

TRABAJO FINAL DE MASTER



PROPUESTA DE PROGRAMA DE PREVENCIÓN DE TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA Y LA OBESIDAD DIRIGIDO A PROFESORES DE EDUCACIÓN FÍSICA DE SECUNDARIA

Estudiante: José Paulo Reyes González

Tutora: Mònica Figueras Maz

Septiembre 4 de 2013



AGRADECIMIENTOS

Quiero reconocer a las siguientes personas su aporte en este trabajo:

- Pere Soler Masó, por toda la colaboración brindada y que permitió mi ingreso y participación en el MIJS.
- Mònica Figueras Maz, por su invaluable trabajo de tutoría y asesoría de mi TFM.
- Cristina Carretero Jardí, por su gran colaboración durante mis prácticas.
- Perla Sonia Medina Aguilar, por el enriquecedor intercambio de opiniones y puntos de vista.

Todos ustedes han colaborado en la concreción de este TFM. Mil gracias.

ÍNDICE

	Página
Resumen	5
Introducción	8
1.1 Vinculación de las prácticas del MIJS con el TFM	12
1.2 Objetivos	14
1.3 Metodología y estructura del proyecto	15
PARTE I: Marco Teórico	16
2.1 Los jóvenes y su salud	17
2.2 Trastornos de conducta alimentaria y obesidad desde la postura hegemónica	18
2.2.1 Factores de riesgo	20
2.3 Un cambio de paradigma necesario: Los TCA y la obesidad más allá de la visión médica	22
2.3.1 Algunas aportaciones relevantes de las ciencias sociales que son poco consideradas	24
2.3.2 Los trastornos de conducta alimentaria y los jóvenes en la sociedad moderna o del riesgo	29
2.4 ¿Qué se ha hecho? Programas de prevención y atención	32
2.4.1 TCA y obesidad en centros educativos. Su relación con la Educación Física	34
2.5 El papel de los profesores de Educación Física	37

PARTE II. Diseño de una propuesta de prevención dirigida a profesores de Educación Física	39
3.1 Propuesta del programa de prevención	39
3.1.1 ¿De dónde surge este programa?	40
3.1.2 ¿Cómo es este modelo?	42
3.1.3 Planificación de los módulos	44
MÓDULO 1. Obesidad y TCA conductas de riesgo, señales de alerta, detección y prevención	44
MÓDULO 2. Estilos de vida, hábitos saludables, alimentación saludable	46
MÓDULO 3. Obesidad y TCA prevención desde la familia. Comunicación padres-profesores	50
MÓDULO 4. Obesidad y TCA en el aula ¿Qué hacer? Actuación del profesional en Educación Física	52
MÓDULO 5. Presión sociocultural, medios de comunicación, patrones de vida occidental, actitud crítica	55
MÓDULO 6. Autoestima, imagen corporal, estereotipos corporales	58
3.2 ¿Qué falta por hacer?	61
REFLEXIONES FINALES	64
Referencias	68
Anexos	

RESUMEN

En la actual concepción bio-psico-social, los Trastornos del Comportamiento Alimentario (TCA) y la obesidad están plurideterminados por factores biológicos, psicológicos y socioculturales que actúan como elementos perpetuantes en el tiempo.

Se pueden modificar actitudes contraproducentes con un programa de prevención multidisciplinar y disminuir de modo significativo la población con riesgo de obesidad y de padecer un TCA.

Para ello, es necesario desarrollar dichos programas de prevención, previos a la atención primaria, y la estrategia para lograrlo es la intervención ante factores de riesgo, integrada en un conjunto de actividades de educación para la salud más global.

Esta propuesta educativa pretende brindar a los profesores de Educación Física una revisión bibliográfica sobre la dimensión que desde la cultura occidental se tiene de los Trastornos del Comportamiento Alimentario (TCA) y la obesidad, al tiempo que promueve la reflexión sobre las posibilidades de intervención que ofrece la Educación Física desde el ámbito educativo en cuanto a la prevención de la obesidad, de los TCA, y de las conductas de riesgo.

La presente propuesta de proyecto de prevención quiere destacar la función que cumplen docentes, tutores y tutoras, como acompañantes de los estudiantes, su posición privilegiada para conocerlos de cerca y estar así atentos a sus vivencias y la posibilidad de identificar oportunamente conductas no saludables en estudiantes que necesiten ciertas pautas para mejorar su estilo de vida, modificar sus hábitos, o ser derivados para una atención especializada.

Por ese motivo, en esta propuesta educativa se invita a los docentes y tutores a revisar sus convicciones personales y cuestionar la manera de pensar sobre la belleza física y el cuidado corporal. Esta reflexión junto a las pautas metodológicas permitirá abordar el tema de los TCA y la obesidad con tacto, respeto y la atención necesaria frente a los sentimientos de los y las estudiantes que se encuentran en un periodo de cambios importantes y con interrogantes en torno a su identidad e imagen corporal.

PALABRAS CLAVE: Detección, Prevención, Desorden Alimentario, Obesidad, Educación Física, Anorexia, Bulimia, Trastornos Conducta Alimentaria.

ABSTRACT: In the current bio-psycho-social concept, eating disorders and obesity are determined by multiple factors, including biological, psychological and socio-cultural elements that act diachronically—predisposing, precipitating and perpetuating over time.

Attitudes can be modified with a multidisciplinary prevention program and significantly reduce the population at risk for obesity and eating disorders.

It is necessary to develop these prevention programs pre-primary, and the strategy to achieve this is through intervention against risk factors, integrated with a combination of educational activities for a more global health.

This educational proposal intended to provide teachers of physical education a literature review on the epidemiological dimension of Eating Disorders, and attempts to promote reflection on the possibilities of intervention in the educational environment of physical education in terms of prevention of obesity and eating disorders and risk behaviors.

The proposed prevention project desired to emphasize the role of teachers and tutors, who chaperone the students—their privileged position to learn more about the students and be aware of their experiences and the ability to promptly identify unhealthy behaviors of students who need change bad habits or to be referred for specialized care.

For that reason, this proposed educational and literature review, invites teachers and tutors to review their personal beliefs and challenge the way he or she thinks about physical beauty and body care. This consideration together with the methodological guidelines will address the issue of obesity and eating disorders with tact, respect and attention they need against the feelings of the students who find themselves in a period of important changes and with questions in relation to their identity and body image.

KEY WORDS: Detection, prevention, Eating Disorders, Obesity, Physical Education, Anorexia, Bulimia, Eating Behaviors.

SUMARI: En l'actual concepció bio-psico-social, els Trastorns del Comportament Alimentari (TCA) i l'obesitat estan plurideterminats per factors biològics, psicològics i socioculturals que actuen com a elements perpetuants en el temps.

Es poden modificar actituds contraproductives amb un programa de prevenció multidisciplinària i disminuir de manera significativa la població amb el risc d'obesitat i de patir un TCA.

Per a això, és necessari desenvolupar aquests programes de prevenció, previs a l'atenció primària, i l'estratègia per aconseguir-ho és la intervenció davant factors de risc, integrada en un conjunt d'activitats d'educació per a la salut més global.

Aquesta proposta educativa pretén brindar als professors d'Educació Física una revisió bibliogràfica sobre la dimensió que des de la cultura occidental es té dels Trastorns del Comportament Alimentari (TCA) i l'obesitat, al mateix temps que promou la reflexió sobre les possibilitats d'intervenció que ofereix l'Educació Física des de l'àmbit educatiu en quant a la prevenció de l'obesitat, dels TCA, i de les conductes de risc.

La present proposta de projecte de prevenció vol destacar la funció que compleixen docents, tutors i tutores, com a acompanyants dels estudiants, la seva posició privilegiada per conèixer-los d'a prop i estar així atents a les seves vivències i la possibilitat d'identificar oportunament conductes no saludables en estudiants que necessitin certes pautes per millorar el seu estil de vida, modificar els seus hàbits, o ser derivats per a una atenció especialitzada.

Per aquest motiu, en aquesta proposta educativa es convida als docents i tutors a revisar les seves conviccions personals i qüestionar la manera de pensar sobre la bellesa física i la cura corporal. Aquesta reflexió al costat de les pautes metodològiques permetrà abordar el tema dels TCA i l'obesitat amb tacte, respecte i l'atenció necessària enfront dels sentiments dels estudiants que es troben en un període de canvis importants i amb interrogants entorn de la seva identitat i imatge corporal.

PARAULES CLAU: Detecció, prevenció, Desordre Alimentari, Obesitat, Educació Física, Anorèxia, Bulímia, Trastorns Comportament Alimentari.

INTRODUCCIÓN

La idea de que un cuerpo perfecto es sinónimo de vida perfecta, de felicidad y de éxito, se ha asentado en el inconsciente colectivo de la cultura occidental, generando el pensamiento de que a mejor cuerpo, mejor vida.

Actualmente, se sabe que los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) y la obesidad constituyen un problema de salud a nivel internacional, debido a que las cifras de quienes padecen alguno de estos se ha incrementado en las últimas tres décadas, siendo las mujeres jóvenes y adolescentes de países desarrollados o en vías de desarrollo¹ la población con mayor riesgo de padecerlos². La anorexia y la bulimia son problemas de salud que se manifiestan como trastornos del comportamiento alimentario, y que, a veces, si no se tratan adecuadamente, pueden llegar a poner en peligro la vida de las personas que los sufren. Entre el 5% y el 18% de los casos de TCA culminan con la muerte (Martínez y otros, 2003: 241).

Al respecto, Benavente y cols.(2003), plantean que existe un aumento de los TCA visto como problema de salud propio de los países desarrollados, considerándolos como una pandemia que se ceba especialmente con los adolescentes, siendo la tercera enfermedad crónica más común en jóvenes de entre 12 y 25 años. De esta manera, los jóvenes constituyen un grupo de riesgo nutricional debido principalmente a los cambios sociales, demográficos y culturales que han experimentado y experimentan los países industrializados o en vías de serlo, y que influyen en las pautas de alimentación de la población. Los factores socioculturales que pueden generar los TCA y la obesidad, así como sus graves secuelas físicas, sociales y psicológicas han causado y causan una importante alarma social.

En España, se ha estimado que la prevalencia de TCA para las mujeres en la franja de edad de 12 a 21 años, es del 0.14% al 0.9% para la Anorexia Nerviosa (AN), del 0.41% al 2.9% para la Bulimia Nerviosa (BN) y del 2.76% al 5.3% en el caso de los Trastornos de la Conducta Alimentaria No

¹Se ha producido un incremento de dos a cinco veces en las cifras de prevalencia de TCA en las últimas tres décadas, aceptándose un porcentaje de 0,5-1% de Anorexia Nerviosa (AN), de 1-3% de bulimia nerviosa (BN) y de aproximadamente 3% de Trastornos de la Conducta Alimentaria no Especificados (TCANE) (Peláez, Labrador y Raich, 2005).

² La tasa de prevalencia de TCA en adolescentes se ha estimado en 9 mujeres por cada hombre (Peláez, Labrador y Raich, 2005).

especificados (TCANE). En total, las cifras de prevalencia de TCA van del 4.1% al 6.41% (Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Trastornos de la Conducta Alimentaria, 2009). Esta cifra se ha triplicado en los últimos ocho años (Gracia, 2007). En la región de Catalunya, la Asociación Catalana contra la Bulimia y la Anorexia (ACAB) en 2006, realizó una encuesta a 14.000 estudiantes y encontró que un 6,4% de los jóvenes catalanes entre 12 y 24 años, es decir 118.100 jóvenes, presentaron algún tipo de TCA, de los cuales 117.000 eran mujeres y 1.100 hombres. Se sabe además, que la edad de inicio es cada vez más temprana y aunque no existe unanimidad al respecto, la mayoría de los estudios coinciden en señalar que se observan dos picos de incidencia: el primero, en torno a los 14-15 años; y el segundo, entre los 18 y los 19 (Vellisca, 2012).

Se sabe también que la obesidad se ha incrementado en más del doble en todo el mundo desde 1980. Para el 2008, 1400 millones de adultos (de 20 y más años) tenían sobrepeso. Dentro de este grupo, más de 200 millones de hombres y cerca de 300 millones de mujeres eran obesos. El 65% de la población mundial vive en países donde el sobrepeso y la obesidad se cobran más vidas de personas que la insuficiencia ponderal (peso por debajo de lo normal). El sobrepeso y la obesidad son el quinto factor principal de riesgo de defunción en el mundo. Cada año fallecen por lo menos 2,8 millones de personas adultas como consecuencia del sobrepeso o la obesidad. Además, el 44% de la carga de diabetes, el 23% de la carga de cardiopatías isquémicas y entre el 7% y el 41% de la carga de algunos cánceres son atribuibles al sobrepeso y la obesidad. En 2010, alrededor de 40 millones de niños menores de cinco años de edad tenían sobrepeso. Si bien el sobrepeso y la obesidad tiempo atrás eran considerados un problema propio de los países de ingresos altos, actualmente ambos trastornos están aumentando en los países de ingresos bajos y medianos, en particular en los entornos urbanos, de hecho, en los países en desarrollo están viviendo cerca de 35 millones de niños con sobrepeso, mientras que en los países desarrollados esa cifra es de 8 millones (OMS, 2012).

Otros indicadores nos muestran como la delgadez se ha convertido en una supuesta virtud que proporciona éxito, seguridad, belleza, salud y aceptación social. Cuidar el cuerpo se ha confundido con perder kilos y cualquier aumento de peso es considerado como una falta cuyo castigo se paga con horas de gimnasio. La preocupación por la delgadez está dando lugar a un incremento notorio de los problemas relacionados con la insatisfacción de la imagen corporal y, de forma más concreta, de los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) y la obesidad. Nos encontramos ante un

problema de salud grave, que se ha infiltrado en personas de cualquier edad y sexo y donde los medios de comunicación están jugando un gran papel en esa idealización, proponiendo un cuerpo anormalmente delgado al que se le atribuye, cuando se consigue: belleza, éxito y control (Jorquera, 2008).

También se ha evidenciado que los diferentes tipos de industrias, apoyadas por el marketing y la publicidad, usan los medios de comunicación para legitimar y propagar dicho modelo de belleza corporal, que al mismo tiempo proclama *la eterna juventud* como un valor en alza que los individuos deben buscar a toda costa. De todas maneras, como lo recuerda Victoria Carrillo y Ana Castillo, es bueno tener en cuenta que la publicidad proyecta valores de la cultura. Por una parte, proyecta valores culturales que han florecido en el momento actual, el principio del siglo XXI, y por otra parte, proyecta valores tradicionales que evolucionan de forma dinámica, bajo las dimensiones de tiempo y espacio. Entre estos valores que parecen propios de la época actual, se encuentra el del culto al cuerpo. De forma apresurada se incurre a veces en juicios que destacan al culto al cuerpo como propio de la sociedad industrializada, capitalista y superflua de los últimos años, de las últimas décadas para ser más exactos, lo que no es del todo exacto, ya que, en gran parte, el culto al cuerpo está claramente relacionado con la belleza, valor tradicional en todas las culturas y tiempos (Carrillo, y Castillo, 2005).

En la actualidad, las representaciones del culto y hegemonía del cuerpo, se vinculan a lo *unisex*, generando un modelo y patrón ideal de extrema delgadez, y en el caso de las mujeres acercándose a una imagen prepuberal, andrógina y corporalmente inmadura. La extrema delgadez pasa a ser vista como un prototipo idealizado que erróneamente se asocia a la suficiencia y éxito, lo que genera que las personas que no encajan en dicha concepción (como las personas con medidas y pesos superiores a los modelos estéticos impuestos) estén en riesgo de algún tipo de discriminación o exclusión. Al respecto y al considerar el fenómeno como una nueva emergencia de salud, y en una sociedad prácticamente medicalizada, las acciones de intervención al igual que las de prevención en general se centran en “recetar” bien sea ejercicio, dieta, medicamentos, aislamiento social o talleres y terapias, que tanto desde el discurso biomédico como desde las políticas de salud al respecto, enfatizan en la atención y reducción de la epidemiología, pero que no abordan el fenómeno de manera individualizada, y la mayoría coinciden en dar más importancia a los factores biológicos, un poco a los psicológicos y muy poco a los sociales.

Los adolescentes y los jóvenes, como sector poblacional claramente afectado por los TCA, la obesidad y sus factores de riesgo, se convierten en el foco de atención de las políticas de salud, que desde un hegemónico discurso biomédico adelanta intervenciones en las fases preventivas desarrolladas desde el contexto escolar. Pero los estudios llevados a cabo indican que el éxito de dichas acciones no parecen totalmente eficaces.

En la actualidad asistimos a un momento en el cual las instituciones se desvinculan entre sí, y el mercado es quien media y trasmite valores. Por ejemplo, la familia descarga parte de su labor educadora en la escuela, pero dicha institución a su vez tampoco consigue transmitir de forma adecuada valores. Adolescentes y jóvenes se ven ante la ambigüedad de abrirse paso en una sociedad que les reclama acciones responsables y un saber actuar ante las adversidades y riesgos que encuentre, pero de la misma forma no le da pistas de a que instituciones recurrir en busca de apoyo. Un panorama de confusión que afecta la búsqueda de su identidad, y también puede perjudicar su autoestima y generar una no aceptación de sí mismos. Un contexto de negación en el cual la búsqueda de modelos y acciones a seguir puede empatizar con discursos falsos, generados desde los medios de comunicación, de falsos líderes o de conductas trasgresoras.

De esta manera se hace evidente el hecho de que una adecuada labor preventiva de los TCA y la obesidad habría que abordarla desde el marco de la educación puesto que no se trata de un problema que implique únicamente un comportamiento inadecuado frente a la alimentación por parte del individuo afectado. Es decir, la prevención de los trastornos de la alimentación y la obesidad, no sólo debe incluir la educación nutricional, también debe incluir, entre otros, la actividad física regular con objetivos diferentes a la búsqueda de la pérdida de peso o la quema de calorías (Quiles, 2011). Pese a esto, son escasos los programas preventivos que incorporan el área de la Educación Física, y en este sentido los profesores de Educación Física pueden jugar un papel muy importante, porque la labor que desempeñan al impartir las clases puede ser determinante por las claves que transmiten durante el desarrollo de las mismas, entendiendo que como profesores tienen una vinculación directa con jóvenes que pueden estar en riesgo de padecer estos trastornos.

En la prevención de TCA y obesidad, los profesores de Educación Física representan una vía de prevención que ha sido poco explorada y valorada. Y es aquí donde radica la importancia y la

originalidad³ de este trabajo, que busca, desde un enfoque interdisciplinar y usando una metodología diferente, resolver una demanda concreta.

En España, diversos autores han propuesto programas de prevención de trastornos de la conducta alimentaria trabajando con entrenadores (Díaz, 2005: 67-80; Olmedilla, 2002, 2: 13-28), y uno de los instrumentos más utilizados en los programas preventivos son los talleres grupales, tanto dirigidos a niños y adolescentes, como a profesores, entrenadores o padres (Sepúlveda et al, 2004; Solano-Pinto et al, 2004, Ruiz Lázaro, 2004), pero es difícil encontrar algunos que se realicen específicamente desde el área de la Educación Física. Y cuando se han propuesto, de todas maneras se enfocan en trabajar desde una retórica *culpabilizadora* en la que se obvia que los seres humanos no comen pensando solo en salud y enfermedad, sino que lo hacen condicionados por múltiples apremios (Contreras y Gracia, 2005: 41), y que comer es también un modo de comunicarse y de identificarse.

1.1 Vinculación de las prácticas del MIJS con el TFM

La idea inicial era trabajar los contenidos de los módulos de una propuesta de programa de prevención de TCA y obesidad dirigido a profesores de Educación Física.

Para lograr ese objetivo, desarrollé las prácticas del MIJS en ACAB y F-IMA. Las tareas realizadas durante dicha estancia me permitieron participar de los procesos desarrollados por la entidad tendientes a la prevención y la promoción de la salud y que se diseñan y ejecutan desde la institución. Pude participar como oyente en talleres de prevención dirigidos a familiares de afectados, talleres de prevención para adolescentes dictados en colegios de educación secundaria y talleres de prevención de la obesidad abiertos al público en general.

³ Tolchinshy, Rubio y Escofet mencionan que hay diferentes formas de lograr "*originalidad científica*" (2002): "Llevando a cabo una investigación empírica que no se haya realizado antes, aplicando algo hecho en un deporte a otro deporte, realizando una síntesis que no se haya realizado antes, utilizando o bien revisando con óptica diferente cosas ya dichas, probando en un país algo que sólo había sido probado en otro país, utilizando una técnica particular pero aplicándola a otra área o problema, proporcionando evidencia nueva sobre un tema conocido, proponiendo un enfoque interdisciplinar y usando diferentes metodologías, observando áreas en las cuales otra gente en la disciplina no haya realizado observaciones o resolviendo una demanda concreta".

La Asociación Contra la Anorexia y la Bulimia (ACAB) es una organización sin fines de lucro, fundada en 1992 para dar a conocer los trastornos de la conducta alimentaria -anorexia, bulimia y trastornos por atracones-obesidad-, las consecuencias y riesgos que estos comportan y a su vez procurar que las personas afectadas tengan la atención sanitaria especializada y de calidad.

Los objetivos de la fundación ACAB son por un lado ofrecer ayuda a las familias y personas que padecen algún trastorno de la conducta alimentaria, y por otro concientizar a la sociedad, las autoridades sanitarias y los medios de comunicación social de los graves prejuicios que tienen estos trastornos, especialmente para los grupos más vulnerables como son las mujeres adolescentes y jóvenes.

Por otro lado la Fundació Imatge I Autoestima (F-IMA) creada en 2006, tiene como objetivo la promoción de la salud y la prevención de los trastornos alimentarios. Desde sus inicios implica otras asociaciones y personas que buscan promover la salud y especialmente se concentran en la prevención de trastornos de la conducta alimentaria y la formación profesional al respecto. Desde el año 2007 iniciaron un trabajo conjunto con la ACAB para diseñar estrategias de prevención eficaces orientadas a jóvenes, profesores, educadores, y familias.

También tuve la oportunidad de involucrarme más de cerca con los procesos de investigación sobre el impacto de los factores sociales y su incidencia en la proliferación de los denominados trastornos del comportamiento alimentario. Después de la reflexión correspondiente y de acuerdo a los conocimientos adquiridos realicé una reestructuración de los módulos de la propuesta de programa de prevención de TCA, quedando de la siguiente manera:

- Presión sociocultural, medios de comunicación, patrones de vida occidental, actitud crítica.
- Obesidad y TCA en el aula. ¿Qué hacer? Actuación del profesional en Educación Física.
- Obesidad y TCA prevención desde la familia. Comunicación padres-profesores.
- Autoestima, imagen corporal, estereotipos corporales.
- Estilos de vida, hábitos saludables, alimentación saludable.
- Obesidad y TCA conductas de riesgo, señales de alerta, detección y prevención.

Después de la estancia en la asociación he considerado que se hace necesario que las tareas preventivas y de intervención en cuanto a los TCA y la obesidad sean abordadas con un enfoque

holístico e integrador de las diferentes áreas que puedan aportar nuevas maneras de contrarrestar el fenómeno en cuestión.

1.2 Objetivos

- El objetivo general de este trabajo es brindar a los profesores de Educación Física una revisión bibliográfica sobre la dimensión que desde la cultura occidental se tiene de los Trastornos del Comportamiento Alimentario (TCA) y la obesidad.

- Se busca promover, al mismo tiempo, la reflexión sobre las posibilidades de actuación que al respecto ofrece la Educación Física desde el ámbito educativo en cuanto a la prevención e intervención de la obesidad, de los TCA, y de las conductas de riesgo.

- También se quiere proponer un modelo de prevención holístico dirigido a los profesores de Educación Física de nivel secundaria, con la finalidad de que conozcan los factores de riesgo de los TCA y obesidad y con ello puedan actuar adecuadamente si los identifican, funcionando así como agentes de prevención. Es fundamental que los profesores (concretamente los profesores de Educación Física) sean conscientes que deben evitar plantear metas estéticas, deportivas o académicas poco realistas, y propiciar la transmisión de valores que fomenten una visión integral de la persona y por tanto contemple sus cualidades, aptitudes, actitudes y no solo su comportamiento físico.

- Como objetivo específico se propone analizar y dar un enfoque holístico a los contenidos educativos habituales, plasmarlos en una propuesta de programa para transmitirlos a los profesores de Educación Física, en conocimientos sobre aspectos principales:

Índice de masa corporal, conductas de riesgo relacionadas con comida y ejercicio, influencia de medios de comunicación en el modelo estético corporal y ambiente familiar, todo lo anterior desde un abordaje complementario a lo acostumbrado hegemónicamente.

- También se tiene como otro objetivo específico el interactuar con la población adolescente para favorecer su autoestima, autoimagen, comunicación interpersonal, integración social, juicio crítico ante los modelos culturales y mensajes de los medios de comunicación.

- El incremento en la prevalencia y la disminución de la edad de inicio, tanto de la obesidad como de los TCA, plantean la necesidad y el objetivo de desarrollar programas de prevención que favorezcan la detección temprana de indicadores de riesgo y con ello ayudar a disminuir el tiempo entre el diagnóstico y el inicio del tratamiento (en los casos en que se hace necesario).

Todos los objetivos anteriores se han teniendo en cuenta después de observar que el principal foco de atención al respecto de estos trastornos ha sido la aplicación de planes de intervención de los TCA y la obesidad, pero que son minoritarios los que se enfocan en la prevención.

1.3 Metodología y estructura del proyecto

Básicamente se propone *un enfoque reflexivo sobre la práctica* donde surgen numerosas corrientes con diferentes denominaciones y matices, pero en todas ellas subyace un deseo de superar la relación lineal y mecánica entre el conocimiento científico-técnico y la práctica en el aula.

“Más bien, se parte de reconocer la necesidad de analizar lo que realmente hacen los profesores cuando se enfrentan a problemas complejos de la vida del aula, para comprender cómo utilizan el conocimiento científico y su capacidad intelectual, cómo se enfrentan a situaciones inciertas y desconocidas, cómo elaboran y modifican rutinas, experimentan hipótesis de trabajo, utilizan técnicas, instrumentos y materiales conocidos y cómo recrean estrategias e inventan procedimientos, tareas y recursos” (Pérez Gómez, 1999: 412).

El documento está dividido en dos apartados generales: el primero es el marco teórico, en el cual se hace una diagnosis en torno al tema de los Trastornos de Conducta Alimentaria y la obesidad reflexionando sobre la visión que ha predominado al hablar de la salud de los jóvenes, y que acostumbra estar centrada en los problemas y riesgos para su salud; por ello, también se incorpora la necesidad de reconocer las aportaciones que las ciencias sociales han hecho al respecto. Así mismo se aborda la manera en que se han construido las acciones para atender estos trastornos y lo que se ha logrado con ellas. Para terminar el apartado se propone la reflexión sobre ¿Cómo puede integrarse el conocimiento aportado por las ciencias sociales en el ámbito práctico? ¿De qué manera la visión más allá de la medicalización nos aporta opciones para reducir las consecuencias que los TCA suponen en la vida cotidiana de quienes los padecen? El segundo apartado contiene la

propuesta de prevención, dirigida a los profesores de Educación Física de secundaria. El trabajo culmina con una reflexión sobre los puntos que hay que tener en cuenta a la hora de implementar una labor de prevención como la que aquí se propone y los pasos que aún están pendientes de realización.

El procedimiento para diseñar esta propuesta, fue hacer una revisión bibliográfica y documental de los TCA y la obesidad desde diferentes posturas teóricas, se revisaron también otros talleres e intervenciones diseñadas para prevención y atención de estos problemas en la población joven. De esta revisión se obtuvo una primera propuesta del esquema y los contenidos de la misma, para ser sometida a revisión por parte de diferentes profesionales expertos en la materia que colaboran en la ACAB⁴ y en la F-IMA⁵, dos organizaciones no lucrativas especialistas en TCA. Con la colaboración de estas asociaciones, y después de pruebas piloto, se pretende modificar los contenidos y la estructura de la propuesta.

Después de los cambios, la nueva propuesta sometida a revisión se espera sea aprobada. La versión final de este programa y su realización con los Profesores de Educación Física es lo que pretende y propone este trabajo.

PARTE I: MARCO TEÓRICO

Hablar de Trastornos de Conducta Alimentaria y de la salud de los jóvenes, con frecuencia remite al campo de los problemas de la salud. Bajo la perspectiva médica, los TCA se explican desde un

⁴La Asociación Contra la Anorexia y la Bulimia (ACAB) es una organización sin fines de lucro, fundada en 1992 para dar a conocer los trastornos de la conducta alimentaria -anorexia, bulimia y trastornos por atracones-obesidad-, las consecuencias y riesgos que estos comportan y a su vez procurar que las personas afectadas tengan la atención sanitaria especializada y de calidad. Esta asociación ofrece ayuda a las familias y personas que padecen algún trastorno de la conducta alimentaria, y buscan concientizar a la sociedad, las autoridades sanitarias y los medios de comunicación social de los graves prejuicios que tienen estos trastornos, especialmente para los grupos más vulnerables como son las mujeres adolescentes y jóvenes.

⁵ La Fundació Imatge i Autoestima (F-IMA) creada en 2006, tiene como objetivo la promoción de la salud y la prevención de los trastornos alimentarios, desde sus inicios implica otras asociaciones y personas que buscan promover la salud y especialmente se concentran en la prevención de trastornos de la conducta alimentaria y la formación profesional al respecto. Desde el 2007 iniciaron un trabajo conjunto con la ACAB para diseñar estrategias de prevención eficaces orientadas a jóvenes, profesores, educadores, y familias.

discurso hegemónico cargado de prejuicios y estigmatizaciones sobre la juventud, su salud, sus decisiones y comportamientos.

2.1 Los jóvenes y su salud

El concepto de juventud, de acuerdo a varios investigadores especializados en el tema, es el tramo de un proceso biográfico, que va desde la emergencia de la pubertad física hasta la adquisición de la emancipación familiar plena (Casal, García, Merino y Quesada, 2006). De esta manera los adolescentes van adquiriendo un grado cada vez mayor de autonomía en muchos sentidos, incluyendo las decisiones que toman respecto a su salud. Esto representa un conflicto en el momento en que los adultos se asumen responsables de cuidar la salud de los jóvenes, y llevan a cabo dicho cuidado cargándolo de un excesivo interés en las conductas juveniles que contemplan como *riesgosas*, y que son vistas desde las connotaciones morales y estereotipadas de la *bondad* y *maldad* que durante mucho tiempo han acompañado la concepción coloquial de la juventud (Romaní, Planas, Feixa, Trilla, y cols, 2010).

Para Domingo Comas (2008) el exceso de interés social por algunos problemas de salud de la población joven, tiene mucho que ver con la cuestión de la “disciplina social”. Este autor plantea que en nombre de la disciplina social se seleccionan determinados temas, donde se relacionan los comportamientos juveniles con problemas de salud para introducir un relato, un discurso social, que permita llamar la atención, y mediante ello disciplinar a la gente joven que adopta conductas y comportamientos rupturistas o innovadores que suelen poner a prueba las normas sociales, casi siempre para interiorizarlas y asumirlas mejor, mientras que la sociedad de los adultos y las instituciones siempre tratan de evitar las conductas “peligrosas”. De esta manera se consigue plantear que los riesgos para la salud, son una amenaza fuerte que debe ser controlada. En resumen, el punto de conexión entre el ámbito de la salud y el de la juventud ha sido prioritariamente la noción de los riesgos.

El asunto a debatir es que los adultos se enfocan en ciertos problemas que no son exactamente los de mayor prevalencia entre los jóvenes, pero que sí tienen que ver con fenómenos emergentes, y como todo lo emergente que asusta, requiere un mayor énfasis de control social. Desde la propuesta

sociológica de Ulrich Beck (2007), la noción de riesgo en las sociedades modernas, nos lleva a un intrincado abanico de opciones entre las que los jóvenes (porque este texto se centra en dicho grupo) tienen posibilidades de elegir. Lo que se aprecia es que esta concepción de riesgo se ha articulado perfectamente bien con la visión médica hegemónica de la salud juvenil, para a partir de ella argumentar que entre las posibilidades de elegir, ellos (los jóvenes) eligen el *camino peligroso*.

Los trastornos de conducta alimentaria en los jóvenes ha sido un tema de preocupación creciente⁶, definidos y atendidos desde la visión hegemónica medicalizada y adultocéntrica de la salud. ¿Pero cómo concibe esta postura a los jóvenes dentro de los TCA?

2.2 Trastornos de la Conducta Alimentaria y Obesidad desde la postura hegemónica

Médicamente las alteraciones en el comportamiento alimentario se han definido desde manuales de diagnóstico internacionales como el CIE-10⁷ elaborado por la Organización Mundial de la Salud y el Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV por sus siglas en inglés)⁸ desarrollado por la Asociación Americana de Psiquiatría (APA). Desde estos manuales de diagnóstico se ha establecido que los TCA involucran a la Anorexia Nerviosa (AN), a la Bulimia Nerviosa (BN), y otros trastornos no especificados (TCANE). La Obesidad por otro lado, no está incluida en el DSM-IV (porque éste es un manual de diagnóstico psiquiátrico) pero sí está contemplada en el CIE-10 dentro de las enfermedades nutricionales. A continuación se describe la concepción de estas tres condiciones desde estos parámetros médicos, después se analizarán algunos elementos de esta descripción.

La AN, catalogada por el CIE-10, se define como una pérdida deliberada de peso, inducida o mantenida por el mismo enfermo, apareciendo con mayor frecuencia en muchachas adolescentes y

⁶ En la biblioteca del INJUVE, en la entrada "salud", el tipo de publicación más frecuente se refiere a "anorexia" y "bulimia" (Comas, 2008).

⁷ La organización mundial de la salud publicó en 1992 el CIE (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems), que es usado a nivel internacional para promover la recolección, procesamiento, clasificación y presentación de estadísticas relacionadas con salud mental. En este momento, la clasificación en vigor es la décima edición (CIE-10).

⁸ El DSM fue elaborado con el propósito de proporcionar descripciones de las categorías diagnósticas, para que los clínicos y los investigadores puedan diagnosticar, dar tratamiento, estudiar e intercambiar información sobre los distintos trastornos mentales. En 1994, se publicó la cuarta versión, DSM-IV, esta es la versión vigente al día de hoy.

mujeres jóvenes, aunque en raras ocasiones puede afectar a varones adolescentes y jóvenes, así como niños. El DSM-IV a su vez, plantea que la AN se refiere al rechazo a mantener el peso corporal igual o por encima del valor mínimo normal, considerando la edad y la talla, y que este padecimiento se caracteriza por tener un miedo intenso a ganar peso o a convertirse en obeso, incluso si la persona está por debajo del peso normal. Implica una alteración de la percepción del peso o la silueta corporales, y la exageración de la importancia que comporta el bajo peso corporal. Entre las consecuencias que el manual menciona se encuentra la amenorrea.

Resulta interesante ver que el CIE-10 afirma que las causas fundamentales de la AN siguen sin conocerse, aunque existe evidencia cada vez mayor de que hay una serie de factores socioculturales y biológicos que interactúan entre sí contribuyendo a su presentación, en la que participan también mecanismos psicológicos menos específicos y una vulnerabilidad de la personalidad. Cuando se dice que existe una mezcla de factores, socioculturales y biológicos sumados a mecanismos psicológicos y una personalidad vulnerable, se dice mucho y nada al mismo tiempo, porque se afirma que la presencia de AN es una cuestión compleja sin aclarar cuáles son esos factores y cómo se articulan entre sí para que la AN se presente. Por su parte la BN, se ha definido por el CIE-10 como un síndrome caracterizado por episodios repetidos de ingesta excesiva de alimentos y por una preocupación exagerada por el control del peso corporal y de la comida. Para contrarrestar el aumento de peso, el enfermo utiliza uno o más de uno de los siguientes métodos: vómitos autoinducidos, abuso de laxantes, períodos intervalares de ayuno, consumo de fármacos tales como supresores del apetito, extractos tiroideos o diuréticos. Hay deseos irresistibles de comer, de modo que quien la padece termina por sucumbir a ellos, lo que lleva al enfermo a adoptar medidas extremas para mitigar el aumento de peso producido por la ingesta de comida. Este trastorno puede ser considerado como una secuela de la AN persistente (aunque también puede darse la secuencia contraria). A su vez el DSM-IV especifica que la bulimia nerviosa se diagnostica cuando hay atracones recurrentes, sensación de no poder parar de comer o no poder controlar el tipo o la cantidad de comida que se está ingiriendo, después hacer conductas compensatorias inapropiadas, con el fin de no ganar peso, como vómito autoinducido, abuso de laxantes, uso de diuréticos, enemas u otros fármacos, ayuno y ejercicio excesivo.

La Obesidad, desde el CIE-10, se ha definido como una acumulación anormal o excesiva de grasa que puede ser perjudicial para la salud. Para saber si existe este problema en una persona, se mide

el peso y la talla y con ello se obtiene el Índice de Masa Corporal (IMC). Este indicador se utiliza frecuentemente para identificar el sobrepeso y la obesidad en los adultos.

2.2.1 Factores de Riesgo

La juventud y su salud en todo lo referente a los TCA y obesidad, se ha abordado principalmente y de manera amplia desde una visión medicalizada, que ve en la gente joven un colectivo de individuos con una endeble estructura psico-biológica, expuestos a la influencia de la presión consumista y publicitaria de los medios de comunicación. Dicha visión se centra principalmente en la noción de riesgo, pero no desde la visión de multiplicidad de opciones que plantea Beck (2007), sino desde los riesgos para la salud, y en este enfoque raramente se contemplan las condiciones culturales y sociales intervinientes, reafirmando con ello la *necesidad* de protección adulta. Un ejemplo de esta visión es que diferentes estudios se han preocupado por indagar los factores de riesgo y protección asociados a los TCA en adolescentes. En ellos se ha encontrado que condiciones como: la edad, una baja autoestima general, el incremento en el Índice de Masa Corporal (IMC), y la discrepancia negativa entre la imagen percibida y la ideal, es decir el deseo de tener como ideal un cuerpo más delgado que el real (Trujano, De Gracia, Nava, Marcó y Limón, 2010), son factores que ponen en riesgo a los adolescentes de padecer algún tipo de TCA.

También se ha encontrado más prevalencia de estos riesgos en las edades comprendidas entre los 11-12 años, y que las niñas con un alto riesgo de desarrollar un trastorno de la alimentación, consumían menos comidas, comían menos alimentos poco saludables, eran más propensas a seguir más dietas y prestaban más atención a los componentes nutricionales (Quiles, 2011).

Para el análisis y determinación de las conductas de riesgo relacionadas con la ingesta de alimentos se han explorado diferentes indicadores. Por ejemplo, Benavente y cols. (2003) evaluaron el estado nutricional, el tipo de alimentación, exploraron situaciones y hábitos familiares y culturales, así como la influencia de los medios de comunicación en escolares, sus madres y sus padres, como también a través de la medición del IMC y de los cuestionarios *EAT-40* (Eating Attitudes Test, ver anexo 5), diseñado por Garner y Garfinkel, para evaluar conductas y actitudes respecto a comida, peso y ejercicio. Utilizaron también el *CIMEC 26*, un cuestionario elaborado para evaluar la influencia que

sobre el individuo ejercen los agentes y situaciones que transmiten el modelo estético prevalente de figura corporal. Y el *FES* (Family Environment Scale), que evalúa y describe relaciones entre todos los miembros de la familia, los elementos de desarrollo que tienen mayor importancia en ella y su estructura básica.

Por su parte Gil-García y cols. (2007), además de utilizar la escala EAT para conocer la actitud alimentaria de adolescentes urbanos andaluces, deseaban explorar el perfil social de los adolescentes y analizar las similitudes y diferencias que muestran con los que están en riesgo de presentar trastornos alimentarios. Para ello diseñaron un cuestionario que consta de: a) variables demográficas; b) variables clínicas (diagnósticos de anorexia y/o bulimia comunicados por la persona entrevistada), y c) variables sociales: estructura familiar, posición social, relaciones de amistad, amistades con diagnóstico de anorexia y/o bulimia, rendimiento académico y práctica deportiva.

Para conocer los factores de riesgo relacionados con la alimentación se construyó la variable de intervalo «dieta» a partir de la frecuencia de consumo de 23 productos alimentarios habituales, que fueron agrupados teniendo en cuenta el aporte calórico y la frecuencia de consumo semanal. Así, estos investigadores se encontraron que no hay diferencias significativas entre ambos grupos con respecto a la estructura familiar, la relación de amistad, el rendimiento académico y las prácticas deportivas. Las diferencias que se encontraron se centran en las prácticas disciplinarias, el número de amigos y amigas diagnosticados de trastorno de la conducta alimentaria, los objetivos para practicar deporte y el tipo de dieta que realizan.

En otro estudio, Quiles (2011) utilizó tres instrumentos: un cuestionario de variables socio demográficas para obtener datos sobre la edad, sexo, centro escolar y curso. Utilizó también el Inventario de Conductas de Salud en Escolares (1985/86: de la OMS encuesta transnacional, World, 1995) adaptado a la Población española (Balaguer, 2002). Este instrumento fue diseñado por la OMS, para el desarrollo de un programa de investigación internacional sobre estilos de vida adolescente. Los elementos del cuestionario que se utilizaron en este estudio incluyeron los que hacían referencia al comportamiento de la salud relacionados con lo siguiente: los hábitos alimenticios, la actividad física y el consumo de sustancias (tabaco, alcohol y drogas ilícitas). En el ámbito de hábitos alimenticios de los estudiantes, las preguntas indagan la frecuencia de las comidas consumidas, el consumo de comida saludable y poco saludable. Por otra parte, si los

sujetos comieron solos o con sus respectivas familias, si utilizaban ciertas estrategias con la intención de perder peso (dietas, vómitos, exceso comer y / o tomar laxantes) y si existía la intención de consumir determinados componentes nutricionales. En lo que respecta a la actividad física, la frecuencia, la duración y la intensidad con que esta se realizaba, junto con los motivos para dichas prácticas (con el fin de disfrutar de uno mismo, mejorar la salud, mantenerse en forma, perder peso, quemar calorías y ver a los amigos).

Para el caso de la obesidad y sobrepeso, se ha planteado como riesgoso el desequilibrio energético entre calorías consumidas y gastadas, reflejado en el aumento la ingesta de alimentos ricos en grasa, sal y azúcares pero pobres en vitaminas, minerales y otros micronutrientes, y un descenso en la actividad física.

Sin embargo, se debe contemplar el hecho de que a menudo los cambios en los hábitos de alimentación y actividad física son consecuencia de cambios ambientales y sociales asociados al desarrollo y de la falta de políticas de apoyo en sectores como la salud; agricultura; transporte; planeamiento urbano; medio ambiente; procesamiento, distribución y comercialización de alimentos, y educación. Y es por ello que se hace necesario un análisis de estos trastornos incorporando las aportaciones desde las ciencias sociales.

2.3 Un cambio de paradigma necesario: Los TCA y la Obesidad más allá de la visión médica

La visión médica de la condición juvenil se centra en la visión del “riesgo” y del énfasis en los “problemas”. Esta perspectiva conlleva un exceso de atención en algunos sucesos vitales identificados como peligros potenciales y se cree que afectan a casi todos los jóvenes. Esto permite sostener que la juventud es un periodo de vida asediado por graves problemas de salud, y aquí observamos cierta incongruencia con este argumento, dado que la juventud es un momento vital en el cual el estado de salud es envidiable. Este argumento se toma para reafirmar que la juventud es un tramo de vida lleno de comportamientos *peligrosos* que acabarán pasando factura en el futuro a una generación de jóvenes *inconscientes*. Así, ante la visión de “riesgo”, si bien se reconoce que los jóvenes tienen un estado de salud mejor que el de los adultos, se responsabiliza a los jóvenes de

elegir comportamientos que ponen en riesgo su salud en el futuro, como si las decisiones que toman los actores fueran un asunto puramente individual.

Pero en realidad las decisiones individuales no son independientes de las condiciones biológicas, sociales, políticas y culturales, y cuando estas condiciones se pierden de vista y no se incorporan en un esquema que contemple no solamente a la salud más allá de la pérdida de equilibrio homeostático, las acciones encaminadas para su preservación no obtendrán los resultados esperados.

Lograr mejoría en la salud depende no sólo de la prevención o los tratamientos especializados sino de que las acciones que se emprendan incorporen en la construcción conceptual de dichas enfermedades todo el conjunto del contexto socio histórico determinado que las circundan, y que las hace estar sujetas a políticas específicas, a modelos económicos concretos, a estilos de vida y a percepciones de corporalidad cambiantes. Todo este enfoque integral debería tener la concepción de los TCA y la obesidad si se pretende que las consecuencias de este problema realmente disminuyan.

Al respecto, la visión socio-antropológica ha intentado relativizar el carácter patológico del comer o pesar mucho o poco, entendiendo que el cuerpo *nunca* es sólo biológico o social, y contextualizando la emergencia y evolución de los problemas de salud para intentar comprender por qué ciertos fenómenos al respecto se problematizan socialmente y hacen que algunos repertorios se conviertan en hegemónicos. En la búsqueda de ese acercamiento, dicha visión ha explorado varias vías: colaborar con estudios epidemiológicos, analizar concepciones y prácticas sobre el cuerpo y la comida enfatizando experiencias y significados de la misma, estudiar la distribución desigual de la obesidad/TCA a nivel intra e intercultural, y cuestionar las praxis biomédicas así como las políticas en salud pública.

Reflexionar sobre lo anteriormente expuesto, pretende que cuando se aborde el tema de los TCA y la obesidad, se haga bajo la premisa de que “la caracterización de las enfermedades no debe desligarse de los marcos culturales en que ciertos fenómenos se problematizan” y que “definir que es comer mucho o poco implica en sí mismo un dilema coloreado por la subjetividad y delimitado por la cultura” (Gilbert, 1986: IX).

Han surgido diferentes hipótesis sobre la etiología de los TCA en las que se considera al individuo, la familia, y la cultura (Dinicola, 1990), y que han ligado el fenómeno con los enfoques feministas y con una perspectiva histórica. Es así como se comienza a enfatizar en la multicausalidad (se habla de etiología bio-psico-social) y la interdisciplinaridad necesarias a la hora de intervenir de manera más efectiva. Con este enfoque, desde la etiología bio-psico-social, más teórica que práctica, se han abordado generalmente los procesos de intervención interdisciplinar y multimodales, en ámbitos de actuación médico psiquiátricos, psicológico educativos, familiares y ambientales, que se han basado en tratamientos de búsqueda de restauración de peso, aislamiento social del afectado, tratamientos cognitivo conductuales, terapias individuales familiares y grupales, re-educaciones psiconutricionales y medicación de fármacos.

Todo un engranaje médico pero con un éxito terapéutico relativo. Y es cuando quizás cabe preguntarse el por qué no funcionan de mejor manera, tal vez la razón sea que aspectos intervinientes como el ambiente y la cultura no han sido considerados a fondo en la concepción de dicha etiología.

Los TCA, han sido etiquetados bajo una imagen de emergencia y vistos como una de las “nuevas” enfermedades, y este escenario siempre ha ido acompañado de diversos paradigmas biomédicos, que canalizaron y canalizan el paso entre las concepciones dadas al fenómeno. Por ejemplo, de una anterior concepción ascética de *doncellas milagrosas* se pasó a una más medicalizable de *fasting girls*, en donde el ayuno pasa de ser una *práctica ascética* a ser considerada una *enfermedad*. Actualmente, otra de las “nuevas emergencias” es la obesidad: hay unanimidad de que esta se genera por la falta de equilibrio de la dieta, y al respecto se debate en temas como la virulencia, las incongruencias vistas en la causalidad que se argumenta y las medidas como se ataca (ejemplo: se recomiendan dietas saludables, al tiempo que se publicitan productos poco saludables, y se ejerce presión social por cumplir el patrón de delgadez).

En este contexto surge un campo fértil para el auge de la medicalización de dicha enfermedad emergente. En este caso las preguntas a resolver giran en torno a la reflexión sobre si se estigmatizan generacionalmente a las personas gruesas y que consecuencias acarrea este hecho en cuanto a las representaciones y prácticas alimentarias y corporales tanto individuales como colectivas.

2.3.1 Algunas aportaciones relevantes de las ciencias sociales que son poco consideradas:

Las ciencias sociales han centrado su atención en el proceso más complejo de alimentación y nutrición y han hecho aportaciones relevantes que deben ser consideradas a la hora de analizar la incidencia de los TCA y la obesidad. Gracia (2007) expone algunas de estas:

- **La alimentación tiene funciones sociales y de comunicación**

La alimentación y nutrición no son sinónimos. *La alimentación* es la obtención de una serie de productos que pueden ser naturales o transformados y que encuentran en el *entorno* a los cuales conocemos como “alimentos”. Pero la alimentación implica un proceso de *selección* de los alimentos a partir de la disponibilidad de estos en el medio, el aprendizaje social e individual, y además esta mediado por la influencia de factores ecológicos, económicos, tecnológicos y culturales. *La alimentación* es un proceso *consciente y voluntario*; mientras que por su parte, *la nutrición* es el conjunto de procesos derivados de la incorporación de sustancias recibidas del entorno mediante *la alimentación* y que son necesarias para obtener energía, construir y reparar estructuras orgánicas, y regular procesos metabólicos. Vemos así como la *nutrición* es un fenómeno que comienza después de la ingesta de los *alimentos* y es un proceso *involuntario e inconsciente*.

Ahora bien, la alimentación conlleva funciones sociales y comunicacionales, Baas, Wakefield y Kolasa (1979) encontraron las siguientes:

1. Satisfacer el hambre y nutrir el cuerpo.
2. Iniciar y mantener relaciones personales y de negocios.
3. Demostrar la naturaleza y extensión de las relaciones sociales.
4. Proporcionar un foco para las actividades comunitarias.
5. Expresar amor y cariño.
6. Expresar individualidad.
7. Proclamar la distinción de un grupo.
8. Demostrar la pertenencia a un grupo.
9. Hacer frente a estrés psicológico y emocional.
10. Significar estatus social.
11. Recompensas o castigos.

12. Reforzar la autoestima y ganar reconocimiento.
13. Ejercer poder político y económico.
14. Prevenir diagnosticar y tratar enfermedades físicas.
15. Prevenir diagnosticar y tratar enfermedades mentales.
16. Simbolizar experiencias emocionales.
17. Manifestar piedad o devoción.
18. Representar seguridad.
19. Expresar sentimientos morales.
20. Significar riqueza.

- **Medicalización, individualización y mercantilización de la salud y el cuerpo**

Se ha buscado una normalización dietética que busca “controlar el exceso”, de esta forma en nombre de la evitación de la gordura se recetan dietas óptimas, generando en los sujetos una noción de vigilancia individual del peso corporal; lo que lleva a la sociedad a una búsqueda inconsciente de la normalización corporal (imc), y a la construcción de un ideal de delgadez corporal que se ha relacionado con el ideal de salud, de disciplina y que lleva una carga de distinción social.

Mònica Figueras, en las conclusiones de su tesis nos enseña como desde el mundo de las revistas se ve que cada joven tiene intereses concretos más allá de la preocupación por la imagen, siendo una manifestación de sus intereses minoritarios individuales. Los intereses relacionados con la industria del consumo están generalizados y acaparan más atención, por eso las revistas inundan las páginas de estos temas. Las revistas se posicionan de forma unidireccional en temas de belleza para captar la atención de unas lectoras muy fieles en el consumo de una cabecera. De esta manera es como se promueven menos identificación con la familia y más con la sociedad de consumo, los padres son los que limitan la libertad, son, como la escuela, la esfera pública que supone control. Para las chicas la familia es un referente ineludible de su vida pero sólo por cuestiones que hacen referencia a esta esfera, no por todo lo relacionado con la privada (chicos, sexo, etc.). En las revistas, pues, se trata de lo que no encuentran en otras instancias socializadoras. Además, no tienen el peso institucional de los agentes tradicionales, por lo que las chicas no son conscientes de la carga socializadora que conllevan.

También resume como la codificación tácita que se desprende de una revista "juvenil" donde todo lo que se publique (básicamente imagen física) es para jóvenes, ignora otras dimensiones también juveniles, no contribuye a desarrollar otras potencialidades ni a ampliar el abanico de preocupaciones de las lectoras. Las revistas juveniles femeninas son para muchas chicas un vínculo fundamental de conocimiento de la realidad, por tanto, su eficacia irá en relación con el grado de información que tengan las lectoras a través de otros medios o agentes socializadores. Ahora bien, la capacidad los medios para reforzar el sistema establecido y los patrones socialmente consensuados o bien, para contribuir a cambiarlos, es evidente.

Este desinterés por el mundo sociopolítico y atención exclusiva en una misma que muestran las revistas radicalizan la separación de esferas pública y privada, no contribuyen a integrarlas ni facilitan la asunción de responsabilidades para la transición a la etapa adulta. Las revistas proporcionan unos modelos de identificación que son muy útiles para participar en el grupo de iguales y en las actividades de ocio pero no ofrecen otros modelos, como los estudios, el trabajo o la implicación social. Las revistas no socializan para salir de la juventud, porque relacionan directamente lo juvenil con lo ausente de compromisos y obligaciones en la esfera pública. (Figueras, 2005). Se hace evidente una medicalización y mercantilización de la salud y del cuerpo que encuentra en los jóvenes un nicho de mercado.

- **Aprendizaje social de prácticas restrictivas, atracones y vómitos:**

Los individuos se enfrentan al proceso de elección individual en un entorno de presión social que los lleva del comer más al comer menos, siendo constantemente expuestos a mensajes que le exigen *eliminar lo que sobra* para poder tener un *cuerpo sano* que se traduce en tener un cuerpo delgado, y para conseguirlo está "mal" comer hasta el *hartazgo* (que ofrece la abundancia alimentaria), y se enseña que está "bien" el uso de sustancias "sin", "anti", "light", así como realizar dietas, ir al gimnasio, hacerse cirugía estética, consumir fármacos como laxantes, diuréticos o que aceleren el metabolismo. Se promueve un aprendizaje que refuerza la *restricción*.

Mònika Jiménez, encontró en sus estudios adelantados con preadolescentes, que acciones como por ejemplo tenerse que frenar en cuanto a la comida, sentirse lleno, estar descontento con el físico o querer asemejarse a los y a las modelos publicitarias son entre otros, los comportamientos más habituales en cuanto a la psicología alimentaria de los encuestados. También encontró que las

puntuaciones varían relativamente entre los niños y las niñas. Mientras los chicos manifiestan como más habituales los hechos de sentirse llenos o de pensar mucho en la comida, las chicas destacan como más habitual el hecho de pensar mucho al adelgazarse o de reprimirse a la hora de comer con el objetivo de no engordarse. Las formas más habituales utilizadas por los encuestados a la hora de adelgazarse son, tal y cómo se desprende del estudio cualitativo, la restricción alimentaria indiscriminada y la práctica del deporte.

En dicho trabajo de investigación, y usando el ChEAT 26 (ver anexo 4), un 34% de los integrantes de la muestra no presentaba signos de las enfermedades consideradas como alteraciones alimentarias, un 36% de la población encuestada presentaba un riesgo mediano de trastorno del comportamiento alimentario mientras que un 30% se encuentra dentro de la franja de alto riesgo o de riesgo patológico; es decir, manifiesta una clara preocupación por todo aquello relacionado con la alimentación y el peligro de engordarse. Los integrantes de esta franja de alto riesgo o de riesgo patológico fueron, indistintamente, chicos y chicas. (Jiménez, 2006).

- **Los significados del cuerpo y la comida**

A diferencia de la visión médica, las ciencias sociales han incorporado a su análisis preguntas como ¿Qué grado de *voluntad* hay implícito en el acto de ayunar? ¿Existe un *sentido* en el hecho de comer, no-comer, o hacerlo de forma restrictiva? ¿La lipofobia se está convirtiendo en un medio contemporáneo para manifestar emociones, sentimientos, dificultades? de esta manera se plantea si dejar de comer puede considerarse una respuesta cultural lógica, y el porqué este fenómeno se ceba con las mujeres; igualmente si hay implicados motivos sancionadores socialmente, por religión, por identidad, solidaridad, socialización, o distribución desigual de recursos. Por ejemplo, el componente religioso respecto de la delgadez muestra ambivalencias visibles en prácticas como los procesos de ayuno, considerados muchas veces como señales de ascetismo, o el caso de restricciones alimentarias que no son vistas como enfermedad.

Por otra parte los mass media han desarrollado un aspecto físico ideal, que promueven mediante el bombardeo publicitario dirigido al consumidor con mensajes que asocian esta imagen al autocontrol, el atractivo, la inteligencia, la riqueza y el éxito. Como resultado no es extraño que los adolescentes, queriendo interpretar estos mensajes tomen modelos y adopten conductas nocivas, tales como técnicas de adelgazamiento incontroladas para parecerse a esta imagen ideal, esperando con ello

incrementar su auto confianza y buscando por este medio la aceptación y reconocimiento de los demás.

La importancia de los medios de comunicación es creciente, de acuerdo a Figueras (2008), “Hoy, medios de comunicación, nuevas tecnologías e industria del ocio y consumo aportan nuevos significados identitarios a los jóvenes que, junto con el grupo de iguales, otorgan una nueva dimensión a la juventud”. Este papel en la construcción de identidad para los jóvenes esta relacionada con el uso del tiempo libre, ya que antes la identidad estaba fuertemente relacionada con el trabajo u oficio desempeñado por los jóvenes, porque en la sociedad industrial la juventud era un paréntesis entre la infancia y la edad adulta, es decir, la incorporación al mercado laboral definía el proyecto identitario: pero ahora la identidad ya no se construye únicamente en función del trabajo. En ella, el uso del tiempo libre es cada vez más importante, porque es un espacio de experiencias significativas donde los jóvenes son los únicos responsables de lo que hacen, donde se supone hacen realmente lo que quieren y no lo que tienen la obligación de hacer. En el proceso de construcción identitario se da entre el grupo de iguales, el grupo no es sólo fuente de diversión sino que se convierte en un elemento de crecimiento personal y social. La tendencia a la agregación entre los jóvenes supone el marco principal de la identificación porque, a través de los otros, aprenden elementos socioculturales y los integran a la personalidad propia. En esta etapa de construcción de la identidad es imprescindible conocer los códigos imperantes en cada momento para no verse rechazados por el grupo de iguales (grupos de música, moda, programas de televisión, ideales de belleza) y en ello los medios de comunicación y las nuevas tecnologías cumplen una importante función de iniciación; por tanto, su consumo no es pasivo. Los medios de comunicación y nuevas tecnologías juegan un papel importante en la vida cotidiana de los jóvenes y representan muchas ventajas pero también pueden ayudar a caer en un trastorno, dependiendo de cómo se utilicen (Figueras, 2008).

2.3.2 Los trastornos de conducta alimentaria y los jóvenes en la sociedad moderna o del riesgo

El discurso de las Ciencias Sociales nos dice que los TCA se relacionan con el anhelo de la delgadez y con la insatisfacción por el propio cuerpo. La AN, BN, junto con la vigorexia y los

Trastornos Alimentarios No Específicos (TCANE), son trastornos en los que los factores socioculturales son tan determinantes que algunos autores consideran que “La anorexia nerviosa no es tanto una psicopatología sino que es más una sociopatología capitalista” (Lowe, Morris, 1995, citado en Ortega, 2008: 41). En las sociedades industrializadas, la alimentación ha cobrado nuevos significados y funciones dentro del sistema capitalista de consumo. El cambio principal ha consistido en pasar de ser una sociedad caracterizada por ciclos de carencia-abundancia a una sociedad de abundancia en la oferta alimentaria, con todo lo que ello implica de percepción subjetiva y de comportamientos objetivos en relación con la comida (Gracia, 2012).

Los TCA y la obesidad son problemas complejos y multifactoriales que se han estudiado ampliamente a través de diversos trabajos médicos, psicológicos, históricos y antropológicos, porque se entiende que demandan un análisis e intervención interdisciplinaria. Se han identificado factores de tipo genético, psicológico y cultural como favorecedores de estos trastornos (Chinchilla, 1996; Raich, 2002; Fernández i Turón, 2001). Sin embargo, los aspectos sociales y educativos asociados a los TCA y la obesidad han sido débilmente considerados, en parte porque ha habido una desconexión importante entre las aproximaciones biomédicas y las sociales.

La visión estigmatizada de lo juvenil que ha predominado desde la hegemonía de las posturas médica, jurídica y política permite plantear que no es una característica de la naturaleza juvenil la vinculación con los riesgos, sino que las configuraciones de este colectivo también son producto de las relaciones de poder, de las desigualdades sociales y de las condiciones socio-históricas que les ha tocado sortear.

Con todo ello se encuentra validez en el argumento de centrarse en perspectivas que se alejen de la naturalización y la individualización de los riesgos en los jóvenes, lo que ha afectado a dicho colectivo, porque se les ha atribuido la responsabilidad completa de solucionarlos.

Se ha promovido una transformación social basada en un enfoque de belleza del cuerpo, subordinada a las capacidades -laboral del hombre y reproductiva de la mujer- y es de resaltar que ésta visión ha sido compartida históricamente tanto por la izquierda como por la derecha durante la implantación del capitalismo y sin cuestionamientos de fondo, excepto los surgidos desde sectores radicales de izquierda, libertarios, contraculturales o artísticos. Al mismo tiempo se hacen notorios un desarrollo e influencia de los medios de comunicación y un abaratamiento de la tecnología, lo que

ayuda a impulsar la industria del ocio, de igual manera que la atención y cuidado del cuerpo mediante una oferta de servicios personalizados favorecida por la gran capacidad de consumo de clases medias europeas y norteamericanas.

Poco hay que discutir sobre que vivimos en un mundo en constante transformación, la cual ha sido dada en parte mediante los cambios culturales en las representaciones sociales y los cuidados corporales, lo que se hace visible en occidente al reflexionar en aspectos como la gestión económica, cultural y social del cuerpo. Al respecto Foucault habla de biopolítica, mientras en el caso que nos aplica podríamos hablar de “body política” y la “body economía”. Bourdieu por su parte, nos habla de “la economía del sauna, del gimnasio y del esquí” como un medio de reencasamiento para algunos y de evitar el desclasamiento para otros, es decir mantener prestigio social (Bourdieu, 2011). Con ello se refiere a una nueva burguesía que se auto-autoriza como intermediaria entre las clases excluidas y las clases altas, siendo el hábitat de los profesionales de clases medias, que al terminar su escuela, buscan profesiones flexibles en las que su capital cultural sea valorado: crean un mercado propio que fluctúa entre la clase alta y baja para generar patrones a seguir y planteando las metas de a donde se quiere llegar como sociedad. Fluye así una economía de servicios, que modifica el papel y concepción de los servicios asistenciales en occidente, centrados ahora en “la calidad de vida”.

Así, en occidente el modelo de economía de servicios se hace un importante proveedor de empleos que además siempre está en la búsqueda de abrir nuevos ámbitos de ocio y negocio. Por su parte la industria alimentaria y química comienzan a vivir su auge, mientras la fabril, textil, incluso del automóvil e industria pesada pasan a segundo renglón pero ganan importancia en las dinámicas de economías emergentes. Esto generó y continúa generando más desigualdades a nivel global.

Entre los efectos colaterales de la dinámica anteriormente expuesta, se aprecia como las formas de socialización (infantil y juvenil), la familia, el soporte social, la inserción laboral, la ética del trabajo, la confianza en la educación y la práctica política -todos motores del ascensor social- se han visto afectados en este proceso, y de paso han transformado nuestros cuerpos, comidas, valores, hábitos y en definitiva nuestras vidas.

En nombre de “la calidad de vida”, el cuidado de uno mismo, va más allá del proceso de protección física frente a la amenaza de la enfermedad, enfocándose en una puesta a punto para la constante

exhibición estética. Favorecida por la economía política (parafraseada *body política*), vemos como la salud, la estética, la dietética, y la alimentación, ganan y generan en la población interés y preocupación, entrando a sustituir la obsesión por el *cuidado del alma* que motivaban las religiones en tiempos pasados. Ingresamos entonces a vivir en la hegemonía del cuerpo sobre el alma.

En este sentido profesiones como la educación física, el deporte y las relacionadas con la industria del ocio van tomando otro enfoque, desdibujando o modificando sus objetivos de acuerdo a la demanda del mercado. Es necesario reconocer la responsabilidad estructural en todo lo que se ha mencionado hasta ahora, ya que mientras esto no se reconozca no se podrá ofrecer a los jóvenes un mejor contexto para que desarrollen sus trayectorias de vida.

2.4 ¿Qué se ha hecho? Programas de prevención y atención

Entre los programas de prevención y de atención que se han desarrollado y evaluado se encontró por ejemplo la investigación en la que Stice (2008) analizó los factores generales y específicos de dos programas de prevención de trastornos alimentarios implementados con jóvenes de bachillerato. El primero está basado en la *disonancia*, es decir, se centra en los aspectos de imagen corporal, la internalización del ideal de delgadez, con el objetivo de criticar este ideal a través de ejercicios verbales, escritos y de comportamiento. El segundo fue programa de peso saludable que pretende promover cambios duraderos y saludables en la ingesta alimentaria y la actividad física como una manera de conseguir la satisfacción del cuerpo de las niñas en situación de riesgo o con problemas de imagen corporal. Los resultados muestran que los efectos del programa de disonancia sobre los síntomas bulímicos fueron más fuertes para los participantes con indicadores iniciales elevados, sobre todo en aspectos como la angustia ante la imagen corporal, los síntomas bulímicos, y la internalización del ideal de delgadez.

Por otro lado, los efectos del programa de peso saludable en los síntomas bulímicos se mostraron más fuertes para los adolescentes con indicadores iniciales elevados, también en aspectos como la angustia ante la imagen corporal, los síntomas bulímicos, la disposición al cambio, la masa corporal, y el comer compulsivamente. Los altos indicadores iniciales en trastornos alimentarios, estrés por la imagen corporal, y la disposición para mejorar la satisfacción del cuerpo, podrían amplificar los

efectos de estos programas, según los autores, dado que estos factores generalmente aumentan el deseo de participar en intervenciones destinadas a promover la satisfacción del cuerpo y reducir las perturbaciones de comer, lo que maximiza los efectos. Ensayos de anteriores programas de prevención de los trastornos alimentarios encontraron efectos más fuertes para las mujeres jóvenes con altos indicadores iniciales de insatisfacción corporal y síntomas de trastorno alimentario. Como conclusiones de este estudio se afirma que se deben facilitar las intervenciones para quienes estén más propensos a beneficiarse de ellas, y también consideran que deberían hacerse de un modo más económico y facilitar la difusión.

Respecto a los programas de prevención también se pueden mencionar algunos casos novedosos que han utilizado nuevas tecnologías. Lindenberg (2011) exploró las oportunidades que brinda Internet para mejorar la prevención de las enfermedades y el cómo se ha convertido en una herramienta importante para los proveedores y los usuarios de la red. Existe un creciente número de usuarios que están en busca de ayuda al respecto de los TCA en páginas web, foros y salas de chat, para acceder a información e intercambiar experiencias con otros usuarios o consejeros. "Appetite for Life" es un programa disponible en Internet para la prevención de los trastornos alimentarios en estudiantes universitarios. Presta apoyo individualizado a los estudiantes en riesgo de desarrollar dichos trastornos. Dependiendo de los resultados de una prueba inicial, se recomiendan módulos específicos del programa para cada usuario, adaptados a sus necesidades individuales. El programa contiene una página web con información psicoeducativa sobre TCA, un foro anónimo para recibir y proporcionar apoyo mutuo, un seguimiento de apoyo y un programa de retroalimentación y una plataforma de chat, que se puede utilizar para comunicarse con profesionales consejeros y otros usuarios. Si es necesario, los usuarios pueden ser referidos a la orientación personalizada. Las experiencias con el programa indican que el apoyo se puede adaptar a las necesidades individuales proporcionando módulos de atención escalonada a través de internet, que animan al usuario a buscar apoyo en función de sus preferencias y necesidades personales. Después de la evaluación del programa se encontró que, la individualización de apoyo puede ser implementada al ofrecer en internet módulos integrados de atención escalonada que animan al usuario a buscar apoyo en función de sus preferencias personales y sus necesidades. Sin embargo, el estudio demostró que hay espacio para la mejora relativa a las tasas de cumplimiento. También se puso en evidencia que es necesario un estudio más amplio para hacer frente de manera más

sistemática a las preguntas de quién usa el programa y conocer mejor a quienes se benefician de ellas.

Otro ejemplo de programas de prevención nos lo enseña Jorquera (2008) quien desarrolló un taller destinado a contribuir a la prevención de los TCA en la Comunidad Valenciana, y evaluó la eficacia del mismo. El taller se desarrolló en dos fases: en la primera, con un taller de una sola sesión, la muestra estuvo compuesta por 4268 participantes de la población general, repartidos en grupo experimental y grupo en lista de espera. Los resultados de la primera fase de la intervención demostraron que hubo efectos positivos en la población adolescente, logrando disminuir de modo significativo sus puntuaciones en los cuestionarios utilizados. Además, estos cambios se mantuvieron a los 6 meses después de realizado el taller. Los resultados obtenidos en la segunda fase mostraron que las participantes cambiaron sus actitudes, comportamientos y creencias relacionados con el peso, la comida y la imagen corporal, disminuyendo también la influencia de los agentes sociales (publicidad, modelos, etc.) a la hora de definir su modelo corporal estético.

2.4.1 TCA y obesidad en centros educativos. Su relación con la Educación Física

Después de un análisis de los TCA en centros educativos y su relación con la Educación Física, mediante estudios realizados en el ámbito anglosajón, con los que compartimos gran parte de la cultura occidental, pero en donde los momentos evolutivos de la sociedad difieren levemente, nos permiten relacionar los resultados de hallazgos como los realizados por Evans y col. (2004) quienes analizaron las relaciones entre TCA en mujeres y la formación recibida en centros educativos, y aunque la información no es específica de la Educación Física, tampoco difiere de las otras áreas. Las estudiantes coincidieron en los siguientes aspectos:

A) La cultura de los “movimientos orientados a la salud” ha influido en el desarrollo personal del sentido del bienestar y de uno mismo, inculcando unas jerarquías del cuerpo basadas en el tamaño, la forma y el peso. El mensaje que estas mujeres han escuchado es que tienen que tomar control de su salud tomando *decisiones saludables*, particularmente en relación con su dieta. Sin embargo, no han escuchado, no han entendido o no se les ha dicho, que la función última de estas decisiones es alcanzar un estado de salud para el cuerpo. La formación recibida por ellas no les ha supuesto la

creación de unos conocimientos bajo los que realizar juicios formados referentes a su salud, sino más bien duras normas autoimpuestas en relación a la dieta. Esto por sí solo no causa un TCA, pero contribuye a que los anoréxicos y muchos otros experimenten su cuerpo y los procesos asociados a él como algo desagradable.

B) Sus historias coinciden en demostrar una importante falta de afecto que abarca su salud y desarrollo espiritual, mental y emocional. Para algunas de ellas es una manera de demostrar autocontrol, autonomía y reconocimiento.

C) No encontraron en sus centros educativos un lugar donde sus voces pudieran ser oídas. Es más, el entorno educativo es visto por ellas como reforzador de las condiciones que fomentaban el problema. Muy pocos profesores supieron cómo responder al tener que afrontar las narrativas “caóticas”, “regresivas” y “rebeldes” de esas chicas anoréxicas.

Un segundo resultado es la PROBLEMÁTICA DE LOS TCA EN RELACION A LA FORMACION DEL PROFESORADO DE EDUCACION FISICA

Dada la gran relevancia de enfocar adecuadamente la enseñanza de la educación física y del deporte desde los distintos ámbitos deportivos y de la actividad física humana, es lógico que los responsables de los deportistas y estudiantes deban tener una formación mínima en este sentido.

Al analizar la situación de los formadores que se enfrentan ante casos de TCA en sus deportistas, nos encontramos ante una gran escasez de trabajos de investigación que aborden los TCA. Vaughan *et al.* (2004) realizaron en EEUU. un trabajo con 5.236 entrenadores de atletismo femenino. Sus principales resultados fueron que 1 de cada 4 se sintió seguro de poder identificar los casos de TCA, y solo 1 de cada 3 se sentía seguro de poder preguntar a un atleta si padecía un TCA. Uno de 4 entrenadores de atletismo trabajaban en una institución que no tenía una línea de actuación en el tratamiento de los TCA, y la mayoría de ellos (93%) manifestaron la necesidad de una mayor formación para prevenir esta enfermedad. Vaughan *et al.* (2004), observaron que aquellos entrenadores que trabajaban en una institución que tuviera marcadas unas directivas relacionadas con los TCA eran más seguros a la hora de identificarlos, lo cual está en línea con los resultados obtenidos en el trabajo de Grandjean (1991), quien encontró que la implementación de directivas y procedimientos en las plantillas de entrenadores disminuía el riesgo de TCA.

Es debido a ello que, dentro de las líneas futuras de actuación, se propone el recomendar que en el centro docente, y dentro de la clase de Educación Física y su currículo, se lleven a cabo sesiones didácticas para los alumnos, que pueden ser realizadas perfectamente mediante el desarrollo de toda una unidad didáctica, adaptada a la tipología de cada caso y curso, y que puede estar basada en una propuesta muy valorable como la desarrollada por profesores de primaria y secundaria con la colaboración de profesores de la Universidad de Castilla-La Mancha de la Facultad de Ciencias del Deporte y de la Escuela de Magisterio de Albacete, sobre todo por algunos de los objetivos que pretenden mediante el desarrollo de las mismas, y entre los cuales se identifican:

- Entender que cualquier tipo de deporte o ejercicio físico sin exceso beneficia la salud corporal y por tanto la belleza física, comprendiendo que el trabajo se ha de llevar a cabo con un nivel básico de frecuencia cardíaca máxima, sin preocuparnos que nuestra figura nos haga pensar en que deberíamos hacer ejercicio físico.

- Comprender que preocuparse excesivamente por la figura te lleva a ponerte a dieta olvidando que una buena alimentación aporta equilibrio entre la edad / altura / peso, generando una buena salud y por tanto una buena belleza física.

- Tomar conciencia de que no hay que jugar con la figura corporal y que hay que ayudar a los amigos/as a hacer lo mismo.

- Descubrir cómo es cada uno y aceptarse tal como es cada uno, expresándose con el cuerpo como a cada uno le guste.

- Comprender que la ropa que uno lleva expresa algo importante de cada uno. Hay que crear nuestra propia expresión, nuestro estilo propio, no obsesionándose por las tallas, comprendiendo que una buena higiene personal produce belleza.

- Vivenciar que no hay que hacer caso a los modelos de belleza que nos venden los medios de comunicación. Existen otras formas de belleza que no las muestran. Hay que presumir del cuerpo que cada uno tiene tal como es, elegir el propio aspecto físico.

- Reconocer la belleza en los demás sin juzgar por los modelos que nos venden los medios de comunicación marcados por la sociedad. No hay que permitir que otros nos impongan la moda.

- Comprender que la belleza física no es un privilegio de la juventud. Hay que ser capaz de salirse de los modelos establecidos y descubrir la belleza también en cada etapa de nuestra vida.
- Tomar conciencia de que la forma de ser enriquece la belleza física y te convierte en una persona que tiene mucho que aportar a la sociedad.
- Separar lo que a uno no le gusta de su cuerpo. Según como sea cada uno se puede conseguir la belleza corporal sin tener que seguir los modelos de publicidad.

2.5 ¿Cual es el papel de los profesores de Educación Física en la prevención de los TCA y la obesidad?

La Educación Física, en este campo, tiene mucho que aportar, como una profesión de *clases medias* con clara capacidad de influencia sobre los colectivos sociales con los que trabaja, siendo habitualmente colectivos en procesos de formación como pueden ser los adolescentes y jóvenes, o en otros casos colectivos con un interés manifiesto por –según sus representaciones culturales– ganar en “calidad de vida” y en salud. De hecho, en la revisión bibliográfica se ha encontrado como en los años 50’s del siglo XX, se inicia una cruzada higiénico-sanitaria contra la “mala alimentación”, la gordura y el peso corporal reclamando un patrón alimentario, una dieta óptima y un ataque al sedentarismo a través del ejercicio físico, anatemizando la delgadez extrema y la gordura excesiva; y para llevarla adelante es de suponer que muchas profesiones de ámbitos como el socio-sanitario, el deportivo y de ocio, se vieron nutridas de personas que eran necesarias para cubrir la creciente demanda que originaba este sector de economía, dándose sin embargo la paradoja de que en las sociedades con mayor vigilancia de calidad de alimentos, es precisamente en donde más se insiste en que los ciudadanos “comen mal”.

Es muy probable que dichos profesionales, durante su proceso formativo y en su desarrollo profesional se convirtieran en replicantes de una retórica neo-higienista que surgía con un discurso que nutre normas y regulaciones alimentarias, mientras culpa y responsabiliza al ciudadano de su auto cuidado y le exige competencias dietéticas que debe seguir para así trabajar mejor, y costar menos a la colectividad (Ascher, 2005: 173).

La reflexión es importante en cuanto se analiza que quizás el papel del profesional de la Educación Física que trabaja en el ámbito educativo, de forma inconsciente, y siempre pensando en “actuar de manera adecuada” se convierte, paradójicamente en fomentador y difusor de modelos de actuación incompletos o cuestionables en cuanto a su utilización con carácter formativo. El área de la Educación Física es un espacio adecuado para adelantar acciones tendientes a mejorar la salud de las personas, pero es importante discutir la manera en que se desarrollan los contenidos de la clase, ya que de acuerdo a Jiménez-Castuera *et al.* (2007:385-401), el papel que desempeña el profesor de Educación Física al impartir las clases, se concibe determinante a través de las claves que transmite, de forma consciente, e incluso inconsciente, ya que los discentes van a percibir uno u otro clima motivacional según cuál sea la interpretación de esta información.

Desarrollar desde el área de Educación Física un programa de prevención de riesgos de los TCA y la obesidad puede enriquecer dicho proceso, al hacer consciente al profesor de que lo que hasta el momento se suele hacer, está incompleto, al menos en cuanto a la concepción global del fenómeno de los TCA y la obesidad, ya que se continúa trabajando inmersos en un enfoque culpabilizador del individuo, en donde a los afectados de TCA y obesidad se les percibe como *desviados* que asumen riesgos fruto de la pérdida de referencias bioculturales, lo que les impide orientar adecuadamente sus elecciones alimentarias; y entonces las acciones de prevención o intervención adelantadas se limitan a orientar al afectado para que vuelva a aprender a comer aplicando normas (comer en compañía, en cantidades y variedades adecuadas, entre 3 y 5 veces diarias, pausadamente, masticando, etc.), y dicho proceso se convierte en la receta re-educativa nutricional aplicada.

La idea de plantear una propuesta al respecto de la prevención de los TCA y la obesidad, obedece al hecho de constatar que son escasos los trabajos al respecto, y que esos pocos trabajos están inmersos en un enfoque biomédico que poco tiene en cuenta el componente social que hace parte de la etiología reconocida de este fenómeno.

PARTE II. DISEÑO DE UN PROPUESTA DE PREVENCIÓN DIRIGIDA A PROFESORES DE EDUCACIÓN FÍSICA

Para desarrollar la propuesta de prevención con profesores de Educación Física se propone trabajar mediante una metodología activa Investigación-Acción. Arias y Restrepo (2009) plantean que esta metodología implica que los participantes hagan una autorreflexión con el fin de mejorar la racionalidad y la justicia de sus propias prácticas, su comprensión de éstas y la situación en las cuales se dan. Los problemas guían la acción, pero lo fundamental en la investigación – acción, es la exploración reflexiva que el profesional hace de su práctica, no tanto por su contribución a la resolución de problemas, sino porque esta reflexión puede ayudarle a planificar y ser capaz de introducir mejoras progresivas.

Se pretende que esta propuesta funcione como un sistema en el que la autoeducación progresiva permita que mediante la educación por la acción y la propia experiencia, se mejoren aspectos relacionados con los valores. Esta será la formula activa, dinámica y participativa en que se pondrán en práctica las actividades del programa tales como: técnicas de implicación grupales, contenidos de conocimiento sobre los TCA y la obesidad, reflexión sobre actitudes de los profesores frente a temas de nutrición-alimentación, imagen corporal, crítica de modelos estéticos, autoconcepto, autoestima, asertividad y habilidades sociales, buscando la implicación y la acción de los profesores en cada una de las actividades propuestas, con la finalidad de facilitar el diagnostico, desarrollo y evaluación de los contenidos y objetivos del programa propuesto a través de actividades de aprendizaje vivencial.

3.1 Propuesta del programa de prevención.

Como se ha mencionado los trastornos de conducta alimentaria y obesidad se presentan con frecuencia entre jóvenes después de los 12 años, es decir cuando están estudiando la educación secundaria. Generalmente la atención llega cuando el problema ya está en una fase avanzada (Hidalgo y Güemes, 2008), y se sabe que el retraso en la identificación de los afectados de TCA conduce a empeorar el padecimiento debido al retraso en el tratamiento y, por tanto, a un peor

pronóstico. Por eso, es importante identificar a las personas con riesgo de desarrollar TCA para poder incidir en las etapas tempranas del trastorno y hacer una intervención precoz (Guía de práctica clínica sobre trastornos e la conducta alimentaria, 2006). En esta tarea de identificación temprana los profesores de Educación Física pueden ayudar mucho por que están en contacto con los jóvenes, con sus actividades físicas y con sus preocupaciones por el peso y estética corporal.

Este modelo tiene tres premisas importantes:

1.- Esta dirigido a directamente a los profesores de Educación Física, y a su vez indirecta e implícitamente a los jóvenes estudiantes con quienes dichos profesores trabajen. Su objetivo es que los profesores puedan ayudar a prevenir los TCA y la obesidad en sus alumnos.

2.- Esta hecho a partir de una revisión teórica, que incorpora tanto la visión médica como las aportaciones de las ciencias sociales, y de experiencias prácticas de profesionales expertos en la materia.

3.- No es un programa que busque hacer expertos en TCA y obesidad sino que entiende que los profesores de Educación Física no son especialistas, pero están en contacto continuo con jóvenes que podrían estar en riesgo de padecer alguno de estos trastornos, por tanto la labor a desarrollar por ellos es de carácter preventivo, y en caso de que detecten que un joven está en riesgo puedan facilitar información o derivarlo a los profesionales pertinentes.

3.1.1 ¿De dónde surge este programa?

Este programa se elabora a partir de una investigación documental sobre los trastornos de conducta alimentaria y obesidad desde la visión médica y desde las ciencias sociales, donde se explora la incidencia de los TCA, las diferentes perspectivas sobre éstos y las acciones emprendidas para atenderlos. El programa diseñado se hace necesario al constatar que cuando se habla de “prevención”, se suele dar más protagonismo al discurso biomédico, relegando a un plano secundario y de manera sistemática el punto de vista que al respecto ofrecen los científicos sociales. Pero no podemos negar que estamos hablando de un problema de salud, por lo tanto la visión biomédica no puede quedar excluida, de tal manera que la propuesta se enfoca en incorporar a este

discurso las aportaciones de las ciencias sociales, y eso puede lograrse involucrando agentes que no están relacionados con la medicina sino que están en contacto cotidiano con los jóvenes que son los principales afectados por los TCA.

Es por todo eso, que los profesores tienen un papel y posición importante a la hora de trabajar multidisciplinariamente en los procesos de prevención y detección de los TCA y la obesidad. Pero no se puede considerar que una buena tarea de detección consista solamente en detectar posibles individuos afectados y derivarlos a los centros sanitarios o a los especialistas médicos correspondientes. Los profesores deben reflexionar sobre lo que en la sociedad actual significa “calidad de vida” lo cual es a la vez subjetivo, multidimensional, complejo y dinámico, siempre referido a la persona, única capaz de cualificar su vida de buena o mala. De ahí que se haga necesario para los profesores cuestionarse sobre las maneras y contenidos que trasmite en cuanto a estilos de vida saludable, hábitos de alimentación sanos y actividades físicas adecuadas.

Si los profesores valoran por igual la injerencia de los componentes biológicos, psíquicos y sociales que permean estos fenómenos, pueden tener mejores recursos de prevención ante cada posible caso, evitando que al verlo de manera desarticulada y por separado, se dejan de analizar conceptos como la comprensión, la confianza, la empatía y la resiliencia, los cuales son básicos tener en cuenta cuando lo que se pretende es infundir seguridad en los estudiantes con dicha problemática para que puedan aproximarse al estar a gusto con ellos mismos y aceptarse como son.

La confusión es el pan de cada día en la actualidad, y los profesores de Educación Física no están exentos de su influencia. Es fácil encontrar ciertos discursos contradictorios entre sí, por ejemplo, mientras por un lado se receta aumentar el ejercicio físico y restringir la comida para combatir la obesidad y el sobrepeso, por otro lado se alegue que para luchar contra la anorexia y la bulimia es necesario evitar las dietas y el ejercicio físico excesivo. En medio de tanto *ruido*, no es identificable dónde está el punto medio y quien debe proporcionar esa medida política moral y económica en cuanto a los comportamientos alimentarios. Hay que añadir a lo anterior, el conflicto de los expertos, frecuentemente en abierto desacuerdo.

Inmersos en dicha confusión y de manera inquietante, se ha encontrado como los futuros/as profesionales de las Ciencias de la Actividad Física y el Deporte también ponen de relieve la preferencia por formas corporales dispares según el sexo, y es significativo observar como los

futuros educadores y educadoras añaden coletillas para referirse a las mujeres tales como: “que no tengan celulitis”, que “no estén gordas”, que “sean esbeltas y sonrientes”, o que “tengan un poco más de caderas que de cintura”. Así, inconscientemente los profesores pueden favorecer la transmisión del mensaje unívoco que llega a los adolescentes, y que se repite, de manera muy explícita: “cuida, modela tu cuerpo, mantenlo en forma. Vigila tu tripa, pecho, caderas, culo y piel, no permitas que den muestras de envejecimiento. Cuidarte es responsabilidad tuya. De ti depende el éxito o el fracaso. Puedes hacerlo. No bajas la guardia ni un momento”. (Barbero, 1998).

Pero para mejorar en la prevención de los TCA, la educación física escolar no debe conducir a un planteamiento sesgado destinado a la búsqueda de los cuerpos “bellos y fuertes”. Es imprescindible recapacitar sobre la capacidad que asume esta asignatura para variar la cultura corporal que se transfiere al alumnado, y comprometerse en la persecución de valores semejantes a los que se atribuye a la educación general, entre ellos la elección de modelos a los que imitar en la práctica deportiva o a través de ella, y recalando la importancia de la diversidad corporal y su aceptación.

Los profesores de Educación Física deben reflexionar sobre la sociedad moderna y los cambios que en ella se generan constantemente. Es probable que el desarrollo de sus actividades profesionales se haya visto afectado por dichos cambios. Desde el análisis social se ve como los valores culturales se van transformando y en medio de la cultura de masas y el consumismo, la idea de éxito social se asocia con la felicidad, y en la búsqueda de alcanzar estos conceptos el individuo, atomizado y confundido, frecuentemente toma decisiones, que consciente o inconscientemente, le afectan más que le benefician.

3.1.2 ¿Cómo es este modelo?

La propuesta consiste en ofrecer capacitación a los profesores de Educación Física a través de 6 módulos que abarcan las siguientes temáticas:

- 1.- Presión sociocultural, medios de comunicación, patrones de vida occidental, actitud crítica.
- 2.- Obesidad y TCA en el aula. ¿Qué hacer? Actuación del profesional en Educación Física.
- 3.- Obesidad y TCA prevención desde la familia. Comunicación padres-profesores.

- 4.- Autoestima, imagen corporal, estereotipos corporales.
- 5.- Estilos de vida, hábitos saludables, alimentación saludable.
- 6.- Obesidad y TCA conductas de riesgo, señales de alerta, detección y prevención.

En cada módulo se especifica los contenidos a trabajar con los docentes, y al mismo tiempo se anexa una actividad a modo de ejemplo de cómo sería el desarrollo de una sesión de trabajo de los docentes con sus estudiantes.

En esta fase los objetivos a cumplir son:

- Coordinar días y horas entre el colectivo de profesores.
- Facilitar la conexión entre docentes a través de un trabajo de dinámica de grupos favoreciendo la interacción que permita el exponer problemas, escuchar y aportar experiencias.
- Lograr que los profesores adquieran los fundamentos teórico-prácticos que permitan iniciar el trabajo de intervención: fases, técnicas e instrumentos para recogida de información y observación en el aula, elaboración de diarios de campo, proceso de reflexión permanente, etc....

El objetivo es establecer entre los profesores puntos de acuerdo entre la materia objeto de estudio para avanzar de manera más eficaz.

La investigación realizada por Polo (2008) apunta una serie de aspectos positivos para la profesión y otros preocupantes a los que hay que prestar atención, por ejemplo en que la importancia que como agente formativo y socializador se le otorga al área de Educación Física, (E.F.) no se corresponde con el valor que le otorgan familias, alumnos y exalumnos.

Lo anterior hace necesario tener que analizar una serie de problemas como son:

- Nivel de valoración de la E.F. en el centro escolar, tanto por profesores, padres y alumnos.
- Estatus profesional del profesor de E.F. en el centro escolar.
- Nivel de coordinación entre los colectivos de profesionales de la E.F.

Una vez conseguida la autorización del centro educativo y constituido el grupo de trabajo, se realizará una evaluación previa del conocimiento de los profesores de Educación Física sobre: Trastornos de la alimentación y nutrición, así como la percepción de su capacidad de comunicación

con los discentes y padres, reproduciendo los programas de Vaughan, King y Cottell (2004) y Govero y Bushman (2003).

Una vez efectuada la evaluación, se comenzará la propuesta con los profesores de Educación Física. El método utilizado, como ya se ha expuesto anteriormente, serán los talleres grupales, en los que se desarrollarán dinámicas grupales.

Los talleres serán semanales con una duración aproximada de 120 minutos, impartidos por un profesional especializado en TCA con la ayuda de un especialista, y con un enfoque holístico.

El principal objetivo será concienciar a los profesores de Educación Física de la necesidad de practicar la prevención inespecífica y activa en el ámbito de la salud en general y de los TCA y la obesidad en particular.

3.1.3 Planificación de los módulos

MÓDULO 1: OBESIDAD Y TCA CONDUCTAS DE RIESGO, SEÑALES DE ALERTA, DETECCIÓN Y PREVENCIÓN.

OBJETIVO DEL MÓDULO

Conocer la sintomatología de los Trastornos de la conducta alimentaria.

Identificar situaciones de riesgo de desarrollo de un TCA.

Conocer conductas de riesgo tanto de profesores como de padres y compañeros que favorecen el desarrollo de un TCA y la obesidad.

CONTENIDOS A TRABAJAR CON LOS PROFESORES

- a. Presentación del grupo.
- b. Evaluación inicial mediante el cuestionario de conocimiento de síntomas, nutrición y habilidades de comunicación efectiva.

- c. Psicoeducación: Presentación de la sintomatología de la obesidad y de los trastornos de conducta alimentaria: Anorexia, Bulimia, Trastornos no especificados y Anorexia atlética y triada de la atleta.
- d. Exposición de los factores de riesgo de desarrollar obesidad y TCA. Insistir principalmente en aquellos deportes de mayor riesgo.
- e. Exposición del papel del profesor en el desarrollo de un TCA.
- f. Actividad individual o pequeños grupos: Análisis de casos: aprender a identificar sintomatología TCA, momentos de riesgo y actitudes negativas.
- g. Puesta en común de las conclusiones.

El papel del educador cobra vital importancia en la prevención de los TCA y la obesidad, ya que puede apoyar e impulsar el desarrollo de actividades que generen en los adolescentes una potenciación de los estilos de vida saludable, reivindicando la diversidad corporal y dentro de un marco que genere y enseñe alternativas de uso del tiempo libre y una formación y valoración integral de la persona mediante la sensibilización y transmisión de contenidos útiles.

Ejemplo de actividad con los adolescentes:

AFIRMACIONES EN GRUPO

DURACIÓN: 45 minutos DESTINATARIOS/AS: adolescentes de la clase

DESCRIPCIÓN:

Se trata de conocer los puntos de acuerdo y desacuerdo sobre distintos temas relacionados con los TCA y la obesidad, susceptibles de opinión, reconociendo la validez que pueden tener todos ellos. Todos tenemos algo interesante que decir.

OBJETIVO DE LA ACTIVIDAD:

- * Conocer las distintas valoraciones de los participantes del grupo.
- * Aprender a respetar las posturas de los demás.
- * Fomentar la comunicación, el diálogo y la escucha.
- * Ser conscientes de que todos podemos aportar algo interesante al grupo y que merecemos ser escuchados.

CONTENIDOS:

- * Comunicación.
- * Diálogo.
- * Acuerdo y desacuerdo.
- * Consenso.
- * Participación.
- * Respeto.
- * Escucha.

DESARROLLO:

Se elige un tema concreto para opinar sobre él. Cada participante escribe en una tarjeta sus ideas. Posteriormente se hace una puesta en común, escribiendo en la pizarra, papel continuo o rotafolio, las afirmaciones sobre las que hay acuerdo y en las que hay desacuerdo. Luego se entabla el debate.

Es importante que no se monopolice la palabra y que todo el grupo participe. Para fomentar la participación, se puede entregar a cada participante al principio del debate 3 cerillas. Cada vez que alguien quiere hablar, tendrá que poner una cerilla en el centro, no pudiendo hablar más cuando se le acaben.

MATERIALES:

Cerillas, papel, cartulina, útiles para escribir, pizarra, papel continuo.

EVALUACIÓN:

¿En qué estriban las diferencias? ¿Cómo se actúa cuando hay desacuerdos? ¿Se respeta la opinión de los compañeros? ¿Nos damos cuenta de que todos tenemos algo interesante que decir y que aportar al grupo? ¿Hemos aprendido cosas nuevas sobre los TCA y la obesidad?

FUENTE:

Adaptación propia, basada de La alternativa del juego II. Juegos y dinámicas de educación para la paz. A.P.D.H. Los libros de la catarata. 1994.

Modulo 2: Estilos de vida, hábitos saludables, alimentación saludable.

OBJETIVOS DEL MÓDULO

Promover hábitos generales de salud: sueño, planificación del tiempo, control de peso y la menstruación.

Recibir formación sobre nutrición adecuada y saludable para adolescentes.

Aprender a realizar cálculos de peso real, ideal y deportivo.

Conocer como se elabora una dieta y aprender a asesorar a alumnos en su alimentación.

Inculcar hábitos saludables y estilos de vida alejados del sedentarismo.

CONTENIDOS A TRABAJAR CON LOS PROFESORES

- a. Pautas nutricionales en el ámbito escolar.
- b. Favorecer la reflexión sobre los procesos de alimentación y nutrición propios y de los estudiantes.
- c. Conocer Peso ideal, real y deportivo. Tablas de peso. Calculo de Índices de medida.
- d. Práctica: Calcular el peso real, ideal y deportivo de sus alumnos.
- e. Explicar pautas de sueño, control del tiempo, menstruación.

En la actualidad de la sociedad moderna experimentamos un momento en el cual no sabemos lo que comemos. Las frutas aparentemente más frescas y mejor aspecto son las que más pesticidas tienen, y las que más procesos no naturales han sufrido. Vivimos en épocas de modernidad alimentaria y ello ha cambiado nuestras rutinas. Se debe comprender a grandes rasgos que es el momento de ir más allá de las recomendaciones medicas y analizar con más detalle las funciones sociales y comunicacionales que los seres humanos hallan en la alimentación y la nutrición, lo mismo que reflexionar sobre la medicalización, individualización y mercantilización de la salud y el cuerpo, para abordar de manera diferente y con actitud crítica las prácticas sociales que revisten las dietas restrictivas, los atracones, vómitos, etc.

Ejemplo de actividad con los adolescentes

DE TODO UN POCO...

DURACIÓN: 3 horas (Puede dividirse en dos sesiones)

DESTINATARIOS/AS: adolescentes de clase.

DESCRIPCIÓN:

Observar las diferencias entre los distintos tipos de comida. Importancia de una buena compra. Trabajar el tema de la imagen personal, el culto al cuerpo y los estereotipos publicitarios.

OBJETIVOS:

- * Descubrir la importancia de la alimentación para llevar una vida sana, independientemente de nuestro aspecto exterior.
- * Aprender a distinguir los tipos de nutrientes y qué alimentos son ricos en cada uno de ellos.
- * Saber hacer una compra de alimentos, teniendo en cuenta la composición de los distintos productos.
- * Conocer las necesidades nutritivas de las personas de su edad, y confeccionar una dieta en función de la actividad a realizar.
- * Relacionar la influencia de los estereotipos sociales y la publicidad en relación a nuestra imagen corporal y nuestros modelos estéticos.

CONTENIDOS:

- * Diferentes tipos de comida: basura, sana.
- * ¿Qué compras? ¿Qué comes?
- * ¿Cómo seleccionar la comida?
- * Dietas y menús.
- * El culto al cuerpo.
- * Publicidad.

DESARROLLO:

1. Lluvia de ideas sobre lo que comemos y no: una vez se han puesto de manifiesto los alimentos que más y menos se consumen se explica el ejercicio práctico sobre la dieta. Elegir un día cualquiera de la semana y con ayuda de la ficha anotar todos los alimentos consumidos desde el desayuno hasta la cena.

Se reparte la ficha de análisis de la dieta (Ver anexo 1) y las hojas en las que aparecen la cantidad de nutrientes de cada alimento, para que pueda ser completada (ver anexo 2)

2. Explicación de conceptos básicos: se expone la tabla de los siete grupos de alimentos y se pide que comprueben si han consumido alimentos de todos los grupos en cada comida. A continuación repartimos la tabla de nutrientes recomendados por sexo y edad para que puedan comparar su dieta con la recomendada por los especialistas. Se explica brevemente la función y propiedades de los principales nutrientes de alimentos, (ver anexo 3)

3. Distribución del grupo en equipos de 5 ó 6 personas con los que trabajar sobre la publicidad. Repartimos entre los grupos distintos anuncios e imágenes de publicidad en prensa, como ejemplos y referentes para el debate. Pudiendo comentar: inquietudes y actitudes sobre los mensajes que la publicidad transmite sobre la imagen, los productos alimenticios, de belleza, estética, alcohol y tabaco.

4. Exposición en plenario: reunir a los participantes y exponer las ideas más representativas que hayan salido de los grupos pequeños. De ahí motivaremos un debate y se intentará obtener unas conclusiones.

MATERIALES:

Carteles, papel continuo, rotuladores, folios, calculadoras, anuncios de prensa, fichas de trabajo.

SUGERENCIAS:

Podemos extender esta dinámica a una salida, campamento, acampadas, excursiones, proponiendo que sean los chavales los que elaboren un menú adecuado y equilibrado, acorde a las necesidades del grupo. Sería también muy interesante que los chavales se encargaran de realizar la compra, acompañados de un educador.

EVALUACIÓN:

- * Realización de las actividades planteadas.
- * Grado de participación en el taller.
- * Reflexión grupal e individual.

* Respuesta a los contenidos.

* Valoración continuada de cómo los contenidos se han interiorizado al trasladarla a la elaboración de menús y compras en las salidas y acampadas siguientes.

FUENTE:

Caballero, A. (coord.) (2001) Anorexia y bulimia: material didáctico sobre trastornos de la conducta alimentaria. Federación de Asociaciones de Scouts de España-Dpto. Técnico de Programas, Madrid.

Modulo 3: Obesidad y TCA prevención desde la familia. Comunicación padres-profesores.

OBJETIVOS DEL MÓDULO

Comprender el papel relevante de la familia en el papel preventivo, de soporte y de influencia ante la presencia de casos de obesidad y TCA.

Enseñar canales de comunicación útiles entre profesores y familiares.

CONTENIDOS A TRABAJAR CON LOS PROFESORES

a. Exposición de la importancia de la familia en el apoyo de la persona afectada.

b. Orientación sobre donde puede encontrar la familia apoyo y asesoría.

c. Recomendaciones de actuación en el ámbito del hogar.

Práctica: Valorar las relaciones de grupo mediante un sociograma.

e. Práctica: Ejercicios prácticos, para aumentar la cohesión de la familia y sus integrantes.

Comunicación efectiva con padres y estudiantes.

Abordar la comunicación familiar desde la dinámica de las relaciones generadas al interior de familias con hijos e hijas adolescentes, es en muchas ocasiones asumida como una etapa crítica para muchas familias, ya que se genera confusión, se provoca malestar, desorientación, estrés, etc. Y es debido a que la adolescencia es una etapa de continua construcción de sentimientos como la identidad, la autoridad, la libertad, y también el aprendizaje de la frustración, las rivalidades y celos entre hermanos. El profesor de Educación Física debe tener presente el grado de influencia que este aspecto puede tener en la explicación de determinadas formas de actuar presentes en sus alumnos, al tiempo que puede buscar mecanismos que indirectamente favorezcan ese proceso de comunicación que se desarrolla en el seno de los hogares.

Ejemplo de actividad con los familiares

EL EPITAFIO

DURACIÓN: 1 hora

DESTINATARIOS/AS: Padres de adolescentes

DESCRIPCIÓN:

Reconocer la importancia que la autoestima y la identidad tienen para nuestra vida, a través de la comunicación verbal y no verbal.

OBJETIVOS DE LA ACTIVIDAD:

- * Construir la identidad y la autoestima que permitan tener una capacidad crítica ante el resto de la familia.
- * Poner de manifiesto los aspectos negativos de una baja autoestima.
- * Sentirse bien, aceptando los propios defectos y virtudes.

CONTENIDOS:

- * La identidad como elemento imprescindible para la vida.
- * La autoestima: factores que la potencian y los que no.
- * Desarrollar la capacidad para razonar sobre el punto de vista de los demás miembros de la familia interlocutores con ánimo de entendimiento.
- * Utilización de técnicas de expresión y de comunicación verbal y no verbal.

DESARROLLO:

- * Cada padre y madre escribe en una hoja una frase: el epitafio, que mejor represente el recuerdo que quieren dejar de su paso por el mundo. Después se entregará al monitor.
- * Se reúne todo el grupo y el monitor lee un epitafio sin decir el nombre del autor, iniciando así una ronda de intervenciones cortas en la que cada padre y madre da su opinión sobre quién es el autor, explicando el por qué. Se toma nota de las intervenciones de cada uno; al acabar la vuelta se lee el siguiente epitafio hasta leerlos todos.

* Una vez acabada la vuelta se lee otra vez el primer epitafio, dando la palabra al autor del mismo para que explique las razones que le han llevado a escribir esta frase. Posteriormente se inicia un análisis entre todos en el cual se contrastan las opiniones que anteriormente habían dado sobre este epitafio permitiendo así la comparación entre la visión que cada uno tiene de uno mismo y cómo lo ven el resto.

* Al acabar, destacar los aspectos positivos que no se han mencionado en las intervenciones y se suavizan las opiniones muy negativas o muy duras.

* Concluir destacando el valor del apoyo crítico de la familia para la obtención de los proyectos personales de vida.

MATERIALES:

Folios, bolígrafos y una caja o similar para depositar los epitafios.

SUGERENCIAS:

Importante saber reconducir las críticas duras y opiniones negativas, sin permitir que se pueda llegar a la ofensa personal. El ambiente a crear es fundamental, debe fomentar la reflexión y el trabajo.

EVALUACIÓN:

Serán indicadores de evaluación: el grado de participación de los asistentes, el tipo de epitafios: teniendo en cuenta la madurez, sinceridad, seriedad y reflexividad de los mismos.

FUENTE:

Adaptación personal basada en ASDE- Scouts de España. Caballero, A. (coord.) (2001) Anorexia y bulimia: material didáctico sobre trastornos de la conducta alimentaria. Federación de Asociaciones de Scouts de España-Dpto. Técnico de Programas, Madrid.

Módulo 4: Obesidad y TCA en el aula. ¿Qué hacer? Actuación del profesional en Educación Física.

OBJETIVOS DEL MÓDULO

Fomentar un estilo democrático de enseñanza.

CONTENIDOS A TRABAJAR CON LOS PROFESORES

- a. Psicoeducación: Comunicación asertiva: Pautas en los estilos de profesor. Autoritario, democrático, permisivo y pasivo.
- b. Puesta en común de las habilidades asertivas de comunicación.
- c. Role play: el profesor ante casos de TCA y obesidad.
- d. Comunicación de preocupación a un posible alumno con un TCA.

La detección precoz y la prevención son fundamentales estrategias contra las enfermedades de TCA y la obesidad. Para ello, el contexto escolar se convierte en un lugar donde es posible detectar ciertas conductas infrecuentes y realizar tareas de tipo preventivo. Por eso es que la comunidad educativa debe recibir formación adecuada que le permita saber cómo actuar y establecer las medidas pertinentes para cada caso.

Se debe hacer énfasis en las pautas de actuación en cuanto a la detección, la prevención interdisciplinar tanto en la niñez como en la adolescencia.

Es fundamental trabajar en la aceptación de la diversidad corporal, para tener un entendimiento de los cambios evolutivos que se generan en la adolescencia, y comprender los aspectos que intervienen en una alimentación adecuada, lo mismo que adquirir consciencia de los efectos negativos de las dietas incontroladas y el ejercicio físico excesivo.

Ejemplo de actividad a trabajar con los adolescentes

¡¡¡A POR TIZAS VOY!!!

DURACIÓN: 20 minutos

DESTINATARIOS/AS: adolescentes de clase

DESCRIPCIÓN:

Trabajar sobre la importancia de la presión de grupo, aplicada al tema de los trastornos del comportamiento alimentario así como la prevención de drogodependencias.

OBJETIVOS DE LA ACTIVIDAD:

- * Analizar cómo somos de vulnerables ante la presión de grupo.
- * Desarrollar una actitud crítica ante la misma.

CONTENIDOS:

- * La presión de grupo.
- * Desarrollo de habilidades para contrastar críticamente los diferentes puntos de vista sobre la realidad.

DESARROLLO:

De forma aleatoria se invita, a través de una excusa (ir a por folios, tizas...) a salir del la sala o el local, a una persona. Mientras esta persona está fuera se da al grupo la consigna de que cuando la persona que coordina el grupo diga la palabra "Tipo", el gran grupo se levanta tranquilamente, se aproxima hacia ella y se queda a su alrededor.

A continuación comienza el desarrollo de una actividad propia. El monitor, durante el desarrollo de la misma irá diciendo la palabra tipo, y el resto del grupo realiza la consigna.

Al ver el resto del grupo levantarse y ponerse alrededor del coordinador, la persona que se marchó a por tizas podrá levantarse e ir con el resto del grupo o no hacerlo.

Posteriormente se comentará el hecho.

SUGERENCIAS:

Esta actividad puede servir para introducir un debate o actividad sobre la presión que ejerce el grupo.

EVALUACIÓN:

- ¿Cómo se ha sentido el que se marchó a por tizas?
- ¿Por qué ha realizado la consigna?
- Debate sobre la importancia de la presión del grupo.

FUENTE:

"Las respuestas están entre nosotros y nosotras. No esperes que caigan del cielo."

Guía de prevención de drogodependencias. Consejo de la Juventud de España.

Módulo 5: Presión sociocultural, medios de comunicación, patrones de vida occidental, actitud crítica.

OBJETIVOS DEL MÓDULO

Desarrollar una actitud crítica ante la influencia de los medios de comunicación, la moda y saber cómo actuar ante ellos.

CONTENIDOS A TRABAJAR CON LOS PROFESORES

- a. Los medios de comunicación, publicidad, internet, su influencia.
- b. Las visiones de la delgadez y la gordura desde un recorrido histórico.
- c. Las costumbres, cambios sociales en patrones de alimentación.
- d. Alimentarse vs nutrirse. Acceso a recursos.

A pesar que los TCA y la obesidad han estado presentes a lo largo de la historia, es evidente que en los últimos tiempos ha aumentado su incidencia significativamente, afectando a personas de todas las edades, en particular a los individuos jóvenes y más a las mujeres que a los hombres. Son enfermedades conductuales que se producen por factores biológicos, psicológicos y sociales. Estos trastornos aparecen en el marco de sociedades modernas en los que los medios de comunicación social influyen en las conductas y las relaciones sociales de las personas.

El culto al cuerpo y los patrones estéticos han cambiado, y ahora la delgadez y el ideal de eterna juventud, se asocian con el éxito social. Estos cambios generan una presión social por alcanzar dichos ideales, y un rechazo social del sobrepeso.

Se debe desarrollar con los profesores un trabajo que aborde la interpretación de los mensajes publicitarios y los estereotipos sociales del ideal de belleza, que la industria basada en la delgadez transmite con fuerza a través del uso de los medios de comunicación.

Ejemplo actividad a desarrollar con los adolescentes

TALLER DE CONTRAPUBLICIDAD

DURACIÓN: 2 horas

DESTINATARIOS/AS: adolescentes de clase

DESCRIPCIÓN:

Trabajar en el tema de la imagen personal, el culto al cuerpo y los estereotipos publicitarios. Es fundamental el trabajo con la publicidad en los grupos, pero ¿cómo?. Es importante hacerlo de una forma divertida, sencilla y natural.

OBJETIVOS DE LA ACTIVIDAD:

- * Relacionar la influencia de los estereotipos sociales y la publicidad en relación a nuestra imagen corporal y nuestros modelos estéticos.
- * Incitar a la reflexión sobre la influencia de la publicidad en nuestra vida, en clave de humor.
- * Aprender a desarrollar un sentido crítico hacia los mensajes que lanzan los medios de comunicación y la publicidad.
- * Rechazar el canon de belleza impuesto por la moda.
- * Reflexionar sobre los modelos estéticos que se nos venden.
- * Promover actividades que potencien la expresión corporal y el teatro como medio de expresión.

CONTENIDOS:

- * El culto al cuerpo.
- * Los medios de comunicación.
- * Presión social.
- * Contrapublicidad.
- * Publicidad.

DESARROLLO:

Comenzaremos la actividad pasando a los chavales revistas en las que aparezcan anuncios de productos que a ellos les puedan parecer sugerentes: juguetes, refrescos, ropa, videos, alimentos

varios, así como catálogos de productos variados. A continuación el monitor lanzará las siguientes preguntas para iniciar un debate:

- Comentar en el grupo grande si alguna vez se han sentido desilusionados con algún producto que en la televisión parecía más grande, bonito y útil....
- Reflexionar sobre cómo son las personas que aparecen en los anuncios publicitarios, ¿se parecen a nosotros, nuestras madres, familiares o amigos?
- ¿Se vendería lo mismo ese producto si quién lo vendiera no tuviera esa imagen?
- ¿En qué nos fijamos a la hora de elegir un producto? ¿Nos acordamos del anuncio o de las propiedades del producto?
- A continuación haremos grupos de 4 a 6 personas y elegirán el anuncio de la televisión que más les guste.
- Mediante una representación intentar reproducir el anuncio lo más fielmente posible.
- Actividad de contrapublicidad televisiva, quitándole lo superfluo, ridiculizando algunos elementos del anuncio...
- Si optamos por la contrapublicidad sobre publicidad escrita, podemos preparar murales por grupos pequeños: los chavales harán el nuevo anuncio, o que recorten, pinten o modifiquen partes de alguno extraído de los medios de comunicación escritos.
- Se pueden comentar las estrategias publicitarias más usadas que quedan muy claras al realizar la contrapublicidad.

EVALUACIÓN:

- ¿Cómo se han sentido? ¿Qué necesidades reales tenemos? ¿Qué necesidades hemos descubierto que se nos crean? Estrategias de publicidad descubiertas en la contrapublicidad y su influencia. Realización de las actividades planteadas.
- Grado de participación en el taller.
- Reflexión grupal e individual.
- Respuesta a los contenidos. Creatividad.

MATERIALES:

Material para elaborar disfraces, cassette, cartulinas, rotuladores, papel continuo, anuncios, revistas varias, pegamento, lápices, tijeras...

Algunas ideas para realizar contra publicidad en anuncios:

- * Cambiar de lugar algún elemento del anuncio.
- * Aumentar o disminuir el tamaño a uno o más elementos.
- * Sobreponer otros colores, formas, líneas, collages.
- * Sustituir objetos o personajes por otros parecidos o muy distintos.
- * Hacer un collage con otros anuncios.
- * Cambiar el aspecto de los personajes, incluso ridiculizando.
- * Cambiar el texto y dejar la misma imagen o cambiar la imagen y dejar el mismo texto.
- * Cambiar el texto por otro al azar.
- * Crear un nuevo anuncio aprovechando partes del original, etc.

PREPARACIÓN:

Recopilación de anuncios publicitarios aparecidos en prensa que el profesor vea interesante para el tema, incidiendo en aquellos en los que aparezcan figuras humanas, con apariencias delgadas o determinados estereotipos estéticos.

SUGERENCIAS:

Es importante que se disfracen y que preparen el "contra- anuncio" de la manera más completa posible: divertirse aprendiendo. Los anuncios a elegir podrán ser sobre moda, bebidas, productos adelgazantes, etc.

FUENTE:

Caballero, A. (coord.) (2001) Anorexia y bulimia: material didáctico sobre trastornos de la conducta alimentaria. Federación de Asociaciones de Scouts de España-Dpto. Técnico de Programas, Madrid.

Módulo 6: Autoestima, imagen corporal, estereotipos corporales.

OBJETIVOS DEL MÓDULO

Fomentar la mejora de la autoestima y la imagen corporal.

Reflexionar sobre el auto concepto que cada uno tenga de si mismo

CONTENIDOS A TRABAJAR CON LOS PROFESORES

- a. Explicar las pautas indicadoras de aceptación o rechazo propio.
- b. Reflexión sobre los sentimientos y las emociones.
- c. Pautas de valoración del comportamiento propio.
- d. Como me veo, como me siento, que hago.
- e. Ejercicios prácticos.

Los ideales de belleza establecidos por diferentes culturas se convierten en un factor que influye en patrones físicos y la imagen corporal, y se muestran como elementos que ejercen presión en los miembros de la población, afectando positivamente a quienes cumplen el modelo, y generando baja autoestima a quienes se apartan de él. La imagen corporal es equivalente a la representación mental que cada uno tiene de su propio cuerpo e incluye componentes perceptuales, cognitivos y conductuales.

El componente perceptual hace referencia a la precisión con que se percibe el tamaño corporal, totalmente o parcialmente y su alteración da como resultado sobreestimación o subestimación de las dimensiones corporales. El componente subjetivo o cognitivo se compone de las actitudes, sentimientos, cogniciones y valoraciones que sobre el cuerpo se generan, su tamaño, peso, formas y otros aspectos en relación con la apariencia física. El componente conductual derivadas del cuerpo y los sentimientos asociados (comportamientos infrecuentes, formas de vestir, etc.). Vincular los tres componentes vemos como la imagen corporal hace referencia a esa percepción que tenemos del cuerpo en su totalidad y en sus partes.

Ejemplo de actividad a trabajar con los adolescentes

SILUETAS

DURACIÓN: 1 hora

DESTINATARIOS/AS: adolescentes de clase

DESCRIPCIÓN:

Consiste en que cada participante dibuje su propia silueta para luego ser valorada positivamente.

OBJETIVOS DE LA ACTIVIDAD:

- * Mejorar el auto-concepto y la autovaloración de los participantes.
- * Aprender a reconocer las propias cualidades a través de la reflexión y los mensajes de los demás.
- * Desarrollar la creatividad.
- * Estimular la actitud de valoración positiva ante otras personas.
- * Identificarse con su cuerpo.

CONTENIDOS:

- * Autoestima.
- * Autoconcepto.
- * Asertividad.
- * Comunicación.
- * Cualidades propias.

DESARROLLO:

Se coloca el papel continuo sobre la pared para que los participantes dibujen sus siluetas. Por parejas un participante se apoya y el otro marca su silueta. Después se recortan y se pintan, colocándose en la pared para que sean rellenadas con frases afirmativas por las demás personas del grupo.

MATERIALES:

Papel, rotuladores y otros elementos para dibujar.

SUGERENCIAS:

Se pueden hacer siluetas de una sola persona cada semana, " el chico o la chica de la semana", hasta completar el grupo. O bien en un momento dado la de alguna persona que necesita ser afirmada.

EVALUACIÓN:

- ¿Cómo se han sentido?
- Profundidad de las frases y valoraciones.
- Posible retroalimentación para los chavales que más les haya costado encontrar sus cualidades.

FUENTE:

La alternativa del juego II. Juegos y dinámicas de educación para la paz. A.P.D.H. Los libros de la catarata. 1994.

3.2 ¿Qué falta por hacer?

Como ya hemos dicho antes, el profesor de Educación Física no es un profesional experto en TCA y obesidad, y por ese motivo, y como manera de favorecer el trabajo interdisciplinario y con enfoque holístico, se espera la colaboración de diversos profesionales especializados que puedan aportar en las intervenciones educativas que se pretenden llevar a cabo.

Se considera sumamente importante el proceso de evaluación que se adelante para hacer una revisión de la propuesta durante todas sus etapas, para corregir errores y valorar la consecución de los objetivos planteados. Evaluaremos de diversas formas que estudien la pertinencia, viabilidad y eficacia del programa, así como la coherencia existente entre los medios y los objetivos y el diagnóstico del mismo. Para ello se puede evaluar bien desde dentro (profesores, participantes del proyecto), desde fuera, o usando evaluadores mixtos.

El proyecto de desarrollar esta propuesta de prevención se pensó inicialmente en cuatro fases. La primera consistiría en una revisión bibliográfica que permitiera desarrollar los fundamentos teórico-conceptuales del programa, la segunda abarcaría propiamente la elaboración y el desarrollo de los contenidos, la tercera fase consistiría en la ejecución de una prueba piloto del programa y después de ésta hacer las modificaciones necesarias, para que finalmente en la cuarta fase pudiera implementarse el programa y evaluar su eficacia (Tabla 1).

Tabla 1. Cronograma del desarrollo de este proyecto		Desarrollo de actividades por mes en el periodo del Máster								
		Oct	Nov	Dic	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun
FASE I: Revisión bibliográfica Recopilación de los fundamentos teórico-conceptuales	Revisión bibliografía sobre Salud y Sociedad.									
	Revisión bibliográfica Juventud y riesgos.									
FASE II: Elaboración / Desarrollo de los contenidos de la propuesta Revisión de contenidos	Confección módulos de formación prevención TCA y Obesidad									
	Colaboración en la ACAB y F-IMA (Prácticas) Revisión de los contenidos de los módulos con lo aprendido en estas asociaciones									
	Reestructuración módulos definitivos.									
	Presentación de los módulos en el Trabajo final de máster									
FASE III: Ejecución de la versión piloto Modificación de estructura y contenidos de acuerdo a los resultados de la prueba piloto	Selección de instrumentos de evaluación para la prueba piloto	<i>Pendiente</i>								
	Definición personal profesional capacitador / Explicación del enfoque holístico	<i>Pendiente</i>								
	Seminario de Formación docente	<i>Pendiente</i>								
	Proceso evaluativo	<i>Pendiente</i>								
	Aplicación de modificaciones del programa de prevención	<i>Pendiente</i>								
FASE IV: Implementación y evaluación del programa reestructurado	Selección de indicadores de evaluación e instrumentos para medir la eficacia del programa	<i>Pendiente</i>								
	Implementación del programa con Profesores de Educación Física de secundaria en los colegios	<i>Pendiente</i>								
	Evaluación del programa	<i>Pendiente</i>								

Para este trabajo se han cubierto las dos primeras fases, y queda pendiente el piloteo, la implementación del programa y la evaluación de éste. Sin embargo se pueden adelantar algunos puntos a considerar para el desarrollo de las siguientes dos etapas del proyecto.

Sugerencias para la tercera etapa:

- Prueba piloto: Durante esta prueba se requiere probar la validez y confiabilidad de los contenidos, es decir tener la certeza de que los contenidos de los módulos abordan de manera holística el problema de los TCA y la obesidad. Se desarrollarán los seis módulos

con un grupo reducido de profesores. Al final de los seis módulos se sugiere hacer un grupo de discusión para conocer la valoración que hacen los profesores del programa y preguntar si el lenguaje se entiende, si los contenidos y la estructura de los módulos responde a las dudas y a las situaciones cotidianas de los profesores durante su desempeño profesional, y también deberá discutirse la coherencia existente entre los medios y los objetivos del programa. Se sugiere que existan evaluadores externos.

Entre los indicadores de evaluación podemos mencionar el grado de satisfacción de los participantes, actitudes, número de participantes, adecuación de objetivos a la realidad que se trabaje, grado de profundización de las temáticas, grado de consecución de los objetivos. Para adelantar este seguimiento evaluativo se propone observación directa y sistemática de las actividades, el uso de fichas de registro de actividades, entrevistas, análisis, test, dinámicas de grupo, debates, etc.

- Modificaciones al programa: Para lograr este objetivo se recomienda someter los datos volcados tras la evaluación a validación por expertos de diferentes áreas, previamente seleccionados. Una vez realizada esta validación, deberán modificarse estructura, contenidos o formas de implementar el programa, de acuerdo a las necesidades detectadas.

Sugerencias para la cuarta etapa:

- Implementación del programa con los profesores de Educación Física de nivel secundaria: Se impartirá la formación definitiva de cada modulo a los profesores de Educación Física de secundaria. Se debe hacer hincapié por parte de los profesionales formadores en el enfoque holístico que se pretende transmitir. La consigna durante todo el proceso es que los profesores participantes puedan ver con claridad la diferencia existente entre esta propuesta de formación y las acciones puntuales, tipo talleres, que habitualmente se acostumbran ejecutar como medidas de actuación preventiva de los TCA y la obesidad.
- Evaluación de la eficacia del programa: Una forma de evaluar si el programa de prevención contribuye a generar un mayor conocimiento sobre los TCA y la obesidad y ayuda a fomentar actitudes que beneficien la prevención de estos problemas tanto en profesores

como en los alumnos es hacer una evaluación antes y después de participar en el programa. Se sugiere seleccionar instrumentos de evaluación que incluyan el conocimiento de los profesores sobre TCA, obesidad, hábitos de vida y nutrición así como la percepción de su capacidad para la comunicación con estudiantes y padres.

- Se considera importante el proceso de evaluación durante todo el programa, para corregir errores y valorar la consecución de los objetivos planteados. Como instrumentos de evaluación se proponen la observación directa y sistemática de las actividades, entrevistas, análisis, tests, dinámicas de grupo, debates, etc.
- Entre los indicadores de evaluación podemos mencionar el grado de satisfacción de los participantes, actitudes, número de participantes, adecuación de objetivos a la realidad que se trabaje, grado de profundización de las temáticas, grado de consecución de los objetivos. Para adelantar este seguimiento evaluativo se propone el uso de fichas de registro de actividades, reuniones de trabajo, seguimiento, información y coordinación.

Tanto para la confección de los módulos, como para el proceso de evaluación se tuvo en cuenta que para recoger información se utilizan diversos instrumentos dependiendo de las necesidades del momento (por ejemplo, cuestionario, entrevista, observaciones, indicadores sociales, grupo nominal, grupo de discusión, etc.).

REFLEXIONES FINALES

El presente trabajo ha intentado argumentar, desde el punto de vista teórico, la necesidad de construir un enfoque holístico e integrador entre las posturas de las ciencias biomédicas y de las ciencias sociales, y que este enfoque holístico se traslade al ámbito práctico a la hora de diseñar e implementar programas de prevención.

Por eso es necesario dar voz a las ciencias sociales en la confección de las tareas de prevención, porque se debe recordar que el comer y su significado es ambivalente ya que también es un acto

mediado culturalmente que puede reconfortar y satisfacer o producir incomodidad o padecimiento. Ambivalencias observables fácilmente en casos de anorexia, bulimia y obesidad.

En dichas acciones preventivas también se debe contemplar la posibilidad de que los jóvenes que deciden no comer o atracarse comiendo, quieran quizás de esa manera expresar sentimientos contrastados de rechazo y aceptación, de soledad o complicidad, de inseguridad o control y de sumisión o contestación, lo que en ocasiones hacen incluso arriesgando sus vidas. Tener en cuenta estos enfoques, pueden ayudar al profesor de Educación Física a tener una visión más integral del fenómeno para entender que son muchos los factores que en él intervienen.

Realizar este trabajo me hace reflexionar sobre el papel que han tenido las mujeres para la consolidación y la lucha por la integración, la igualdad de oportunidades entre mujeres y hombres, contra la discriminación de las clases marginales, migrantes, por ejemplo. Considero que desde el campo de la educación se debe seguir luchando más allá de la teoría porque es en la vida práctica y cotidiana donde se hace necesario promover la inclusión social ahí donde efectivamente la sociedad crea la exclusión.

Si bien podemos ver que existe un reconocimiento formal, escrito y planteado por las leyes sobre la igualdad entre hombres y mujeres, esta igualdad no es real. Existen mecanismos estructurales de exclusión que son los responsables tanto por privar de los derechos básicos a los excluidos, como por el menor control de estos mismos tienen sobre los procesos de decisión que afectan sus vidas.

Desde su asignatura, el profesor de Educación Física y su manera de impartir conocimientos pueden ayudar no solo a la prevención de los TCA y la obesidad, que según lo apreciado en el texto se ceba con las mujeres, sino también desde el ámbito del deporte, que en muchas de sus modalidades mediante la competitividad malsana genera y hegemoniza desigualdades de género y favorece la discriminación y diferenciación entre hombres y mujeres. Por eso se deben rescatar las características educativas que en una asignatura como la Educación Física pueden aportar en la formación de personas integrales y una sociedad integradora.

Entre las formas de desigualdad más difundidas se encuentra la desigualdad por género. Cabe recordar que el término SEXO define diferencias biológicas, genéticas, incambiables; mientras que el concepto GÉNERO es una categorización social que varía según las culturas y las construcciones sociales de estas. Distinguir entre sexo y género permite comprender que el sexo en sí no es la

causa de las desigualdades, sino que lo es la posición de género socialmente construida la que media en dichas situaciones. Para analizar como la sociedad influye en la vida e identidad de cada persona debemos hablar de sexo y genero, el proceso de socialización que lo media, los estereotipos y roles de género que se van asignando a las personas, quienes en definitiva asimilan y hacen suyos elementos culturales para construir sus identidades como hombres y mujeres en la sociedad a la que pertenecen. Y en estos aspectos vemos como la familia, la escuela, los medios de comunicación, juegan un papel fundamental como agentes de socialización y como vehículos de transmisión de valores y actitudes sexistas, que son diferentes según el sexo de las personas y de acuerdo a ello asigna modelos de vida diferenciados para los hombres y las mujeres en función de lo establecido tradicionalmente.

Dentro de la programación de la 5ª edición del MIJS pude asistir al “XV Fòrum d’Estudis sobre la Joventut”, en donde se debatieron los avances contemporáneos en los estudios sobre adolescencia desde una perspectiva interdisciplinaria tratando el dilema entre la naturaleza y la cultura como factores explicativos del comportamiento de los adolescentes. En una de las sesiones se explicó el cómo en las sociedades avanzadas están apareciendo muchas situaciones hasta ahora desconocidas, que afectan de manera directa el desarrollo de una correcta socialización de la infancia, y por extensión de la adolescencia. También nos deja claro que una población en situación de riesgo se suele definir como un grupo determinado inmerso en un proceso de desadaptación social. “cuando nos referimos a infancia en situación de riesgo social no solamente nos referimos al maltrato dentro de la familia, sino a una situación mucho más amplia, que reúne todas aquellas circunstancias sociales carenciales para el correcto desarrollo de la infancia (Balsells, 1997). Lo anterior me hace pensar en que los afectados por TCA y obesidad pueden llegar a ser una población en riesgo de una posible exclusión social, y que la comunidad educativa tiene la obligación de actuar eficazmente al respecto.

“Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) son un problema de gran importancia en nuestra sociedad, no solo por las cifras actuales sino por su crecimiento constante. Las consecuencias de los TCA son graves y hacerles frente es una tarea fundamental de las instituciones públicas y los agentes sociales. Los TCA estan experimentando cambios importantes: de una parte, cada vez son más los hombres que los padecen, de otra, los que enferman ya no solamente son jóvenes, sino que los TCA llegan a edades cada vez más avanzadas. No obstante lo anterior, continúa siendo un trastorno típicamente juvenil y feminizado.”

Observatori Català de la Joventut

Enfrentar estructuralmente toda la problemática generada en torno a los TCA y la obesidad se hace necesario para poder detectar una posible población en riesgo de exclusión social y a aquellos sujetos afectados por estos trastornos, en medio de los cuales se pueden llegar a ver afectados sus itinerarios de vida.

Se hace necesario tener en cuenta, desde un análisis holístico, los aspectos relacionados tanto con las políticas nucleares (vivienda, salud, educación, trabajo, etc.); como con las políticas periféricas (deporte, cultura, el ocio, y la participación ciudadana). El tener que enfrentarse a estos trastornos es en la mayoría de ocasiones todo un reto y una labor complicada, y es por eso que la promoción de la resiliencia; entendida como la capacidad de una persona o grupo para seguir proyectándose en el futuro a pesar de acontecimientos desestabilizadores, de condiciones de vida difíciles y, a veces, de traumas graves (Manciaux, 2003), debe ser contemplada, tanto por los propios afectados como por las personas que pretendan trabajar con ellos. Me parece que el profesor de Educación Física y su trabajo en clase puede ayudar indirectamente a combatir estas posibles formas de exclusión, y al mismo tiempo colaborar en la construcción colectiva de un ejercicio de resiliencia, obteniendo de su propia condición las cualidades para luchar en contra de aquellas condiciones sociales que han afectado a los estudiantes con los cuales desarrolla su labor docente.

En resumen, y en concordancia con lo planteado en el texto, estoy de acuerdo en que para una mejor comprensión de estos comportamientos no solo se debe aludir a la comida desde la salud y la enfermedad o la dieta. Es necesario tener presente que las comidas son también formas de sociabilidad y placer, y que el rechazo al alimento, el ayuno voluntario o el atracón pueden tener significados distintos. (p. ej. ayunos por necesidad, solidaridad, heroísmo, razones de denuncia, aceptación o temor al rechazo, etc.). Muchas veces vemos que comer o no comer se impone como algo racional en una persona responsable de su cuerpo, siendo relevante socialmente por su condición de ostentación, y trascendiendo la preocupación por la salud o por adelgazar. Pero dicho control llevado a un extremo supone criterio de TCA. La pregunta es qué se entiende por comer mucho o poco, por estar gordo o delgado, y saber quién, cuándo y por qué cruza el límite.

El tener presentes los aportes que los investigadores sociales ofrecen sobre el tema de los TCA y la obesidad, y la búsqueda de un acercamiento con el quehacer biomédico, se debe contemplar como un camino a explorar en la contextualización de un enfoque holístico del fenómeno, y básico en la concepción de propuestas de prevención como la que pretendo llevar a cabo en mi TFM.

Los TCA y la obesidad pueden prevenirse y/o detectarse precozmente. Para conseguirlo, un seguimiento y evaluación de pautas de alimentación, actividad física y estilos de vida de los propios sujetos y sus familias, constituye el medio más eficaz para detectar precozmente la población en riesgo, y prevenir problemas de salud subyacentes a los TCA y la obesidad. Ante la responsabilidad multifactorial, los profesores deben asumir su parte, ya que pueden ser fundamentales en las tareas de diagnóstico precoz y prevención. Un trabajo interdisciplinar y con enfoque holístico, diversificando sus actuaciones y desarrollado desde el área de la Educación Física y sus profesores, es una vía que hasta ahora está poco explorada y que amerita ponerse a prueba, sin obviar que la labor del profesor estaría centrada en el campo de la prevención inespecífica. Los hábitos alimentarios se deben desarrollar desde temprana edad, por lo cual es importante comenzar con la educación nutricional y actitudinal cuando las conductas y actitudes todavía no se han fijado definitivamente, involucrando el entorno próximo de las personas, es decir su contexto social (familia, barrio y escuela), y con una dimensión comunitaria, ya que el ambiente adecuado facilitará que las acciones sean eficaces y efectivas. Lo anterior recalando en las responsabilidades compartidas que a nivel estructural tienen en estos fenómenos la cultura, la sociedad, y aspectos como la política, la mercantilización y la medicalización que afecta a las sociedades occidentales.

Finalmente recalco en la importancia de no trabajar apartados, en compartimentos estancos, y decantarse profesionalmente por la cultura del trabajo holístico, sin interferencias para otras áreas de conocimiento, sino con enfoque de aporte interdisciplinario, para contribuir a romper el esquema de la hegemonía del cuerpo sobre el alma y cambiarlo por una visión que contemple de manera conjunta “Cuerpo-mente, naturaleza-cultura, individuo-sociedad.”

REFERENCIAS

ACAB (2007) *Què li passa? Quan els trastorns del comportament alimentari entren a casa: guia per a famílies*. Barcelona: Associació contra l'Anorèxia i la Bulímia.

Arias, C. y Restrepo M. (2009). La investigación-acción en educación: un camino hacia el desarrollo profesional y la autonomía. *Íkala Revista de lenguaje y cultura* Vol. 14 (22):109-122.

Ascher, F. (2005) *Le mangeur hypermoderne*. París: Odile Jacob.

Baas, M.A., L.M. Wakefield y K.M. Kolassa (1979). Community nutrition and individual food behavior. Minn. Burgess Publish.

Balsells, M. A., Fuentes Peláez, N., Mateo, M., Mateos, A., & Violant, V. (2010). *Innovación socioeducativa para el apoyo de adolescentes en situación de acogimiento familiar*. *Educar*, N° 45: 133-148.

Barbero González, J. (1998). *La cultura de consumo, el cuerpo y la educación física*. p.24.

Beck, U. Teoría de la sociedad del riesgo. En Giddens, A., Bauman, Z., Luhmann, N. y Beck, U. (2007). *Las consecuencias perversas de la modernidad*. Barcelona: Anthropos.

Benavente, M. (2003). Factores de riesgo relacionados con trastornos en la conducta alimentaria en una comunidad de escolares. *Atención primaria* 32. (7):403-409.

Bourdieu, P. (2011) *Las estrategias de la reproducción social*. Argentina: Siglo XXI Editores.

Casal, J., García, M., Merino, R. y Quesada, M. (2006). Aportaciones teóricas y metodológicas a la sociología de la juventud desde la perspectiva de la transición. *Papers* No. 79: 29-48.

Caballero, A. (coord.) (2001) *Anorexia y bulimia: material didáctico sobre trastornos de la conducta alimentaria*. Federación de Asociaciones de Scouts de España-Dpto. Técnico de Programas, Madrid.

Carrillo Durán, M. V., & Castillo Díaz, A. (2005). «El culto al cuerpo» en la imagen publicitaria de principios del siglo XX: revista *Nuevo Mundo*, 1925-1929.

Chinchilla, A. (2003). *Trastornos de la conducta alimentaria. Anorexia y bulimia nerviosas, obesidad y atracones*. Barcelona: Masson.

Comas, D. (2008). *La salud de la juventud. Informe 2008. Juventud en España. Tomo 3*. Madrid: Catálogo General de Publicaciones Oficiales.

Consejo de la Juventud de España. (1996). *Las respuestas están entre nosotros y nosotras, no esperes que caigan del cielo*. Madrid. C.J.E.

Contreras, J. y Gracia, M. (2005). *Alimentación y Cultura. Perspectivas antropológicas*. Barcelona: Ariel.

Díaz, I. (2005) Propuesta de un programa de prevención de trastornos de la conducta alimentaria para entrenadores. *Cuad Psicol Dep* 1-2: 67-80.

Dinicola, V. F. (1990). "Anorexia Multiforme: Self-starvation in Historical and Cultural Context Part I: Self-starvation as a Historical Chameleon1". *Transcultural Psychiatry* 27 (3): 165

Figueras, M. (2005). *Prensa juvenil femenina i identitat corporal*. Tesis Doctoral. Universitat Pompeu Fabra. Departament de Periodisme i de Comunicació Audiovisual

Figueras, M. (2008). "Los medios de comunicación y las nuevas tecnologías como estabilizadores existenciales" en *Comunicación e Ciudadanía*, núm. 2.

Gil García, E. (2007). Perfiles sociales, alimentación y predicción de trastornos de la alimentación en adolescentes urbanos andaluces. *Atención primaria* 39. (1); 7-11.

Gracia, M. (Directora), Bernal, M., Casadó, L., Comelles, J., Guerrero, C., Guidonet, A., Ledo, J. y Ab, A. (2007). Els trastorns alimentaris a Catalunya. Una aproximació antropològica. Barcelona: Generalitat de Catalunya. Departamento de Acción Social y Ciudadanía, Secretaría de Juventud.

Gracia, M. y Comelles, J.M. (2007) “De comer y no comer” a *No comerás*. Barcelona, Icaria: 21-38.

Gracia-Arnaiz, M., Díaz, C. Alimentación, cultura y Sociedad: problemáticas e investigación desde las Ciencias Sociales, en Cantarero, L. (ed.) (2012) *La Antropología de la alimentación en España: perspectivas actuales*. Barcelona: UOC, Ars Alimentaria.

Grandjean, A.C. (1991): “Eating disorders: the role of the athletic trainer”. *J Athl Train.*, 26, 105–112.

Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Trastornos de la Conducta Alimentaria. (2009). *Guía de Práctica Clínica sobre Trastornos de la Conducta Alimentaria*. Madrid: Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Consumo. Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques de Catalunya. AATRM Núm. 2006/05-01.

Govero, C. y Bushman, B.A. (2003). Collegiate cross country coaches' knowledge of eating disorders. *Women in sport and physical activity journal*, 12 (1), Spring 2003, 53-65.

Hidalgo, M.I. y Güemes, M. (2008). Trastornos del comportamiento alimentario. Anorexia y bulimia. *Pediatría Integral*; XII (10):959-972

Ensayos, 2006 (21), 89-108. La intervención escolar preventiva de los trastornos de la alimentación. Educación física y distorsión de la imagen corporal recuperado de <http://www.uclm.es/ab/educacion/ensayos/revista21.asp>

Evans, J.; Rich, E y Holroyd, R. (2004): “Disordered Eating and Disordered Schooling: What schools do to middle class girls”. *British Journal of Sociology of Education*. 25 (2), 123-142.

Jiménez-Castuera *et al.* (2007). Motivación, práctica deportiva extraescolar y hábitos alimenticios. *International Journal of Clinical and Health Psychology*. Vol. 7 (2); 385-401.

Jiménez, M. (2006). De l'estereotip adult a la realitat preadolescent. Influència del discurs audiovisual publicitari en els trastorns del comportament alimentari en nens i nenes de 8 a 12 anys. Tesis Universitat Pompeu Fabra. Departament de Periodisme i Comunicació Audiovisual.

Jorquera, M. (2008). Un taller de prevención para los trastornos de la conducta alimentaria en la Comunidad Valenciana. Universidad de Valencia, Facultad de Psicología: Tesis doctoral.

La alternativa del juego II (1994). Juegos y dinámicas de educación para la paz. A.P.D.H. Los libros de la catarata.

Lindenberg, K. (2011). E-health for individualized prevention of eating disorders. *Clinical practice and epidemiology in mental health*, 7; 74-83.

- Manciaux, M. (ed). (2003). *La resiliencia: resistir y rehacerse*. Barcelona: Gedisa.
- Martínez-González, M, y De Irala, J. (2003). Los trastornos del comportamiento alimentario en España: ¿estamos preparados para hacerles frente desde la salud pública? *Gac Sani*, 17 (5):347-350.
- Martínez, P., Liliana, Z., Hartley, J., Morote, R., y Calderón, R. (2003). Estudio Epidemiológico de los trastornos alimentarios y factores asociados. *Revista de Psicología*, 21(2), 233-260.
- Olmedilla, A, y Andreu, A. (2002). Propuesta de intervención sociológica para el control de hábitos alimentarios en deportistas jóvenes. *Cuad Psicol Dep* 2:13-28.
- OMS. Obesidad y Sobrepeso. Nota descriptiva No 311. Mayo (2012). Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/> Consultado el 01 de junio de 2013.
- Ortega, F. (2008). *O corpo incerto: corporeidade, tecnologias médicas e cultura contemporânea*. Rio de Janeiro: Garamond.
- Peláez, M.A., Labrador F. y Raich, R. (2005). Prevalencia de los trastornos de la conducta alimentaria: consideraciones metodológicas. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, Vol. 5 (2):135-148.
- Pérez-Samaniego, V. y Sánchez Gómez, R. (2001). Las concepciones del cuerpo y su influencia en el curriculum de educación física. *Revista digital lecturas: Educación Física y deportes*.
- Polo, I. (2008). *Evaluación de la enseñanza de la Educación Física en la E.S.O. en Aragón, e implementación de un programa de entrenamiento en habilidades y estrategias docentes implicadas en la promoción de actitudes y conductas saludables*. Tesis Doctoral. Universidad de Zaragoza. Huesca.
- Protocolo de actuación en trastornos de la conducta alimentaria. (2009). p.24-38. Gobierno de Canarias. Consejería de Sanidad. Servicio Canario de la Salud. Dirección General de Programa Asistenciales. Recuperado de http://www2.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/content/1ed7c860-2137-11df-8252-79e5259eb869/Protocolo_TCA.pdf
- Quiles, M. (2011). Eating habits, physical activity, consumption of substances and eating disorders in adolescents. *The Spanish journal of psychology*, 14.2; 712-723.
- Romaní, O. (Coord.), Planas, A., Feixa, C., Trilla, J., Saura, J., Casal, J, Figueras, M. y Soler, P (eds.). (2010). Jóvenes y riesgos ¿Unas relaciones ineludibles? Barcelona: Ediciones Bellaterra.
- Ruiz-Lázaro, P., y Comet, P. (2002). *La prevención de trastornos alimentarios es posible: experiencia del programa escolar controlado del grupo Zarima Prevención*. Editorial Intersalud.
- Solano-Pinto, N., Oliveiros-Leal, L., Moreno-Villares, J.M. (2004). Prevención de los trastornos de la conducta alimentaria: Educando en Salud: Así soy yo, así son ell@s. *Psiquiatría Noticias*, 2004, 6 (2), disponible en www.psiquiatria.com

Sepúlveda, A.R., Carrobes, J.A., Gandarillas, A., Poveda, J. y Pastor, V. (2004). Evaluación de un programa preventivo en alimentación en población universitaria. *Interpsiquis 2004*, disponible en www.psiquiatria.com. Referenciado en <http://www.psiquiatria.com/bibliopsiquis/handle/10401/3176>

Stice, E. (2008). General and program-specific moderators of two eating disorder prevention programs. *The international journal of eating disorders*, 41 (7); 611-617.

Tolchinsky, L.; Rubio, M.J.; & Escofet, A. (2002). Tesis, tesinas y otras tesituras. Barcelona: Edicions de la UB.

Trujano, P., De Gracia, M., Nava, C., Marcó, M. & Limón, G. (2010) Factores de riesgo asociados a los trastornos de la conducta alimentaria en preadolescentes mexicanos con normopeso. *Psicothema* Vol. 22, (4); 581-586.

Vaughan, J.L., King, K.A. y Cottel, R.R. (2004). Collegiate Athletics trainers' confidence in helping female athletes with eating disorders. *Journal of Athletics Training*, 39 (1), 71-76.

Vellisca M.Y., Orejudo, S. y Latorre, J.I. (2012). Distorsión de la Percepción Corporal en Pacientes con Anorexia Nerviosa de Inicio Temprano vs. Tardío. *Clínica y Salud* vol.23 (2):111-121.

ANEXOS

A continuación se anexan las tablas para el trabajo durante algunas de las sesiones con los profesores, y algunos de los instrumentos (cuestionarios y encuestas) que pueden llegar a ser utilizados y que se mencionan a lo largo de la propuesta:

ANEXO 1. TABLA PARA EL CÁLCULO DEL VALOR NUTRITIVO DE LA DIETA DE UN DÍA POR RACIONES.

Alimentos	Raciones	Calorías	Proteínas	Calcio	Hierro	Vitaminas
Totales						

Relación de los alimentos consumidos de cada grupo.

Indicar si se ha consumido de todos los grupos.

En caso negativo indicar los grupos que faltan en la dieta para que sea equilibrada y variada.

ANEXO 2. VALOR NUTRITIVO DE LOS PRINCIPALES ALIMENTOS.

Grupo	Alimentos	Kilocalorías	Proteínas	Calcio	Hierro	Vitaminas
Lácteos	Leche desnatada	82	8	325	0.2	B
	Leche entera	162	8	302	0.2	AB
	Yogurt	123	7	270	0.1	AB
	Queso manchego	84	6	240	0.1	AB
	Queso de Burgos	174	15	186	0.3	AB
	Helados	204	4	150	0.2	A
	Batidos	245	9	297	1.1	A
Carnes, pescados y huevos	Cerdo magro	232	30	12	2.2	BP
	Conejo	133	23	22	1.1	PB
	Albóndigas	450	20	36	3.1	AB
	Cordero	253	19	8	1.8	P
	Chorizo	222	13	12	1.4	P
	Fiambres	324	12	30	1.3	A
	Foie-gras	272	8	14	1.3	A
	Hamburguesas	400	23	34	3.7	P
	Jamón serrano	98	18	21	1.1	P
	Jamón de York	211	13	8	1.1	P
	Pollo	175	21	13	1.1	P
	Salchichas	177	8	8	1.3	P
	Vacuno magro	197	31	12	3.1	P
	Vacuno semigraso	364	24	10	2.7	P
	Huevo de gallina	75	6	25	1.1	AB
	Almejas	47	11	128	24.1	AP
	Atún	376	43	71	2.4	AD
	Atún en aceite	228	19	32	1.1	AD
	Besugo	95	19	33	0.9	PA
	Merluza	165	28	50	1.4	PB
Mariscos	83	20	220	1.9	AP	
Sardina	210	24	58	1.5	AB	
Boquerón	180	24	42	1.4	AD	
Patatas, legumbres, frutos secos	Alubias	200	13	90	4.7	P
	Garbanzos	230	14	101	4.7	AP

	Patatas	106	3	12	0.8	C
	Patatas fritas	136	2	7	0.6	C
	Nueces	602	14	77	2.3	P
	Cacahuetes	581	27	61	2.1	P
Verduras y hortalizas	Acelgas	20	1	79	2.1	AC
	Espárragos	9	2	13	0.6	AC
	Judías verdes	27	2	36	0.9	AC
	Espinacas	14	2	73	3.2	AC
	Lechuga	8	1	24	0.3	AC
	Pepino	9	0	13	0.2	C
	Tomates	17	1	10	0.5	AC
	Zanahoria	27	1	34	0.6	A
Frutas	Mandarina	40	1	39	0.3	AC
	Manzana	58	1	7	0.5	CA
	Melocotón	47	1	10	0.5	CA
	Melón	22	1	13	0.3	AC
	Naranja	40	1	40	0.3	CA
	Uvas	85	1	23	0.5	C
	Plátano	83	1	9	0.6	AC
	Sandía	15	1	5	0.2	CA
Pan, pastas, arroz, azúcar	Azúcar	223	0	2	0	
	Arroz	253	5	7	0.3	B
	Macarrones	261	9	15	0.9	B
	Pan	230	8	19	1.7	B
	Bollería	230	4	24	0.6	AD
	Bombones	91	1	24	0.3	
	Chocolate	181	3	14	0.7	
	Galletas	261	4	12	1.2	B
	Mermeladas	263	0	25	0.4	AC
	Miel	177	0	3	0.4	B
Grasas, aceites, mantequilla, tocino	Mantequilla	225	0	4	0	AD
	Margarina	224	0	2	0	A
	Aceitunas	224	1	75	1.8	A
Otros	Pizza	351	14	360	1.6	C
	Sopa de sobre	73	1	30	0.7	
	Cerveza	64	1	14	0.2	B
	Vino	77	0	9	0.7	P
	Refrescos	97	0	10	0	

Nota: la energía está medida en kilocalorías, las proteínas en gramos, el calcio y el hierro en miligramos. Todas las cantidades se refieren a una ración.

ANEXO 3. ANÁLISIS COMPARATIVO DE LA DIETA Y FORMA DE EQUILIBRARLA:

	Calorías	Proteínas	Calcio	Hierro	Vitaminas
Total de cada nutriente consumido					
Cantidad recomendada para tu edad					
Diferencia					

Si hay diferencias considerables entre las cantidades 1 y 2 debemos buscar la forma de equilibrarlas.

- * Calorías: se equilibran comiendo más o menos de ...
- * Proteínas: se equilibran comiendo más o menos de...
- * Calcio: se equilibran comiendo más o menos de ...
- * Hierro: se equilibran comiendo más o menos de...
- * Vitaminas: se equilibran comiendo más o menos de...

Recomendación de nutrientes por edades

- Hay que tener en cuenta que las ingestas recomendadas son orientativas y no deben tomarse al pie de la letra. Al evaluar la dieta podemos marcar un margen de un 10% por encima y por debajo.
- Para determinar las necesidades de energía de cada individuo también hay que tener en cuenta el tipo de actividad que realiza, pudiendo darse diferencias notables: ligera, activa o muy activa

De 6 a 10 años(chicos y chicas) Energía (kcal): 2000. Proteínas (gr.) 36. Calcio(mg.) 650. Hierro (mg.) 9. Vitamina A (mg.) 400. Vitamina B1 (mg.) 0.8. Vitamina B2 (mg.) 1.2. Vitamina PP (mg) 13. Vitamina C (mg.) 55. Vitamina D (mcg) 2.5.	De 10 a 13 años (chicos) Energía (kcal): 2450. Proteínas (gr.) 43. Calcio(mg.) 800. Hierro (mg.) 12. Vitamina A (mg.) 575. Vitamina B1 (mg.) 1. Vitamina B2 (mg.) 1.5. Vitamina PP (mg) 16. Vitamina C (mg.) 60. Vitamina D (mcg) 2.5.	De 10 a 13 años (Chicas) Energía (kcal): 2300. Proteínas (gr.) 41. Calcio(mg.) 800. Hierro (mg.) 18. Vitamina A (mg.) 575. Vitamina B1 (mg.) 0.9. Vitamina B2 (mg.) 1.4. Vitamina PP (mg) 15. Vitamina C (mg.) 60. Vitamina D (mcg) 2.5.
De 13 a 16 años (chicos) Energía (kcal): 2750. Proteínas (gr.) 54. Calcio (mg.) 850. Hierro (mg.) 15. Vitamina A (mg.) 725. Vitamina B1 (mg.) 1.1.	De 13 a 16 años (chicas) Energía (kcal): 2500. Proteínas (gr.) 45. Calcio(mg.) 800. Hierro (mg.) 18. Vitamina A (mg.) 725. Vitamina B1 (mg.) 1.0.	De 16 a 20 años (chicos) Energía (kcal): 3000. Proteínas (gr.) 56. Calcio (mg.) 850. Hierro (mg.) 15. Vitamina A (mg.) 725. Vitamina B1 (mg.) 1.2.

Vitamina B2 (mg.) 1.7. Vitamina PP (mg) 18. Vitamina C (mg.) 60. Vitamina D (mcg) 2.5.	Vitamina B2 (mg.) 1.5. Vitamina PP (mg) 17. Vitamina C (mg.) 60. Vitamina D (mcg) 2.5.	Vitamina B2 (mg.) 1.8. Vitamina PP (mg) 20. Vitamina C (mg.) 60. Vitamina D (mcg) 2.5.
De 16 a 20 años(chicas) Energía (kcal): 2300. Proteínas (gr.) 43. Calcio (mg.) 850. Hierro (mg.) 18. Vitamina A (mg.) 750. Vitamina B1 (mg.) 0.9. Vitamina B2 (mg.) 1.4. Vitamina PP (mg) 15. Vitamina C (mg.) 60. Vitamina D (mcg) 2.5.		

ANEXO 4

ChEAT (Versión infantil del EAT-26; Children Eating Attitudes Test). Version Española. (M de Gracia, 2008)

1. Me da mucho miedo pesar demasiado.
2. Procuro no comer aunque tenga hambre.
3. Pienso en comida continuamente.
4. A veces me he atracado de comida, sintiendo que era incapaz de parar de comer.
5. Corto la comida en trozos pequeños.
6. Estoy informado/a de las calorías que tienen los alimentos que como.
7. Evito comer alimentos como pan, patatas o arroz.
8. Noto que los demás preferirían que comiese más.
9. Vomito después de haber comido.
10. Me siento muy culpable después de comer.
11. Me preocupa el deseo de estar más delgado/a.
12. Pienso en quemar calorías cuando hago ejercicio.
13. Los demás piensan que estoy demasiado delgado.
14. Me preocupa la idea de tener grasa en el cuerpo.

15. Tardo en comer más que las otras personas.
16. Procuro no comer alimentos con azúcar.
17. Noto que los demás me presionan para que coma.
18. Paso demasiado tiempo pensando y ocupándome de la comida.
19. Me siento incomodo/a después de comer dulces.
20. Me comprometo a hacer régimen.
21. Me gusta sentir el estómago vacío.
22. Me lo paso bien probando comidas nuevas y sabrosas.
23. Tengo ganas de vomitar después de las comidas.
24. Como alimentos de régimen.
25. Siento que los alimentos controlan mi vida.
26. Me controlo en las comidas.

Categorías de respuesta:

Siempre / Casi siempre / Muchas veces / Algunas veces / Casi nunca / Nunca.

ANEXO 5

EAT-40 Eating Attitudes Test. Garner DM y Garfinkel PE, 1979.

Versión española (J. Castro et al, 1991).

1. Me gusta comer con otras personas.
2. Preparo comidas para otros, pero yo no me las como.
3. Me pongo nervioso/a cuando se aproxima la hora de las comidas.
4. Me da mucho miedo pesar demasiado.
5. Procuro no comer aunque tenga hambre.
6. Me preocupo mucho por la comida.
7. A veces me he "atracado" de comida, sintiendo que era incapaz de parar de comer.
8. Corto mis alimentos en trozos pequeños.

9. Tengo en cuenta las calorías de los alimentos que como.
10. Evito, especialmente, comer alimentos con muchos hidratos de carbono (p. ej., pan, arroz, patatas).
11. Me siento lleno/a después de las comidas.
12. Noto que los demás preferirían que yo comiese más.
13. Vomito después de haber comido.
14. Me siento muy culpable después de haber comido.
15. Me preocupa el deseo de estar más delgado.
16. Hago mucho ejercicio para quemar calorías.
17. Me peso varias veces al día.
18. Me gusta que la ropa me quede ajustada.
19. Disfruto comiendo carne.
20. Me levanto pronto por las mañanas.
21. Cada día como los mismos alimentos.
22. Pienso en quemar calorías cuando hago ejercicio.
23. Tengo la menstruación regular.
24. Los demás piensan que estoy demasiado delgado/a.
25. Me preocupa la idea de tener grasa en el cuerpo.
26. Tardo en comer más que las otras personas.
27. Disfruto comiendo en restaurantes.
28. Tomo laxantes (purgantes).
29. Procuro no comer alimentos con azúcar.
30. Como alimentos de régimen.
31. Siento que los alimentos controlan mi vida.
32. Me controlo en las comidas.
33. Noto que los demás me presionan para que coma.
34. Paso demasiado tiempo pensando y ocupándome de la comida.
35. Tengo estreñimiento.

36. Me siento incómodo después de comer dulces.
37. Me comprometo a hacer régimen.
38. Me gusta sentir el estómago vacío.
39. Disfruto probando comidas nuevas y sabrosas.
40. Tengo ganas de vomitar después de las comidas.

Categorías de respuesta:

Nunca / Casi nunca / Algunas veces / Bastantes veces / Casi siempre / Siempre.