



Universidad Internacional de La Rioja
Facultad de Educación

Máster Universitario en Formación del Profesorado de
Educación Secundaria Obligatoria y Bachillerato, Formación
Profesional y Enseñanzas de Idiomas

**Prevención de los trastornos de la
conducta alimentaria en alumnos/as de
primer curso de Educación Secundaria
Obligatoria**

Trabajo fin de estudio presentado por:	Rocío Ramírez Páez
Tipo de trabajo:	Propuesta de intervención
Especialidad:	Orientación Educativa
Director/a:	Daniela Baridón Chauvie
Fecha:	19/05/2023

Resumen

Los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) se han convertido, en los últimos años, en uno de los problemas mentales más significativos de la sociedad. El número de personas que padece algún TCA se ha visto incrementado, al igual que el número de sujetos que se quitan la vida por sufrir esta alteración. La adolescencia constituye un factor disposicional para el desarrollo de TCA caracterizado por cambios biológicos, sociales y psicológicos. Asimismo, la baja autoestima, la publicidad y las comparaciones sociales promovidas a través de las redes sociales aumentan la probabilidad de padecer este trastorno mental. Con el fin de prevenir los TCA en el alumnado de primer curso de Educación Secundaria Obligatoria (ESO) en un centro educativo de la localidad de Osuna (Sevilla), se elabora una propuesta de intervención partiendo de una revisión bibliográfica sobre los trastornos de la conducta alimentaria y cómo afectan en educación. Las sesiones de la propuesta se planifican en base a tres bloques: hábitos saludables, autoestima positiva e imagen corporal adecuada y medios de comunicación y redes sociales. Los diferentes contenidos son trabajados a través de actividades prácticas con el fin de superar los objetivos de la propuesta de intervención.

Palabras clave: Intervención educativa, prevención, Trastornos de la Conducta Alimentaria, autoestima, hábitos saludables, redes sociales.

Abstract

Eating Disorders (ED) have become, in recent years, one of the most significant mental problems in society. The number of people suffering from eating disorders has increased, as has the number of people who take their own lives due to suffering from this disorder. Adolescence is a dispositional factor for the development of eating disorders, characterized by biological, social and psychological changes. Likewise, low self-esteem, advertising and social comparisons promoted through social networks increase the probability of suffering from this mental disorder. In order to prevent ED in students in the first year of Compulsory Secondary Education in an educational center in the town of Osuna (Seville), an intervention proposal is prepared based on a bibliographic review on eating disorders and how they affect in education. The sessions of the proposal are planned based on three blocks: healthy habits, positive self-esteem and adequate body image, and the media and social networks. The different contents are worked through practical activities in order to exceed the objectives of the intervention proposal.

Keywords: Educative intervention, prevention, eating disorders, self-esteem, healthy habits, social networks.

Índice de contenidos

1. Introducción.....	8
1.1. Justificación	8
1.2. Planteamiento del problema	9
1.3. Objetivos.....	9
1.3.1. Objetivo general.....	9
1.3.2. Objetivos específicos.....	10
2. Marco teórico	11
2.1. Conceptualización y tipología de los Trastornos de la Conducta Alimentaria.....	11
2.2. Etiología y factores de protección de los TCA.....	14
2.2.1. Etiología.....	14
2.2.2. Factores de protección.....	16
2.3. Consecuencias de los TCA.....	17
2.4. Tratamiento.....	18
2.5. ¿Cómo afectan los TCA en educación?.....	19
2.6. Programas de prevención de TCA en el sistema educativo.....	20
3. Propuesta de intervención.....	22
3.1. Presentación de la propuesta	22
3.2. Contextualización de la propuesta	22
3.3. Intervención en el aula	23
3.3.1. Objetivos	23
3.3.2. Competencias.....	24
3.3.3. Contenidos	24
3.3.4. Metodología.....	25
3.3.5. Cronograma y secuenciación de actividades.....	25

3.3.6. Recursos	35
3.3.7. Evaluación	36
3.4. Evaluación de la propuesta.....	37
4. Conclusiones	39
5. Limitaciones y prospectiva.....	41
6. Referencias bibliográficas.....	42
Anexo A. Criterios diagnósticos.....	52
Anexo B. Encuesta de la actividad “¿Llevas una vida saludable?”	56
Anexo C. Ficha de la actividad “El árbol de los logros”	57
Anexo D. Ficha de la actividad “Publi-comentando”	58
Anexo E. Ficha de la actividad “Queridos/as <i>influencers</i> ...”	59
Anexo F. Cuestionario de satisfacción	61

Índice de figuras

Figura 1. Análisis DAFO (Elaboración propia)	37
--	----

Índice de tablas

Tabla 1. Contenidos de la propuesta de intervención	24
Tabla 2. Cronograma de las sesiones	26
Tabla 3. Primera sesión de actividades	26
Tabla 4. Segunda sesión de actividades	28
Tabla 5. Tercera sesión de actividades.....	29
Tabla 6. Cuarta sesión de actividades	30
Tabla 7. Quinta sesión de actividades	31
Tabla 8. Sexta sesión de actividades	32
Tabla 9. Séptima sesión de actividades.....	33
Tabla 10. Octava sesión de actividades.....	35

1. Introducción

1.1. Justificación

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), los trastornos de la conducta alimentaria constituyen, hoy en día, el problema más significativo de la humanidad, bien por el incremento de casos en los últimos años, bien por las muertes motivadas por tal trastorno (Baldares, 2013). Normalmente, se inician durante la adolescencia o adultez temprana, aunque también existen casos en la niñez o adultez avanzada (Lewinsohn et al., 2000). No obstante, la adolescencia es un período clave para el desarrollo de tal trastorno. Los y las más jóvenes durante la adolescencia experimentan una serie de cambios físicos, psíquicos e, incluso, sociales, que pueden considerarse dispocionales para el desencadenamiento de los TCA.

En muchas ocasiones, a causa de los cambios, principalmente físicos, experimentados durante la adolescencia, los y las adolescentes sufren la pérdida de su identidad al no reconocerse frente al espejo. El aumento acelerado de la talla corporal, el incremento de peso, los cambios en la distribución de la composición corporal como el acrecentamiento en el ancho de la pelvis en chicas o de los hombros en chicos, además del desarrollo de características sexuales primarias y secundarias contribuyen a tal desconocimiento sobre la propia persona. A esto hay que sumarle las diferencias en el ritmo de maduración. La pubertad precoz en chicas suele tener consecuencias más negativas en contraposición con el sexo masculino. Las chicas que se desarrollan antes son menos populares entre sus pares y presentan una mayor confusión y menor satisfacción con su cuerpo, lo que aumenta la probabilidad de padecer algún problema relacionado con la comida. Luego, se requiere una mayor atención al sexo femenino, aunque también se constatan casos de TCA en chicos.

En cuanto al origen de los TCA, es multifactorial. Por una parte, se destaca el ideal de belleza promovido por las sociedades occidentales, es decir, cuerpos delgados. Esto trae consigo las comparaciones sociales; sujetos que comparan sus cuerpos con los considerados ideales, provocando la disminución de la autoestima y aumentando la probabilidad de padecer este tipo de trastorno. Además, en la adolescencia se comienza a hacer un mayor uso de las redes sociales. A través de las redes, los conocidos como *influencers* favorecen la promoción del ideal de belleza occidental, compartiendo fotos donde todo es felicidad y

provocando la aspiración de los y las más jóvenes a ser como ellos/as. Las publicaciones, comentarios y recuentos de me gustas fomentan tales comparaciones sociales entre los usuarios/as, originando una mayor insatisfacción corporal y la disminución de su autoestima.

A raíz de todo lo destacado, esta propuesta de intervención nace de la necesidad del incremento de casos de TCA durante la adolescencia, donde la baja autoestima, la insatisfacción corporal y el uso de redes sociales favorece la aparición de tales trastornos. La prevención se convierte en un arma de doble filo para disminuir la aparición de este trastorno mental durante la adolescencia.

1.2. Planteamiento del problema

La LOMLOE (2020) en su artículo 23 hace hincapié en “conocer y aceptar el funcionamiento del propio cuerpo y el de los otros, respetar las diferencias, afianzar los hábitos de cuidado y salud corporales e incorporar la educación física y la práctica del deporte para favorecer el desarrollo personal y social”. Es decir, la actual ley educativa nacional apuesta por la salud física y psíquica de quienes integran las aulas de los centros educativos. De esta manera, se pretende elaborar una propuesta de intervención dirigida al alumnado de primer curso de ESO, con el fin de prevenir y/o minimizar significativamente los trastornos de la conducta alimentaria por su repercusión en la salud del estudiantado y sus consecuencias en el sistema educativo.

Esta propuesta es puesta en marcha con la ayuda del departamento de orientación (DO). Se encuadra dentro del Plan de Acción Tutorial (PAT), en coordinación con el profesorado de 1º de ESO y, en especial, con el tutor del curso. Se hará hincapié en aquellos contenidos que promuevan un estilo de vida saludable, una autoestima positiva e imagen corporal adecuada, así como un uso adecuado de las redes sociales.

1.3. Objetivos

1.3.1. Objetivo general

Diseñar una propuesta de intervención con el fin de prevenir los trastornos de la conducta alimentaria en el alumnado de primer curso de Educación Secundaria Obligatoria.

1.3.2. Objetivos específicos

1. Revisar la bibliografía existente con objeto de conceptualizar los trastornos de la conducta alimentaria.
2. Indagar en la literatura científica sobre las principales causas que dan lugar a los TCA.
3. Analizar el rol de una autoestima positiva y el buen uso de las redes sociales como prevención de los TCA.
4. Diseñar una intervención basada en la formación de TCA, uso adecuado de redes sociales y consecución de una autoestima positiva de los alumnos y alumnas de primer curso de Secundaria.
5. Autoevaluar el resultado final de la propuesta de intervención realizada.

2. Marco teórico

2.1. Conceptualización y tipología de los Trastornos de la Conducta Alimentaria

La adolescencia es el período de desarrollo humano que se extiende desde los 10 hasta los 19 años. Dicha etapa evolutiva es antecedida por la niñez y seguida por la etapa adulta. Se caracteriza por una serie de cambios en todos los ámbitos del desarrollo, además de un acelerado ritmo de crecimiento (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2019). No obstante, otros autores como Malagón (2019), afirman que la adolescencia se divide en tres etapas: temprana o inicial, media y tardía. Ésta última suele prolongarse hasta los 21 años, alargándose, en algunos casos, hasta los 24 años de edad. Esta transición puede originar en los y las adolescentes una baja autoestima (Sepúlveda, 2017), por ejemplo y entre otras consecuencias, posible desencadenante de los conocidos como trastornos de la conducta alimentaria.

Los TCA, según el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, en su quinta edición (DSM-5), son definidos como “una alteración persistente en la alimentación o en el comportamiento relacionado con la alimentación que lleva a una alteración en el consumo o en la absorción de alimentos y que causa un deterioro significativo de la salud física o del funcionamiento psicosocial” (American Psychiatric Association [APA], 2013, p. 329).

Con lo que respecta a la tipología, la APA (2013, pp. 329-354), acogiéndose al DSM-5, incluye los siguientes trastornos alimentarios y de la ingestión de alimentos dentro de los considerados como TCA: Pica, Trastorno de rumiación, Trastorno de evitación/restricción de la ingestión de alimentos, Anorexia Nerviosa (AN), Bulimia Nerviosa (BN), Trastorno por Atracón (TA), Otros trastornos alimentarios y de la ingestión de alimentos especificados (AN atípica, BN de frecuencia baja y/o duración limitada, TA de frecuencia baja y/o duración limitada, trastorno por purgas y síndrome de ingestión nocturna de alimentos) y Trastornos alimentarios y de la ingestión de alimentos no especificados.

AN, BN y TA son los tres diagnósticos principales durante la adolescencia. Éstos son definidos a continuación. Asimismo, en el Anexo 1 se recogen los criterios diagnósticos de cada uno de los TCA mencionados.

La AN aparece en la adolescencia temprana a media, principalmente en mujeres de edades comprendidas entre los 15 y 19 años (Golden et al., 2016; Micali et al., 2013). Este trastorno se caracteriza por el miedo irracional a ganar peso, sumado a la distorsión de la imagen corporal. Aquellas personas que lo padecen desean perder peso, realizando una serie de conductas con el fin de conseguir tal objetivo, tales como la restricción excesiva de comida, ejercicio físico, conductas purgativas y consumo de medicamentos adelgazantes. Todo esto, en chicas, suele llevar a la presencia de amenorrea, es decir, a la pérdida de la menstruación (Hernández et al., 2020).

La BN suele iniciarse en la adolescencia tardía (Golden et al., 2016). En comparación con la AN, su máxima incidencia tiene lugar entre los 18 y los 25 años de edad (Jáuregui-Lobera, 2012). Se caracteriza por la presencia de episodios de ingesta exagerada de alimentos en períodos cortos de tiempo, seguidos por la eliminación inmediata de la carga calórica ingerida, bien por la autoinducción al vómito, bien por el uso de laxantes o diuréticos. El sujeto pierde el control de sus propias acciones (Rava y Silber, 2004).

El TA es el TCA con mayor prevalencia entre el sexo masculino (National Institute for Health and Care Excellence, 2017), situándose su pico de aparición a los 13,9 años (Smink et al., 2014). Dicho trastorno consiste en la ingesta descontrolada de alimentos, pero, a diferencia de la BN, no va acompañado de la eliminación de la comida ingerida, es decir, no muestra ningún tipo de conducta compensatoria. Sin embargo, sí que comparten el descontrol y la molestia en la ingesta (Cuadro y Baile, 2015).

El estudio de los TCA no es generalizable, ya que los datos sobre su incidencia y prevalencia pueden verse alterados según la población estudiada (sexo y edad) y las herramientas de evaluación utilizadas (Ruiz-Lázaro et al., 2010; Lindvall et al., 2017). Asimismo, se tiende hacia la infravaloración de su prevalencia real cuando existen dificultades en las metodologías empleadas (Rodríguez-Cano et al., 2005). Todo esto conduce a la necesidad de interpretar los datos con cautela. Investigaciones llevadas a cabo desde los años 70 ponen de manifiesto el incremento en la prevalencia e incidencia de tales trastornos, particularmente en sociedades desarrolladas y occidentales (Ormaetxe, 2021). No obstante, también existen casos en países de condiciones económicas precarias (Unikel y Caballero, 2010).

En referencia al sexo, la población de mayor riesgo son mujeres adolescentes cuya edad oscila entre los 12 y los 21 años. En comparativa con el sexo masculino, dentro de la misma franja de edad, nueve mujeres frente a un hombre (9:1) presentan una mayor probabilidad de padecer algún trastorno de la conducta alimentaria, con prevalencias del 0,14 al 0,9% de AN y del 0,41 al 2,9% de BN (Lindvall Dahlgren et al., 2017). De esta manera, hay que señalar que los TCA suelen presentarse en mayor medida en mujeres adolescentes como resultado de la insatisfacción corporal o la influencia del contexto social (Montero et al., 2018), cuando no se toma la cantidad necesaria de calorías, acorde a la edad, estatura y ritmo de vida, para que el organismo funcione de manera apropiada (Centro Nacional de Equidad de Género y Salud reproductiva, 2004). Por su parte, la prevalencia de TA oscila entre 1 y 3% en adolescentes (Bohon, 2019), siendo significativamente mayor entre aquellos/as que buscan tratamientos por obesidad (Cebolla et al., 2012).

La sintomatología de los TCA puede ser variada, ya que no se presenta de la misma manera en todos los sujetos. Entre los síntomas generales, hay que destacar la disminución, el aumento o las fluctuaciones de peso significativas, el estancamiento o carencia de crecimiento en el peso y/o talla en adolescentes en desarrollo, fatiga, debilidad, mareos, síncope e intolerancia al frío o hipotermia, entre otras. En cuanto a los síntomas dermatológicos, señalar la presencia de pelo opaco y delgado, caída del cabello y uñas quebradizas, piel seca y pálida, extremidades frías o carotenodermia. La disnea, el dolor torácico y las palpitaciones son síntomas cardiorrespiratorios característicos de los trastornos de la alimentación. Entre los síntomas gastrointestinales, hacer referencia a la regurgitación y acidez, saciedad precoz, dolor abdominal y constipación. Atender también a síntomas cardiovasculares como la bradicardia, hipotensión o soplo cardíaco, así como a otros síntomas como la amenorrea y otras alteraciones menstruales en chicas, convulsiones o edemas en las extremidades (Academy for Eating Disorders [AED], 2016; Rosen, 2010; Rome y Standiord, 2016).

A todos los síntomas mencionados con anterioridad, se le suman algunos psicológicos tales como la irritabilidad, la disminución del ánimo, la tendencia al aislamiento, el aumento de la ansiedad, la autocrítica general, dificultad para concentrarse debido a preocupación por la alimentación, el peso y la conducta suicida (Herpertz-Dahlmann, 2015; Bryant-Waugh y Lask, 2013).

Varios autores confirman la relación de los TCA con síntomas depresivos, trastornos ansiosos, trastorno obsesivo-compulsivo, trastorno de la personalidad, abuso de sustancias tóxicas y comportamientos autoagresivos (Campbell y Peebles, 2014; Herpertz-Dahlmann et al., 2012). Luego, se puede afirmar que existe comorbilidad entre los TCA y los trastornos mentales mencionados con anterioridad pudiendo ser, en ocasiones, predecesores de los TCA (Gómez et al., 2017).

2.2. Etiología y factores de protección de los TCA

2.2.1. Etiología

La etiología de los TCA es multifactorial. Estos trastornos surgen de la interacción de factores biológicos, psicológicos, físicos y socioculturales. Asimismo, hay que señalar que la adolescencia constituye un factor disposicional para el desarrollo de los TCA, caracterizado por cambios biológicos, sociales y psicológicos (Portela de Santana et al., 2012).

Los TCA presentan entre un 50 y 80% de predisposición genética (Bulik et al., 2006; Tholin et al., 2005). Sin embargo, aún no se han identificado las variantes genéticas asociadas (Schaumberg et al., 2017).

Por otro lado, los factores psicológicos que predicen el inicio y mantenimiento de los TCA pueden ser tanto temperamentales y de personalidad, como cognitivos, conductuales y emocionales. Entre ellos hay que destacar el perfeccionismo, rasgo de la personalidad que contribuye a que el sujeto cumpla las reglas estrictas autoimpuestas sobre qué debe comer con el fin de lograr un cuerpo delgado ideal, siendo excesivamente crítico consigo mismo (Gismero, 2020), la urgencia negativa, la baja autoestima, el afecto negativo, el deterioro del funcionamiento interpersonal, la insatisfacción corporal y la preocupación excesiva por la alimentación, peso y figura (Bakalar et al., 2015; Stice et al., 2017).

Estudios con cohortes revelan que la baja autoestima es un rasgo psicológico de vulnerabilidad frente al padecimiento de TCA (Ruiz-Lázaro et al., 2017). Esta baja autoestima se manifiesta en forma de inseguridad, falta de aprobación y respeto hacia uno/a mismo/a. Los dos pilares fundamentales sobre los que se sitúa son el peso y la insatisfacción por la imagen corporal (Moreno y Ortiz, 2009).

El estudio prospectivo de Stice et al., (2008), tras analizar las interacciones entre los factores de riesgo en 496 adolescentes, pone de manifiesto que la insatisfacción corporal es

un fuerte predictor de los TCA; los jóvenes en el 24% de mayor insatisfacción corporal mostraron una incidencia de inicio de TCA cuatro veces mayor (24% vs. 6%). De la misma manera, varios autores confirman que la insatisfacción corporal y la percepción negativa de las actitudes parentales predicen, pasados dos años, TCA. Para llegar a tal conclusión tomaron como muestra a 1076 adolescentes de 13 años de edad (Beato-Fernández et al., 2004).

El contexto familiar, como se ha hecho referencia, también es determinante para el desarrollo de TCA. La familia constituye el primer agente de socialización de los y las menores, participando, de esta manera, en su desarrollo humano integral y, en especial, en la construcción de su personalidad (Hernández et al., 2020). Investigaciones avalan que las familias de pacientes con TCA son más conflictivas, con una pésima y escasa organización. Además, suelen emitir críticas hacia quién padece el TCA (Díaz et al., 2015). Asimismo, el estudio de Andrés et al. (2010) revela que la sobreprotección materna y paterna se relaciona con la gravedad del trastorno. Igualmente sostiene que la calidez emocional materna se asocia con una menor preocupación por el peso. Con relación a este aspecto, señalar la conveniencia de que la familia promueva un modelo estético corporal normopeso y conductas alimentarias saludables, ya que en caso contrario el o la menor puede llegar a desarrollar un TCA (Marmo, 2014; León Hernández y Aizpuru de la Portilla, 2010).

Dentro de los determinantes socioculturales, la exposición temprana y reiterada a los medios de comunicación y redes sociales (RRSS) tiene un gran impacto en el desarrollo de este tipo de trastornos (Buitrago et al., 2019; Wiksch et al., 2020). El ideal de belleza femenino, dentro de los estereotipos estándares a nivel cultural, se caracteriza por cuerpos delgados, los cuales son divulgados a través de los medios de comunicación (Levine y Champman, 2011). Esto trae consigo que las mujeres se perciban, generalmente, con un mayor sobrepeso que el sexo masculino, reportando mayores niveles de insatisfacción corporal (Dittmar, 2009).

Relacionado con el apartado anterior, los medios de comunicación tradicionales (televisión, revistas, películas, etc.) actúan como factores de riesgo ante el desencadenamiento de dicho trastorno. No obstante, las RRSS desempeñan un papel aún más poderoso al ser más accesibles en el día a día de cualquier persona (Griffiths et al., 2018).

El uso de RRSS se conecta con una bajada de autoestima (Burnette et al., 2017; Cohen et al., 2017; Fardouly et al., 2017; Murray et al., 2016), así como con un incremento de la insatisfacción corporal (Cohen et al., 2017; Murray et al., 2016; Stronge et al., 2015;

Tiggemann y Slater, 2017). Se estima que el sexo femenino es el más afectado, en concreto, chicas adolescentes, quienes pasan unas dos horas de media utilizando las RRSS (Mabe et al., 2014; McLean et al., 2017). A diferencia de los chicos, ellas participan en más comparaciones sociales, mientras que ellos hacen uso de las redes con el fin de hallar y hacer nuevos amigos (Murray et al., 2016).

La investigación llevada a cabo por Puertas (2020), afirma la estrecha relación entre la red social Instagram con la imagen corporal y actitudes relacionadas con la alimentación y algunos trastornos emocionales. Dicho estudio sostiene que tal relación se debe tanto al tiempo de uso como a la presión sociocultural. Por un lado, a mayor uso de Instagram, mayor riesgo de padecer TCA, relacionándose con una baja autoestima, ansiedad y depresión. Por otro lado, la presión sociocultural contribuye a la comparación de usuario de esta red social. Los llamados *influencers* comparten a sus seguidores contenido sobre sus dietas y ejercicio físico, fomentando un ideal de belleza asociado estrechamente al estereotipo de delgadez (Díaz Hernández, 2016).

2.2.2. Factores de protección

Los factores de riesgo guardan cierta relación con los factores responsables de prevenir el desencadenamiento del trastorno, es decir, con los factores de protección. Si determinados factores pueden provocar o aumentar la probabilidad de padecer un TCA, si se utilizan de la manera correcta podrían prevenirlos o disminuir la probabilidad de que apareciesen.

En primer lugar, no se puede olvidar que la baja autoestima coexiste con las psicopatologías de los TCA (Izydorczyk et al., 2021; Puccio et al., 2017; Sahlan et al., 2021). Luego, la autoestima positiva puede actuar como factor preventivo de TCA, contribuyendo, además, a la disminución de síntomas depresivos que comprometen la insatisfacción corporal (Asuero et al., 2012).

En segundo lugar, las redes sociales también pueden actuar como factores de protección (Mabe et al., 2014; McLean et al., 2017). Ya se han llevado a cabo programas de intervención que lo corroboran como el de McLean et al. (2017). Dicho programa constaba 3 sesiones de naturaleza didáctica, destinada a niñas con edades comprendidas entre los 11 y 14 años. A lo largo de las distintas intervenciones se trabajaron, por un lado, la influencia negativa de las redes sociales y de la comparación de la apariencia a través de ellas. Por otro

lado, se observaron y criticaron las publicaciones manipuladas, así como los comentarios negativos en las publicaciones. Los resultados de dicho programa desvelaron mejorías significativas con respecto a la autoestima, dietas restrictivas y realismo escéptico. Por su parte, Mabe (2014) apuntó la posibilidad de utilizar Facebook en programas de intervención y prevención de TCA, ya que si funciona como factor de riesgo puede actuar como preventivo.

El conocimiento de estos factores de protección y la relación que guardan puede contribuir a la prevención de los TCA. Es recomendable enseñar a los y las adolescentes a hacer un buen uso de las redes, informando y creando las habilidades necesarias para que los comentarios de las publicaciones no influyan ni contribuyan sobre el ideal occidental de perfección corporal (Frieiro et al., 2021), que pueden afectar a su autoestima y dar pie a los conocidos como trastornos de la conducta alimentaria.

2.3. Consecuencias de los TCA

En la actualidad, los trastornos de la alimentación constituyen la tercera causa de enfermedad crónica durante la adolescencia, antecedidos por la obesidad y el asma (Lindvall Dahlgren et al., 2017), y muestran la morbimortalidad más alta entre los trastornos psicológicos (Smink et al., 2013).

Los responsables de las consecuencias derivadas de los TCA varían en función de la tipología. En el caso de la AN los causantes de tales efectos son el bajo índice de masa corporal y la desnutrición, mientras que en la BN son las conductas compensatorias. Sin embargo, en el TA la obesidad es el principal causante de las alteraciones perjudiciales para la salud (Gabler et al., 2017).

Con lo que respecta a las consecuencias físicas, el aparato endocrino, urinario, reproductor y esquelético sufren complicaciones (Gómez del Barrio et al., 2008). López y Treasure (2011) señalan la presencia de problemas cardiovasculares, deterioro del sistema inmune, disfunciones cognitivas y cerebrales, disminución del volumen cerebral, debilidad y pérdida de fuerza y osteoporosis en los pacientes con TCA.

Si seguimos con las consecuencias psicológicas asociadas con los TCA, entre las más asiduas se hallan el humor depresivo, la irritabilidad, la ansiedad y las ideas obsesivas (Aguinaga et al., 2002). Como menciona Hernández et al. (2018), la ideación suicida aparece en el 22% de los pacientes con AN, frente al 11% en sujetos con BN. Dicha conducta suicida

aumenta significativamente la tasa de mortalidad (Jagielska y Kacperska, 2017). Las personas con TCA presentan un riesgo de entre 6 y 12 veces mayor, en comparativa con la población general, de muerte prematura (Crow et al., 2009).

En último lugar, hay que mencionar que las relaciones familiares también pueden verse afectadas. Es común que los principales cuidadores de pacientes con TCA sufran estrés, generado por dicho cuidado, incrementándose la posibilidad de padecer algún otro problema psicológico (Kyriacou et al., 2008; Sepúlveda et al., 2012).

2.4. Tratamiento

El pronóstico favorable de los TCA es posible gracias al reconocimiento temprano del trastorno, así como a la puesta en marcha de un tratamiento apropiado al mismo (Treasure y Russell, 2011). El tratamiento es nutricional y psicológico, empleándose psicofármacos cuando se requiere y abordándose las complicaciones médicas y comorbilidades psiquiátricas que pueden darse a la vez y como consecuencia de los TCA (Gowers y Green, 2009). Es realizado por un equipo multidisciplinar, especializado tanto en TCA como en adolescencia (Gaete et al., 2012). De igual modo, la inclusión de la familia en el tratamiento es un elemento esencial para un pronóstico favorable (Treasure y Schmidt, 2013; Lock y La Vía, 2015).

La literatura pone de manifiesto la remisión total y/o parcial de los TCA cuando se hace uso de un tratamiento adecuado. No obstante, en un porcentaje de casos el trastorno se cronifica con un mayor riesgo de mortalidad. En el caso de la AN, el 50% de los casos remiten de forma completa, el 20-30% de forma parcial y el 10-20% se cronifican, con una mortalidad del 5%. Sin embargo, la evolución es más favorable en el 60% de caso de BN, remitiendo de forma completa, en el 29% de los casos remite de forma parcial, mientras que en el 10% se cronifican, con un 1% de mortalidad (Jáurengui-Lobera, 2009; Keski-Rahkonen et al., 2007, cit. en Lozano-Muñoz et al., 2022).

La intervención nutricional tiene como objetivo que el paciente establezca una relación saludable y flexible con la comida y el peso. Para ello, se pretende corregir las alteraciones nutricionales, la conducta alimentaria, así como otros comportamientos enfocados al control del peso y que resultan perjudiciales y dañinos para la salud de la persona (Herrin, 2003, cit. en Gaete y López, 2020).

El tratamiento psicológico se dirige, principalmente, a lograr la adhesión del paciente al tratamiento multidisciplinario y cumplimiento de las indicaciones nutricionales. Asimismo, busca aumentar la motivación a conseguir y mantener un peso saludable y poner fin a las conductas peculiares del TCA, facilitando la reanudación del desarrollo adolescente normal y evitando las recaídas (Lask y Bryant-Waugh, 2013).

Con lo que respecta a los psicofármacos, su desempeño en los TCA es limitado con poca evidencia en adolescentes. Suelen utilizarse, sobre todo, para el tratamiento de la psicopatología comórbida (Schmidt et al., 2016; Lock y La Vía, 2015).

2.5. ¿Cómo afectan los TCA en educación?

El contexto escolar constituye una de las principales fuentes de desarrollo y aprendizaje en la infancia y adolescencia donde todo estudiante, al finalizar su educación académica, habrá pasado entre cinco y siete horas al día durante al menos 12 años de su vida. De esta manera, la escuela puede definirse como una institución formal, en la que “tiene lugar un proceso de enseñanza-aprendizaje en torno a unos determinados contenidos y actividades que conforman el currículo educativo, además de interacciones sociales significativas con iguales y otros educadores” (Pinto, 1996, cit. en López et al., 2008, p. 120). Es por ello que el colegio no sólo es importante por su papel en la transmisión de conocimientos a nivel educativo, sino que también lo es por constituir el primer contexto directo de relaciones sociales extra-familiares, reflejado en la interacción del alumnado con sus compañeros y/o compañeras de clase y profesorado. Al mismo tiempo, en las escuelas se fomenta la transmisión de valores y normas a seguir consensuadas por la sociedad con el fin de satisfacer las necesidades sociales (Parra Ortiz, 2003).

Siguiendo con esta línea, si atendemos a la edad de aparición de los TCA, es decir, entre los 12 y los 21 años de vida (Lindvall Dahlgren et al., 2017), una proporción de los afectados/as formará parte, forzosamente, del contexto escolar al cursar la ESO. Luego, también se pueden observar dificultades a nivel académico. Las personas con TCA presentan durante la mayor parte de sus horas de vigilia pensamientos relacionados con su alimentación y peso, lo cual origina, principalmente, problemas de concentración, de memoria y de procesamiento de la información. Del mismo modo, la irritabilidad, el retraimiento social y la apatía experimentada como consecuencia de tal trastorno, afectan tanto al comportamiento dentro del contexto

Prevención de los trastornos de la conducta alimentaria en alumnos/as de primer curso de Educación Secundaria Obligatoria educativo como al rendimiento escolar e incremento de absentismo escolar (American Federation of Teachers, 2022).

Por otro lado, la Guía “Nutrición Saludable y Prevención de los Trastornos Alimentarios”, elaborada a partir del convenio entre el Ministerio de Sanidad y Consumo, junto al Ministerio de Educación y Cultura y el Ministerio de Interior, con el fin de promover la educación para la salud en la escuela, recoge una serie de indicadores que pueden ser de utilidad en el contexto educativo para la detección de alumnado con TCA. Entre ellos se destacan la pérdida significativa de peso, la preocupación excesiva por el ejercicio físico, la hiperactividad, el incremento de horas de estudio que sustituyen la participación en actividades lúdicas, la falta de concentración y aprendizaje, la irritabilidad, el retraimiento y el aislamiento social (Cuadra, 2000).

2.6. Programas de prevención de TCA en el sistema educativo

Ante el incremento de casos de TCA, se apuesta por la prevención de tal trastorno. Esta prevención es posible si se les presta especial atención a los factores de protección mencionados en puntos anteriores. Con ello, se busca crear un ambiente favorable, evitando, en la medida de lo posible, la aparición de cualquier tipología de TCA. Los centros educativos se convierten en espacios ideales para tratar la prevención de TCA, a través de actividades de diversa índole, ya sea en tutoría o en cualquiera de las materias transversales (Antolín, 2017).

En la actualidad, en España existen diferentes programas de prevención de TCA en enseñanza secundaria:

- El programa valenciano de Promoción de la Salud y Prevención de Trastornos de la Conducta Alimentaria DITCA C.V., destinado al alumnado con edades comprendidas entre 13 y 15 años, trabaja los hábitos de vida saludable, la autoestima, la satisfacción corporal y la capacidad crítica frente al estereotipo cultural occidental. Para ello se vale de métodos audiovisuales y material semiestructurado que permite la transmisión de información, así como la reflexión, participación y cambio de actitudes de los adolescentes. Es impartido por el profesorado en tutoría y educación física y por los orientadores, con apoyo continuo a través de Internet. Permite la participación del estudiantado (Cortés et al., 2022).

- El programa “Escuela y TCA”, impulsado por el Parc Sanitari Sant Joan de Déu, es el resultado de una puesta en común de las escuelas catalanas, los usuarios/as jóvenes que se encuentran hospitalizados a causa de un TCA y de los profesionales de la Unidad de Subagudos del Parc Sanitari Sant Joan de Déu. Como consecuencia del incremento de casos detectados en los últimos años por el equipo educativo y de enfermería, estos tres ámbitos coinciden en la importancia de actuar en las aulas para informar y prevenir los TCA. De esta manera, el programa se basa en testimonios contados en primera persona, charlas de profesionales y actividades de sensibilización que pretenden destruir los estigmas asociados a este trastorno (Moreno, 2022).
- El programa “Tal como eres” mediante una única sesión de 75 minutos de duración trabaja de forma grupal con adolescentes mujeres escolarizadas en 1º y 3º ESO de Villena y Castillo (Valencia). Tras la sesión impartida se observan cambios en hábitos insanos como el consumo de bollería industrial, pipas y otras chucherías (Ruiz-Lázaro, 2020).

3. Propuesta de intervención

3.1. Presentación de la propuesta

Con esta propuesta de intervención se pretende trabajar durante el próximo curso académico los hábitos de vida saludable, la autoestima positiva y adecuada imagen corporal, así como el buen uso de las redes sociales con el alumnado de primer curso de Educación Secundaria Obligatoria de un centro educativo localizado en Osuna (Sevilla).

Esta propuesta busca ser implementada en cada curso de 1º de ESO de años sucesivos con el fin último de prevenir los Trastornos de la Conducta Alimentaria en toda la etapa de secundaria, debido a la vulnerabilidad del estudiantado ante el desarrollo de tal trastorno mental durante esta franja de edad.

Para la correcta intervención no sólo es importante la implicación del Departamento de Orientación, sino que, además, se requiere la involucración y concienciación de tal problemática y de la importancia de su prevención de otros agentes partícipes en el aula como son el claustro de profesores y la familia del alumnado.

3.2. Contextualización de la propuesta

3.2.1. Contextualización del centro educativo y el aula objeto de intervención

La propuesta está pensada para ser llevada a cabo en un centro educativo localizado en la población de Osuna (Sevilla). Esta institución, de carácter concertado, cuenta con una línea de escolarización desde infantil hasta 4º de ESO. Se caracteriza por la gran diversidad de su alumnado. Esto es así, en gran medida, por su localización. Alrededor de dicha escuela se encuentra una barriada de familias desfavorecidas, cuyos hijos/as son usuarios/as del centro. Estas familias, con estudios primarios y puestos de trabajo de escasa cualificación profesional, reciben ayuda de Servicios Sociales debido a la desventaja social que padecen. Señalar que entre el 15 y el 20% del alumnado del colegio pertenece a la etnia gitana. No obstante, en torno al centro también existe un núcleo de viviendas de familias acomodadas, con un nivel socioeconómico medio-alto, cuyos hijos/as también forman parte de la escuela. Estas familias reclaman una educación en valores y de calidad para sus descendientes.

Más específicamente, la intervención está destinada al alumnado de 1º de ESO. El grupo está formado por 28 alumnos/as, de los cuales 16 son chicas y 12 son chicos, de entre 12 y 14

años. La gran mayoría está cursando el curso que le corresponde, a excepción de 5 alumnos que actualmente repiten curso. El grupo se caracteriza por ser, en gran medida, trabajador y participativo ante las diferentes actividades que se desarrollan en el centro. La elección de este grupo y curso para dicha intervención se debe a los cambios experimentados durante la adolescencia, los cuales traen consigo una mayor preocupación por el aspecto físico. De esta manera, se pretende reducir el impacto de estos cambios en el desarrollo de un TCA y, por lo tanto, las consecuencias que pueda tener en el sistema educativo.

3.2.2. Marco normativo

La propuesta de intervención se enmarca dentro del sistema educativo español, concretamente en la Ley Orgánica 3/2020, de 29 de diciembre, por la que se modifica la Ley Orgánica 2/2006, de 3 de mayo, de Educación (LOMLOE), para proporcionar una educación equitativa y de calidad. Esta ley educativa apuesta por la promoción de hábitos saludables en su artículo 22. Asimismo, en su artículo 23, hace hincapié en “conocer y aceptar el funcionamiento del propio cuerpo y el de los otros, respetar las diferencias, afianzar los hábitos de cuidado y salud corporales e incorporar la educación física y la práctica del deporte para favorecer el desarrollo personal y social”.

A nivel autonómico, el centro donde se propone la realización de esta intervención se ubica en Andalucía, reglado por el Boletín Oficial de la Junta de Andalucía. La Ley 17/2007, de 10 de diciembre, de Educación de Andalucía, es la encargada de regular, en la actualidad, la organización y funcionamiento de los departamentos de orientación de los centros educativos de la Comunidad Autónoma de Andalucía. Asimismo, esta ley recoge en su artículo 7, entre los derechos del alumnado andaluz, la adquisición de hábitos de vida saludable.

Esta propuesta se enmarca dentro del PAT, semanalmente, en coordinación con los tutores de primer curso de ESO. A pesar de su carácter obligatorio, se busca que resulte dinámica y atractiva para la población diana.

3.3. Intervención en el aula

3.3.1. Objetivos

La intervención en el aula tiene como objetivo general fomentar los factores de protección frente al desarrollo de TCA en el alumnado de primer curso de Educación

Secundaria Obligatoria de un centro educativo ubicado en la localidad de Osuna. Para ello se redactan una serie de objetivos específicos:

- Introducir la temática y sensibilizar al alumnado al respecto.
- Avivar la motivación de los alumnos y alumnas.
- Promover hábitos de vida saludable relacionados con la alimentación, actividad física y descanso.
- Mejorar la autoestima del alumnado.
- Propiciar una imagen corporal de sí mismos acorde a la realidad.
- Favorecer la aceptación del propio cuerpo.
- Fomentar el buen uso de las redes sociales.
- Conseguir la actitud crítica del estudiantado frente al ideal de belleza occidental.
- Reflexionar acerca de los contenidos tratados a lo largo de las sesiones.

3.3.2. Competencias

La LOMLOE (2020) establece 8 competencias claves de las cuales se trabajarán esencialmente 3 durante las diferentes sesiones de la intervención:

- Competencia en comunicación lingüística.
- Competencia digital.
- Competencia personal, social y de aprender a aprender.

3.3.3. Contenidos

Íntimamente relacionados con los objetivos descritos con anterioridad, se exponen los contenidos sobre los que versarán las diferentes sesiones que conforman la intervención en su totalidad. Todos los contenidos de la propuesta de intervención son recogidos en la Tabla 1.

Tabla 1. *Contenidos de la propuesta de intervención.*

Bloque I. Hábitos saludables.	<ul style="list-style-type: none"> - Alimentación equilibrada. - Actividad física. - Descanso.
Bloque II. Autoestima positiva e imagen corporal adecuada.	<ul style="list-style-type: none"> - Autoestima. - Cualidades propias.

	<ul style="list-style-type: none"> - Percepción clara y real sobre el propio cuerpo. - Aceptación del propio cuerpo.
Bloque III. Medios de comunicación y redes sociales.	<ul style="list-style-type: none"> - Medios de comunicación. - Redes sociales. - Publicidad. - Estereotipos sociales. - Capacidad crítica.

Nota. Elaboración propia.

3.3.4. Metodología

Esta propuesta está profundamente vinculada al PAT, por lo que será implementada en la hora semanal de tutoría del curso. La metodología con la que se trabajará será activa y participativa, adoptándose, de esta manera, un enfoque constructivista, donde el alumnado es concebido como protagonista de su propio aprendizaje. Luego, en base a lo reseñado, el orientador/a no actuará como mero transmisor de conocimiento, sino como guía y facilitador de información.

Asimismo, las diferentes sesiones que constituyen la propuesta de intervención serán prácticas. Es decir, los contenidos, al igual que las competencias descritas con anterioridad, se trabajarán a través de actividades. El número de tareas a desarrollar en cada sesión dependerá de la duración de cada una de ellas. En cuanto a los agrupamientos para la realización las mismas, algunas se ejecutarán de manera individual mientras que otras serán grupales.

Se hace fundamental, con el fin de conseguir el objetivo general de la intervención, la actitud positiva y abierta a colaborar, por parte de los alumnos y alumnas de 1º de ESO, en las diferentes tareas planteadas. Para propiciarlo, durante las sesiones, se busca conseguir un clima de confianza, escucha activa y comunicación efectiva.

3.3.5. Cronograma y secuenciación de actividades

La presente propuesta de intervención está pensada para realizarse en ocho sesiones de una hora de duración cada una de ellas. Dichas sesiones tendrán lugar semanalmente en la hora de tutoría, es decir, los lunes de 10:30 horas hasta las 11:30 horas. Se estima oportuno su inicio en el mes de enero. La intervención habrá finalizado antes de dar por concluido el segundo trimestre. A continuación, la Tabla 2 muestra el cronograma de las sesiones.

Tabla 2. *Cronograma de las sesiones.*

	Enero	Febrero	Marzo
Sesión 1	Día 30		
Sesión 2		Día 6	
Sesión 3		Día 13	
Sesión 4		Día 20	
Sesión 5			Día 6
Sesión 6			Día 13
Sesión 7			Día 20
Sesión 8			Día 27

Nota. Elaboración propia.

Seguidamente, se explicitan una a una las sesiones llevadas a cabo como parte de la propuesta de intervención. Cada sesión está constituida por una o varias actividades. Las tablas que se encuentra a continuación, por lo tanto, recogen las actividades a desarrollar junto a sus respectivas descripciones, objetivos que se pretenden conseguir con las mismas, contenidos a tratar, así como temporalización de cada una de ellas. Todas las sesiones se ejecutarán en el aula de 1º de ESO, a excepción de la primera para la cual también se hará uso del patio del centro.

Tabla 3. *Primera sesión de actividades.*

SESIÓN 1	
Objetivos de la sesión	<ul style="list-style-type: none"> - Introducir la temática y sensibilizar al alumnado al respecto. - Avivar la motivación de los alumnos y alumnas. - Promover hábitos de vida saludable relacionados con la alimentación, actividad física y descanso.
Contenidos	<ul style="list-style-type: none"> - Alimentación equilibrada. - Actividad física. - Descanso.
Temporalización	Actividad 1 – 15 minutos. Actividad 2 – 45 minutos.
Actividad 1. Mariposas de expectativas	

Descripción	El alumnado, de manera individual, anotará en un folio las expectativas que tiene en relación al programa presentado por la orientadora, es decir, qué espera del mismo, por ejemplo, aprender, divertirse, etc. Posteriormente, se le pide que doble el folio de tal forma que el resultado final sea una mariposa (se le ayudará en caso de no conocer el procedimiento para conseguir tal figura). Una vez montadas las mariposas, cada alumno/a lanzará la suya con el propósito de aterrizar en manos de otra persona. La actividad finaliza con la lectura en voz alta de algunas aportaciones y reflexión en torno a lo que trabajaremos en el programa.
Actividad 2. ¡A jugar!	
Descripción	<p>El alumnado realiza un circuito constituido por diferentes juegos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Juego del comecocos: similar al juego del pilla-pilla pero los participantes sólo pueden moverse sobre las líneas del campo. En el momento que los pilladores tocan a los perseguidos, cambian sus roles. - Juego de pelea de gallos: por parejas, en cuclillas y de frente, los alumnos/as botando y empujando con las manos deben derribar a su contrincante. - Soga tira: se divide el grupo grande en dos equipos. Cada uno se posiciona a un lado del terreno. El juego consiste en tirar de la cuerda hasta que el equipo contrario sobrepase la línea marcada a mitad de ambos grupos. - Carrera de relevos con obstáculos. - Patata caliente: en círculo, los alumnos/as deben pasar el balón hacia su compañero/a de la derecha mientras suena la música. En el momento que la música para, quien tenga la pelota entre sus manos tendrá que hacer un paso de baile. Se realizan varias rondas. <p>Para concluir la sesión, se enfatizará sobre los beneficios de la actividad física, el descanso y la alimentación saludable.</p>

Nota. Elaboración propia. La actividad 1 ha sido adaptada de García Bécares, C. (2022). Propuesta educativa para la prevención de Trastornos de la Conducta Alimentaria en la adolescencia.

Tabla 4. Segunda sesión de actividades.

SESIÓN 2	
Objetivos de la sesión	- Promover hábitos de vida saludable relacionados con la alimentación, actividad física y descanso.
Contenidos	<ul style="list-style-type: none"> - Alimentación equilibrada. - Actividad física. - Descanso.
Temporalización	<p>Actividad 1 – 10 minutos.</p> <p>Actividad 2 – 25 minutos.</p> <p>Actividad 3 – 25 minutos.</p>
Actividad 1. ¿Llevas una vida saludable?	
Descripción	<p>El alumnado de manera individual responderá a la encuesta (anexo B) que se le será entregada con el objetivo de conocer los hábitos saludables que practican en relación con la alimentación, actividad física y descanso.</p> <p>Tras la realización de la encuesta, el alumnado pondrá en común las respuestas dadas. Asimismo, se reflexionará acerca de los hábitos considerados saludables para la vida.</p>
Actividad 2. Comemos rico, comemos sano	
Descripción	<p>Se divide al alumnado en grupos de tres o cuatro personas. A cada grupo se le reparte una rueda gigante, a modo de panel y dividida en tres colores (verde, amarillo y rojo), alimentos de diferente índole (fruta, bollería, lácteos, etc.) y unas tarjetas. Con estos materiales, en un primer momento, cada grupo construirá una rueda de alimentos a escala real, agrupándolos en la rueda en base a un código (verde – alimentos sanos; amarillo – alimentos vacíos; rojo – alimentos perjudiciales).</p> <p>Seguidamente, el grupo pondrá en diferentes tarjetas lo que aporta cada tipo de alimento al cuerpo y las pegará en la rueda.</p> <p>En último lugar, se suscitará un debate entre el estudiantado acerca de las características de cada alimento, beneficios, qué alimentos consumen, cuáles debería tener una dieta equilibrada, etc.</p>

Actividad 3. Desmontando mitos	
Descripción	<p>Para el desempeño de esta actividad, realizada en grupos de tres o cuatro personas, se le proporciona a cada grupo un papel donde se recogen varios mitos. Los alumnos y alumnas de cada grupo argumentarán la veracidad o falsedad de las siguientes afirmaciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hay alimentos que engordan o adelgazan. - Beber agua durante las comidas engorda. - El pan engorda. - El huevo es malo para el colesterol. - Tomar zumo de limón en ayunas quema las grasas del cuerpo. - Los productos <i>light</i> adelgazan. - Saltarse una de las comidas diarias adelgaza. - Existen tratamientos milagrosos para adelgazar. - Si realizo actividad física puedo comer y beber lo que quiera. <p>Tras el trabajo grupal, se exponen las reflexiones que han ido surgiendo durante el debate al resto de la clase. Al final de la actividad se aclararán todas las dudas que puedan haber surgido.</p>

Nota. Elaboración propia. La actividad 2 ha sido adaptada de Pacheco Calvo, J.A. (1999). Comer bien es divertido. Madrid: ASDE- Federación de Asociaciones de Scouts de España. La actividad 3 ha sido adaptada de Dirección General de Salud Pública (2011). *Taller de prevención de Trastornos de la Conducta Alimentaria. Cuaderno del alumnado.*

Tabla 5. Tercera sesión de actividades.

SESIÓN 3	
Objetivos de la sesión	- Mejorar la autoestima del alumnado.
Contenidos	<ul style="list-style-type: none"> - Autoestima. - Cualidades propias.
Temporalización	1 hora.
Actividad 1. Me re-conozco	
Descripción	Individualmente cada estudiante calca su mano en un folio y escribe su nombre. Después pensará una cualidad sobre sí mismo y la escribirá en la mano dibujada. A continuación, pasarán la hoja

	<p>a todos y cada uno de sus compañeros/as para que escriban una cualidad que le es propia a la persona a la que corresponde la mano. Una vez que el folio regresa a quien le pertenece, se abre un espacio de reflexión para que todo el que quiera pueda expresar cómo se ha sentido o se siente con la dinámica realizada.</p> <p>La actividad concluye hablando acerca de la autoestima, resaltando que para fortalecerla es necesario reconocer las cualidades y habilidades de uno/a mismo/a, además de aceptar los defectos con el fin de superarlos.</p>
--	--

Nota. Tomada de Varela, R. M., Eloísa, B. I. y Brito, J. L. (2014). *Manual de promotores sociales*. Universidad Autónoma del Estado de Morelos.

Tabla 6. Cuarta sesión de actividades.

SESIÓN 4	
Objetivos de la sesión	<ul style="list-style-type: none"> - Mejorar la autoestima del alumnado. - Propiciar una imagen corporal de sí mismos acorde a la realidad. - Favorecer la aceptación del propio cuerpo.
Contenidos	<ul style="list-style-type: none"> - Autoestima. - Percepción clara y real sobre el propio cuerpo. - Aceptación del propio cuerpo.
Temporalización	<p>Actividad 1 – 15 minutos.</p> <p>Actividad 2 – 45 minutos.</p>
Actividad 1. Lluvia de ideas	
Descripción	<p>De forma individual cada alumno/a accede a la página web Mentimeter a través de un dispositivo digital (ordenador, tablet o móvil). Una vez dentro, en la web, se les pide que describan con una palabra o una breve frase lo que les sugiere el concepto de imagen corporal. Para ello, se le dará un código que permita acceder a la cuestión planteada. De esta manera, se obtendrá un gráfico, donde las palabras de mayor tamaño serán las más repetidas, que permitirá abordar el tema a partir del conocimiento previo que presenta el estudiantado.</p>
Actividad 2. Paseando mis complejos	

Descripción	<p>Cada alumno/a recibe al azar un recorte donde se señala una característica o cualidad, por la cual alguien puede sentirse acomplejado/a (ser bajito/a, sentirse inferior, caderas anchas, nariz grande, sentirse culpable, etc.).</p> <p>La actividad consiste en elaborar pensamientos y actitudes positivas que permitan hacer frente a ese complejo y que, al fin y al cabo, no limite la vida de quien lo presenta.</p> <p>Para concluir, se hace una puesta en común por si puede ser de ayuda a algún compañero/a. Además, el estudiantado podrá expresar cómo se ha sentido con la actividad.</p>
--------------------	---

Nota. Elaboración propia. La actividad 2 ha sido adaptada de Antolín, M. (2017). *Cómete el Mundo TCA - 3 dinámicas para prevenir la insatisfacción corporal.* CometeelmundoTCA.

Tabla 7. Quinta sesión de actividades.

SESIÓN 5	
Objetivos de la sesión	<ul style="list-style-type: none"> - Mejorar la autoestima del alumnado. - Propiciar una imagen corporal de sí mismos acorde a la realidad. - Favorecer la aceptación del propio cuerpo.
Contenidos	<ul style="list-style-type: none"> - Autoestima. - Cualidades propias. - Percepción clara y real sobre el propio cuerpo. - Aceptación del propio cuerpo.
Temporalización	<p>Actividad 1 – 25 minutos.</p> <p>Actividad 2 – 35 minutos.</p>
Actividad 1. El árbol de los logros	
Descripción	<p>En primer lugar, se le entrega a cada alumno/a una ficha (anexo C) que debe rellenar. En la misma se observan dos columnas. En una de ellas, el alumno/a escribirá una lista con todos aquellos logros que haya conseguido hasta la fecha. En la otra, recopilará todas las virtudes físicas, psíquicas o espirituales que le son propias.</p> <p>A continuación, en un folio en blanco, dibujarán un árbol de manera que ocupe toda la hoja. Pueden utilizar lápices de colores.</p>

	<p>Las raíces las formarán las virtudes señaladas, mientras que los frutos serán sus logros. Pueden resaltar cualquier virtud o logro dibujándolos con un tamaño mayor.</p> <p>Para finalizar todos contemplarán su árbol, pudiendo transmitir a la clase lo que consideren oportuno. Todos y cada uno de los árboles pueden ser colocados en el aula.</p>
Actividad 2. Carta a mi	
Descripción	<p>En un primer momento, se pide al alumnado, de forma individual, que piense en una parte de su cuerpo que le genere inseguridad y/o insatisfacción, con la que no esté a gusto y que, incluso, llegue a limitar su vida en algunos momentos (en caso de no existir dicha problemática, se dará ideas sobre la parte del cuerpo sobre la que basar la actividad). A posteriori, los alumnos y alumnas redactarán una carta dirigida a esa parte del cuerpo. Dicha carta debe cumplir las siguientes premisas: (a) utilizar un tono conciliador (b) hacer referencia a sus cualidades e; (d) imaginar que pasaría si esa parte del cuerpo no existiera.</p> <p>La actividad concluye con una reflexión sobre la aceptación del propio cuerpo y la importancia de quererse tal y como se es. Quien quiera puede exponer cómo se ha sentido redactando la carta y, si lo desea, leerla en voz alta al resto de compañeros/as.</p>

Nota. Elaboración propia. La actividad 1 ha sido adaptada de Zarima, G. (1999). Guía Práctica: Prevención de los trastornos de la conducta alimentaria. La actividad 2 ha sido adaptada de Antolín, M. (2017). *Cómete el Mundo TCA - 3 dinámicas para prevenir la insatisfacción corporal*. CometeelmundoTCA.

Tabla 8. Sexta sesión de actividades.

SESIÓN 6	
Objetivos de la sesión	<ul style="list-style-type: none"> - Fomentar el buen uso de las redes sociales. - Conseguir la actitud crítica del estudiantado frente al ideal de belleza occidental.
Contenidos	<ul style="list-style-type: none"> - Medios de comunicación. - Publicidad. - Estereotipos sociales. - Capacidad crítica.
Temporalización	Actividad 1 – 40 minutos.

	Actividad 2 – 20 minutos.
Actividad 1. Publi-comentando	
Descripción	<p>A cada grupo, constituido por cuatro o cinco alumnos/as, se le asigna un anuncio junto a una ficha con preguntas (Anexo D). Una vez respondidas las cuestiones, el portavoz de cada subgrupo contará a sus compañeros/as las impresiones que le ha suscitado dicho anuncio, así como las respuestas dadas a las preguntas.</p> <p>La actividad finalizará con un breve debate acerca de la influencia que tiene la publicidad en las personas, así como las comparaciones sociales que se hacen entre uno/a mismo/a y los actores y actrices que aparecen en los anuncios.</p>
Actividad 2. Juguemos a ser actores	
Descripción	<p>Los mismos grupos de la actividad anterior prepararán y representarán al resto de sus compañeros/as un anuncio donde se utilice el cuerpo para vender algo. Por ejemplo, los adolescentes representan la venta de un producto de una cadena de comida rápida o figuran matricularse en un nuevo gimnasio que abre por la zona.</p> <p>Una vez visualizadas todas las representaciones por el estudiantado, se hará una puesta en común sobre la manipulación de las imágenes, uso de cuerpos perfectos irreales, estereotipos sociales, etc., además de comentar cómo se han sentido actuando.</p>

Nota. Elaboración propia. La actividad 1 ha sido adaptada de Robledo, F. (Coord.) (2009). *A, B, C... Anorexia, bulimia y comedor compulsivo. Manual para docentes.* Instituto de Nutrición y Trastornos Alimentarios de la Comunidad de Madrid (INUTCAM).

Tabla 9. Séptima sesión de actividades.

SESIÓN 7	
Objetivos de la sesión	<ul style="list-style-type: none"> - Fomentar el buen uso de las redes sociales. - Conseguir la actitud crítica del estudiantado frente al ideal de belleza occidental.
Contenidos	<ul style="list-style-type: none"> - Redes sociales. - Estereotipos sociales. - Capacidad crítica.

Temporalización	<p>Actividad 1 – 20 minutos.</p> <p>Actividad 2 – 30 minutos.</p> <p>Actividad 3 – 10 minutos.</p>
Actividad 1. Queridos/as influencers...	
Descripción	<p>Cada grupo, formado por tres o cuatro personas, recibe una ficha que debe cumplimentar (Anexo E). En dicha ficha se hacen preguntas relativas a los personajes conocidos como <i>influencers</i>.</p> <p>Seguidamente, el portavoz de cada grupo da a conocer las respuestas dadas a las cuestiones, de tal manera que se inicia un breve debate sobre la similitud física entre estos personajes, perpetuando el ideal de belleza occidental y generando el deseo entre los y las más jóvenes a ser como ellos/as.</p>
Actividad 2. Busca y encontrarás.	
Descripción	<p>Los grupos creados en la actividad anterior buscarán comentarios negativos en las publicaciones de <i>influencers</i> conocidos y con un gran número de seguidores. Para ello harán uso de algún dispositivo digital, sin acceder desde sus propios usuarios a la red. Luego, se comentará entre toda la clase las críticas encontradas.</p> <p>A continuación, se visualizará el siguiente video:</p> <p>¿Eres la misma persona en redes sociales? (Orange España, 20 de marzo de 2019)</p> <p>Se concluye reflexionando acerca del daño que pueden hacer los comentarios de otras personas, sobre todo, sobre el físico. Detrás de cada publicación hay una historia y jamás debe ser juzgada.</p>
Actividad 3. Las apariencias engañan	
Descripción	<p>Nuevamente, los grupos ya creados reciben varias fotografías de una persona desconocida para ellos/as. Luego, se les pide que observen dichas imágenes y que, a posteriori, den datos sobre dicha persona, sólo con ver el conjunto de fotografías sacadas de su red social Instagram. Esto dará lugar a una reflexión de cómo, sin conocer a alguien, las fotografías que publicamos en redes sociales pueden hacer que los demás conozcan mucho más de uno/ mismo/a sin quererlo ni desearlo.</p>

Nota. Elaboración propia.

Tabla 10. Octava sesión de actividades.

SESIÓN 8	
Objetivos de la sesión	- Reflexionar acerca de los contenidos tratados a lo largo de las sesiones.
Contenidos	- Bloque I. Hábitos saludables. - Bloque II. Autoestima positiva e imagen corporal adecuada. - Bloque III: Medios de comunicación y RRSS.
Temporalización	Actividad 1 – 40 minutos. Actividad 2 – 10 minutos.
Actividad 1. ¡Cantemos para expresar!	
Descripción	A modo de reflexión, el grupo en su totalidad escribirá la letra de una canción donde se exprese, además de lo aprendido a lo largo de las sesiones, cómo se han sentido en el transcurso de las actividades desarrolladas. De esta manera, el diálogo entre el estudiantado se verá favorecido pues, no sólo intercambiarán opiniones, sino que, además, sacarán conclusiones de manera conjunta.
Actividad 2. Cuestionario de satisfacción	
Descripción	Para dar por concluida la intervención, el alumnado responderá, de manera individual, al cuestionario de satisfacción (anexo F) que se le será entregado, enfatizando en su carácter anónimo con el fin de conseguir sinceridad por parte de los encuestados. Asimismo, se les agradecerá su participación activa en todas y cada una de las sesiones.

Nota. Elaboración propia.

3.3.6. Recursos

Con lo que respecta a los recursos espaciales, es preciso contar con el aula de 1º de ESO y el patio del centro donde tendrá lugar una de las actividades sobre la promoción de hábitos saludables.

En lo relativo a los recursos humanos, se necesita al orientador del centro, ya que será el encargado de dinamizar las diferentes actividades. De igual modo, el profesor de educación física ayudará en la organización de la actividad desarrollada al aire libre.

En cuanto a los recursos materiales, se necesitan folios, bolígrafos, lápices de colores, las fichas de las actividades, tarjetas, ruedas, alimentos (fruta, lácteos, verduras, bollería, etc.), una cuerda, step, conos, colchonetas y una pelota. Si nos centramos, más concretamente, en los recursos técnicos, se necesita disponer de dispositivo digital con acceso a internet, unos altavoces y un proyector.

3.3.7. Evaluación

La evaluación es un proceso clave en toda intervención, ya que permite valorar los resultados obtenidos y, por lo tanto, la consecución de los objetivos propuestos con el fin de mejorar la calidad del proceso. De esta manera, en esta propuesta de intervención se evalúa al alumnado de 1º curso de ESO.

Se establecen unos criterios de evaluación: (a) conocimiento de la situación de partida; (b) participación del alumnado en la intervención; (c) realización de las actividades por parte de los alumnos/as; (d) grado de satisfacción de los participantes; y (e) voluntad de puesta en práctica de lo aprendido. El orientador será el encargado de llevar a cabo la evaluación de la intervención. La evaluación no tendrá lugar únicamente al finalizar la intervención, sino que se realizará antes, durante y después del proceso.

En un momento inicial, se evalúa el conocimiento de la situación de partida mediante una encuesta sobre hábitos saludables (anexo B).

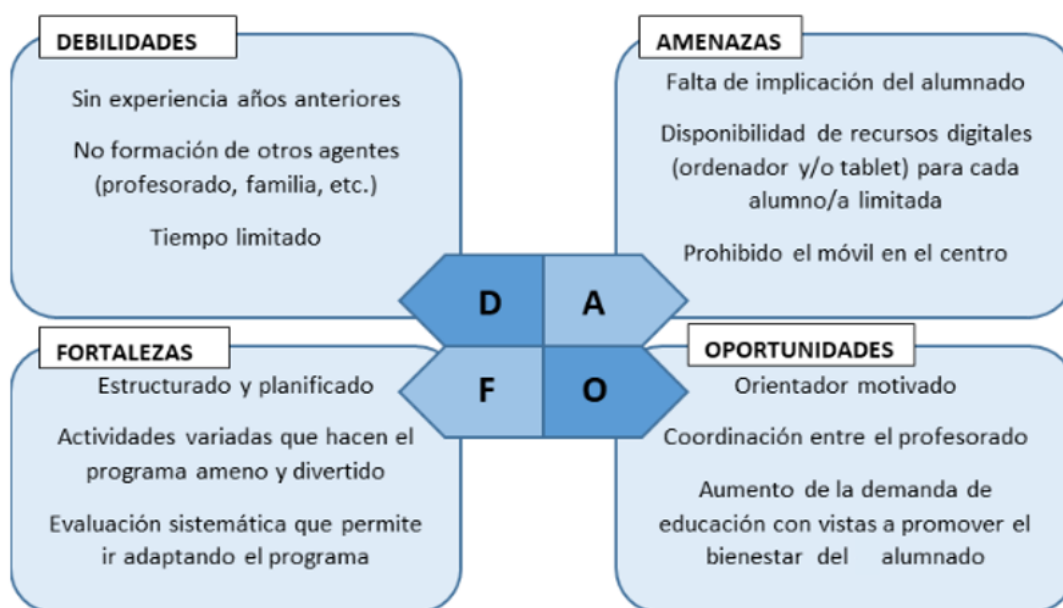
Durante el proceso, se evaluará la participación del alumnado en la intervención, además de la realización de las actividades por parte de los y las estudiantes. Para ello, se emplea la observación directa, así como el resultado final de las tareas a desarrollar.

En un momento final, se valora el grado de satisfacción de los participantes y la voluntad de puesta en práctica de lo aprendido mediante un cuestionario de satisfacción (anexo F) y el registro anecdótico que los alumnos y alumnas de 1º de ESO han debido ir desarrollando a lo largo de las ocho sesiones. De igual forma, la primera actividad ejecutada en la octava y última sesión servirá para evaluar de forma final lo realizado y aprendido por parte del estudiantado.

3.4. Evaluación de la propuesta

Todo programa de intervención presenta puntos fuertes y puntos débiles en su planteamiento y desarrollo. Con el fin de evaluar la propuesta descrita y valorar su idoneidad, para seguir siendo implementada en cursos futuros, se realiza un análisis DAFO. Esta herramienta, en términos generales, evalúa las Debilidades, Amenazas, Fortalezas y Oportunidades de cualquier proyecto. A continuación, la Figura 1 ilustra tal análisis.

Figura 1. Análisis DAFO



Nota. Elaboración propia.

En vistas al análisis realizado, se observan vulnerabilidades tanto internas como externas a la propuesta de intervención. La implementación por primera vez de la propuesta en el centro, sin experiencia en años anteriores, la no formación de otros agentes que no son los alumnos/as, así como el tiempo limitado para el desarrollo del programa son considerados debilidades. Además, la posible falta de implicación del estudiantado, la limitada disponibilidad de recursos digitales para cada alumno/a y la prohibición del uso del móvil en el centro educativo, necesario para algunas sesiones, se valoran como amenazas que pueden dificultar la puesta en marcha de la intervención en años posteriores. A pesar de estas limitaciones, el programa cuenta con una serie de fortalezas y oportunidades que, junto a determinadas estrategias, permitirán solventar las dificultades detectadas, permitiendo su continuidad.

Antes de finalizar, señalar como fortalezas la altamente estructuración y planificación de la propuesta, la variabilidad de las actividades a desarrollar que hacen las sesiones amenas y divertidas, además, de la evaluación sistemática del programa que permite ir adaptándolo ante cualquier inconveniente. Por otro lado, las oportunidades que se destacan son el contar con un orientador motivado, la coordinación entre el profesorado y el aumento de la demanda de educación con vistas a promover el bienestar físico, psíquico y social del alumnado.

4. Conclusiones

A modo de conclusión, se analiza la consecución de los objetivos que dan pie a la elaboración de esta propuesta de intervención.

Como menciona Baldares (2013), los TCA se han convertido, en los últimos años, en uno de los problemas mentales más significativos de la sociedad. El número de personas que padece algún TCA se ha visto incrementado, al igual que el número de sujetos que se quitan la vida, motivados por el sufrimiento de tal trastorno. La edad de aparición de TCA, con normalidad, se sitúa en la adolescencia, donde los cambios físicos, principalmente, pueden llegar a jugar malas pasadas, menguando la autoestima de los más jóvenes y aumentando la insatisfacción con respecto a sus cuerpos. Es por este motivo por el que el objetivo general del trabajo era el de diseñar una propuesta de intervención con el fin de prevenir los trastornos de la conducta alimentaria en el alumnado de primer curso de Educación Secundaria Obligatoria.

A raíz de ese objetivo general, se proponen otros cinco objetivos, de carácter específico, que resultan indispensables para el desarrollo de la propuesta. Con la revisión bibliográfica, realizada para la elaboración del marco teórico, se alcanzan tres de los cinco objetivos específicos planteados: “revisar la bibliografía existente con objeto de conceptualizar los trastornos de la conducta alimentaria”; “indagar en la literatura científica sobre las principales causas que dan lugar a los TCA” y; “analizar el rol de una autoestima positiva y el buen uso de las redes sociales como prevención de los TCA”. Tras la lectura del marco teórico, además de conceptualizar los TCA y conocer sus causas, se hace especial alusión al papel de la autoestima y uso de redes sociales en la aparición de dicha alteración.

Del mismo modo, mediante la propuesta se alcanza, en cierta medida, el objetivo específico de “diseñar una intervención basada en la formación de TCA, uso adecuado de redes sociales y consecución de una autoestima positiva de los alumnos y alumnas de primer curso de Secundaria”. La propuesta de intervención consta de 8 sesiones de 60 minutos de duración cada una de ellas, implementadas por el orientador del centro en la hora de tutoría. En las sesiones se trabaja a través de actividades cuyos contenidos versan sobre hábitos saludables, autoestima positiva e imagen corporal adecuadas, además de los medios de comunicación y redes sociales, sin una formación específica sobre TCA. Es decir, se da

prioridad y son tratados los posibles factores desencadenantes de los TCA, pero no se forma específicamente en TCA.

Por último, en cuanto al objetivo de “autoevaluar el resultado final de la propuesta de intervención realizada”, se elabora un análisis DAFO. A partir de esta herramienta se constatan una serie de limitaciones. No obstante, las fortalezas y oportunidades con las que cuenta el proyecto, junto a determinadas estrategias, permitirán solventar esas dificultades detectadas, permitiendo su continuidad.

5. Limitaciones y prospectiva

Llegados a este punto, se analizan las limitaciones observadas durante la realización del trabajo con el fin de mejorar de cara a futuros proyectos.

En primer lugar, destacar la escasez de investigaciones y datos referidos a los TCA en el sistema educativo. Es cierto que sí que se han encontrado varios programas de prevención de TCA en Secundaria, pero no información exhaustiva sobre las consecuencias en la educación de los alumnos y alumnas que padecen este trastorno mental y cómo actuar ante el mismo. Los estudios se centran, principalmente, en los aspectos clínicos de tal alteración.

Por otro lado, la naturaleza teórica del planteamiento y su no implementación limita que no se conozca la efectividad de la propuesta en la escuela. Únicamente se puede comprobar el cumplimiento de los objetivos del Trabajo de Fin de Máster, pero no los de la propuesta de intervención.

Asimismo, el tiempo limitado para la elaboración de la propuesta, marcándose fechas para las entregas de sus borradores, resultan difíciles de alcanzar en algunas ocasiones por la carga de trabajo interno y externo al máster.

La última limitación a la que se hace referencia es a la extensión y estructura solicitada, la cual no permite el planteamiento de más sesiones donde poder trabajar la prevención de TCA con el alumnado o, bien, con sus respectivas familias y/o profesorado.

A pesar de las limitaciones mencionadas, este trabajo puede ser tomado como referencia para la elaboración de otros programas de intervención para TCA o, bien, para trabajar de manera individualizada aspectos tales como hábitos saludables, autoestima e imagen corporal, además del buen uso de redes sociales y actitud crítica ante los estereotipos sociales que son promovidos a través de estas.

De igual modo, aunque la propuesta esté destinada al alumnado de primer curso de ESO, se puede considerar su implementación en cursos superiores. Igualmente, se propone como otras líneas de intervención, trabajar con el profesorado los TCA, especificando cómo actuar ante un posible caso en el centro y enfatizando en su prevención, así como con las familias de los y las estudiantes.

Referencias bibliográficas

- Academy for Eating Disorders (2016). Eating disorders. A guide to medical care. Critical points for early recognition and medical risk management in the care of individuals with eating disorders, 3rd.
- Aguinaga, M., Fernández, L. y Varo, R. (2002). Trastornos de la conducta alimentaria. *Anales sistema sanitario Navarra*, 23(2), 279-292.
- American Federation of Teachers (2022). *Childrens's Health: Trastornos Alimenticios*. https://es.aft.org/childrens-health/mental-health/eating-disorders#_ftn3
- American Psychiatric Association (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 5th.
- Andrés, P., Graell, M., Sepúlveda, A. R., Villaseñor, A., Faya, M., Martínez, C. y Morandé, G. (2010). Estilos de crianza medidos con el EMBU-A en adolescentes con trastornos de la alimentación que inician tratamiento. *Revista de Psiquiatría InfantoJuvenil*, 2, 191.
- Antolín, M. (2017). 3 dinámicas para prevenir la insatisfacción corporal. *Cómete el mundo. El blog de los trastornos alimentarios*. <http://cometeelmundotca.es/index.php/blog>
- Antolín, M. (2017). *Cómete el Mundo TCA - 3 dinámicas para prevenir la insatisfacción corporal*. CometeelmundoTCA. <http://cometeelmundotca.es/index.php/blog/item/113-3-dinamicas-para-prevenir-la-insatisfaccion-corporal>
- Asuero Fernández, R., Avargues Navarro, M. L., Martín Monzón, B. y Borda Mas, M. (2012). Preocupación por la apariencia física y alteraciones emocionales en mujeres con trastornos alimentarios con autoestima baja. *Escritos de Psicología (Internet)*, 5(2), 39-45.
- Bakalar, J. L., Shank, L. M., Vannucci, A., Radin, R. M. y Tanofsky-Kraff, M. (2015). Recent advances in developmental and risk factor research on eating disorders. *Current psychiatry reports*, 17(6), 42.
- Baldares, M. J. V. (2013). Trastornos de la conducta alimentaria. *Revista Médica de Costa Rica y Centroamérica*, 70(607), 475-482.
- Beato-Fernández, L., Rodríguez-Cano, T., Belmonte-Llario, A. y Martínez-Delgado, C. (2004). Risk factors for eating disorders in adolescents: A Spanish community-based longitudinal

study. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 13, 287–294.
<https://doi.org/10.1007/s00787-004-0407-x>

Bohon C. (2019) Binge eating disorder in children and adolescents. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*, 28(4), 549-55.

Buitrago F., Tejero M. y Pagador Á. (2019). Trastornos de la conducta alimentaria y de la ingestión de alimentos, 15, 4-14.

Bulik, C. M., Sullivan, P. F., Tozzi, F., Furberg, H., Lichtenstein, P. y Pedersen, N. L. (2006). Prevalence, heritability, and prospective risk factors for anorexia nervosa. *Archives of general psychiatry*, 63(3), 305-312.

Burnette, C. B., Kwitowski, M. A. y Mazzeo, S. E. (2017). 'I don't need people to tell me I'm pretty on social media:' a qualitative study of social media and body image in early adolescent girls. *Body Image*, 23, 114-125. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2017.09.001>

Bryant-Waugh, R. y Lask, B. (2013). Overview of eating disorders in childhood and adolescence. In *Eating disorders in childhood and adolescence*, 46-62. Routledge.

Campbell, K., y Peebles, R. (2014). Eating disorders in children and adolescents: state of the art review. *Pediatrics*, 134(3), 582-592.

Cebolla, A., Perpiñá, C., Lurbe, E., Alvarez-Pitti, J. y Botella, C. (2012). Prevalencia del trastorno por atracón en una muestra clínica de obesos. In *Anales de Pediatría*, 77(2), 98-102. Elsevier Doyma.

Centro Nacional de Equidad de Género y Salud reproductiva. (2004). Guía de trastornos alimenticios. México: Secretaria de Salud.

Cohen, R., Newton-John, T. y Slater, A. (2017). The relationship between Facebook and Instagram appearance-focused activities and body image concerns in young women. *Body Image*, 23, 183-187. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2017.10.002>

Cortés, S. B., Plaza, M. D. D. D. y Lázaro, P. M. R. (2022). Prevention of eating disorders in secondary education centers. *Nutricion hospitalaria*, 39, 86-92.

Crow, S. J., Peterson, C. B., Swanson, S. A., Raymond, N. C., Specker, S., Eckert, E. D. y Mitchell, J. E. (2009). Increased mortality in bulimia nervosa and other eating disorders. *American Journal of Psychiatry*, 166(12), 1342-1346.

- Prevención de los trastornos de la conducta alimentaria en alumnos/as de primer curso de Educación Secundaria Obligatoria
- Cuadra, A. G. (2000). *Nutrición saludable y prevención de los trastornos alimentarios*. Ministerio de Educación.
- Cuadro, E. y Baile, J. I. (2015). El trastorno por atracón: análisis y tratamientos. *Revista mexicana de trastornos alimentarios*, 6(2), 97-107.
- Díaz Hernández J. (2016). *Estudio sobre influencia de los medios de comunicación en la autopercepción corporal y en la aparición de los TCA*. [Trabajo de Fin de Grado, Facultad de Ciencias Políticas, Sociales y de la Comunicación. Universidad de La Laguna (Tenerife, España)]. <https://riull.ull.es/xmlui/bitstream/handle/915/3788/.pdf?sequence=1>
- Díaz, M., Navalón. A., Güemes C., Rodríguez, A. y Rubio L. (2015). ¿Qué hacer para que la alimentación no sea un problema? Madrid: Comunicación y ediciones sanitarias.
- Dirección General de Salud Pública (2011). *Taller de prevención de Trastornos de la Conducta Alimentaria. Cuaderno del alumnado*. <https://www.castillalamancha.es/sites/default/files/documentos/20120511/tcacuaderno20alumno.pdf>
- Dittmar, H. (2009). How do “body perfect” ideals in the media have a negative impact on body image and behaviors? Factors and processes related to self and identity. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 28(1), 1-8.
- Fardouly, J., Pinkus, R. T. y Vartanian, L. R. (2017). The impact of appearance comparisons made through social media, traditional media, and in person in women’s everyday lives. *Body Image*, 20, 31-39. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2016.11.002>
- Frieiro Padin, P., González Rodríguez, R., Verde Diego, M. D. C. y Vázquez Pérez, R. (2021). Social media and eating disorder psychopathology: A systematic review. *Cyberpsychology Journal of Psychosocial Research on Cyberspace*.
- Gabler, G., Olguín, P. y Rodríguez, A. (2017). Complicaciones médicas de los trastornos de la conducta alimentaria. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 28(6), 893-900.
- Gaete, P. V. y López, C. C. (2020). Eating disorders in adolescents. A comprehensive approach. *Rev Chil Pediatr*, 91(5), 784-93.

- Gaete, M. V., López, C. y Matamala, M. (2012). Trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes y jóvenes. Parte I. Epidemiología, clasificación y evaluación inicial. *Rev Med Clin Condes*, 23(5), 566-78.
- García Bécares, C. (2022). Propuesta educativa para la prevención de Trastornos de la Conducta Alimentaria en la adolescencia.
- Gismero González, M. E. (2020). Factores de riesgo psicosociales en los Trastornos de la Conducta Alimentaria: Una revisión y algunas consideraciones para la prevención y la intervención.
- Golden, N. H., Schneider, M., Wood, C., Daniels, S., Abrams, S., Corkins, M., ... y Slusser, W. (2016). Preventing obesity and eating disorders in adolescents. *Pediatrics*, 138(3).
- Gómez del Barrio, J. A., Gaite Pindado, L., Gómez, E., Carral Fernández, L., Herrero Castanedo, S. y Vázquez-Barquero, J. L. (2008). Guía de Prevención de los Trastornos de la Conducta Alimentaria y el Sobrepeso: Imprenta J.
- Gómez, J. G., Madrazo, I., Camarero, E. G., Fernández, L. C., González, P. B., Giraldo, G. C. y del Barrio, J. A. G. (2017). Prevalencia, incidencia y factores de riesgo de los trastornos de la conducta alimentaria en la Comunidad de Cantabria. *Revista Médica Valdecilla*, 2(1), 14-20.
- Gowers, S. G. y Green, L. (2009). *Eating disorders: cognitive behaviour therapy with children and young people*, 3-18. Routledge.
- Griffiths, S., Murray, S. B., Krug, I. y McLean, S. A. (2018). The contribution of social media to body dissatisfaction, eating disorder symptoms, and anabolic steroid use among sexual minority men. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*, 21(3), 149–156. <https://doi.org/10.1089/cyber.2017.0375>
- Hernández, S. M., de León, M. S. J., Rodríguez, J. M., Castro, B. A., de Tucanda, N. R. R. y Serrano, C. B. (2018). Evaluación del efecto de una intervención grupal para la prevención de Trastornos de la Conducta Alimentaria en adolescentes. Estudio piloto. *Revista Española de Enfermería de Salud Mental*, (5), 5-14. <http://doi.org/10.35761/reesme.2018.5.02>
- Hernández, M. C. B., López, D. R., Herrera, J. C. y Díaz, G. G. (2020). Trastornos de la conducta alimentaria. *Boletín Científico De La Escuela Superior Atotonilco De Tula*, 7(14), 15-2.

- Prevención de los trastornos de la conducta alimentaria en alumnos/as de primer curso de Educación Secundaria Obligatoria
- Herpertz-Dahlmann, B. (2015). Adolescent eating disorders: update on definitions, symptomatology, epidemiology, and comorbidity. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics*, 24(1), 177-196.
- Herpertz-Dahlmann, B., Holtkamp, K. y Konrad, K. (2012). Eating disorders: anorexia and bulimia nervosa. *Handbook of clinical neurology*, 106, 447-462.
- Izidorczyk, B., Truong Thi Khanh, H., Lipowska, M., Sitnik-Warchulska, K. y Lizinczyk, S. (2021). Factores de riesgo psicológicos para el desarrollo de conductas alimentarias restrictivas y bulímicas: una comparación polaca y vietnamita. *Nutrientes*, 13(3), 910. <https://doi.org/10.1002/eat.22336>
- Jagielska, G. y Kacperska, I. (2017). Outcome, comorbidity and prognosis in anorexia nervosa. *Psychiatr Pol*, 51(2), 205-218.
- Jáuregui-Lobera, I. (2012). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales V. *Trastornos de la conducta alimentaria*, (16), 1744-1751.
- Kyriacou, O., Treasure, J. y Schmidt, U. (2008). Understanding how parents cope with living with someone with anorexia nervosa: Modelling the factors that are associated with carer distress. *International Journal of Eating Disorders*, 41(3), 233-242.
- Lask, B. y Bryant-Waugh, R. (Eds.). (2013). *Eating disorders in childhood and adolescence*, 281-300. Routledge.
- León Hernández, R. C. y Aizpuru de la Portilla, A. (2010). Antecedentes familiares y sintomatología en mujeres con Trastorno de la Conducta Alimentaria. *Revista mexicana de trastornos alimentarios*, 1(2), 112-118.
- Levine, M. P. y Chapman, K. (2011). Media influences on body image.
- Lewinsohn, P. M., Striegel-Moore, R. H. y Seeley, J. R. (2000). Epidemiology and natural course of eating disorders in young women from adolescence to young adulthood. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 39(10), 1284-1292.
- Ley 17/2007, de 10 de diciembre, de Educación de Andalucía. *Boletín Oficial de la Junta de Andalucía*, 252, de 26 de diciembre de 2007. <https://www.boe.es/buscar/pdf/2008/BOE-A-2008-1184-consolidado.pdf>

Ley Orgánica 3/2020, de 29 de diciembre, por la que se modifica la Ley Orgánica 2/2006, de 3 de mayo, de Educación. *Boletín Oficial del Estado*, 340, de 30 de diciembre de 2020. <https://www.boe.es/boe/dias/2020/12/30/pdfs/BOE-A-2020-17264.pdf>

Lindvall Dahlgren, C., Wisting, L. y Rø, Ø. (2017). Feeding and eating disorders in the DSM-5 era: a systematic review of prevalence rates in non-clinical male and female samples. *Journal of eating disorders*, 5(1), 1-10. <https://doi.org/10.1186/s40337-017-0186-7>

Lock, J. y La Via, M. C. (2015). Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with eating disorders. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 54(5), 412-425.

López, C. y Treasure, J. (2011). Trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes: descripción y manejo. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 22(1), 85-97.

López, E. E. Pérez, S. M, Ochoa, G. M. y Ruiz D. M. (2008). Clima familiar, clima escolar y satisfacción con la vida en adolescentes. *Revista mexicana de psicología*, 25(1), 119-128.

Lozano-Muñoz, N., Borrallo-Riego, Á. y Guerra-Martín, M. D. (2022). Impact of social network use on anorexia and bulimia in female adolescents: a systematic review. In *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 45(2), 1009-1009.

Mabe, A. G., Forney, K. J. y Keel, P. K. (2014). Do you “like” my photo? Facebook use maintains eating disorder risk. *International Journal of Eating Disorders*, 47(5), 516–523. <https://doi.org/10.1002/eat.22254>

Malagón F. J. (2019). *Cuándo empieza y termina la adolescencia*. The conversation. <https://theconversation.com/cuando-empieza-y-termina-la-adolescencia-119553>

Marmo, J. (2014). Estilos parentales y factores de riesgo asociados a la patología alimentaria. *Avances en psicología*, 22(2), 165-178.

McLean, S. A., Wertheim, E. H., Masters, J. y Paxton, S. J. (2017). A pilot evaluation of a social media literacy intervention to reduce risk factors for eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 50(7), 847–851. <https://doi.org/10.1002/eat.22708>

Micali, N., Hagberg, K. W., Petersen, I. y Treasure, J. L. (2013). The incidence of eating disorders in the UK in 2000–2009: findings from the General Practice Research Database. *BMJ open*, 3(5), e002646.

Montero, S., San Jose de León, M., Marín, J., Alonso, B., Rodriguez, N. y Bernabeu, C. (2018).

Evaluación del efecto de una intervención grupal para la prevención de trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes. *Revista Española de enfermería de salud mental*, 5, 5-14. <http://doi.org/10.35761/reesme.2018.5.02>

Moreno, J. M. O. (2022, 29 marzo). «Escuela y TCA», un programa para prevenir los trastornos alimentarios en el aula. *Salud Mental* 360. <https://tca.som360.org/es/blog/escuela-tca-programa-prevenir-trastornos-alimentarios-aula>

Moreno, M. y Ortiz, G. (2009). Trastorno Alimentario y su Relación con la Imagen Corporal y la Autoestima en Adolescentes. *Terapia psicológica*, 27(2), 181-190.

Murray, M., Maras, D. y Goldfeld, G. S. (2016). Excessive time on social networking sites and disordered eating behaviors among undergraduate students: Appearance and weight esteem as mediating pathways. *Cyberpsychology, Behavior, And Social Networking*, 19(12), 709-715. <https://doi.org/10.1089/cyber.2016.0384>

National Institute for Health and Care Excellence. Eating disorders: recognition and treatment. Full guideline. Version 2.0. 2017 [último acceso 16 de diciembre de 2020]. Disponible en: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng69>

OMS (2019). *Desarrollo en la adolescencia*.

Orange España. (20 de marzo de 2019). ¿Eres la misma persona en redes sociales? [Archivo de Vídeo]. Youtube. [¿Eres la misma persona en redes sociales?](https://www.youtube.com/watch?v=...)

Ormaetxe P. (4 de febrero de 2018). *TCA (Trastorno de Conducta Alimentaria): ¿Qué son, cómo detectarlos y qué hacer si afectan a alguien cercano?* Samu Wellness. <https://clnicasamu.com/samu-wellness/tca-trastorno-de-conducta-alimentaria/>

Pacheco Calvo, J.A. (1999). *Comer bien es divertido*. Madrid: ASDE- Federación de Asociaciones de Scouts de España.

Parra Ortiz, J. M. (2003). *La educación en valores y su práctica en el aula*.

Portal Empleados Keralty (s.f.). *Encuesta hábitos saludables*. <https://portal.colsanitas.com/funcionarios/encuesta-habitos-saludables>

- Portela de Santana, M. L., da Costa Ribeiro Junior, H., Mora Giral, M. y Raich, R. M. (2012). La epidemiología y los factores de riesgo de los trastornos alimentarios en la adolescencia: una revisión. *Nutrición hospitalaria*, 27(2), 391-401.
- Puertas, D. G. (2020) Influencia del uso de Instagram sobre la conducta alimentaria y trastornos emocionales. Revisión sistemática. *Revista Española de Comunicación en Salud*, 11(2), 244-254.
- Puccio, F., Fuller-Tyszkiewicz, M., Youssef, G., Mitchell, S., Byrne, M., Allen, N. y Krug, I. (2017). Efectos bidireccionales longitudinales de los trastornos alimentarios, la depresión y la ansiedad. Revisión *Europea de Trastornos de la Alimentación*, 25(5), 351–358. <https://doi.org/10.1002/erv.2525>
- Rava, M. F. y Silber, T. J. (2004). Bulimia nerviosa (Parte 1): Historia. Definición, epidemiología, cuadro clínico y complicaciones. *Archivos argentinos de pediatría*, 102(5), 353-363.
- Robledo, F. (Coord.) (2009). *A, B, C... Anorexia, bulimia y comedor compulsivo. Manual para docentes*. Instituto de Nutrición y Trastornos Alimentarios de la Comunidad de Madrid (INUTCAM).
- Rodríguez-Cano, T., Beato-Fernández, L. y Belmonte-Llario, A. (2005). New contributions to the prevalence of eating disorders in Spanish adolescents: detection of false negatives. *European Psychiatry*, 20(2), 173-178.
- Rome E. S. y Strandjord S. E. (2016) Eating disorders. *Pediatr Rev.* 37(8), 323-336.
- Rosen, D. S. y Committee on Adolescence. (2010). Identification and management of eating disorders in children and adolescents. *Pediatrics*, 126(6), 1240-1253.
- Ruiz-Lázaro P. M. (2020). Programa ZARIMA. Guía de Prevención de trastornos de conducta alimentaria. Zaragoza. Gobierno de Aragón.
- Ruiz-Lázaro, P. M., Comet, M. P., Calvo, A. I., Zapata, M., Cebollada, M., Trébol, L. y Lobo, A. (2010). Prevalence of eating disorders in early adolescent students. *Actas Espanolas de Psiquiatria*, 38(4), 204-211.
- Ruiz-Lázaro P. M, Velilla M. y González E. (2017). *Buenas prácticas en prevención de trastornos de la conducta alimentaria* (pp. 25-53). Madrid: Ediciones Pirámide.

- Sahlan, R. N., Williams, B. M., Forrest, L. N., Saunders, J. F., Fitzsimmons-Craft, E. E. y Levinson, C. A. (2021). Trastornos alimentarios, autoestima y síntomas de depresión en adolescentes y adultos jóvenes iraníes: un análisis de red. *Revista internacional de trastornos alimentarios*, 54(2), 132–147. <https://doi.org/10.1002/eat.23365>
- Schaumberg, K., Welch, E., Breithaupt, L., Hübel, C., Baker, J. H., Munn-Chernoff, M. A., ... y Bulik, C. M. (2017). The science behind the academy for eating disorders' nine truths about eating disorders. *European Eating Disorders Review*, 25(6), 432-450.
- Schmidt, U., Adan, R., Böhm, I., Campbell, I. C., Dingemans, A., Ehrlich, S., ... y Zipfel, S. (2016). Eating disorders: the big issue. *The Lancet Psychiatry*, 3(4), 313-315.
- Sepúlveda A.R. (2017). Prevención primaria de los trastornos de alimentación en escolares. En Ruiz-Lázaro P.M., Velilla M. y González E. (Eds.), *Buenas prácticas en prevención de trastornos de la conducta alimentaria*, 77-95. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Sepúlveda, A. R., Graell, M., Berbel, E., Anastasiadou, D., Botella, J., Carrobles, J. A. y Morandé, G. (2012). Factors associated with emotional well-being in primary and secondary caregivers of patients with eating disorders. *European Eating Disorders Review*, 20(1), 78-84.
- Smink, F. R., van Hoeken, D. y Hoek, H. W. (2013). Epidemiology, course, and outcome of eating disorders. *Current opinion in psychiatry*, 26(6), 543-548.
- Smink, F. R., van Hoeken, D., Oldehinkel, A. J. y Hoek, H. W. (2014). Prevalence and severity of DSM-5 eating disorders in a community cohort of adolescents. *International Journal of Eating Disorders*, 47(6), 610-619.
- Stice, E., Davis, K., Miller, N. P. y Marti, C. N. (2008). Fasting increases risk for onset of binge eating and bulimic pathology: A 5-year prospective study. *Journal of Abnormal Psychology*, 117(4), 941–946. <https://doi.org/10.1037/a0013644>
- Stice, E., Gau, J. M., Rohde, P. y Shaw, H. (2017). Risk factors that predict future onset of each DSM–5 eating disorder: Predictive specificity in high-risk adolescent females. *Journal of abnormal psychology*, 126(1), 38-51.

Stronge, S., Greaves, L. M., Milojev, P., West-Newman, T., Barlow, F. K. y Sibley, C. G. (2015).

Facebook is linked to body dissatisfaction: Comparing users and non-users. *Sex Roles*, 73(5-6), 200-213. <https://doi.org/10.1007/s11199-015-0517-6>

Tholin, S., Rasmussen, F., Tynelius, P. y Karlsson, J. (2005). Genetic and environmental influences on eating behavior: the Swedish Young Male Twins Study. *The American journal of clinical nutrition*, 81(3), 564-569.

Tiggemann, M. y Slater, A. (2017). Facebook and body image concern in adolescent girls: A prospective study. *International Journal Of Eating Disorders*, 50(1), 80-83. <https://doi.org/10.1002/eat.22640>

Treasure, J. y Russell, G. (2011). The case for early intervention in anorexia nervosa: theoretical exploration of maintaining factors. *The British Journal of Psychiatry*, 199(1), 5-7.

Treasure, J. y Schmidt, U. (2013). The cognitive-interpersonal maintenance model of anorexia nervosa revisited: a summary of the evidence for cognitive, socio-emotional and interpersonal predisposing and perpetuating factors. *Journal of eating disorders*, 1, 1-13.

Unikel, C. y Caballero, A. (2010). Guía Clínica para trastornos de la conducta alimentaria. México.

Varela, R. M., Eloísa, B. I. y Brito, J. L. (2014). *Manual de promotores sociales*. Universidad Autónoma del Estado de Morelos.

Zarima, G. (1999). Guía Práctica: Prevención de los trastornos de la conducta alimentaria.

Anexo A. Criterios diagnósticos

Tabla 1. Criterios diagnósticos de la Anorexia Nerviosa.

Anorexia Nerviosa
<p>A. Restricción de la ingesta energética en relación con las necesidades, llevando a un peso corporal significativamente bajo en relación a la edad, sexo, curso del desarrollo y la salud física, es decir, peso inferior al mínimo normal o al mínimo esperado en niños y adolescentes.</p> <p>B. Miedo intenso a la ganancia de peso o a engordar, o comportamiento persistente que interfiere en el aumento de peso a pesar de ser este significativamente bajo.</p> <p>C. Percepción del propio peso o constitución alterada, influencia inapropiada del peso o la constitución corporal en la autoevaluación, o falta persistente en reconocer la gravedad del peso corporal bajo actual.</p> <p>Puede presentarse en dos formas:</p> <p>Tipo restrictivo: durante los últimos tres meses, el individuo no ha tenido episodios recurrentes de atracones o purgas (vómito autoprovocado o uso incorrecto de laxantes, diuréticos o enemas). Este subtipo describe presentaciones en la que la pérdida de peso es debida sobre todo a la dieta, el ayuno y/o el ejercicio excesivo.</p> <p>Tipo con atracones/purgas: durante los últimos tres meses, el individuo ha tenido episodios recurrentes de atracones o purgas (es decir, vómito autoprovocado o utilización incorrecta de laxantes, diuréticos o enemas).</p> <p><i>Especificar</i> si se encuentra en remisión parcial, es decir, el criterio A no se cumple durante un tiempo continuado, pero B o C siguen estando presentes; o remisión total si ninguno de los criterios se cumple durante un período prolongado. Establecer también la gravedad actual en base al IMC: Leve: IMC 17 kg/m²; Moderado: IMC 16-16,99 kg/m²; Grave: IMC 15-15,99 kg/m²; Extremo: IMC < 15 kg/m².</p>

Fuente: American Psychological Association, 2013, pp. 338-339.

Tabla 2. Criterios diagnósticos de la Bulimia Nerviosa.

Bulimia Nerviosa
<p>A. Episodios recurrentes de atracones. Un episodio de atracón se caracteriza por los dos hechos siguientes:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Ingestión, en un periodo determinado (p. ej., dentro de un período cualquiera de dos horas), de una cantidad de alimentos que es claramente superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en un período similar en circunstancias parecidas.2. Sensación de falta de control sobre lo que se ingiere durante el episodio (p. ej., sensación de que no se puede dejar de comer o controlar lo que se ingiere o la cantidad de lo que se ingiere).
<p>B. Comportamientos compensatorios inapropiados recurrentes para evitar el aumento de peso, como el vómito autoprovocado, el uso incorrecto de laxantes, diuréticos u otros medicamentos, el ayuno o el ejercicio excesivo.</p>
<p>C. Los atracones y los comportamientos compensatorios inapropiados se producen, de promedio, al menos una vez a la semana durante tres meses.</p>
<p>D. La autoevaluación se ve indebidamente influida por la constitución y el peso corporal.</p>
<p>E. La alteración no se produce exclusivamente durante los episodios de anorexia nerviosa.</p>
<p><i>Especificar</i> si: En remisión parcial: Después de haberse cumplido con anterioridad todos los criterios para la BN, algunos no pero no todos los criterios no se han cumplido durante un período continuado o; en remisión total: Después de haberse cumplido con anterioridad todos los criterios para la BN, no se ha cumplido ningunos de los criterios durante un período continuado.</p>
<p><i>Especificar</i> la gravedad actual, basada en la frecuencia de comportamientos compensatorios inapropiados: Leve: Un promedio de 1-3 episodios de comportamientos compensatorios inapropiados a la semana; Moderado: Un promedio de 4-7 episodios de comportamientos compensatorios inapropiados a la semana; Grave: Un promedio de 8-13 episodios de comportamientos compensatorios inapropiados a la semana o; Extremo: Un promedio de 14 episodios o más de comportamientos compensatorios inapropiados a la semana.</p>

Tabla 3. Criterios diagnósticos del Trastorno por Atracón.

Trastorno por Atracón

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

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

B. Los episodios de atracones se asocian a tres (o más) de los hechos siguientes:

1. Comer mucho más rápidamente de lo normal.
2. Comer hasta sentirse desagradablemente lleno.
3. Comer grandes cantidades de alimentos cuando no se siente hambre físicamente.
4. Comer solo debido a la vergüenza que se siente por la cantidad que se ingiere.
5. Sentirse luego a disgusto con uno mismo, deprimido o muy avergonzado.

C. Malestar intenso respecto a los atracones. D. Los atracones se producen, de promedio, al menos una vez a la semana durante tres meses.

E. El atracón no se asocia a la presencia recurrente de un comportamiento compensatorio inapropiado como en la BN y no se produce exclusivamente en el curso de la BN o AN.

Especificar si: en **remisión parcial:** Después de haberse cumplido con anterioridad todos los criterios para el trastorno de atracones, los atracones se producen con una frecuencia media inferior a un episodio semanal durante un período continuado o; en **remisión total:** Después de haberse cumplido con anterioridad todos los criterios para el TA, no se ha cumplido ninguno de los criterios durante un período continuado.

Especificar la gravedad actual, basada en la frecuencia de los episodios de atracones: **Leve:** 1-3 atracones a la semana; **Moderado:** 4-7 atracones a la semana; **Grave:** 8-13 atracones a la semana o; **Extremo:** 14 o más atracones a la semana

Fuente: American Psychological Association, 2013.

Anexo B. Encuesta de la actividad “¿Llevas una vida saludable?”

Responde las siguientes preguntas:

PREGUNTA	SÍ	NO
Como al menos 2 porciones de fruta al día.		
Como al menos una porción de ensalada al día.		
Como comida integral.		
Como pasteles, postres y dulces a diario.		
Mantengo un horario regular de comidas.		
Bebo de 4 a 8 vasos de agua al día.		
Evacúo una vez al día.		
Duermo regularmente 7 horas al día.		
Trasnocho con frecuencia.		
Me relajo y descanso 1 día a la semana.		
Me tomo las cosas con calma y cada una con su debida proporción.		
Practico algún deporte todas las semanas.		
Respiro profundamente varias veces al día.		
Me irrito con frecuencia cuando las cosas no sales como creo que debe ser.		

Nota. La encuesta ha sido adaptada de Portal Empleados Keralty (s.f.). *Encuesta hábitos saludables.*

Anexo C. Ficha de la actividad “El árbol de los logros”.

Nombre y apellidos: _____ Curso: _____

Fecha: _____

LOGROS	VIRTUDES

Anexo D. Ficha de la actividad “Publi-comentando”.

Publi-comentando	
Integrantes del grupo:	
Curso:	Fecha:
Responde las siguientes cuestiones relacionadas con vuestro anuncio:	
1. ¿Qué producto anuncia?	
2. ¿A qué población va dirigido el anuncio?	
3. ¿Cómo son los modelos que aparecen en el anuncio? Describe su aspecto físico.	
4. ¿Se utiliza de alguna manera el físico de los modelos para vender el producto? Razona vuestra respuesta.	

Anexo E. Ficha de la actividad “Queridos/as influencers...”

Queridos/as influencers...	
Integrantes del grupo:	
Curso:	Fecha:
Responde las siguientes cuestiones:	
1. Menciona a los 6 influencers que más os gusten.	
2. ¿Qué es lo que más os gusta de ellos/as?	
3. Descríbelos tanto física como psicológicamente.	
4. ¿Qué tipo de contenido suben?	

5. Del 1 al 10, ¿cuán os gustaría ser como ellos/as?

Anexo F. Cuestionario de satisfacción

Estimado/a participante:

Nos gustaría conocer tu opinión acerca de las actividades realizadas durante estas ocho sesiones. Tus respuestas son anónimas y en contestar sólo tardarás unos minutos. La escala empleada tiene cinco opciones de respuesta, donde 1 es totalmente en desacuerdo, 2 en desacuerdo, 3 de acuerdo y 4 totalmente de acuerdo. Así, se ruega que lea cada pregunta con atención y señale con una X la opción que más se ajuste a tu realidad.

	1	2	3	4
1. La duración de las actividades ha sido adecuada				
2. El horario de las actividades ha sido acertado				
3. El tiempo establecido para cada una de las sesiones ha sido adecuado				
4. El lugar donde se han desarrollado las actividades ha sido adecuado				
5. Los contenidos trabajados han sido pertinentes				
6. Los contenidos han facilitado el logro de los objetivos del programa				
7. Los contenidos y las actividades se han ajustado a mis necesidades				
8. Los materiales aportados han sido útiles y prácticos				
9. El programa me ha ayudado a nivel personal				
10. El programa me ha ayudado a nivel social				
11. El programa me ha ayudado a nivel emocional				
12. El programa me ha permitido mejorar mi autoestima				

13. El programa me ha permitido mejorar mis hábitos de vida				
14. Gracias al programa muestro una actitud crítica ante la publicidad y los estereotipos sociales promovidos por los medios de comunicación y redes sociales.				
15. El programa ha sido adecuado, útil y práctico				
16. Recomendaría este programa a otras personas				

A continuación, señala la sesión/es que más te haya/n gustado:

Aspectos a mejorar:

¡Muchas gracias por tu participación y colaboración!