfora sobre el equilibrio

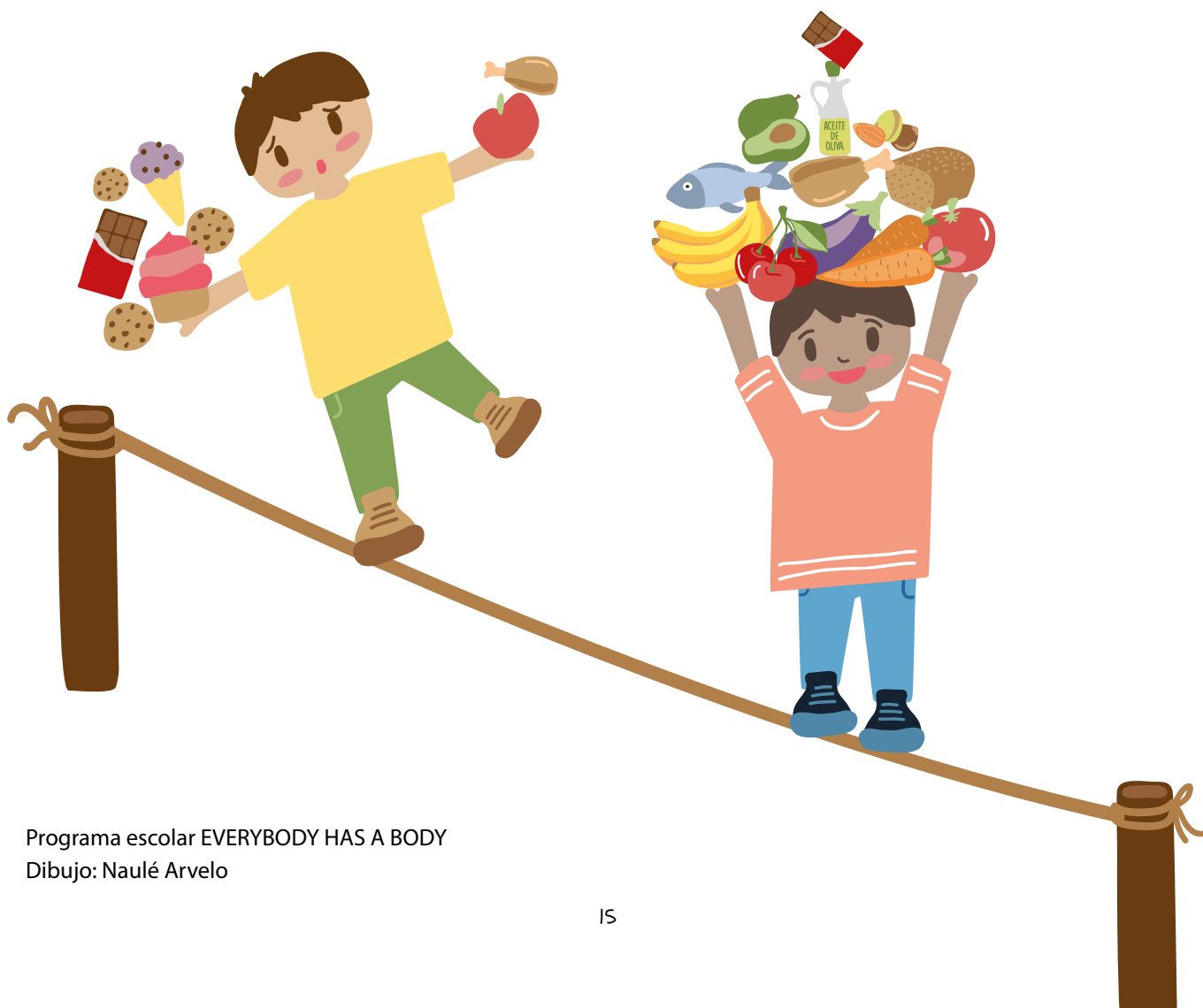
En un circo se encuentran dos acróbatas practicando su espectáculo sobre la cuerda floja a varios metros de altura.

Es un ejercicio complicado y peligroso, que precisa de un cuerpo saludable, fuerte, entrenado y que coma equilibrado para poderse mantener en el mejor estado físico, pues caerse de la cuerda, podría ser letal.

Uno de ellos, llamado Funambulista, cuida su dieta y se preocupa de alimentarse correctamente: toma todos los grupos de nutrientes, pero más cantidad de fruta y verdura, las proteínas y los hidratos de carbono, que siempre son integrales, los toma en igual cantidad. También incluye grasas buenas y de vez en cuando, se da algún capricho y toma un poco de chocolate.

Mientras tanto, su compañero, de nombre Ansioso, siempre tiene prisa y no se preocupa por su menú, se ha acostumbrado a alimentarse de muchos dulces insanos y muy pocas veces se acuerda de comer alguna fruta. La verdura, el pescado y las legumbres, ni las prueba, porque dice que no le apetecen.

Llega el día de la gran actuación delante del público. Funambulista hace una actuación magistral y el público aplaude complacido. Pero Ansioso, como era de esperar, no consigue mantener el equilibrio encima de la cuerda y se cae. Esta vez había una colchoneta y no se hace mucho daño... Quién sabe a la próxima.



Actividad 2

Rodea en rojo los alimentos que sólo se pueden consumir de forma ocasional y en azul los que se deben consumir a menudo.

Cerezas	Pizza	Lentejas	Puré de calabacín
Agua	Salmón	Salchichas	Pan integral
Pan tipo Bimbo	Galletas	Refrescos	Tomate
Carne de conejo	Patatas fritas	Espinacas	Huevo
Aguacate	Plátano	Almendras	Refrescos light
Batido de chocolate	Arándanos	Zanahorias	Croquetas
Ketchup	Arroz	Pasta integral	Aceite de oliva virgen extra
Chucherías	Atún	Nueces	Papas
Zumos	Uvas	Brócoli	Nuggets

Actividad 3

El desayuno

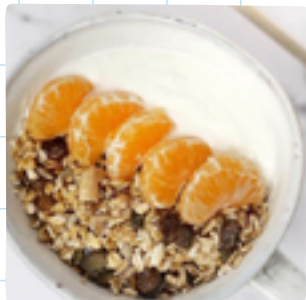
¿Crees que es necesario desayunar antes de ir al colegio? ¿Por qué?



Actividad 4

Pero, ¿cómo debe ser un desayuno saludable?

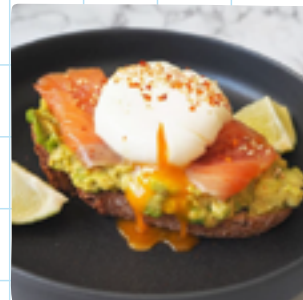
Mira los siguientes alimentos típicos de desayuno, rodea las opciones saludables y tacha las que no lo son tanto.



Bol de yogur natural sin azúcar, copos de avena con frutos secos, pasas y mandarina



Zumo de melocotón con azúcar añadido



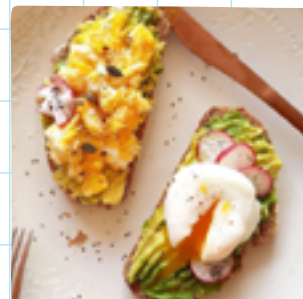
Tostada integral de aguacate, salmón y huevo



Copos de avena naturales



Bol de fruta variada



Tostada integral de huevo revuelto, guacamole y rabanitos



Galletas de compra con harinas refinadas y azúcares añadidos



Bollería industrial



Cacao en polvo sin azúcares añadidos



Pan integral



Crema de cacahuetes
(ingredientes:
cacahuetes)



Anacardos
(sin freír y sin sal)



Yogur azucarado



Pan de molde industrial
(blanco)



Cacao para la leche (con
azúcar añadido)



Crema de chocolate
(con azúcar y aceites)



Plátanos



Cereales (con azúcares)

Actividad 5

Ahora diseña tu propio desayuno saludable.
Ha de incluir todos los grupos de alimentos.

- Hidratos de carbono:

- Proteínas:

- Grasas buenas:

- Vitaminas y minerales:

Por si te quedas sin ideas, aquí tienes una lista de snacks saludables para desayunos/almuerzos/meriendas:

- Bol de yogur natural con fresas, coco y frutos secos.
- Batido de frutos rojos.
- Uvas y un vaso de leche.
- Plátano y una infusión.
- Bocadillo integral de atún con aceitunas.
- Manzana con crema de cacahuete.
- Bocadillo integral con jamón queso y tomate.
- Tostadas integrales con salmón y aguacate.
- Hummus con crudités.
- Guacamole.
- Calabaza asada.
- Bizcocho casero con harina de avena.
- Kiwi con chocolate negro.
- Donuts de calabaza con dátiles y chocolate negro.
- Brocheta de fruta con chocolate negro derretido.
- Palomitas de maíz caseras.
- Galletas de plátano y avena.

Actividad 6

Si pudieras elegir cualquier sitio, piensa dónde te gustaría vivir:
En qué país, ciudad, pueblo...

En qué tipo de hogar (grande, pequeño, lujoso, sencillo, un piso, una casa, una mansión, una villa, una caravana...)

Cómo lo tratarías (lo mantendrías limpio, ordenado, aseado, con electrodomésticos, muebles bonitos, cortinas, cuadros, garaje, trastero, wifi, aire acondicionado...)

Seguro que te gustaría vivir en un lugar acogedor y te esforzarías para mantenerlo limpio, bonito y ordenado, ¿no?

Ahora piensa por un momento, cuál es realmente el único lugar en el que vas a vivir **toda tu vida**:

- Recuerda: Tu cuerpo es el único lugar donde vas a estar siempre. ¡Cuidalo!



Módulo 2

Salud y bienestar

Dietas para la pérdida de peso

Comer sano no es...

- ✗ comer poco
- ✗ comer aburrido
- ✗ comer productos light

También es necesario comprender, que unos pocos meses de dieta no son la solución. Lo importante, es adquirir buenos hábitos, que podamos mantener en el tiempo y disfrutar comiendo saludable.

Consecuencias negativas para la salud de las dietas adelgazantes:

- Puede aumentar ansiedades
- Se pierden las señales corporales de hambre y saciedad
- Pérdida de masa muscular
- Incremento de sentimientos de culpabilidad
- Incremento de frustración y sensación de fracaso
- Se hace más lento el metabolismo (las reacciones que ocurren en las células)
- Irregularidades hormonales
- Incremento de obsesión con los alimentos
- Cambios de humor, tristeza, malhumor, irritabilidad...
- Se vuelve a engordar al finalizar la dieta (muchas veces se engorda incluso más)

Actividad 1

Para empezar, nos planteamos las siguientes cuestiones:

- ¿Conoces a alguien que suela realizar dietas para la pérdida de peso por voluntad propia?
- ¿Has realizado alguna o te has planteado realizar alguna?
- Existen dietas famosas para la pérdida de peso, ¿conocéis alguna?

Algunas personas se someten a dietas de adelgazamiento muy restrictivas, que buscan una gran pérdida de peso en un periodo corto de tiempo. Es decir, perder peso de forma rápida y comiendo muy poco o pocos alimentos.

Hay dietas que únicamente permiten comer piña, otras solamente pollo o sopa de verduras.

¿Crees que es sano para la salud? ¿Por qué?

Como ya hemos visto, una dieta saludable debe ser equilibrada y variada. No puede prohibir ningún nutriente, porque tanto las proteínas, los hidratos de carbono como las grasas, son necesarias para nuestro cuerpo.

¿Cuántos años puede vivir aproximadamente una persona?

Entonces, ¿crees que hacer dieta durante unos meses puede hacerte conseguir un cuerpo diferente? De hecho, después de hacer una dieta restrictiva, si se vuelve a comer como antes, se suele recuperar enseguida el peso perdido o incluso ganar más.

¿Qué soluciones se nos ocurren?

Igual que cuando estamos enfermos, acudimos al médico, cuando necesitamos que nos ayuden con nuestra alimentación, ya sea para perder o ganar peso, ayudarnos a comer mejor, hay que recurrir a un profesional de la nutrición: un/a nutricionista.

Él/ella, es el encargado de pautar un menú equilibrado, variado, de acuerdo a nuestras necesidades, valorando tu caso en concreto, controlando tu cuerpo y tu salud en todo momento. La misma dieta no sirve para todo el mundo, ha de ser personalizada (por ejemplo, no come lo mismo un bebé que un adulto, ni un adulto que trabaje sentado en una oficina que un deportista de élite).

- No nos debemos someter a dietas sin supervisión profesional, ya que es peligroso para la salud.

Actividad 2

A continuación, vemos algunas portadas de diferentes revistas:

¿Qué palabra se destaca en todas?

¿Qué tienen en común?

¿Crees que van dirigidos principalmente a mujeres o a hombres?

¿Cómo crees que se sienten las personas que no son tan delgadas?

¿Crees que estos titulares ayudan a las personas a cuidar su salud?

¿Consideras que las dietas de adelgazamiento de las revistas, hechas sin control de un nutricionista, son saludables?



Derribando mitos sobre alimentación y pérdida de peso.

Existen algunas ideas acerca de la alimentación y la pérdida de peso que, aunque son ampliamente conocidas, no son verdad. Por ejemplo:

✗ Algunas personas creen que para adelgazar han de eliminar de su dieta algún grupo de alimentos, como los hidratos de carbono o las grasas, aunque la realidad es que, generalmente, nuestra dieta debería contener todos los nutrientes. Como hemos dicho, los hidratos y las grasas, son la energía y las reservas, por tanto, si los eliminamos de nuestra dieta, nos quedaremos sin energía.

✗ También es común pensar que saltarse comidas adelgaza, pero no es cierto y nos puede crear ansiedad por la comida, malhumor, irritabilidad o tristeza.

✗ La fruta por la noche o de postre engorda: es falso, la fruta es saludable, la debemos incluir en nuestra dieta y la podemos tomar a cualquier hora sin miedo a engordar.

Otro de los mitos más comunes es que, para estar sanos, no podemos comer dulces. Aunque es cierto que el azúcar no es saludable, hay otras formas naturales de disfrutar del sabor dulce en nuestros platos:

- Sustituir el azúcar de las recetas por dátiles (son una fruta muy dulce y aporta vitaminas, minerales y fibra)
 - Las frutas son dulces y las podemos mezclar con yogur, cereales, bizcochos, tostadas...
 - También la calabaza, zanahoria y plátano, son bastante dulces y se pueden usar como base en tartas, bizcochos, cremas...
 - El cacao y el chocolate negro, aunque al principio puedan parecer amargos, cuando te acostumbras al sabor son deliciosos
 - Las bebidas vegetales, como la leche de avena, soja, almendra, avellana... tienen un sabor más dulce que la leche de vaca
 - Para endulzar también podemos añadir frutos secos, crema de cacahuete, orejones o pasas
 - Usar canela, coco rallado o ralladura de limón puede suavizar algunos sabores amargos
- Lo que sí debemos reducir es la ingesta de miel, sirope de agave, azúcar de coco y similares, pues siguen siendo **azúcar**.

Actividad 3

Derribando mitos

Di si las siguientes afirmaciones son verdaderas o falsas.

- Comer azúcar es necesario para el cerebro.
- Los hidratos de carbono engordan más que las proteínas.
- El plátano y el aguacate engordan.
- Comer grasas es bueno para nuestra salud.
- Es lo mismo tomar zumo que fruta.
- Saltarse comidas adelgaza.
- Hacer dietas para la pérdida de peso sin supervisión profesional es peligroso.



Trabajamos la autoestima

Actividad

A continuación tu maestro te va a mostrar una foto de alguien que conoces. Tienes que verla y decirle algo bonito que pienses de esa persona.

¡Pero no digas quién es! Hay que mantener el misterio hasta que todos hayáis visto la foto.

Autocuidado


Autocuidado es atender nuestras necesidades físicas, mentales y emocionales. El autocuidado es fundamental para nuestro bienestar, nos llena de energía y es bueno para nuestra salud.

No todas las personas se cuidan de la misma forma, ya que las necesidades son diferentes para cada uno. Algunos ejemplos de autocuidado son: practicar un deporte que nos guste, dormir bien, comer sano y equilibrado, disfrutar de actividades artísticas, aprender algo nuevo, tener relaciones sociales positivas, hablarnos a nosotros mismos con cariño, pasar tiempo en la naturaleza, darse un baño o un masaje, ser agradecido con lo que tienes...

Es muy importante tener en cuenta, que cualquier que sea la forma en que te cuidas, **no hay que exagerar o abusar**. Por ejemplo, el ejercicio es bueno para el cuerpo, pero correr 40 km todos los días seguramente no será sostenible ni saludable para la mayoría de personas (¡es demasiado!). Así como tener una dieta saludable es bueno para nuestro cuerpo, pero privarnos del placer del chocolate o un helado ocasional puede ser frustrante. Leer, pintar, escuchar música, puede ser reconfortante para nuestra alma, pero si nos pasamos todo el día haciéndolo, podríamos descuidar nuestras otras tareas: ir al colegio, estar con nuestra familia, estudiar, ordenar la habitación...

Actividad 1

De la siguiente lista de cosas, tacha las que crees que no son autocuidado.

- 
- Que te den un masaje
 - Dormir bien
 - Irse a dormir muy tarde
 - Decirme a mí mismo que no sirvo para nada
 - Siempre beber refrescos
 - Aprender un nuevo deporte
 - Ir a la montaña
 - Leer un libro
 - Pasar un rato agradable con mis amigos
 - Dar un paseo en la playa
 - Quejarme de todo
 - Cocinar comida nutritiva
 - Hacer yoga
 - Discutir con mis amigos
 - No ducharme casi nunca
 - Comer muchos productos insanos
 - Obsesionarme con un deporte y practicarlo todos los días 5 horas
 - Estar todas las tardes jugando a videojuegos

Además, como hemos visto, es muy importante reconocer nuestras cualidades y querernos a nosotros mismos. Aceptar nuestro cuerpo y ver las cosas bellas que hay en él es fundamental para ser feliz.

Para conseguirlo, es importante que no nos comparemos con los demás, ni con nuestros compañeros/as y amigos/as, ni mucho menos con los modelos y famosos que vemos en la televisión y redes sociales.

Ten en cuenta que los modelos, famosos e “influencers”, viven por y para su imagen. Muchas veces, de su aspecto físico depende su trabajo y sus ingresos. Pero para el resto de las personas, nuestro aspecto físico, no es nuestro empleo y no debe de ser una prioridad. La prioridad es la salud y el bienestar. Nosotros/as no tenemos que ser tan exigentes con nuestra imagen: nos cuidamos, pero con cariño, paciencia y flexibilidad.

¿Cómo podemos sentirnos felices con nuestro cuerpo y orgullosos de nosotros mismos?

Intentar tener buenos hábitos alimentarios, comer de forma equilibrada y hacer deporte regularmente. Para el buen funcionamiento del cuerpo, no debemos tener una vida sedentaria, es mejor salir a pasear, jugar en el parque, ir al colegio andando o en bicicleta, bailar, etc. De esta forma estaremos más sanos y también más contentos.

Aunque no debemos obsesionarnos, podemos ser flexibles, escuchar a nuestro cuerpo, saber cuándo necesita descansar y tomarnos un respiro. No conviene agobiarnos con excesivas obligaciones, el autocuidado también se basa en comprender cuándo necesitamos descansar y estar en calma.

También es muy importante no comparar nuestro cuerpo ni nuestro aspecto con el de los demás.

Cómo nos podemos cuidar:

- 1.** Buenos hábitos alimentarios: comer sano, variado y equilibrado
- 2.** Tener una vida activa y hacer deporte
- 3.** Respetarnos y valorarnos
- 4.** Ser flexibles y buscar nuestro bienestar
- 5.** No compararnos con los demás y aceptar todos los tipos de cuerpos

Actividad 2

Clasifica estos hábitos, según correspondan a una vida activa o sedentaria:

Ver la televisión sentado en el sofá, usar todos los días el ordenador, ir andando al colegio, ir en coche al colegio, dar un paseo en bicicleta, subir las escaleras, usar el ascensor, jugar a tenis, jugar con el móvil, hacer deporte, ir a caminar a la montaña, bailar, jugar a la videoconsola, no practicar ningún deporte, usar las escaleras mecánicas, jugar en el parque, estar sentado muchas horas, patinar.

Vida activa

Vida sedentaria

Nuestro cuerpo es nuestro hogar, donde vamos a habitar siempre. Cuídalo, trátalo con respeto y háblale con cariño. Tenemos que trabajar para que nuestro cuerpo sea la mejor máquina que podamos tener: haz deporte, come equilibrado y ten una vida activa, pero hazlo precisamente porque te amas a ti mismo y valoras tu cuerpo y tu bienestar, no porque lo quieras cambiar.

Nada está mal en tu cuerpo, mira lo que tienes, lo que vales, de dónde vienes y lo que has conseguido.

Recuerda que no debemos darle más importancia al aspecto físico que a nuestra salud. La salud siempre es lo más importante.

¿Cómo podemos ayudar a otras personas a comprender esto?

- Es de mala educación hablar sobre el físico de los demás.
- La delgadez no es una virtud ni es sinónimo de salud.
- No hagas comentarios negativos sobre el físico de los demás, aunque esa persona no esté delante.
 - Destaca las cosas positivas de la gente que conoces, y no sólo las físicas, también di cuando te gusta el carácter de los demás, su capacidad de trabajo, lo amistosos que son, lo que te gusta estar con ellos... Así demostrarás que el físico no es lo más importante y harás sentir seguras a las personas de tu alrededor.
 - No compares, nunca digas que te gustaría ser como alguien. Sé tú mismo y ayudarás a que los demás sean ellos mismos también y no quieran parecerse a los demás.

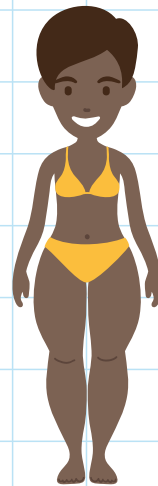
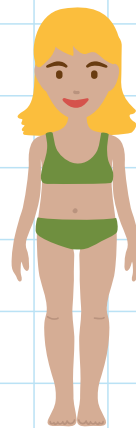
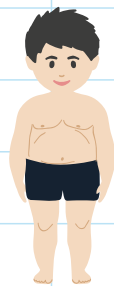
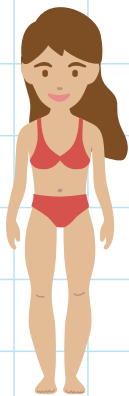
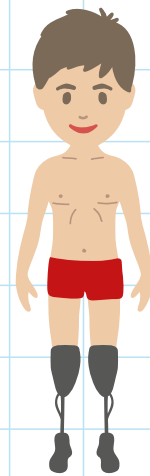
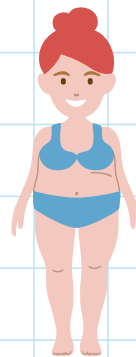
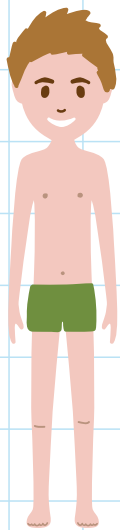
● Recuerda: La delgadez no es una virtud.

Actividad 3

Mira estos cuerpos y piensa cuáles de ellos ves más a menudo en tu familia, en tu barrio, en el autobús, en la ciudad... y rodéalos de color azul.

Ahora, piensa en qué tipos de cuerpos sueles ver en la publicidad y rodéalos de rojo. ¿De cuáles hay más cantidad? ¿Por qué?

Los que has rodeado en azul, ¿crees que estas personas son amadas? ¿tienen profesiones importantes? ¿no resultan atractivas para otras personas? ¿no son reconocidas y apreciadas por sus seres queridos?... ¿y sin embargo, cuáles son las que suele utilizar la publicidad? Entonces, ¿creéis que la publicidad es honesta?



Programa escolar EVERYBODY HAS A BODY

Dibujos: Naulé Arvelo

Cuerpos diferentes: Cada persona es diferente, y también nuestros cuerpos lo son. En todos los cuerpos hay belleza, no tenemos que imitar un solo tipo.

• Cuidarte, también es entender que todos somos diferentes.

Actividad 4

¿A qué crees que hace referencia el título del trabajo "Everybody has a body"?
Debate en gran grupo y escribe las conclusiones:





Trabajamos la autoestima

Actividad

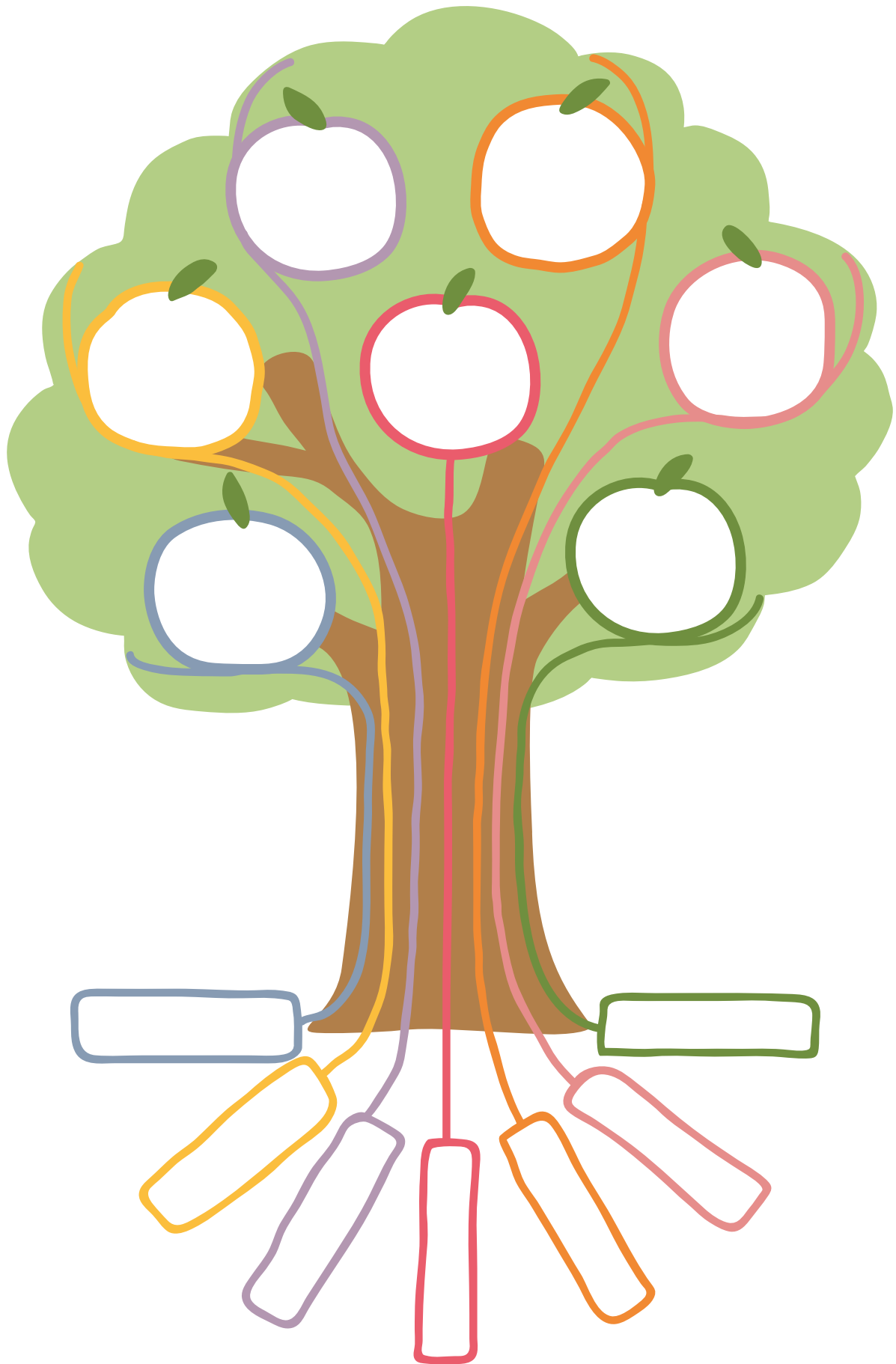
Árbol de mi autoestima.

Rellena la tabla: en una columna se deben colocar los "logros" o "éxitos", metas alcanzadas en la escuela, con la familia, amigos, deporte... En la otra tus "cualidades" físicas y mentales.

No tienen por qué ser cosas espectaculares sino simplemente importantes para ti.

Logros y metas alcanzadas

Cualidades físicas y mentales



Programa escolar EVERYBODY HAS A BODY
Fuente: modificado de Bonet, (1994).
Por Naulé Arvelo

SESIÓN 6

Una buena alimentación, sana, equilibrada y variada, previene enfermedades, mientras que la mala alimentación y malos hábitos, nos pueden costar la salud.

Sin embargo, algunas personas no tienen buenos hábitos alimentarios, no comen todo lo que su cuerpo necesita, se quedan sin energía y se ponen enfermos. Es muy peligroso no comer lo suficiente, como tampoco es aconsejable comer más de lo que nuestro cuerpo necesita.

Actividad 1

¿Sabes decir alguna enfermedad relacionada con la alimentación?

Tan peligroso es comer demasiado como no comer suficiente.

- Un exceso en la ingesta de calorías, está relacionado con la obesidad y el sobrepeso, colesterol, diabetes...

La obesidad y el sobrepeso son enfermedades a causa del exceso de grasa en el cuerpo, que nos impiden mantenernos en un estado de salud óptimo. La obesidad y el sobrepeso son peligrosas porque a menudo causan otras enfermedades, como diabetes, cáncer, colesterol, infartos, problemas óseos y de articulaciones, enfermedades hepáticas (enfermedades del hígado), enfermedad de la vesícula biliar, enfermedades musculoesqueléticas, etc. Pero son reversibles (se pueden curar) y evitables.

Es decir, comer continuamente más de lo que nuestro cuerpo necesita, conlleva obesidad y sobrepeso, así como otras enfermedades, y también nos lleva a sentir cansancio, sueño, indigestiones, problemas de movilidad y en general nos resta calidad de vida.

- Tener una alimentación insuficiente y de bajo aporte nutricional (falta de nutrientes), también tiene consecuencias negativas, tanto a nivel físico como psicológico: problemas de corazón, huesos débiles y frágiles (osteoporosis), pérdida de músculo, cabello y piel secas, caída del cabello, crecimiento en todo el cuerpo y cara de una capa de vello, bajadas de potasio, problemas psicológicos como depresión, el desarrollo físico será menor...

Es decir, si no comieras suficiente de forma continuada, te faltaría energía para poder realizar todas las actividades diarias, estarías cansado, te pondrías muy enfermo, te tendrían que hospitalizar, no crecerías, estarías triste, solitario, de mal humor, tu familia y amigos se pondrían muy tristes, perderías amigos, etc.

Actividad 2

¿Qué nos pasa si continuamente...?

Clasifica en la tabla las consecuencias de comer demasiado y de no comer suficiente.

¿Qué nos pasa si continuamente...?

Comemos demasiado

No comemos suficiente

Veamos qué hábitos podemos incorporar a nuestra vida para mantenernos saludables en nuestro peso ideal y **ser responsables con nuestra salud:**

- Se recomienda comer 5 raciones de fruta y verdura al día.
 - Desayunar es importante, nos calma el apetito y nos ayuda a estar más activos y concentrados en el colegio.
 - Las patatas y papas no son verduras, no conviene abusar.
 - Elige frutas enteras en lugar de zumos.
 - Elige granos integrales en lugar de blancos, esto quiere decir, pan integral, pasta integral, arroz integral, etc.
 - Las proteínas, también las debemos obtener de origen vegetal como legumbres, frutos secos y semillas, y no solamente de origen animal como pescado, huevo y aves.
- Cuando comamos carne, debemos primar carne blanca (aves y conejo) y controlar el consumo de carnes procesadas, como embutidos, fiambres, salchichas, etc. ya que no son muy saludables.
- Toma grasas, pero grasas buenas (frutos secos, aceite de oliva, aguacate...)
 - Es muy importante beber agua: el agua debe ser la bebida principal con todas las comidas, nunca se puede sustituir por leche, zumos o refrescos.
 - Nuestra dieta no se debería basar en productos con azúcar añadido, ultraprocesados con harinas refinadas, grasas vegetales hidrogenadas, aditivos (colorantes, emulsionantes, aromas...) y sal.
 - La comida y la cena son momentos importantes: es mejor sentarnos con nuestra familia que comer solos, ya que solemos adoptar mejores hábitos cuando estamos acompañados.
 - Comer con la televisión encendida aumenta la probabilidad de padecer obesidad, ya que no somos conscientes de cuánto comemos y podemos ingerir más de lo que necesitamos.
 - Incorporar actividad física en nuestro día y mantenerse activo es parte de la receta para mantener la salud. Los niños y adolescentes deben tratar de realizar por lo menos 1 hora de actividad física al día.

Actividad 3

Di si las siguientes afirmaciones son verdaderas o falsas según lo que hemos aprendido.



La obesidad es una enfermedad que no se puede curar.

V F

Si bebo zumo no hace falta que coma frutas.

V F

Las patatas no se consideran una verdura.

V F

Debo incluir verdura en la mayoría de las comidas.

V F

Practicar deporte dos días a la semana es suficiente.

V F

A la leche le puedo poner cacao con azúcar si no me gusta su sabor.

V F

Todos los días puedo merendar fruta.

V F

Es imprescindible beber agua todos los días.

V F

Si como carne no hace falta que coma pescado.

V F

Es mejor comer chocolate negro que chocolate con leche y azúcar.

V F

Si como pizza, es mejor hacerla casera con masa integral.

V F

En los últimos años el número de personas con obesidad en los países desarrollados ha aumentado considerablemente, incluido el número de niños/as que sufren esta enfermedad. Esto quiere decir, que cada vez hay más personas obesas en nuestro país y en el mundo, pero, ¿sabemos a qué se debe?

Aquí encontramos algunas de las razones:

- **Los niños realizan menos actividad física.** Los niños/as llevan ahora una vida más sedentaria que hace años. Antes, los niños salían a jugar al parque o a la calle, corrían, saltaban e iban en bici cada día: eran más activos. Actualmente, los niños se divierten pasando horas viendo la televisión o jugando con el ordenador y la consola, por lo que no consumen tanta energía. Además, muchas veces ni siquiera caminan lo suficiente, ya que los adultos les llevan en coche al colegio y a todas partes, y se han acostumbrado a usar siempre el ascensor o las escaleras mecánicas.

- **Nuestra dieta no es tan natural (ha empeorado).** Los tiempos han cambiado y con ellos, nuestra forma de comer. Ahora los padres no tienen tanto tiempo para cocinar, la vida moderna es más rápida y estresante, por lo que, la tradicional dieta mediterránea, ha dado paso a la comida preparada o precocinada, y al consumo de alimentos menos saludables, como bollería, fritos, refrescos, golosinas y comida rápida, que tienden a ser ricos en grasas malas y azúcares añadidos.

- **El mercado se ha transformado.** Hoy en día los supermercados están repletos de comida precocinada, productos azucarados, bollería industrial, alimentos con conservantes y colorantes y productos ultraprocesados. Estos productos están al alcance de cualquiera, ya que por lo general, suelen ser baratos y se conservan más tiempo, razón por la cual está normalizado que las personas los consuman cada día. Antes, en los mercados, lo más común eran encontrar productos naturales y frescos: vegetales, carnes, pescados, huevos, legumbres... Alimentos que en general, son más buenos para nuestra salud.

- **La publicidad nos bombardea con alimentos insanos y despierta nuestros deseos de comerlos.** Además, estos productos insanos son muy fáciles de conseguir, están a nuestro alcance en cualquier lado: puestos de comida rápida, quioscos, máquinas expendedoras en institutos, hospitales, gimnasios, el metro, por la calle...

- En general, **se consume demasiado azúcar**, ya que la mayoría de productos procesados llevan azúcar añadido (cereales, galletas, batidos, refrescos, yogures, zumos, salsas... ¡hasta algunas pizzas y hamburguesas! Además, el azúcar hace que los alimentos sean más apetitosos y comamos más cantidad. ¡Los niños/as españoles comen una media de 32 kilos de azúcar al año!

Actividad 4

Somos detectives

Vamos a leer diferentes situaciones habituales en la vida de algunas personas y debemos determinar qué personajes creemos que pueden desarrollar obesidad/sobrepeso.

Eric tiene 10 años y va a 5º de Primaria. Hoy, cuando ha salido del colegio, ha merendado un bocadillo de pan integral con atún y aceitunas y se ha ido a entrenar hockey con su equipo. El próximo sábado tiene un partido decisivo en la liga, así que en este entrenamiento se ha esforzado mucho. Después de entrenar una hora y media se ha ido a casa, ha hecho los deberes, y al acabar ha jugado a un videojuego un ratito. Luego ha ayudado a su padre a preparar la cena: pescado y ensalada. Han cenado todos juntos y de postre, como es el cumple de su hermana, ha comido tarta.

¿Crees que Eric puede sufrir obesidad/sobrepeso en el futuro si sigue manteniendo esos hábitos?

¿Ha hecho algo que consideras que no es saludable? ¿Lo cambiarías?

Leticia va a 1º de ESO. Normalmente, cuando sale a las 14h del instituto tiene mucha hambre, porque no desayuna y para almorzar sólo se come un bollo que se compra en la cantina.

Cuando llega a su casa, su familia no está, así que come sola. Sus padres le dejan preparado algún plato como lentejas o estofado, pero ella prefiere hacerse una pizza y de postre comerse unas galletas. Se pasa la tarde viendo la tele y bebiendo refrescos hasta que llegan sus padres. A la hora de cenar, exige que le preparen lo que ella quiera, si no, se enfada y no cena.

Viendo los hábitos de Leticia, ¿consideras que puede desarrollar obesidad o sobrepeso?

¿Qué costumbres cambiarías para que mantuviera una vida más saludable?

¿Crees que le afecta el hecho de que sus padres no estén en casa a la hora de comer?

Pau tiene 8 años y practica fútbol dos días por semana, es el portero. Al colegio siempre le llevan sus padres en coche, porque así es más rápido. Normalmente, se bebe un batido de chocolate para desayunar, un bollo para almorzar y a las horas de comer y cenar, come lo que hayan cocinado sus padres sin problemas, porque dice que le gusta todo, aunque nunca ha probado las verduras. Además, siempre toma refrescos con las comidas, y casi nunca bebe agua. Por las tardes, el tiempo que no tiene entrenamiento, está tumbado jugando al Fortnite con sus amigos, ya que sus padres no quieren que salga a jugar a la calle.

¿Piensas que Pau podría desarrollar alguna enfermedad si continúa manteniendo esos hábitos en el tiempo?

¿Imaginas qué costumbres podría modificar para mantener una vida más saludable?

Pau juega al fútbol, pero, ¿consideras que lleva una vida lo suficientemente activa?

Actividad 5

Los medios de comunicación nos provocan

Los medios de comunicación ejercen una gran influencia en las personas, casi siempre nos creemos lo que vemos en la televisión, y aunque no nos demos cuenta, compramos más los productos anunciados en televisión que el resto.

Pensemos juntos:

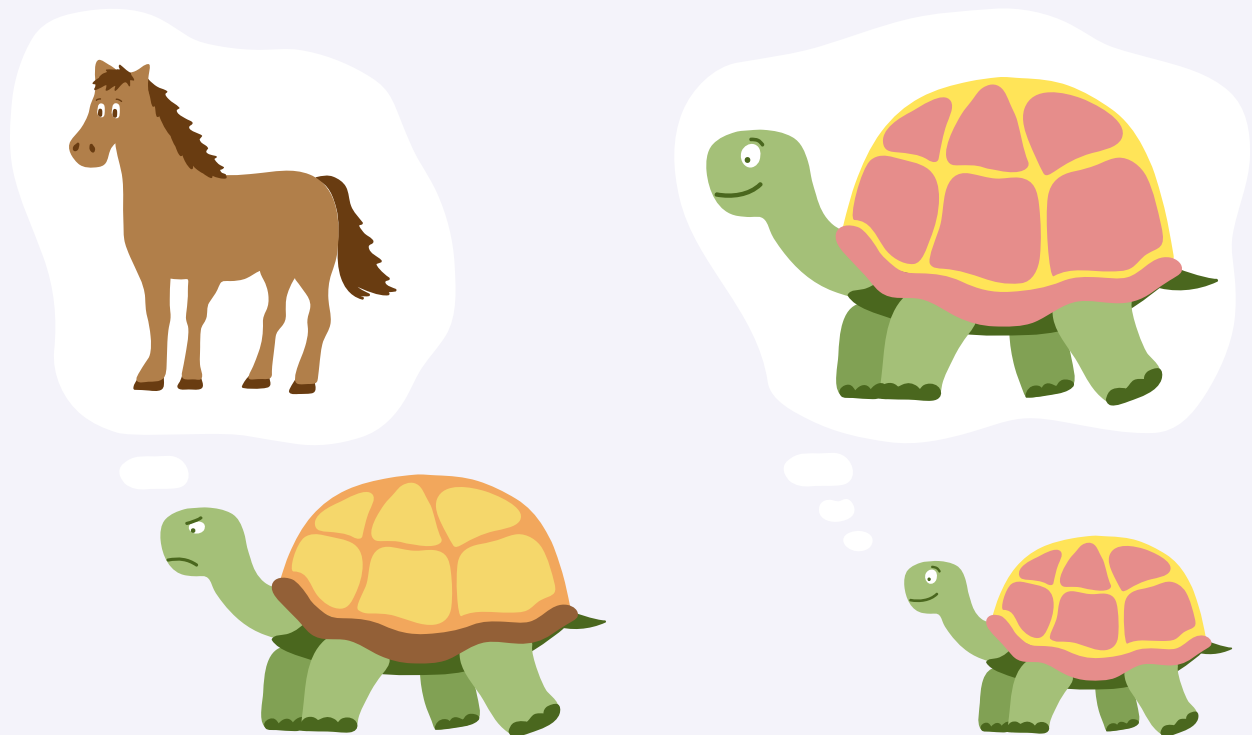
¿Qué alimentos recordamos que anuncian en televisión?

Trabajamos la autoestima

Actividad

Observamos el dibujo de las tortugas y reflexionamos:

- ¿La tortuga grande cómo quiere ser?
- ¿Y la tortuga pequeña?
- ¿Cuál tiene ambiciones más realistas?
- ¿La grande podrá conseguir lo que quiere?
- ¿Cuál creéis que es más feliz?
- ¿Cuál de las dos tiene más autoestima?



Las emociones

¿Qué son las emociones?

Las emociones son reacciones ante factores internos o externos que alteran tu ánimo y te conmueven de forma agradable o desagradable.

Actividad 1

Vamos a hacer entre todos una lista de emociones en la pizarra y copiarlas clasificándolas según nos resultan agradables o desagradables.

Emociones agradables

Emociones desagradables

- Las emociones son valiosas: cada una de ellas tiene un propósito, incluso las que creemos que son negativas, son esenciales.

Actividad 2

¿Serías capaz de relacionar cada emoción con su propósito?



La alegría

Nos motiva a pedir ayuda y apoyo de los demás.



La curiosidad

Nos motiva a luchar contra los errores y la injusticia, y poner límites.



La sorpresa

Nos motiva a reproducir ese acontecimiento.



La tristeza

Nos motiva a explorar y aprender.



El miedo

Nos motiva a dirigir la atención hacia algo inesperado.



La ira

Nos motiva a demostrar que no podemos aceptar algo.



La repulsa

Nos motiva a actuar para evitar consecuencias negativas.

¿Cómo podemos gestionar nuestras emociones y tener autocontrol?

1. Pon nombre a tus emociones.

En primer lugar, es importante aprender a darse cuenta cuándo somos invadidos por una emoción fuerte y tomar conciencia de lo que se está sintiendo, ya que saber lo que sentimos nos hace auténticos, pero a veces no le prestamos suficiente atención a nuestras emociones.

Es necesario pararnos, escuchar a nuestro cuerpo y comprender qué emoción es la que estamos sintiendo.

Actividad 3

Reconocimiento de emociones
¿Qué emoción sientes cuando...?

Ves una película de terror:

Tienes que hablar en público:

Bailas:

Te pierdes en una ciudad desconocida:

Acaricias un cachorro:

Te hacen trampas jugando a un juego:

Ponerte en bañador delante de otras personas:

Es tu cumpleaños:

Estás nadando y ves una medusa:

2. Reconocer los detonadores.

Saber cuáles son los detonadores de una determinada emoción ayudará a estar alerta en el momento que aparezcan esos estímulos que pueden indicar pérdida de control: pueden ser palabras, frases, situaciones, lugares, incluso personas.

Actividad 4

Reconocimiento de detonadores.

¿A mí qué me lleva a sentir...?



Alegría



Sorpresa



Enfado



Vergüenza



Miedo



Tristeza



Orgullo



Preocupación



Confianza

3. Conciencia de los propios cambios corporales.

Las emociones se experimentan en el cuerpo e identificar esos mecanismos en nosotros es una buena forma de conectar con nuestras emociones. Tomar conciencia de los cambios corporales que se producen al experimentar las emociones es muy positivo. De esta manera seremos conscientes del momento en que se detectan señales de alarma de una posible explosión emocional. Esas señales son positivas para nosotros, ya que nos permiten tomar un descanso cuando lo necesitamos o alejarnos de una situación que nos desborda.

Actividad 5

Conciencia de los cambios corporales.

¿Qué cambios físicos suceden en tu cuerpo cuando sientes...?

Vergüenza	
Nervios	
Tristeza	
Alegría	
Enfado	
Miedo	
Asco	

4. No escondas tus emociones, exprésalas. No las reprimas.

Expresar las emociones significa hacer entender a los demás lo que sentimos, pero hemos de ser capaces de **expresar las emociones adecuadamente**: no dejándonos llevar por la emoción cuando no es conveniente. Por ejemplo, aunque sintamos rabia, no se debe expresar la emoción pegando o golpeando, ni el enfado gritando o rompiendo cosas. Nos controlamos porque las consecuencias serían negativas para nosotros mismos y los demás.

Expresar las emociones resulta fundamental en la vida de los seres humanos: nos ayuda a tener más bienestar y mejores relaciones sociales. Además, nos libera de las emociones negativas. Cuando las expresamos, las dejamos ir, pero **si evitamos las emociones, en realidad las fortalecemos**.

Reprimir las emociones, es decir, hacer como que no sentimos nada, nos puede hacer enfermar. Intentar “engañarnos” a nosotros mismos y decirnos que no pasa nada, no va a hacer que desaparezca. Hay que aceptar las emociones.

Las emociones que quedan atrapadas dentro del cuerpo, buscan la forma de salir y esas formas pueden ser peligrosas: enfermedades, agresividad, insomnio, adicciones, dolores, estrés, acné, ataques al corazón, dolores de cabeza, problemas estomacales...

Cuando sientas emociones que no te gustan, como tristeza, ira o frustración, tienes que hacerles frente, entender qué situación es la que te ha producido esa emoción, hablar del tema que nos incomoda, solucionar la situación e intentar que no se repita.

Generalmente, ante una emoción se suele actuar de tres formas:

- La reprimes, es decir, la intentas silenciar, hacer como que no está ahí y creer que no pasa nada.
- Te desborda, le das rienda suelta y te dejas llevar totalmente por lo que te hace sentir, aunque eso implique gritos o violencia.
- La gestionas, es cuando, conectas contigo mismo para percibir qué estás sintiendo, y actúas en consecuencia de la mejor manera posible. Explicas qué te pasa, buscas una solución, si no te gusta lo que sientes intentas que no se repita la situación que la ha desencadenado...

Actividad 6

Expresamos adecuadamente nuestras emociones.

Imagina que tu hermano/a coge un jersey tuyo sin pedirte permiso y sin querer lo rompe. Cuando te lo devuelve no te pide perdón y eso te hace sentir enfadado con él. Puedes actuar de tres formas:

- 1.** Le gritas que no lo debería haber cogido y le das un empujón sin dejar que se explique.
- 2.** No haces nada, prefieres no crear un conflicto y que crean que eres un "enfadica", así que te dices a ti mismo que no ha sido para tanto.
- 3.** Hablas con él tranquilamente, le dices que estás enfadado porque no te había pedido permiso y te ha estropeado el jersey. Le dices lo que necesitas, que te pida perdón y que la próxima vez te pida permiso antes de coger algo tuyo.

¿Cuál de las tres formas crees que es más cómoda y sencilla? ¿Por qué?

¿Cuál es la más violenta?

¿Cuál es más conveniente? ¿Por qué?

Ahora, imagina que te enteras de que una amiga ha contado un secreto tuyo y eso te hace sentir triste y decepcionado. Puedes actuar de tres formas:

1. Dejas de hablarle sin decirle nada porque piensas que no se puede confiar en ella y no es una buena amiga.
2. Haces lo mismo y le cuentas a todo el mundo secretos que sabes sobre ella.
3. Hablas con tu amiga, le dices que te has enterado que lo ha contado y le explicas cómo te sientes. Le cuentas que necesitas que te pida perdón y te haga saber que puedes seguir confiando en ella.

¿Cuál de las tres formas parece más cómoda y sencilla? ¿Por qué?

¿Cuál es más conveniente? ¿Por qué?

¿Crees que en alguna ganáis los dos? ¿Por qué?

- Recuerda: Es esencial tener un correcto equilibrio emocional. Ni ser personas reprimidas ni tampoco impulsivas, sino capaces de gestionar las propias emociones y sentimientos.

Posibles combinaciones de las emociones de la película Inside Out

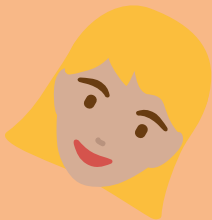
De Alegría y Tristeza surge la melancolía. ¿Pero qué otras emociones pueden surgir del resto?



SOURCE: Photos from Disney/Pixar

Traducido y adaptado por:
 The flipped classroom
www.theflippedclassroom.es

Vox



Módulo 3

Modelo estético e imagen corporal

Adolescencia y pubertad

Actividad 1

Seguro que has oído hablar sobre la pubertad. Pero ¿sabrías explicar qué es?
¡Intentalo!



La pubertad es la etapa de desarrollo físico que transforma al niño en adulto. No se deben confundir los términos pubertad y adolescencia. **La pubertad se corresponde con los cambios físicos** que hacen que se llegue a la etapa de maduración sexual; mientras que **la adolescencia tiene que ver con los cambios psicológicos y sociales** que tienen como objetivo llegar al pensamiento adulto.

Los cambios físicos que tienen lugar en la pubertad, son:

En las mujeres:

- Aumento de la estatura.
- Desarrollo de los senos.
- Ensanchamiento de las caderas.
- Aumento de peso: durante la pubertad se gana el peso propio de una persona adulta debido al crecimiento de músculos, senos y huesos y al aumento de la grasa corporal.
- Crecimiento del vello en el pubis, las axilas y las piernas.
- Aparición de la menstruación.
- Acumulación de grasa en algunas zonas.

En los hombres:

- Crecimiento de los testículos y el pene.
- Crecimiento del vello en pubis, axilas, piernas, cara y tórax.
- Aumento de la estatura, volumen muscular y peso.
- Cambios en la voz: la voz de los hombres se vuelve más grave y dura.

Como podéis observar, en la pubertad suceden muchos cambios corporales, pero no tenemos de qué preocuparnos: nuestro cuerpo es sabio y se está preparando para la vida adulta. Es un proceso completamente normal y conviene no obsesionarse ni compararse con los demás. En algunos niños/as sucederá antes y en otros después, al fin y al cabo, cada cuerpo es diferente. (Igual que no todos nacimos el mismo día ni aprendimos a caminar a la vez).

También algunos niños/as crecerán más y otros menos, habrá personas con más curvas y otras con menos, habrá quien tendrá más vello y quien tendrá menos. Lo importante es respetarnos a nosotros mismos y a los demás.

Además, la pubertad es una etapa muy bonita de la vida, y aunque podamos tener un poco de miedo a los cambios, si algo nos asusta lo podemos hablar con nuestros padres, maestros u otros adultos de confianza.

En la adolescencia, también se producen cambios psicológicos y emocionales. Aunque no todos los adolescentes son iguales, algunos de los cambios que ocurren comúnmente son:

- Cambios de humor: los adolescentes pueden pasar rápidamente de un estado feliz a uno triste sin una causa aparente. También son frecuentes los episodios de rabietas y mal genio.
- A veces pueden sentir que nadie les comprende
- Los amigos son muy importantes: una parte del tiempo que antes dedicaban a la familia, ahora lo dedican a los amigos.
- Actitud rebelde y crítica
- Enamoramientos: suelen aparecer amores, deseo de formación de pareja y deseo sexual
- Mayor interés por la imagen corporal: los adolescentes dan una gran importancia al aspecto físico, muchas veces excesiva, lo que hace que puedan aparecer complejos e inseguridades.

Actividad 2

La adolescencia es una etapa tan desconcertante como maravillosa.

Vamos a realizar una lista de todas las cosas buenas que nos ofrece la adolescencia:

Actividad 3

Imagina que ya eres mayor y le escribes una carta a un hermano/a menor imaginario que va a entrar en la pubertad, dándole consejos para que lo lleve mejor.



Trabajamos la autoestima

Actividad

Mi YO verdadero

El docente ha pedido previamente que traigan impresa una foto donde aparezcan solos y les guste.

Observa la siguiente ficha sobre "Mi yo verdadero" y pega tu foto y rellena con cualidades sobre tí mismo/a.

Mi YO verdadero



3 cosas que me convierten en una persona única:

3 cosas que disfruto haciendo:

1

2

3

3 cosas en las que soy bueno/a:

1

2

3

Cosas de mi familia y cultura de las que me siento muy orgulloso/a:

Los cánones de belleza

Los **cánones de belleza** son el conjunto de características que una sociedad considera como hermoso y atractivo, aunque cambian con los tiempos.

Nuestros cánones de belleza actuales están fuertemente condicionados por los medios de comunicación, en los que siempre se muestran a mujeres muy delgadas, jóvenes y guapas, y aunque con los hombres son menos exigentes, los cánones de belleza masculinos buscan hombres altos, fuertes y musculosos.

La importancia del amor propio: aunque cada día, los medios de comunicación nos muestran a personas con cuerpos perfectos, debemos ser conscientes de que son la minoría y no debemos intentar imitarlos ya que puede resultar peligroso para nuestra salud. Cada cuerpo es diferente y no sólo son bellos los que vemos en la televisión o redes sociales. Tenemos que querernos a nosotros mismos. Seremos más felices si aceptamos y queremos nuestro cuerpo. Al fin y al cabo, la belleza física es algo pasajero que se transforma con el tiempo y los cánones de belleza también.

A continuación, te mostramos imágenes de algunos cánones de belleza que se han impuesto históricamente alrededor del mundo.





Mujeres Jirafa

En Tailandia y Myanmar existe la tribu Kayan donde tradicionalmente las mujeres alargan sus cuellos poniendo el máximo número de anillos de bronce. Consideran, que cuanto más largo sea el cuello, mayor es la belleza y elegancia de la mujer, ya que estos collares se consideran valiosas joyas, y por tanto, demuestran también la riqueza de la familia. Las niñas empiezan a ponérselos a los 5 años y los llevan puestos el resto de su vida.

Teniendo en cuenta que son muy pesados, lo que hacen no es alargar el cuello, sino oprimir hacia abajo la clavícula y la cavidad de las costillas, creando así el efecto de un cuello estirado.

Si se quitasen los anillos, morirían asfixiadas, ya que los músculos del cuello quedan atrofiados porque no trabajan y no pueden mantener la cabeza erguida.

Hoy en día todavía hay algún centenar de estas conocidas como Mujeres Jirafa, y desgraciadamente, son un importante reclamo turístico.

Esta práctica también se lleva a cabo en una tribu de Sudáfrica (tribu Ndbele de Pretoria), donde a las mujeres se les conoce como "cuellos de avestruz" y comienzan a ponerse los anillos cuando se casan.



Estrabismo en los Mayas

En México, los antiguos Mayas, consideraban el estrabismo como la máxima expresión de belleza. Ser bizco era considerado un canon de belleza en la cultura maya.

El estrabismo es una alteración de la vista cuando cada ojo tiene el campo de visión en distinta dirección. A consecuencia de ello, se pierden capacidades visuales como

la profundidad y las tres dimensiones.

Pero, ¿cómo conseguían ser bizcos los antiguos mayas?

Para ello, las familias, colocaban en el centro de los ojos de los niños/as unas bolitas de resina que colgaban desde el pelo. El hecho de llevar siempre un objeto colgando entre los ojos, les hacía dirigir la vista hacia la nariz continuamente, provocando así el estrabismo.



Leblouh

En algunas regiones de África, en países como Argelia, Burkina Faso, Níger, Malí y Mauritania, prevalece desde tiempos ancestrales un culto a la obesidad que es promovido a través de una práctica que consiste en hacer engordar a las mujeres para que así sean más bellas, ya que para ellos estar gordo es un canon de

belleza.

En el pasado existían “granjas de engorde”, donde se recluía a las niñas a partir de 5 años y se las alimentaba con una dieta hipercalórica hasta engordar lo suficiente para atraer a un marido.

¡El menú consistía en comer 2 vasos de manteca y 20 litros de leche de camello!



Vendado de pies en China

Antiguamente en China, existía la costumbre de vendar muy fuerte los pies de las hijas de familias ricas para impedir que el pie creciera. De esa forma, apretaban el pie deformándolo a lo largo de los años. Los hombres consideraban a las mujeres con pies vendados muy atractivas, por eso las madres vendaban

a sus hijas los pies, para que fueran pequeños y deseables para los hombres, y que la niña consiguiera así un buen marido. Las familias pobres, sin embargo, no vendaban los pies de sus hijas, ya que esto les impedía trabajar.

El vendado es un proceso muy doloroso, que empezaba en las niñas pequeñas, les rompían los dedos de los pies y se los doblaban hacia atrás vendándolos fuertemente. Con el vendado conseguían que los pies se deformasen consiguiendo que las puntas de los dedos apuntaran al talón.

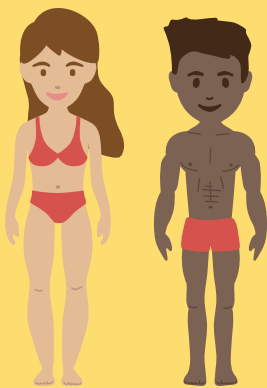
Les producía mucho dolor e infecciones, les causaban problemas para caminar y moverse y les impedía trabajar.



Plato labial

En algunas etnias africanas de Etiopía y el Amazonas, las más bellas son las mujeres que deforman su labio con el plato labial.

El plato labial es un adorno que se coloca en la parte inferior o superior del labio, después de realizar una perforación. Es una forma de modificación corporal muy practicado en tribus y etnias africanas y americanas. A medida que transcurre un tiempo, se insertan discos de mayor tamaño.



Extrema delgadez

Europa, Estados Unidos, Canadá, Sudamérica y Oceanía: El ideal de belleza hoy en día en occidente son mujeres esbeltas, muy delgadas y que luchan por mantener su juventud, aunque tengan que exponerse a tratamientos de belleza y operaciones estéticas, y hombres altos y musculosos.

La obsesión por la delgadez es tal, que se llega a recurrir a prácticas peligrosas e insanas, tales como dietas restrictivas para la pérdida de peso y cirugías.

Actividad 1

Debatimos sobre los cánones de belleza:

- 1.** Los que hemos visto, ¿son peligrosos para la salud? ¿Por qué?
- 2.** ¿Se puede hacer vida “normal” con todos ellos o algunos restan calidad de vida? ¿Cuáles?
- 3.** ¿Crees que los cánones de belleza se imponen más sobre las mujeres o sobre los hombres?
- 4.** ¿Qué cánones de belleza crees que nos impone la sociedad actual? Haz una lista.
- 5.** ¿Cómo nos afectan los cánones actuales?

Actividad 2

Se muestran diferentes modelos estéticos femeninos a través del arte.

Debate: ¿qué os parecen? ¿os parecen guapas? ¿sus cuerpos son bonitos? ¿por qué creéis que los artistas las eligieron? ¿qué talla de ropa usarían hoy? ¿las personas de esa época qué pensáis que opinarían de las modelos de hoy en día?



La Venus de Milo
(Año 100 a.C.)



Las tres gracias de Rubens
(1625-1630)



Muerte de Adonis
(fragmento) de Sebastiano del Piombo
(1485-1547)



Venus, sátiro y dos amores,
de Carracci (1587)
(1485-1547)

Actividad 3

¿Para triunfar en la vida, hay que encajar en los cánones de belleza?

Vamos a ver imágenes de algunas personas que no encajan con los estrictos cánones de belleza de la sociedad y tienen buenos trabajos y estatus social.

Vamos a comentar entre todos cómo son físicamente estas personas y qué cosas han conseguido en la vida.



Angela Merkel

Es la canciller alemana (equivalente a la figura de presidenta del país) desde 2005, ha sido reelegida 4 veces y es la primera mujer en ostentar tal cargo. Además, estudió la carrera de física. Es una mujer inteligente y poderosa, que ostenta un cargo de gran poder.



Loles León

Es una actriz española muy querida por el público. Famosa por ser una de las chicas Almodóvar y por sus papeles en televisión, principalmente el de Paloma en la serie de televisión Aquí no hay quien viva y por su papel en la exitosa serie La que se avecina.



Serena Williams

Es una tenista profesional estadounidense que ha ganado 23 títulos individuales en torneos Grand Slam y ha ostentado la primera posición en el ranking WTA durante 319 semanas.

Con 23 títulos WTA Tier 1, cuatro medallas de oro en los Juegos Olímpicos, una Copa Federación y dos Copa Hopman, está considerada como una de las mejores jugadoras de la historia.



Ronaldo Nazario

Es un exfutbolista brasileño y jugador histórico de fútbol, siendo considerado por muchos como uno de los mejores delanteros centro.

A lo largo de su carrera deportiva ha conseguido obtener los mayores logros y reconocimientos en el mundo del fútbol, ganando algunas de las competiciones más importantes tales como la Copa Mundial, Copa Confederaciones, medalla de bronce en los Juegos Olímpicos, Copas América...

Entre otros clubes importantes, fue jugador del F.C. Barcelona y del Real Madrid.

Actividad 4

Haz una lista de personas que conozcas, famosas o de tu entorno, a las que todo les va muy bien y que no tengan un aspecto físico ideal según los cánones de belleza.

¿Quién es?

Es admirado por...

• Recuerda: tu aspecto físico no te define como persona.

¿Cómo me veo?

Valorar nuestro cuerpo y cuidarlo es imprescindible para mantener la salud y para adquirir una identidad positiva como mujer o como hombre.

La imagen corporal es la forma en que percibimos y valoramos nuestro cuerpo, y constituye una parte muy importante de la autoestima. Nuestra imagen corporal puede condicionar muchos aspectos de nuestra vida. Tener una buena imagen corporal y querernos a nosotros mismos es muy importante, ya que nos puede proteger de sentimientos muy negativos, que nos pueden hacer sentir realmente mal y pueden influenciar en las pequeñas y grandes cosas de nuestra vida.

Para tener una buena idea de nuestra imagen corporal es importante que nos aceptemos tal y como somos, no nos comparemos con los demás, y no nos importe si alguien hace un comentario sobre nuestro cuerpo. Podemos contribuir a tener una mejor imagen de nosotros mismos adquiriendo buenos hábitos alimentarios y practicando deporte, ya que así nos sentiremos orgullosos de nuestros resultados.

Es muy importante aceptar bien nuestra imagen corporal, pero a veces esto nos puede resultar difícil, veamos por qué:

- En los medios de comunicación no se muestran todos los tipos de cuerpos. Solo se impone la delgadez como ideal de belleza: la mayoría de los personajes que triunfan en televisión, cine y redes sociales son muy delgados. Esto genera **distorsión en nuestra imagen corporal**. Creemos que los cuerpos que aparecen en los medios de comunicación son los normales, nos comparamos con ellos y si no somos iguales nos sentimos menos atractivos.

- Otro factor que contribuye a ejercer esta presión es la moda del vestir presentada por modelos excesivamente delgadas, casi esqueléticas, y la dificultad de encontrar tallas más grandes en las tiendas de ropa.

- Por otra parte, gran número de horas que dedicamos a hablar del sobrepeso o del hecho de estar delgado con nuestros/as amigos/as y familia, aumentan aún más la preocupación por el peso y la figura.

- También las redes sociales, que se han convertido en un escaparate de publicidad, donde los famosos e “influencers”, son personas que suelen estar muy delgadas y nos crean la necesidad de imitarlos. Además, en redes sociales se encuentran muchas personas que venden dietas o planes de adelgazamiento peligrosos, ya que la mayoría no son nutricionistas, sino impostores. Así como se anuncian y venden productos para adelgazar, que son falsos e insanos.

Actividad 1

¿Cómo me veo?

Selecciona aquellos adjetivos que mejor te ayudan a describirte.

Yo soy...

Natural

Peludo/da

Dejado/da

Admirado/da

Sofisticado/da

Atractivo/va

Desproporcionado/
da

Ágil

Esbelto/a

Gordo/a

Sucio/a

Agradable

Delgado/a

Nervioso/a

Raquítico/a

Desagradable

Pecoso/a

Patoso/a

Obeso/a

Escuálido/a

Bronceado/a

Ancho/a

Elegante

Esquelético/a

Atlético/a

Bello/a

Expresivo/va

Deportista

Guapo/a

Feo/a/

Exótico/a

Bonito/a

Tranquilo/a

Aburrido/a

Femenino/a

Vistoso/a

Bufón/a

Bajo/a

Masculino/a

Alto/a

¿En tu evaluación, predominan los aspectos positivos o negativos?

¿Crees que esto afecta a tu estado de ánimo?

¿En qué medida?

Actividad 2

¿De dónde venimos?

La forma de nuestro cuerpo está muy condicionada por nuestros genes, por eso tendemos a parecernos a nuestros padres y abuelos/as. Nuestro cuerpo no puede cambiar de forma radical de la noche a la mañana, aunque debemos trabajar para cuidarlo, comiendo bien y manteniéndonos activos, pero debemos ser realistas, aceptarnos y querernos siendo la mejor versión de nosotros mismos. Para ello es fundamental entender que, si mis padres son bajitos, seguramente me tendré que conformar con no ser muy alto.



¿Cómo son mis padres físicamente?

¿En qué me parezco a ellos?



Actividad 3

Lee los siguientes ejemplos y busca maneras de ayudar a los protagonistas. Después se puede hacer una puesta en común.

Martín, que en su clase siempre ha sido muy simpático, muy hablador y siempre estaba bromeando, hace unos días que casi no habla y juega solo porque le da vergüenza enseñar sus dientes, ya que le acaban de poner unos brackets para corregirlos.

¿Cómo le ayudarías tú?

Laia es una niña que está muy triste porque ha ido al médico y le ha dicho que debe llevar plantillas para caminar bien. Ahora viene el verano y no podrá llevar sandalias como sus amigas. En la clase de educación física, unos compañeros las han visto y se han burlado de ella.

¿Cómo le ayudarías tú?

Actividad 4

Cuando decimos algo bonito a los demás, estamos acostumbrados a hacer halagos sobre su aspecto físico: desde que nacen y son bebés, hasta niños y adultos, sobre todo a mujeres, (“qué guapo es este niño”, “que bien te queda esa ropa”, “la actriz es bella y elegante”...).

Sin embargo, aunque son más importantes las cualidades que no tienen que ver con el físico, nos cuesta más expresárselas a los demás.

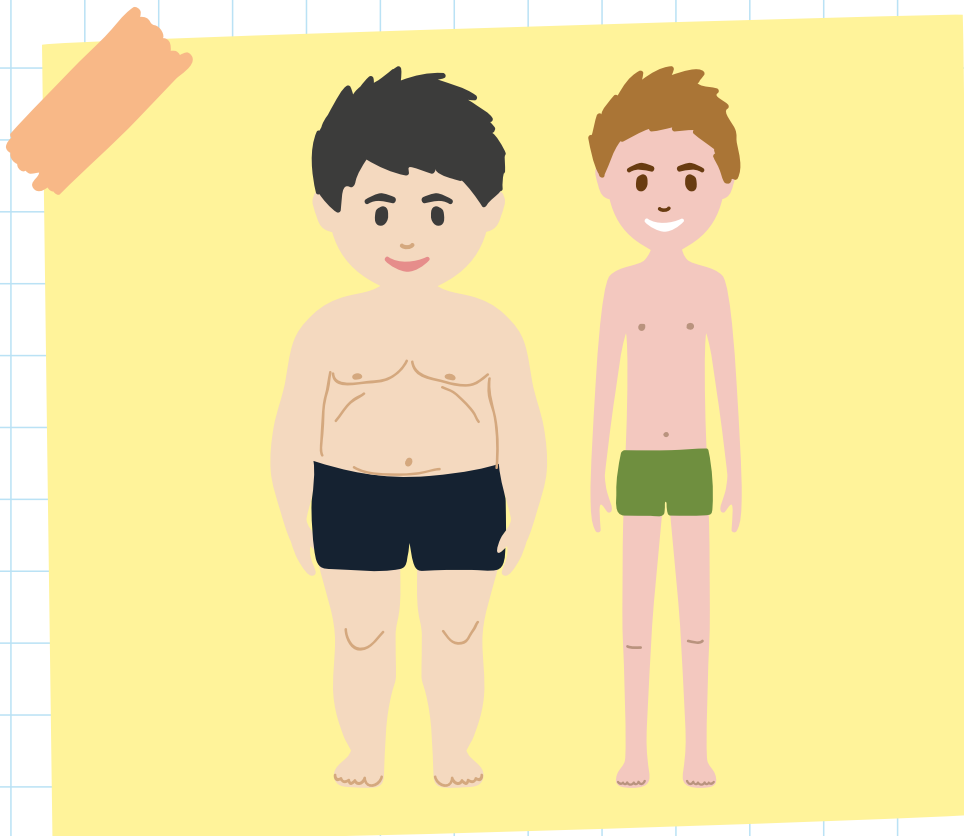
Vamos a hacer una lista, de las cosas bonitas que podemos decir a los demás y no tienen que ver con el aspecto físico.

A large, light blue rectangular area intended for writing a list. It has a purple sticky note on the top left corner and a pink corner on the bottom right. The background of the page is a light blue grid.

Actividad 5

¿Quién está más sano?

Observa el siguiente dibujo y di quién crees que está más sano.





Trabajamos la autoestima

Actividad

Se presenta una lista de acciones.

Se les pregunta cuáles de estas acciones serían capaces de hacer, de mejor o peor manera, con su cuerpo.

Tienen que rodear todas las que su cuerpo pueda realizar y después contar cuántas han rodeado.

Correr	Dibujar	Tumbarte	Esquiar
Saltar	Dormir	Abrazar	Oler una vela
Comer	Ver las nubes	Escuchar música	Acariciar un
Leer	Ir en bici	Tocar un	perrito
Cocinar	Bañarte en el mar	instrumento	Pintar
Escribir			

¿Cuántas has rodeado? Si has rodeado más de cinco... ¡Enhorabuena! Tu cuerpo es fantástico.

Los medios de comunicación/alfabetización mediática

Actividad 1

Los trucos de la publicidad

Te habrás fijado en que, en la televisión, películas, revistas, videoclips, incluso en redes sociales, siempre aparecen personas muy atractivas.

¿Crees que es casualidad?

¿Qué sientes cuando ves mujeres y hombres muy guapas/os en los medios de comunicación?

¿Sueles ver estas personas con físicos “perfectos” por la calle y en la vida real?

Los medios de comunicación, siempre seleccionan personas con un físico muy concreto para que nos parezcan atractivas y así conseguir sus objetivos: que compremos determinado producto porque queremos ser como ellos, que sigamos viendo esa película, ese canal o ese videoclip, que gastemos dinero en productos de belleza y ropa...

Pero debemos ser conscientes, de que la mayoría, no tenemos cuerpos como las personas de la televisión. Ellos/as son una minoría, y no tenemos que querer imitarles porque eso nos hará sentir tristes, menos atractivos, menos valiosos y en general, dañará nuestra autoestima.

Tenemos que respetar y cuidar nuestro cuerpo tal y como es.

Además, la mayoría de las imágenes que se ven en revistas e internet, han sido manipuladas digitalmente para verse extraordinarias, y no son fotos de hombres y mujeres "de verdad". Antes de ser publicadas, son retocadas: se borran manchas, pecas y arrugas. Se les hace parecer más delgados, se estiran el cuello y las piernas, se inflan los pechos, las cabezas se cambian a diferentes cuerpos, se realzan los pómulos... Todo eso sin olvidar, que están posando, después de haber pasado una sesión de peluquería y maquillaje. Llevan ropa seleccionada expresamente por un estilista, hay una iluminación adecuada, prueban diferentes poses... y de los cientos de fotografías que hacen, acaban seleccionando solamente, las mejores. Es decir, esas fotos no son la realidad, todo está estratégicamente pensado, para maximizar la belleza, pero la belleza real, es cuidarse, respetarse y valorarse cada día.

La publicidad utiliza trucos y montajes.

Photoshop u otros retoques fotográficos, para que las personas parezcan más delgadas, altas, jóvenes, sin arrugas, con más pecho, la sonrisa más bonita, etc.

Fragmentación: La fragmentación es un montaje frecuentemente utilizado en publicidad para mostrar una imagen de perfección de una persona a partir de fragmentos de diferentes personas. Continuamente, para rodar anuncios se utilizan diferentes modelos, pero nos hacen creer que es la misma persona. Hay agencias de modelos exclusivamente de manos, de perfiles, de piernas...

Por ejemplo, para un anuncio de crema, hay una chica que muestra su rostro, otra que muestra sus manos y otra chica muestra sus piernas.

Tú intentas compararte con el conjunto de las 3, que en realidad, es lo más bonito de cada una. Es una comparación injusta. La publicidad nos está mostrando un modelo de perfección que no existe.

Edad: En muchas ocasiones, se utilizan modelos muy jóvenes, a veces niñas, que no muestran el rostro, haciendo pasar sus cuerpos por el de jóvenes adultas.

Las técnicas de maquillaje: El maquillaje es otra técnica utilizada por la publicidad, que muestra continuamente un modelo de perfección que no existe. Los efectos de maquillaje muestran el resultado, pero no todo el trabajo que hay detrás. Una persona puede cambiar bastante después de varias horas de maquillaje profesional.

La omisión de las siluetas mayoritarias: en la publicidad sólo se suele mostrar un tipo de silueta, personas altas, muy delgadas en el caso de las mujeres, y musculados en el caso de los hombres. Que, además suelen ser caucásicos. Lo cual no se corresponde con la realidad, ya que el mundo está lleno de cuerpos diferentes.

Actividad 1

Observa estas imágenes donde podemos ver cómo han manipulado una foto: la han retocado por ordenador mediante Photoshop o un programa similar.



¿Qué cambios observas en las chicas?

¿No crees que la foto original (derecha), ya era bonita?

Son dos chicas, con una sonrisa preciosa, han buscado una luz adecuada, han tenido una sesión de peluquería y maquillaje, y aun así, la empresa publicitaria ha retocado la foto.

¿Cuál crees que era el objetivo?

La foto se ha tomado para una campaña publicitaria de ropa de "tallas grandes", por eso escogieron dos modelos grandes. Sin embargo, retocaron la foto, para que parecieran más delgadas. De esta forma, consideran que la ropa les queda mejor, al público le gustará más, y comprarán más ropa.

Si una persona que necesita comprar esas "tallas grandes", solamente ve la foto final (izquierda), ¿de qué manera crees que esto puede afectar su autoestima?

¿Si el cuerpo perfecto que muestra la publicidad no existe, ya que las imágenes están manipuladas, es posible alcanzarlo? ¿es justo para nosotros compararnos con ese ideal irreal?

La publicidad nos intenta inculcar algunas ideas falsas.

• Nos vende la idea de que debemos tener un cuerpo perfecto y delgado, porque nos proporcionará éxito y felicidad. Sin embargo, son más importantes las cualidades y valores personales. La felicidad está dentro de nosotros, no fuera.

• Nos hace creer que puedes conseguir el cuerpo que deseas, gastando grandes cantidades de dinero en dietas milagrosas, productos adelgazantes, cremas adelgazantes, productos anticelulíticos, maquillajes, tratamientos estéticos, cirugías, lipoescultura... No es cierto, no podemos cambiar nuestro cuerpo como si fuésemos de plastilina, pero muchas personas, se creen estos mensajes que lanza la publicidad y quieren ser como los modelos de la televisión, pero cuando no consiguen el cuerpo que quieren, sienten insatisfacción y culpabilidad y su autoestima se ve dañada.

• Mi cuerpo no puede cambiar drásticamente su peso y forma de la noche a la mañana. Tenemos que aceptar que no hay dietas ni ejercicios milagrosos para transformar rápidamente nuestro cuerpo. Lo que podemos hacer es cuidar del cuerpo, comer equilibrado y hacer deporte, trabajar para que esté en las mejores condiciones de salud, pero teniendo en cuenta que no lo podemos cambiar drásticamente. Además, nuestra genética, juega un papel fundamental a la hora de determinar nuestras características físicas.

• Recuerda:

- Se debe mantener un espíritu crítico ante los mensajes publicitarios para estar protegidos ante estas situaciones y evitar sentirse mal con uno mismo. Sólo de esta forma, con una actitud crítica ante este tipo de mensajes e imágenes, se puede estar protegido ante esta manipulación y evitar sentirse mal con uno mismo por plantear comparaciones injustas.
- Ser guapa/delgada no es lo mismo que ser feliz.
- Quién se beneficia de todo esto, es la industria, tú pierdes. Tú nunca llegarás a alcanzar sus cánones, y aunque los alcanzaras, sería algo temporal, breve, el cuerpo cambia y la juventud es efímera.

Actividad 3

Redes sociales

Debemos tener en cuenta, que en las redes sociales no todo es lo que parece. Como decimos, muchas de las fotografías están retocadas, y se buscan poses y luces que les hagan lucir mejor. Por eso es conveniente que seamos críticos con lo que vemos, y selectivos con las cuentas y personas que seguimos.

La mayoría de famosos están en las redes sociales porque ganan dinero vendiendo productos, es decir, las marcas les pagan, para que lleven determinada ropa puesta, zapatos, bolsos, jueguen a determinados videojuegos, usen algunos móviles, etc.

Esto crea necesidades en la gente que los ve, ya que los quieren imitar, y para ser como ellos, acaban comprando los mismos productos. Además, engañan a la población, puesto que no suelen decir abiertamente que es publicidad.

Por eso, hemos de intentar seguir en redes sociales a cuentas y personas que nos aporten algo, que nos ayuden a crecer como personas, que nos hablen de libros, medio ambiente, valores sociales, recetas sanas, deporte... y no sólo a modelos y gente rica que alardea de un tipo de vida que no es la común y que difícilmente vamos a poder conseguir.



En esta imagen podemos ver claramente la diferencia entre una foto cuando la chica está posando expresamente para salir bonita y sexy, y cuando la misma chica está siendo natural.

¿Serías capaz de proponer a tus compañeros/as cuentas de internet (Youtube, Instagram, Tiktok...) que no se basen en el aspecto físico y que nos aporten algo más como personas? Vamos a hacer una lista en la pizarra entre todos.

Actividad 4

Análisis de un anuncio

Para poner en marcha el sentido crítico, se elegirá un anuncio. A continuación, vamos a responder una serie de preguntas.

¿Qué producto está anunciando?

¿Qué tipo de cuerpo muestra?

¿Qué técnicas puede haber utilizado (photoshopp, retoques, maquillaje, iluminación, fragmentación...)?

¿Incluye siluetas mayoritarias (cuerpos normales)?

¿Utiliza métodos para convencerte de comprar (música, colores, personas felices, gente guapa a la que quieres imitar...)?

¿Quién se beneficia del mensaje? ¿cuál es el fin (vender...)?

Actividad 5

Activismo social

Cualquier persona puede ayudar a terminar con las tácticas manipuladoras y dañinas que utiliza la industria publicitaria. Los publicistas irresponsables han de reconocer su contribución a la insatisfacción corporal de muchas personas. Cada uno de nosotros puede hacer algo.

Vamos a realizar una actividad en la que expongamos nuestras ideas a los medios de comunicación o empresas que utilizan la publicidad. Podemos seleccionar una empresa a la que queramos felicitar porque está incluyendo modelos de todas las tallas y tipos (Dove, Nike...) o podemos seleccionar una empresa que creamos que retoca las fotografías, sólo selecciona modelos muy delgados/as y guapos/as y crea complejos en las personas, para emitir nuestra queja.

Lo haremos a través de una carta. Tiene que ser una carta educada, dirigida al director, y donde le expongamos claramente lo que queremos decirle.

Debe incluir: fecha y dirección de destino, saludo, contextualización, opinión personal/queja, posicionamiento, petición, despedida, nombre y firma.



**Recetas saludables
y divertidas
para cocinar
con tu familia.**



Coulant de chocolate

Ingredientes (2 unidades):

- 1 huevo
- 30gr de harina de avena integral
- 30gr de cacao en polvo
- 2 dátiles
- 1 cucharada de aceite de oliva virgen extra o aceite de coco virgen extra

Preparación:

- Batimos el huevo y añadimos el cacao, los dátiles previamente remojados y sin hueso y la harina y batimos bien hasta que no queden grumos.
- Añadimos el aceite de oliva y mezclamos bien.
- Vertimos en los moldes individuales y opcionalmente añadimos unas escamas de sal por encima.
- Cocinamos al horno a 180 grados durante 4-6 minutos. Vigilad que quede líquido por dentro y no se haga demasiado.
- Decoramos con frutos rojos.



Galette

Ingredientes (6 galletes):

- 200 g de harina de trigo sarraceno integral
- 1 huevo M
- 600 ml de agua fría
- 1 cucharadita de sal

Relleno

- 300 g de espinacas
- 4 ajos finamente picados
- 100 g de queso rallado
- 12 lonchas de jamón ibérico o salmón ahumado
- 6 huevo (1 por galette)
- Sal y pimienta molida
- Aceite de oliva virgen extra



Preparación:

- Batimos el huevo y añadimos el cacao, los dátiles previamente remojados y sin hueso y la harina y batimos bien hasta que no queden grumos.
- Añadimos el aceite de oliva y mezclamos bien.
- Vertimos en los moldes individuales y opcionalmente añadimos unas escamas de sal por encima.
- Cocinamos al horno a 180 grados durante 4-6 minutos. Vigila que quede líquido por dentro y no se haga demasiado.
- Decoramos con frutos rojos.





Donuts de chocolate

Ingredientes (6 donuts):

- 100 gr de calabaza asada
- 60 gr de harina de avena
- 6 dátiles
- 1 huevo
- 20 gr de nueces
- 20 ml de bebida vegetal
- 1 cucharadita de levadura
- 30 gr de cacao 100% en polvo
- Chocolate 90% cacao

Preparación:

- Asamos la calabaza en el horno hasta que esté blandita.
- Quitamos el hueso de los dátiles y los dejamos en remojo con agua caliente unos 20 minutos.
- Batimos la calabaza previamente asada y enfriada con el huevo, la harina de avena, los dátiles y la bebida vegetal.
- A continuación, añadimos el cacao en polvo y la levadura.
- Añadimos las nueces picadas.
- Mezclamos bien y dejamos reposar 10 minutos.
- Ponemos la mezcla en los moldes de donuts y horneamos 25 minutos a 180 grados.
- Cuando los sacamos del horno, los dejamos reposar hasta que estén a temperatura ambiente.



Lasaña enrejada

Ingredientes:

- Una cucharada de aceite de oliva virgen extra
- Cebolla y ajo
- Tomate triturado
- Carne picada
- Queso grana padano
- Especias al gusto
- Láminas de zanahoria y calabacín



Preparación:

- Sofreír cebolla y ajo con una cucharada de aceite de oliva.
- Agregar la carne picada y el tomate.
- Colocar la mezcla de carne intercalando láminas de verduras haciendo capas.
- Como último paso crea el enrejado superponiendo las láminas entre sí alternando los colores.
- Coloca queso rallado y gratina durante al menos 20 min. Al horno.

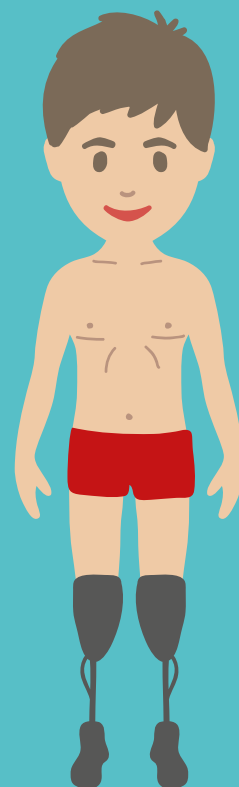
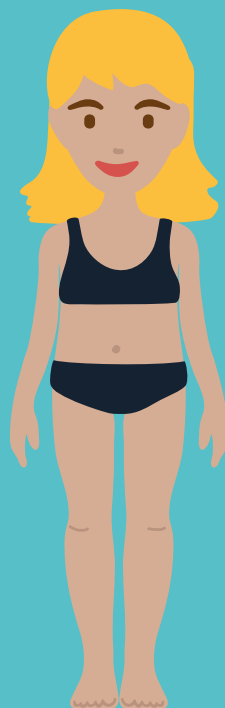
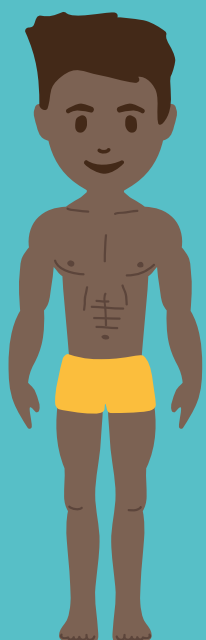
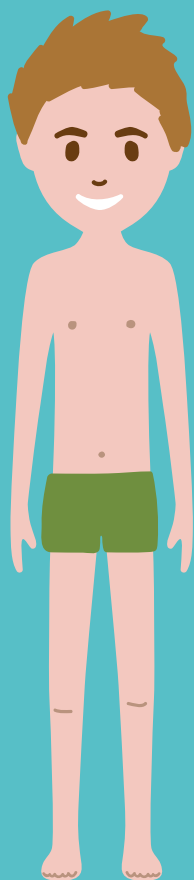


**EVERYBODY
HAS A BODY**
PROGRAMA ESCOLAR

**Beatríz Alonso Tena
María Amparo Calatayud Salom**

Anexo III: Everybody has a Body: Guía docente

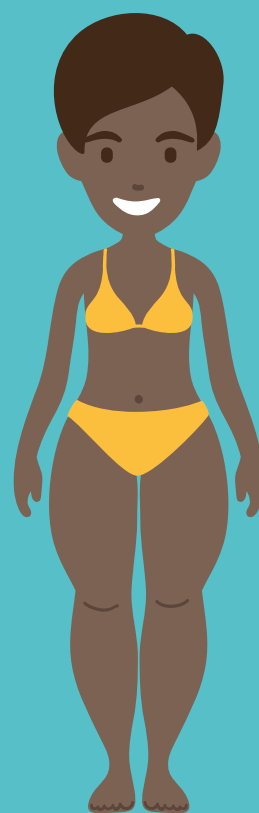
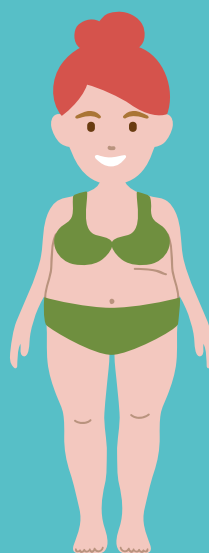
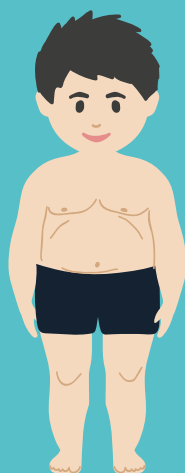
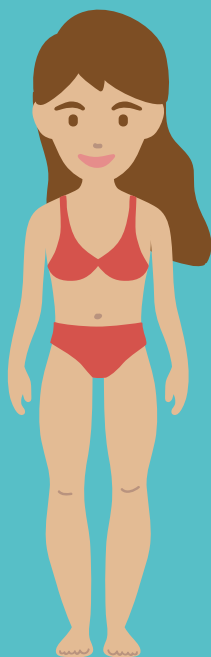




• Guía docente

EVERYBODY HAS A BODY

PROGRAMA ESCOLAR



Beatríz Alonso Tena
María Amparo Calatayud Salom

• Guía docente

EVERYBODY HAS A BODY

PROGRAMA DE PREVENCIÓN
DE TRASTORNOS DE LA CONDUCTA
ALIMENTARIA Y OBESIDAD

Introducción

Teniendo en cuenta la situación actual con respecto a los hábitos insanos de alimentación, vida sedentaria y uso desmedido de redes sociales entre niños y adolescentes, que han derivado en un incremento de casos de trastornos de la conducta alimentaria (TCA) y obesidad en edades cada vez más tempranas; y con el fin de buscar soluciones a esta problemática, se ha diseñado este programa escolar de prevención de TCA y obesidad para 5º y 6º de Educación Primaria, con el objetivo de realizar una intervención preventiva con población de riesgo en la Comunidad Valenciana.

Va dirigido al alumnado de edades comprendidas entre 10 y 12 años ya que el paso de la niñez a la adolescencia es un momento crítico en la vida de los seres humanos, donde los cambios biológicos, sociales y psíquicos típicos de esta edad implican modificaciones en la conducta del adolescente, en la forma de verse a sí mismos, en cómo perciben el mundo y cómo son vistos por los demás. Por consiguiente, se hace imprescindible desarrollar programas que apoyen en la adolescencia la elección de un estilo de vida saludable ya que es un periodo ideal para consolidar ciertos patrones de comportamiento duraderos a lo largo de su vida adulta.

De cara al alumnado, se presenta como un programa de adquisición de hábitos saludables y no se especifica en ningún momento la prevención de trastornos alimentarios ni obesidad, ya que podría hacer sentir incómodos a aquellos niños/as que ya son conscientes de padecer sobrepeso/obesidad, y pondría en alerta a aquellos con TCA o incluso podría llegar a despertarles el interés por el adelgazamiento.

De forma que se trabaja en la prevención mediante contenidos diversos y fundamentales, tales como alimentación y salud, menú variado y equilibrado, gestión de las emociones, cánones de belleza, alfabetización mediática, etc.

También en un elevado número de sesiones se dedica tiempo a reforzar la autoestima, ya que es un factor de protección de los TCA y obesidad. Hemos considerado que resultará más beneficioso para el alumnado dedicarle un pequeño espacio de tiempo durante varias sesiones, frente a una única sesión más larga, ya que de esta forma, la asimilación por parte del alumnado será más eficaz y se integrará más fácilmente en su personalidad.

Método

En cuanto al método de trabajo, en primer lugar, se lleva a cabo una evaluación del alumnado, previa a la implementación del programa, a través de un cuestionario autoadministrado para establecer el perfil de predisposición o vulnerabilidad hacia los trastornos de alimentación y/u obesidad de cada uno de los participantes.

Posteriormente se imparten y desarrollan los contenidos del programa mediante las actividades programadas.

En cuanto a la persona encargada de impartir el programa, se recomienda el propio tutor/a del grupo, puesto que en ese caso, se cuenta con el beneficio de que ya conoce al alumnado, le resultará más fácil conectar con ellos/as y será capaz de gestionar más fácilmente las dudas que puedan surgir; optimizando así el tiempo invertido. Respecto al espacio, se lleva a cabo en la propia aula ordinaria.

De forma paralela, se lleva a cabo también una sesión on-line con las familias, impartida por parte del equipo de investigación, ya que la implicación de las familias resulta fundamental en la prevención de TCA y obesidad.

Para acabar, se clausura con una evaluación final al alumnado de las mismas variables evaluadas al inicio del mismo. Se informará al docente de los participantes en riesgo de TCA/obesidad para que lo comunique a las familias y se derive a un profesional en caso de ser necesario.

1. Evaluación previa (pre-test)
2. El docente imparte el programa
3. Sesión con las familias
4. Evaluación final (post-test)

Objetivos

- Promocionar hábitos alimentarios saludables y educar sobre alimentación
- Concienciarse sobre la relación entre alimentación y salud
- Crear una conciencia crítica sobre los medios de comunicación
- Alimentar una autoestima positiva
- Construir una imagen corporal saludable y combatir la interiorización del ideal de delgadez
- Comprender los cambios derivados de la pubertad y ver la adolescencia como una etapa vital positiva

Contenidos

- Promoción de alimentación, hábitos y estilo de vida saludables
- Aceptación de los diferentes tipos de cuerpos
- Construcción de autoestima e imagen corporal saludables
- Potenciación del sentido crítico hacia los medios de comunicación y la publicidad y cuestionamiento de los cánones estéticos impuestos por la sociedad
- Gestión y regulación de las emociones

Evaluación

Con el fin de evaluar la consecución de los objetivos por parte del alumnado y la eficacia del programa, se ha diseñado in situ un instrumento de evaluación por el equipo de investigación, el cuestionario CETRAR, que se administrará al alumnado antes de empezar (pre-test) y al finalizar (post-test), de forma que permitirá evaluar el grado de transformación de los estudiantes con respecto a lo que pretendemos valorar:

- a) Creencias y conocimientos generales sobre alimentación que poseen los preadolescentes.
- b) Emociones y salud (influencia de la alimentación, el peso y la figura en el estado de ánimo, percepción de las emociones, relaciones sociales, dificultad para identificar y expresar las emociones, perfeccionismo, autoestima, satisfacción corporal e imagen corporal; preocupación por la imagen e interiorización del ideal de delgadez).
- c) Evaluación de la conducta alimentaria (TCA y obesidad).
- d) Influencia de las redes sociales y medios de comunicación (se evalúa uso de redes sociales, influencia de los medios de comunicación en la aceptación del propio cuerpo, influencia de las redes sociales en la autoestima e imagen corporal e influencia de los medios de comunicación en los hábitos alimentarios).

Temporalización

Se prevé una duración estimada de 11 sesiones, de aproximadamente una hora cada una, que se realizan de forma semanal, de manera que se puede llevar a cabo una vez por semana durante un trimestre escolar.

Cuando sea posible, se recomienda realizarlo en el tiempo de tutoría, aunque se trata de un programa interdisciplinar que aglutina contenidos de diferentes áreas (ciencias naturales, educación física, lengua castellana, ciencias sociales, matemáticas (fracciones), artística...), por lo que también se podría incluir dentro de otras sesiones como ciencias.

Evaluación previa

Módulo	Sesión	Contenidos	Actividades	Pág.
Módulo 1: Alimentación y nutrición.	1. Los nutrientes.	<ul style="list-style-type: none"> Nutrientes: Hidratos de carbono, grasas, proteínas, vitaminas, minerales y agua. 	<ol style="list-style-type: none"> Relacionar alimentos y nutrientes. Completar tabla Relacionar dibujos alimentos. 	1 - 6
	2. Plato saludable.	<ul style="list-style-type: none"> Plato saludable para niños/as de Harvard. Refuerzo de la autoestima. 	<ol style="list-style-type: none"> Comentar el plato saludable. Diseña un plato que te guste. Dibujamos fracciones. Autoestima. 	7 - 11
	3. Menú variado y equilibrado.	<ul style="list-style-type: none"> Menú variado y equilibrado. Refuerzo de la autoestima. 	<ol style="list-style-type: none"> ¿Qué es un menú variado y equilibrado? Consumo ocasional o habitual. El desayuno. Desayuno saludable. Crea tu propio desayuno. Un lugar para vivir. 	12 - 21
Módulo 2: Salud y bienestar.	4. Dieta para la pérdida de peso.	<ul style="list-style-type: none"> Dietas para la pérdida de peso. Buenos hábitos. Refuerzo de la autoestima. 	<ol style="list-style-type: none"> Dietas adelgazantes. Revistas. Derribando mitos. Autoestima. 	22 - 28
	5. Autocuidado.	<ul style="list-style-type: none"> ¿Nos cuidamos? Refuerzo de la autoestima. 	<ol style="list-style-type: none"> ¿Nos cuidamos? Vida activa y vida sedentaria. Cuerpos diferentes. Everybody has a body. Autoestima. 	29 - 36
	6. Relación entre alimentación y salud.	<ul style="list-style-type: none"> Relación entre alimentación y salud. Refuerzo de la autoestima. 	<ol style="list-style-type: none"> Enfermedades relacionadas con la alimentación. ¿Qué nos pasa si comemos demasiado/no comemos suficiente? Verdadero/Falso. Somos detectives. Autoestima. 	37 - 47

	7. Las emociones.	<ul style="list-style-type: none"> • Gestión de las emociones. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Lista de emociones. 2. Propósitos de las emociones. 3. Reconocimiento de emociones. 4. Reconocimiento de detonadores. 5. Conciencia de los cambios corporales. 6. Expresamos adecuadamente nuestras emociones. 	48 - 56
Módulo 3: Modelo estético e imagen corporal	8. Adolescencia y pubertad	<ul style="list-style-type: none"> • Adolescencia y pubertad • Cambios corporales • Refuerzo de la autoestima 	<ol style="list-style-type: none"> 1. La pubertad 2. La adolescencia 3. Escribimos una carta 4. Autoestima 	57 - 63
	9. Los cánones de belleza	<ul style="list-style-type: none"> • Los cánones de belleza 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Cánones de belleza del mundo 2. Modelos estéticos femeninos a través del arte 3. ¿Para triunfar en la vida, hay que encajar en los cánones de belleza? 4. Lista de personas a las que admiramos por sus cualidades 	64 - 72
	10. ¿Cómo me veo?	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Cómo me veo? 	<ol style="list-style-type: none"> 1. ¿Cómo me veo? 2. ¿De dónde venimos? 3. Ayudamos a los protagonistas 4. Halagos 5. ¿Quién está más sano? 6. Actividad de reflexión 7. Autoestima 	73 - 79
	11. Los medios de comunicación	<ul style="list-style-type: none"> • Los medios de comunicación • Peligros de las redes sociales • Activismo social: escribimos una carta 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Los trucos de la publicidad 2. Photoshop 3. Redes sociales 4. Analizamos un anuncio 5. Activismo social 	80 - 87

Evaluación final



Módulo 1

Alimentación y nutrición

Los nutrientes

Nota para el docente:

Plantear al alumnado las siguientes cuestiones: ¿alguien puede decir el nombre de un deportista famoso/a? ¿Tendrá las mismas necesidades él, que es un deportista profesional, que una persona que no realiza tanto esfuerzo físico? ¿Alguien tiene hermanos pequeños? Os habréis dado cuenta que los más pequeños no necesitan comer tanta cantidad como vosotros.

El aporte de alimentos al organismo es imprescindible para la vida. Pero también para el desarrollo. Un bebé se convierte en un niño, luego en un joven y finalmente en un adulto gracias al aporte de los nutrientes que se consiguen mediante la alimentación diaria. Pero además, los nutrientes contenidos en los alimentos aportan la energía necesaria para levantarse por la mañana, ir al colegio, estudiar, practicar deporte, así como para el correcto funcionamiento corporal: mantener la temperatura corporal óptima, hacer funcionar los aparatos respiratorio, cardíaco, digestivo, locomotor, etc. Por esta razón, cuando llevamos mucho rato sin comer, tenemos mucha hambre y podemos tener la sensación de quedarnos sin fuerzas; porque el cuerpo necesita “combustible” para seguir adelante.

Nota para el docente:

Hay que hacer hincapié en la relación entre el aporte de alimentos y el desarrollo. Así como en la relación entre la energía y la actividad física diaria. También es muy importante explicar el comer como necesidad fisiológica, como algo que no es opcional, exactamente igual que orinar. No es algo que podamos elegir hacer o no hacer ya que es algo que nuestro cuerpo necesita.

Tipos de nutrientes

Los nutrientes que se encuentran en los alimentos pueden ser de diferentes tipos:

1. Hidratos de carbono: Energéticos

Son el mejor combustible para nuestro cuerpo. Sus principales funciones son proporcionar energía de forma inmediata, formar parte de moléculas, regular las funciones intestinales -fibra alimentaria- (función reguladora). Los principales hidratos de carbono son: los cereales, el pan, las legumbres, las patatas, las frutas y el azúcar. Es conveniente, elegir siempre el grano entero, que sean alimentos integrales (pasta integral, pan integral, arroz integral...).

En contra de lo que se suele pensar, los hidratos de carbono no “engordan” más que el resto de nutrientes, y es muy importante consumirlos, pues como decimos, son la mejor fuente de energía. Deberían ocupar un cuarto de nuestro plato.

2. Grasas o lípidos: Reservas

Son como el depósito de gasolina del cuerpo, la reserva energética para casos de emergencia. Aportan energía al organismo, aunque también tienen otras funciones, tales como absorber algunas vitaminas, fabricar hormonas y servir de material aislante de los órganos internos. También contribuyen a la regulación de la temperatura corporal. Sin ellas no se podría hacer frente a los cambios de temperatura externos: tendríamos mucho frío en invierno y no podríamos soportar el calor en verano. Las grasas también son fundamentales para apreciar el sabor y el olor de los alimentos y contribuyen a la sensación de estar harto después de haberlas ingerido.

Son esenciales para nuestro cuerpo, pero tenemos que elegir grasas buenas, como aceite de oliva virgen extra, aguacate, aceitunas, frutos secos sin freír, mantequilla de cacahuete, lácteos... (no son convenientes las grasas de los embutidos, galletas y bollería industriales, margarina, alimentos fritos como patatas fritas...).

3. Proteínas: Constructoras

Las proteínas son como los ladrillos que forman el cuerpo. Los huesos y músculos tienen gran cantidad de proteínas. Son imprescindibles para el crecimiento de los niños y para el mantenimiento del organismo en adultos. La falta de algunas proteínas en nuestra dieta puede causar serios problemas de malnutrición y diversas enfermedades.

Las proteínas tienen muchas funciones en las células de los seres vivos, contribuyen al crecimiento y al desarrollo. Además, cuando se produce una herida, es decir, si se lesionan algunas células del cuerpo, la herida se cura porque las células dañadas son sustituidas por otras nuevas, gracias sobre todo al aporte de proteínas, ya que forman parte de la estructura básica de los tejidos (músculos, tendones, piel, uñas). Pueden ser de origen vegetal o animal:

a) Origen vegetal: están presentes en los frutos secos, la soja, las legumbres, las setas y los cereales integrales.

b) Origen animal: están presentes en la carne, el pescado, los huevos y los lácteos en general. Son las de mayor valor biológico.

Cuando comemos, las proteínas deberían ocupar un cuarto del plato.

4. Vitaminas y minerales: Reguladoras

Las vitaminas y los minerales contribuyen a la puesta a punto del organismo. Son sustancias imprescindibles para el correcto funcionamiento de nuestro organismo. La mayor parte de vitaminas se necesitan en pequeñas cantidades, y deben ser aportadas a través de una alimentación rica y equilibrada ya que nuestro organismo no es capaz de producirlas. Las vitaminas no sirven como combustible ni aportan energía. Sin embargo, su presencia es fundamental para que el organismo pueda asimilar y aprovechar la energía que necesita.

Los minerales se necesitan para la formación de huesos, dientes, glóbulos rojos, hormonas y material genético.

Las vitaminas y minerales los obtenemos con una dieta equilibrada y abundante en productos frescos y naturales. Las frutas y las verduras son ricas en vitaminas y minerales y deberían ocupar la mitad de nuestro plato.

5. Agua: Reguladora

El agua es imprescindible ya que es el principal componente de nuestro cuerpo y es esencial para la vida. Se puede tomar en forma de agua potable, pero también está presente en las frutas, la leche, las otras bebidas y en algunos alimentos. En general se recomienda beber entre 1,5 y 2 litros de agua al día.

<p>Obtener energía</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hidratos de carbono • Grasas o lípidos • Proteínas 	<p>Crecer y mantener las estructuras corporales</p> <ul style="list-style-type: none"> • Proteínas • Minerales 	<p>Regular para que el cuerpo funcione</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vitaminas • Minerales • Agua
--	---	--

Actividad 1

Elige para cada nutriente el alimento que es más rico:
 Por ejemplo, ¿si quiero proteínas qué elegiré: bistec de ternera o pasta?

Nutrientes	Alimento	Solución
Proteínas	Bistec de ternera Pasta	Bistec de ternera Pasta
Hidratos de carbono	Arroz Aceite	Arroz Aceite
Agua	Magdalenas Sandía	Magdalenas Sandía
Grasas	Golosinas Mantequilla	Golosinas Mantequilla
Vitaminas y minerales	Pan Naranja	Pan Naranja

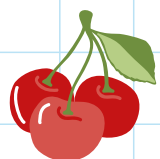
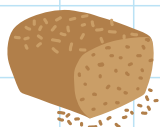
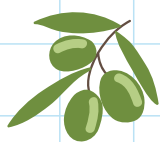
Actividad 2

Completa la tabla indicando cada grupo de alimentos en qué nutrientes es más rico.

Alimentos	Nutriente
Aceite de oliva Aguacate Nueces	Grasas buenas
Pechuga de pollo Lubina Emperador	Proteínas
Cereales Arroz Pan	Hidratos de carbono
Sandía Leche Agua	Agua
Naranja Mango Tomate	Vitaminas y minerales

Actividad 3

Une los dibujos de los diferentes alimentos en el grupo de las proteínas, los hidratos de carbono, las grasas o las vitaminas y minerales según corresponda.



Proteínas:
Constructoras

**Grasas/
lípidos:**
Reservas

**Hidratos de
carbono:**
Energéticos

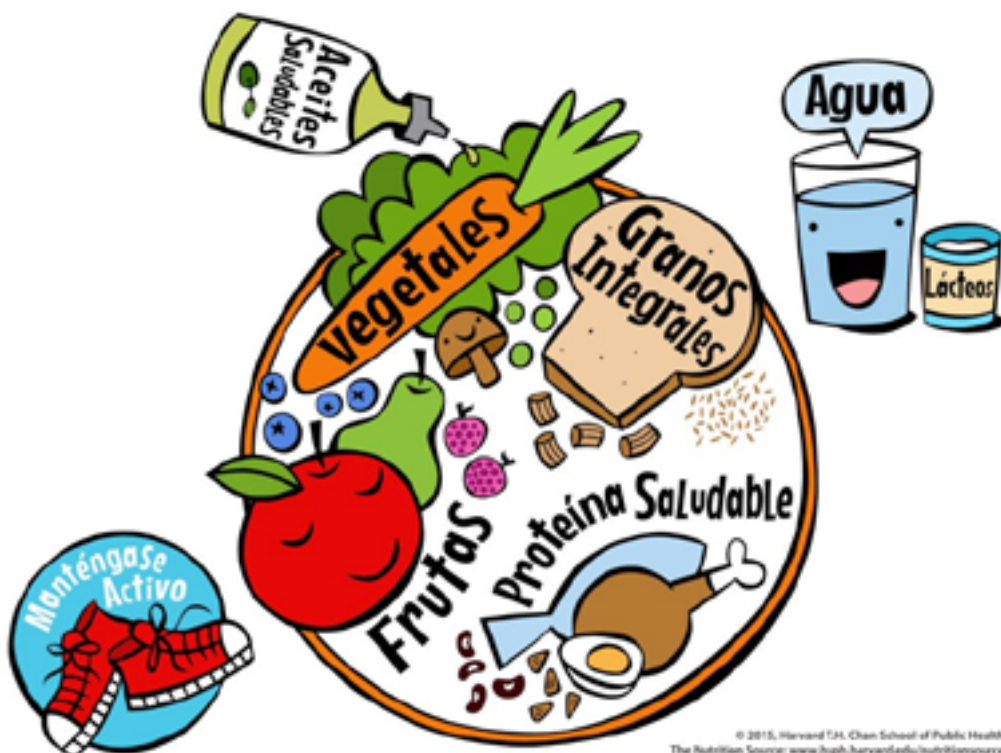
**Vitaminas y
minerales:**
Reguladoras

SESIÓN 2

Plato saludable

El Plato para comer saludable para niños, es un dibujo creado por la prestigiosa Universidad de Harvard (Estados Unidos) que nos indica las proporciones de cada tipo de alimento que los niños deberían tomar.

EL PLATO para Comer Saludable para Niños



Actividad 1

¿Cuánto ocupan las frutas y verduras?

- Las frutas y verduras deben ocupar medio plato.

¿Qué fracción del plato ocupan las proteínas?

- Las proteínas ocupan $\frac{1}{4}$ de plato.

¿Qué fracción ocupan los hidratos de carbono? ¿Y de qué tipo son más recomendables?

- Los hidratos de carbono ocupan $\frac{1}{4}$ de plato y deberían ser integrales.

¿Cuál ha de ser la principal bebida?

- La principal bebida siempre debe ser el agua.

¿Cuántas grasas se recomienda tomar? ¿De qué tipo?

- Se deben tomar grasas buenas, en menor cantidad que proteínas e hidratos, por ejemplo, una cucharada de aceite de oliva virgen extra, un puñado de frutos secos sin freír o medio aguacate.

Nota para el docente:

La tradicional pirámide alimentaria se encuentra hoy en día, anticuada, ya que defendía la supremacía de los hidratos de carbono. Esto condujo a que nos acostumbráramos a llenar nuestro plato de cereales y derivados, dejando en segundo plano proteínas y grasas (es común imaginar un plato entero de pasta, arroz, patatas, legumbres..., en el que hay poca proteína, y casi nada de verdura). Recientemente aparece el plato de Harvard, como una propuesta más saludable para la planificación del menú. Propone una distribución de nutrientes, en la cual hidratos de carbono y proteínas comparten proporciones similares. Las frutas y verduras son protagonistas, y las grasas saludables tienen cabida como condimento o guarnición.

Actividad 2

Piensa en una comida que te guste y escribe las fracciones de cada alimento que sería recomendable según el Plato de Harvard y en qué nutriente es rico.

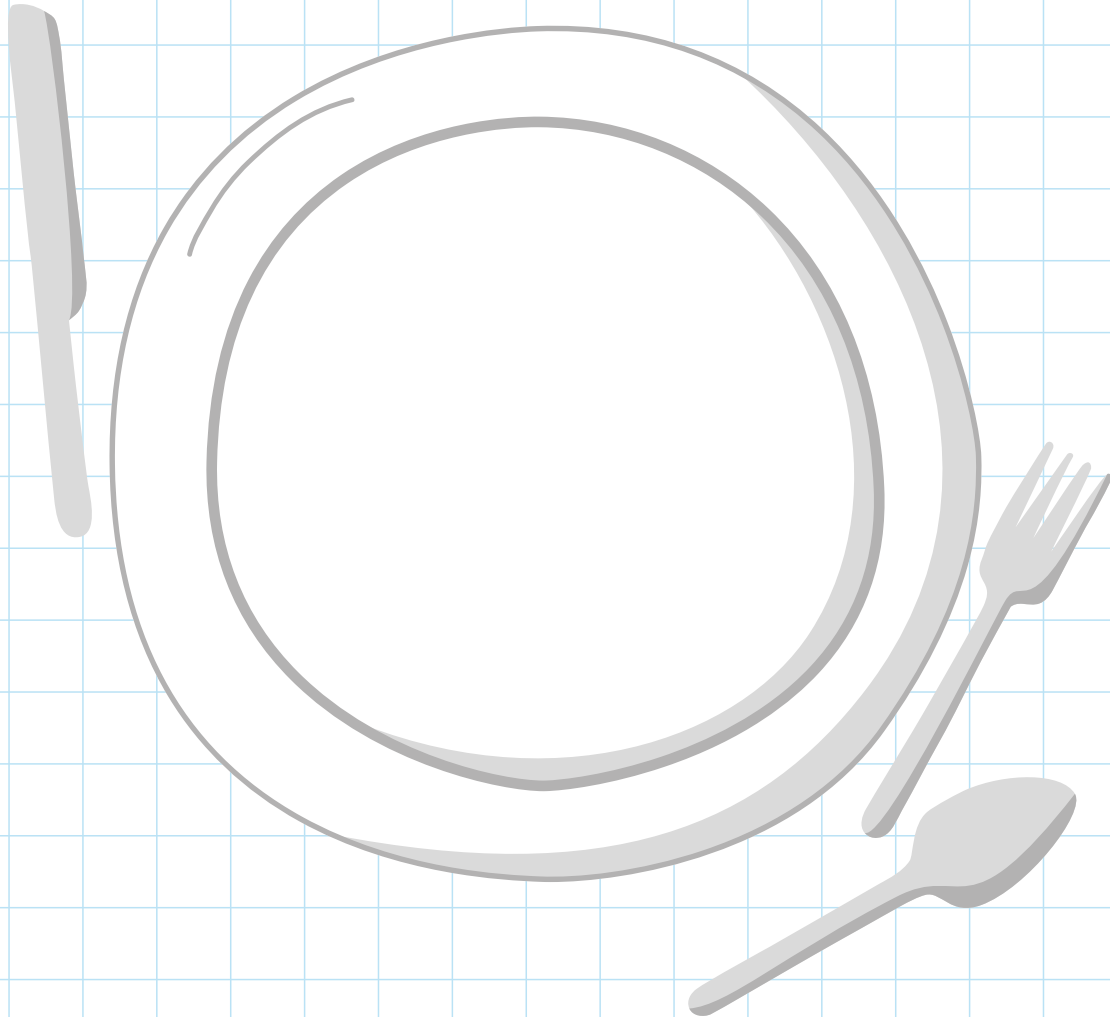
Ten en cuenta elegir las opciones más saludables.

Por ejemplo, espaguetis:

- $\frac{1}{4}$ de espaguetis integrales 4 ▶ hidratos de carbono
- $\frac{1}{4}$ de carne de pollo 4 ▶ proteínas
- $\frac{1}{2}$ de verduras: tomate triturado, cebolla, zanahoria y calabacín 4 ▶ vitaminas
- Una cucharada de aceite de oliva virgen extra para cocinar las verduras y el pollo ▶ grasas buenas
- Una cucharada de queso por encima ▶ proteínas
- Agua para beber

Actividad 3

Dibuja en el siguiente plato la fracción que deberían ocupar las proteínas, los hidratos de carbono, las grasas y los minerales y vitaminas y dibuja diferentes alimentos de cada uno.



Programa escolar EVERYBODY HAS A BODY
Dibujo: Naulé Arvelo

Recomendación de solución



Proteínas:

Huevo
Carne
Pescado
Lácteos

Hidratos de carbono:

Legumbres
Pan integral
Arroz
Pasta integral
Patata
Quinoa

Grasas buenas:

Aceite de oliva
Frutos secos
Aguacate
Aceitunas
Mantequilla de cacahuete

Vitaminas y minerales:

Frutas y verduras



Trabajamos la autoestima

¿Qué es la autoestima?

La autoestima es la nota que nos ponemos a nosotros mismos y que expresa una actitud de aprobación o rechazo. Las personas que tienen una buena autoestima tienen confianza en sí mismas y en los demás y una actitud más positiva ante la vida.

Tener un buen nivel de autoestima significa tener una visión saludable de uno mismo. Corresponde a aquellas personas que conocen y aceptan sus capacidades y limitaciones, sus virtudes y defectos, y que adoptan una actitud constructiva para sí mismas.

Un primer paso para la mejora de la autoestima es el autoconocimiento de las capacidades y cualidades propias.

Actividad

A continuación, encontrarás una lista de afirmaciones, determina cuáles nos hablan de una buena autoestima y cuáles reflejan una mala autoestima:

- ¡Mira! ¡Cómo me gusta esto que he pintado!
- Hoy no voy a la escuela, tengo un examen de mates muy difícil.
- Yo me sirvo el desayuno.
- Yo me ocupo de regar las plantas.
- Nunca me salen los problemas.
- Es difícil montar esta maqueta, pero sé que puedo hacerlo.
- Nunca me invitan a participar en los juegos.
- ¡Qué bien! El profesor dijo que mañana empezaremos con la raíz cuadrada.
- Como no me has dicho dónde estaba la escoba no he podido barrer.
- Déjame que te enseñe cómo se juega a esto que he aprendido.

Menú equilibrado y variado

Para cuidar de nuestra salud es clave buscar una forma de alimentarnos basada en:

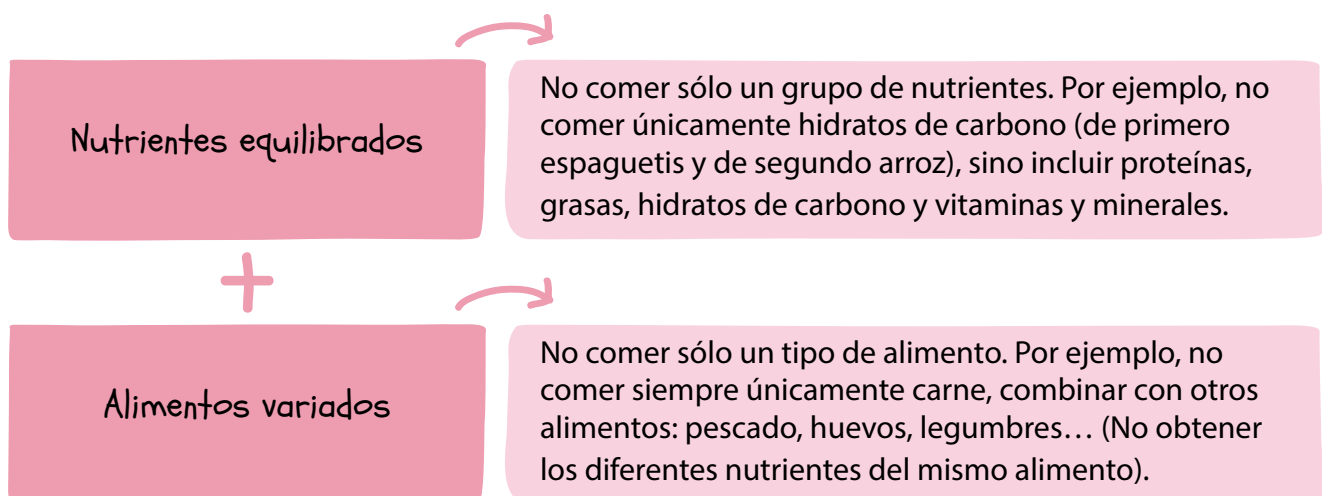
- **Alimentos variados** (diferentes frutas y verduras, setas, legumbres, cereales, huevos, carnes, pescados, lácteos, frutos secos variados, etc.)
- **Nutrientes equilibrados** (incluir: hidratos de carbono, proteínas, grasas buenas, vitaminas y minerales de forma balanceada. Nos podemos basar en el Plato de Harvard)
- **Saludable** (primar la elección de alimentos naturales y de temporada frente a productos muy procesados que lleven ingredientes insanos como azúcares, harinas o aceites refinados, colorantes, edulcorantes...)
- **Ser flexible:** no obsesionarse, darnos caprichos conscientemente cuando el cuerpo los pida, no castigarnos cuando comemos algo que no es tan saludable, pero no abusar de este tipo de alimentos. La alimentación no es blanca (totalmente saludable) o negra (totalmente mala), ¡en el medio hay un montón de colores!

Y acompañarlo de:

Actividad física todos los días, ya que nuestro cuerpo está diseñado para moverse. El sedentarismo causa dolencias, mayor probabilidad de padecer enfermedades, insomnio y lesiones. El ejercicio físico no es una obligación, es una necesidad biológica de nuestro cuerpo y además es una forma de disfrutar, desconectar y hacer amigos.

¿Qué es un menú variado y equilibrado?

Uno que incluya cada día:



- Recuerda: Comer equilibrado y variado, y hacer ejercicio son un acto de amor para tu salud.

Actividad 1

Vamos a ver una serie de platos saludables, pero tienes que pensar si son equilibrados y variados.



Gazpacho y pollo al horno con patatas

Es rico en **vitaminas y minerales** (gazpacho), **hidratos de carbono** (patatas) y **proteínas** (pollo), **grasas buenas** (aceite de oliva).

¿Es variado y equilibrado? **Sí.**



¿Añadirías algo?

No es necesario, pero se podría añadir una fruta de postre.



Crema de verduras y patatas gajo al horno

Es rico en **vitaminas y minerales** (crema de verduras) e **hidratos de carbono** (patatas), **grasas buenas** (aceite de oliva).

¿Es variado y equilibrado? **No, le faltan nutrientes: proteínas.**



¿Añadirías algo? **Reducir la cantidad de patatas, y añadir proteína, por ejemplo, pavo, conejo, trucha...**



Ensalada de alubias con atún y verduras

Es rico en hidratos de carbono (alubias), proteínas (atún), vitaminas y minerales (verduras), grasas buenas (aguacate).

¿Es variado y equilibrado? Sí.

¿Añadirías algo? No.



Albóndigas de pavo con arroz y brócoli

Es rico en vitaminas y minerales (brócoli y tomate), proteínas (albóndigas de pavo), hidratos de carbono (arroz) y grasas buenas (aceite de oliva)

¿Es variado y equilibrado? Sí.

¿Añadirías algo? No.



Risotto con setas (arroz)

Es rico en hidratos de carbono (arroz).

¿Es variado y equilibrado? No, no aporta todos los nutrientes.

¿Añadirías algo? Reducir la cantidad de arroz, añadir otra fuente de proteínas (pollo, merluza, atún...) y añadir más vegetales (medio plato).

Metáfora sobre el equilibrio

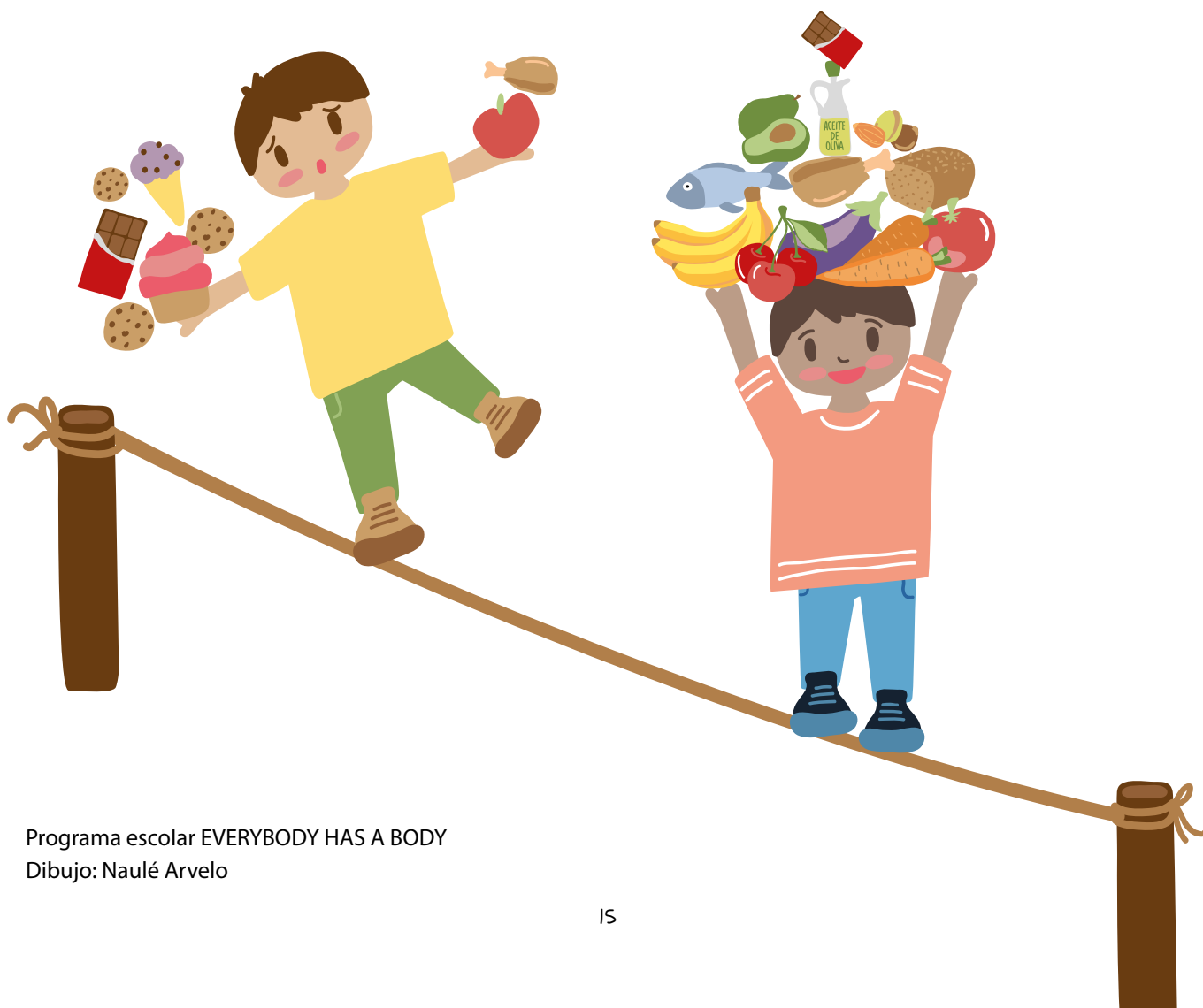
En un circo se encuentran dos acróbatas practicando su espectáculo sobre la cuerda floja a varios metros de altura.

Es un ejercicio complicado y peligroso, que precisa de un cuerpo saludable, fuerte, entrenado y que coma equilibrado para poderse mantener en el mejor estado físico, pues caerse de la cuerda, podría ser letal.

Uno de ellos, llamado Funambulista, cuida su dieta y se preocupa de alimentarse correctamente: toma todos los grupos de nutrientes, pero más cantidad de fruta y verdura, las proteínas y los hidratos de carbono, que siempre son integrales, los toma en igual cantidad. También incluye grasas buenas y de vez en cuando, se da algún capricho y toma un poco de chocolate.

Mientras tanto, su compañero, de nombre Ansioso, siempre tiene prisa y no se preocupa por su menú, se ha acostumbrado a alimentarse de muchos dulces insanos y muy pocas veces se acuerda de comer alguna fruta. La verdura, el pescado y las legumbres, ni las prueba, porque dice que no le apetecen.

Llega el día de la gran actuación delante del público. Funambulista hace una actuación magistral y el público aplaude complacido. Pero Ansioso, como era de esperar, no consigue mantener el equilibrio encima de la cuerda y se cae. Esta vez había una colchoneta y no se hace mucho daño... Quién sabe a la próxima.



Actividad 2

Rodea en rojo los alimentos que sólo se pueden consumir de forma ocasional y en azul los que se deben consumir a menudo.

Cerezas

Pizza

Lentejas

Puré de calabacín

Agua

Salmón

Salchichas

Pan integral

Pan tipo Bimbo

Galletas

Refrescos

Tomate

Carne de conejo

Patatas fritas

Espinacas

Huevo

Aguacate

Plátano

Almendras

Refrescos light

Batido de chocolate

Arándanos

Zanahorias

Croquetas

Ketchup

Arroz

Pasta integral

Aceite de oliva virgen extra

Chucherías

Atún

Nueces

Papas

Zumos

Uvas

Brócoli

Nuggets

Actividad 3

El desayuno

¿Crees que es necesario desayunar antes de ir al colegio? ¿Por qué?

Nota para el docente:

Se explica que los niños y adolescentes están creciendo y por ello su cuerpo necesita mucha energía y no deberían saltarse comidas.

Preguntar cuántas horas duermen y comentar que el cuerpo lleva todas esas horas sin ingerir ningún nutriente, si se va al colegio sin desayunar, el cuerpo no tendrá energía para hacer las tareas correctamente y no rendiremos. Es como un coche sin gasolina. Además, el desayuno nos ayuda a llegar con menos hambre y ansiedad a la siguiente comida.

Pero, lo más importante es que el desayuno debe estar formado de alimentos nutritivos y saludables, no empezar el día consumiendo azúcares y cereales refinados que no nos aportan lo que necesitamos. Generalmente, un desayuno basado en proteínas, grasas buenas, hidratos de carbono y vitaminas nos llenará de energía. Se pregunta por opciones saludables de dónde podamos obtener cada uno.

Aunque hoy en día el tema del desayuno genera controversia entre los expertos, ya que en contra de lo que se solía pensar, muchos estudiosos defienden la idea de que no desayunar no sería perjudicial si no se tiene hambre.

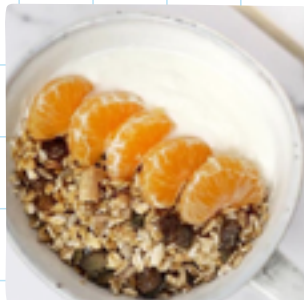
Sin embargo, aquí defendemos la importancia del desayuno en los infantes puesto que consideramos que no desayunar suele estar relacionado a malos hábitos. Las familias que no desayunan suelen dedicar poca importancia a la alimentación, se levantan con prisas, empiezan el día con estrés... Mientras que un desayuno saludable aporta bienestar, ayuda a los niños a gestionar mejor lo que les pasa, concentrarse mejor en el colegio, rendir y estudiar, pues no se han de preocupar del hambre, además estando saciado no tienes necesidad de picotear o comer algo insano.

De todas formas, lo más importante es que sea sano.

Actividad 4

Pero, ¿cómo debe ser un desayuno saludable?

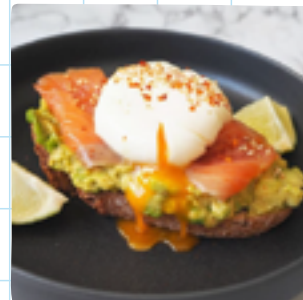
Mira los siguientes alimentos típicos de desayuno, rodea las opciones saludables y tacha las que no lo son tanto.



Bol de yogur natural sin azúcar, copos de avena con frutos secos, pasas y mandarina



Zumo de melocotón con azúcar añadido



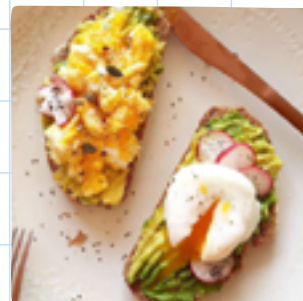
Tostada integral de aguacate, salmón y huevo



Copos de avena naturales



Bol de fruta variada



Tostada integral de huevo revuelto, guacamole y rabanitos



Galletas de compra con harinas refinadas y azúcares añadidos



Bollería industrial



Cacao en polvo sin azúcares añadidos



Pan integral



Crema de cacahuets
(ingredientes:
cacahuets)



Anacardos
(sin freír y sin sal)



Yogur azucarado



Pan de molde industrial
(blanco)



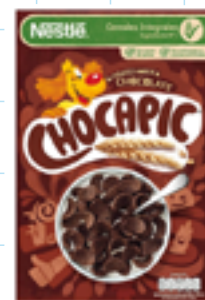
Cacao para la leche (con
azúcar añadido)



Crema de chocolate
(con azúcar y aceites)



Plátanos



Cereales (con azúcares)

Actividad 5

Ahora diseña tu propio desayuno saludable.
Ha de incluir todos los grupos de alimentos.

- Hidratos de carbono:
- Proteínas:
- Grasas buenas:
- Vitaminas y minerales:

Nota para el docente:

Hacer hincapié en la importancia de desayunar fruta entera y no zumo, pues el zumo no tiene las mismas cualidades para el organismo.

Por si te quedas sin ideas, aquí tienes una lista de snacks saludables para desayunos/almuerzos/meriendas:

- Bol de yogur natural con fresas, coco y frutos secos.
- Batido de frutos rojos.
- Uvas y un vaso de leche.
- Plátano y una infusión.
- Bocado integral de atún con aceitunas.
- Manzana con crema de cacahuete.
- Bocado integral con jamón queso y tomate.
- Tostadas integrales con salmón y aguacate.
- Hummus con crudités.
- Guacamole.
- Calabaza asada.
- Bizcocho casero con harina de avena.
- Kiwi con chocolate negro.
- Donuts de calabaza con dátiles y chocolate negro.
- Brocheta de fruta con chocolate negro derretido.
- Palomitas de maíz caseras.
- Galletas de plátano y avena.

Actividad 6

Si pudieras elegir cualquier sitio, piensa dónde te gustaría vivir:
En qué país, ciudad, pueblo...

En qué tipo de hogar (grande, pequeño, lujoso, sencillo, un piso, una casa, una mansión, una villa, una caravana...)

Cómo lo tratarías (lo mantendrías limpio, ordenado, aseado, con electrodomésticos, muebles bonitos, cortinas, cuadros, garaje, trastero, wifi, aire acondicionado...)

Seguro que te gustaría vivir en un lugar acogedor y te esforzarías para mantenerlo limpio, bonito y ordenado, ¿no?

Ahora piensa por un momento, cuál es realmente el único lugar en el que vas a vivir **toda tu vida**:

• Tu cuerpo.

• Recuerda: Tu cuerpo es el único lugar donde vas a estar siempre. ¡Cuidalo!

Nota para el docente:

Se explica que nuestro cuerpo es el único lugar en el que vamos a habitar para siempre, no tenemos otro y tenemos que cuidarlo: comer saludable, hacer ejercicio, buscar nuestro bienestar y tratarnos con cariño y respeto.

• Para la próxima sesión se necesita una caja o bolsa de papel y un espejo que quepa dentro (para la actividad de autoestima).



Módulo 2

Salud y bienestar

Dietas para la pérdida de peso

Comer sano no es...

- ✗ comer poco
- ✗ comer aburrido
- ✗ comer productos light

También es necesario comprender, que unos pocos meses de dieta no son la solución. Lo importante, es adquirir buenos hábitos, que podamos mantener en el tiempo y disfrutar comiendo saludable.

Consecuencias negativas para la salud de las dietas adelgazantes:

- Puede aumentar ansiedades
- Se pierden las señales corporales de hambre y saciedad
- Pérdida de masa muscular
- Incremento de sentimientos de culpabilidad
- Incremento de frustración y sensación de fracaso
- Se hace más lento el metabolismo (las reacciones que ocurren en las células)
- Irregularidades hormonales
- Incremento de obsesión con los alimentos
- Cambios de humor, tristeza, malhumor, irritabilidad...
- Se vuelve a engordar al finalizar la dieta (muchas veces se engorda incluso más)

Nota para el docente:

El objetivo de la sesión es que el alumnado comprenda que las dietas para la pérdida de peso en realidad tienen muchas consecuencias negativas. En el caso de tener que exponerse a una dieta para la pérdida de peso, tiene que estar pautada y revisada por un nutricionista, que siempre recomendará una dieta equilibrada, variada y adecuada a las necesidades concretas de esa persona.

Es mejor comer equilibrado y variado siempre y ser flexibles, permitiéndonos algún capricho de forma consciente, que hacer una dieta estricta un tiempo.

Actividad 1

Para empezar, nos planteamos las siguientes cuestiones:

- ¿Conoces a alguien que suela realizar dietas para la pérdida de peso por voluntad propia?
- ¿Has realizado alguna o te has planteado realizar alguna?
- Existen dietas famosas para la pérdida de peso, ¿conocéis alguna?

Algunas personas se someten a dietas de adelgazamiento muy restrictivas, que buscan una gran pérdida de peso en un periodo corto de tiempo. Es decir, perder peso de forma rápida y comiendo muy poco o pocos alimentos.

Hay dietas que únicamente permiten comer piña, otras solamente pollo o sopa de verduras.

¿Crees que es sano para la salud? ¿Por qué?

Como ya hemos visto, una dieta saludable debe ser equilibrada y variada. No puede prohibir ningún nutriente, porque tanto las proteínas, los hidratos de carbono como las grasas, son necesarias para nuestro cuerpo.

¿Cuántos años puede vivir aproximadamente una persona?

Entonces, ¿crees que hacer dieta durante unos meses puede hacerte conseguir un cuerpo diferente? De hecho, después de hacer una dieta restrictiva, si se vuelve a comer como antes, se suele recuperar enseguida el peso perdido o incluso ganar más.

¿Qué soluciones se nos ocurren?

Igual que cuando estamos enfermos, acudimos al médico, cuando necesitamos que nos ayuden con nuestra alimentación, ya sea para perder o ganar peso, ayudarnos a comer mejor, hay que recurrir a un profesional de la nutrición: un/a nutricionista.

Él/ella, es el encargado de pautar un menú equilibrado, variado, de acuerdo a nuestras necesidades, valorando tu caso en concreto, controlando tu cuerpo y tu salud en todo momento. La misma dieta no sirve para todo el mundo, ha de ser personalizada (por ejemplo, no come lo mismo un bebé que un adulto, ni un adulto que trabaje sentado en una oficina que un deportista de élite).

- No nos debemos someter a dietas sin supervisión profesional, ya que es peligroso para la salud.

Actividad 2

A continuación, vemos algunas portadas de diferentes revistas:

¿Qué palabra se destaca en todas?

¿Qué tienen en común?

¿Crees que van dirigidos principalmente a mujeres o a hombres?

¿Cómo crees que se sienten las personas que no son tan delgadas?

¿Crees que estos titulares ayudan a las personas a cuidar su salud?

¿Consideras que las dietas de adelgazamiento de las revistas, hechas sin control de un nutricionista, son saludables?



Nota para el docente:

Reflexionar que las revistas se preocupan por vender la idea de "adelgazar" y en ningún momento ponen énfasis en la salud.

Derribando mitos sobre alimentación y pérdida de peso.

Existen algunas ideas acerca de la alimentación y la pérdida de peso que, aunque son ampliamente conocidas, no son verdad. Por ejemplo:

✘ Algunas personas creen que para adelgazar han de eliminar de su dieta algún grupo de alimentos, como los hidratos de carbono o las grasas, aunque la realidad es que, generalmente, nuestra dieta debería contener todos los nutrientes. Como hemos dicho, los hidratos y las grasas, son la energía y las reservas, por tanto, si los eliminamos de nuestra dieta, nos quedaremos sin energía.

✘ También es común pensar que saltarse comidas adelgaza, pero no es cierto y nos puede crear ansiedad por la comida, malhumor, irritabilidad o tristeza.

✘ La fruta por la noche o de postre engorda: es falso, la fruta es saludable, la debemos incluir en nuestra dieta y la podemos tomar a cualquier hora sin miedo a engordar.

Otro de los mitos más comunes es que, para estar sanos, no podemos comer dulces. Aunque es cierto que el azúcar no es saludable, hay otras formas naturales de disfrutar del sabor dulce en nuestros platos:

- Sustituir el azúcar de las recetas por dátiles (son una fruta muy dulce y aporta vitaminas, minerales y fibra)
 - Las frutas son dulces y las podemos mezclar con yogur, cereales, bizcochos, tostadas...
 - También la calabaza, zanahoria y plátano, son bastante dulces y se pueden usar como base en tartas, bizcochos, cremas...
 - El cacao y el chocolate negro, aunque al principio puedan parecer amargos, cuando te acostumbras al sabor son deliciosos
 - Las bebidas vegetales, como la leche de avena, soja, almendra, avellana... tienen un sabor más dulce que la leche de vaca
 - Para endulzar también podemos añadir frutos secos, crema de cacahuete, orejones o pasas
 - Usar canela, coco rallado o ralladura de limón puede suavizar algunos sabores amargos
- Lo que sí debemos reducir es la ingesta de miel, sirope de agave, azúcar de coco y similares, pues siguen siendo **azúcar**.

Actividad 3

Derribando mitos

Di si las siguientes afirmaciones son verdaderas o falsas.

• Comer azúcar es necesario para el cerebro.

- Falso. El cerebro puede obtener todos los nutrientes que necesita de los alimentos sin azúcar añadido.

• Los hidratos de carbono engordan más que las proteínas.

- Falso. Tienen las mismas calorías: 4 calorías por gramo.

• El plátano y el aguacate engordan.

- Falso. Son frutas saludables y las podemos tomar sin miedo a engordar, aunque debemos tomar frutas variadas, no solo plátano y aguacate.

• Comer grasas es bueno para nuestra salud.

- Verdadero, grasas buenas como aceite de oliva, mantequilla de cacahuete, frutos secos, aceitunas, aguacate...

• Es lo mismo tomar zumo que fruta.

- Falso, no tienen las mismas propiedades. El zumo carece de la fibra que tiene la fruta entera y además suele llevar azúcar añadido. El zumo solo se puede tomar de forma ocasional, mientras que la fruta debe estar presente todos los días en nuestra dieta.

• Saltarse comidas adelgaza.

- Falso. No tiene por qué adelgazar y puede ser peligroso.

• Hacer dietas para la pérdida de peso sin supervisión profesional es peligroso.

- Verdadero. Si se necesita perder peso, se debe acudir a un nutricionista.

Trabajamos la autoestima

Actividad

Nota para el docente:

El maestro/a explica al alumnado que ha colocado dentro de una caja una foto de algún niño/a de la clase a quien conocemos todos. Por orden, cada uno de los alumnos/as debe abrir la caja, ver de quién es la foto y dedicarle en voz alta un piropo a esa persona. Sin decir de quien se trata la fotografía, le tiene que pasar la caja al de su lado, así hasta que toda la clase ha intervenido.

Pero, lo que hay en realidad dentro de la caja es un espejo, y el alumno se sorprende cuando se ve a sí mismo reflejado y tiene que destacar una cualidad suya.

A continuación tu maestro te va a mostrar una foto de alguien que conoces. Tienes que verla y decirle algo bonito que pienses de esa persona.

¡Pero no digas quién es! Hay que mantener el misterio hasta que todos hayáis visto la foto.

Autocuidado

Autocuidado es atender nuestras necesidades físicas, mentales y emocionales. El autocuidado es fundamental para nuestro bienestar, nos llena de energía y es bueno para nuestra salud.

No todas las personas se cuidan de la misma forma, ya que las necesidades son diferentes para cada uno. Algunos ejemplos de autocuidado son: practicar un deporte que nos guste, dormir bien, comer sano y equilibrado, disfrutar de actividades artísticas, aprender algo nuevo, tener relaciones sociales positivas, hablarnos a nosotros mismos con cariño, pasar tiempo en la naturaleza, darse un baño o un masaje, ser agradecido con lo que tienes...

Es muy importante tener en cuenta, que cualquier que sea la forma en que te cuidas, **no hay que exagerar o abusar**. Por ejemplo, el ejercicio es bueno para el cuerpo, pero correr 40 km todos los días seguramente no será sostenible ni saludable para la mayoría de personas (¡es demasiado!). Así como tener una dieta saludable es bueno para nuestro cuerpo, pero privarnos del placer del chocolate o un helado ocasional puede ser frustrante. Leer, pintar, escuchar música, puede ser reconfortante para nuestra alma, pero si nos pasamos todo el día haciéndolo, podríamos descuidar nuestras otras tareas: ir al colegio, estar con nuestra familia, estudiar, ordenar la habitación...

Actividad 1

De la siguiente lista de cosas, tacha las que crees que no son autocuidado.

- Que te den un masaje
- Dormir bien
- ~~Irse a dormir muy tarde~~
- ~~Decirme a mí mismo que no sirvo para nada~~
- ~~Siempre beber refrescos~~
- Aprender un nuevo deporte
- Ir a la montaña
- Leer un libro
- Pasar un rato agradable con mis amigos
- Dar un paseo en la playa
- ~~Quejarme de todo~~
- Cocinar comida nutritiva
- Hacer yoga
- ~~Discutir con mis amigos~~
- ~~No ducharme casi nunca~~
- ~~Comer muchos productos insanos~~
- ~~Obsesionarme con un deporte y practicarlo todos los días 5 horas~~
- ~~Estar todas las tardes jugando a videojuegos~~

Además, como hemos visto, es muy importante reconocer nuestras cualidades y querernos a nosotros mismos. Aceptar nuestro cuerpo y ver las cosas bellas que hay en él es fundamental para ser feliz.

Para conseguirlo, es importante que no nos comparemos con los demás, ni con nuestros compañeros/as y amigos/as, ni mucho menos con los modelos y famosos que vemos en la televisión y redes sociales.

Ten en cuenta que los modelos, famosos e “influencers”, viven por y para su imagen. Muchas veces, de su aspecto físico depende su trabajo y sus ingresos. Pero para el resto de las personas, nuestro aspecto físico, no es nuestro empleo y no debe de ser una prioridad. La prioridad es la salud y el bienestar. Nosotros/as no tenemos que ser tan exigentes con nuestra imagen: nos cuidamos, pero con cariño, paciencia y flexibilidad.

¿Cómo podemos sentirnos felices con nuestro cuerpo y orgullosos de nosotros mismos?

Intentar tener buenos hábitos alimentarios, comer de forma equilibrada y hacer deporte regularmente. Para el buen funcionamiento del cuerpo, no debemos tener una vida sedentaria, es mejor salir a pasear, jugar en el parque, ir al colegio andando o en bicicleta, bailar, etc. De esta forma estaremos más sanos y también más contentos.

Aunque no debemos obsesionarnos, podemos ser flexibles, escuchar a nuestro cuerpo, saber cuándo necesita descansar y tomarnos un respiro. No conviene agobiarnos con excesivas obligaciones, el autocuidado también se basa en comprender cuándo necesitamos descansar y estar en calma.

También es muy importante no comparar nuestro cuerpo ni nuestro aspecto con el de los demás.

Cómo nos podemos cuidar:

- 1.** Buenos hábitos alimentarios: comer sano, variado y equilibrado
- 2.** Tener una vida activa y hacer deporte
- 3.** Respetarnos y valorarnos
- 4.** Ser flexibles y buscar nuestro bienestar
- 5.** No compararnos con los demás y aceptar todos los tipos de cuerpos

Actividad 2

Clasifica estos hábitos, según correspondan a una vida activa o sedentaria:

Ver la televisión sentado en el sofá, usar todos los días el ordenador, ir andando al colegio, ir en coche al colegio, dar un paseo en bicicleta, subir las escaleras, usar el ascensor, jugar a tenis, jugar con el móvil, hacer deporte, ir a caminar a la montaña, bailar, jugar a la videoconsola, no practicar ningún deporte, usar las escaleras mecánicas, jugar en el parque, estar sentado muchas horas, patinar.

Vida activa

Ir andando al colegio,
ir en coche al colegio,
dar un paseo en bicicleta,
subir las escaleras,
jugar a tenis, hacer deporte,
ir a caminar a la montaña,
bailar,
jugar en el parque, patinar.

Vida sedentaria

Ver la televisión sentado en el sofá,
usar todos los días el ordenador,
usar siempre el ascensor
jugar con el móvil,
jugar a la videoconsola,
no practicar ningún deporte,
usar las escaleras mecánicas
estar sentado muchas horas.

Nuestro cuerpo es nuestro hogar, donde vamos a habitar siempre. Cuídalo, trátalo con respeto y háblale con cariño. Tenemos que trabajar para que nuestro cuerpo sea la mejor máquina que podamos tener: haz deporte, come equilibrado y ten una vida activa, pero hazlo precisamente porque te amas a ti mismo y valoras tu cuerpo y tu bienestar, no porque lo quieras cambiar.

Nada está mal en tu cuerpo, mira lo que tienes, lo que vales, de dónde vienes y lo que has conseguido.

Recuerda que no debemos darle más importancia al aspecto físico que a nuestra salud. La salud siempre es lo más importante.

¿Cómo podemos ayudar a otras personas a comprender esto?

- Es de mala educación hablar sobre el físico de los demás.
- La delgadez no es una virtud ni es sinónimo de salud.
- No hagas comentarios negativos sobre el físico de los demás, aunque esa persona no esté delante.
 - Destaca las cosas positivas de la gente que conoces, y no sólo las físicas, también di cuando te gusta el carácter de los demás, su capacidad de trabajo, lo amistosos que son, lo que te gusta estar con ellos... Así demostrarás que el físico no es lo más importante y harás sentir seguras a las personas de tu alrededor.
 - No compares, nunca digas que te gustaría ser como alguien. Sé tú mismo y ayudarás a que los demás sean ellos mismos también y no quieran parecerse a los demás.

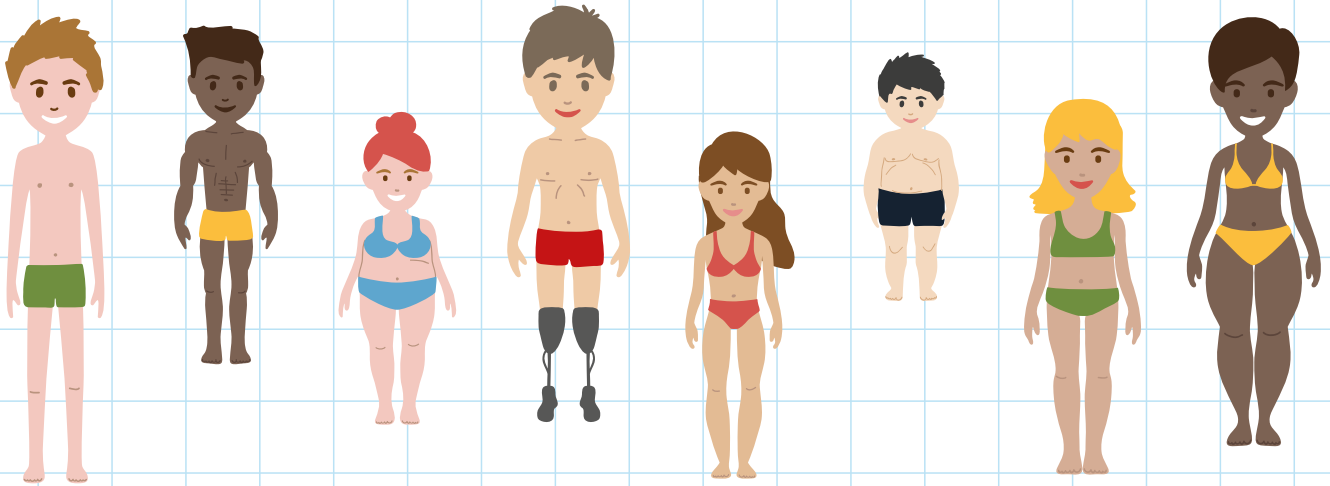
Recuerda: La delgadez no es una virtud.

Actividad 3

Mira estos cuerpos y piensa cuáles de ellos ves más a menudo en tu familia, en tu barrio, en el autobús, en la ciudad... y rodéalos de color azul.

Ahora, piensa en qué tipos de cuerpos sueles ver en la publicidad y rodéalos de rojo. ¿De cuáles hay más cantidad? ¿Por qué?

Los que has rodeado en azul, ¿crees que estas personas son amadas? ¿tienen profesiones importantes? ¿no resultan atractivas para otras personas? ¿no son reconocidas y apreciadas por sus seres queridos?... ¿y sin embargo, cuáles son las que suele utilizar la publicidad? Entonces, ¿creéis que la publicidad es honesta?



Programa escolar EVERYBODY HAS A BODY

Dibujos: Naulé Arvelo

Nota para el docente:

Explicar que esos cuerpos que salen continuamente en la televisión y redes sociales, no son en realidad los más comunes, ni los mejores, ni tienen por qué ser los más saludables. La delgadez no es sinónimo de belleza ni de salud.

Cuerpos diferentes: Cada persona es diferente, y también nuestros cuerpos lo son. En todos los cuerpos hay belleza, no tenemos que imitar un solo tipo.

- Cuidarte, también es entender que todos somos diferentes.

Actividad 4

¿A qué crees que hace referencia el título del trabajo "Everybody has a body"?
Debate en gran grupo y escribe las conclusiones:



Nota para el docente:

El título del programa "Everybody has a body" (es un juego de palabras que en español significaría "todo el mundo tiene un cuerpo") hace referencia a que existen tantos cuerpos diferentes como personas, ya que todo el mundo tiene un cuerpo y por eso no nos podemos obsesionar con imitar cierto tipo de cuerpo que está de moda, ni con perseguir cánones o compararnos con los demás.

Respetarnos a nosotros mismos y a los demás es clave para el bienestar.



Trabajamos la autoestima

Actividad

Árbol de mi autoestima.

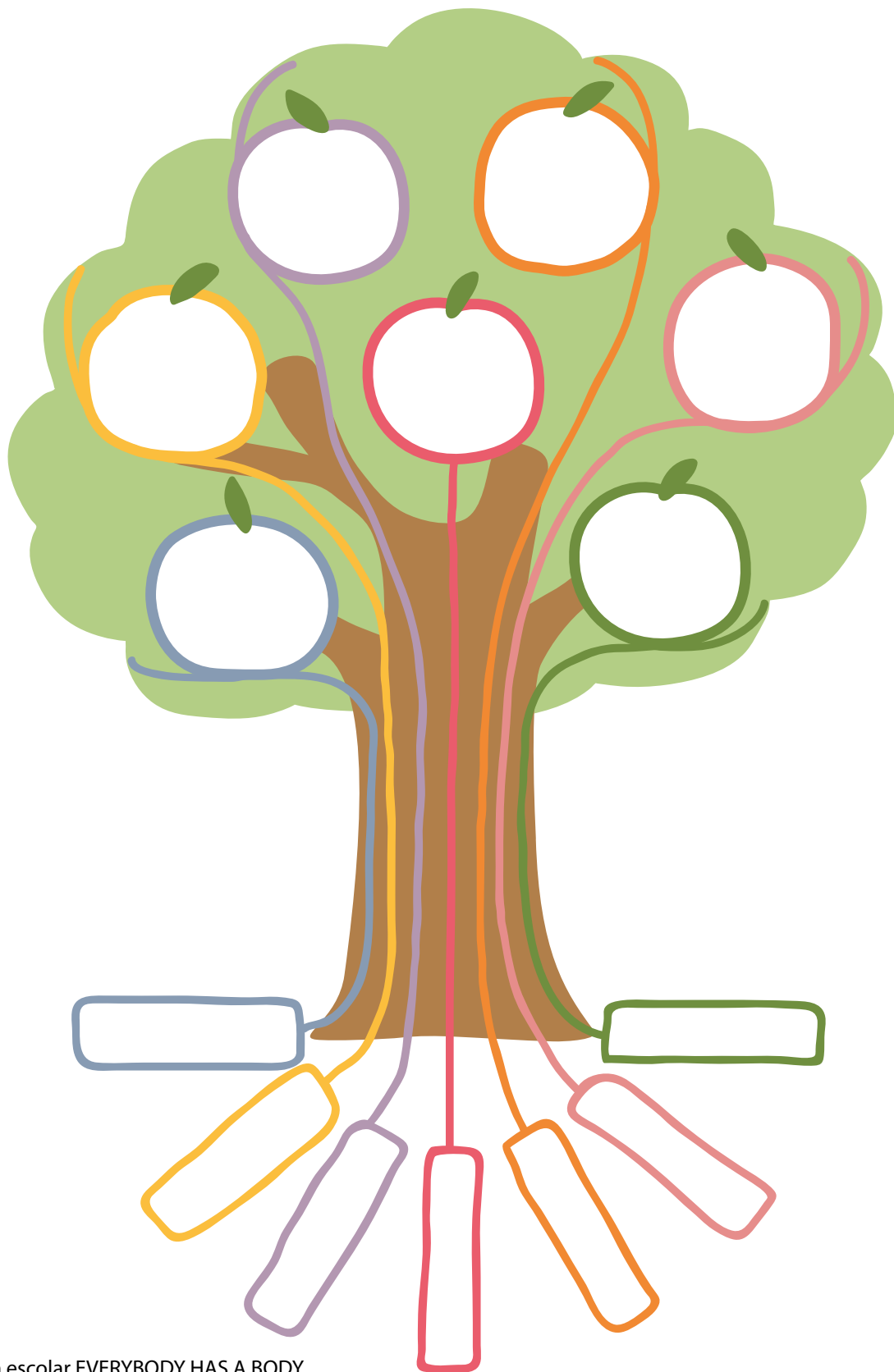
Rellena la tabla: en una columna se deben colocar los “logros” o “éxitos”, metas alcanzadas en la escuela, con la familia, amigos, deporte... En la otra tus “cualidades” físicas y mentales.

No tienen por qué ser cosas espectaculares sino simplemente importantes para ti.

Logros y metas alcanzadas

Cualidades físicas y mentales

- Cuando hayas terminado la lista en la tabla, se escriben en el dibujo del árbol los logros en los frutos y las cualidades en las raíces.



Programa escolar EVERYBODY HAS A BODY
Fuente: modificado de Bonet, (1994).
Por Naulé Arvelo

Nota para el docente:

Se debe hacer reflexionar para comprender que han conseguido logros en su vida independientemente de su aspecto físico.

SESIÓN 6

Nota para el docente:

Para comenzar con esta sesión el docente genera un debate acerca de si existe una relación entre alimentación y salud o por el contrario consideran que son independientes.

Una buena alimentación, sana, equilibrada y variada, previene enfermedades, mientras que la mala alimentación y malos hábitos, nos pueden costar la salud.

Sin embargo, algunas personas no tienen buenos hábitos alimentarios, no comen todo lo que su cuerpo necesita, se quedan sin energía y se ponen enfermos. Es muy peligroso no comer lo suficiente, como tampoco es aconsejable comer más de lo que nuestro cuerpo necesita.

Actividad 1

¿Sabes decir alguna enfermedad relacionada con la alimentación?

Nota para el docente:

Artritis, diabetes, arteriosclerosis, enfermedades cardíacas coronarias, cáncer y enfermedades degenerativas, obesidad, hipertensión, hiperlipidemia, intolerancia a la glucosa, resistencia a la insulina, trastornos de la conducta alimentaria...

Tan peligroso es comer demasiado como no comer suficiente.

- Un exceso en la ingesta de calorías, está relacionado con la obesidad y el sobrepeso, colesterol, diabetes...

La obesidad y el sobrepeso son enfermedades a causa del exceso de grasa en el cuerpo, que nos impiden mantenernos en un estado de salud óptimo. La obesidad y el sobrepeso son peligrosas porque a menudo causan otras enfermedades, como diabetes, cáncer, colesterol, infartos, problemas óseos y de articulaciones, enfermedades hepáticas (enfermedades del hígado), enfermedad de la vesícula biliar, enfermedades musculoesqueléticas, etc. Pero son reversibles (se pueden curar) y evitables.

Es decir, comer continuamente más de lo que nuestro cuerpo necesita, conlleva obesidad y sobrepeso, así como otras enfermedades, y también nos lleva a sentir cansancio, sueño, indigestiones, problemas de movilidad y en general nos resta calidad de vida.

- Tener una alimentación insuficiente y de bajo aporte nutricional (falta de nutrientes), también tiene consecuencias negativas, tanto a nivel físico como psicológico: problemas de corazón, huesos débiles y frágiles (osteoporosis), pérdida de músculo, cabello y piel secas, caída del cabello, crecimiento en todo el cuerpo y cara de una capa de vello, bajadas de potasio, problemas psicológicos como depresión, el desarrollo físico será menor...

Es decir, si no comieras suficiente de forma continuada, te faltaría energía para poder realizar todas las actividades diarias, estarías cansado, te pondrías muy enfermo, te tendrían que hospitalizar, no crecerías, estarías triste, solitario, de mal humor, tu familia y amigos se pondrían muy tristes, perderías amigos, etc.

Actividad 2

¿Qué nos pasa si continuamente...?

Clasifica en la tabla las consecuencias de comer demasiado y de no comer suficiente.

¿Qué nos pasa si continuamente...?

Comemos demasiado

- Obesidad y sobrepeso
- Colesterol
- Diabetes
- Enfermedad de la vesícula biliar
- Sentir cansancio y sueño
- Indigestiones
- Enfermedades musculoesqueléticas
- Cáncer
- Problemas de movilidad

No comemos suficiente

- Problemas de corazón
- Huesos débiles y frágiles (osteoporosis)
- Pérdida de músculo
- Cabello y piel secos
- Caída del cabello
- Crecimiento en todo el cuerpo y cara de una capa de vello (pelo)
- Bajadas de potasio
- Problemas psicológicos (depresión...)
- Menor desarrollo físico
- Falta de energía para realizar las actividades diarias
- Hospitalización
- Menor calidad de vida

Veamos qué hábitos podemos incorporar a nuestra vida para mantenernos saludables en nuestro peso ideal y **ser responsables con nuestra salud:**

- Se recomienda comer 5 raciones de fruta y verdura al día.
 - Desayunar es importante, nos calma el apetito y nos ayuda a estar más activos y concentrados en el colegio.
 - Las patatas y papas no son verduras, no conviene abusar.
 - Elige frutas enteras en lugar de zumos.
 - Elige granos integrales en lugar de blancos, esto quiere decir, pan integral, pasta integral, arroz integral, etc.
 - Las proteínas, también las debemos obtener de origen vegetal como legumbres, frutos secos y semillas, y no solamente de origen animal como pescado, huevo y aves.
- Cuando comamos carne, debemos primar carne blanca (aves y conejo) y controlar el consumo de carnes procesadas, como embutidos, fiambres, salchichas, etc. ya que no son muy saludables.
- Toma grasas, pero grasas buenas (frutos secos, aceite de oliva, aguacate...)
 - Es muy importante beber agua: el agua debe ser la bebida principal con todas las comidas, nunca se puede sustituir por leche, zumos o refrescos.
 - Nuestra dieta no se debería basar en productos con azúcar añadido, ultraprocesados con harinas refinadas, grasas vegetales hidrogenadas, aditivos (colorantes, emulsionantes, aromas...) y sal.
 - La comida y la cena son momentos importantes: es mejor sentarnos con nuestra familia que comer solos, ya que solemos adoptar mejores hábitos cuando estamos acompañados.
 - Comer con la televisión encendida aumenta la probabilidad de padecer obesidad, ya que no somos conscientes de cuánto comemos y podemos ingerir más de lo que necesitamos.
 - Incorporar actividad física en nuestro día y mantenerse activo es parte de la receta para mantener la salud. Los niños y adolescentes deben tratar de realizar por lo menos 1 hora de actividad física al día.

Nota para el docente:

Es conveniente transmitir que el secreto está en crear buenos hábitos, no restricciones. Explicarles que no hay que contar calorías, porque es más importante el valor nutricional del alimento, que las calorías en sí. Lo importante es mantener una dieta equilibrada, con comida sana, suficientes frutas y verduras y hacer deporte. Asimismo, no debemos "etiquetar" alimentos como buenos y prohibidos. Prohibir alimentos no ayuda, pues hacer crecer el deseo. Todos los alimentos se pueden comer, pero tenemos que identificar que hay algunos que exclusivamente se pueden comer de vez en cuando.

Actividad 3

Di si las siguientes afirmaciones son verdaderas o falsas según lo que hemos aprendido.



La obesidad es una enfermedad que no se puede curar.

V F

Falso

Si bebo zumo no hace falta que coma frutas.

V F

Falso

Las patatas no se consideran una verdura.

V F

Verdadero

Debo incluir verdura en la mayoría de las comidas.

V F

Verdadero

Practicar deporte dos días a la semana es suficiente.

V F

Falso

A la leche le puedo poner cacao con azúcar si no me gusta su sabor.

V F

Falso

Todos los días puedo merendar fruta.

V F

Verdadero

Es imprescindible beber agua todos los días.

V F

Verdadero

Si como carne no hace falta que coma pescado.

V F

Falso

Es mejor comer chocolate negro que chocolate con leche y azúcar.

V F

Verdadero

Si como pizza, es mejor hacerla casera con masa integral.

V F

Verdadero

En los últimos años el número de personas con obesidad en los países desarrollados ha aumentado considerablemente, incluido el número de niños/as que sufren esta enfermedad. Esto quiere decir, que cada vez hay más personas obesas en nuestro país y en el mundo, pero, ¿sabemos a qué se debe?

Aquí encontramos algunas de las razones:

- **Los niños realizan menos actividad física.** Los niños/as llevan ahora una vida más sedentaria que hace años. Antes, los niños salían a jugar al parque o a la calle, corrían, saltaban e iban en bici cada día: eran más activos. Actualmente, los niños se divierten pasando horas viendo la televisión o jugando con el ordenador y la consola, por lo que no consumen tanta energía. Además, muchas veces ni siquiera caminan lo suficiente, ya que los adultos les llevan en coche al colegio y a todas partes, y se han acostumbrado a usar siempre el ascensor o las escaleras mecánicas.

- **Nuestra dieta no es tan natural (ha empeorado).** Los tiempos han cambiado y con ellos, nuestra forma de comer. Ahora los padres no tienen tanto tiempo para cocinar, la vida moderna es más rápida y estresante, por lo que, la tradicional dieta mediterránea, ha dado paso a la comida preparada o precocinada, y al consumo de alimentos menos saludables, como bollería, fritos, refrescos, golosinas y comida rápida, que tienden a ser ricos en grasas malas y azúcares añadidos.

- **El mercado se ha transformado.** Hoy en día los supermercados están repletos de comida precocinada, productos azucarados, bollería industrial, alimentos con conservantes y colorantes y productos ultraprocesados. Estos productos están al alcance de cualquiera, ya que por lo general, suelen ser baratos y se conservan más tiempo, razón por la cual está normalizado que las personas los consuman cada día. Antes, en los mercados, lo más común eran encontrar productos naturales y frescos: vegetales, carnes, pescados, huevos, legumbres... Alimentos que en general, son más buenos para nuestra salud.

- **La publicidad nos bombardea con alimentos insanos y despierta nuestros deseos de comerlos.** Además, estos productos insanos son muy fáciles de conseguir, están a nuestro alcance en cualquier lado: puestos de comida rápida, quioscos, máquinas expendedoras en institutos, hospitales, gimnasios, el metro, por la calle...

- En general, **se consume demasiado azúcar**, ya que la mayoría de productos procesados llevan azúcar añadido (cereales, galletas, batidos, refrescos, yogures, zumos, salsas... ¡hasta algunas pizzas y hamburguesas! Además, el azúcar hace que los alimentos sean más apetitosos y comamos más cantidad. ¡Los niños/as españoles comen una media de 32 kilos de azúcar al año!

Actividad 4

Somos detectives

Vamos a leer diferentes situaciones habituales en la vida de algunas personas y debemos determinar qué personajes creemos que pueden desarrollar obesidad/sobrepeso.

Eric tiene 10 años y va a 5º de Primaria. Hoy, cuando ha salido del colegio, ha merendado un bocadillo de pan integral con atún y aceitunas y se ha ido a entrenar hockey con su equipo. El próximo sábado tiene un partido decisivo en la liga, así que en este entrenamiento se ha esforzado mucho. Después de entrenar una hora y media se ha ido a casa, ha hecho los deberes, y al acabar ha jugado a un videojuego un ratito. Luego ha ayudado a su padre a preparar la cena: pescado y ensalada. Han cenado todos juntos y de postre, como es el cumple de su hermana, ha comido tarta.

¿Crees que Eric puede sufrir obesidad/sobrepeso en el futuro si sigue manteniendo esos hábitos?

- Seguramente no sufrirá obesidad porque sus hábitos son buenos.

¿Ha hecho algo que consideras que no es saludable? ¿Lo cambiarías?

- Lo menos saludable ha sido jugar a videojuegos, pero como solo ha sido un rato y había practicado deporte, se considera que tiene una vida activa, y puede permitirse jugar un poco. Además, ha comido sano, pero ha tomado un trozo de tarta porque era una ocasión especial, así que no hay problema.

Leticia va a 1º de ESO. Normalmente, cuando sale a las 14h del instituto tiene mucha hambre, porque no desayuna y para almorzar sólo se come un bollo que se compra en la cantina.

Cuando llega a su casa, su familia no está, así que come sola. Sus padres le dejan preparado algún plato como lentejas o estofado, pero ella prefiere hacerse una pizza y de postre comerse unas galletas. Se pasa la tarde viendo la tele y bebiendo refrescos hasta que llegan sus padres. A la hora de cenar, exige que le preparen lo que ella quiera, si no, se enfada y no cena.

Viendo los hábitos de Leticia, ¿consideras que puede desarrollar obesidad o sobrepeso?

- Vemos que tiene malos hábitos: almuerza bollería industrial, come sola y cambia la comida saludable por alimentos menos sanos; además tiene una vida sedentaria. Así que es posible que desarrolle obesidad/sobrepeso.

¿Qué costumbres cambiarías para que mantuviera una vida más saludable?

- Podría empezar por tomar un desayuno saludable y llevarse un almuerzo más sano. Comer y cenar lo que le preparan sus padres y no pasar la tarde sentada, practicar algún deporte para tener una vida más activa.

¿Crees que le afecta el hecho de que sus padres no estén en casa a la hora de comer?

- Sí que le afecta, ya que come lo que quiere, aunque no sea saludable. Si comiera con ellos, seguramente tomaría lo que hubieran preparado y no abusaría de dulces y galletas.

Pau tiene 8 años y practica fútbol dos días por semana, es el portero. Al colegio siempre le llevan sus padres en coche, porque así es más rápido. Normalmente, se bebe un batido de chocolate para desayunar, un bollo para almorzar y a las horas de comer y cenar, come lo que hayan cocinado sus padres sin problemas, porque dice que le gusta todo, aunque nunca ha probado las verduras. Además, siempre toma refrescos con las comidas, y casi nunca bebe agua. Por las tardes, el tiempo que no tiene entrenamiento, está tumbado jugando al Fortnite con sus amigos, ya que sus padres no quieren que salga a jugar a la calle.

¿Piensas que Pau podría desarrollar alguna enfermedad si continúa manteniendo esos hábitos en el tiempo?

- Es posible que desarrolle obesidad o sobrepeso porque tiene malos hábitos: come productos insanos como batido de chocolate y bollos industriales, no come verduras, toma refrescos continuamente... Aunque practica deporte, dos días a la semana no son suficientes y su vida es muy sedentaria (va en coche, está mucho rato tumbado...).

¿Imaginas qué costumbres podría modificar para mantener una vida más saludable?

- Podría ir al colegio andando, realizar actividades por las tardes que incluyan movimiento, entrenar más días a la semana, incluir las verduras en su dieta y cambiar el desayuno y el almuerzo por alimentos más nutritivos (frutas, pan integral, proteínas...). Cuando coma bollos o batidos es mejor que los hagan caseros.

Pau juega al fútbol, pero, ¿consideras que lleva una vida lo suficientemente activa?

- No porque son solo dos días a la semana y el resto del tiempo tiene una vida muy sedentaria.

Actividad 5

Los medios de comunicación nos provocan

Los medios de comunicación ejercen una gran influencia en las personas, casi siempre nos creemos lo que vemos en la televisión, y aunque no nos demos cuenta, compramos más los productos anunciados en televisión que el resto.

Pensemos juntos:

¿Qué alimentos recordamos que anuncian en televisión?

Nota para el docente:

Pedimos al alumnado que vayan diciendo de qué anuncios de alimentos se acuerdan. Seguramente dirán marcas conocidas de refrescos, cereales, cacao soluble, chocolate, crema de chocolate, bollería industrial, pizza, cadenas de comida rápida...

Vamos apuntando lo que digan en la pizarra, y les hacemos reflexionar sobre lo saludables que son esos productos, si son naturales, si son hipercalóricos, si llevan ingredientes perjudiciales añadidos como conservantes, azúcares, colorantes..., si ellos los suelen comer, etc. Puede que también mencionen algunas frutas o alimentos saludables, lo que nos puede servir para comparar, la cantidad de productos procesados que se anuncian, y los pocos naturales.

Nota para el docente:

Terminamos la sesión con la conclusión de que la obesidad es una enfermedad grave, pero se puede prevenir con unos hábitos saludables. Si establecemos unas conductas sanas desde que son niños, es probable que en la edad adulta las mantengan y no padezcan obesidad, sobrepeso u otras enfermedades crónicas relacionadas.

Debemos resaltar que la obesidad/sobrepeso son perjudiciales para nuestra salud, y seguramente acarrearán otras enfermedades en el futuro, por eso las debemos controlar.

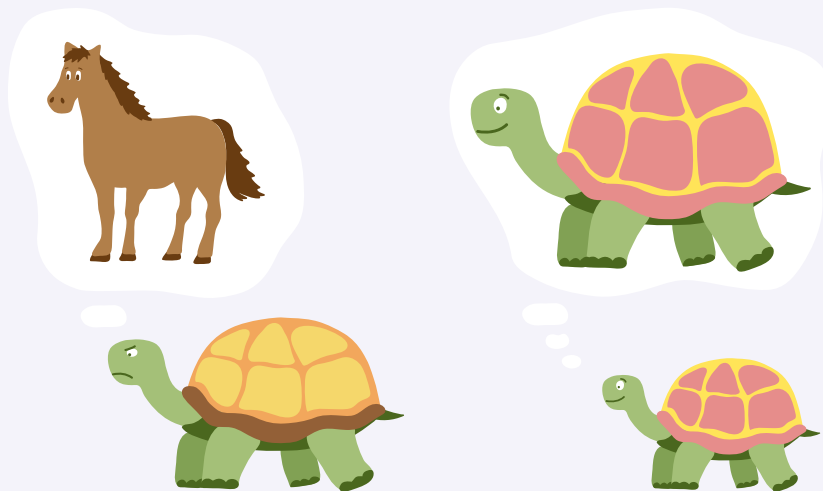
Además, tiene que quedar claro que los niños/as no deben hacer dieta para bajar de peso, o dejar de comer, lo cual sería todavía más perjudicial para su salud. Lo importante a esta edad es adoptar hábitos saludables, comer bien y hacer deporte.

Trabajamos la autoestima

Actividad

Observamos el dibujo de las tortugas y reflexionamos:

- ¿La tortuga grande cómo quiere ser?
- ¿Y la tortuga pequeña?
- ¿Cuál tiene ambiciones más realistas?
- ¿La grande podrá conseguir lo que quiere?
- ¿Cuál creéis que es más feliz?
- ¿Cuál de las dos tiene más autoestima?



Programa escolar EVERYBODY HAS A BODY
Fuente: modificado de Bonet, (1994).
Por Naulé Arvelo.

Nota para el docente:

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

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

Las emociones

¿Qué son las emociones?

Las emociones son reacciones ante factores internos o externos que alteran tu ánimo y te conmueven de forma agradable o desagradable.

Actividad 1

Vamos a hacer entre todos una lista de emociones en la pizarra y copiarlas clasificándolas según nos resultan agradables o desagradables.

Emociones agradables

Emociones desagradables

El docente puede ir guiando la actividad con esta lista de emociones:



Nota para el docente:

Una vez que están escritas, les preguntamos cuáles son mejores. Seguramente dirán que las agradables, ya que nos generan placer. Les preguntamos si las desagradables sirven para algo y continuamos con la siguiente actividad.

- Las emociones son valiosas: cada una de ellas tiene un propósito, incluso las que creemos que son negativas, son esenciales.

Actividad 2

¿Serías capaz de relacionar cada emoción con su propósito?



La alegría

Nos motiva a pedir ayuda y apoyo de los demás.



La curiosidad

Nos motiva a luchar contra los errores y la injusticia, y poner límites.



La sorpresa

Nos motiva a reproducir ese acontecimiento.



La tristeza

Nos motiva a explorar y aprender.



El miedo

Nos motiva a dirigir la atención hacia algo inesperado.



La ira

Nos motiva a demostrar que no podemos aceptar algo.



La repulsa

Nos motiva a actuar para evitar consecuencias negativas.

Solución para el docente:

La alegría Nos motiva a reproducir ese acontecimiento.

La curiosidad Nos motiva a explorar y aprender.

La sorpresa Nos motiva a dirigir la atención hacia algo inesperado.

La tristeza Nos motiva a pedir ayuda y apoyo de los demás. Nos obliga a conectarnos con nuestro interior y nos ayuda a asimilar pérdidas y cambios. Nos impulsa a reorganizarnos.

El miedo Nos motiva a actuar para evitar consecuencias negativas. Ayuda a identificar posibles peligros y puntos en los que debemos trabajar para fortalecernos y poder enfrentarlos.

La ira Nos motiva a luchar contra los errores y la injusticia, y poner límites.

La repulsa Nos motiva a demostrar que no podemos aceptar algo.

¿Cómo podemos gestionar nuestras emociones y tener autocontrol?

1. Pon nombre a tus emociones.

En primer lugar, es importante aprender a darse cuenta cuándo somos invadidos por una emoción fuerte y tomar conciencia de lo que se está sintiendo, ya que saber lo que sentimos nos hace auténticos, pero a veces no le prestamos suficiente atención a nuestras emociones.

Es necesario pararnos, escuchar a nuestro cuerpo y comprender qué emoción es la que estamos sintiendo.

Actividad 3

Reconocimiento de emociones
¿Qué emoción sientes cuando...?

Ves una película de terror:

Tienes que hablar en público:

Bailas:

Te pierdes en una ciudad desconocida:

Acaricias un cachorro:

Te hacen trampas jugando a un juego:

Ponerte en bañador delante de otras personas:

Es tu cumpleaños:

Estás nadando y ves una medusa:

Respuesta libre.

2. Reconocer los detonadores.

Saber cuáles son los detonadores de una determinada emoción ayudará a estar alerta en el momento que aparezcan esos estímulos que pueden indicar pérdida de control: pueden ser palabras, frases, situaciones, lugares, incluso personas.

Actividad 4

Reconocimiento de detonadores.

¿A mí qué me lleva a sentir...?



Alegría



Sorpresa



Enfado



Vergüenza



Miedo



Tristeza



Orgullo



Preocupación



Confianza

• Respuesta libre.

3. Conciencia de los propios cambios corporales.

Las emociones se experimentan en el cuerpo e identificar esos mecanismos en nosotros es una buena forma de conectar con nuestras emociones. Tomar conciencia de los cambios corporales que se producen al experimentar las emociones es muy positivo. De esta manera seremos conscientes del momento en que se detectan señales de alarma de una posible explosión emocional. Esas señales son positivas para nosotros, ya que nos permiten tomar un descanso cuando lo necesitamos o alejarnos de una situación que nos desborda.

Actividad 5

Conciencia de los cambios corporales.

¿Qué cambios físicos suceden en tu cuerpo cuando sientes...?

Vergüenza	Nos ponemos rojos
Nervios	Nos sudan las manos
Tristeza	Lloramos
Alegría	Sonreímos
Enfado	Se nos acelera el pulso
Miedo	Tensión muscular
Asco	Se nos revuelve el estómago

4. No escondas tus emociones, exprésalas. No las reprimas.

Expresar las emociones significa hacer entender a los demás lo que sentimos, pero hemos de ser capaces de **expresar las emociones adecuadamente**: no dejándonos llevar por la emoción cuando no es conveniente. Por ejemplo, aunque sintamos rabia, no se debe expresar la emoción pegando o golpeando, ni el enfado gritando o rompiendo cosas. Nos controlamos porque las consecuencias serían negativas para nosotros mismos y los demás.

Expresar las emociones resulta fundamental en la vida de los seres humanos: nos ayuda a tener más bienestar y mejores relaciones sociales. Además, nos libera de las emociones negativas. Cuando las expresamos, las dejamos ir, pero **si evitamos las emociones, en realidad las fortalecemos**.

Reprimir las emociones, es decir, hacer como que no sentimos nada, nos puede hacer enfermar. Intentar “engañarnos” a nosotros mismos y decirnos que no pasa nada, no va a hacer que desaparezca. Hay que aceptar las emociones.

Las emociones que quedan atrapadas dentro del cuerpo, buscan la forma de salir y esas formas pueden ser peligrosas: enfermedades, agresividad, insomnio, adicciones, dolores, estrés, acné, ataques al corazón, dolores de cabeza, problemas estomacales...

Cuando sientas emociones que no te gustan, como tristeza, ira o frustración, tienes que hacerles frente, entender qué situación es la que te ha producido esa emoción, hablar del tema que nos incomoda, solucionar la situación e intentar que no se repita.

Generalmente, ante una emoción se suele actuar de tres formas:

- La reprimes, es decir, la intentas silenciar, hacer como que no está ahí y creer que no pasa nada.
- Te desborda, le das rienda suelta y te dejas llevar totalmente por lo que te hace sentir, aunque eso implique gritos o violencia.
- La gestionas, es cuando, conectas contigo mismo para percibir qué estás sintiendo, y actúas en consecuencia de la mejor manera posible. Explicas qué te pasa, buscas una solución, si no te gusta lo que sientes intentas que no se repita la situación que la ha desencadenado...

Nota para el docente:

La comunicación puede ser asertiva, agresiva o pasiva. Se busca instruir en el alumnado en la comunicación asertiva:

Tipos de comunicación

Agresiva

No aprecias a los demás. No escuchas.
Impones tu punto de vista.
Se recurre a la violencia.
Se levanta la voz.

Asertiva

Escuchas a los demás, pero expresas tu punto de vista de forma clara, honesta y respetuosa.

Pasiva

Intentas agradar a los demás.
Complaces a los demás.
Pones a los demás por delante de ti.
Dejas la responsabilidad en manos de otros.

Actividad 6

Expresamos adecuadamente nuestras emociones.

Imagina que tu hermano/a coge un jersey tuyo sin pedirte permiso y sin querer lo rompe. Cuando te lo devuelve no te pide perdón y eso te hace sentir enfadado con él. Puedes actuar de tres formas:

- 1.** Le gritas que no lo debería haber cogido y le das un empujón sin dejar que se explique.
- 2.** No haces nada, prefieres no crear un conflicto y que crean que eres un "enfadica", así que te dices a ti mismo que no ha sido para tanto.
- 3.** Hablas con él tranquilamente, le dices que estás enfadado porque no te había pedido permiso y te ha estropeado el jersey. Le dices lo que necesitas, que te pida perdón y que la próxima vez te pida permiso antes de coger algo tuyo.

¿Cuál de las tres formas crees que es más cómoda y sencilla? ¿Por qué?

- La más cómoda puede parecer la 2, que es obviar el problema como si no existiera.

¿Cuál es la más violenta?

- La más violenta es la 1: gritas, empujas...

¿Cuál es más conveniente? ¿Por qué?

- La más conveniente es la 3: reconoces el problema y buscas solución de una forma pacífica, sin reprimir lo que sientes y sin dañar al otro.

Ahora, imagina que te enteras de que una amiga ha contado un secreto tuyo y eso te hace sentir triste y decepcionado. Puedes actuar de tres formas:

1. Dejas de hablarle sin decirle nada porque piensas que no se puede confiar en ella y no es una buena amiga.
2. Haces lo mismo y le cuentas a todo el mundo secretos que sabes sobre ella.
3. Hablas con tu amiga, le dices que te has enterado que lo ha contado y le explicas cómo te sientes. Le cuentas que necesitas que te pida perdón y te haga saber que puedes seguir confiando en ella.

¿Cuál de las tres formas parece más cómoda y sencilla? ¿Por qué?

- La más cómoda puede parecer la 1, que es obviar el problema como si no existiera.

¿Cuál es más conveniente? ¿Por qué?

- La más conveniente es la 3: reconoces el problema y buscas solución de una forma pacífica, sin reprimir lo que sientes y sin dañar a tu amiga.

¿Crees que en alguna ganáis los dos? ¿Por qué?

- En la situación 3, ya que tú respetas lo que sientes, buscas solución y a ella le das otra oportunidad.

• Recuerda: Es esencial tener un correcto equilibrio emocional. Ni ser personas reprimidas ni tampoco impulsivas, sino capaces de gestionar las propias emociones y sentimientos.

Posibles combinaciones de las emociones de la película Inside Out

De Alegría y Tristeza surge la melancolía. ¿Pero qué otras emociones pueden surgir del resto?



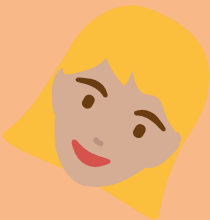
SOURCE: Photos from Disney/Pixar

Traducción y adaptación por:
[The Flipside Classroom](http://www.theflipsideclassroom.es)
www.theflipsideclassroom.es

Vox

Nota para el docente:

Para la próxima sesión se necesita que cada alumno/a traiga una foto en la que salga solo/a y le guste.



Módulo 3

Modelo estético e imagen corporal

Adolescencia y pubertad

Actividad 1

Seguro que has oído hablar sobre la pubertad. Pero ¿sabrías explicar qué es?
¡Intentalo!



• Respuesta libre.

La pubertad es la etapa de desarrollo físico que transforma al niño en adulto. No se deben confundir los términos pubertad y adolescencia. **La pubertad se corresponde con los cambios físicos** que hacen que se llegue a la etapa de maduración sexual; mientras que **la adolescencia tiene que ver con los cambios psicológicos y sociales** que tienen como objetivo llegar al pensamiento adulto.

Los cambios físicos que tienen lugar en la pubertad, son:

En las mujeres:

- Aumento de la estatura.
- Desarrollo de los senos.
- Ensanchamiento de las caderas.
- Aumento de peso: durante la pubertad se gana el peso propio de una persona adulta debido al crecimiento de músculos, senos y huesos y al aumento de la grasa corporal.
- Crecimiento del vello en el pubis, las axilas y las piernas.
- Aparición de la menstruación.
- Acumulación de grasa en algunas zonas.

En los hombres:

- Crecimiento de los testículos y el pene.
- Crecimiento del vello en pubis, axilas, piernas, cara y tórax.
- Aumento de la estatura, volumen muscular y peso.
- Cambios en la voz: la voz de los hombres se vuelve más grave y dura.

Como podéis observar, en la pubertad suceden muchos cambios corporales, pero no tenemos de qué preocuparnos: nuestro cuerpo es sabio y se está preparando para la vida adulta. Es un proceso completamente normal y conviene no obsesionarse ni compararse con los demás. En algunos niños/as sucederá antes y en otros después, al fin y al cabo, cada cuerpo es diferente. (Igual que no todos nacimos el mismo día ni aprendimos a caminar a la vez).

También algunos niños/as crecerán más y otros menos, habrá personas con más curvas y otras con menos, habrá quien tendrá más vello y quien tendrá menos. Lo importante es respetarnos a nosotros mismos y a los demás.

Además, la pubertad es una etapa muy bonita de la vida, y aunque podamos tener un poco de miedo a los cambios, si algo nos asusta lo podemos hablar con nuestros padres, maestros u otros adultos de confianza.

En la adolescencia, también se producen cambios psicológicos y emocionales. Aunque no todos los adolescentes son iguales, algunos de los cambios que ocurren comúnmente son:

- Cambios de humor: los adolescentes pueden pasar rápidamente de un estado feliz a uno triste sin una causa aparente. También son frecuentes los episodios de rabietas y mal genio.
- A veces pueden sentir que nadie les comprende
- Los amigos son muy importantes: una parte del tiempo que antes dedicaban a la familia, ahora lo dedican a los amigos.
- Actitud rebelde y crítica
- Enamoramientos: suelen aparecer amores, deseo de formación de pareja y deseo sexual
- Mayor interés por la imagen corporal: los adolescentes dan una gran importancia al aspecto físico, muchas veces excesiva, lo que hace que puedan aparecer complejos e inseguridades.

Actividad 2

La adolescencia es una etapa tan desconcertante como maravillosa.

Vamos a realizar una lista de todas las cosas buenas que nos ofrece la adolescencia:

El docente les guía, va dando ideas y se van apuntando en la pizarra:

- Nos empiezan a gustar cosas nuevas
- Somos más autónomos
- Independientes
- Más responsabilidades
- Nuevas aficiones e intereses
- Cambios corporales
- Relaciones sociales con los amigos más fuertes
- Mejores en los deportes y académicamente
- Se empieza a sentir atracción sexual
- Preocupación y toma de decisiones sobre el futuro

Actividad 3

Imagina que ya eres mayor y le escribes una carta a un hermano/a menor imaginario que va a entrar en la pubertad, dándole consejos para que lo lleve mejor.

Nota para el docente:

Cuando los alumnos/as hayan finalizado de escribir su carta, el docente lee el ejemplo de solución en voz alta:

Valencia, a 7 de enero de 2021

Querido hermano,

Estás a punto de entrar en la pubertad, vas a dejar de ser un niño para ser un adolescente, y aunque sé que a veces puede resultar complicado, piensa que es necesario: tu cuerpo se va a preparar para la vida adulta.

Vas a experimentar cambios físicos: aumento de peso y altura, tendrás la voz grave, aunque a veces te saldrán gallos, te crecerán pelitos por el cuerpo y la cara, así como también te crecerán los testículos y el pene. Tu cuerpo se asemejará más al de un adulto, pero no te agobies, todo irá bien.

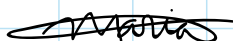
Pero eso no es todo, la adolescencia también conlleva cambios emocionales. A veces pasarás de estar feliz a estar triste sin entender muy bien por qué, y en algunas ocasiones llegarás a sentirte solo. Aunque, paradójicamente, harás amigos/as y se convertirán en personas muy importantes en tu vida.

Tu actitud, que oscilará entre ser infantil y ser maduro, a veces te generará rabietas y la gente te dirá que estás en la edad del pavo.

Pero también estás a punto de descubrir muchas cosas buenas, puede que te enamores por primera vez y empieces a sentir atracción sexual. Si te genera dudas, pregunta a un adulto de confianza, (papá y mamá siempre están dispuestos a ayudar). También descubrirás nuevos intereses y cosas que te apasionen como la música, arte, moda, historia...

Y descubrirás que eres más autónomo, puedes hacer cosas tú solo que antes no podías. También tendrás más responsabilidades y serás mejor en los deportes y estudios (puedes estudiar durante más, leer libros más gordos, correr más rápido y eres más hábil jugando a tenis...).

¡Bienvenido a la aventura de la pubertad!



Trabajamos la autoestima

Actividad

Mi YO verdadero

El docente ha pedido previamente que traigan impresa una foto donde aparezcan solos y les guste.

Observa la siguiente ficha sobre “Mi yo verdadero” y pega tu foto y rellena con cualidades sobre tí mismo/a.

Nota para el docente:

Se explica que en este mundo donde hay un gran despliegue publicitario y estereotipos, es importante que los jóvenes reconozcan que la belleza no es sólo apariencia física, es también un estado de ánimo. Se les anima a reconocer y a expresar las cosas increíbles que les hacen ser quienes son. Nuestras diferencias y particularidades son las que nos hacen ser originales y debemos aprender a estar orgullosos de ellas.

La ficha 'Mi YO verdadero' tiene un diseño colorido con formas abstractas en azul, verde y naranja. En la parte superior izquierda hay un recuadro con un icono de cámara y una línea para escribir una descripción. A la derecha hay un recuadro verde con tres líneas para escribir. Abajo a la izquierda hay un recuadro amarillo con tres círculos numerados del 1 al 3. Abajo a la derecha hay otro recuadro amarillo con tres círculos numerados del 1 al 3. En la parte inferior hay un recuadro naranja con una línea para escribir.

Mi YO verdadero

3 cosas que me convierten en una persona única:

3 cosas que disfruto haciendo:

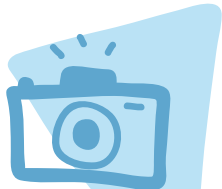
- 1
- 2
- 3

3 cosas en las que soy bueno/a:

- 1
- 2
- 3

Cosas de mi familia y cultura de las que me siento muy orgulloso/a:

Mi YO verdadero



3 cosas que me convierten en una persona única:

3 cosas que disfruto haciendo:

- 1
- 2
- 3

3 cosas en las que soy bueno/a:

- 1
- 2
- 3

Cosas de mi familia y cultura de las que me siento muy orgulloso/a:

Los cánones de belleza

Los **cánones de belleza** son el conjunto de características que una sociedad considera como hermoso y atractivo, aunque cambian con los tiempos.

Nuestros cánones de belleza actuales están fuertemente condicionados por los medios de comunicación, en los que siempre se muestran a mujeres muy delgadas, jóvenes y guapas, y aunque con los hombres son menos exigentes, los cánones de belleza masculinos buscan hombres altos, fuertes y musculosos.

La importancia del amor propio: aunque cada día, los medios de comunicación nos muestran a personas con cuerpos perfectos, debemos ser conscientes de que son la minoría y no debemos intentar imitarlos ya que puede resultar peligroso para nuestra salud. Cada cuerpo es diferente y no sólo son bellos los que vemos en la televisión o redes sociales. Tenemos que querernos a nosotros mismos. Seremos más felices si aceptamos y queremos nuestro cuerpo. Al fin y al cabo, la belleza física es algo pasajero que se transforma con el tiempo y los cánones de belleza también.

A continuación, te mostramos imágenes de algunos cánones de belleza que se han impuesto históricamente alrededor del mundo.





Mujeres Jirafa

En Tailandia y Myanmar existe la tribu Kayan donde tradicionalmente las mujeres alargan sus cuellos poniendo el máximo número de anillos de bronce. Consideran, que cuanto más largo sea el cuello, mayor es la belleza y elegancia de la mujer, ya que estos collares se consideran valiosas joyas, y por tanto, demuestran también la riqueza de la familia. Las niñas empiezan a ponérselos a los 5 años y los llevan puestos el resto de su vida.

Teniendo en cuenta que son muy pesados, lo que hacen no es alargar el cuello, sino oprimir hacia abajo la clavícula y la cavidad de las costillas, creando así el efecto de un cuello estirado.

Si se quitasen los anillos, morirían asfixiadas, ya que los músculos del cuello quedan atrofiados porque no trabajan y no pueden mantener la cabeza erguida.

Hoy en día todavía hay algún centenar de estas conocidas como Mujeres Jirafa, y desgraciadamente, son un importante reclamo turístico.

Esta práctica también se lleva a cabo en una tribu de Sudáfrica (tribu Ndbele de Pretoria), donde a las mujeres se les conoce como "cuellos de avestruz" y comienzan a ponerse los anillos cuando se casan.



Estrabismo en los Mayas

En México, los antiguos Mayas, consideraban el estrabismo como la máxima expresión de belleza. Ser bizco era considerado un canon de belleza en la cultura maya.

El estrabismo es una alteración de la vista cuando cada ojo tiene el campo de visión en distinta dirección. A consecuencia de ello, se pierden capacidades visuales como

la profundidad y las tres dimensiones.

Pero, ¿cómo conseguían ser bizcos los antiguos mayas?

Para ello, las familias, colocaban en el centro de los ojos de los niños/as unas bolitas de resina que colgaban desde el pelo. El hecho de llevar siempre un objeto colgando entre los ojos, les hacía dirigir la vista hacia la nariz continuamente, provocando así el estrabismo.



Leblouh

En algunas regiones de África, en países como Argelia, Burkina Faso, Níger, Malí y Mauritania, prevalece desde tiempos ancestrales un culto a la obesidad que es promovido a través de una práctica que consiste en hacer engordar a las mujeres para que así sean más bellas, ya que para ellos estar gordo es un canon de

belleza.

En el pasado existían “granjas de engorde”, donde se recluía a las niñas a partir de 5 años y se las alimentaba con una dieta hipercalórica hasta engordar lo suficiente para atraer a un marido.

¡El menú consistía en comer 2 vasos de manteca y 20 litros de leche de camello!



Vendado de pies en China

Antiguamente en China, existía la costumbre de vendar muy fuerte los pies de las hijas de familias ricas para impedir que el pie creciera. De esa forma, apretaban el pie deformándolo a lo largo de los años. Los hombres consideraban a las mujeres con pies vendados muy atractivas, por eso las madres vendaban

a sus hijas los pies, para que fueran pequeños y deseables para los hombres, y que la niña consiguiera así un buen marido. Las familias pobres, sin embargo, no vendaban los pies de sus hijas, ya que esto les impedía trabajar.

El vendado es un proceso muy doloroso, que empezaba en las niñas pequeñas, les rompían los dedos de los pies y se los doblaban hacia atrás vendándolos fuertemente. Con el vendado conseguían que los pies se deformasen consiguiendo que las puntas de los dedos apuntaran al talón.

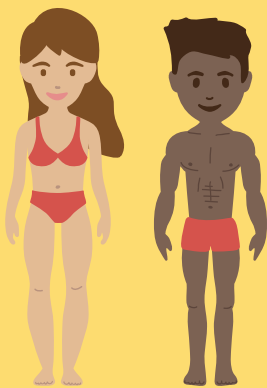
Les producía mucho dolor e infecciones, les causaban problemas para caminar y moverse y les impedía trabajar.



Plato labial

En algunas etnias africanas de Etiopía y el Amazonas, las más bellas son las mujeres que deforman su labio con el plato labial.

El plato labial es un adorno que se coloca en la parte inferior o superior del labio, después de realizar una perforación. Es una forma de modificación corporal muy practicado en tribus y etnias africanas y americanas. A medida que transcurre un tiempo, se insertan discos de mayor tamaño.



Extrema delgadez

Europa, Estados Unidos, Canadá, Sudamérica y Oceanía: El ideal de belleza hoy en día en occidente son mujeres esbeltas, muy delgadas y que luchan por mantener su juventud, aunque tengan que exponerse a tratamientos de belleza y operaciones estéticas, y hombres altos y musculosos.

La obsesión por la delgadez es tal, que se llega a recurrir a prácticas peligrosas e insanas, tales como dietas restrictivas para la pérdida de peso y cirugías.

Actividad 1

Debatimos sobre los cánones de belleza:

1. Los que hemos visto, ¿son peligrosos para la salud? ¿Por qué?
2. ¿Se puede hacer vida "normal" con todos ellos o algunos restan calidad de vida? ¿Cuáles?
3. ¿Crees que los cánones de belleza se imponen más sobre las mujeres o sobre los hombres?
4. ¿Qué cánones de belleza crees que nos impone la sociedad actual? Haz una lista.
5. ¿Cómo nos afectan los cánones actuales?

1. Sí, conllevan riesgos físicos, (los anillos son malos para el cuerpo y si se los quitan tienen el riesgo de morir, el plato labial puede causar infecciones y deforma el labio, que puede suponer un problema para actividades cotidianas como comer. Los pies vendados causan terrible dolor, les rompían los huesos y a penas podían caminar y moverse. La obesidad, es peligrosa para la salud, resta calidad de vida y puede causar otras enfermedades. El estrabismo causa problemas visuales. La delgadez extrema es peligrosa para la salud, y puede causar también problemas emocionales, como baja autoestima, restricción de alimentos, ansiedad...

2. En cierta medida, todos restan calidad de vida.

3. Los cánones de belleza son más exigentes con las mujeres.

4. Cuerpos muy delgados para las mujeres y musculosos en los hombres, altos, bronceados, jóvenes... Mujeres con grandes pechos y labios. En algunos casos tatuajes, perforaciones, tintes, maquillajes...

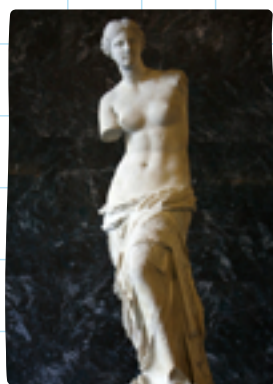
5. Los cánones actuales pueden crear inseguridades en las personas que no llegan a alcanzarlos, obsesiones para que su cuerpo físico se parezca al de otras personas, realizando dietas extremas, mucho deporte y sometiéndose a tratamientos estéticos, incluso cirugías.

Por desgracia, a muchas personas les afectan negativamente a nuestro amor propio, imagen corporal, autoestima...

Actividad 2

Se muestran diferentes modelos estéticos femeninos a través del arte.

Debate: ¿qué os parecen? ¿os parecen guapas? ¿sus cuerpos son bonitos? ¿por qué creéis que los artistas las eligieron? ¿qué talla de ropa usarían hoy? ¿las personas de esa época qué pensáis que opinarían de las modelos de hoy en día?



La Venus de Milo
(Año 100 a.C.)



Las tres gracias de Rubens
(1625-1630)



Muerte de Adonis
(fragmento) de Sebastiano del Piombo
(1485-1547)



Venus, sátiro y dos amores,
de Carracci (1587)
(1485-1547)

Nota para el docente:

Se explica, que ese era el ideal de belleza en esas épocas. Venus simboliza el canon que establecieron los griegos para mostrar un modelo estético. Mostrar que las tallas son relativas según el modelo estético de la época y que las mujeres que vemos hoy en día utilizarían tallas que la sociedad tacha como "grandes". Enfatizar el hecho de que las tallas que hoy nos parecen normales no les hubieran servido. Conducir a hacerles reflexionar, que las personas de esas épocas pensarían que las modelos de hoy en día están enfermas, muy delgadas, que son pobres, que no comen bien, les parecerían feas...

Así, vivimos pensando que un tipo de cuerpo es bonito y es el que más nos gusta, cuando lo que pasa es que nos hemos acostumbrado a verlo en lugares privilegiados (televisión, películas, modelos, revistas...) y lo hemos normalizado.

Actividad 3

¿Para triunfar en la vida, hay que encajar en los cánones de belleza?

Vamos a ver imágenes de algunas personas que no encajan con los estrictos cánones de belleza de la sociedad y tienen buenos trabajos y estatus social.

Vamos a comentar entre todos cómo son físicamente estas personas y qué cosas han conseguido en la vida.



Angela Merkel

Es la canciller alemana (equivalente a la figura de presidenta del país) desde 2005, ha sido reelegida 4 veces y es la primera mujer en ostentar tal cargo. Además, estudió la carrera de física. Es una mujer inteligente y poderosa, que ostenta un cargo de gran poder.



Loles León

Es una actriz española muy querida por el público. Famosa por ser una de las chicas Almodóvar y por sus papeles en televisión, principalmente el de Paloma en la serie de televisión Aquí no hay quien viva y por su papel en la exitosa serie La que se avecina.



Serena Williams

Es una tenista profesional estadounidense que ha ganado 23 títulos individuales en torneos Grand Slam y ha ostentado la primera posición en el ranking WTA durante 319 semanas.

Con 23 títulos WTA Tier 1, cuatro medallas de oro en los Juegos Olímpicos, una Copa Federación y dos Copa Hopman, está considerada como una de las mejores jugadoras de la historia.



Ronaldo Nazario

Es un exfutbolista brasileño y jugador histórico de fútbol, siendo considerado por muchos como uno de los mejores delanteros centro.

A lo largo de su carrera deportiva ha conseguido obtener los mayores logros y reconocimientos en el mundo del fútbol, ganando algunas de las competiciones más importantes tales como la Copa Mundial, Copa Confederaciones, medalla de bronce en los Juegos Olímpicos, Copas América...

Entre otros clubes importantes, fue jugador del F.C. Barcelona y del Real Madrid.

Nota para el docente:

Se comenta con el alumnado que, aunque estas personas no encajan con los cánones de belleza que impone la sociedad, han logrado llegar a la cima en sus respectivos oficios, porque la valía personal y el esfuerzo no tienen nada que ver con el aspecto físico.

Además, es muy difícil alcanzar y mantener los cánones de belleza que dicta la sociedad, ya que son muy exigentes y varían con el tiempo. Lo importante es ser la mejor versión posible de ti mismo, pero amándote, respetándote y valorándote.

Actividad 4

Haz una lista de personas que conozcas, famosas o de tu entorno, a las que todo les va muy bien y que no tengan un aspecto físico ideal según los cánones de belleza.

¿Quién es?

Es admirado por...

• Recuerda: tu aspecto físico no te define como persona.

¿Cómo me veo?

Valorar nuestro cuerpo y cuidarlo es imprescindible para mantener la salud y para adquirir una identidad positiva como mujer o como hombre.

La imagen corporal es la forma en que percibimos y valoramos nuestro cuerpo, y constituye una parte muy importante de la autoestima. Nuestra imagen corporal puede condicionar muchos aspectos de nuestra vida. Tener una buena imagen corporal y querernos a nosotros mismos es muy importante, ya que nos puede proteger de sentimientos muy negativos, que nos pueden hacer sentir realmente mal y pueden influenciar en las pequeñas y grandes cosas de nuestra vida.

Para tener una buena idea de nuestra imagen corporal es importante que nos aceptemos tal y como somos, no nos comparemos con los demás, y no nos importe si alguien hace un comentario sobre nuestro cuerpo. Podemos contribuir a tener una mejor imagen de nosotros mismos adquiriendo buenos hábitos alimentarios y practicando deporte, ya que así nos sentiremos orgullosos de nuestros resultados.

Es muy importante aceptar bien nuestra imagen corporal, pero a veces esto nos puede resultar difícil, veamos por qué:

- En los medios de comunicación no se muestran todos los tipos de cuerpos. Solo se impone la delgadez como ideal de belleza: la mayoría de los personajes que triunfan en televisión, cine y redes sociales son muy delgados. Esto genera **distorsión en nuestra imagen corporal**. Creemos que los cuerpos que aparecen en los medios de comunicación son los normales, nos comparamos con ellos y si no somos iguales nos sentimos menos atractivos.

- Otro factor que contribuye a ejercer esta presión es la moda del vestir presentada por modelos excesivamente delgadas, casi esqueléticas, y la dificultad de encontrar tallas más grandes en las tiendas de ropa.

- Por otra parte, gran número de horas que dedicamos a hablar del sobrepeso o del hecho de estar delgado con nuestros/as amigos/as y familia, aumentan aún más la preocupación por el peso y la figura.

- También las redes sociales, que se han convertido en un escaparate de publicidad, donde los famosos e “influencers”, son personas que suelen estar muy delgadas y nos crean la necesidad de imitarlos. Además, en redes sociales se encuentran muchas personas que venden dietas o planes de adelgazamiento peligrosos, ya que la mayoría no son nutricionistas, sino impostores. Así como se anuncian y venden productos para adelgazar, que son falsos e insanos.

Actividad 1

¿Cómo me veo?

Selecciona aquellos adjetivos que mejor te ayudan a describirte.

Yo soy...

Natural

Peludo/da

Dejado/da

Admirado/da

Sofisticado/da

Atractivo/va

Desproporcionado/
da

Ágil

Esbelto/a

Gordo/a

Sucio/a

Agradable

Delgado/a

Nervioso/a

Raquítico/a

Desagradable

Pecoso/a

Patoso/a

Obeso/a

Escuálido/a

Bronceado/a

Ancho/a

Elegante

Esquelético/a

Atlético/a

Bello/a

Expresivo/va

Deportista

Guapo/a

Feo/a/

Exótico/a

Bonito/a

Tranquilo/a

Aburrido/a

Femenino/a

Vistoso/a

Bufón/a

Bajo/a

Masculino/a

Alto/a

¿En tu evaluación, predominan los aspectos positivos o negativos?

¿Crees que esto afecta a tu estado de ánimo?

¿En qué medida?

Actividad 2

¿De dónde venimos?

La forma de nuestro cuerpo está muy condicionada por nuestros genes, por eso tendemos a parecernos a nuestros padres y abuelos/as. Nuestro cuerpo no puede cambiar de forma radical de la noche a la mañana, aunque debemos trabajar para cuidarlo, comiendo bien y manteniéndonos activos, pero debemos ser realistas, aceptarnos y querernos siendo la mejor versión de nosotros mismos. Para ello es fundamental entender que, si mis padres son bajitos, seguramente me tendré que conformar con no ser muy alto.



¿Cómo son mis padres físicamente?

¿En qué me parezco a ellos?



Actividad 3

Lee los siguientes ejemplos y busca maneras de ayudar a los protagonistas. Después se puede hacer una puesta en común.

Martín, que en su clase siempre ha sido muy simpático, muy hablador y siempre estaba bromeando, hace unos días que casi no habla y juega solo porque le da vergüenza enseñar sus dientes, ya que le acaban de poner unos brackets para corregirlos.

¿Cómo le ayudarías tú?

- Le explicaría que para mí sigue siendo el mismo, nada ha cambiado por llevar brackets, ya que su forma de ser no tiene nada que ver con el aspecto físico y prefiero su versión anterior, divertido y simpático. Además, los brackets son buenos para sus dientes y no es algo de lo que se tenga que avergonzar, muchas personas los llevan.

Laia es una niña que está muy triste porque ha ido al médico y le ha dicho que debe llevar plantillas para caminar bien. Ahora viene el verano y no podrá llevar sandalias como sus amigas. En la clase de educación física, unos compañeros las han visto y se han burlado de ella.

¿Cómo le ayudarías tú?

- Hablaría con ella de forma cariñosa y respetuosa y le diría que sólo se han metido con ella porque han visto en ella algo "diferente" y a veces algunas personas se equivocan y reaccionan así ante lo diferente. Pero no tiene de qué preocuparse porque si alguien nos juzga por nuestro aspecto físico, el problema lo tiene él. Además, las plantillas son buenas para su bienestar y pronto se acostumbrará y se sentirá mejor. Le pregunto si necesita que le ayude en algo.

Actividad 4

Cuando decimos algo bonito a los demás, estamos acostumbrados a hacer halagos sobre su aspecto físico: desde que nacen y son bebés, hasta niños y adultos, sobre todo a mujeres, ("qué guapo es este niño", "que bien te queda esa ropa", "la actriz es bella y elegante"...).

Sin embargo, aunque son más importantes las cualidades que no tienen que ver con el físico, nos cuesta más expresárselas a los demás.

Vamos a hacer una lista, de las cosas bonitas que podemos decir a los demás y no tienen que ver con el aspecto físico.

Valiente, alegre, inteligente, risueño/a, pizpireta, simpático/a, amable, noble, decidido/a, trabajador/a, constante...

Nota para el docente:

Para ayudar a los adolescentes a establecer una imagen corporal positiva hay que enseñar a distinguir entre estar sano y la belleza irreal: culturalmente a menudo se confunde estar delgada (para mujeres) y musculoso (para hombres) con estar sano. Pero este tipo de físicos, en algunas ocasiones, se logran como resultado de estilos de vida que son todo lo contrario. A veces son resultado de buscar atajos insanos. Hay que explicar a los adolescentes que se trata de llevar un estilo de vida saludable porque respetas tu cuerpo y te cuidas. No porque estás tratando de bajar una talla para ponerte un vestido o porque llega el verano, o por lo que dirán los demás.

Es conveniente que les alentemos a hablar de manera positiva sobre su cuerpo: las palabras afectan enormemente nuestra autoestima y hablar constantemente sobre nuestros cuerpos de manera negativa puede reforzar la idea de que sólo existe un tipo de figura corporal hermosa.

Se tiene una imagen corporal negativa cuando:

- Valoramos de una manera equivocada las formas corporales y vemos partes del cuerpo como no son realmente.
- Se está convencido de que solamente otras personas son atractivas, y valoramos estas medidas como éxito y valía personal.
- Existe vergüenza y ansiedad por el cuerpo.
- Se siente incómodo y raro en el propio cuerpo. No nos aceptamos.

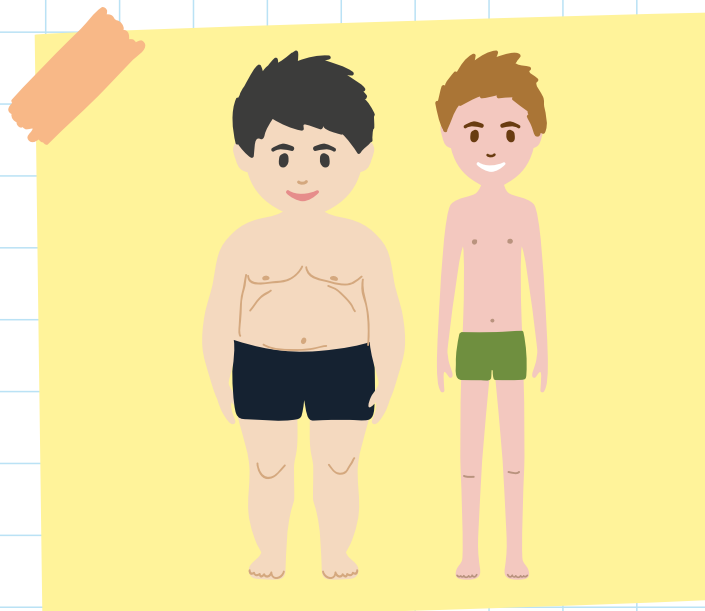
Se tiene una imagen corporal positiva si:

- Existe una percepción clara y "verdadera" del cuerpo.
- Se está a gusto con el cuerpo y se entiende que el aspecto físico de una persona dice muy poco sobre su carácter y valor personal.
- No se pierde el tiempo preocupándose en torno al peso y las calorías.

Actividad 5

¿Quién está más sano?

Observa el siguiente dibujo y di quién crees que está más sano.



Nota para el docente:

Seguramente responderán que está más sano el más delgado.

Decimos que no se sabe, la salud no se aprecia tan fácilmente en el aspecto físico. Tendrá más salud el que coma más equilibrado, saludable y variado, mantenga un estilo de vida activo, practique deporte regularmente, tenga buenos hábitos, una autoestima positiva, gestione mejor sus emociones, sea más feliz, le salgan mejor los análisis y chequeos médicos...

Reflexión:

Para la siguiente actividad no se necesita lápiz y papel, simplemente el docente irá guiando la reflexión del alumnado, que puede estar con los ojos cerrados y no tienen por qué contestar.

El docente les pide a los alumnos/as que piensen si les gustaría cambiar algo de su cuerpo. No tienen que contestar, pero muchos de ellos pensarán que sí.

A continuación, les pide que piensen en 3 personas a las que quieren mucho (su madre, padre, abuelo/a...) y les van haciendo las siguientes preguntas: "¿les querrías más si cambiaran su aspecto? ¿si fueran más guapos o más delgados? ¿si cambiaran su aspecto físico serían más graciosos, más amables o más buenos?"

El docente acaba concluyendo con que, aunque las personas cambien su aspecto físico, no cambian su forma de ser y no les queremos más o menos por cómo son físicamente. De la misma forma, ellos nos quieren a nosotros por nuestra forma de ser y no es necesario que cambiemos físicamente.



Trabajamos la autoestima

Actividad

Se presenta una lista de acciones.

Se les pregunta cuáles de estas acciones serían capaces de hacer, de mejor o peor manera, con su cuerpo.

Tienen que rodear todas las que su cuerpo pueda realizar y después contar cuántas han rodeado.

Correr	Dibujar	Tumbarte	Esquiar
Saltar	Dormir	Abrazar	Oler una vela
Comer	Ver las nubes	Escuchar música	Acariciar un
Leer	Ir en bici	Tocar un	perrito
Cocinar	Bañarte en el mar	instrumento	Pintar
Escribir			

¿Cuántas has rodeado? Si has rodeado más de cinco... ¡Enhorabuena! Tu cuerpo es fantástico.

Los medios de comunicación/alfabetización mediática

Nota para el docente:

la educación en medios de comunicación es conocida como alfabetización mediática.

Ya que no podemos evitar que los menores se mantengan al margen de la publicidad y los medios de comunicación, lo que sí que podemos hacer es encargarnos de que reciban la formación suficiente a este respecto. La cual incluiría formar a ciudadanos críticos con los medios de comunicación y la publicidad, y hacerles conscientes del bombardeo continuo que se recibe por parte de la industria alimentaria y mina su capacidad de elección en pro de los intereses económicos de las empresas. Por tanto, los objetivos que se propone alcanzar mediante la alfabetización mediática son, despertar un espíritu crítico en niños y adolescentes ante el ideal de belleza dominante que les lleve a oponer resistencia a los factores que promueven las dietas, la excesiva preocupación por el peso y la inseguridad respecto a la apariencia física. Ser conscientes de los intereses económicos que imperan en los medios de comunicación. Presentar las manipulaciones que se realizan para favorecer la venta de productos. Promover el desarrollo de una imagen corporal positiva, así como el respeto hacia la diversidad de figuras corporales.

Actividad 1

Los trucos de la publicidad

Te habrás fijado en que, en la televisión, películas, revistas, videoclips, incluso en redes sociales, siempre aparecen personas muy atractivas.

¿Crees que es casualidad?

¿Qué sientes cuando ves mujeres y hombres muy guapas/os en los medios de comunicación?

¿Sueles ver estas personas con físicos “perfectos” por la calle y en la vida real?

Los medios de comunicación, siempre seleccionan personas con un físico muy concreto para que nos parezcan atractivas y así conseguir sus objetivos: que compremos determinado producto porque queremos ser como ellos, que sigamos viendo esa película, ese canal o ese videoclip, que gastemos dinero en productos de belleza y ropa...

Pero debemos ser conscientes, de que la mayoría, no tenemos cuerpos como las personas de la televisión. Ellos/as son una minoría, y no tenemos que querer imitarles porque eso nos hará sentir tristes, menos atractivos, menos valiosos y en general, dañará nuestra autoestima.

Tenemos que respetar y cuidar nuestro cuerpo tal y como es.

Además, la mayoría de las imágenes que se ven en revistas e internet, han sido manipuladas digitalmente para verse extraordinarias, y no son fotos de hombres y mujeres "de verdad". Antes de ser publicadas, son retocadas: se borran manchas, pecas y arrugas. Se les hace parecer más delgados, se estiran el cuello y las piernas, se inflan los pechos, las cabezas se cambian a diferentes cuerpos, se realzan los pómulos... Todo eso sin olvidar, que están posando, después de haber pasado una sesión de peluquería y maquillaje. Llevan ropa seleccionada expresamente por un estilista, hay una iluminación adecuada, prueban diferentes poses... y de los cientos de fotografías que hacen, acaban seleccionando solamente, las mejores. Es decir, esas fotos no son la realidad, todo está estratégicamente pensado, para maximizar la belleza, pero la belleza real, es cuidarse, respetarse y valorarse cada día.

La publicidad utiliza trucos y montajes.

Photoshop u otros retoques fotográficos, para que las personas parezcan más delgadas, altas, jóvenes, sin arrugas, con más pecho, la sonrisa más bonita, etc.

Fragmentación: La fragmentación es un montaje frecuentemente utilizado en publicidad para mostrar una imagen de perfección de una persona a partir de fragmentos de diferentes personas. Continuamente, para rodar anuncios se utilizan diferentes modelos, pero nos hacen creer que es la misma persona. Hay agencias de modelos exclusivamente de manos, de perfiles, de piernas...

Por ejemplo, para un anuncio de crema, hay una chica que muestra su rostro, otra que muestra sus manos y otra chica muestra sus piernas.

Tú intentas compararte con el conjunto de las 3, que en realidad, es lo más bonito de cada una. Es una comparación injusta. La publicidad nos está mostrando un modelo de perfección que no existe.

Edad: En muchas ocasiones, se utilizan modelos muy jóvenes, a veces niñas, que no muestran el rostro, haciendo pasar sus cuerpos por el de jóvenes adultas.

Las técnicas de maquillaje: El maquillaje es otra técnica utilizada por la publicidad, que muestra continuamente un modelo de perfección que no existe. Los efectos de maquillaje muestran el resultado, pero no todo el trabajo que hay detrás. Una persona puede cambiar bastante después de varias horas de maquillaje profesional.

La omisión de las siluetas mayoritarias: en la publicidad sólo se suele mostrar un tipo de silueta, personas altas, muy delgadas en el caso de las mujeres, y musculosos en el caso de los hombres. Que, además suelen ser caucásicos. Lo cual no se corresponde con la realidad, ya que el mundo está lleno de cuerpos diferentes.

Visualización del vídeo "DOVE EVOLUTION" en YouTube donde se muestran los trucos y montajes que suele emplear la publicidad: <https://www.youtube.com/watch?v=iYhCn0jf46U>

Actividad 1

Observa estas imágenes donde podemos ver cómo han manipulado una foto: la han retocado por ordenador mediante Photoshop o un programa similar.



¿Qué cambios observas en las chicas?

¿No crees que la foto original (derecha), ya era bonita?

Son dos chicas, con una sonrisa preciosa, han buscado una luz adecuada, han tenido una sesión de peluquería y maquillaje, y aun así, la empresa publicitaria ha retocado la foto.

¿Cuál crees que era el objetivo?

La foto se ha tomado para una campaña publicitaria de ropa de "tallas grandes", por eso escogieron dos modelos grandes. Sin embargo, retocaron la foto, para que parecieran más delgadas. De esta forma, consideran que la ropa les queda mejor, al público le gustará más, y comprarán más ropa.

Si una persona que necesita comprar esas "tallas grandes", solamente ve la foto final (izquierda), ¿de qué manera crees que esto puede afectar su autoestima?

¿Si el cuerpo perfecto que muestra la publicidad no existe, ya que las imágenes están manipuladas, es posible alcanzarlo? ¿es justo para nosotros compararnos con ese ideal irreal?

La publicidad nos intenta inculcar algunas ideas falsas.

• Nos vende la idea de que debemos tener un cuerpo perfecto y delgado, porque nos proporcionará éxito y felicidad. Sin embargo, son más importantes las cualidades y valores personales. La felicidad está dentro de nosotros, no fuera.

• Nos hace creer que puedes conseguir el cuerpo que deseas, gastando grandes cantidades de dinero en dietas milagrosas, productos adelgazantes, cremas adelgazantes, productos anticelulíticos, maquillajes, tratamientos estéticos, cirugías, lipoescultura... No es cierto, no podemos cambiar nuestro cuerpo como si fuésemos de plastilina, pero muchas personas, se creen estos mensajes que lanza la publicidad y quieren ser como los modelos de la televisión, pero cuando no consiguen el cuerpo que quieren, sienten insatisfacción y culpabilidad y su autoestima se ve dañada.

• Mi cuerpo no puede cambiar drásticamente su peso y forma de la noche a la mañana. Tenemos que aceptar que no hay dietas ni ejercicios milagrosos para transformar rápidamente nuestro cuerpo. Lo que podemos hacer es cuidar del cuerpo, comer equilibrado y hacer deporte, trabajar para que esté en las mejores condiciones de salud, pero teniendo en cuenta que no lo podemos cambiar drásticamente. Además, nuestra genética, juega un papel fundamental a la hora de determinar nuestras características físicas.

Recuerda:

- Se debe mantener un espíritu crítico ante los mensajes publicitarios para estar protegidos ante estas situaciones y evitar sentirse mal con uno mismo. Sólo de esta forma, con una actitud crítica ante este tipo de mensajes e imágenes, se puede estar protegido ante esta manipulación y evitar sentirse mal con uno mismo por plantear comparaciones injustas.
- Ser guapa/delgada no es lo mismo que ser feliz.
- Quién se beneficia de todo esto, es la industria, tú pierdes. Tú nunca llegarás a alcanzar sus cánones, y aunque los alcanzaras, sería algo temporal, breve, el cuerpo cambia y la juventud es efímera.

Nota para el docente:

Es conveniente explicar que nunca se van a alcanzar los cánones de belleza que impone la sociedad, porque son muy estrictos, cambian con el tiempo, así como también nuestro cuerpo cambia con la edad y las circunstancias. La industria gana si tú no estás conforme con tu cuerpo, porque gastarás más dinero en productos de belleza, ropa, incluso operaciones de estética. Pero si te amas, te respetas y te valoras, el que ganas eres tú.

Actividad 3

Redes sociales

Debemos tener en cuenta, que en las redes sociales no todo es lo que parece. Como decimos, muchas de las fotografías están retocadas, y se buscan poses y luces que les hagan lucir mejor. Por eso es conveniente que seamos críticos con lo que vemos, y selectivos con las cuentas y personas que seguimos.

La mayoría de famosos están en las redes sociales porque ganan dinero vendiendo productos, es decir, las marcas les pagan, para que lleven determinada ropa puesta, zapatos, bolsos, jueguen a determinados videojuegos, usen algunos móviles, etc.

Esto crea necesidades en la gente que los ve, ya que los quieren imitar, y para ser como ellos, acaban comprando los mismos productos. Además, engañan a la población, puesto que no suelen decir abiertamente que es publicidad.

Por eso, hemos de intentar seguir en redes sociales a cuentas y personas que nos aporten algo, que nos ayuden a crecer como personas, que nos hablen de libros, medio ambiente, valores sociales, recetas sanas, deporte... y no sólo a modelos y gente rica que alardea de un tipo de vida que no es la común y que difícilmente vamos a poder conseguir.



En esta imagen podemos ver claramente la diferencia entre una foto cuando la chica está posando expresamente para salir bonita y sexy, y cuando la misma chica está siendo natural.

¿Serías capaz de proponer a tus compañeros/as cuentas de internet (Youtube, Instagram, Tiktok...) que no se basen en el aspecto físico y que nos aporten algo más como personas? Vamos a hacer una lista en la pizarra entre todos.

Nota para el docente:

Algunos ejemplos son: Ejemplos: @danaamercer @realfooding @natgeoespana @greenpeace_esp @reservawildforest.

Actividad 4

Análisis de un anuncio

Para poner en marcha el sentido crítico, se elegirá un anuncio. A continuación, vamos a responder una serie de preguntas.

Se puede buscar el anuncio en internet y mostrarlo a la clase.

¿Qué producto está anunciando?

¿Qué tipo de cuerpo muestra?

¿Qué técnicas puede haber utilizado (photoshopp, retoques, maquillaje, iluminación, fragmentación...)?

¿Incluye siluetas mayoritarias (cuerpos normales)?

¿Utiliza métodos para convencerte de comprar (música, colores, personas felices, gente guapa a la que quieres imitar...)?

¿Quién se beneficia del mensaje? ¿cuál es el fin (vender...)?

Actividad 5

Activismo social

Cualquier persona puede ayudar a terminar con las tácticas manipuladoras y dañinas que utiliza la industria publicitaria. Los publicistas irresponsables han de reconocer su contribución a la insatisfacción corporal de muchas personas. Cada uno de nosotros puede hacer algo.

Vamos a realizar una actividad en la que expongamos nuestras ideas a los medios de comunicación o empresas que utilizan la publicidad. Podemos seleccionar una empresa a la que queramos felicitar porque está incluyendo modelos de todas las tallas y tipos (Dove, Nike...) o podemos seleccionar una empresa que creamos que retoca las fotografías, sólo selecciona modelos muy delgados/as y guapos/as y crea complejos en las personas, para emitir nuestra queja. (Gucci, Saint Laurent, Ralph Lauren...)

Lo haremos a través de una carta. Tiene que ser una carta educada, dirigida al director, y donde le expongamos claramente lo que queremos decirle.

Debe incluir: fecha y dirección de destino, saludo, contextualización, opinión personal/queja, posicionamiento, petición, despedida, nombre y firma.

Nota para el docente:

La Asociación de Usuarios de la Comunicación, afirma que siempre que las cartas tengan un tono educado, su envío no comporta ningún problema de tipo legal. Se trata de un derecho del consumidor.

El docente debe facilitar la dirección del anunciante para enviar la carta. Se recomienda enviar copia de la carta a la Asociación de Usuario de la Comunicación.

Se puede realizar una única carta toda la clase, por parejas, grupos o individual. Es recomendable enviarlas de verdad y hacer partícipes de la respuesta al alumnado en el caso en que contesten.

Sirve para trabajar un contenido interdisciplinar, escribir una carta. También se puede optar por enviar una carta de felicitación a una empresa que creamos que lo está haciendo bien.



**Recetas saludables
y divertidas
para cocinar
con tu familia.**



Coulant de chocolate

Ingredientes (2 unidades):

- 1 huevo
- 30gr de harina de avena integral
- 30gr de cacao en polvo
- 2 dátiles
- 1 cucharada de aceite de oliva virgen extra o aceite de coco virgen extra

Preparación:

- Batimos el huevo y añadimos el cacao, los dátiles previamente remojados y sin hueso y la harina y batimos bien hasta que no queden grumos.
- Añadimos el aceite de oliva y mezclamos bien.
- Vertimos en los moldes individuales y opcionalmente añadimos unas escamas de sal por encima.
- Cocinamos al horno a 180 grados durante 4-6 minutos. Vigilad que quede líquido por dentro y no se haga demasiado.
- Decoramos con frutos rojos.



Galette

Ingredientes (6 galettes):

- 200 g de harina de trigo sarraceno integral
- 1 huevo M
- 600 ml de agua fría
- 1 cucharadita de sal

Relleno

- 300 g de espinacas
- 4 ajos finamente picados
- 100 g de queso rallado
- 12 lonchas de jamón ibérico o salmón ahumado
- 6 huevo (1 por galette)
- Sal y pimienta molida
- Aceite de oliva virgen extra



Preparación:

- Batimos el huevo y añadimos el cacao, los dátiles previamente remojados y sin hueso y la harina y batimos bien hasta que no queden grumos.
- Añadimos el aceite de oliva y mezclamos bien.
- Vertimos en los moldes individuales y opcionalmente añadimos unas escamas de sal por encima.
- Cocinamos al horno a 180 grados durante 4-6 minutos. Vigila que quede líquido por dentro y no se haga demasiado.
- Decoramos con frutos rojos.





Donuts de chocolate

Ingredientes (6 donuts):

- 100 gr de calabaza asada
- 60 gr de harina de avena
- 6 dátiles
- 1 huevo
- 20 gr de nueces
- 20 ml de bebida vegetal
- 1 cucharadita de levadura
- 30 gr de cacao 100% en polvo
- Chocolate 90% cacao

Preparación:

- Asamos la calabaza en el horno hasta que esté blandita.
- Quitamos el hueso de los dátiles y los dejamos en remojo con agua caliente unos 20 minutos.
- Batimos la calabaza previamente asada y enfriada con el huevo, la harina de avena, los dátiles y la bebida vegetal.
- A continuación, añadimos el cacao en polvo y la levadura.
- Añadimos las nueces picadas.
- Mezclamos bien y dejamos reposar 10 minutos.
- Ponemos la mezcla en los moldes de donuts y horneamos 25 minutos a 180 grados.
- Cuando los sacamos del horno, los dejamos reposar hasta que estén a temperatura ambiente.



Lasaña enrejada

Ingredientes:

- Una cucharada de aceite de oliva virgen extra
- Cebolla y ajo
- Tomate triturado
- Carne picada
- Queso grana padano
- Especias al gusto
- Láminas de zanahoria y calabacín



Preparación:

- Sofreír cebolla y ajo con una cucharada de aceite de oliva.
- Agregar la carne picada y el tomate.
- Colocar la mezcla de carne intercalando láminas de verduras haciendo capas.
- Como último paso crea el enrejado superponiendo las láminas entre sí alternando los colores.
- Coloca queso rallado y gratina durante al menos 20 min. Al horno.





Recomendaciones generales para las familias

Aquí se recogen una serie de directrices que es conveniente poner a disposición de madres y padres:

Recomendable

- Enséñales en casa a comer una dieta variada y equilibrada.
- Hablar de la diversidad corporal, la importancia de enseñar a los niños a respetar todos los tipos de cuerpos.
- Explícales que es de mala educación hablar del cuerpo de los demás.
- Escuchar a los niños, comprenderlos y enseñar a gestionar las emociones y conflictos sin esquivar los problemas y sin sobreprotegerlos.
- Enseñar a los niños a cuidar su cuerpo pero por ganar calidad de vida, porque su cuerpo es donde van a vivir siempre, y porque hay que trabajar para que sea la mejor máquina posible, que dure el máximo tiempo y en las mejores condiciones.
- Al menos una comida juntos al día y sin televisión para favorecer la comunicación.
- Huir de la vida sedentaria: ir al cole andando, practicar un deporte, no abusar de videoconsolas, restringir el tiempo de tele, subir por las escaleras, todos los fines de semana hacer una actividad física, apuntarles a un deporte que les guste y explicar los beneficios del deporte sin decir que sirve para adelgazar: ayuda a hacer amigos, es divertido, es saludable, previene enfermedades, creceremos mejor, seremos más responsables, más autónomos, sacrificio, etc.
- Enseñar a comer bien, manteniendo una buena relación con la comida, sin obsesionarse, optar siempre por alimentos naturales y de temporada. Productos que te puedas imaginar de dónde vienen. No cuesta imaginarse una

Desaconsejable

- No castigues o premies a tus hijos con comida.
- Evita comentarios familiares acerca del peso, dietas o presión para adelgazar.
- No hables del cuerpo de los demás, sea de forma bonita o fea, pues se genera inseguridad hacia el propio cuerpo y rechazo a los cuerpos que no cumplen estos cánones.
- No hay comidas exclusivas para niños (desayunos, meriendas, cereales, chocolatinas, nuggets...) un niño puede comer lo mismo que un adulto, pero diferentes cantidades. Es una estrategia de marketing. Es mejor que coma paella, que nuggets con ketchup.
- No hacer dieta. No son saludables y no son un buen ejemplo para los niños. Si una persona vive 85 años, ¿va a servir de algo que haga dieta 4 meses? Cuando se paran las dietas siempre se recupera el peso perdido, incluso más. Generan ansiedad y producen una mala relación con la comida. Nunca hay que someter a los niños a dietas de pérdida de peso.
- No obligar a comer a los niños: tú pones la calidad y ellos la cantidad.
- No prohibir el uso de medios de comunicación o redes sociales (lo prohibido es más tentador), pero educar para que sean críticos con ellas. Que entiendan que todo lo que sale en televisión está manipulado y que muchas de las vidas y los cuerpos que vemos en redes sociales no son reales. Ya que de lo contrario, las redes sociales pueden dañar la imagen corporal y la autoestima.

pera en el árbol o una vaca en el pasto, pero no tenemos ni idea de dónde viene una Coca-cola.

- Cambiar poco a poco malos hábitos por buenos. Irlos incorporando lentamente. La buena alimentación es un proceso de por vida, no es algo puntual.
- Si se necesita perder peso, se debe acudir a un especialista en nutrición que nos acompañe en el proceso de aprender a comer saludablemente. Invertir un año de tu vida en aprender qué debes comer, cuanta cantidad, de qué forma cocinar, que nos resuelva dudas, que nos garantice que es lo mejor para nuestra salud, que sea variado, divertido, fácil de mantener en el tiempo y que además vaya acompañado de actividad física.
- Invertir tiempo en cocinar en casa y en comprar productos de calidad, es invertir tiempo en prevenir enfermedades y en ganar calidad de vida.
- Enseñar a nuestros hijos a comer bien y a respetar su cuerpo, es la mejor herencia que les podemos dejar.
- Respetar su apetito, su hambre y su saciedad. De lo contrario, se perderán los mecanismos de hambre y saciedad que los niños mantienen intactos por su corta edad, pero se corre el riesgo de perderlos.
- En el caso de que los hijos dispongan de redes sociales, es primordial establecer normas y un horario para revisar las plataformas digitales. La supervisión es fundamental.

Evaluación docente

Estimado docente, gracias por haber implementado el programa EVERYBODY HAS A BODY en tu escuela. Con el fin de mejorar, nos gustaría conocer tu opinión de forma anónima. Por favor, lee detenidamente estas afirmaciones y selecciona la respuesta que más se adecúa según tu parecer:

1. Los objetivos y contenidos me han parecido acordes al nivel del alumnado.

De acuerdo / En desacuerdo

2. Considero que las actividades han sido variadas y adecuadas.

De acuerdo / En desacuerdo

3. Estoy satisfecho con los materiales del programa (guía docente y dossier de actividades).

De acuerdo / En desacuerdo

4. La temporalización me ha parecido adecuada para trabajar todos los contenidos (número de sesiones y duración de las mismas).

De acuerdo / En desacuerdo

5. El cuestionario CETRAR me ha parecido adecuado para el nivel del alumnado y correcto para evaluar la validez del programa y el riesgo de padecer TCA, obesidad o sobrepeso.

De acuerdo / En desacuerdo

6. El diseño del dossier ha sido agradable y comprensible para el docente (diseño, colores, ilustraciones, tipo de letra, vocabulario...).

De acuerdo / En desacuerdo

7. Creo que el diseño del dossier ha sido agradable y comprensible para el alumnado (diseño, colores, ilustraciones, tipo de letra, vocabulario...).

De acuerdo / En desacuerdo

8. Me ha parecido que el alumnado estaba interesado en el proyecto.

De acuerdo / En desacuerdo

9. Considero que es una buena forma de detección precoz de trastornos alimentarios/obesidad.

De acuerdo / En desacuerdo

10. Considero que es una buena forma de prevenir trastornos alimentarios/obesidad en los pre-adolescentes.

De acuerdo / En desacuerdo

11. Mi satisfacción con el programa EVERYBODY HAS A BODY, en general ha sido:

Mala / Intermedia / Buena

Propuestas de mejora:

Otros aspectos a tener en cuenta para ediciones futuras:

• Guía docente

EVERYBODY HAS A BODY

PROGRAMA ESCOLAR

Beatríz Alonso Tena
María Amparo Calatayud Salom

Anexo IV: Carta Conselleria



RESOLUCIÓ DEL SECRETARI AUTONÒMIC D'EDUCACIÓ I FORMACIÓ PROFESSIONAL DE LA CONSELLERIA D'EDUCACIÓ, CULTURA I ESPORT PER LA QUAL S'AUTORITZA EL PROJECTE D'INVESTIGACIÓ EDUCATIVA: "EVERYBODY HAS A BODY", DIRIGIT PER NA BEATRIZ ALONSO TENA, DOCTORANDA DE LA FACULTAT DE FILOSOFIA I CIÈNCIES DE L'EDUCACIÓ DE LA UNIVERSITAT DE VALÈNCIA.

Vista la sol·licitud, de Na Beatriz Alonso Tena, mitjançant la qual demana autorització d'accés a l'alumnat de centres educatius per a l'emplenament de qüestionaris emmarcats en un projecte d'investigació educativa.

Vist l'informe favorable, amb data 29 d'abril de 2021 de la Inspecció General d'Educació; i segons les competències que em confereix el Decret 173/2020, de 30 d'octubre, del Consell, d'aprovació del Reglament orgànic i funcional de la Conselleria d'Educació, Cultura i Esport.

RESOLC

1. Autoritzar l'emplenament de qüestionaris per part de l'alumnat emmarcats en el projecte d'investigació educativa anteriorment citat al centre educatiu, en l'àmbit de competències d'aquesta Secretaria Autònoma, CEIP Doctor Olóriz de València.

2. L'ompliment de qüestionaris per part de l'alumnat s'autoritza en 5^é i 6^é de l'etapa d'Educació primària del centre esmentat al punt primer d'aquesta resolució.

3. La Secretaria Autònoma d'Educació i Formació Professional comunicarà, aquesta autorització, juntament amb la documentació del projecte, al Director/a Territorial que correspon als centres docents que participen en el projecte per a ser notificats. Una vegada rebuda la documentació, el director/a del centre sol·licitarà al Consell Escolar l'autorització perquè es puga emplenar total o parcialment el qüestionari per part de l'alumnat seleccionat.

4. Davant la situació actual derivada de la crisi sanitària ocasionada per la COVID-19, cas que el Consell Escolar del centre autoritze l'emplenament total o parcial del qüestionari o qüestionaris, s'hauran de prendre les mesures de protecció i prevenció enfront de la COVID establides tant al "Protocol de protecció i prevenció front a la transmissió i contagi del SARSCoV-2 per a centres educatius que impartisquen ensenyaments no universitaris en el curs 2020-2021 de la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública i el conseller d'Educació, Cultura i Esport", com al Pla de Contingència elaborat pel centre educatiu.

Vista la sol·licitud, de D^a Beatriz Alonso Tena, mediante la cual pide autorización de acceso al alumnado de centros educativos para la cumplimentación de cuestionarios enmarcados en un proyecto de investigación educativa.

Visto el informe favorable, con fecha 29 de abril de 2021 de la Inspección General de Educación; y según las competencias que me confiere el Decreto 173/2020, de 30 de octubre, del Consell, de aprobación del Reglamento orgánico y funcional de la Conselleria de Educación, Cultura y Deporte.

RESUELVO

1. Autorizar la cumplimentación de cuestionarios por parte del alumnado enmarcados en el proyecto de investigación educativa anteriormente citado en el centro educativo, en el ámbito de competencias de esta secretaría Autónoma, CEIP Doctor Olóriz de València.

2. La cumplimentación de cuestionarios por parte del alumnado se autoriza en 5^o y 6^o de la etapa de Educación primaria del centro mencionado en el punto primero de esta resolución.

3. La secretaría Autónoma de Educación y Formación Profesional comunicará, esta autorización, junto con la documentación del proyecto, al Director/a Territorial que corresponde a los centros docentes que participan en el proyecto para ser notificados. Una vez recibida la documentación, el director/a del centro solicitará al Consejo Escolar la autorización para que se pueda cumplimentar total o parcialmente el o los cuestionarios por parte del alumnado seleccionado.

4. Ante la situación actual derivada de la crisis sanitaria ocasionada por la COVID-19, caso que el Consejo Escolar del centro autorice la cumplimentación total o parcial del cuestionario o cuestionarios, se tendrán que tomar las medidas de protección y prevención frente a la COVID establecidas tanto en el "Protocolo de protección y prevención frente a la transmisión y contagio del SARSCoV-2 para centros educativos que impartan enseñanzas no universitarias en el curso 2020-2021 de la Conselleria de Sanidad Universal y Salud Pública y el consejero de Educación, Cultura y Deporte", como en el Plan de Contingencia elaborado por el centro educativo.

5. L'esmentat compliment de qüestionaris per part de l'alumnat haurà de comptar amb l'autorització prèvia dels pares o tutors legals; havent de garantir-se, en tot moment, la confidencialitat de les seues respostes i el seu anonimat, així com la protecció de dades segons la normativa aplicable a aquest efecte. En cap cas el personal investigador, aliè al centre educatiu, haurà de custodiar dades identificatives dels participants les quals no preserven l'anonimat dels mateixos.

6. La participació del professorat i de l'alumnat en aquest projecte és així mateix voluntària i s'emmarca en l'autonomia pedagògica i organitzativa que li confereix la normativa vigent als centres educatius. Així, serà l'equip investigador el que es dirigeixca als centres educatius, mostrant la present autorització a la direcció, per a proposar la seua participació en el projecte.

7. Qualsevol canvi en el o els qüestionaris, així com dels centres on siguen aplicats, haurà de ser notificat a aquesta secretaria.

8. El present acte posa fi a la via administrativa. Podrà interposar-se, amb caràcter potestatiu, un recurs de reposició, de conformitat amb el que es preveu en els articles 114, 123 i 124 de la Llei 39/2015, d'1 d'octubre, del procediment administratiu comú de les administracions públiques, o bé interposar-hi directament un recurs contenciós administratiu d'acord amb els articles 10,14 i 46 de la Llei 29/1998, de 13 de juliol, reguladora de la jurisdicció contenciosa administrativa, davant els òrgans que s'indiquen a continuació:

a) El recurs de reposició haurà d'interposar-se davant el Secretari Autòmic d'Educació i Formació Professional de la Conselleria d'Educació, Cultura i Esport, en el termini d'un mes a comptar des de l'endemà de la seua notificació.

b) El recurs contenciós-administratiu haurà de plantejar-se davant el Tribunal Superior de Justícia de la Comunitat Valenciana en el termini de dos mesos a comptar des de l'endemà de la seua notificació.

5. Dicha cumplimentación de cuestionarios por parte del alumnado deberá contar con la autorización previa de los padres o tutores legales; debiendo garantizarse, en todo momento, la confidencialidad de sus respuestas y su anonimato, así como la protección de datos según la normativa aplicable al efecto. En ningún caso el personal investigador, ajeno al centro educativo, deberá custodiar datos identificativos de los participantes que no preserven el anonimato de los mismos.

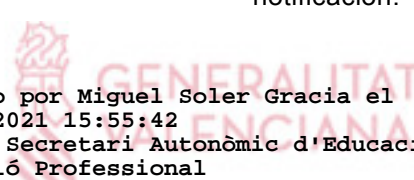
6. La participación del profesorado y del alumnado en dicho proyecto es asimismo voluntaria y se enmarca en la autonomía pedagógica y organizativa que le confiere la normativa vigente a los centros educativos. Así, será el equipo investigador el que se dirija a los centros educativos, mostrando la presente autorización a la dirección, para proponer al centro su participación en el proyecto.

7. Cualquier cambio en el o los cuestionarios, así como de los centros donde sean aplicados, tendrá que ser notificado a esta secretaría.

8. El presente acto pone fin a la vía administrativa., Podrá interponerse, con carácter potestativo, un recurso de reposición, de conformidad con lo que es prevé en los artículos 114, 123 y 124 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del procedimiento administrativo común de las administraciones públicas, o bien interponer directamente un recurso contencioso administrativo de acuerdo con los artículos 10,14 y 46 de la Ley 29/1998, de 13 de julio, reguladora de la jurisdicción contenciosa administrativa, ante los órganos que se indican a continuación:

a) El recurso de reposición deberá interponerse ante el Secretario Autónomico de Educación y Formación Profesional de la Conselleria de Educación, Cultura y Deporte, en el plazo de un mes a contar desde el día siguiente al de su notificación.

b) El recurso contencioso-administrativo deberá plantearse ante el Tribunal Superior de Justicia de la Comunitat Valenciana en el plazo de dos meses a contar desde el día siguiente al de su notificación.



Firmado por Miguel Soler Gracia el
30/04/2021 15:55:42
Cargo: Secretari Autòmic d'Educació i
Formació Professional

Anexo V: Cuestionario CETRAR



Fecha:

CUESTIONARIO CETRAR

1. Soy: Un niño Una niña
2. Tengo: _____ años
3. Peso: _____ kg
4. Altura: _____ cm
5. Mi centro escolar está en una zona:
- Urbana
 - Rural
 - Suburbana
6. ¿Cuál es la situación laboral de tu progenitor 1?
- Trabaja
 - Trabaja solo en las tareas de la casa
 - Parado
 - Jubilado/pensionista
 - Ha fallecido
 - No lo sé
7. ¿Cuál es la situación laboral de tu progenitor 2?
- Trabaja
 - Trabaja solo en las tareas de la casa
 - Parada
 - Jubilada/pensionista
 - Ha fallecido
 - No lo sé
8. ¿Cuál es el nivel de estudios más alto que ha terminado progenitor 1?
- Sin estudios o estudios primarios sin terminar
 - Estudios primarios terminados, certificado escolar o graduado escolar
 - Formación Profesional o Bachillerato superior
 - Estudios universitarios
 - No lo sé
9. ¿Cuál es el nivel de estudios más alto que ha terminado progenitor 2?
- Sin estudios o estudios primarios sin terminar
 - Estudios primarios terminados, certificado escolar o graduado escolar
 - Formación Profesional o Bachillerato superior
 - Estudios universitarios
 - No lo sé
10. Mi situación familiar es:
- Tradicional (dos progenitores)
 - Padres divorciados
 - Familia monoparental
 - Progenitor fallecido
 - Otra: _____

11. ¿La mayoría de los días, comes el comedor escolar, con tu familia o tú solo? Marca con una X

- En el comedor escolar
- Con mi familia
- Solo

12. ¿La mayoría de los días, cenas con tu familia o tú solo? Marca con una X

- Con mi familia
- Solo

13. ¿Practicas regularmente algún deporte fuera de la escuela? Marca con una X

- Sí
- No

14. Si has marcado SÍ, selecciona de qué tipo:

- De pelota
- De raqueta
- Acuáticos
- Danzas
- Atletismo
- Gimnasia rítmica o artística
- Otros: _____

15. ¿Cuántas horas dedicas a la semana a la práctica de deporte fuera de la escuela? Marca con una X

- De 1 a 3 horas
- De 4 a 6 horas
- Más de 6 horas

16. ¿Cuál es tu principal modo de desplazamiento en el día a día (para ir al colegio, a comprar, a hacer deporte, a casa de familiares/amigos...)?

- En coche u otro vehículo mecánico
- Caminando
- Bicicleta
- Otros: _____

17. Las redes sociales que principalmente suelo utilizar son: (Márcalas con X)

- Facebook
- Youtube
- Instagram
- TikTok
- Twitter
- WhatsApp
- Otras: _____

18. **Creo que estoy gordo/a aunque otros digan que estoy demasiado delgado/a.**
Muy en desacuerdo / En desacuerdo / Indiferente / De acuerdo / Muy de acuerdo
19. **Si las personas que te conocen, tuvieran que destacar tu mejor cualidad, ¿cuál crees que sería?**
-
20. **Si pudieras cambiar cualquier cosa de ti mismo, ¿qué sería?**
-
21. **Creo que hay alimentos que adelgazan.**
Muy en desacuerdo / En desacuerdo / Indiferente / De acuerdo / Muy de acuerdo
22. **Creo que se deben consumir estas raciones de fruta y/o verdura al día: Marca con una X**
- No hace falta tomar todos los días
 - 1 al día
 - Entre 2 y 4
 - 5 al día
23. **Siento envidia del aspecto físico de algunas personas que aparecen en redes sociales**
Nunca / Raramente / Ocasionalmente / Frecuentemente / Siempre
24. **Creo que saltarse alguna comida ayuda a adelgazar**
Muy en desacuerdo / En desacuerdo / Indiferente / De acuerdo / Muy de acuerdo
25. **Cuando no soy feliz como más**
Nunca / Raramente / Ocasionalmente / Frecuentemente / Siempre
26. **Creo que las dietas de un solo alimento o muy restrictivas (dieta de la piña, dieta de proteínas...) son adecuadas para bajar de peso.**
Muy en desacuerdo / En desacuerdo / Indiferente / De acuerdo / Muy de acuerdo
27. **Me preocupa la idea de tener grasa en el cuerpo.**
Nunca / Raramente / Ocasionalmente / Frecuentemente / Siempre
28. **Me siento solo.**
Nunca / Raramente / Ocasionalmente / Frecuentemente / Siempre
29. **Normalmente tomo un desayuno completo saludable (fruta, lácteo y pan integral con huevo, pavo o similar).**
Nunca / Raramente / Ocasionalmente / Frecuentemente / Siempre
30. **Mantengo buenas relaciones interpersonales con los demás.**
Nunca / Raramente / Ocasionalmente / Frecuentemente / Siempre

31. Señala con X la frecuencia en la que tomas estos alimentos:

	Todos los días	Semanalmente	Nunca
Verduras			
Frutas			
Legumbres			
Productos integrales (pasta, arroz, pan..)			
Pasta, arroz, pan normal			
Lácteos (leche, queso, yogur sin azúcar...)			
Lácteos azucarados (yogur, batidos...)			
Salchichas, hamburguesas, pizzas, nuggets, croquetas, patatas fritas...			
Carne			
Pescado			
Dulces o bollería			
Refrescos			

32. Me enfado mucho conmigo mismo/a cuando creo que he comido demasiado.

Nunca / Raramente / Ocasionalmente / Frecuentemente / Siempre

33. Creo que antes de ir al colegio es suficiente con desayunar un vaso de leche o no desayunar.

Muy en desacuerdo / En desacuerdo / Indiferente / De acuerdo / Muy de acuerdo

34. Hago mucho ejercicio para quemar calorías.

Nunca / Raramente / Ocasionalmente / Frecuentemente / Siempre

35. Me cuesta expresar mis sentimientos con respecto a lo que siento y me pasa.

Nunca / Raramente / Ocasionalmente / Frecuentemente / Siempre

36. Creo que la sensación de estar hambriento indica que se está perdiendo peso en ese momento.

Muy en desacuerdo / En desacuerdo / Indiferente / De acuerdo / Muy de acuerdo

37. Busco la perfección en todo lo que hago.

Nunca / Raramente / Ocasionalmente / Frecuentemente / Siempre

38. Sería más feliz si estuviera más delgado/a.

Muy en desacuerdo / En desacuerdo / Indiferente / De acuerdo / Muy de acuerdo

39. Tengo una actitud positiva hacia mí mismo/a (estoy satisfecho conmigo mismo, me valoro bien, me acepto...)

Nunca / Raramente / Ocasionalmente / Frecuentemente / Siempre

40. Intento imitar (en la forma de vestir, actuar, maquillaje, hábitos...) lo que veo en los medios de comunicación y redes sociales.

Nunca / Raramente / Ocasionalmente / Frecuentemente / Siempre

41. No me gusta que me vean en bañador porque me avergüenzo de mi aspecto físico.

Muy en desacuerdo / En desacuerdo / Indiferente / De acuerdo / Muy de acuerdo

42. Sigo consejos o dietas para mejorar mi físico, que he visto en medios de comunicación o redes sociales (dietas, deporte, productos “adelgazantes”...)

Nunca / Raramente / Ocasionalmente / Frecuentemente / Siempre

43. **Estaría más satisfecho/a conmigo mismo/a si me realizara una operación estética.**
Muy en desacuerdo / En desacuerdo / Indiferente / De acuerdo / Muy de acuerdo
44. **Creo que sudar hace perder peso.**
Muy en desacuerdo / En desacuerdo / Indiferente / De acuerdo / Muy de acuerdo
45. **Siento el deseo de estar más delgado/a.**
Nunca / Raramente / Ocasionalmente / Frecuentemente / Siempre
46. **Creo que mi salud está muy relacionada con mi alimentación.**
Muy en desacuerdo / En desacuerdo / Indiferente / De acuerdo / Muy de acuerdo
47. **He utilizado laxantes, diuréticos y/o fármacos para adelgazar.**
Nunca / Raramente / Ocasionalmente / Frecuentemente / Siempre
48. **Evito comer alimentos que creo que engordan.**
Nunca / Raramente / Ocasionalmente / Frecuentemente / Siempre
49. **Me salto comidas (como el desayuno, almuerzo, cena...) para adelgazar.**
Nunca / Raramente / Ocasionalmente / Frecuentemente / Siempre
50. **No sé identificar con claridad las emociones que siento en cada momento.**
Nunca / Raramente / Ocasionalmente / Frecuentemente / Siempre
51. **Me siento muy culpable cuando como en exceso.**
Nunca / Raramente / Ocasionalmente / Frecuentemente / Siempre
52. **¿Con qué frecuencia utilizas las redes sociales? Selecciona una y márcala con una X**
- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Solo los fines de semana y festivos | <input type="checkbox"/> Una hora al día todos los días |
| <input type="checkbox"/> Dos horas al día | <input type="checkbox"/> Más de dos horas al día |
53. **¿Para qué sueles utilizar las redes sociales? Marca las que más utilices con una X**
- Comunicarme por chat
 - Ver contenido que me interesa
 - Estar al tanto de la moda
 - Jugar a videojuegos
 - Seguir a personas famosas
 - Colgar mis propias fotos y vídeos
 - Otras:
54. **Vomito después de haber comido.**
Nunca / Raramente / Ocasionalmente / Frecuentemente / Siempre
55. **Para mí son muy importantes los cánones de belleza que se dan a conocer en las redes sociales (delgadez, moda, aspecto físico, músculos, bronceado...).**
Muy en desacuerdo / En desacuerdo / Indiferente / De acuerdo / Muy de acuerdo
56. **Creo que muchas enfermedades están relacionadas con la alimentación.**
Muy en desacuerdo / En desacuerdo / Indiferente / De acuerdo / Muy de acuerdo

- 57. Me siento insatisfecho si no tengo “suficientes” interacciones (*likes*, amigos, seguidores, reacciones...) en redes sociales.**
Nunca / Raramente / Ocasionalmente / Frecuentemente / Siempre
- 58. Creo que las redes sociales me incitan a tratar de modificar mi cuerpo.**
Nunca / Raramente / Ocasionalmente / Frecuentemente / Siempre
- 59. Siento deseos de consumir productos de alimentación/bebida que aparecen en los medios de comunicación.**
Nunca / Raramente / Ocasionalmente / Frecuentemente / Siempre
- 60. He tratado de perder peso haciendo dietas o dejando de comer.**
Nunca / Raramente / Ocasionalmente / Frecuentemente / Siempre
- 61. Evito alimentos que creo que engordan, para estar delgado/a como los famosos de redes sociales y televisión.**
Nunca / Raramente / Ocasionalmente / Frecuentemente / Siempre
- 62. Suelo hartarme de comida.**
Nunca / Raramente / Ocasionalmente / Frecuentemente / Siempre
- 63. Me influyen las redes sociales a la hora de elegir unos alimentos u otros.**
Nunca / Raramente / Ocasionalmente / Frecuentemente / Siempre
- 64. Creo que los productos light no engordan.**
Muy en desacuerdo / En desacuerdo / Indiferente / De acuerdo / Muy de acuerdo

Anexo VI: Informe Formación para los Docentes





COLEGIO PÚBLICO MUNICIPAL

"BENIMACLET"

C/. Arquitecto Arnau, s/n
Teléf. 96 361 88 17
Fax 96 389 14 41
46020 VALENCIA

MARIA MARTINEZ SANDEMETRIO con DNI 22587181P como directora del Colegio Municipal Benimaclet certifica:

La docente Beatriz Alonso Tena está impartiendo en nuestro centro una formación de 30 horas para todo el claustro, cuyos contenidos impartidos son:

- Aproximación a la obesidad y Trastornos de la Conducta Alimentaria (incidencia, factores de riesgo, factores de protección, problemas asociados...).
- Estrategias de prevención de obesidad y Trastornos de la Conducta Alimentaria.
- Ejemplos de actividades prácticas sobre alimentación en la escuela.
- Pautas para diferenciar los alimentos saludables de los que no lo son (etiquetas, ingredientes, eslóganes, Nutri-Score, productos light...).
- Ejemplos de almuerzos saludables para el alumnado.
- Proyecto de almuerzos saludables para toda la escuela.
- Aproximación al concepto de alfabetización mediática.
- Contribución de la alfabetización mediática en la prevención de obesidad y TCA.
- Ejemplos de actividades de alfabetización mediática.
- Ambiente obesogénico.
- Educación emocional y fortalecimiento de la autoestima para prevenir TCA y obesidad.

Aporto este documento para que sirva de acreditación ante los trámites oportunos.

Atentamente.

María Martínez

Directora



Anexo VII: Informe Formación para las Familias “Foment d’una Alimentació Saludable a l’Escola”





COLEGIO PÚBLICO MUNICIPAL

"BENIMACLET"

C/. Arquitecto Arnau, s/n

Teléf. 96 361 88 17

Fax 96 389 14 41

46020 VALENCIA

MARIA MARTINEZ SANDEMETRIO con DNI 22587181P como directora del Colegio Municipal Benimaclet certifica:

La docente Beatriz Alonso Tena está impartiendo en nuestro centro una formación para las familias donde se trabaja en base a pautas para mantener una buena alimentación en la familia, adquisición de buenos hábitos, estrategias de prevención de obesidad y TCA, el proyecto de desayunos saludables en la escuela y la importancia de la Educación emocional y fortalecimiento de la autoestima para prevenir TCA y obesidad

Aporto este documento para que sirva de acreditación ante los trámites oportunos.

Atentamente.

María Martínez

Directora



Anexo VIII: Evaluación Cualitativa Alumnado



Fecha:

Colegio:

Curso:

1. ¿Cuáles de los contenidos que hemos visto en el programa "EVERYBODY HAS A BODY", ya los conocías anteriormente?

2. ¿Qué cosas nuevas has aprendido durante el programa? Enuméralas.

3. ¿Qué crees que ha cambiado en TI (hábitos, actitudes, opiniones, conocimientos...) después de haber realizado este programa? Enuméralos.

4. ¿Antes del programa tenías creencias que has descubierto que son falsas? ¿Cuáles son?

5. ¿Cuáles son las actividades que más te han gustado?

6. ¿Cuáles son las actividades que menos te han gustado?

7. Si tuvieras que dar tu opinión con al respecto al programa en general, dirías que ha sido...

- Nada bueno
- Un poco bueno
- Algo bueno
- Bueno
- Muy bueno

8. Comentario general que quieras realizar sobre el programa:

Anexo IX: Evaluación Cualitativa Docentes



Estimado docente, gracias por haber implementado el programa EVERYBODY HAS A BODY en tu escuela. Con el fin de mejorar, nos gustaría conocer tu opinión de forma anónima. Por favor, lee detenidamente estas afirmaciones y selecciona la respuesta que más se adecúa según tu parecer:

1. Los objetivos y contenidos me han parecido acordes al nivel del alumnado.

De acuerdo / En desacuerdo

2. Considero que las actividades han sido variadas y adecuadas.

De acuerdo / En desacuerdo

3. Estoy satisfecho con los materiales del programa (guía docente y dossier de actividades).

De acuerdo / En desacuerdo

4. La temporalización me ha parecido adecuada para trabajar todos los contenidos (número de sesiones y duración de las mismas).

De acuerdo / En desacuerdo

5. El cuestionario CETRAR me ha parecido adecuado para el nivel del alumnado y correcto para evaluar la validez del programa y el riesgo de padecer TCA, obesidad o sobrepeso.

De acuerdo / En desacuerdo

6. El diseño del dossier ha sido agradable y comprensible para docente y alumnado (diseño, colores, ilustraciones, tipo de letra, vocabulario...).

De acuerdo / En desacuerdo

7. Me ha parecido que el alumnado estaba interesado en el proyecto.

De acuerdo / En desacuerdo

8. Considero que es una buena forma de detección precoz de trastornos alimentarios/obesidad.

De acuerdo / En desacuerdo

9. Considero que es una buena forma de prevenir trastornos alimentarios/obesidad en los preadolescentes.

De acuerdo / En desacuerdo

10. Mi satisfacción con el programa EVERYBODY HAS A BODY, en general ha sido:

Mala / Intermedia / Buena

Propuestas de mejora:

Otros aspectos a tener en cuenta para ediciones futuras:

Anexo X: Concesión distintivo Sello de Vida saludable



D^a. Reis Gallego Perales, directora general de Innovación Educativa y Ordenación de la Conselleria de Educación, Cultura y Deporte de la Comunitat Valenciana, en nombre y representación de dicha conselleria, informa favorablemente la solicitud del centro **CEIP BENIMACLET** relativa a su petición para optar al distintivo de calidad *Sello vida saludable*,

Certifica que el centro **CEIP BENIMACLET** de Valencia, código de centro: **46011181**, ha puesto en marcha un programa de vida saludable, y ha desarrollado las siguientes actividades:

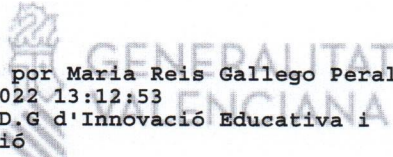
- Formación para el profesorado: "Alimentación saludable en la escuela"
- Fomento de una alimentación saludable en la escuela
- Formación para las familias: Buenos hábitos en la alimentación
- Almuerzos saludables
- Talleres prevención y obesidad y Tca "Everybody hay a body"

El centro da muestra del trabajo precedente realizado y del que se está llevando a cabo durante el curso escolar 2021-2022, detallando las actividades y las propuestas relacionadas con la vida saludable.

La Inspección de educación ha considerado dar el visto bueno a la solicitud de concesión del distintivo de calidad tras contrastar lo detallado en la memoria técnica.

Dicho proyecto se ha desarrollado de forma plenamente satisfactoria y ha contribuido a alcanzar los objetivos marcados en el artículo 2 de la Orden ECD/2475/2015 de 19 de noviembre («BOE» de 24 de noviembre) por la que se crea el distintivo de calidad Sello vida saludable.

La directora general de Innovación Educativa y Ordenación


Firmado por Maria Reis Gallego Perales el
24/02/2022 13:12:53
Cargo: D.G d'Innovació Educativa i
Ordenació

SR. DIRECTOR GENERAL DE EVALUACIÓN Y COOPERACIÓN TERRITORIAL.
(C/ LOS MADRAZO, 15-17, 28071 MADRID)

1/1