

# LA ANOREXIA NERVIOSA COMO DISTORSIÓN DE LA IMAGEN CORPORAL. PROGRAMA DE PREVENCIÓN DESDE LA EDUCACIÓN FÍSICA ESCOLAR EN LA PROVINCIA DE JAÉN

**M<sup>a</sup> Luisa Zagalaz Sánchez**

Universidad de Jaén, España

**Santiago Romero Granados**

Universidad de Sevilla, España

**Onofre R. Contreras Jordán**

Universidad de Castilla-La Mancha, España

## 1. INTRODUCCIÓN

La delgadez se ha convertido para algunas mujeres, cada vez más jóvenes, y también para algunos hombres, en una especie de culto del que no pueden prescindir. Sacrifican horas enteras dedicadas al ejercicio físico para conseguir adelgazar. Se someten a privaciones con dietas difíciles de cumplir y terminan desarrollando una verdadera obsesión por estar delgadas o delgados que, en algunos casos, da lugar a una enfermedad por dependencia. Eso ocurre con las anoréxicas, que acaban deificando la delgadez, haciéndose dependientes del símbolo de ésta, por lo que pueden llegar hasta morir de hambre (Edelstein, 1999, p. 9).

Los estudios realizados en Gran Bretaña, Estados Unidos, Suecia y Australia demostraron que el 80% de las adolescentes estaban preocupadas por su imagen corporal, considerándose obesas más del 50%, cuando las medidas antropométricas revelaron que sólo lo eran el 25%, según las tablas normalizadas de peso, altura y edad utilizadas (Crispo, R., y otros, 1996).

Desde hace poco tiempo han proliferado los artículos, revistas, libros, congresos, bases de datos, etc., dedicados al estudio de los trastornos de la alimentación, entre los cuales se recogen los que tienen relación directa con la investigación que planteamos (Base de datos Psicodoc-98: Onnis, 1994; Toro, Salamero y Martínez, 1995; Fernández, Turón, Menchón, Vidal, Vallejo y Pifarre, 1996; Vaccarezza, 1995; Trigueros, 1995; Roldán, 1995; Turón, Fernández y Vallejo, 1992; Tomás, Vilaltella y Bassas, 1990; Graña, 1991; Rubio de Lemos y Lubín, 1993; Quintas, 1998; Ortíz-Tallo Alarcón, 1993; Martínez y Arribas, 1992). Por otra parte, la base de datos TESEO recoge 45 tesis doctorales alrededor de los descriptores objeto de nuestra investigación, entre los cuales sólo 23 hacen alguna referencia a la mala percepción de la imagen corporal, siendo significativas la de Loureiro Cachón (1994), de la Universidad de Santiago de Compostela y la de Rodríguez Ramírez (1998) de la Universidad de Murcia. Sobre otros descriptores relacionados indirectamente con el concepto aparecen 376 tesis doctorales.

Hemos visto cómo los trastornos de la alimentación en general y de la anorexia nerviosa en particular, constituyen un tema bastante divulgado, más o menos profundamente, en los medios de comunicación (diario el Mundo; diario el País; revista Meridiana; diario Jaén; diario Ideal; Elle; Woman;

Bravo; CNR; Nuevo Vale; Quo; Ragazza; You; estudio general de medios) y las revistas científicas dedican, también, algunas páginas a este trastorno, destacando «Journal of Youth and Adolescence», «Adolescence», «Mensajero», «Misión Joven» o «Revista Española de Investigaciones Sociológicas».

En los últimos años se relacionan con bastante frecuencia los trastornos afectivos ?concretamente la depresión y la conducta asertiva? con los del comer, acentuando el problema de manera que se hace necesario elaborar un programa de prevención que el Ministerio de Sanidad y Consumo prepara con la ayuda publicitaria del grupo Grey Madrid (1999) y en el que colaboran distintos organismos públicos y privados, destacando el Ministerio de Educación, Cultura y Deporte, el INSALUD, el Centro de Investigación y Documentación Educativa, las Sociedades Españolas de Psiquiatría y de Endocrinología y Nutrición, la Federación Española de Empresas de la Confección (FEDECOM), las Asociaciones de Agencias de Modelos de España y de Publicidad y la Asociación en Defensa de la Atención a la anorexia nerviosa y bulimia (ADANER), lo cual nos da idea de la alarma social despertada por este trastorno que afecta del 1% al 2,5% de las mujeres adolescentes (Garfinkel y Garner, 1982), siendo la proporción respecto a los hombres de 9 a 1 (Toro y Vilardell, 1987), aunque otros autores la aumentan de 15 a 1 (Polivy y Thompsen, 1988).

Por lo expuesto, creemos que la intervención desde los ámbitos sanitario y educativo, a través de un programa de prevención en la materia de Educación Física (EF), puede ayudar a reducir el riesgo de la anorexia nerviosa en las adolescentes.

### 1.1 Definición del concepto

Los llamados comúnmente trastornos de la alimentación son de hecho trastornos de la conducta que se tienen en relación con la alimentación y que se conocen también como desórdenes o trastornos del comer, de la ingesta, alimenticios, de la conducta alimentaria, etc. Entre dichos transtornos (síndrome de Gourmet, trastorno nocturno de alimentación, pica, comedores compulsivos, síndrome de Prader-Willy) los más importantes, por la gravedad que conllevan, son la anorexia y la bulimia nerviosas, conocidos médicamente como trastornos alimentarios no específicos (TANE). A estos dos últimos se suma, por su relación con la actividad física, la patología que se denomina vigorexia (obsesión en torno al culto al músculo).

La palabra anorexia (del vocablo griego *anorektous*) se ha conocido desde siempre como sinónimo de falta de apetito, aunque posteriormente se ha demostrado que en la enfermedad conocida como anorexia nerviosa no existe dicha carestía, sino que es una negación a comer con el único objetivo de no engordar. Por tanto, se trata de un trastorno socio-psico-biológico de creciente trascendencia sanitaria, cuyo estudio reviste un indudable valor formativo (Toro y Vilardell, 1989, p. 13). Podríamos añadir la progresiva trascendencia sociológica tras la alarma social que ha despertado durante la década de los noventa, por lo que, según Crispo y otros (1996, p. 19), nos encontramos ante conductas que afectan directamente al cuerpo, reflejan un cierto tipo de vulnerabilidad individual en cuanto a personalidad y maduración, y ocurren en una familia con determinadas características previas a la aparición del trastorno, aunque para otros autores (Toro y Vilardell, 1989; García Rodríguez, 1993) no siempre es así, y suceden predominantemente

en una sociedad en particular: la postindustrial de fin de siglo, marcada por una ética y una estética determinadas, la de priorizar la imagen externa por encima de cualquier otro valor.

Toro (1999, p. 7) define la anorexia nerviosa como un trastorno del comportamiento alimentario caracterizado por una pérdida significativa del peso corporal (superior al 15%), habitualmente fruto de la decisión voluntaria de adelgazar. García Rodríguez (1993, p. 10) la define como la fobia a la obesidad, con un deseo irracional de estar delgada y unas alteraciones del control de la ingesta, acompañada de una grave perturbación secundaria de la mente con importantes alteraciones de la esfera familiar y social. Para Way (1996, pp. 36-37) es una adicción como cualquier otra, en la cual ser delgada es la obsesión y perder peso el modo de satisfacerla; de modo que, la base de la anorexia nerviosa radica en un nivel insuficiente de autoestima, polémica que gravita en el fondo de muchos problemas psicológicos femeninos, según el estudio de Tschirhart y Donovan (1985, pp. 14-15).

La bulimia, relacionada en la mayoría de los casos con la anorexia (Toro y Vilardell, 1987), describe a quienes la padecen como comedoras convulsivas, que se provocan el vómito tras la ingesta para acallar su conciencia que les demanda mantenerse delgadas.

## 1.2 Determinantes de la anorexia

Según Garfinkel y Garner (1982), Garfinkel, Garner, Schwartz y Thompson (1990), las causas de la anorexia son múltiples y resultan de la interacción de factores propios del individuo, de su familia y de la sociedad, no obstante, cada caso debe ser examinado de forma individual. Way (1996, p. 38) opina que la causa fundamental desencadenante de la anorexia es la falta de autoestima personal y plantea como condición básica para lograr la recuperación de una anoréxica nerviosa el conseguir desarrollar en ella un saludable sentido de autoapreciación con el que pueda superar el vacío. Por otro lado, siguiendo a Gismero (1996, p. 14), en el terreno de la clínica, una gran mayoría de trastornos simples o complejos conllevan, por parte de quienes los padecen, dificultades para interaccionar adecuadamente con otras personas, por lo que es frecuente considerar los déficits en habilidades sociales como un elemento concurrente, cuando no causal, en problemas tan variados como las fobias, la depresión o los trastornos esquizofrénicos. (Carboles, 1988, p. 4).

La potencial enferma se encuentra en el conjunto de mujeres púberes de países desarrollados como el mayor grupo de riesgo (es infrecuente antes de los 12 años y después de los 30), tras el detonante que enciende la enfermedad, como pueden ser las risas de los compañeros, los comentarios de alguien sobre su figura, sus deseos de independencia o simplemente que no le gusta alguna parte o la forma de su cuerpo. Por tales motivos comienza a dejar de comer, al principio sólo ciertos alimentos (hidratos de carbono y azúcares), después proteínas, más tarde vitaminas y minerales, hasta caer en un círculo infernal, del que no podrá salir sin ayuda. Negando la evidencia de su delgadez se imagina estar obesa, angustia que debe evitar dedicando a ello todos los actos de su vida. La fobia se ha establecido no sólo con el hecho real de estar obesa, sino con su imagen mental de estarlo (anoréxicas restrictivas).

Algunos psiquiatras han hablado de una alteración psicótica del esquema corporal, otros afirman que en las anoréxicas no hay nada que indique la existencia de una psicosis, aunque si es comprensible una

alteración de la percepción de sí mismas producida ante la necesidad de seguir practicando, lo que se ha convertido en su arma favorita contra la angustia, la delgadez. La anoréxica deifica la delgadez de tal forma, que la enfermedad adquiere un carácter religioso, en el mismo sentido que lo son las sectas. Estos conceptos, según García Rodríguez, F. (1993, p. 33), abren una nueva dimensión al abordaje teórico y terapéutico, que puede servir como eficaz ayuda a la solución de este difícil problema, en el que creemos importante la intervención del profesorado de EF..

### 1.3 Epidemiología

Situados en lo social, es preciso atender desde el principio a un hecho espectacularmente significativo, que ya hemos apuntado, *la mayoría de los pacientes son mujeres...* Es la «condición social de la mujer», la que se pone de manifiesto a través de la anorexia nerviosa y otros trastornos afines.

El aumento de incidencia de la anorexia nerviosa, junto con la repercusión consiguiente en los profesionales de la salud, ha permitido constatar que todavía sabemos muy poco acerca de este género de trastornos, según Toro y Vilardell (1989, p. 12), para quienes entre el 30% y el 40% de las pacientes anoréxicas recuperan la normalidad; entre el 30% y el 40%, mantiene sintomatología anoréxica, aunque significativamente mejorada; entre un 10% y un 20%, siguen un cuadro de cronificación del trastorno, y de un 5 a un 10% fallecen como consecuencia de la enfermedad o por suicidio.

En el mundo occidental, en este momento, sufren anorexia nerviosa entre el 0,2% al 0,8% de la población general y entre el 1% y el 2% de las muchachas adolescentes (Toro, 1999, p. 9).

### 1.4 Factores desencadenantes

El estudio de las personas anoréxicas, cuando ya han desarrollado la enfermedad, no permite realizar un perfil previo de la persona con riesgo, sin embargo, apoyándonos en los análisis realizados por especialistas en la materia (Crispo, 1996; Toro y Vilardell, 1987; Toro, 1999; Polivy y Thompsen, 1988; Garfinkel y Garner, 1982), intentaremos describir algunas de las características comunes a estas jóvenes, antes de comenzar el proceso de su enfermedad, en la certeza de que, desde las clases de EF pueden observarse con mayor facilidad estas conductas anómalas, e incidir en su corrección.

En base a los comentarios de los padres extraídos de Crispo y otros (1996, pp. 69-71), presentamos una serie de características, algunas de las cuales son contradictorias:

- a) alumnas ejemplares
- b) la hija que cualquier padre hubiera querido tener
- c) excelente deportista; exageradas para todo
- d) independiente y madura
- e) joven perfecta y muy inteligente
- f) ayuda en casa y es obediente
- g) deseos de agradar

h) nunca ha dado problemas

Por contra, otros padres apuntan las siguientes características, que desde el conocimiento que tenemos de los inicios de la enfermedad creemos que no se corresponden con la realidad, sino que son extraídas durante el curso de la misma en sus hijas:

- a) reservada y callada
- b) nunca hace caso a nadie
- c) insegura
- d) siempre tiene que dar la nota
- e) tiene que llevar la contraria en todo

Otros factores desencadenantes son los trastornos de autopercepción del tamaño corporal, estados afectivos y emocionales, y factores socioculturales (estereotipos y valores estético-culturales relativos al cuerpo femenino, influidos por la cultura de la delgadez).

Por último y, aunque hay que considerar todos los factores expuestos, juntos o por separado, en todos los casos se da un determinante interno muy relacionado con la EF: la decisión de dejar de comer por la no aceptación de su imagen corporal.

## 2. ANTECEDENTES Y ESTADO ACTUAL DE LA CUESTIÓN

Aunque existen relatos medievales de una misteriosa enfermedad caracterizada por una gran pérdida de peso a partir de una dieta de hambre autoimpuesta que trasforma a quien la padece, las primeras descripciones clínicas de la anorexia nerviosa, se atribuyen a Morton (1694), que la describe como «consunción nerviosa».

Las descripciones que parten del año 1373, son hechas por Toro (1999, pp. 16-27), quien, con el nombre de «anorexia santa», relaciona la enfermedad con las vocaciones religiosas de las jóvenes de la época, véase el caso de Santa Catalina de Siena, descrito por Bell (1985) y corroborado por Bynum (1987), quien relaciona la abstinencia alimentaria con la Eucaristía. Durante los siglos sucesivos se conocen muchos más casos de muchachas y varones que presentan los rasgos de la enfermedad, descritos por Vandereycken y van Deth (1994).

Siguiendo a Silverman (1987), otros médicos europeos, concretamente británicos, hacen eco de la enfermedad, pudiendo señalar a Robert Whytt (1764) y Robert Willam (1790), a los que Vandereycken, y van Deth (1994), añaden los franceses Pinel (1798), Marcé (1859), hasta que en 1873, William Gull, acuñó el término «anorexia nerviosa», al diagnosticar a una paciente en el error de pérdida de apetito, describiéndola como un estado mental morboso creado por trastornos mentales y hereditarios, en resumen, un estado anímico patológico. Al mismo tiempo, Lasègue ofrecerá una magnífica descripción de la anorexia, considerándola una modalidad de la histeria. Desde ese momento, hasta nuestros días, se han emitido

múltiples teorías que intentan explicar esta extraña, pero cada vez más frecuente, enfermedad, de las que a continuación, siguiendo a García Rodríguez (1993, p. 9), se citan las más importantes:

- ? Charcot, indica la conveniencia de aislar a la enferma del medio familiar y la necesidad de tratarla como un caso de histeria.
- ? Freud y su teoría del psicoanálisis, insisten en que se trata de una regresión a la infancia, porque rechazan su vocación de mujer y desarrollan una reacción de oposición instintivo-afectiva.
- ? Janet la atribuye a una vergüenza obsesiva del cuerpo, el miedo a la obesidad es su origen.
- ? López Ibor, emite la teoría de la anorexia como una depresión, aunque otro español, Lafora, muchos años antes, en 1927, ya había descrito un caso como miedo a engordar.
- ? Otros autores ven en esta enfermedad una modalidad de la esquizofrenia y proponen tratamientos más agresivos.
- ? Todos ellos, según Habermas (1989, 1992), defienden en general el miedo al sobrepeso.

Vandereycken y Lowenkopf (1990) revisan la literatura sobre el tema en Estados Unidos, encontrando la primera referencia en Hammond (1879), en base al tratado médico de Osler (1892) aunque quien describe el primer caso es Hendrie Lloyd (1893).

Por otra parte, en 1914, Simmonds describió una paciente caquéctica, en cuya autopsia se encontró una destrucción hipofisiaria, a partir de este hecho, pasaron 30 años de bastante confusión entre la insuficiencia pituitaria (enfermedad de Simmonds) y la anorexia nerviosa. Según Gismero (1996, p. 205), hoy la distinción entre ambas enfermedades es clara, y a partir de 1940, resurgen las teorías de la causalidad psicológica, muy influenciadas por los conceptos psicoanalíticos, ya citados.

García Rodríguez (1993, p. 8), dedica un ensayo a las enfermedades de la alimentación en el que parte de que la anorexia es una enfermedad psicósomática que se apoya en tres pilares básicos:

- ? dos psicológicos, que son una fobia a la obesidad y una deificación de la delgadez;
- ? y uno somático, que es una patología de los mecanismos que regulan la ingesta que resultan alterados a partir de una desnutrición prolongada.

Como consecuencia, la mente de la enferma y su medio social y familiar, se alteran gravemente, lo que complica el cuadro de manera que la afectada termina encerrada en una cárcel de la que sale, a veces, sólo con la muerte.

En los últimos cuarenta años, la anorexia nerviosa, con entidad propia y diferenciada, obtiene la aportación de mayor influencia, de la obra de Hilde Bruch, en la que destaca el trastorno de la imagen corporal, el defecto de interpretación de los estímulos corporales y la sensación paralizante de ineficacia, que atribuye al fracaso de los padres en favorecer la autoexpresión, la falta de autonomía, etc.

En el conjunto de la extensa literatura sobre la anorexia, todos los autores están de acuerdo en que se trata de una enfermedad de origen psíquico, aunque con profundas implicaciones somáticas y sociales, que surge como consecuencia de una mala asimilación de la imagen corporal.

La revisión bibliográfica y documental realizada alrededor del tema nos permite acometer el trabajo de investigación que proponemos sobre la intervención del profesorado de EF en la prevención de la anorexia nerviosa en los escolares, centrándonos en el estudio de ésta en cuanto trastorno grave de la conducta alimentaria en la que la persona que la padece presenta un peso inferior al recomendado por la Organización Mundial de la Salud para su edad, sexo y altura debido a reducciones extremas de la comida (anoréxicas restrictivas), aunque en algunos casos el 50% de las personas que lo sufren usan también el vómito autoinducido y el abuso de laxantes para perder peso (anoréxicas-bulímicas), según Faiburn y Garner (1986).

Por otra parte, la literatura sobre la aserción señala algunos aspectos cognitivos condicionantes del mal funcionamiento de la conducta asertiva, citados por Gismero (1996, p. 63), de entre los que hemos seleccionado los que se relacionan directamente con las características que presentan las anoréxicas nerviosas y describimos a continuación:

- a) Miedo al rechazo y necesidad de aprobación por parte de otras personas (Heisler y Shipley, 1977; Lange y Jakubowski, 1976; Schwartz y Gottman, 1976).
- b) Autoevaluaciones negativas (Montgomery y Heimberg, 1978) y expectativas perfeccionistas (Ludwig y Lazarus, 1972).

### **3. BENEFICIOS DEL PROYECTO**

Conocedores de la existencia de este trastorno alimentario, de la alarma social que provoca y, como consecuencia, de su impacto social, sanitario y educativo, en la creencia de que se puede intervenir favorablemente, desde la materia de EF, que cursan los escolares obligatoriamente desde los 6 hasta los 17 años en los centros docentes, así como en la actividad física extraescolar de reconocida incidencia social, pretendemos con este proyecto, estudiar y analizar el problema desde una perspectiva complementaria a la sanitaria, único ámbito de la ciencia que hasta ahora ha realizado, y continúa haciéndolo, investigaciones al respecto. En este sentido un proyecto conjunto entre Universidad y Sanidad ofrece mayores posibilidades de éxito.

Con el diseño de este proyecto se pretende otorgar una perspectiva novedosa al problema de la anorexia nerviosa mediante un enfoque preventivo del mismo desde el ámbito escolar, entendiéndose esencial en orden a anticiparnos al gran desajuste personal y social que vienen sufriendo nuestros jóvenes, en general, los de los países occidentales, en particular y, muy especialmente, los de núcleos urbanos de población.

El carácter socializador de la E y el deporte y la relación de mayor proximidad que se establece en las clases entre profesorado y alumnado, pueden ser un condicionante para inculcar a los escolares un buen concepto de su propia imagen y de afirmación de su autoestima, que impida caer en un problema de tan graves dimensiones como la anorexia nerviosa.

La EF actual se recomienda para todos por sus características de desarrollo de la motricidad (correcta asimilación de la imagen corporal), mejora de la salud y condición física (conocimiento de una conveniente alimentación y adecuado ejercicio físico), recreación, afirmación de la autoestima y como consecuencia, socialización, entre otras. Por estas razones, la EF escolar encierra un carácter preventivo, que trataremos de evidenciar en este trabajo, para no caer en lo que dice el proverbio turco: «Cuando el carro se ha roto muchos os dirán por donde no se debía pasar».

El presente proyecto se desarrollará en Jaén capital y seis pueblos de la provincia, cuyas características se asemejen a la forma de vida del núcleo urbano principal, reduciendo la muestra a los individuos que, según la literatura existente, presentan mayor riesgo de contraer la enfermedad, es decir, mujeres púberes y adolescentes de clase social media y media alta (Crispo, 1976, Garfinkel y Garner, 1982, Jones y cols., 1980), con edades comprendidas entre 12 y 14 años (1º y 2º de Enseñanza Secundaria Obligatoria, ESO).

## 4. METODOLOGÍA DE INVESTIGACIÓN

### 4.1 Estado de la investigación

Desde distintas concepciones, recogidas en la introducción de este proyecto, se han señalado las deficiencias en la autoestima, identidad o autonomía personal, que como consecuencia de una desvirtuación de la imagen corporal, poseen las personas que sufren anorexia nerviosa. Bruch (1992) lo atribuye a la predisposición fundamental a un déficit del yo, en lo que se refiere a autonomía y dominio del propio cuerpo, que da lugar a un sentido de ineficacia personal. Estas situaciones se agravan cuando aparecen estados que plantean nuevas demandas, tal es el caso de la pubertad y adolescencia. Chinchilla (1994, p. 50) destaca, entre otros, como factores predisponentes a la anorexia nerviosa, la dificultad para expresar con palabras afectos, emociones, deseos y ambiciones, esfuerzos en buscar la aprobación externa para mantener su autoestima y desarrollar la autonomía, identidad personal incompleta, dificultad para ser independientes, dependencia parental, padres que no refuerzan las autoiniciativas, etc.

Por otra parte, no podemos olvidar los dictados de la moda, como factor sociocultural, que induce a nuestros jóvenes, especialmente a las chicas, a buscar el prototipo de mujer delgada.

De todo ello se desprende que existen múltiples trabajos alrededor del proceso anoréxico, pero muy pocos sobre la prevención de este trastorno desde el ámbito escolar y, muy especialmente, desde las



clases de EF, en las que, entre sus contenidos, se encuentra la correcta asimilación de la imagen corporal y desde las que, creemos, el profesorado de la materia debe jugar un papel determinante.

## 4.2 Método

Pretendemos en el presente proyecto, acometer un ensayo comunitario mediante una investigación cuasi-experimental, en la que existirán dos grupos de población generales, el experimental o índice y el de control o testigo, ambos constituidos a su vez por diferentes subgrupos lo más homogéneos posible, correspondientes al nivel de enseñanza estudiado, al objeto de evitar sesgos, elegidos aleatoriamente entre una población determinada, la que presenta mayor riesgo de contraer anorexia nerviosa, es decir, las jóvenes púberes y adolescentes (12 a 14 años) de la provincia de Jaén, escolarizadas en zonas no marginales, quienes representan a la población de su edad del mundo occidental, lo que permitirá extrapolar los resultados a otras poblaciones, adquiriendo el estudio validez extrema.

Por tanto, al tratarse de un programa de prevención, seleccionaremos la muestra entre las jóvenes de esas edades, que corresponden al 1º ciclo de educación secundaria, de los colegios del centro de Jaén capital y pueblos seleccionados, por considerar que son las alumnas de mayor riesgo, reduciendo las desviaciones que pudieran derivarse de un estudio más amplio.

El estudio se realizará mediante un programa específico en EF a desarrollar con el grupo experimental, al objeto de comprobar si su puesta en práctica ayuda a paliar el trastorno alimenticio en cuestión, puesto que uno de los principales factores de riesgo que conlleva a la desviación en la conducta alimentaria, como ya se ha dicho, es la mala asimilación de la imagen corporal y, como consecuencia, la baja autoestima en púberes y adolescentes, generalmente postmenárquicas.

Consideramos la utilidad del método cuasi-experimental para la aplicación de medidas preventivas de la enfermedad, buscando reducir el riesgo individual, concretamente en la educación sanitaria relacionada con la EF.

El programa de trabajo es el siguiente:

1. Selección de los centros docentes que participarán en la investigación.
2. Presentación del programa de trabajo en los centros y solicitud de autorización para su puesta en práctica.
3. Aplicación de los cuestionarios, análisis de contenidos y auto-informe a los sujetos participantes.
4. Sistema de entrevistas personales a los sujetos seleccionados, a lo largo del curso escolar.
5. Aplicación del programa de prevención por el profesorado de EF en las clases de la materia, bajo la supervisión del equipo investigador.
6. Encuestas finales.
7. Cuantificación de los resultados.
8. Análisis estadístico.
9. Conclusiones.

#### 10. Difusión de los resultados.

Esta investigación, está concebida desde la perspectiva de la salud, de la educación en general y de la EF en particular y, aunque no supone riesgo para los sujetos experimentales y no es un estudio biomédico, la participación médica es indispensable, por ello, al objeto de reducir al mínimo las contingencias que resultan de experimentar con personas, se mantendrán los requisitos éticos generales, subrayados en la Declaración de Helsinki (1960), acordada por la Asociación Médica Mundial, revisados posteriormente en 1975 y en el Nuevo Código de Ética y Deontología Médica, aprobado por la Organización Médica Colegial Española, en su capítulo IV, artículo 32. Observándose, también, la confidencialidad y el secreto profesional, por parte de los investigadores, puesto que se requerirá la identificación de los sujetos participantes.

### 4.3 Hipótesis

La hipótesis global que mantenemos afirma que: La intervención del profesorado de Educación Física en el aula junto con otros profesionales tales como: neurólogos, médicos, psicólogos y/o psiquiatras contribuye a prevenir la anorexia en las púberes y adolescentes a través de la educación de la imagen corporal, mediante un programa específicamente diseñado.

### 4.4 Establecimiento de objetivos

#### **Objetivos primarios o generales**

Reducir la incidencia de la anorexia nerviosa en púberes y adolescentes de 12 a 14 años en la provincia de Jaén en un 50%.

#### **Objetivos secundarios o específicos**

1. Prevenir las conductas fóbicas relacionadas con el grupo desde las clases de EF..
2. Corregir la mala asimilación de la imagen corporal antes de que se produzca la enfermedad.
3. Fomentar el interés en la población de referencia por la adopción de hábitos de vida saludable.
4. Eliminar en esta población conductas y hábitos perjudiciales.
5. Informar de la manipulación a la que se ven sometidos por los medios de comunicación y publicidad.
6. Concienciar de la existencia de cánones de belleza establecidos, diferentes para hombres y mujeres, aplicando correctamente la coeducación en las aulas.
7. Enseñar actividades físico-recreativas, que le permitan afianzar y aceptar su imagen corporal.

### 4.5 Procedimiento

#### 4.5.1 Descripción de la muestra:

##### **a) Población de referencia**

Alumnas de primer y segundo curso de ESO, de edades comprendidas entre los 12 y los 14 años de dos colegios de Jaén capital y seis de los pueblos que se seleccionen por sus características urbanas y socio-económicas.

### ***b) Población elegible y criterios de inclusión***

De entre la población elegible en el caso de un programa de prevención, se incluyen aquellos sujetos que presentan mayor riesgo, es decir las mujeres entre 12 y 14 años.

Se excluyen los escolares de primaria, porque, a pesar de que la enfermedad aparece cada vez en edades más tempranas, el índice entre los 6 y 12 años (Educación Primaria), es mínimo.

Se excluye el alumnado de 2º ciclo de ESO y bachillerato, por considerar que la prevención ha de ser anterior.

Se excluyen también, deliberadamente, nuestros estudiantes universitarios, por tratarse de un programa de prevención y entender que el riesgo a partir de los dieciocho años, edad con la que acceden a esta institución, es mínimo. Además, en la Universidad no se imparten clases de EF disciplina en la que se aplicará el programa.

### ***c) Método de incorporación de los sujetos elegibles***

Se informará a los centros y a las AMPAS, seleccionados aleatoriamente de entre los que reúnan las características apuntadas, del programa que se quiere llevar a cabo, pidiendo a los equipos directivos su colaboración y su consentimiento por escrito para aplicar la encuesta base, el programa de prevención y las encuestas finales.

Esta voluntad de participar se produce por la información que se da a los sujetos del estudio a realizar, lo cual dificulta el enmascaramiento de la investigación, y puede producir una reacción distinta en la población estudiada al sentirse observada, que también tendremos en cuenta, puesto que la ocultación ayuda a evitar los sesgos en las investigaciones y es conveniente aplicarla, no sólo a los sujetos estudiados, sino también al investigador, observador y a quien analice los datos.

### ***d) Predeterminación del tamaño muestral***

El número de alumnas que configuran la muestra es aproximadamente de 600, más los dos grupos experimentales de 20 sujetos cada uno (40 sujetos), correspondientes a un grupo de cada curso de un colegio de la capital. Con un  $\alpha = 0,05$  y un  $\beta = 0,2$ , asumiendo una frecuencia del 4%, incluyendo los límites y una reducción del 50%, el tamaño muestral estimado será de 1.239 en cada grupo)

### ***e) Reparto o asignación de la intervención***

A principios del curso escolar, en septiembre, se comenzará la intervención aplicando, el análisis de contenidos, el auto-informe y los cuestionarios establecidos (Anexo I), a todos los escolares que van a participar en el programa (640 sujetos).

Después, durante todo el curso académico, desde octubre a mayo, ambos inclusive, se aplicará un programa de EF, especialmente diseñado para incidir en cuestiones de imagen corporal, salud y afianzamiento de autoestima al grupo experimental (40 sujetos) (Anexo II).

### **f) Descripción de la intervención**

**Instrumentos:** Cuestionarios, análisis de contenidos, auto-informe, entrevistas y programa de prevención.

**Personas:** Profesorado de EF de los ocho centros seleccionados; becarios del proyecto de investigación, investigadores de la Universidad de Jaén y del SAS.

**Secuenciación e intervención del equipo de investigación:** El programa se desarrollará durante tres años, distribuidos en tres cursos académicos, en los que el equipo de investigación desarrollará, seleccionaas aleatoriamente y con la colaboración del profesorado de EF y el personal becario, las siguientes tareas:

#### **a) Curso 2001-0**

A principios de curso se visitarán los centros escolares escogidos, explicándoles el trabajo a realizar y solicitando su autorización. Durante este curso, se realizará la fase piloto de la investigación, consistente en entrenar al personal que va a aplicar la intervención (investigadores y profesorado de EF) con el fin de homogenizarla, para evitar la variabilidad que pueda influir en los resultados finales. Al mismo tiempo se instruirá al personal que valorará las mediciones, con objeto de su aplicación correcta y disminución de variabilidad.

El equipo de investigación se reunirá una vez a la semana para abordar el programa de intervención, ajustándolo a cada una de las sesiones de EF, que se impartan en el siguiente curso.

#### **b) Curso 2002-03**

- ? Aplicación de los cuestionarios en octubre a todos los sujetos de la muestra.
- ? Aplicación del programa de prevención en los grupos experimentales durante las dos horas de E que tienen a la semana durante todo el curso (octubre a mayo).
- ? Entrevista personal al profesorado de los centros seleccionados y a algunas alumnas.
- ? Supervisión por el equipo investigador de la aplicación del programa una vez al mes, comprobando las dificultades que pudiera ofrecer su aplicación. En los grupos de control se observará el desarrollo natural del proceso que se investiga y en los experimentales, se aplicará una evaluación continua del estudio, incorporando un aspecto formativo que conduce a un mejor aprovechamiento de los recursos y a una mayor eficacia y efectividad en el logro de las metas propuestas.
- ? Aplicación de los cuestionarios en junio a toda la muestra.

- ? Recogida de información.

**c) Curso 2003-04:**

El equipo de investigación se reunirá cada quince días para cuantificar los resultados, analizarlos y discutir sobre sus posibles repercusiones; realizar el análisis estadístico; elaborar las conclusiones y valorar la eficacia de la intervención y las variables de respuesta.

**El análisis estadístico se realizará con arreglo a lo siguiente:**

- ? Los datos una vez recogidos se introducirán en una base de datos (EpiInfo 2000). Aquí se hará depuración de los mismos, mediante pruebas de rangos (detección de valores imposibles) y cruces de campos lógicos, para detectar inconsistencias entre respuestas.
- ? Desde la base de datos se exportarán para ser leídos mediante paquetes estadísticos (SPSS-PC y Stata 6.0 Intercooled).
- ? Se hará análisis univariable (medias y desviación típica para variables normales y mediana con rango intercuartílico para las no normalmente distribuidas) para la descripción de la población y análisis bivariable: cruzando las variables de respuesta con el grupo de pertenencia de los sujetos.
- ? Dentro del análisis bivariable se hará una valoración del grado de comparabilidad basal de los grupos de intervención y control, con la finalidad de detectar desequilibrios entre variables que se hayan descrito que se relacionan con el efecto (posibles factores de confusión), que obliguen a la utilización del análisis multivariable. Dentro de este análisis las técnicas que se utilizarán serán la comparación de medias (mediante ANOVA) para las variables cuantitativas y el cálculo de riesgos relativos con su intervalo de confianza del 95%.
- ? En el análisis multivariable se emplearán varias técnicas. Dado que el proceso que se valora admite una gradación cuantificable se utilizará técnicas de análisis de regresión múltiple (incluyendo ANOVA multivariable).
- ? Se establecerán puntos de corte en la variable de respuesta con los que se efectuarán análisis de regresión logística múltiple: politómica cuando haya varios y normal no condicionada cuando el punto de corte divida a la población en anoréxicas claras frente al resto.
- ? Los criterios de inclusión de variables en el modelo respetarán los principios de control del sesgo de confusión clásicamente asumidos: se excluirán a las variables intermedias y se permitirá la inclusión de aquellas que alteren el coeficiente de la regresión de la variable principal (la intervención) en más de un 10%.

## 5. EVALUACIÓN

**A) Cobertura del Programa:**

N.º de alumnos a quienes va dirigido el programa.

N.º de alumnos que asisten a las clases de EF.

N.º de padres y profesores que asisten a las reuniones previstas mensualmente con ellos.

N.º de padres y profesores a los que va dirigido el programa.

**B) Nivel de participación en las actividades:**

Control del número de alumnos que asisten a las clases donde se aplica el programa.

Control de los alumnos que asisten a las mismas.

N.º de padres y profesores que participan en las actividades.

Nº de padres y profesores que participan en las mismas.

C) *Resultados:*

Nivel de conocimientos después del programa.

Nivel de conocimientos antes de las sesiones.

Nivel de mejora en la asimilación de la imagen corporal.

Nivel de mejora en la conducta asertiva.

Nivel de participación en las actividades lúdico-deportivas.

## 6. RECURSOS HUMANOS Y MATERIALES

### 6.1 Recursos humanos

Equipo de investigación

Becario de investigación

Profesorado de EF de los centros participantes, colaborador con el proyecto

Alumnos universitarios que participan como iniciación a la investigación

### 6.2 Recursos materiales

Material de oficina

Programas informáticos

Bibliografía

Material Audiovisual:

Cámaras de vídeo y fotografías

Películas de vídeo, fotografías y diapositivas

Películas sobre casos reales, y sobre deportistas y modelos

Películas informativas sobre trastornos de alimentación

Folleto educativos

## 7. REFLEXIONES FINALES

Aunque no podemos emitir conclusiones, porque el trabajo está en proceso, como se deduce del calendario establecido, a la vista de las relaciones que se han entablado entre el grupo de investigación, investigadores de otras universidades, personal del SAS, alumnado colaborador futuros maestros y maestras especialistas, profesorado de los centros donde se está interviniendo, equipos directivos y padres

y madres de alumnas y alumnos, es ya de por sí un trabajo gratificante, innovador y de difusión de conceptos contrapuestos a aquellos que la sociedad posmoderna se empeña en defender.

Prevenir la anorexia en las púberes y adolescentes a través de la educación de la imagen corporal, mediante un programa específicamente diseñado, ha sido nuestra hipótesis y esperamos, cada vez con mayor confianza, conseguirlo, es por este motivo que, desde la páginas de esta revista animamos a los profesionales de la educación y, especialmente al profesorado de EF, a intervenir en cuestiones socialmente demandadas en las que nuestra actuación puede ser decisiva.

## 8. BIBLIOGRAFÍA

- ABRAHAM, S. Y LLEWELLYN-JONES, D. (1994): *Anorexia y Bulimia. Trastornos alimenticios*. Madrid, Alianza Editorial. En inglés por Oxford University.
- CARROBLES, J.A.I. (1988): Prólogo al libro de V.E. Caballo: *Teoría, evaluación y entrenamiento de las habilidades sociales*. Valencia, Promolibro.
- CRISPO, R.; FIGUEROA, E., y GUEJAR, D. (1996): *Anorexia y bulimia: Lo que hay que saber. Un mapa para recorrer un territorio trastornado*. Barcelona, Gedisa.
- EDELSTEIN, G. (1999): *La anorexia nerviosa*. Barcelona, Círculo de lectores.
- FAIBURN, C.G., Y GARNER, D.M. (1986): «The diagnosis of bulimia nervosa», en: *International Journal of Eating Disorders*, 5, pp. 403-419.
- FERNÁNDEZ, F., y OTROS (1996): «Ansiedad social y dificultades interpersonales en la anorexia nerviosa. Consideraciones terapéutica», en: *Revista de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona*, vol. 23, pp. 30-35.
- GARCÍA RODRÍGUEZ, F. (1993): *Las adoradoras de la delgadez. Anorexia nerviosa*. Madrid, Ediciones Díaz de Santos, S.A.
- GARFINKEL, P.E.; GARNER, D.M.; SCHWARTZ, D.M., y THOMPSON, M.G. (1990): «Cultural expectations of thinness in woman», en: *Psychological reports*, 47, pp. 483-491.
- GARFINKEL, P.E., y GARNER, D.M. (1982): *Anorexia Nervosa: A Multidimensional Perspective*. Nueva York, Bruner-Mazel.
- GISMERO, E. (1996): *Habilidades sociales y anorexia nerviosa*. Madrid, Edisofer.
- GRAÑA, J.L. (1991): «Formulación y tratamiento de un caso con anorexia nerviosa», en: *Análisis y modificación de conducta*, vol. 17, 52, pp. 271-296.
- LOUREIRO CACHÓN, V.E. (1994): *Comportamiento anoréxico en la población adolescente femenina de tercero de BUP del municipio de La Coruña*. Tesis doctoral, Dtº de Medicina preventiva y Salud pública, Universidad de Santiago de Compostela.
- MARTÍNEZ, J.J., y ARRIBAS, P. (1992): «Tratamiento de la anorexia nerviosa: una experiencia de colaboración entre un hospital general y un centro de salud mental del área. Formación de Co-terapeutas», en *Análisis y Modificación de Conducta*, vol. 18, 59, pp. 457-470.
- ONNIS, L.: «La anorexia mental desde la óptica de la complejidad», en: *Cuadernos de terapia familiar*, vol. 8, 27 (1994), pp. 19-25.

- ORTÍZ-TALL ALARCÓN, M. (1993): «Reflexiones sobre el proceso terapéutico de una adolescente diagnosticada de anorexia nerviosa», en *Psicologemas*, Vol. 7, 13 (1993), pp. 133-142.
- POLIVY, J. Y THOMSEN, L.: «Los regímenes y otros trastornos de la alimentación», en E.A. Blechman y K.D. Brownell (eds.), *Handbook of Behavioral Medicine for Women*. Pergamon Books Inc. Traducción: 1992. Barcelona, Martínez Roca 1988.
- QUINTAS, E. (1998): «Hábitos alimentarios y problemática nutricional de bailarinas, esquiadoras y baloncestistas. Comparación con jóvenes sedentarias y repercusión en la densidad ósea», en: *Hambre de récord*, El Mundo, 19-02-1998.
- RODRÍGUEZ RAMÍREZ, M.C. (1998): *Anorexia nerviosa e imagen corporal: un estudio comparativo entre anoréxicas y grupos de alto riesgo en la región de Murcia*, tesis doctoral, Dtº de personalidad, evaluación y tratamientos psicológicos, Universidad de Murcia.
- ROLDÁN, A. (1995): «Anorexia y bulimia. Diario de una anoréxica», en: *Colofón*, 12, pp. 44-45.
- RUBIO DE LEMOS, D., y LUBIN, P. (1993): «La anorexia en el atletismo», en: *Revista de Psicología general y aplicada*, 46, 4, pp. 459-464, UNED.
- SILVERMAN (1987): «Robert Whytt 1714-1766, Eight century limner of anorexia nervosa and bulimia: an essay», en: *International journal of eating disorders*, 6, 1, pp. 143-146.
- THOMPSON, J. K; FABIAN, L. J., Y MOULTON, D. (1990): «A measure for assessment on teasing history», en J. K. Thompson (ed.): *Body Image Disturbance: Assesment and Treatment*. Nueva York, Pergamon Press.
- TOMÁS, J.; VILALTELLA, I., Y BASSAS, N. (1990): «Trastornos de la alimentación: anorexia», en: *Anales de Psiquiatría*, vol. 6, 5, pp. 212-221.
- TORO, J.; SALAMERO, M., y MARTÍNEZ, E. (1995): «La evaluación de la influencia socio-cultural sobre el modelo estético corporal en la anorexia nervios», en: *Revista de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona*, vol. 22, 7, pp. 205-214.
- TORO, J., y VILARDELL, E. (1989): *Anorexia nerviosa*. Barcelona, Martínez Roca.
- TORO, J. (1999): *El cuerpo como delito. Anorexia, bulimia, cultura y sociedad*. Barcelona, Ariel.
- TRIGUEROS, E. (1995): «Algunas consideraciones en torno a la terapia psicoanalítica de una anorexia», en: *Psicoterapia y Psicopatología*, 29, pp. 19-29.
- TSCHIRHART, L., Y DONOVAN, M.E. (1985): *Women & Self-Esteem*. Nueva York, Peguin.
- TURÓN, J.V.; FERNÁNDEZ, F., y VALLEJO, J. (1992): «Anorexia nerviosa: características demográficas y clínicas en 107 casos», en: *Revista de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona*, vol. 19, 1, pp. 9-15.
- VACCAREZZA, L.E. (1995): «A propósito de la anorexia infantil», en: *Apertura. Cuadernos de Psicoanálisis*, 10, pp. 90-99.
- VANDEREYCKEN, W., y LOWENKOPF, E.L. (1990): «Anorexia nervosa in 19th century America», en: *The Journal of nervous and mental disease*, 178, pp. 531-535.
- VANDEREYCKEN, W., y VAN DETH (1994): *From fasting saints to anorexic girls: the history of self-starvation*. Londres, The Athlone Press.
- WAY, K. (1996): *Anorexia nerviosa. Bulimia. Causas, consecuencias, tratamiento y recuperación*. Barcelona, Bellaterra.



## ANEXO I

### INSTRUMENTOS DE INTERVENCIÓN

#### 1. Análisis de contenidos inicial

En base a palabras clave alrededor de un concepto (anorexia, bulimia, trastornos alimenticios, trastornos de la conducta alimentaria, autoestima, fobia, depresión, conducta asertiva, etc.), los sujetos escribirán en un único folio lo que conozcan de cada una de las palabras clave propuestas, pudiéndose también solicitar un dibujo de una persona estéticamente perfecta para ellos.

Tendremos en cuenta que los exámenes de base o análisis iniciales, presentan el problema que puede derivarse de la propia investigación, por una interacción entre la medición y el tratamiento, ya que cuando los sujetos encuestados al principio del estudio se sensibilicen, pueden limitar la valoración de la propia intervención.

#### 2. Auto informe o informe personal

Realizado por el alumnado que se seleccione aleatoriamente, para conocer el comportamiento de los sujetos en situaciones de la vida real.

Este instrumento consiste en presentar una serie de descripciones (ítems) que representan la conducta de los sujetos en situaciones de relación con sus compañeros, amigos y familiares, pidiéndole que evalúe la frecuencia con que realiza esa actuación o pensamiento, pueden incluir también cuestiones relacionadas con hábitos alimenticios, actividad física, concepto de sí mismos, tiempo que dedican al estudio y a divertirse con sus amigos y amigas.

Tomamos de Gismero (1996) el instrumento elaborado para medir la actitud hacia el propio cuerpo, «Escala de satisfacción con el propio cuerpo (SPC)», que transcribimos a continuación:

1. Siento que mi cuerpo a veces me limita
2. Me gustaría cambiar algunas partes de mi cuerpo
3. Creo que soy bastante fea
4. Me siento más segura vestida que en bañador
5. Nadie podría enamorarse de mi por mi aspecto físico
6. Me gusta mi aspecto físico
7. Me gusta que me miren
8. Me gusta mirarme al espejo

#### 3. Cuestionarios aceptados universalmente para la evaluación psicométrica en los trastornos de la alimentación

1. Eating Attitudes Test (EAT-40) de Garner y Garfinkel

Compuesto de 40 ítems. La puntuación global de este cuestionario va de 0 a 120. El punto de corte igual a 30, cifra que diferencia de una manera adecuada la población patológica de la no patológica. En población clínica el corte es de 50.

Es uno de los test más fiables para medir el grado de gravedad de los trastornos de la conducta alimentaria.

Del EAT existe un cuestionario reducido el EAT-26. El EAT-26 puede ser utilizado como medida de *screening*. En el EAT-26 el punto de corte que sugieren los autores es de 20, que permite identificar una proporción significativa de mujeres con trastornos alimentarios o formas subclínicas de ellos y minimiza el número de falsos negativos.

## 2. Eating Disorders Inventory (EDI) de Garner, Olmsted y Polivy

Es un cuestionario de 64 ítems. Está diseñado para evaluar distintas áreas cognitivas y conductuales características de la anorexia y bulimia nerviosas. Estas se hallan agrupadas en 8 subescalas distintas.

Cuenta con la ventaja, de cara al proyecto de investigación, que una de las subescalas, la tercera, cuenta con 9 ítems que miden la insatisfacción corporal.

Desde un punto de vista clínico posee mayor relevancia el valor cuantitativo de cada una de las 8 subescalas que la puntuación total.

La subescala relacionada con la imagen corporal se utiliza habitualmente para establecer el diagnóstico entre anorexia y bulimia nerviosa. Las otras subescalas diferencian más claramente los sujetos control de los que padecen un trastorno de la conducta alimentaria.

La puntuación máxima de EDI es de 192. Las respuestas se puntúan de 1 a 3. La media de los casos de control se sitúa en 28. En la subescala que mide la imagen corporal el grupo control no debe superar una puntuación de 9.

Como en el EAT, se cuenta también con una forma reducida que puede ser utilizada como medida de *screening*. Los autores no recomiendan en este cuestionario un punto de corte predeterminado, considerando que éste debe adaptarse en función de los objetivos del *screening*.

## 3. Body Shape Questionnaire (BSQ) de Cooper, Taylor y Fairburn.

Es un cuestionario compuesto de 34 ítems que explora el grado de ansiedad que las pacientes experimentan respecto a su propio cuerpo. Cada ítem presenta 6 posibles respuestas. La puntuación de corte es de 105. Discrimina a más del 75% de las pacientes con T.C.A. Este test discrimina claramente pacientes con bulimia nerviosa.

## 4. Body Attitudes Test (BAT) de Coppennolle, Probst, Vandereicken, Goris y Meermann

Cuestionario compuesto de 20 ítems, distribuidos en tres subescalas que exploran el grado de satisfacción y la actitud hacia la propia imagen corporal. Cada ítem se compone de una escala con 6 posibles respuestas que puntúan de 0 a 5. La puntuación global oscila entre 0 y 100.

## 5. Body-Self Relations Questionnaire (BSRQ) de Winstears y Cash

Cuestionario compuesto de 140 ítems. Está distribuido en 9 subescalas. También pueden utilizarse como técnicas de evaluación de la imagen corporal en trastornos de la alimentación los siguientes métodos:

- Distorsión de una imagen de vídeo
- Distorsión de una imagen fotográfica
- Marcado de la imagen
- Haces luminosos

#### 6. Escala Multidimensional de Expresión Social-Parte Motora (EMES-M)

Consta de 64 items, 38 de los cuales están redactados en el sentido de falta de aserción, y 26 en sentido positivo. Tiene 5 alternativas de respuesta, de 4 (siempre o muy a menudo), a 0 (nunca o muy raramente, invirtiéndose en los 38 items negativos. A mayor puntuación global, se entiende que el sujeto tiene mayor habilidad social (Caballo,1987, *Evaluación y entrenamiento de las habilidades sociales: una estrategia multimodal*, tesis doctoral, Universidad Autónoma de Madrid).

#### 7. Cuestionario de Influencias sobre el Modelo Estético Corporal (CIMEC).

*Revista de Psiquiatría de la Facultad de Medicina* (1995), Barcelona, 22, 7, pp. 205-211.

## ANEXO II

### PROGRAMA ESPECÍFICO DE INTERVENCIÓN

#### Contenidos educativos:

Durante el curso 2002-03, los contenidos educativos que se proponen a continuación se desarrollarán totalmente, ajustándolos a la temporalización concreta.

#### \* **Trastornos de la Conducta Alimenticia (TCA):**

- Definición de TCA: Anorexia Nerviosa (AN) y Bulimia Nerviosa (BN). Clasificación.
- Factores de riesgo y etiología.
- Signos y síntomas de alarma para desarrollar AN.
- Tratamientos existentes para la AN.
- Consecuencias físicas y psicológicas de la AN.

#### \* **Información Nutricional:**

- Rueda de los alimentos: glúcidos, lípidos, proteínas, vitaminas y minerales.
- Dieta equilibrada.
- Consecuencias de una dieta desequilibrada.

#### \* **Autoestima-autoconcepto:**

- Concepto de autoestima.
- Fomento de habilidades sociales y técnicas de solución de problemas mediante charlas en grupos reducidos y realización de actividades lúdico-deportivas.

#### \* **Imagen corporal y actividad física:**

- Incidencia de los medios de comunicación en la imagen corporal relacionada con la estética corporal y la actividad física.
- La salud como objetivo de la Educación Física.
- Desarrollo de habilidades y cualidades físicas opuestas a los estereotipos sociales establecidos.

#### \* **Alternativas lúdicas para ocupar el tiempo libre y habilidades sociales.**

#### ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN

##### a) **A nivel grupal:**

##### ? *Grupos de alumnos:*

- Charlas generales a los alumnos de los cursos que configuran la muestra, sobre la incidencia de la EF en la socialización de las personas.

- Se pedirán a los sujetos, en grupos reducidos de 5 o 6 alumnas, dibujos de su propia imagen, búsqueda en revistas de jóvenes a los que admiran, proyectos de actividades lúdico-deportivas que les gustaría realizar dentro y fuera del contexto escolar.

? *Grupos de padres:*

- Charlas-coloquio que nos permitan conocer el grado de preocupación y conocimiento que tienen de la enfermedad y si sienten la amenaza de la posibilidad de contraerla que tienen sus hijas.  
- Trataremos de conocer los hábitos alimenticios de la familia y, en concreto, de las hijas de esas edades, así como del funcionamiento rutinario del núcleo familiar.

? *Grupos de profesores:*

- Los profesores tutores y los de EF analizarán y darán a conocer las características generales de los grupos de alumnos y alumnas de 1º y 2º de ESO, incidiendo en las diferencias observadas por razón de sexo, alrededor de la actividad física, aceptación de la imagen corporal y comportamientos alimenticios.  
- El profesorado de EF, que participará activamente en la investigación, actuará también como observador del comportamiento de sus alumnas a lo largo de todo el proceso.

## **ACTIVIDADES Y METODOLOGÍA EDUCATIVA**

Intervención del profesor de EF instruido por el equipo de investigación durante los 10 o 15 primeros minutos de cada clase a lo largo de las 30 sesiones que configuran el curso escolar (aproximadamente) de los dos grupos experimentales propuestos, mediante una breve charla sobre cada uno de los puntos que figuran como contenidos educativos, en la que alumnas y alumnos, podrán participar.

Realización de una clase al mes participativa, en la que los alumnos hablen sobre sus hábitos nutricionales y la actividad física que realizan fuera del centro escolar.

Proyección de películas sobre deportistas, modelos y enfermedades relacionadas con la nutrición, así como diapositivas con imágenes de personas de diferentes características físicas, para que los alumnos expliquen como ven a cada una de esas personas.

Se proyectarán también diapositivas de personas que hayan destacado y destaquen por algo más que estar delgado, incidiendo en las características de tristeza y enfado que se puede observar en las caras de las modelos, cuya configuración física está en el riesgo de la AN.

Los grupos de 5 o 6 alumnas, realizarán técnicas para aumentar la autoestima y favorecer la conducta asertiva, en las que las alumnas escribirán dos características positivas que ven en sus compañeras, para hacer, posteriormente, una puesta en común en la que el investigador comprobará que relación tienen con la actividad física y con el aspecto externo de las alumnas.

Los padres y profesores se reunirán con el equipo de investigación una vez al mes durante el curso de la intervención (2002-03), para estar enterados del proceso y participación de los alumnos de los grupos experimentales.

**Contactar**

**Revista Iberoamericana de Educación**

**Principal OEI**

**Contactar**

**Revista Iberoamericana de Educación**

**Principal OEI**