

TRABAJO FIN DE GRADO

**FOMENTO DE LA EDUCACIÓN ACERCA DE LOS TRASTORNOS
ALIMENTICIOS**

EN LA IKASTOLA NAVARRA PAZ DE ZIGANDA EN 2º DE LA ESO



RESUMEN

Resumen

En la comunidad Foral de Navarra los trastornos de la conducta alimentaria siguen presentes entre los jóvenes y con este proyecto pretendo hacer un cambio al currículo escolar de educación existente en la ikastola, añadiendo una sección acerca de información sobre los trastornos alimenticios, en concreto, sobre los más comunes como son la anorexia y la bulimia, mediante un taller de educación para la salud. Se pretende realizar con el fin de que los alumnos de secundaria estén debidamente informados acerca de estas patologías y puedan así prevenirlas. Se trata de un proyecto piloto que si resulta efectivo se intentara paulatinamente introducir en el resto de institutos de la comarca de Pamplona.

Palabras clave: Trastornos alimenticios, Anorexia, Bulimia, Prevención Información

Abstract

In the Foral Community of Navarre the eating disorders are still present among youth people. Due to this fact, with this project a change in the actual scholar curriculum of education of the ikastola wants to be done adding a section of information about eating disorders, specially about de most commons ones which are anorexia and bulimia, by an education for health program. It is pretend to create it with the purpose that the secondary students will be correctly informed about these disorders in order to prevent them. It is a pilot project that if results effective it wants to be expanded slowly by slowly to other high schools from de region of Pamplona.

Key words: *eating disorders, anorexia, bulimia, prevention, information*

ÍNDICE

	<u>Página</u>
1. Introducción.....	1 - 8
a. Marco conceptual.....	1
b. Justificación.....	8
2. Objetivos.....	9 – 10
3. Planificación.....	11 - 12
a. Fase Pre-activa.....	11
b. Fase activa.....	12
4. Metodología y materiales.....	13 - 17
a. Temario.....	14
b. 1º sesión.....	15
c. 2º sesión.....	16
d. 3º sesión.....	17
5. Programa.....	18 - 24
a. Agentes de salud.....	18
b. Grupo diana.....	18
c. Que.....	18
d. Como.....	19
e. Argumentación.....	19
f. Lugar de implantación.....	20
g. Cronograma de implantación.....	21 - 23
h. Autoevaluación.....	24
6. Discusión.....	25 - 28
7. Conclusiones.....	29

8. Bibliografía.....	30 - 32
9. Anexos.....	33 - 39
a. Anexo 1.....	33
b. Anexo 2.....	34
c. Anexo 3.....	35 - 36
d. Anexo 4.....	37
e. Anexo 5.....	38 - 39

1. INTRODUCCIÓN

La anorexia y la bulimia son trastornos de la conducta alimentaria cada vez con mayor incidencia en los países occidentales. Mientras que en los países denominados del tercer mundo se mueren de hambre, en los países del primer ostentoso y rebosante mundo la gente se mata de hambre en cierto modo fomentado por la presión que los medios de comunicación ejercen. Muchas son las voces que se alzan en contra del ideal de belleza social y el poder de influencia de los medios de comunicación sobre la sociedad. De cuando en cuando surge la polémica de la anorexia incitada o bien por la publicidad como por famosos que han errado algún comentario, aun cuando saben que lo que digan tiene importante repercusión en el mundo. En el mundo de la moda, uno de los mundos con mayor incidencia de estos trastornos, la polémica de la unificación de las tallas se encuentra en tierra de nadie y mientras tanto, la gente en una tienda un pantalón lo tiene de una talla y en otra tienda otro pantalón parecido lo tiene de otra talla distinta causando estupor e irritación.

En el caso concreto de la Comunidad Foral de Navarra, perteneciente al primer mundo, la incidencia de los trastornos de la conducta alimentaria si bien parece que va estabilizándose, siguen apareciendo casos anuales y deja sin ser un problema. En el caso de los menores de 16 años, que es a quienes va dirigido el proyecto, la incidencia de los trastornos de la conducta alimentaria ha ido paulatinamente avanzando según datos publicados en las 'Memorias de Salud Mental de Navarra'. Son datos que muestran los pacientes menores de 16 años atendidos en los centros de salud mental y pacientes atendidos en el centro infanto-juvenil de Navarra (en el centro infanto-juvenil los pacientes atendidos siempre son menores de 16 años. A partir de los 17 años se considera adulto en cuanto a los servicios de salud). En el año 2008 entre los centros de salud mental (CSM) y el centro infanto-juvenil (CI-J) habían atendido a 54 menores en 16 años (41 en los CSM y 13 CI-J). En 2009 incremento hasta los 65 menores (36 en CSM y 29 en CI-J), en 2010 ascendió a 92 los menores atendidos (41 en CSM y 51 en CI-J). En 2011 se llegó a la cifra centenaria: 100 fueron las personas que se vieron entre el CSM y el CI-J (42 en el CSM y 58 en el CI-J). En 2012 la cifra se elevó hasta las 120 personas atendidas (48 en CSM y 72 en CI-J). Como se puede ver apreciar en los datos objetivos, el aumento de los casos no ha sido excesivo pero ha sido constante¹.

Con respecto a la Unidad de Trastornos de la Conducta Alimentaria (UTCA), y según datos obtenidos de las Memorias de Salud Mental de Navarra desde el año 2009 hasta el 2013, el número de consultas, de ingresos y el total de pacientes ha ido aumentando hasta el año 2013 cuando ha habido un ligero retroceso en las cifras. Así en el año 2009 ingresaron en la UTCA 21 personas lo que supone un ratio de 4,01 personas entre 100.000 habitantes. El año 2010 ingresaron en la unidad también 21 personas, se realizaron 1153 consultas y el total de pacientes que pasaron fueron 61. En 2011 en cambio, ingresaron 29 personas, aumentando así la cifra que se mantuvo durante 2 años, se realizaron 1653 consultas y el total de pacientes que se hallaron en la unidad fueron 77. Durante el 2012 se atendieron 2289, lo que supone un importante crecimiento en el

volumen de gente que se tuvo que atender con trastornos de la conducta alimentaria. El total de pacientes que estuvieron en la unidad ascendió a 98 y 27 fueron los ingresos que se hicieron. En 2013 la cifra de las consultas atendidas disminuyó a 2026, lo cual es un 11,5% menos de consultas con respecto al año pasado. En cuanto al número de ingresos en la unidad fue de 29 personas¹.

1. ¿Qué son los trastornos de la alimentación?

“Un trastorno de la alimentación es una enfermedad que causa graves perturbaciones en su dieta diaria, tales como comer cantidades muy pequeñas o comer en exceso” (Instituto Nacional de Salud Mental, Estados Unidos)².

Los trastornos de la alimentación de mayor incidencia son la anorexia nerviosa y la bulimia. Estos trastornos generalmente debido a diversas circunstancias aparecen más en la adolescencia, aunque también se pueden dar tanto en la niñez como en los jóvenes adultos. Estos dos trastornos son más frecuentes en mujeres pero también se dan casos en hombres aunque en menor cantidad, de hecho, la proporción en España de anorexia nerviosa entre mujeres y hombres es de 9 a 1³.

1.1. ¿Qué es la anorexia?

“La anorexia es un trastorno alimentario que lleva a que las personas pierdan más peso de lo que se considera saludable para su edad y estatura” (Instituto Nacional de Salud Mental, Estados Unidos)⁴.

La anorexia nerviosa a su vez se divide en dos subtipos: restrictiva y bulímica. Se trata de anorexia nerviosa restrictiva cuando lo que se restringe es la alimentación y se hace ejercicio físico en abundancia con el fin de bajar de peso. La anorexia nerviosa bulímica en cambio, se da cuando las personas que padecen la enfermedad se dan atracones de comida, o emplean laxantes o diuréticos o se provocan el vómito.

La anorexia nerviosa, ambos subtipos, es de origen psicológico y son varios los factores favorecen que se desencadene: los factores predisponentes y los factores desencadenantes. Entre los predisponentes están los factores psicológicos, biológicos y familiares. Entre los desencadenantes a destacar son el estrés, el fracaso escolar o el desengaño amoroso. La familia es fundamental en el desarrollo de la patología.

1.2. ¿Qué es la bulimia?

Es otra enfermedad de las denominadas trastornos de la conducta alimentaria. Es una enfermedad por la cual la persona come en exceso o tiene episodios regulares de ingestión excesiva de alimento y siente una pérdida de control. La persona utiliza luego diversos métodos, tales como vomitar o consumir laxantes en exceso, para evitar el

aumento de peso. Muchas personas con bulimia, aunque no todas, también sufren de anorexia nerviosa⁵.

La bulimia nerviosa también se divide en dos subtipos: bulimia de tipo purgativo y de tipo no purgativo. En la bulimia de tipo purgativo, la persona que la padece se da atracones, es decir, come sin control una gran cantidad de comida un poco tiempo, para posteriormente tener sentimientos de culpa por haber ingerido la comida y a consecuencia de los mismos se auto provoca el vómito. Ese acto les da una sensación de ligereza en el cuerpo que les atrae y suelen caer en un “ciclo vicioso”. Pero al repetirlo muchas veces se acaban sintiendo pesadas o gordas y desaparece esa sensación de alivio que al principio se tenía, sintiéndose agotadas. También es frecuente el uso de laxantes y diuréticos para perder peso. En la bulimia de tipo no purgativo por el contrario, la persona que lo padece no se provoca el vómito por ello se denomina de tipo “no purgativo”. En este tipo de bulimia la persona que la padece opta por ayunar, realiza excesivo ejercicio o tiende también a preocuparse demasiado tanto por la forma de su cuerpo como por el peso del mismo. No utiliza ni laxantes ni diuréticos.

1.3. Diferencias anorexia – bulimia

La edad media de comienzo de la anorexia nerviosa es a los 14 años, con otro pico a los 18 años. La bulimia suele iniciarse a finales de la adolescencia (17-20 años)⁶. Tanto las personas que padecen anorexia como las que padecen bulimia se sienten insatisfechas con su cuerpo y consigo mismas aunque aparentemente no lo parezca ni lo demuestren. Son múltiples causas las que conducen a padecer estos trastornos pero por lo general las personas que los sufren tienen problemas que no saben cómo afrontarlos, se sienten presionadas y con miedo constante de ser un “desastre” como persona. Pero a diferencia de las personas con anorexia, las que tienen bulimia controlan mucho menos sus impulsos de ahí que se den atracones sin control, se provoquen el vómito después. Esa falta de control de sus impulsos también les puede llevar a conductas más allá de la índole de la alimentación: beber, tomar droga, tener relaciones sexuales sin precaución, compras compulsivas etc.

1.4. Anorexia en mujeres

La anorexia nerviosa y la bulimia son más frecuentes en mujeres. Las mujeres en general desde pequeñas son educadas para estar en el hogar, tener hijos, ser buena madre, buena ama de casa y buena esposa. Siempre tiene que estar deseable para su marido, tiene que gustarle. Además desde pequeñas se les enseña que es muy importante la belleza, ser guapas y delgadas para triunfar. Pero la enseñanza que reciben desde pequeñas va más allá porque además de tener que preocuparse por ellas mismas para estar bien se les enseña que tienen que preocuparse y cuidar a la gente que les rodea. La mujer por tanto, tiene que preocuparse por sí misma y por los demás. Los logros tienen que conseguirlos sin sentirse “egoístas” o “poco femeninas” por ello.

Añadir que desde la década de los 60 en occidente, países con mayor incidencia de estos trastornos, se ha impuesto el ideal de belleza de la delgadez. En las décadas anteriores eran mujeres con “curvas” como Marilyn Monroe las que eran consideradas iconos de belleza pero desde esta década en adelante en las publicidades se empezó a percibir el culto por lo delgado. Los años 90 fueron los años en los que surgieron las tops modelos y éstas aun delgadas tenían curvas pero a medida que la década avanzó las curvas se fueron viendo relegadas como algo a desaparecer. Las curvas ya no eran bellas y para ser una mujer triunfadora había que estar delgada. Eso influyó mucho en las mujeres y los casos de anorexia y bulimia se elevaron. La mujer ya estaba trabajando fuera de los hogares y si quería triunfar en su propio trabajo debía ser bella. Los medios de comunicación han influenciado mucho en la aceptación del actual canon de belleza transformando los gustos y actitudes de la sociedad. Así, el cuerpo ideal del canon de belleza actual solo se corresponde con el de un pequeño porcentaje de la población. Las mujeres cada vez se preocupan más por perder peso y nos encontramos en la época del boom de las dietas y los gimnasios. Además de delgada la mujer también no tiene que tener vello corporal, tiene que tener la piel suave y libre de arrugas, los pechos firmes y turgentes. Con todo ello es muy difícil que una mujer se encuentre satisfecha con su cuerpo y es así como se fomenta que cada vez el número de personas que padecen estos trastornos de la alimentación aumenten.

1.5. Anorexia en hombres

La anorexia y la bulimia también se dan en varones. Estos dos trastornos son más frecuentes en mujeres pero también se dan casos en hombres aunque en menor cantidad, de hecho, la proporción en España de anorexia nerviosa entre mujeres y hombres es de 9 a 1⁷. Físicamente las consecuencias de estos trastornos son iguales en ambos géneros con la lógica salvedad que las mujeres acaban con amenorrea mientras que a los hombres se les disminuye el lívido sexual al disminuirse las hormonas sexuales. “Psicológicamente también hay semejanzas: tienen un bajo autoestima, tendencia al perfeccionismo, deseo de aceptación, ansiedad, depresión y dificultad para manejar las emociones”⁸.

Los hombres, al contrario que las mujeres, no buscan estar delgado sino tener un cuerpo musculoso y fuerte, un cuerpo considerado ideal en los hombres. En muchos casos están preocupados por evitar las burlas sobre su físico de los compañeros, por el hecho en algunos casos, de haber estado obesos anteriormente. Los hombres con estos trastornos normalmente están más preocupados por la parte superior de su cuerpo, por tener un tórax musculoso. Para lograrlo, en general hacen mucho ejercicio en los gimnasios.

1.6. Factores que aumentan la probabilidad de padecer anorexia.

Estar insatisfecho con el cuerpo no significa padecer trastornos de la alimentación porque de ser así, un elevadísimo porcentaje de la población padecería alguno. Por lo tanto, no es suficiente con estar insatisfecho con el cuerpo sino que además hay

factores que aumentan la probabilidad. Por un lado están los factores predisponentes que son aquellos innatos a la persona como los familiares, psicológicos y biológicos y hacen que la persona esté más predispuesta a sufrir estos trastornos. Las familias son vitales a la hora de hablar de estos trastornos. En las familias en las que se valora mucho el físico y las apariencias es más probable que se padezcan o si se tiene algún familiar o algún conocido con trastornos. Las familias sobreprotectoras con tendencia a no dejar independencia ni individualidad y en familias que tienen poca disposición de expresar sentimientos son más proclives de padecer tanto anorexia como bulimia. La genética también influye y si los padres están obesos y llevan mucho tiempo probando dietas sin éxito eso se refleja en los hijos que intentan tener mayor voluntad para adelgazar. Por otro lado están los trastornos desencadenantes que son aquellos que pueden desencadenar en sufrir algún trastorno como son un desengaño amoroso, fracaso escolar o tener rechazo social. El impacto social que se pueda tener sobre las personas es mayor en aquellas dependientes y vulnerables.

2. ¿Por qué son los adolescentes más propensos?

La adolescencia es una época de cambio en la vida en la que la persona pasa de ser un niño/a ser un adulto, con todos los cambios que ello implica. Se trata del momento de mayor cambio de una persona que le afecta a toda ella en conjunto. Tienen un cambio no solo físico sino también mental e intentan buscar su propia personalidad por lo que las presiones del exterior les afectan en mayor grado y son más vulnerables a caer en las modas de la sociedad y de sus entornos puesto que buscan algo con lo que identificarse y como consecuencia comenzar a tomar droga o a beber alcohol. Las presiones de los cánones de belleza y por tanto el ideal a conseguir, las presiones familiares y de los amigos, las presiones de los estudios etc. Son un conjunto de factores que si se dan juntos hacen que sea más probable padecer trastornos de la alimentación y si se es adolescente más fácilmente. Los adolescentes viven una época de gran cambio no solo mental sino también físico. Su cuerpo comienza a cambiar y las preocupaciones corporales comienzan en esta época puesto que el cuerpo que desarrollen será el que tengan cuando entren en la época adulta y con el que triunfarán o serán juzgados. Tienen nuevas experiencias y relaciones sociales a las que tienen que acostumbrarse y es probable que no sepan muy bien manejarlas. Si los adolescentes creen que el cuerpo es importante para ser aceptado socialmente y que para triunfar en la vida es importante ser delgado y guapo entonces el riesgo de padecer trastornos de la alimentación aumenta.

3. Proceso de maduración

Se cree que las personas con anorexia y bulimia no son gente madura. Físicamente no pueden madurar pues no pueden desarrollar su cuerpo según corresponde a su edad pues no tienen el suficiente ni aporte alimenticio necesario ni hormonas sexuales necesarias para que el desarrollo se lleve a cabo con normalidad y. Las personas que padecen anorexia siguen teniendo cuerpos de niños/as tanto en su funcionamiento

como en la apariencia del mismo ya que no se desarrollador. Por lo tanto su apariencia en cierto modo les impide estar en la adolescencia a nivel físico. Mentalmente son maduras pero con pocos intereses pues su obsesión con la comida, el peso y contar calorías hace que esos sean prácticamente sus únicos intereses el en transcurso de su patología. Cuando la persona se recupera y comienza a ingerir mayor cantidad de alimento el cuerpo también se va recuperando hasta desarrollar un cuerpo adecuado a la edad de la persona, aunque es probable que la maduración ósea no se dé a menos que se haya dado previo a padecer la enfermedad.

4. Perfeccionismo

Tendencia a mejorar indefinidamente un trabajo sin decidirse a considerarlo acabado (Real Academia Española)⁹. Atendiendo a la definición, se puede afirmar que las personas con anorexia son, como bien se dice, perfeccionistas. Desean bajar de peso pero nunca les parece que han bajado lo suficiente, quieren seguir bajando y por eso es que su “trabajo” no lo consideran terminado. Además de ello, también son muy meticulosas y siempre se están poniendo metas, cada vez un poco más difíciles de conseguir, que se exigen lograr. De todos modos, como nunca pueden ver su “trabajo” completado, tienen una permanente sensación interna de fracaso contra la que intentan luchar intentando planificar y controlar todo lo que les rodea, aunque eso les pueda afectar también. Las personas con anorexia lo llevan todo a “raja tabla”: cumplen la dieta propuesta estrictamente, se estudian todas las tablas de calorías, hacen durante horas ejercicio, tienen estrictos horarios que no se saltan, pero como se ha comentado previamente, intentan planificar y controlar todo se ponen metas difíciles de alcanzar por lo que no se cumplen llevándoles de nuevo a un sentimiento de culpa y de fracaso que pone en peligro su autoestima.

5. Influencia de la presión social

La presión social influye en la gente, es un hecho verídico y muchos son los casos que se dan por ello: meterse en bandas, probar drogas, seguir una tendencia de moda etc. Cualquier movimiento social que este en auge o que se de en el entorno en el que uno se mueve se intenta imitar a fin de sentirse apoyada y recogida tanto en su entorno como en la sociedad. En nuestra imagen también hay presión social pues expone el ideal de belleza que se ha de tener si se quiere triunfar en la vida. La publicidad y los medios de comunicación son las vías a través las cuales se potencian y expande el ideal de belleza. Sin embargo, esos mensajes llegan con cierta falsedad por parte de los creadores.

Para comenzar, no es sencillo cambiar el cuerpo de cada uno. Se pueden hacer cambios estéticos para sentirse mejor como afeitarse, maquillarse, cambiar de estilo de vestir o cambiar de peinado, pero, cambiar el cuerpo por completo es difícil. Hacerse retoques supone o meterse en un quirófano o meterse productos que mejoran el aspecto, pero si alguien es de constitución ancha por mucha dieta que se haga no se puede cambiar la constitución (estructura de los huesos, peso de los

huesos). Al igual que la constitución corporal no se puede modificar, tampoco se puede modificar la estatura y es importante que se tenga en cuenta porque si el ideal supone ser alta, una persona que ya ha llegado al máximo de su altura y mide menos que la altura deseada, ha de saber que por muchas cosas que haga, de forma natural no se modificara. Lo ideal para evitar los trastornos de la conducta alimentaria sería que la gente se aceptase como es y que no se establecieran cánones de belleza aceptando que todos somos físicamente diferentes y que ello no supondría un obstáculo en la vida.

También es cierto que la gente que aparece en las publicidades y en los medios de comunicación son tal y como aparecen. Los maquillajes y programas informáticos de retoques cambian el aspecto de la gente hasta idealizarlo, son imágenes retocadas. Se podría aplicar la popular frase de “las apariencias engañan”. Otra cuestión son los gustos y es que haciendo nuevamente alusión a los dichos populares “para gustos están los colores”. Lo que ha una persona le gusta no le gusta a otra, a cada cual le gustan cosas diferentes y hay gran variedad en gustos, cada cual tiene sus cualidades, más allá de la belleza exterior, y se deberían saber resaltar por encima de las físicas. Hay que resaltar por último, que la gente que sea más bella estéticamente no significa que sea la más feliz, aunque se intente decir lo contrario. Belleza no es sinónimo de felicidad y mucha gente atractiva se siente infeliz.

6. Autoestima

La autoestima es la disposición a considerarse competente frente a los desafíos básicos de la vida y sentirse merecedor de la felicidad. Tener una alta autoestima es sentirse confiadamente apto para la vida, es decir, competente y merecedor; tener una baja autoestima es sentirse inapropiado para la vida¹⁰. La gente que padece trastornos de la anorexia no tienen un autoestima alto, no se consideran competentes frente a los desafíos básicos de la vida porque sienten que todo tiene trabas y grosso modo apenas sienten felicidad durante el proceso de la enfermedad pues se sienten mal, insatisfechas, con sentimiento de fracaso, incluso piensan que no valen nada. Les gustaría aumentar su autoestima cambiándose a sí mismas por otros, viéndose diferentes. Piensan que la gente tiene el mismo concepto sobre ellas/os que el que ellas/os mismas tienen de sí mismas: que tienen que cambiar porque tal y como son no valen nada, no son simpáticas ni divertidas, no pueden así ser aceptadas por los demás y tampoco caer bien. Ese sentimiento negativo constante que tienen sobre sí mismos/as resulta agotador y causa sufrimiento. Para intentar mitigar ese sufrimiento, las personas que padecen estos trastornos intentan cumplir todos los objetivos que se proponen para, de algún modo, buscar, al lograrlos, un sentimiento de superación y de control sobre sí misma y sobre algo.

7. Prevención de los trastornos de la alimentación.

Es vital tanto prevenir padecer trastornos de la alimentación como prevenir que alguien del entorno los padezca. Para la prevención existen cuatro pilares clave a tener

muy en cuenta: tomar conciencia de la gravedad de padecer estos trastornos; tomar conciencia de la importancia que tiene la alimentación y más aún, una dieta saludable sobre el organismo; tomar conciencia sobre el cuerpo del propio, aprender a valorar, quererse y respetarse, en definitiva tener una actitud positiva para con el cuerpo; por último, tener una mente y posición crítica contra los medios de comunicación con el fin de evitar que las presiones puedan.

8. Alimentación

La alimentación es vital en la vida y en el correcto desarrollo de las personas. La alimentación es imprescindible en los seres vivos, una necesidad biológica que si no se cubre puede llevar a la muerte. Además comer forma parte de la cultura de los países, la gastronomía, y suele ser muy importante en las grandes celebraciones como en la Navidad. Comer es un acto social: con la familia, cenar con los amigos, cena romántica con el novio o la novia etc. La alimentación es felicidad para muchos, de ahí que exista el popular juego de palabras “vivir para comer o comer para vivir”. La felicidad en la alimentación viene al comer productos con buen sabor, postres buenos, saborear los sabores de la comida y sus texturas y dejar que el paladar sienta placer.

Pero es importante en la alimentación que se tenga una dieta equilibrada para beneficiar la salud. Consta de una dieta de alimentación variada, evitando los productos con azúcares y grasas saturadas para evitar complicaciones de salud. La alimentación aporta energía al organismo que es vital para cubrir las funciones diarias del organismo y para el adecuado desarrollo del mismo. Sin embargo, la cantidad de energía aportada debe ser la adecuada a cada persona que varía en función de la edad y del sexo y también varía en función de las actividades diarias que hace cada uno ya que no requiere la misma energía alguien que trabaja en una oficina a diario como un deportista, hay que obtener un equilibrio entre el aporte y el gasto energético. Es importante que conocer que no se puede perder peso a voluntad y cambiar la constitución puesto que este tiende a adaptarse al cuerpo y mantener el peso corporal.

Justificación: Es necesaria la realización de este proyecto para fomentar la prevención de los trastornos alimenticios en las edades de riesgo de inicio viendo que es un problema al alza en esta sociedad, con el fin de ponerles fin. La motivación personal por la que he elaborado este proyecto y en esta ikastola fue porque ahí es donde estudie hasta los 16 años. Cuando estaba en sexto de primaria, una chica de 4º de la ESO sufrió anorexia y la noticia se expandió como la pólvora pues fue algo que no había pasado antes y que no habíamos oído. Esa noticia claro nos impactó. Después, ya estudiando ESO, nos vinieron a dar educación acerca de la menstruación y cambios en la adolescencia pero ni una mención a los trastornos de la conducta alimentaria. Siempre ha sido un tema que me ha interesado, varios los documentales vistos y libros leídos acerca del tema y trabajar en centro de ayuda a estas personas es uno de mis pensamientos.

2. OBJETIVOS

Objetivo principal

Introducir en el currículo escolar de la ikastola por la necesidad de incluir charlas en las aulas acerca de anorexia y la bulimia con el fin último de prevenir que los jóvenes padezcan estas enfermedades

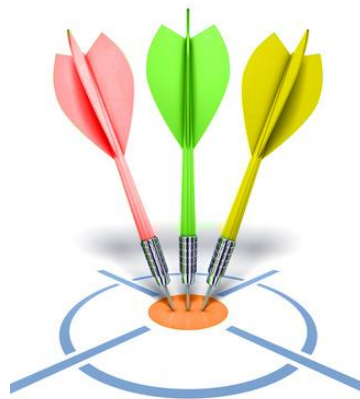


Figura 1

Objetivos secundarios

- ❖ Enseñar acerca de las causas, el proceso de avance de las enfermedades y las consecuencias de las mismas.

- ❖ Identificar los riesgos y a las personas con riesgo.

- ❖ Desengañar acerca de las imágenes de percepción y cánones de belleza expuestos en la sociedad.

❖ Adaptación de la rutina diaria de los estudiantes para prevenir los riesgos:

- Alimentación saludable.
- Ayuda externa para combatir posibles trastornos.
- Promoción de hábitos de vida saludables.

❖ Si el proyecto piloto de la ikastola tiene buenos resultados, el objetivo consiste en ir expandiendo paulatinamente el proyecto por los diferentes institutos navarros.

3. PLANIFICACIÓN

Fase pre-activa

Para llevar a cabo el proyecto previamente hay que solicitar los permisos necesarios, para obtenerlos, es necesario exponer cómo será el proyecto. Primero yo como precursora planifico el proyecto. Este proyecto se contempla desde un prisma multidisciplinar. El equipo lo formarían una enfermera y un psicólogo pues son profesionales que tratan estos trastornos y son expertos en la materia. Como enfermera del centro de salud, hablaría con él o la jefe del centro para plantear la educación para la salud que pretendo hacer visto los datos de la incidencia. Si obtengo el permiso pertinente, el siguiente paso será hablar con algún psicólogo o bien de un centro de salud mental (CSM) o bien de la Unidad de Trastornos de la Conducta Alimentaria (UTCA) y convencerle de que forme parte del equipo multidisciplinar. Se trata de un proyecto altruista u gratuito que se hace por el bien de la salud. Si el psicólogo acepta, y con el permiso del centro de salud previamente obtenido, pasaremos a exponer nuestro proyecto al Consejo Escolar de Navarra para intentar obtener su beneplácito. Dentro del consejo remarcar que se encuentran diversos representantes entre los que se encuentran: director, secretario, representantes de los directores y directoras de los centros docentes, representantes de la administración educativa, representantes de las entidades locales, representantes de las entidades titulares de centros privados de Navarra (entre ellos un miembro de Nafarroako Ikastolen Elkartea), representantes del parlamento de Navarra, representantes del profesorado de centros privados, representantes del alumnado de Navarra y muy importante los representantes de las federaciones de asociaciones de padres y madres¹¹.

Después, en la propia ikastola se hablara con el director, el vicedirector y el secretario general de la misma y los representantes de la ikastola, así como el representante del alumnado y se planetaria el proyecto. Si se da el permiso procederíamos a planificar como y cuando llevar al cabo el proyecto. Está pensado para hacer educación de la salud en segundo de la ESO y puesto que son menores la información acerca de lo que se pretende hacer es vital y preferente antes de llevarlo a cabo. Si bien es cierto que en consejo escolar de Navarra ya se ha hablado con los representantes de los padres y madres, queremos informar directamente a los padres y madres de los alumnos a los que se pretende educar en el tema de los trastornos de la alimentación. Para ello hablaríamos con la ikastola proponiendo distintas vías de comunicación con los padres y madres, como puede ser enviar una carta con información que les llegue directamente a los hogares. Si acceden y no hay negativa por parte de las madres y los padres, se procederá a llevar a cabo el proyecto con una ínfima colaboración por parte de la ikastola.

Fase activa

Para llevar a cabo esta fase, se requiere la colaboración de la ikastola. Con ellos y con los profesores se plantearán los horarios en los que poder elaborar la iniciativa, los días más adecuado, el lugar donde se puede impartir, cuando sustituir las clases que los alumnos dejarán de tener durante las horas que dure la educación. Como propuesta planteamos que sea en junio debido a la proximidad del verano y por ende la fase cuasi final de la operación bikini que mucha gente hace los meses previos. Planteamos también que las sesiones sean de martes a jueves puesto que los lunes no están de lleno en la semana laboral y puede que no se preste demasiada atención así como el viernes al contrario es casi fin de semana y la gente puede que esté más pensando en el mismo. Pretendíamos que las sesiones fuesen de 9 de la mañana a 11 horas para que sean las primeras horas y siempre respetando también la hora de recreo de los alumnos.

4. METODOLOGÍA Y MATERIALES

Elaboración del proyecto

Para la elaboración del proyecto, la información obtenida la he encontrado desde los buscadores científicos como Medline/Pubmed, Scielo, Scopus y Google Académico. Además de esta búsqueda, para la elaboración de la teoría acerca de los trastornos alimenticios expuesta en el proyecto me he basado o inspirado en el apartado de texto científico sobre anorexia y bulimia que aparece en el libro “Rosas blancas para Claudia” del autor Carlos Puerto. Edición: Sm. Colección: Tu veras. Ese apartado de texto científico con la teoría acerca de la anorexia y la bulimia está escrito por Elena Gismero.

Como arranque del proyecto contemplamos una educación para la salud (EpS). Para desarrollar el proyecto utilizaremos una educación grupal, debido a la necesidad de enseñar a todos los jóvenes acerca de este problema. El método que principalmente emplearemos será una técnica expositiva. Mediante este método informaremos acerca de los aspectos de estos trastornos. Otro método del que nos valdremos será el video. A través del video pretendo afianzar los conocimientos adquiridos durante las exposiciones. Por ultimo un método que emplearemos durante el desarrollo del proyecto será el debate. A través del debate pretendo que los asistentes mediante la argumentación adquieran mayores conocimientos y reforzamiento de los mismos. Para la evaluación del proyecto, por lo tanto, prevemos evaluar el mismo, emplearemos un cuestionario de evaluación de elaboración propia que los asistentes tendrán que cumplimentar con el fin de modificar lo que sea necesario.

Con este proyecto contemplamos una educación para la salud interviniendo en el currículo escolar del centro. Pretendemos realizar una prevención primaria acerca de los desordenes alimenticios, es decir, prevenir antes de que aparezca la enfermedad queriendo lograr que esta nunca llegue a producirse. Se trata de un proyecto piloto que se implantara primero en la ikastola Paz de Ziganda de Villava pero que si los resultados son favorables tiene como objetivo introducirse paulatinamente al resto de institutos de la comarca de Pamplona. Utilizaremos para desarrollar este proyecto una educación grupal, debido a que vemos la necesidad de educar sobre este problema a todos los jóvenes. Por lo tanto pretendemos prevenir que sucedan estos trastornos o al menos intentar retrasar la edad de inicio de los mismos.

Se quiere implantar en las aulas de 2º de la ESO pues se detecta un aumento en la tasa de trastornos alimenticios (anorexia y bulimia) a edad de comienzo cada vez inferior. En este curso los alumnos tienen 13/14 años. En esta ikastola, en 2º de ESO, al igual que en todos los cursos de educación secundaria, hay tres clases cada una con una letra, a saber A, B y C. Daremos 3 sesiones por cada grupo por lo que en total serán 9 sesiones. Con el fin de no hacer distinción alguna, se darán las sesiones por orden

alfabético, por lo que comenzaremos por el aula A. En las 3 aulas las sesiones serán iguales, y tras leer las valoraciones de los alumnos meditaremos acerca de las mismas para saber si habrías que realizar modificaciones para los siguientes cursos.

Este será el temario, de elaboración propia, que trataremos en las sesiones:

TEMARIO

TEMA1: Información básica

- a. ¿Qué es la anorexia?
- b. ¿Qué es la bulimia?
- c. Diferencias entre ambas
- d. Epidemiología en España y en Navarra
- e. Mitos y datos curiosos

TEMA 2: Causas de los trastornos alimenticios

- a. Factores predisponentes
 - a. Psicológicos
 - b. Biológicos
 - c. Familiares
- b. Factores desencadenantes

TEMA 3: Consecuencias de los trastornos

- a. Consecuencias físicas
- b. Consecuencias psicológicas

TEMA 4: Alimentación

- a. Importancia de la alimentación
- b. Dieta equilibrada
- c. Productos "light"
- d. Dietas restrictivas

TEMA 5: Prevención y consejos

- a. Prevenir los trastornos
- b. Apoyo social y familiar
- c. Detección de los trastornos

1ª Sesión

La primera sesión se realizara los martes de cada semana en las tres clases. Desarrollaremos la sesión dando a los adolescentes información amena, sencilla y adaptada a su rango de edad. Esta información se dará mediante una exposición en la que la participación de los jóvenes esta abierta y por tanto se intentaría resolver las dudas que tuviesen a medida que estas surjan. Son sesiones que respetan el anonimato y con carácter confidencial, tanto a la hora de exponer como a la hora de realizar los test. En ningún caso un alumno tendrá que contar su experiencia, no si no quiere, ni se proporcionara información al resto de la clase acerca de los test realizados por los alumnos.

HORA	CHARLA	ACTIVIDADES	PROFESIONAL QUE IMPARTE
9:00 – 9:05	Presentación del proyecto de educación		Enfermera
9:05 – 9:10		Test acerca de los conocimientos de cada uno sobre los trastornos de la conducta alimentaria “¿Verdadero o falso?” ¹² (Anexo 1)	Enfermera
9:10 – 9:20	“Datos curiosos”	Hoja con datos curiosos acerca de anorexia nerviosa y bulimia ¹³ (Anexo 2)	Enfermera
9:20 – 9:40	¿Qué es la anorexia? ¿Y la bulimia? ¿Diferencias entre ambas?		Enfermera
9:40 – 9:50	Epidemiología		Enfermera
9:50 – 10:20	¿Por qué es más frecuente en los países		Enfermera

	desarrollados?		
10:20 – 10:35	Consecuencias de la anorexia nerviosa y bulimia: físicas.		Enfermera
10:35 – 10:55		Lectura de dos testimonios ¹⁴ (Anexo 3)	Enfermera
10:55 – 11:00	Ruegos y preguntas. Agradecimiento		Enfermera

Tabla 1. Primera sesión. Fuente: elaboración propia

2ª Sesión

La segunda sesión se realizara los miércoles de cada semana en las tres clases. Nuevamente, desarrollaremos la sesión dando a los adolescentes información amena, sencilla y adaptada a su rango de edad.

HORA	CHARLA	ACTIVIDADES	PROFESIONAL QUE IMPARTE
9:00 – 9:10		Muestra de fotografías de gente que padece anorexia nerviosa	Enfermera
9:10 – 9:40	Causas de la aparición de las enfermedades: factores predisponentes y desencadenante . Consecuencias psicológicas de padecer estos trastornos.		Enfermera y psicólogo
9:40 – 9:55	Sentimientos con el cuerpo		Enfermera y psicólogo
9:55 - 10:25	Presión social y medios de comunicación	Muestra de fotografías y anuncios	Enfermera y psicólogo

		famosas	
10:25 - 10:55		Debate sobre diversas cuestiones (Anexo 4).	Enfermera y psicólogo
10:55 – 11:00	Ruegos y preguntas. Agradecimiento.		Enfermera y psicólogo

Tabla 2. Segunda sesión. Fuente: elaboración propia

3ª Sesión

La tercera sesión se realizara los jueves de cada semana de junio en las tres clases. Al finalizar esta sesión se concluye también el proyecto de educación y se les pasará a los alumnos un cuestionario para que lo evalúen.

HORA	CHARLA	ACTIVIDADES	PROFESIONAL QUE IMPARTE
9:00 – 9:10		Test: “Mide tu grado de obsesión con la comida” ¹⁵ (Anexo 5).	Enfermera
9:10 – 9:50	Alimentación: Promoción de la buena alimentación. Dietas milagro. Productos “light”. Dietas restrictivas.		Enfermera
9:50 – 10:45		Documental ¹⁶	Enfermera
10:45 – 10:47	Direcciones de ayuda		
10:47 – 10:50	Ruegos y preguntas. Agradecimiento.		Enfermera
10:50 - 11:00		Test evaluación proyecto (en subapartado autoevaluación)	Enfermera

Tabla 3. Tercera sesión. Fuente: elaboración propia

5. PROGRAMA

Agentes de salud

En este proyecto se contempla la colaboración de un equipo multidisciplinar, por lo que será efectuado por distintos profesionales de manera que resulte ameno y provechoso. El proyecto será desarrollado por una enfermera del centro de salud y un psicólogo. Enfermería será la precursora del proyecto y será ella la que impartirá la mayor parte de la materia. El otro agente de salud colaborador será el psicólogo. Se tratará de un psicólogo conocedor de la materia y acostumbrado a tratar con adolescentes. Necesitamos además de las enfermeras de este otro miembro para participar en el proyecto puesto que se trata de un profesional de su área y por lo tanto es el más idóneo para dar información acerca de los temas que competen a su área.

Además del personal nombrado, para llevar a cabo el proyecto se requiere mucha ayuda por parte de otras personas. Desde el centro de salud tienen que dar el visto bueno del proyecto. Después hay que solicitar permiso al consejo escolar y obtenerlo además de informar a los padres y madres de los alumnos en los que se llevará a cabo.

Grupo diana

Este proyecto está pensado para los adolescentes de 2º de la ESO, de entre 13-14 años. Es un grupo a considerar propicio para la realización del proyecto pues es en estas edades adolescentes cuando comienzan los cambios corporales, se comienza a dar cuenta de la presión social y por tanto el riesgo de padecer alguno de estos trastornos alimenticios es elevado. Al grupo diana, se le dejará participar, en cualquier momento podrán preguntar cuestiones y dudas para ser aclaradas, aunque también exista su espacio de tiempo pensado para ello. Además, serán sesiones amenas para los jóvenes, con conceptos sencillos y adaptados a su edad. Participarán en los debates, tendrán que analizar ellos la situación. A lo largo de las explicaciones también se dará pie a algunas preguntas abiertas de modo que ellos tengan que meditar acerca del tema.

Que

El equipo multidisciplinar formado por la enfermera y el psicólogo contempla pasar a los alumnos un breve cuestionario al final de la charla para conocer el grado de satisfacción de los adolescentes y reflexionar así sobre la utilidad de la misma y sobre los aspectos a mejorar.

Como

Al principio del todo y tras solicitar los permisos permitentes tanto en el consejo escolar como en la escuela y tras informar al resto de padres y madres de los alumnos, le pediremos a la profesora encargada del aula que nos de paso. Iremos al aula y nos presentaremos. A continuación les explicaremos cual es el objetivo de impartir información acerca de los trastornos alimenticios. Tras ello, procederemos a un pequeño debate y a dar directamente la información. Para ello, se empleara un vocabulario sencillo, adaptado a su rango de edad y con ausencia de palabras técnicas que den pie a dificultar la comprensión. Se hará atentamente y si en cualquier momento surgiesen dudas por parte de los oyentes, se resolverán.

Primero hablara la enfermera acerca del problema de la anorexia y la bulimia, sobre que son y cuales son los principales síntomas y consecuencia y cual es la diferencia entre ambos procesos. Para la exposición nos valdremos de una presentación de power point. A continuación el psicólogo explayara sobre los motivos que derivan a sufrir estos trastornos. En la última sesión de cada grupo, se procederá a explicar la importancia de la alimentación en estas patologías y los conceptos básicos que se deben tener sobre que es necesario o beneficioso a realizar y que no es beneficioso y por lo tanto, a evitar.

Tras las charlas de los distintos profesionales, se procederá a unos momentos de ruegos y preguntas con el fin de aclarar todas las dudas que hubieran podido surgir y aclararlas. Finalmente, como colofón final, se les pasara a los alumnos una en cuenta acerca del grado de satisfacción de la charla y si creen que es necesario y beneficioso que se desarrollen mas actividades de esta naturaleza.

Argumentación/Justificación

- Se realiza esta intervención debido a la creciente preocupación sustentada por el aumento de la anorexia y la bulimia entre los adolescentes, siendo especialmente preocupante la cada vez mas temprana edad de comienzo de padecimiento
- Que los adolescentes aprendan y obtengan buenos hábitos alimentarios ahora y en el futuro y así poder prevenir trastornos de ese carácter.
- Para que los alumnos detecten fácilmente a personas con trastornos alimenticios y les puedan brindar ayuda.
- Necesidad de enseñarles que es algo que puede resultar común y que si lo precisan, pueden obtener recursos y ayudas en la sociedad.

Cronograma de implantación

El proyecto daría comienzo en abril del 2015. Durante este mes planearíamos los pasos a seguir e intentaríamos obtener los permisos pertinentes, además de informar a las familias. Finalizaríamos en junio del 2015, si la escuela nos lo permitiese, lo impartiríamos durante las 3 primeras semanas de junio, de cara a la aproximación del verano y sus respectivas vacaciones, y por lo tanto, los sonados riesgos de las dietas que se realizan en la sociedad a fin de lucir un determinado cuerpo en verano. Dietas popularmente denominadas “operación bikini”.

La educación de la salud se daría en 3 sesiones matinales de 2 horas cada una de ellas. Las sesiones se harán en tres días de la semana en cada grupo. Al grupo A se le dará la primera semana de junio, al grupo B la segunda y al grupo C la tercera semana, por seguir el orden alfabético. Los días de las sesiones serán los martes, miércoles y jueves de cada semana de 9:00-11:00 de la mañana.

Si la escuela nos diese el beneplácito, lo realizaríamos durante las tres últimas semanas de junio, así dedicaríamos una semana a cada aula puesto que en este instituto hay tres aulas. Las sesiones serán matinales puesto que es la hora en la que los alumnos están en la escuela y no queremos hacerla fuera de su horario lectivo. Las sesiones las llevaríamos a cabo de 9:00-11:00 de la mañana puesto que no es ni la primera hora en la que pueden estar un poco menos atentos, ni tampoco la última en la que pueden estar cansados por estudiar durante todo el día. He decidido realizarlas en el instituto y ser yo la que se desplace puesto que de otro modo, el grupo Diana tendría que trasladarse al lugar de impartición por lo que podrían darse bajas.

Fecha y lugar de las sesiones:

GRUPO	A	B	C
FECHA	<u>Sesión 1:</u> Martes, 2/06/2015 <u>Sesión 2:</u> Miércoles, 3/06/2015 <u>Sesión 3:</u> Jueves, 4/06/2015	<u>Sesión 1:</u> Martes, 9/06/2015 <u>Sesión 2:</u> Miércoles, 10/06/2015 <u>Sesión 3:</u> Jueves, 11/06/2015	<u>Sesión 1:</u> Martes, 16/06/2015 <u>Sesión 2:</u> Miércoles, 17/06/2015 <u>Sesión 3:</u> Jueves, 18/06/2015
LUGAR	Todas las sesiones en la <u>propia aula</u> de los alumnos	Todas las sesiones en la <u>propia aula</u> de los alumnos	Todas las sesiones en la <u>propia aula</u> de los alumnos

Tabla 4. Cronograma. Fuente: elaboración propia

Cronograma de las fases del proyecto:

	Semanas								
	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Planificación del proyecto	x								
Reunión con el jefe del CS		x							
Búsqueda de profesionales a formar el equipo multidisciplinar			x						
Propuesta de proyecto al equipo multidisciplinar				x					
Reunión con el consejo escolar					x				
Reunión con el jefe de estudios						x			
Información a padres y madres							x		
Planificación con la ikastola del proyecto								x	
Puesta en marcha del proyecto									x

Tabla 5. Cronograma de implantación. Fuente: elaboración propia

Cronograma de las sesiones:

SESIÓN	1			2			3		
TEMARIO	Información básica: -Mitos, datos curiosos -Definición y diferenciación entre ambas -Epidemiología Consecuencias Testimonios			Causas Diferencia entre géneros			Alimentación y ejercicio Prevención y consejos Evaluación		
TECNICAS	-Test Autoconocimientos: Hechos ¿verdaderos o falsos? (5') -Ficha con datos curiosos (10') -Técnica expositiva (1h10') -Lectura de testimonios/casos (20')			-Fotografías (10') -Técnica expositiva (45') - Psicólogo y enfermera (45') -Debate (30')			-Test “¿Estás obsesionado con la comida?” (10') -Técnica expositiva Alimentación (40') -Documental (55') -Otros (5') -Cuestionario evaluación (10')		
GRUPO	A	B	C	A	B	C	A	B	C
CRONOGRAMA	Martes 2/6/15	Martes 9/6/15	Martes 16/6/15	Mier. 3/6/15	Mier. 10/6/15	Mier. 17/6/15	Jueves 4/6/15	Jueves 11/6/15	Jueves 18/6/15
LUGAR	Aula propia de los alumnos			Aula propia de los alumnos			Aula propia de los alumnos		
AGENTES DE SALUD	Enfermera			Psicólogo Enfermera			Enfermera		
RECURSOS	Folio, ordenador, USB, proyector de pantalla, pantalla blanca, pizarra, recursos habituales de un aula.			Ordenador, USB, proyector de pantalla, pantalla blanca, recursos habituales de un aula.			Ordenador, USB, proyector de pantalla, pantalla blanca, recursos habituales de un aula.		

Tabla 6. Cronograma de implantación. Fuente: elaboración propia

Autoevaluación

Este proyecto lo autoevaluarán los alumnos mediante un **cuestionario de evaluación** que se les pasará al final de la tercera sesión. También se realizará una evaluación mediante la **observación** de los alumnos. Mientras los dos profesionales estemos dando la exposición explicativa nos fijaremos en cuál es la actitud de los alumnos: si se aburren, si prestan atención, si están entretenidos etc. Con todo esto lo que se pretende es mejorar el proyecto en lo máximo posible.

Al ser la primera vez que lo realizamos evaluaremos si lo hecho está bien. Se les preguntará acerca de todas las cuestiones que a los profesionales nos importe de cara a mejorar el proyecto en un para un futuro. Se les preguntará si el número de sesiones impartidas son suficientes, si la materia impartida en la misma es suficiente, es demasiado, se ha entendido o por el contrario debería de ser de otro modo. Si los profesionales que hemos impartido la materia consideran que son los adecuados y el punto clave de todo es si hemos conseguido nuestros propósitos. Preguntaremos si han aprendido a prevenir estos trastornos pues ese es el fin por el que hemos hecho este proyecto.

CUESTIONARIO EVALUACIÓN TRASTORNOS ALIMENTICIOS

1) ¿Que te han parecido estos apartados?:

Tema tratado	Muy malo	Malo	Normal	Bueno	Muy bueno
Trabajadores encargados	Muy malo	Malo	Normal	Bueno	Muy bueno
Contenido	Muy malo	Malo	Normal	Bueno	Muy bueno
Métodos utilizados	Muy malo	Malo	Normal	Bueno	Muy bueno
Cantidad conocimientos adquiridos	Muy malo	Malo	Normal	Bueno	Muy bueno

2) ¿Qué es lo que más te ha gustado? Y ¿Qué es lo que menos?

.....

3) ¿Habría algo que te gustaría cambiar? Sugiere lo

.....

4) ¿Crees que se puede lograr el objetivo de prevenir las enfermedades?

.....

5) ¿Recomendarías estas charlas? ¿Crees que han sido útiles como para dárselas a los siguientes cursos?

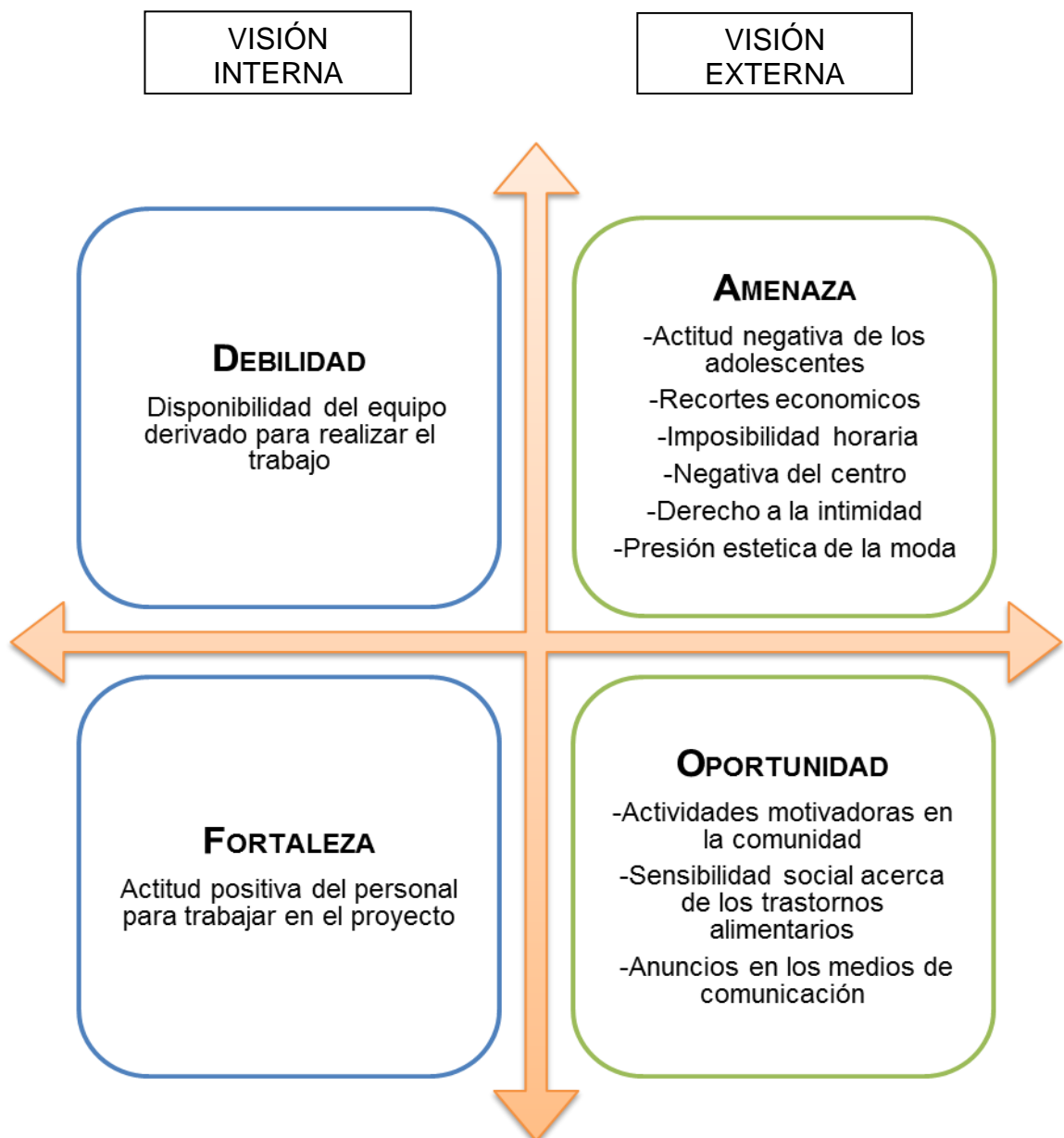
.....

Tabla 7. Cuestionario evaluación. Fuente: elaboración propia

6. DISCUSIÓN

En este trabajo de educación para la salud, al ser educación tiene que calar en la gente y los resultados no son inmediatos, tardan meses e incluso años hasta ver si resulta efectivo. Por lo tanto no podemos hablar de resultados obtenidos con respecto a los objetivos propuestos en un futuro próximo. Si el beneplácito de las autoridades competentes es obtenido, el objetivo principal de introducir el currículo escolar la educación estará logrado. Sin embargo, para que el proyecto se acepte existen perspectivas o argumentos a tener en cuenta que pueden modificar la decisión. Estos argumentos se plasman bien en la matriz DAFO o mapa de reflexión.

Matriz DAFO:



Reflexión DAFO

- **Visión externa**

Tras observar el mapa de situación del proyecto, mapa de elaboración propia, puedo observar que desde la visión externa del proyecto, existe una serie de **amenazas** que lo pueden poner en riesgo. Una de las amenazas a tener en cuenta es la actitud negativa de los adolescentes. Pretendemos educarles sobre los trastornos alimenticios de la anorexia y la bulimia con el fin de que las prevengan o que si conocen a alguna persona padeciéndolas avisen. Sin embargo, puede que a los adolescentes no les interesa el tema pues a pesar de que pueden aceptar que es un problema, quizás no lo vean como uno de los más graves y por tanto no perciban que exista la necesidad de que se trate. Pueden pensar que los hay más importantes que este tema.

Otra amenaza actual son los recortes económicos. Debido a la crisis económica mundial, se tienen que hacer recortes en diversas áreas para mantener el funcionamiento del sistema por ello, se tengan que limitar al actual currículo escolar pues algo más puede suponer un esfuerzo económico que tal vez no se puedan permitir. Aunque la charla vayamos a impartirla gratuitamente, nuestros puestos quedaran desocupados y puede que otra persona tenga que sustituirnos y eso supone un gasto económico.

Otra amenaza factible es la imposibilidad horaria. Una vez que los profesionales han dicho que colaboraran en el proyecto, y decidida que la fecha serán los últimos días antes de las fiestas de verano, habrá que ver si el centro nos deja impartirlas en dichas fechas pues al tratarse de finales de curso el instituto es muy probable que ya tenga organizadas algunas actividades como puede ser un viaje de fin de curso o cualquier otro plan. Entonces, al querer nosotros realizar nuestras exposiciones en esas fechas quizás no se puedan solapar con el resto de actividades y por ello puede que tengamos que dejar nuestro proyecto de lado e intentarlo en otras fechas si al menos nos dan el beneplácito para ello.

La negativa del centro es otra de las amenazas que encontramos a la hora de llevar a cabo nuestro proyecto. Es posible que el centro no dé el visto bueno al proyecto por diversas razones ajenas o no a nosotros por las cuales el centro no nos permite llevar a cabo nuestro proyecto.

Una amenaza muy importante a tener presente es el derecho a la intimidad de cada persona. Ese derecho está y por lo tanto nuestra obligación es la de asegurarlo y respetarlo. Nunca preguntaremos sobre la situación personal de cada persona. Realizaremos un pequeño debate pero pediremos que en ningún momento nos comenten sobre su propia persona y además se les recordara que no tienen por qué

contar nada si no lo desean. Además de ello, en el test de evaluación final que se realizara pediremos que sea anónimo, sincero pero anónimo para no saber los nombres de los alumnos.

Por ultimo tenemos la amenaza de la presión estética de la moda. Aunque nosotros vayamos a dar una información sobre no caer en trastornos alimenticios, lo cierto es que en cuanto salgan de las aulas en la publicidad de la calle, en la televisión, por internet y prácticamente en cualquier lugar pueden encontrar que el canon de belleza actual puede incitar a estos trastornos. Parece como si para triunfar en esta vida lo más importante no fuese el tener estudios sino el ser guapo. En las mujeres ser flaca, tener sendos senos y unas medidas hoy en día consideradas como “ideales” y en los hombres tener musculatura marcada.

Desde la visión externa del proyecto podemos observar que al igual que existen amenazas, hay **oportunidades** de las cuales podemos beneficiarnos. Una de las oportunidades es que podemos realizar actividades motivadoras en la comunidad en las cuales la comunidad participe y les sensibilice e informe acerca de estos trastornos.

Otra de las ventajas u oportunidades con las que cuenta nuestro proyecto es que la población esta sensibilizada con el tema de los desórdenes alimentarios y cuando ven a laguna persona enferma se preocupan por ella y los propios padres vigilan que a sus hijos no les pase nada pues saben que corren riesgo si llegan a padecerlos. Durante el tiempo se ha visto lo que estas enfermedades pueden llegar a causar, bien si lo han sufrido en persona o en familiares como si han leído o visto informaciones al respecto.

Como ultima ventaja encontramos los anuncios de los medios de comunicación. Si bien es cierto que en el mundo de la publicidad se decanta más por gente delgada y guapa esto poco a poco va cambiando y ya existen algunas campañas que defienden una belleza real. Además de ello, también se fomenta desde las diferentes organizaciones campañas de sensibilización hacia temas de ámbitos sociales como los trastornos alimenticios, las drogas, los accidentes de coches etc. Muchos de los alimentos que se publicitan son alimentos ricos en grasa con los cuales el resultado es contrario a la delgadez extrema.

- **Visión interna**

En la visión interna de nuestro proyecto, es decir lo que internamente podemos encontrarnos, la mayor debilidad se centra en los profesionales que participaran en el mismo. Primero es necesario que los participantes tengan los conocimientos sobre la materia y/o hayan tratado alguna vez con gente que padece estos problemas. Después, se requiere que los profesionales participantes tengan disponibilidad en las

fechas oportunas. Si no fuese así o bien habría que buscar otros profesionales o si no se podría cambiar la fecha a realizar el proyecto.

Consideramos fortaleza interna que los profesionales colaboradores tengan una actitud positiva para trabajar en el proyecto. Si les motiva, y creen que es importante y ante todo si van por su propia voluntad, tendrán una actitud positiva y eso se reflejara a la hora de la exposición.

7. CONCLUSIONES

La elaboración de este proyecto tiene ciertos objetivos que pretende lograr. El objetivo principal de la puesta en marcha es el cambio en el currículo escolar sobre los trastornos alimenticios y en concreto de la anorexia y la bulimia con el fin de prevenir su aparición. Entre el grupo diana al que está destinado. Considero que parte del objetivo se puede realizar con este proyecto pues se informa al centro escolar acerca de este problema y a los jóvenes asistentes se les dan pautas para prevenir los trastornos. Aunque será con el tiempo cuando se pueda comprobar si ha surtido efecto y por lo tanto si se ha cumplido el objetivo, pues se podrá evaluar si alguno de los asistentes ha sufrido algún trastorno alimenticio o por el contrario no lo ha sufrido nadie.

Una vez puesto en marcha el proyecto, transcurridos unos años, en un futuro próximo, podremos analizar si la propuesta ha surtido efecto y por lo tanto ha sido efectiva. Para comprobar la efectividad, podemos emplear indicadores medibles de morbilidad entre la población a la que se le ha dado esta educación de prevención de trastornos alimenticios y compararlas con años anteriores al inicio del proyecto. Si el resultado es favorable y se ha logrado el objetivo de disminuir la incidencia, es cuando se puede plantear uno de los objetivos a futuro que es el ir extendiendo paulatinamente la prevención a los distintos institutos de la comarca de Pamplona. Además de prevenir los trastornos de la alimentación entre la población joven, a su vez estamos fomentando un estilo de vida saludable y el consumo de una dieta equilibrada que puede tener resultados positivos en un futuro y en la salud de estos jóvenes. Podemos comprobar si se han cambiado los hábitos de vida mediante el indicador de calidad y hábitos de vida saludables.

Por ultimo es importante concluir añadiendo que el proyecto no prevé apenas gasto económico. Los profesionales trabajaremos voluntariamente pues así lo consideramos. Solamente se prevé gastar en los gastos habituales de mantenimiento de una estancia como son la luz, la corriente eléctrica y contribuir en el aumento de la factura de Internet del centro. En cuanto a materiales empleados, serán los que estén habitualmente disponibles en las aulas, por tanto no se requieren materiales específicos que tengan que ser asumidos o bien por el Gobierno o bien por el centro. Este proyecto además de no suponer apenas un gasto económico en esta época de crisis económica, prevé un ahorro en el gasto social en el futuro pues prevenir siempre es más económico que curar. Esto trastornos son de larga recuperación y con aumento de la incidencia y por lo tanto si se previene se ahorra una cuantía considerable del gasto público social y se reduce el impacto en los costes sanitarios. Además fomentando estilos de vida saludable es posible que se eviten a largo plazo patologías que pudiesen ser consecuencia de unos no saludables hábitos de vida.

8. BIBLIOGRAFÍA

- Gismero E. Anorexia y Bulimia. In: Puerto C, Rosas Blancas para Claudia Colección tu verás. 1º ed. Madrid: SM; 2005. p114-153.
- Recomendaciones del grupo técnico de trabajo sobre los trastornos del comportamiento alimentario [Internet]. 1º ed. Pamplona: Gobierno de Navarra Departamento de Salud; 2007. Consultada el 29 de marzo de 2013. URL disponible en: http://www.navarra.es/NR/rdonlyres/B31A650F-3952-4E42-A4C2-1439ED42F72D/147810/trastornos_alimentarios.pdf.
- Gobierno de España. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Análisis de la situación de la juventud [Internet]. 2002. Consultada el 12 de mayo del 2014. URL Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/ciudadanos/proteccionSalud/adolescencia/ganarSalud/analisis.htm>.
- Micali N, Hagberg KW, Treasure JL. *Incidence of eating disorders in the UK: findings from the UK General Practice Research Database*. The Lancet 2013; 381: S75. Consultada el 16 de abril del 2013. URL Disponible en: [http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(13\)60515-2/abstract](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(13)60515-2/abstract).
- Organización Mundial de la Salud. Prevención de los Trastornos Mentales. Intervenciones efectivas y opciones de políticas. Consultada el 3 de abril del 2013. URL Disponible en: http://www.who.int/mental_health/evidence/Prevention_of_mental_disorders_spanish_version.pdf.
- Matey P. La nueva epidemia de los adolescentes. Salud y medicina 1997; 262. Consultada el 5 de abril del 2013. URL Disponible en: <http://www.elmundo.es/salud/Snumeros/97/S262/S262alimentacion.html>
- ^{1:}Memorias del Servicio Navarro de Salud.
 - Gobierno de Navarra. Memoria de Salud Mental [Internet]. 2008. Consultada los días 12, 13 y 14 de mayo del 2014. URL Disponible en: <http://www.navarra.es/NR/rdonlyres/3992ED02-BD5E-483F-99E1-BC1A0C6A6AAE/143768/MemoriaSaludMental2009.pdf>.
 - Gobierno de Navarra. Memoria de Salud Mental [Internet]. 2009. Consultada los días 12, 13 y 14 de mayo del 2014. URL disponible en: <http://www.navarra.es/NR/rdonlyres/5AC58363-5432-4E65-913B-A06C18FDC0B8/173582/MEMORIA2009DEFINITIVA1.pdf>.
 - Gobierno de Navarra. Memoria de Salud Mental [Internet]. 2010. Consultada los días 12, 13 y 14 de mayo del 2014. Disponible en: <http://www.navarra.es/NR/rdonlyres/24539B8D-C8CF-449E-9A9B-35548C3DB0B4/200184/Memoria2010SMNa1.pdf>.

- Gobierno de Navarra. Memoria de Salud Mental [Internet]. 2011. Consultada los días 12, 13 y 14 de mayo del 2014. URL disponible en: http://www.navarra.es/home_es/Gobierno+de+Navarra/Organigrama/Los+departamentos/Salud/Organigrama/Estructura+Organica/Servicio+Navarro+de+Salud/Publicaciones/Memorias/Año+2011/Salud+Mental+de+Navarra.htm.
 - Gobierno de Navarra. Memoria de Salud Mental [Internet]. 2012. Consultada los días 12, 13 y 14 de mayo del 2014. URL disponible en: <http://www.navarra.es/NR/rdonlyres/01FCF62B-8E6A-4935-ABCD-3E923D6BA220/259917/MemoriaSMNa2012.pdf>.
 - Gobierno de Navarra. Memoria de Salud Mental [Internet]. 2013. Consultada los días 12, 13 y 14 de mayo del 2014. URL disponible en: <http://www.navarra.es/NR/rdonlyres/47F22173-ACA8-4B14-953F-D6146B813D19/282343/Memoria2013Navegabledefinitiva.pdf>.
- ²: Instituto Nacional de Salud Mental, Estados Unidos [Internet]. 2011. Consultada el 15 mayo del 2014. URL disponible en: <http://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/trastornos-de-la-alimentacion/index.shtml>.
 - ^{3, 6, 7}: Muñoz Calvo MT. Trastornos del comportamiento alimentario. Asociación Española de Pediatría, protocolos. 2011; 1: 255-267. Consultada el 15 de mayo del 2014. URL disponible en: http://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/21_trastornos_del_comportamiento_alimentario.pdf.
 - ⁴: Biblioteca Nacional de Medicina de Estados Unidos. Anorexia Nerviosa [Internet]. Consultada el 15 de mayo del 2014. URL disponible en: <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/000362.htm>.
 - ⁵: Biblioteca Nacional de Medicina de Estados Unidos. Bulimia Nerviosa [Internet]. Consultada el 15 de mayo de 2014. URL Disponible en: <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/000341.htm>.
 - ⁸: Gismero E. Anorexia y Bulimia. In: Puerto C, Rosas Blancas para Claudia Colección tu verás. 1º ed. Madrid: SM; 2005. p114-153.
 - ⁹: Real Academia Española. Perfeccionismo [Internet]. Consultada el 16 de mayo del 2014. URL disponible en: <http://lema.rae.es/drae/?val=perfeccionismo>
 - ¹⁰: Branden N. Los seis pilares de la autoestima. Barcelona: Editorial Piadós; 1995.
 - ¹¹: Gobierno de Navarra. *Consejo Escolar de Navarra. Nafarroako Eskola Kontseilua* [Internet]. Consultada el 20 de mayo del 2014. URL disponible en: <http://consejoescolar.educacion.navarra.es/>

- ^{12:} Mitos de la anorexia [Internet]. 2014. Consultada el 20 de mayo del 2014. URL disponible en: <http://www.15a20.com.mx/2014/01/27/saca-lo-mejor-de-ti-7873-mitos-de-la-anorexia.php>.

- ^{12:} Equateq: Salud y bienestar. 5 mitos sobre la anorexia nerviosa [Internet]. Consultada el 20 de mayo del 2014. URL disponible en: <http://www.equateq.com/anorexia-nerviosa-a03569588.htm>

- ^{13:} Gismero E. Anorexia y Bulimia. In: Puerto C, Rosas Blancas para Claudia Colección tu verás. 1º ed. Madrid: Editorial SM; 2005. p120-121.

- ^{14:} Todo sobre la anorexia y la bulimia. Testimonios [Internet]. 2014. Consultada el 11 de abril del 2013. URL Disponible en: <http://www.todoanaymia.com/testimonios.html>

- ^{15:} Gismero E. Anorexia y Bulimia. In: Puerto C, Rosas Blancas para Claudia Colección tu verás. 1º ed. Madrid: Editorial SM; 2005. p 116-117.

- ^{16:} Odisseia. Diary of an anorexic [Internet]. 2013. Consultada el 26 Mayo 2014. URL disponible en: https://www.youtube.com/watch?v=EREJgmT3Y_o

- **Figura portada:** Sanitas. Servicio de promoción de la salud [Internet]. Consultada el 5 de mayo del 2013. URL disponible en: <http://www.serviciodepromociondelasalud.es/articulos/608-deteccion-precoz-de-la-anorexia-nerviosa>

- **Figura 1:** DPO projects [Internet]. Consultada el 24 abril 2013. URL disponible en: <http://www.dpoprojects.es/wp-content/uploads/objetivos-324x371.jpg>

- **Figura 2:** Google maps [Internet]. Consultada el 11 junio 2014. URL disponible en: <https://maps.google.es/>

- **Figura 3:** Google maps [Internet]. Consultada el 11 Junio 2014. URL disponible en: <https://maps.google.es/>

- **Figura 4:** Gobierno de Navarra. Paz de Ziganda ikastola [Internet]. Consultada el 11 Junio 2014. URL disponible en: <http://censoinstalacionesdeportivas.navarra.es/instalacion.aspx?m=31258&id=53125800002>

- **Figura 5:** Eligiendo caminos [Internet]. 2014. Consultada el [16 Mayo 2014. URL disponible en: <http://www.eligiendocaminos.com.ar/2013/06/anorexia-sintomas.html>

9. ANEXOS

ANEXO 1: Conocimientos previos sobre los trastornos de la alimentación a través de enunciados a decir si son verdaderos o falsos.

¿VERDADERO O FALSO?

- ❖ Las que padecen estos trastornos lo hacen porque quieren llamar la atención.
V F
- ❖ La anorexia y la bulimia es una fase entre los jóvenes.
V F
- ❖ Tanto la anorexia nerviosa como la bulimia son trastornos de chicas
V F
- ❖ Las dietas son las causantes de la anorexia.
V F
- ❖ Las personas que padecen trastornos de la alimentación se los inventan, en realidad no tienen nada.
V F
- ❖ La gente con estos trastornos no come nada.
V F
- ❖ Ser una persona delgada es igual a tener anorexia. La gente con sobrepeso también padece estos trastornos.
V F
- ❖ Es imposible morirse por bulimia y anorexia.
V F
- ❖ La anorexia no se puede curar.
V F
- ❖ Si un niño deja de comer carne significa que está desarrollando anorexia.
V F

ANEXO 2: Hoja con datos curiosos acerca de anorexia y bulimia.

DATOS CURIOSOS

- ❖ Mal de la monarquía:
 - La princesa Diana de Gales confesó, en una entrevista que dio tras su divorcio del príncipe Carlos de Inglaterra, tener trastornos alimenticios por los problemas emocionales que se derivaron del matrimonio.
 - La princesa heredera al trono sueco, Victoria de Suecia, en su adolescencia padeció anorexia. Ahora está felizmente casada y tiene una hija.
 - La famosa emperatriz Sissi del imperio Austrohúngaro es un famoso caso de anorexia. Durante toda su vida se sometió a rígidos entrenamientos deportivos, caminatas de horas de duración, una gran variedad de dietas como beber la sangre de buey y comer carne cruda. No dejó que su cintura sobrepasase los 47 cm que media y a partir de los 30 años no se dejó fotografiar o retratarse más el rostro y en todas las fotos posteriores aparece con algún manto cubriéndole la cara o tapándosela con algún abanico.

- ❖ Mientras que en los países desarrollados que tienen comida algunos se quedan sin comer adrede, en los países subdesarrollados, se mueren de hambre.

- ❖ El ideal de belleza femenina en la antigüedad era estar gorda o 'rellena' como se aprecia entre otros lugares las mujeres carnosas que delicadamente pintó Rubens en su obra de las Tres Gracias. Además de ello, el ideal suponía que tuviesen que estar pálidas pues era símbolo de riqueza. Hoy en día en los países árabes el ideal de belleza sigue siendo el de mujeres carnosas o rellenitas pues es símbolo de riqueza y de tener alimentos.

- ❖ Desde el año 1960 hasta ahora se ha duplicado la cantidad de personas con trastornos alimenticios, siendo hoy más de 70 millones de personas las que los sufren.

ANEXO 3: Testimonios.

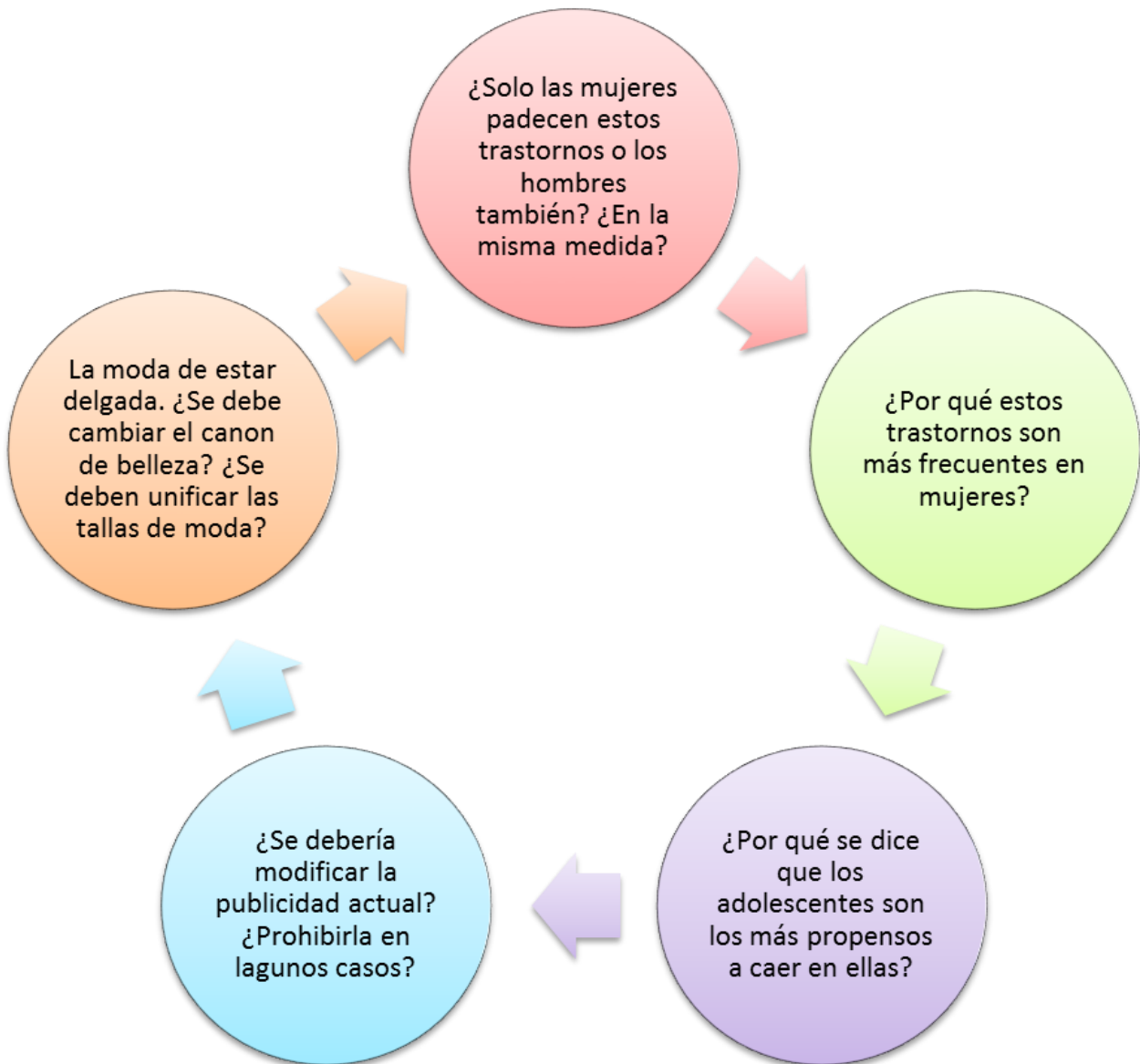
1º TESTIMONIO

“La verdad es que yo empecé en esto cuando apenas tenía 14 años. Recuerdo que era mi primer año de instituto y como todas las de clase, para el verano, quería perder un kilo, empecé por perder uno y otro y otro, y poco a poco perdí el control, cuanto más delgada estaba mejor me encontraba; el solo poder pesar un kilo más me aterrizzaba, era el castigo más grande, cuando engordaba cualquier gramo de más yo misma me sentía despreciable, me auto castigaba ayunando los días posteriores. Me encontraba gorda (y eso que no llegaba ni a los 40 kg) todo el mundo me decía que parecía un cadáver viviente, pero yo pensaba que estaban locos porque me decían eso para que engordara pero que era algo que no iban a conseguir porque yo tenía que adelgazar para seguir sintiéndome bien. A raíz de todo esto, empecé una temporada a tener mucha hambre, algo que tampoco podía controlar, y cuando comía a la vez me sentía culpable y me auto provocaba el vómito, cosa que continuo haciendo y me siento mal cuando lo hago pero hay algo que me hace no parar de comer, es algo que no puedo controlar, como y posteriormente esa culpabilidad tan grande, me hace que vomite todo lo que he podido comer. Actualmente estoy en tratamiento para poder salir de esta pesadilla que la verdad es muy triste decirlo pero vivimos en un maldito infierno. Lo único que he conseguido con todo esto es una depresión que tengo enorme, que no tengo ganas de salir ni de ir a ningún sitio, vivo amargada obsesionada por un peso que a veces no me deja ni dormir el pensar que eso también me puede hacer engordar, no soy feliz, me duele el estómago de tanto auto provocarme el vómito, siento mareos, dolor de cabeza la presión la tengo por los suelos y lo más triste es que alguna vez queriendo que todo esto acabe de una vez he pensado en hacer alguna locura quitándome la vida. Cosa que poco a poco voy viendo que es una tontería, supongo que con fuerza de voluntad y en manos de especialista veo que puedo salir de ello o al menos estoy haciendo el esfuerzo más grande por salir de esta enorme pesadilla que dura muchos años desde su primera vez Si alguien me lee por favor, no cometáis ninguna tontería, en la vida hay muchas cosas valiosas y no es lo más primordial el peso, poseemos de otros valores que por suerte son mucho más valiosos, así que si tenéis algún problema alimentario consultar especialistas que con mucha lucha y esfuerzo nos ayudaran a salir de todo esto Besos”.

2º TESTIMONIO

“Hola a todos. Mi historia es muy larga, pero os la contare. Tengo 24 años, y a los 17 años me enamore de un chico portugués, estuvimos un año, y él me dejó por que no pudo enamorarse de mí. Caí en depresión. 5 intentos de suicidio, uno de ellos al borde de la muerte. Al día siguiente de salir del hospital, justamente el 6 enero, conocí a mi gran amor, estuve 3 maravillosos años a su lado, pero la chispa se apagó, y su familia se metía por medio, ellos no me aceptaban por mis kg de más, creo que ahí empezó, mi gran tristeza. Me dejó el día de mi santo, el 12 octubre, un año antes deje de fumar, y empecé a preocuparme mucho por mi peso, me puse a dieta y baje 10kg. Pero cuando deje el régimen empecé a engordar, y había meses que me daba por vomitar diariamente, en total lo hice 2 veces, cada una de 3 semanas o así. La última fue hace 6 meses, pero lo deje porque conocí a un chico, pero 3 meses después me dejó, estaba con otra, y ahí caí por tercera vez en la bulimia, ya han pasado casi 3 meses, 3 meses que llevo vomitando, se me juntaron muchos problemas, soledad, tristeza, andar mal económicamente, no tener trabajo, miedo a caer en el tabaco otra vez, desamor, pero ya es tarde, ya llevo 3 meses y ya dependo del vomitar, si no lo hago me muero, me siento gorda, en 3 meses he bajado 10kg, pero quiero más, y pienso seguir, a pesar de que me estoy quedando sin fuerzas, vomito diariamente 4 veces, me siento débil, cansada, me mareo, no consigo concentrarme en nada, pero seguiré... no caigáis en la bulimia, eso os matara como me está matando a mí...”.

ANEXO 4: Cuestiones para el debate de la segunda sesión



¿ESTAS OBSESIONADO CON LA COMIDA?

- 1. La talla que usas...**
 - a. Depende de las marcas y del tipo de ropa.
 - b. Es siempre la misma. De eso te encargas tú personalmente.
 - c. Varía de una estación a otra.

- 2. ¿Carne, pescado o verdura?**
 - a. Carne, verduras y pescado.
 - b. Verduras.
 - c. Carne y pescado.

- 3. Si el pantalón no te abrocha...**
 - a. ¡Genial! Planeas una tarde de compras con los amigos.
 - b. Oh, oh... echas una mano de dietas milagro.
 - c. Te pones otra cosa.

- 4. El azúcar es...**
 - a. Necesario en la justa medida.
 - b. Sustituible por sacarina.
 - c. La sal de la vida.

- 5. ¿Te podrías enamorar de alguien con unos kilos de más?**
 - a. Claro que sí. El amor es ciego y la belleza está en el interior.
 - b. A mí me tiene que entrar por los ojos.
 - c. Enamorarse depende de tantas cosas...

- 6. ¿Alguna vez te has cambiado tres veces de ropa antes de decidirte por algo?**
 - a. Alguna vez. Pero no lo vuelvo a hacer porque aquella vez llegue tarde.
 - b. Sí. Me suele pasar cada vez que voy a salir.
 - c. Sí, pero en cuanto me siento cómodo con algo dejo de buscar.

- 7. La mejor manera de perder un par de kilos es...**
 - a. Hacer algo de deporte.
 - b. Dejar de comer hasta que los pierdas.
 - c. Dejar de picar entre horas.

8. ¿Últimamente te dicen que comes poco?

- a. Alguna vez. Cuando me dejo algo que me gusta.
- b. Sí. Por eso prefiero comer solo.
- c. No suelen hacerme comentarios de ese tipo.

9. ¿Sabes cuantas calorías tiene un trozo de pan?

- a. No estoy seguro.
- b. Claro. Hay que saber qué es lo que te llevas a la boca.
- c. Ni idea. Tampoco me preocupa no saberlo.

10. El momento de la comida es...

- a. Un momento para recargar fuerzas.
- b. Una agonía. ¿Por qué hay que tomar dos platos y postre?
- c. Lo mejor del día.

Respuestas:

Mayoría A: *Mens sana in corpore sano.* Ese parece que es tu lema. Disfrutas de los placeres de la vida y sabes que lo importante en esto de la comida es comer todo en su justa medida y mantener el peso.

Mayoría B: Como sigas comiendo solo verduras no te extrañes si acabas convertido en conejo. Una buena alimentación no consiste en comer solo verde ni en saber cuántas calorías tienen lo que comes. La carne, el pescado y las legumbres están en las dietas para algo. Por cierto, sentimos decirte que las dietas milagro no existen.

Mayoría C: Para no comerte la cabeza adaptas tu forma de vida a la de tu cuerpo. Pero aceptarse a sí mismo sin condiciones también tiene sus riesgos, sobre todo para tu salud física. Un poco de deporte nunca viene mal.



Figura 5