



**Universidad
Zaragoza**

Trabajo Fin de Grado

Magisterio en Educación Primaria

**ABORDAJE DE LOS TCA Y LA OBESIDAD EN EL CONTEXTO FAMILIAR Y
ESCOLAR: PREVENCIÓN PARA LA ANOREXIA Y BULIMIA NERVIOSA E
INTERVENCIÓN PARA LA OBESIDAD EN EDUCACIÓN PRIMARIA.
UNA REVISIÓN DE LA LITERATURA.**

**ADDRESSING EBD AND OBESITY IN THE FAMILY AND SCHOOL CONTEXT:
PREVENTION FOR ANOREXIA AND BULIMIA NERVOSA AND INTERVENTION
FOR OBESITY IN PRIMARY EDUCATION.
A REVIEW OF THE LITERATURE.**

Autora

Ana Belén Jiménez Peñalver

Director

Miguel Ángel Cañete Lairla

FACULTAD DE EDUCACIÓN

2021

ÍNDICE

RESUMEN	4
ABSTRACT.....	4
PALABRAS CLAVE	4
INTRODUCCIÓN	5
JUSTIFICACIÓN	6
TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA.....	8
Definición y criterios diagnósticos.....	8
Diagnóstico diferencial	10
Comorbilidad.....	11
Variables.....	13
Perfeccionismo	17
Estilos parentales.....	18
Consecuencias de los TCA.....	21
Indicadores o señales de alerta útiles para padres y maestros.....	24
Prevención TCA.....	27
OBESIDAD	31
Definición, prevalencia y criterios diagnósticos	31
Factores condicionantes	33
Estilos parentales asociados a la obesidad	37
Consecuencias	40
Tipos de tratamiento para la obesidad.....	43
Intervención para la obesidad.....	46
DISCUSIÓN – CONCLUSIÓN	56
LIMITACIONES DEL ESTUDIO Y FUTURAS LINEAS DE INTERVENCIÓN.....	58
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	60
ALGORITMO PARA LA SELECCIÓN DE ARTÍCULOS.....	65

ANEXOS	70
Anexo 1: criterios diagnósticos de los Trastornos de Alimentación según el DSM V	70
Anexo 2. Resultados del análisis llevado a cabo por el CAPS. Aguilar & Castellanos (2016)	75
Anexo 3	76
Anexo 4	78
Anexo 5: Señales de riesgo Carmina Saldaña (2001)	80
Anexo 6: Hallazgos físicos según Bar (2017)	81
Anexo 7: Hallazgos físicos según Rome et al. (2009, p. 100)	81
Anexo 8. Guía registro emocional de Córdova et al. (2012, p. 15).....	83
Anexo 9: Recomendaciones para maestros en la prevención y detección de los TCA, Córdova et al. (2012).....	84
Anexo 10: Indicaciones a evitar por parte de los docentes	84
Anexo 11 OMS, 2020 diagnóstico de sobrepeso y obesidad conforme a la edad de los menores.	85
Anexo 12. Pautas de la OMS (2020) para la reducción del sobrepeso y la obesidad.	85
Anexo 13 recomendaciones para prevenir la obesidad y el sobrepeso, Burgui, 2012	86
Anexo 14: resultados relativos al programa de educación nutricional de Martínez, Hernández, Ojeda, Mena, Alegre & Alfonso (2009)	87
Anexo 15. Medidas propuestas por Isábal (2012).....	88

RESUMEN

La obesidad es concebida como una de las enfermedades con mayor presencia dentro de la etapa de Educación Primaria que, muchas veces, puede desencadenar en el desarrollo de Trastornos de la conducta alimentaria (TCA), por lo que dichas alteraciones deben ser consideradas como un problema emergente de salud pública por sus consecuencias físicas y psicosociales. Actualmente, los porcentajes de prevalencia de estas patologías resultan alarmantes, por lo que es imprescindible que, desde el ámbito familiar, pero sobre todo, desde el educativo, se lleven a cabo actuaciones para prevenir los efectos de la anorexia y la bulimia nerviosa, así como intervenir contra la obesidad. Debe ser prioritario, tanto para padres, madres o tutores legales, como para maestros ejercer una lucha contra la mala nutrición y el sedentarismo, que frecuentemente van ligados, con el fin de sensibilizar a nuestros hijos y alumnos hacia una alimentación y estilo de vida activo, saludable y de calidad.

ABSTRACT

Obesity is conceived as one of the diseases with the greatest presence within the Primary Education stage that, many times, can trigger the development of Eating Disorders (ED), so these alterations should be considered as a problem emerging public health due to its physical and psychosocial consequences. Currently, the prevalence percentages of these pathologies are alarming, so it is essential that, from the family environment, but above all, from the educational one, actions are taken to prevent the effects of anorexia and bulimia nervosa, as well as intervene against obesity. It should be a priority, both for parents or legal guardians, and for teachers to fight against poor nutrition and sedentary lifestyle, which are frequently associated, in order to sensitize our children and students towards an active diet and lifestyle, healthy and of quality.

PALABRAS CLAVE

Anorexia, Bulimia, Obesidad, Educación Primaria, intervención, prevención, actividad física, sedentarismo, estilos parentales.

INTRODUCCIÓN

Actualmente, el aumento de peso de nuestros alumnos en la infancia y la aparición de enfermedades como la anorexia y la bulimia en la preadolescencia y adolescencia debería ser un motivo de preocupación tanto para los centros escolares como para los núcleos familiares.

En relación a la obesidad, cada vez está más vigente en la sociedad un estilo de vida sedentario favorecedor de una sobrecarga ponderal en el Índice de Masa Corporal (IMC) de los niños,

El sedentarismo está presente en la sociedad con elevada prevalencia de obesidad por la dedicación durante muchas horas a trabajos de buró o de computadoras, la televisión, así como la ausencia de actividades deportivas e incluso la total sustitución de las caminatas por el transporte automotor y las facilidades de las comunicaciones por vías telefónicas. (Marcos, Rodríguez, Pérez & Caballero, 2010, p. 1247).

Estos hábitos sedentarios junto con una mala alimentación, manifestada principalmente por una ingesta elevada de grasas y azúcares, conducen a datos muy preocupantes en relación al sobrepeso y la obesidad, tanto es así que según datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS):

Las tasas de sobrepeso y obesidad en niños y adultos siguen aumentando. Entre 1975 y 2016, la prevalencia de sobrepeso u obesidad en niños y adolescentes de 5 a 19 años se cuadruplicó con creces en todo el mundo, y pasó del 4% al 18%. (OMS, 2018, p.1)

Por su parte, en relación a la anorexia y la bulimia, Escolar-Llamazares, Martínez, González, Medina, Mercado & Lara (2017), afirman que, en la actualidad, los TCA son considerados como uno de los principales problemas de salud mental en la población joven, pues se trata de patologías o trastornos graves, generalmente vinculados a la insatisfacción corporal, una preocupación excesiva por la comida, el peso, la imagen corporal y su representación. Por lo que al mismo tiempo se acaban desencadenando alteraciones conductuales también. Vargas (2018, p. 113) aporta en su tesis la siguiente cita que refleja perfectamente la gravedad de la situación con respecto a los TCA, “siendo la Anorexia la principal causa de muerte entre los trastornos mentales, como consecuencia de complicaciones cardíacas y el suicidio.” Esta

realidad no es ajena en nuestro país pues, “Hoy en día, en España un 10% de la población adolescente sufre algún tipo de TCA” (Bar, 2017, p. 44). Esta misma autora aporta datos aún más concretos sobre la ciudad de Zaragoza “A modo de ejemplo muy elocuente, el pasado año ingresaron en la Unidad de Tratamiento Intensivo de TCA en Zaragoza 126 pacientes” (Bar, 2017, p.44)

Como docentes resulta imprescindible, no solo atenernos a impartir los contenidos teóricos establecidos, sino desarrollar en nuestros alumnos una actitud crítica hacia los alimentos y una toma de conciencia de la importancia de llevar a cabo y mantener un estilo de vida saludable que se base en una buena alimentación, lejana lo máximo posible de productos poco saludables, y la práctica diaria de ejercicio ajena de la vida sedentaria a la que nos estamos acostumbrando cada vez más. Todo este proceso de prevención e intervención debe proceder del respeto al desarrollo individual del niño, motivándolo para favorecer sus cualidades y fomentar la persistencia en el trabajo hacia la adquisición de hábitos de vida saludables.

JUSTIFICACIÓN

Existen una alarmante resignación ante enfermedades y trastornos como la obesidad, la anorexia y la bulimia, debido a una falta de información y formación sobre estas patologías. En el caso de la obesidad por ejemplo, los datos son realmente preocupantes, “El problema ha adquirido proporciones de epidemia; más de cuatro millones de personas mueren cada año por causas relacionadas con el sobrepeso o la obesidad, según estimaciones de 2017 sobre la carga mundial de morbilidad.” (OMS, 2018, p.1). Sin embargo, a pesar de ser una enfermedad cada vez más presente en nuestra sociedad, no es aceptada de la misma manera que un trastorno alimentario como la anorexia o la bulimia, llegando, la propia obesidad, a enaltecer dichos trastornos. La sociedad, al mostrar repudio por la obesidad o el simple sobrepeso crea un mito en las sociedades desarrolladas que convierten a la anorexia y a la bulimia en los principales indicadores de la misma, en donde el éxito de una persona está en relación a su apariencia física (Castelló, 1993). Esta misma autora aporta unos porcentajes preocupantes para el ámbito laboral de personas con obesidad “el 44% sólo daría trabajo a un gordo en circunstancias excepcionales y el 16% no se lo daría nunca.” (Castelló, 1993, p. 1).

Tanto por parte de las familias como por parte del sistema educativo, tendemos a dejar todos los aspectos relativos a una enfermedad o trastorno en manos del sistema sanitario, y realmente en lo referido a aspectos conceptuales o de diagnóstico debe ser así, ahora bien, esto no excluye de que los padres, madres, tutores legales o docentes no tengan relevancia del mismo modo. Se ha dado inicio a este apartado afirmando que existe cierta ignorancia ante estas patologías, en lo referido a sus criterios, causas, consecuencias, intervención, etc., es por eso que la labor de los docentes cobra un papel imprescindible para tratar con estos alumnos y también con las familias en la toma de conciencia principalmente y en mostrarles herramientas para adquirir nuevos hábitos nutricionales y conductas saludables, “es necesaria la labor educativa en lo alimentario y nutrimental para corregir los hábitos y costumbres alimentarias que atentan contra la adecuada conservación de la salud.” (Marcos et al., 2010, p. 1237). Ya no solo por el beneficio que reporta a la salud física, mental, social o emocional de nuestros alumnos, sino porque una mejora en la calidad de vida va a conllevar beneficios en el rendimiento, “Una niña o niño bien alimentado y bien nutrido posee más energía, fuerza, vitalidad y ánimo para aprender y ser más activo.” (Isábal, 2012, p.10). Debemos enseñar a nuestros alumnos a tener pensamiento crítico, dando prioridad a nuestra salud y calidad de vida antes que a la imagen corporal que proyectamos o tenemos.

Por su parte, es deber de la sociedad tomar conciencia de las enfermedades o trastornos en general y de los menores en especial para evitar eludir responsabilidades ante conductas inapropiadas en lo relativo a la alimentación y el estilo de vida saludable, es labor de todo el entorno escolar, familiar y contextual del niño asegurarle un estado nutricional óptimo. En este punto es donde se encuentra el presente trabajo, cuyo papel es instruir tanto a padres como a maestros en aspectos relativos a estas patologías, conocer las diferentes posibilidades de actuación, consecuencias que pueden darse y las causas o factores sobre los que se debería estudiar o intervenir, pero principalmente se pretende dejar constancia de las posibilidades que tiene el ámbito educativo y familiar en la mejora de la calidad de vida de los niños.

TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

Definición y criterios diagnósticos

Los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA¹) quedan definidos como “*illnesses in which the people experience severe disturbances in their eating behaviors and related thoughts and emotions. People with eating disorders typically become pre-occupied with food and their body weight.*” (American Psychiatric Association, 2017, p.1) en otras palabras, son alteraciones en relación a la alimentación y que se ven reflejadas en aspectos como una gran obsesión por la imagen corporal propia y reducción en la ingesta de alimentos, llegando a presentar momentos de mucha hambre o incluso comer de manera compulsiva en algunos casos. Estas variantes se determinan o manifiestan según el tipo de TCA al que nos enfrentemos y que vamos a ir viendo a continuación.

Tal y como aparece en el tercer capítulo de *Salud y cuidados durante el desarrollo* (Águila, Segura & Águila, 2017, p.27) “Los dos trastornos de la alimentación más reseñados son la anorexia y la bulimia”, por lo que será en ambos trastornos alimentarios en los que nos vamos a centrar principalmente. La bulimia queda definida como un “trastorno caracterizado por la ingesta impulsiva de gran cantidad de alimentos y una vez satisfecho dicho deseo aparece el sentimiento de culpabilidad”. Esta impulsividad que se menciona podría ser la clave principal en este tipo de trastorno, ya que es la causante de que “el paciente manifieste no poder controlar la conducta de la alimentación durante estos episodios. Se provoca el vómito, utiliza laxantes o diuréticos y realiza excesivo ejercicio dirigido a perder peso”. Por su parte, la anorexia “no es considerada sólo como un problema con la comida, sino una forma de usar los alimentos y el ayuno”. En este caso el individuo maneja una imagen corporal errónea de sí mismo que le provoca reducir al máximo el consumo de alimentos para conseguir esa pérdida de peso ansiada.

Ahora bien, el hecho de ser los más notorios no va asociado a que sean los únicos casos que podemos encontrarnos en nuestra labor como docentes o padres, por lo que es necesario conocer cada uno de los TCA que existen, así como los criterios diagnósticos en los que están

¹ Las siglas en inglés son: EBD – Eating Behavior Disorders

sustentados y que aparecen recogidos en el El Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition² (DSM V) (Anexo 1).

En primer lugar encontramos la patología de Pica, asociada a aquellas personas que ingieren sustancias no nutritivas, es decir, elementos que no consideramos alimentos para nuestro organismo. Dicho comportamiento es inadecuado para el desarrollo del individuo.

También encontramos el trastorno de rumiación en el que la persona diagnosticada regurgita de manera repetida los alimentos ingeridos, es habitual que dichos alimentos regurgitados los vuelvan a masticar, los trague o los escupan.

Por su parte, el trastorno de evitación o restricción de la ingestión de alimentos podría definirse como la falta de interés por comer o alimentarse. Por otra parte, la anorexia consiste en la restricción de la ingesta de alimentos principalmente por el temor a ganar peso. Es importante diferenciar ambos trastornos, en el primero hay una pérdida de peso debido a la falta de interés por alimentarse, mientras que en la anorexia, la pérdida de peso es el objetivo principal y para conseguirlo, restringen la ingesta de alimentos.

La gravedad de la anorexia, conforme al DSM V, está fundamentada en el índice de masa corporal actual, y quedan clasificados en leve, con un IMC entre 19 y 17 kg/m², moderado con un IMC entre 16 y 16,99 kg/m², grave entre 15 y 15,99 kg/m² y extremo con un IMC menor a 15 kg/m².

La bulimia nerviosa (BN), al igual que la anorexia nerviosa (AN), se fundamenta en el miedo al aumento de peso, diferenciándose de esta por presentar episodios recurrentes de atracones. Durante dichos episodios hay una falta de control sobre la ingesta de alimentos, provocando que, posteriormente, se dé lugar a ciertos comportamientos compensatorios, tales como vómito autoprovocado, uso de laxantes, diuréticos o medicamentos, ayuno o ejercicio excesivo, para evitar el aumento de peso.

También podemos encontrarnos con el trastorno de atracones, por el que la persona presenta episodios con una ingestión de alimentos superior a la que la mayoría de personas ingeriría. Al igual que en la BN hay una falta de control de lo que se está ingiriendo, pero en este caso, no ocurren posteriormente comportamientos compensatorios, puesto que no existe ese temor irracional por aumentar de peso, pero causa bastante malestar clínico, entre otras cosas

² Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales – quinta edición.

debido a que come mucho más rápido de lo normal y en grandes cantidades sin sentir hambre física.

Por último nos encontramos con dos trastornos cuyo diagnóstico es algo menos restrictivo. Por un lado el trastorno de la ingestión de alimentos especificados en el que se englobarían los pacientes que presentan síntomas característicos de un trastorno alimentario causándoles cierto malestar, pero sin llegar a cumplir todos los criterios necesarios de ninguno de los trastornos mencionados anteriormente. Dentro de esta clasificación encontraríamos la anorexia atípica, trastorno por purgas, síndrome de ingestión nocturna de alimentos,... El segundo trastorno sería el de la ingestión de alimentos no especificado, en el que también hay un predominio de síntomas característicos de un TCA, pero sin llegar a cumplir todos los criterios. En este caso el clínico opta por no especificar el motivo de incumplimiento de dichos criterios, no incluyendo suficiente información para hacer un diagnóstico más específico.

Diagnóstico diferencial

Es importante que en el momento de tratar una enfermedad como la anorexia o la bulimia seamos conocedores de las diferencias que supone estar diagnosticado con uno u otro trastorno, sus peculiaridades, características,... La bulimia nerviosa ha sido considerada durante muchos años como un trastorno secundario de la anorexia nerviosa, pero las diferencias que se han ido encontrando entre unos pacientes y otros, nos ha llevado a considerar la bulimia nerviosa como un trastorno alimentario distinto a la AN, es por eso que, puesto que estas diferencias han sido determinantes como para crear una patología distinta, va a ser necesario que las conozcamos en el momento de la detección, la prevención y la intervención. El principal factor que puede ser diferenciador de un trastorno u otro es el peso, en el caso de la anorexia uno de los criterios según el DSM V necesarios para ser diagnosticado como tal, es tener un “peso significativamente bajo”, es decir, el Índice de Masa Corporal debe ser igual o menor a 17, mientras que en el caso de la bulimia esto no es estrictamente necesario, ya que sufren cambios constantes de peso.

Ahora bien, el peso, a pesar de ser de los factores más diferenciadores, no es el único aspecto que puede indicarnos si estamos ante un trastorno u otro. A nivel más comportamental los pacientes con Anorexia se definen por “un alto nivel de exigencia, una búsqueda implacable

de perfección, no sólo en su cuerpo sino en todo lo que se realiza, manteniendo muy buen rendimiento escolar, mientras sus condiciones psicofísicas se lo permiten” (Losada & Charro, 2018, p.27). Diferenciándose así de las pacientes con Bulimia, que se identifican por “practicar un estilo de vida más descontrolado, donde predomina el descontrol y el desenfreno” (Losada & Charro, 2018, p.21). Para completar el presente apartado, se incluye la siguiente referencia, que lleva a cabo una descripción y diferenciación de ambos trastornos bastante completa y resumida:

Las chicas con bulimia intentan constantemente llevar a cabo una dieta muy restrictiva pero cuando no lo consiguen, pierden el control dándose atracones en exceso y por consiguiente, conductas compensatorias tal y como hemos indicado anteriormente. Las personas con bulimia, en general, son menos perfeccionistas y parecen presentar un problema de control de impulsos que las lleva a experimentar conductas arriesgadas como por ejemplo, tener relaciones sexuales promiscuas sin ningún tipo de protección, descontrol con el alcohol u otras drogas. A diferencia de las personas con anorexia, las chicas que padecen bulimia, compensan el apetito con enormes atracones que son seguidamente compensados con vómitos o con la utilización de laxantes. (Bar, 2017, p. 22)

Comorbilidad

En nuestros días existen diversos estudios que demuestran que puede existir cierta comorbilidad entre los TCA y algunos Trastornos mentales.

En un estudio realizado en 1996 por Grillo, Levy, Becker, Edell y Mcglahan se encontró que el 97% de los pacientes que tenían un trastorno alimentario cumplían criterios para, al menos, un diagnóstico adicional del eje I del DSM-IV. Dentro de estos diagnósticos los más frecuentes fueron los trastornos del estado de ánimo, el consumo de sustancias adictivas, los problemas de ansiedad y fobia social, así como las disfunciones sexuales (Ascenzo, 2013).

También, Varela-Casal, Maldonado & Ferré en 2011, realizaron en Madrid un análisis de los factores de riesgo en 101 historias clínicas de pacientes con TCA, en el que “se encontró una relación significativa entre consumo de alcohol y sustancias psicoactivas y el desarrollo de

factores asociados para TCA con un porcentaje de 86,9%” (Marmo, 2017, p. 6) esto podría quedar justificado con la impulsividad que manifiestan los pacientes con TCA,

La impulsividad, que es otra característica común en este tipo de trastornos y que es definida como la dificultad que tiene la persona de regular sus impulsos está muy relacionado al hecho de que éstas personas suelen ser hostiles en algunas ocasiones así como a la tendencia que poseen al abuso de drogas, la agitación y a la autodestrucción. (Kirszman & Salgueiro, 2002, como se citó en Ascenzo, 2013)

Es decir, sería un error concebir los TCA como trastornos aislados que presentan algunas personas, ya que muchas veces van condicionados o son desencadenantes de otros trastornos que agravaría la patología en gran medida y que, por tanto, la intervención y la posible recuperación se verían ralentizadas, además de resultar mucho más dificultosas.

Anteriormente hemos indicado algunos rasgos por los que podríamos diferenciar a un paciente con bulimia y a uno con anorexia, pero podemos encontrar también aspectos diferenciadores conforme a la sintomatología de otras enfermedades o trastornos. No contentos con eso, podemos encontrar discrepancias incluso según el subtipo de Anorexia “el subtipo restrictivo se caracteriza por un mayor perfeccionismo, rigidez, hiper-responsabilidad y sentimientos de ineficacia, mientras que en el subtipo purgativo suele predominar un sobrepeso premórbido, mayor impulsividad, reacciones distímicas, mayor labilidad emocional y conductas adictivas” (Fernández & Jáurergui, 2016, p. 72). Por su parte,

Los pacientes con AN subtipo purgativo y los pacientes con BN tienen mayores niveles de psicopatología en depresión, irritabilidad, ansiedad y conducta antisocial (abuso de sustancias y robos) en comparación con los pacientes con AN restrictiva, es decir, que la sintomatología bulímica agrava la psicopatología. (Fernández & Jáurergui, 2016, p.73).

Centrándonos más en la Bulimia Nerviosa podemos considerar que “es frecuente la presencia de ansiedad, depresión, irritabilidad, conductas adictivas, mal control de impulsos, e ideaciones suicidas agudizadas en los momentos de episodios bulímicos” (Fernández y Jáurergui, 2016). Y al igual que en el caso de la anorexia, podemos encontrar diferencias según el subtipo de BN al que nos enfrentemos “el subtipo purgativo presenta mayor grado

de distorsión de la imagen corporal, mayor deseo de delgadez, más patrones alimentarios anómalos y mayores niveles de psicopatología (sobre todo en depresión, obsesiones y ataques de pánico), que el subtipo no purgativo” (Fernández & Jáurergui, 2016, p. 73). Por lo que podríamos afirmar que la comorbilidad psiquiátrica y médica va a ser mayor en el subtipo purgativo que en el no purgativo.

Con todos estos datos y estudios aportados podemos empezar a ser más conscientes de que los TCA son enfermedades que conllevan muchas otras dificultades asociadas y que provocan cierta vulnerabilidad en la persona para alcanzar el bienestar.

Variables

Una vez vistas las patologías y características que suelen ir asociadas a los Trastornos de conducta Alimentaria es conveniente estudiar cuáles son las variables o Factores de Riesgo (FR), entendidos estos como “aquellas características o eventos que predisponen a un sujeto a padecer un desajuste” (Lorence, 2007; Mikulic & Crespi, 2005; Rutter, 1990, citado en Marmo, 2017, p.4), que hacen vulnerable a la persona incentivando en cierta medida el riesgo de padecer dichos trastornos, en nuestro caso la anorexia y la bulimia.

Para hacer una detección de dichas variables ha sido necesario llevar a cabo múltiples estudios estadísticos especializados para analizarlas, haciendo uso del programa SPSS 11.5 para Windows, análisis de varianzas, de gráficos,...

Los resultados obtenidos permiten afirmar que el riesgo de padecer trastornos alimentarios, [...] es mayor en las mujeres que en los hombres, en el grupo de edad de 15-18 años que en el de 12-14 años, en personas con autoconcepto físico bajo y en quienes realizan actividad físico-deportiva de forma esporádica en comparación con quienes la practican de forma habitual. (Goñi & Rodríguez, 2007, p.2)

De aquí obtenemos que las principales variables asociadas a la anorexia o a la bulimia son la edad, el autoconcepto físico o la imagen corporal propia que se tiene, que irá en cierta medida asociada a la autoestima y a la práctica, o no, de ejercicio físico.

Los estudios han avalado que “*The most frequent age for the onset of anorexia nervosa is between 13 and 18 years old, while the onset of bulimia nervosa generally occurs at the end of adolescence or the beginning of adulthood*”³ (Goñi y Rodríguez, 2007, p.2), por tanto es importante que en los cursos previos a los 13 años, es decir, los últimos cursos de Educación Primaria (EP) y en los primeros cursos de Educación Secundaria Obligatoria (ESO) se realicen programas y actuaciones que ayuden a prevenir estos trastornos, tratando de mermar su aparición.

Podemos encontrarnos también factores de índole social, en los que se incluiría los ideales culturales sobre la belleza que permanecen arraigados en nuestra sociedad, donde estar delgado está mucho mejor visto que el lado contrario. “En Brasil, Portela de Santana et al., (2012) refieren que las presiones socioculturales por tener un cuerpo ideal promueven una mayor valoración de la apariencia e incluyen también las críticas de parte de la familia y/o compañeros.” (Marmo, 2017, p.6) Estos ideales hacen mella en el autoconcepto de las personas y al final éste es uno de los aspectos más vinculados con este tipo de trastornos, causando que algunos niños, adolescentes o adultos lleven esta ideología a un extremo muy lejos del bienestar saludable.

In fact, body dissatisfaction is the main risk factor for suffering from eating disorders since it predisposes the subject to precipitate or maintain anorexia nervosa and bulimia nervosa; negative feelings about one's own body may even be the only significant predictor for the onset of some kind of eating behaviour disorders. (Goñi & Rodríguez, 2007, p.2) ⁴

Con esta cita podemos darnos cuenta de la relevancia de este FR, ya que nos indica que, incluso de manera aislada, sería suficiente para desencadenar dichos trastornos. Es por ello, que éste factor, será uno de los pilares fundamentales en nuestro proceso de prevención ya que forjar un buen autoconcepto en el momento más adecuado va a ser necesario para evitar

³ La edad más frecuente para el inicio de la anorexia nerviosa es entre los 13 y los 18 años, mientras que el inicio de la bulimia nerviosa, generalmente, ocurre al final de la adolescencia o al comienzo de la edad adulta.

⁴ De hecho, la insatisfacción corporal es el principal factor de riesgo para padecer trastornos alimentarios ya que predispone al sujeto a precipitar o mantener la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa; Los sentimientos negativos sobre el propio cuerpo pueden incluso ser el único predictor significativo de la aparición de algún tipo de trastorno de la conducta alimentaria.

que haya cabida para este tipo de trastornos “*We can therefore state that those with a medium-high self-concept in the early stages of adolescence are less at risk from eating disorders.*”⁵ (Goñi & Rodríguez, 2007, p.6).

Otra de las variables sería la realización de ejercicio físico, es importante contemplar este factor como un aliado en el objetivo de llevar a cabo un estilo de vida saludable, ahora bien, el exceso o uso compulsivo del mismo puede llevarnos a convertir dicha variable, que en principio debería ser concebida como un aliado para combatir enfermedades de esta índole, en un factor de riesgo para nuestra salud tanto física como mental “*Excessive or compulsive physical activity is associated decisively with the pathogenesis and maintenance of such problems*”.⁶ (Goñi & Rodríguez, 2007, p.2) En muchos casos este excesivo ejercicio va acompañado de una dieta estricta, que incrementaría la valoración del ejercicio físico como un FR “Consideran también que el ejercicio físico excesivo es un FR para el desarrollo de AN, sobre todo cuando se combina con la realización de una dieta.” (Marmo, 2017, p.6). Por lo que este aspecto será otro de los puntos a trabajar en la prevención y que forma parte del papel que deben ejercer padres y maestros.

Las variables psicosociales, por ser las más moduladoras, son sobre las que deberemos hacer especial hincapié en el momento de llevar a cabo nuestros programas de prevención o intervención, ya que es sobre estas sobre las que podemos actuar y trabajar con los alumnos. Aspectos como la edad o el sexo, al final, acaban siendo irremediables no está en nuestra mano trabajar sobre lo biológico que resulta inamovible al fin y al cabo, sino más en lo psicosocial. Es por ello que en los programas tanto de intervención para la obesidad como de prevención para la bulimia vamos a incidir en el trabajo sobre aspectos como el autoconcepto, aspectos educacionales como conocer nuestro cuerpo y sus necesidades o la importancia de llevar una vida saludable, tanto en nuestra alimentación como en nuestra vida activa.

⁵ Por tanto, podemos afirmar que quienes tienen un autoconcepto medio-alto en las primeras etapas de la adolescencia tienen menor riesgo de sufrir trastornos alimentarios.

⁶ La actividad física excesiva o compulsiva se asocia de manera decisiva con la patogénesis y el mantenimiento de tales problemas.

Por este lado, todas estas variables quedarían reflejadas de forma personal en nuestros alumnos con TCA en forma de factores de riesgo, entre los que encontramos:

La insatisfacción con la figura y el peso corporal, la práctica crónica de dietas, la baja autoestima; los rasgos de personalidad tales como la necesidad de aprobación, la dificultad para expresar sentimientos, la evasión de los conflictos, un patrón de pensamiento rígido con gran énfasis puesto en el deber ser; la sensación de ausencia de autocontrol que se traduce en la búsqueda de control sobre la conducta alimentaria, el perfeccionismo y la resolución de la identidad. (Marmo, 2017, p.6)

Por último, los padres y los vínculos que forjan con los hijos también terminan siendo esenciales en la presencia de trastornos, concretamente en los TCA resultan muy determinantes:

La familia tiene una gran influencia en las creencias, en las prácticas y en la elección y consumo de los alimentos, es la creadora de las pautas de comportamiento en la alimentación, es por eso que los trastornos alimentarios podrían entenderse como un síntoma de la disfunción familiar cuanto mayor es la disfunción más grave sería el trastorno (Cruzat, Ramírez, Melpillán & Marzolo, 2008). Es decir que un estilo de crianza inadecuado puede actuar como un factor predisponente a los trastornos de la conducta alimentaria. (Losada & Charro, 2018, p.8)

Al final estos factores de riesgo se convierten en señales que pueden ser de gran utilidad para el entorno de la persona que presenta AN o BN puesto que les ayuda a que visualicen la posibilidad de que exista dicha patología y que se empiecen a tomar medidas y decisiones. Ahora bien, existen muchas otras que vamos a ver más adelante y que van a resultar provechosas en el ámbito educativo del alumno.

Por tanto la edad, el autoconcepto y la actividad física, al ser factores de riesgo, se convierten en variables a tener en cuenta en el momento de prevenir un TCA, de la misma forma que los estilos parentales. La actividad física por su parte va a ser un buen recurso para prevenir estos trastornos y, conforme a los datos aportados, deberemos poner especial atención a las adolescentes entre 15 y 18 años, considerando los cursos previos como muy relevantes en el proceso de prevención. Consideramos importante incluir la siguiente cita para cerrar este

apartado “Es posible desarrollar un trastorno de la conducta alimentaria con o sin estas características, sin embargo, mientras más factores de riesgo se encuentren en una persona, mayor será la probabilidad de desarrollar un trastorno alimenticio” (De las Casas, 2008; Guerrero, 2008, recogido de Ascenzo, 2013, p.7)

Perfeccionismo

Uno de los principales indicadores de trastornos como la anorexia es el perfeccionismo, entendido éste como “una disposición de la personalidad que se caracteriza por esfuerzos de impecabilidad y el establecimiento de estándares de rendimiento excesivamente altos, acompañados de una tendencia a demasiadas evaluaciones críticas” (Hewitt & Flett, 2004 citado por Aguilar & Castellanos, 2016, p. 207).

Oros (2003) defiende que existen suficientes indicadores para considerar que el perfeccionismo actúa como factor de riesgo para la salud y el bienestar, tanto físico como mental y emocional de las personas, convirtiéndose en un factor que podría llegar a incrementar la vulnerabilidad psicológica, con posibilidad de desencadenar otros trastornos en un futuro.

Hewitt & Flett (1991) elaboraron una Escala Multidimensional de Perfeccionismo, la MPS-H (o HMPS), una de las más utilizadas para la investigación del perfeccionismo, evaluando tres dimensiones: el Perfeccionismo autorientado, el Orientado hacia otros y el Prescrito socialmente.

Aguilar & Castellanos (2016), exponen en su trabajo la Child-Adolescent Perfectionism Scale (CAPS – Escala de perfeccionismo Niño-Adolescente) con la que se obtuvieron dos factores, el primero el Perfeccionismo socialmente prescrito compuesto por 12 de los 22 ítems con los que cuenta la escala y que hace referencia a la presión que recibe la persona de los demás para alcanzar unas metas poco realistas. El otro factor, el Perfeccionismo autorientado consta de 10 ítems, que hacen referencia a las autoimposiciones poco realistas que realizan las personas de ellas mismas.

Se realizaron distintos análisis con esta escala, cuyos resultados quedan reflejados en el Anexo 2 y que se podrían resumir en que el perfeccionismo autorientado se asocia con el deseo personal de perfección, con los deseos de la madre, con darle bastante importancia a la

apariencia y que es una dimensión adaptativa; mientras que el perfeccionismo socialmente prescrito se quedaría vinculado a los deseos maternos y paternos de perfección, a una menor autoestima social, así como con actitudes alimentarias anoréxicas, tendencias bulímicas y un control excesivo, además de su relación con síntomas de un pensamiento desorganizado, desviación, ideación persecutoria, introversión social, autodesprecio e hipocondría. Podríamos resumir estos resultados con la premisa de que el perfeccionismo socialmente prescrito se asocia de forma más amplia a dificultades o trastornos psicológicos en comparación con el perfeccionismo orientado hacia sí mismo.

Quinteros (2007, citado en Aguilar & Castellanos, 2016) llevó a cabo un estudio de las características de la personalidad del niño y la percepción que tiene sobre el estilo de crianza de los padres. Llegó a la conclusión de que los rasgos de personalidad predicen el perfeccionismo infantil, es decir, a mayor neuroticismo⁷ en el niño, mayor probabilidad hay de que desarrolle creencias perfeccionistas disfuncionales. Además los niños que perciben un control mediante amenazas o privación de afecto de los padres tienen una mayor tendencia a desarrollar este estilo de perfeccionismo disfuncional, comparados con los que perciben un estilo de crianza menos coercitivo.

Con esta recopilación de información se puede confirmar que los niños con mayor disposición a seguir reglas o que tienen un control parental muy rígido son más propensos a generar conductas de la personalidad más disfuncionales, como pueden ser la anorexia o la bulimia; mientras que los que tienen mayor flexibilidad en las reglas o normas, pueden poseer un factor de protección ante estas conductas y prevenir otros problemas como la ansiedad.

Estilos parentales

La familia es otro de los aspectos más relevantes en los TCA, que podría incluso considerarse como otra de las variables que determinan, en cierta parte, la aparición o permanencia de estas patologías, y es que el núcleo familiar queda definido como:

⁷ El **neuroticismo** o **inestabilidad emocional** es un rasgo psicológico relativamente estable y que define una parte de la personalidad, el cual conlleva, para quien puntúa alto en este rasgo: inestabilidad e inseguridad emocional, tasas elevadas de ansiedad, estado continuo de preocupación y tensión, con tendencia a la culpabilidad y generalmente unido a sintomatología psicosomática

Uno de los componentes más importantes e influyentes ya que se trasladan opiniones y costumbres con respecto a la nutrición, así como se configuran pautas y hábitos, además se estima que la familia puede ser uno de los elementos causantes ya que según la dinámica familiar que se lleve a cabo, puede favorecer que surjan estas alteraciones o como componente de sostenimiento cuando la relación entre estos individuos consiente que se mantengan los síntomas y acciones de los pacientes de manera duradera (Águila et al, 2017, p. 27).

Muchas veces los padres o tutores legales no son realmente conscientes de lo significativos que son para sus hijos, pero muy lejos de la realidad sus conductas traen infinidad de consecuencias ya sean positivas o negativas en el desarrollo cognitivo, emocional o conductual de sus hijos, es por ello que, “se debe hallar un punto óptimo de cercanía en donde exista una sensación de proximidad emocional y comprensión entre padres e hijos pero sin llegar a extremos” (Ascenzo, 2013, p.11). *Los excesos nunca fueron buenos*, y en relación al trato de padres e hijos tampoco, y es que

El estilo de crianza, está relacionado con el ajuste de la personalidad, la creatividad y la normalidad del comportamiento de ese individuo. A su vez, el tipo de relación con la madre y el padre tiene un efecto en el desarrollo de los recursos de afrontamiento: el apoyo social, el locus de control y la confianza interpersonal. (Losada y Charro, 2018, p.5)

Por lo que al final la forma en que comunicamos es determinante en la personalidad del niño y, como mínimo, deberíamos ser conscientes de ello, de ahí que dediquemos este apartado de manera expresa.

Baumrind (1973), (citado en Losada & Charo, 2018, p. 6) diferencia cuatro estilos de crianza: el autoritario, el democrático, el permisivo y el indiferente. En base a estos 4 tipos se realizaron infinidad de estudios, entre ellos se desarrolló una investigación empírica en un Instituto de Argentina de Trastornos de la Alimentación. La muestra estuvo formada por 16 participantes de sexo femenino, cuya media de edad fue 17 años de edad. Cuatro pacientes de la muestra (25%) presentaron Anorexia, ocho (50%) Bulimia y las cuatro restantes (25%) Trastorno de la Conducta Alimentaria No Especificado (TANES). Se evaluó de forma individual a cada uno de los participantes para comprobar el estilo parental que impera según

el tipo de trastorno de la alimentación al que nos encontremos, evaluando dimensiones como la aceptación, el control estricto, el control aceptado, el control patológico, la autonomía extrema, el desinterés,... Es importante determinar que aunque no se encontró una plena unanimidad en los resultados de las pacientes presentaban la misma patología:

Se podría decir que las pacientes con un Trastorno Anoréxico percibieron en su mayoría un Estilo de Crianza, tanto materno como paterno, Permisivo [...] en la Bulimia predominó la percepción de un Estilo de Crianza parental Autoritario. Y por último en los TANES [...] reina el Estilo de Crianza Indiferente. (Losada & Charo, 2018, p. 17).

Hemos destacado que la familia ejerce un papel muy importante pero no determinante, ya que no por ejercer un estilo parental u otro de los mencionados nuestro hijo debería presentar un TCA, siguiendo a Chandler (2001) “la familia es un factor esencial, pero no en sí mismo suficiente como para justificar la aparición de un TCA.” (Marmo, 2017, p.6)

A lo largo del estudio se hace un análisis del motivo por el cual predomina un estilo u otro entre las pacientes con TCA y podría quedar resumido en el hecho de que las pacientes con anorexia, en algunos casos, suelen caracterizarse por un perfil obsesivo, exigente y perfeccionista, que les hace tener una imagen de sus padres como permisivos, puesto que de manera inconsciente ellas mismas ejercen un papel de exigencia mucho mayor que el de sus tutores, es decir, podría tratarse de una imagen sesgada, por lo que no deberían tomarse estos resultados como determinantes. Es importante determinar que estos niveles de exigencia que presentan determinados niños tienen su origen en episodios que ellos mismos han experimentado previamente, no solamente en el entorno familiar, sino también en el escolar, y que acaban forjando su personalidad, de ahí que la intervención deba focalizarse en ambos ámbitos.

Analizando a las pacientes que presentan Bulimia, debemos destacar que a diferencia de las que padecen Anorexia donde prima la perfección y la exigencia, se caracterizan por un estilo de vida más descontrolado e impulsivo, es por esto que encuentran estas conductas compensatorias como una “solución”, es decir se entenderían estos comportamientos como una conducta reactiva ante el excesivo control percibido:

La prevalencia del Estilo Autoritario podría asociarse con el desarrollo de la patología en el sentido de que al haber tanto control y exigencias de madurez en el entorno familiar, y poco lugar a la comunicación e intercambio, estas pacientes encontrarían como vía de escape de esta situación el descontrol y desborde que las suele caracterizar. (Losada & Charro, 2018, p.17)

A modo de resumen podríamos determinar que “Las características en las relaciones familiares más frecuentes en este tipo de enfermedades son la sobreprotección, excesiva firmeza, negatividad, una menor unión, baja tolerancia y escaso amoldamiento” (Ruiz et al, 2009, recogido de Águila et al, 2017) y como recomendación añadimos la siguiente cita:

Convirtiéndose así en pilares primordiales de la crianza, las dimensiones de control, afecto y grado de implicación en la educación de los hijos, siendo éstas las variables que mejor predicen un buen estilo educativo y la calidad del vínculo paterno-filial. (Mestre, Tur, Samper, Nácher & Cortés, 2007, citado en Losada & Charro, 2018, p. 5)

Consecuencias de los TCA

Muchas veces las consecuencias que genera padecer un TCA o incluso aquellos aspectos que los caracterizan, van a acabar siendo indicadores para que el entorno sea alarmado ante la posibilidad de estar ante un caso de TCA. Por las definiciones e información que hemos ido aportando anteriormente es fácil deducir que los principales indicadores conductuales que podemos observar de manera más directa pueden ser los atracones, los vómitos inducidos, la pérdida excesiva de peso, el uso de laxantes o recurrir al ejercicio físico de manera excesiva, pero podemos encontrarnos otros indicadores menos obvios y que van a ir apareciendo a continuación.

Los TCA van de la mano de una multitud y diversidad de consecuencias tanto a nivel cognitivo, fisiológico, conductual e incluso afectivo que vamos a ir viendo. Como ya hemos introducido hay una serie de consecuencias orgánicas “dentro de las consecuencias somáticas se encuentran las irregularidades menstruales, deficiencia de calcio, pérdida de peso, alteraciones renales, estreñimientos, alteraciones cardiovasculares como la disminución del tamaño del corazón entre otras” (Cervera, 2005; Castro, 2009, recogido de Ascenzo, 2013, p.6). Dadas las características de las consecuencias que encontramos con respecto a esta tipología sería fácil considerar que son los tutores legales de los niños los que se dan cuenta

en primera instancia de estos aspectos, pero lo cierto es que son los maestros los primeros que suelen detectar estas anomalías, dado que la posibilidad que tienen de comparar los síntomas de estos niños con sus iguales es mayor.

“Asimismo se encuentran alteraciones cognitivas como problemas de concentración, de atención y de memoria. A nivel conductual el individuo puede llegar a aislarse socialmente, caer en rutinas como pesarse constantemente y mirarse en todo momento al espejo” (Cervera, 2005, citado en Ascenzo, 2013, p. 6) Estos aspectos son muy visibles dentro del ámbito educativo y puede ser un signo de alerta en caso de que aun no haya sido diagnosticado el caso o estudiado. “En el aspecto emocional el individuo experimenta una ansiedad muy intensa, es inestable e irritable, se encuentra triste, con poco ánimo, tiene ganas de llorar sin razón alguna y existe pérdida de interés por algunas actividades que antes le producían placer” (Raich, 1996; Cervera, 2005; Langley, 2006; Zusman, 2009; Touchette, et al., 2011, recogido de Ascenzo, 2013, p.7).

Hay una serie de factores que van asociados a los TCA como la baja autoestima, sentimientos y pensamientos de culpabilidad por haber comido, el rechazo al contacto social y cierta impulsividad, esto último más asociado a la bulimia nerviosa. Pero hay muchas otras características que podemos encontrarnos:

El perfeccionismo, la sensación de inutilidad, el mal humor, el temor a la madurez, la dificultad de funcionar de manera autónoma, el sentimiento de ineficacia, la desconfianza e inseguridad social, el consumo de drogas y la alexitimia entendida como la incapacidad para leer emociones son otros elementos que frecuentemente se encuentran presentes en los adolescentes que presentan un trastorno alimenticio. (Clausen, Rosenvinge, Friborg, & Rokkedal, 2011; Kirszman & Salgueiro, 2002; Touchette, et al., 2011; White & Grilo, 2011, citado en Ascenzo, 2013, p.7)

Por su parte Maganto y Cruz (2002) hallaron que en la base de los trastornos de la conducta alimentaria se encuentra la percepción distorsionada de la imagen del propio cuerpo que lleva a que las personas perciban un mayor peso y tamaño del cuerpo del que realmente tienen (Clausen, Rosenvinge, Friborg, & Rokkedal, 2011; McMillan, Stice, & Rohde, 2011, se citó en Ascenzo, 2013, p. 7), quedando, de esta manera clara que la percepción alterada de la imagen corporal es una de las características más significativas de las personas que sufren

este tipo de trastornos. *“Body dissatisfaction is defined as the negative subjective evaluation of one’s physical body such as figure and weight, and has been found to be a prominent risk factor in the development and maintenance of eating disorders”*⁸ (Hospers & Jansen, 2005).

El hecho de verse a uno mismo con una imagen distorsionada y alejada de una figura idealizada, provoca que el alumno presente sensaciones como la tristeza, vergüenza, ansiedad y frustración, que le provoca experimentar ciertos pensamientos de que se le está juzgando, evaluando y que está siendo rechazado. Estas ideas que la misma persona genera son las que acaban provocando que el paciente desarrolle los trastornos o enfermedades que hemos visto en el apartado de comorbilidad, tales como trastornos de ansiedad, fobia social, etc.

Conforme al ámbito comportamental, sabemos que la impulsividad sería una de las características vinculadas con estos trastornos, pero también lo es el perfeccionismo,

Por la que los sujetos piensan que solamente tienen la opción de tener niveles de rendimiento personal excelentes y tienen la convicción que el resto de personas esperan de ellos resultados sobresaliente. Así, estos adolescentes creen que sus resultados individuales deberían de ser mejores, encontrándose satisfechos en pocas ocasiones al no creer que hayan alcanzado la perfección en la tarea o actividad realizada. (Ascenzo, 2013, p.10)

Esta característica queda ligada a otra, el ascetismo

El perfeccionismo está muy relacionado a otra de las características usuales en los trastornos alimenticios como es el ascetismo en el sentido que son sujetos con diversos ideales espirituales tales como la auto superación, la autodisciplina, el sacrificio y el control de las necesidades corporales. (Clausen et al., 2011; Kirszman & Salgueiro, 2002, recogido en Ascenzo, 2013, p.10)

Se debe estar muy atento, sobretodo en nuestro papel como padres y maestros, a todas estas características y consecuencias mencionadas que van generando los trastornos alimenticios,

⁸ La insatisfacción corporal se define como la evaluación subjetiva negativa del cuerpo físico, como la figura y el peso, y se ha descubierto que es un factor de riesgo destacado en el desarrollo y mantenimiento de los trastornos alimentarios

porque solamente de esta forma, podemos prevenir a tiempo e intervenir de la manera adecuada.

Indicadores o señales de alerta útiles para padres y maestros

Como ya hemos visto, aunque atendiendo siempre a las excepciones, las personas diagnosticadas con TCA presentan unas características algo concretas y peculiares asociadas a su condición, por lo que de la misma manera existen ciertos signos o señales que pueden indicarnos antes de ser diagnosticados que podemos encontrarnos ante un posible caso, es decir, en los momentos previos a la detección. Carmina Saldaña, (2001) en su libro *Detección y prevención en el aula de los problemas del adolescente*, concretamente en los capítulos 5 y 6, dedica unas páginas a diversos aspectos relacionados con los trastornos del comportamiento alimentario, entre las que se incluyen las señales de riesgo y es que, tal y como referíamos anteriormente, “la observación cotidiana de los alumnos permite detectar no solamente sus cambios físicos, sino también cambios en sus pautas de conducta, en sus pautas alimentarias y de actividad física en sus modos de actuar, relacionarse, pensar, etc.” (Saldaña, 2001, p. 119).

Siguiendo con esta autora y haciendo referencia a la información aportada en los anexos 3 y 4, podemos establecer semejanzas y diferencias entre la AN y la BN ateniendo a las características conductuales, emocionales cognitivas y personales de los y las pacientes con este tipo de trastornos.

A nivel conductual los pacientes de ambos trastornos, en relación con la comida, esconden los alimentos, cocinan para la familia, coleccionan recetas y libros de cocina, almacenan alimentos y beben mucha agua, esta conducta final en el caso de los pacientes con BN es para facilitar el vómito. Además son personas que prefieren comer solas, se pesan de manera frecuente y evitan ir a actos sociales donde se pueden sentir observados. Atendiendo a las diferencias conductuales se puede decir que las personas diagnosticadas con AN no toleran los adelantos o retrasos en el horario de las comidas y se levantan de la mesa durante las comidas, mientras que los pacientes con BN lo hacen inmediatamente después para vomitar. Por su parte las personas diagnosticadas con BN, se dan atracones y comen dulces y carbohidratos durante los mismos, acto impensable para los pacientes con AN.

Por su parte, la obesidad en la infancia también puede ser considerada como un factor de riesgo para el desarrollo de los TCA, “muchas chicas y chicos que desarrollan anorexia nerviosa o bulimia nerviosa tuvieron sobrepeso u obesidad con anterioridad” (Saldaña, 2001, p.106). La condición de una enfermedad como la obesidad, provoca que muchos alumnos tengan una baja autoestima, una gran insatisfacción corporal y un pobre autoconcepto de sí mismos ya desde muy pequeños, factores que, como ya hemos visto, son desencadenantes de trastornos alimentarios. Esto sumado a que “la adolescencia es el período en el que el efecto de la baja autoestima repercute más sobre el autoconcepto negativo y la insatisfacción con la imagen corporal” (Saldaña, 2001, p.108) es fácil entender esta predisposición a que niños que en su infancia han presentado sobrepeso u obesidad, en su adolescencia desarrollen un TCA.

Teniendo en cuenta el ámbito emocional, ambos tienen sentimientos de tristeza y depresión, se muestran irritables y con mal humor y tienen sentimientos de ineficacia, discuten por las comidas de manera frecuente, se sienten culpables por lo que han comido y califican su valía personal conforme al control que tienen sobre la comida, además se sienten insatisfechos por su imagen corporal. También muestran altos niveles de ansiedad, pero en los pacientes con BN esta viene provocada por la falta de control sobre la comida durante los episodios de atracón.

En relación a las características cognitivas son bastante homogéneos ambos grupos, tienen un pensamiento dicotómico, una lógica irracional, muestran dificultades para identificar, y por tanto, expresar sus sentimientos, así como para concentrarse en tareas distintas a las vinculadas con la alimentación, el peso o la silueta. Los pensamientos en relación a la comida y el peso son repetitivos, persistentes e irracionales y su imagen corporal está distorsionada, llegándose a ver gordos a pesar de estar delgados, sobre todo en los pacientes con AN. Una de las diferencias en relación a la cognición sería que las personas diagnosticadas con BN experimentan *craving*, entendido éste como el impulso irrefrenable de comer.

Atendiendo a las características personales, los pacientes con AN destacan por ser perfeccionistas, dependientes e introvertidos, “Por ello, es muy probable que estas chicas pasen a dedicar una importante parte de su tiempo a estudiar” (Carmina Saldaña, 2001, p.120); mientras que las personas con BN, son impulsivos, extrovertidos y muy ansiosos. Ambos grupos tienen baja autoestima y presentan dificultades en el momento de resolver problemas.

Conocer las características semejantes y las diferentes, permite ajustar mejor cuáles son las necesidades particulares de cada paciente, así como el diagnóstico, evitando posibles confusiones de otros trastornos comórbidos, por lo que también podremos centrar la intervención pertinente a dichas necesidades.

Además de estas características, que suelen ser muy observables una vez el paciente ya ha sido diagnosticado, existen unas señales de alarma más concretas (Anexo 5) que, de igual manera incluye Carmina Saldaña, (2001) en su libro, y nos pueden ser de gran utilidad, como por ejemplo, observamos que una chica o chico está perdiendo peso de forma considerable, que no está creciendo al ritmo esperable, que empieza a aislarse, tiene cambios bruscos de humor, que comienza a emplear muchas capas de ropa, que se interesa excesivamente por la práctica de ejercicio, que el rendimiento académico está cambiando, se fatiga o cansa más que de costumbre, se marea, o tiene comportamientos extraños en la alimentación como vomitar después de las comidas, tirar los alimentos, dejar comida en el plato justificándose en la falta de apetito, etc. El hecho de presenciar o detectar alguna de estas actuaciones no debe ser un motivo excesivamente alarmante, pero si observamos que se da lugar a varias de estas actuaciones y de manera frecuente, deberíamos focalizar la atención en dichos alumnos y actuar en caso de que sea necesario. También Bar (2017, p.21) aporta algunos hallazgos físicos que podemos encontrarnos en alumnos con TCA que se incluyen en el Anexo 6, de los cuales los más sencillos de detectar para padres y maestros serán una pérdida del esmalte dental debido a la regurgitación frecuente, así como daños en la estructura y forma de los mismos, también podremos observar callos o cicatrices en la parte dorsal de la mano y dedos, puesto que son el recurso más frecuente para provocarse el vómito. Por su parte Rome et al, (2009, p.100) aporta otros muchos indicadores físicos que podemos observar (Anexo 7), así como algunas preguntas con la intención de detectar, más que prevenir, que aunque son destinadas al ámbito clínico pueden ser útiles en nuestro planteamiento como docentes para cerciorarnos de que lo que estamos observando se adecúa a un posible diagnóstico de TCA. Todas estas pruebas físicas e indicadores pueden ser de gran utilidad para la detección de estos trastornos.

Ahora bien, estas señales de alarma las podemos observar cuando el alumno ya se ha iniciado en estos síntomas o trastornos, es decir, son visibles para nosotros debido a que el trastorno está arraigado o empieza a estarlo en el niño o niña. Para evitar actuar de manera tardía, es necesario aplicar programas de prevención ya desde la primera infancia.

Prevención TCA

Una vez analizada la información necesaria para comprender un poco más las secuelas, causas, factores, señales, etc. de estos trastornos, es conveniente conocer cómo prevenir a nuestros hijos y alumnos de presentar signos de patologías alimentarias. *“Prevention of eating disorders rests on recognizing and addressing early risk factors, screening at-risk patients, and providing prompt and effective interventions to patients identified with disordered eating”*⁹ (Rome et al, 2008, p. 99). Otros autores aportan posibles medios desde los que comenzar a abordar dicha prevención, así:

Uno de los aspectos que van a contribuir a mantener la salud es la alimentación, alterada en la actualidad por la influencia de los nuevos estilos de vida de la sociedad y sólo una correcta educación nutricional podría modificar conductas y actitudes erróneas, con el objetivo de recuperar hábitos saludables que ayuden a mejorar la calidad de vida. (Bolaños, 2009, p. 1070)

Conforme a esta reflexión, se presenta como esencial instaurar una educación nutricional correcta en la sociedad, que aporte hábitos alimentarios adecuados en la prevención de estos trastornos y enfermedades como la obesidad, previniendo además problemas cardiovasculares, diabetes o el cáncer. Es decir, implementando una educación nutricional óptima en las aulas, junto con el aprendizaje de hábitos saludables en relación a la actividad física podemos evitar casos no sólo de obesidad, sino también de otras patologías alimentarias como pueden ser los TCA.

Un buen nivel de educación nutricional se adquiere cuando la población toma consciencia y se hace responsable del cuidado de su salud, siguiendo las pautas y recomendaciones expresadas por la comunidad científica y los organismos nacionales e internacionales que se ocupan de proteger la salud. (Bolaños, 2009, p. 1074)

⁹ La prevención de los Trastornos de la Alimentación se basan en reconocer y abordar factores de riesgo tempranos, en la detección de pacientes de riesgo e intervenciones rápidas y eficaces para los pacientes identificados con un trastorno alimentario.

Para incorporar dicha educación nutricional va a resultar necesaria la implicación de padres, madres o tutores legales, junto con los maestros del centro “El ámbito educativo, la familia, los medios de comunicación y la atención primaria se identifican como los principales espacios para desarrollar estrategias de prevención de los TCA y conductas de riesgo” (March, Suess, Prieto, Escudero, Nebot, Cabeza & Pallicer, 2006, p. 8). Los maestros irán dando pautas dentro del aula a los alumnos, que deberán adoptar tanto dentro como fuera del entorno escolar, además se puede dar a los padres indicaciones útiles para ir implementando poco a poco en el hogar. Así Bolaños (2009) ofrece en su artículo recomendaciones sobre cómo introducir de manera progresiva los sabores y texturas, así como incluir variedad de alimentos saludables; dar un tiempo ajustado a cada comida (en las tomas intermedias es recomendable unos 15- 20 minutos, mientras que en las principales no sería necesario más de 40 minutos); se debe evitar distracciones como la televisión; enseñar normas de conducta en la mesa como lavarse las manos antes y después de las comidas; que se debe masticar y deglutir correctamente o estar sentado de forma adecuada y además, atendiendo a los primeros momentos de exposición ante un alimento sólido, explica que

Cuando el niño tiene un año y medio aproximadamente, acostumbrado a los líquidos rechaza nuevas texturas, por lo que es importante conocer que en ocasiones, son necesarias doce o quince exposiciones a un nuevo alimento para que un niño lo acepte. Si en ese momento los padres le dan otro alimento, provocarán que la alimentación del niño siempre se base en caprichos, conduciendo a las citadas dietas monótonas y carencias nutricionales. (Bolaños, 2009, p. 1077)

Va a ser determinante que el menor no asocie la comida a un premio pues al considerarlo como un refuerzo positivo puede dar lugar a una mayor ansia por las comidas, pero tampoco tratarla como un castigo, de manera que deberemos evitar enfados a la hora de las comidas o exponerle ante situaciones muy desagradables. Por su parte, solamente los padres son los encargados de asegurar que el comedor del colegio o guardería al que asista su hijo ofrece menús ajustados y de calidad nutricional.

“Cuando la educación nutricional de prevención no ha causado el efecto esperado y se desarrolla un TCA, es imprescindible saber que dada la complejidad de dichos trastornos, es indispensable un enfoque multidisciplinar” (Bolaños, 2009, p. 1081). Es por ello que, dejando a un lado aspectos formales de la alimentación se pasaría a intervenir en el ámbito

psicológico. Tal y como indica Ascenzo (2013, p.10) “El adolescente que sufre de un trastorno alimenticio tiene una dificultad muy grande para identificar, reconocer y describir sentimientos. Sus relaciones sociales están caracterizadas por la inseguridad, la desconfianza, la incomodidad, son insatisfactorias y tensas.”, de la misma manera, Córdova, Barriguete, Urbina, Arakelian & Sánchez (2012) aportan una guía para llevar un registro emocional (Anexo 8) puesto que consideran como factor de protección, el hecho de aprender a registrar las emociones, es por ello que parte de la prevención se encuentra en dar a los alumnos las herramientas necesarias para poder expresar sus emociones, pensamientos y preocupaciones, de esta manera, no solo podremos detectar situaciones de riesgo relacionadas con los TCA, sino un sinnúmero de trastornos, déficits o enfermedades que pueden darse en la infancia.

Además del registro emocional, resulta crucial que cualquier docente o profesional del centro reporte observaciones en relación a las conductas y estados de ánimo preocupantes de los alumnos, principalmente de aquellos que tengan una mayor exposición y disposición a desarrollar este tipo de trastorno. Por ello, Córdova et al, (2012) incluyen en su artículo una serie de recomendaciones para los maestros en su labor de prevenir y detectar posibles casos de TCA (Anexo 9), entre las que podemos destacar brindar apoyo ante las situaciones que angustien al alumno, ser facilitador del diálogo, mostrar preocupación por su situación y observar el grado de consciencia que tiene el alumno de su situación; así como también aportan indicaciones de actuaciones que deben ser evitadas (Anexo 10) por los docentes como puede ser la crítica hacia los sentimientos o preocupaciones que exprese el alumno, culparle por no cumplir las expectativas, sobrevalorar aspectos estéticos en lugar de dar prioridad a las emociones y cualidades personales internas, “se puede acercarse a los alumnos de tal manera que no se sientan juzgados, ni evidenciados dentro de su grupo. Es esencial que al hablar con un alumno, se haga de manera tranquila, suave, discreta e individual, recordando que lo que probablemente están sintiendo y/o viviendo es difícil describirlo en palabras.” (Córdova et al, 2012, p. 17).

En definitiva debemos aportar a los niños estrategias y herramientas para el fortalecimiento de la autoestima y el autoconcepto, dar una educación nutricional de calidad, así como habilidades para expresar y regular las emociones, consiguiendo un bienestar psicológico y dar una educación nutricional de calidad.

La educación nutricional en estas edades es fundamental para prevenir enfermedades como la obesidad y los TCA, disminuyendo este tipo de conductas y mejorando la capacidad crítica y responsabilidad de los adolescentes acerca de la alimentación y sus consecuencias en el estado de salud. (Bolaños, 2009, p. 1078)

Se podría decir que la base de la prevención es informar acerca de cómo identificar grupos de riesgo, cómo mejorar la autoestima y el autoconcepto de sí mismos, cómo modificar conductas de riesgo y cómo responder ante estereotipos culturales de adelgazamiento y belleza. Además sería apropiado trabajar con el control de la impulsividad, puesto que como ya hemos indicado previamente, es una característica propia de los pacientes que presentan TCA. Debemos conseguir que los alumnos dejen de estigmatizar la delgadez, que dejen de concebirla como el ideal que tanto divulgan los medios de comunicación, para ello trabajaríamos en la adopción de una actitud crítica ante la información que aportan dichos medios. Todo ello debe hacerse en completa colaboración entre maestros y padres, por ser las figuras de referencia más próximas de los menores.

Si apoyamos a los alumnos para que desarrollen habilidades de autocuidado, auto-efectividad y autoestima, y aprendan a utilizar las herramientas que hemos revisado de “Registrar sus emociones” y “Registrar el nivel de hambre y saciedad”, podemos fomentar la prevención del desarrollo de un TCA (Córdova et al, 2012, p. 17).

OBESIDAD

Definición, prevalencia y criterios diagnósticos

La obesidad es, según la Organización Mundial de la Salud (OMS) una acumulación anormal o excesiva de grasa que supone un riesgo para la salud. Resulta difícil encontrar una forma de medir la obesidad o el sobrepeso tanto en niños como en adolescentes, más que en adultos, puesto que su organismo presenta cambios fisiológicos constantemente a medida que crecen, sin embargo, el criterio más exacto para determinar su diagnóstico es el cálculo del porcentaje de grasa que contiene el organismo. Según Burgui (2012) para medir esto se puede hacer uso de varias técnicas, pero el índice más utilizado para el diagnóstico de obesidad es el Índice de Masa Corporal (IMC) y la medición del pliegue subcutáneo tricipital, que tiene que estar por encima del percentil 95.

El IMC equivale al cociente peso en Kg/talla en m². “Expresa una relación entre peso corporal y altura que no se corresponde exactamente con el contenido corporal de grasa, pero que sirve para evaluar de una forma bastante aproximada la grasa” (Isábal, 2012, p. 5). La OMS y la AAP (Asociación Americana de Pediatría) fueron los que establecieron que el punto de corte para dicho diagnóstico sería de un percentil 98 de IMC, y el percentil 85 para señalar el riesgo de obesidad y la necesidad de una vigilancia nutricional (Isábal, 2012). Para los adultos, la OMS (2020) define el sobrepeso con un IMC igual o superior a 25, considerándose obesidad en caso de que éste sea igual o superior a 30. Además aclara que hay que considerar el IMC como un “valor aproximado porque puede no corresponderse con el mismo nivel de grosor en diferentes personas” (OMS, 2020, p. 2) y que “en el caso de los niños, es necesario tener en cuenta la edad al definir el sobrepeso y la obesidad” (OMS, 2020, p. 2) (Anexo 11).

Conforme a la prevalencia, han sido muchos los estudios realizados con el fin de conocer este dato, entre ellos la Encuesta Nacional de Salud (ENS, 2005) que determinó que “un 37,8% de los adultos sufre sobrepeso y un 15,6% obesidad, porcentajes similares a los que se registran en la franja infantil y juvenil (30% de sobrepeso y 13,9% de obesidad)” (Marcos et al., 2010, p. 8); o el Estudio EnKid, que obtuvo los siguientes resultados: “En el subgrupo de varones, las tasas más elevadas se observaron entre los 6 y los 13 años. Sin embargo, en las chicas las

tasas de prevalencia más elevadas se observaron entre los 2 y los 5 años, con un pico máximo a los 18.” (Burgui, 2012, p. 6).

Según el proyecto europeo de investigación Idefics [...] España es uno de los tres países con mayor porcentaje de obesidad infantil (17,8%), superado por Italia, con un 19%, y Chipre, un 18%. En el periodo comprendido entre el año 1984 y 2000, se ha triplicado su frecuencia. Convirtiéndose en uno de los principales problemas de salud. (Burgui, 2012, p. 3).

En 2012 se realizó una nueva Encuesta Nacional de Salud o National Health Survey (NHS) en España, cuyos resultados fueron que la prevalencia del exceso de peso infanto-juvenil era del 35%, por lo que nuevamente 1 de cada 3 niños presentaban obesidad. Conforme al sexo, “el estudio de JM Gil et al. basado en la NHS de 2012 obtuvo una prevalencia de obesidad en varones del 8,5% y 9,1% en mujeres. En cuanto al sobrepeso, la prevalencia fue del 33,4% en varones y 17,7% en mujeres.” (Escorihuela, 2017, p. 19).

Otro de los estudios, Aladino, de 2015 analizó los datos en función del sexo y siguiendo los estándares de crecimiento según la OMS, observó “un mayor porcentaje de niñas con normopeso y de niños con obesidad, sin encontrar diferencias significativas entre ambos sexos en cuanto al sobrepeso” y a su vez, determinó que “era a partir de los 7 años cuando se producía un aumento de la prevalencia de sobrepeso en las niñas y de obesidad en los niños”. (Escorihuela, 2017, p. 21)

La OMS (2020) establece que, conforme a las estimaciones llevadas a cabo en 2016, 41 millones de niños menores de cinco años presentaban sobrepeso u obesidad y más de 340 millones de niños y adolescentes de entre 5 y 19 años presentaban sobrepeso o eran obesos. Atendiendo a los centros educativos en relación con el estado nutricional de nuestros alumnos podemos encontrarnos con estudios que confirman que ciertos colegios estarían asociados a un IMC u otro, así, conforme al análisis llevado a cabo por Alzate, (2012), 6 de cada 10 niños tanto de los colegios públicos como de los privados tienen un peso adecuado para su talla, en contraste con los cuatro de cada diez del colegio concertado. Es decir, 58,6 % de los alumnos del colegio público y un 51,8% de los privados presentan un peso adecuado, frente al 41,5% de los colegios públicos. Por su parte, un 6,7% de los alumnos de los colegios concertados y un 8,9% de los colegios privados presentan malnutrición por déficit, mientras que en los

públicos no suelen darse casos. Atendiendo a la malnutrición por exceso, los centros públicos y privados tienen una situación parecida, un 41,4% y un 39,3% respectivamente, frente al concertado que presenta un 52,2%.

La situación del concertado es la más preocupante debido a que algo más de la mitad (52,2%), esto es 5,2 de cada 10 estudiantes, tienen exceso de peso para su talla y prácticamente la mitad de los niños y niñas con exceso presenta obesidad, franca obesidad, no solo riesgo. Cabe señalar que 2 de cada 3 estudiantes obesos se encuentran en el colegio concertado y uno de cada dos de los que tienen sobrepeso. Sin embargo, la delgadez prácticamente se distribuye por igual entre el colegio concertado y el privado, pues el 50% aproximadamente lo aporta cada uno. (Alzate, 2012, p. 156)

Siguiendo estos resultados y datos obtenidos, sería conveniente, en el momento de intervenir pero sobre todo de prevenir, tener especial atención con los alumnos de estos centros concertados, por ser los más asociados a presentar malnutrición tanto por exceso como por defecto.

Factores condicionantes

Para intervenir contra la obesidad es importante conocer los factores o las causas que provocan la aparición y permanencia de la misma, ya que de esta forma conoceremos mejor cuál es el tipo de tratamiento que mejor corresponde a cada caso en concreto, ya que en muchas ocasiones puede influir mucho la genética, por lo que el tratamiento quedará más vinculado al ámbito clínico, y a veces tiene que ver con el modo de vida de la persona, para lo que necesitaremos que los alumnos y las familias tomen conciencia, por lo que resultaría esencial la labor del ámbito educativo. A nivel general, se conoce que “la causa fundamental del sobrepeso y la obesidad es un desequilibrio energético entre calorías consumidas y gastadas” (OMS, 2020, p.3). Ahora bien, hay una gran multitud de factores que pueden influir puesto que “La obesidad es una entidad de origen multifactorial. Su etiología implica factores ambientales, genéticos y psicológicos [...] La relación entre todos los factores define la etiología del exceso de peso en cada individuo” (Escorihuela, 2017, p. 8)

Así bien, en primer lugar nos encontramos con los factores de tipo genético, “existen más de 450 genes relacionados con la obesidad. [...] Las alteraciones genéticas actúan como factores predisponentes. [...] ello le confiere una predisposición determinada al incremento de su IMC, dando lugar a la obesidad poligénica” (Escorihuela, 2017, p. 8). En este caso, el rol de la genética tiene un papel relevante como en muchas otras enfermedades o trastornos, puesto que hay genes que provocan una cierta tendencia a desarrollar la obesidad en los niños. Además el riesgo aumenta cuando los padres también son obesos tanto si es por parte de uno o de ambos progenitores, aunque este hecho no descarta que también sea habitual encontrar casos de sobrepeso en los que ninguno de los padres presenta obesidad “el 25-35% de los casos de obesidad ocurren en familias en las que el peso de los padres es normal, aunque el riesgo aumenta cuando los padres son obesos. Si uno de los progenitores es obeso la probabilidad asciende hasta un 50%. Y cuando ambos lo son, hasta un 80%.” (Burgui, 2012, p.8). Estos datos resultan bastante alarmantes y van a ayudar en la comprensión de la relevancia que tienen las familias en el proceso de intervención y prevención de la obesidad de sus hijos.

En segundo lugar, cabe mencionar los factores ambientales. Dentro de este grupo entrarían bastantes aspectos a analizar, ya incluso desde la etapa intrauterina, como el IMC materno, el estado de salud de la madre o sus hábitos tóxicos (Escorihuela, 2017). Más adelante podemos encontrarnos aspectos como la lactancia materna, la alimentación con fórmula, el momento de introducción del *beikost*¹⁰ así como la edad en la que se produce el “rebote adiposo”. Por su lado, el consumo de alimentos poco recomendables como refrescos, bollería, embutidos o productos azucarados y el poco consumo de alimentos recomendables como fruta, verdura, lácteos, cereales,... resulta determinante. Otro factor ambiental sería el equilibrio ingresos/gastos ya sea de cantidad o de calidad de actividad física diaria, semanal o mensual; como el consumo de alimentos o el hábito de conductas sedentarias adoptadas. Además, en la población adolescente quedaría incluida la presencia o ausencia de hábitos poco saludables como el consumo de alcohol y tabaco. El ámbito familiar va a ser determinante, puesto que es “donde la población infantil y juvenil recibe buena parte de la educación, hábitos, conductas, costumbres y creencias” (Escorihuela, 2017, p. 12) por lo que la intervención será más

¹⁰Beikost es la incorporación de alimentos líquidos y sólidos combinados con la leche materna o artificial en la dieta del bebé

satisfactoria cuanto mayor sea la colaboración, cooperación y participación de los padres con el centro escolar, donde también van a aprender ciertos hábitos y conductas.

Hay otras variables que han sido consideradas también como influyentes en el exceso de peso de los niños como “el nivel socioeconómico familiar, el tipo de estructura familiar (hijo único, hijos adoptados, el último hijo de una gran familia, padres separados, familia monoparental, madre mayor de 35 años, familia numerosa), la presencia de exceso de peso en los padres, el nivel educacional de los mismos” (Escorihuela, 2017, p. 12) por lo que será importante atender estos factores y tenerlos bien presentes en el momento de tratar e intervenir con el alumno. Resulta extraño considerar el nivel socioeconómico relevante dentro de esta enfermedad, pero “este hecho se ve favorecido porque los alimentos más económicos son los que mayor aporte graso contienen” (Garijo, 2012, p. 9), es decir, las familias cuyos ingresos económicos son bajos, van a encontrar en este tipo de alimentos grasos una ayuda beneficiosa para su economía, pero un aspecto perjudicial a nivel de salud, por lo que proporcionar ayudas a estas familias es una forma de contribuir también a la reducción de un estilo de vida perjudicial para su salud y de mejorar su calidad de vida. Bolaños (2009), considera al medio social como el responsable de muchos de los cambios que se han producido con respecto a los hábitos alimenticios, mediante la adopción de horarios irregulares, ya que durante el fin de semana el descanso suele verse afectado, por lo que se produce también una alteración en las horas de las comidas. También es frecuente que las comidas vayan acompañadas por la televisión “La comida delante del televisor hace que el acto de comer se convierta en una acción mecánica que la persona realiza de forma rápida para terminar y hacer otra cosa o de forma lenta si el programa/serie/película que están televisando es mínimamente interesante.” (Bolaños, 2009, p. 1072). Por último, la tendencia a comer sólo lo que nos gusta y la monotonía en la alimentación causada principalmente por la falta de tiempo o el escaso interés culinario agravan más la incorporación de hábitos nocivos para nuestra calidad de vida.

Es importante, en el camino hacia una intervención y manejo de la situación adecuada, conocer los factores psicológicos vinculados con la obesidad, y es que “los factores psicológicos como la ansiedad, la depresión, los trastornos de personalidad, los trastornos de conducta y la inestabilidad emocional se han relacionado con el exceso de peso” (Escorihuela, 2017, p. 12) Ahora bien, debemos tener presente que no se conoce aún si estos factores poseen un carácter etiológico o surgen como una causa o consecuencia más de las

tantas que provoca la obesidad. Cabe mencionar también un cuarto grupo, los factores endocrinos, importantes también para la intervención.

Síndromes como el de Cushing, alteración de la glándula suprarrenal que aumenta la producción de cortisol o el hipotiroidismo, que se produce por la disminución de la hormona tiroidea, pueden llevar a la obesidad. En este caso tendría que vigilarse no sólo la nutrición, también la patología y su tratamiento, pero estos son casos especiales (Burgui, 2012, p. 8).

Marcos et al., (2010) incluyen otros factores importantes para la proliferación o permanencia de este exceso de peso en los niños como la situación geográfica, ya que aporta datos como que las tasas más elevadas se observaron en las Islas Canarias y en la región sur de España, mientras que las más bajas se encuentran en las regiones noreste y norte del país. Además de esto, añade la importancia del desayuno aportando dos cifras relevantes, la primera que el 59,5% de los niños dedica menos de 10 minutos al desayuno, por lo que se asociaría a una baja calidad nutricional. La segunda cifra, aún más alarmante incluso, es que sólo un 7,5% de los niños toman un desayuno equilibrado, es decir, hay un ínfimo porcentaje de niños que desayunan de forma correcta y responsable, a pesar de ser esta la comida más importante del día; entre otras cosas, por dar el aporte de energía necesario para llevar a cabo un buen rendimiento académico en el caso de los alumnos.

Dentro de este apartado es importante también incluir aspectos que ya en la etapa de infantil pueden ser indicadores para que se llegue a desarrollar dicha enfermedad. Isábal (2012) ha reconocido ciertos estilos de vida asociados a la promoción de la obesidad infantil, según el estudio EnKid en España y que ya hemos nombrado previamente, como por ejemplo que el peso al nacer sea mayor a 3500 gramos, ausencia de la lactancia materna, hábitos alimenticios incorrectos tales como una ingesta de grasa mayor al 38%, consumo alto de bollería, refrescos y embutidos y bajo en frutas y verduras; ser promotor de un estilo de vida sedentario como pasar más de 3 horas al día viendo la televisión o no practicar actividades deportivas.

Además, existen períodos críticos en relación con el aumento de riesgo de la obesidad en la infancia y que es conveniente tener presente. Según Burgui, (2012) existen cuatro etapas asociadas al peso: en primer lugar, el período fetal, puesto que todo lo que ocurre en el útero

repercutirá en el desarrollo del niño, además de la presencia de conductas como fumar durante el embarazo afecta al crecimiento y desarrollo del niño, causando sobrepeso. La segunda etapa es el primer año de vida, durante este tiempo la alimentación tiene un rol fundamental en el exceso de peso durante la infancia y la adolescencia, de manera que los niños que han sido alimentados con leche materna tienen un menor riesgo de padecer obesidad. Por otro lado, el rebote adiposo, se da a partir del primer año de vida, el IMC disminuye hasta los 5 o 6 años y a partir de ese momento comienzan a aumentar el peso de nuevo. Por último, la adolescencia, “considerada como la etapa de mayor riesgo, ya que la posibilidad de que la obesidad del niño le afecte de adulto pasa del 20% a los 4 años al 80% en la adolescencia” (Burgui, 2012, p. 9).

Me gustaría terminar el apartado con la siguiente cita, que refleja de manera resumida lo elaborado en este punto.

En la actualidad muchos niños llevan un estilo de vida obesogénico, es decir, siguen hábitos que fomentan la reducción de la actividad física (ir al cole en coche, utilizar el ascensor), disminuyen las horas de sueño, favorecen el ocio pasivo (televisión, videojuegos), incrementan el número de ingestas al día eliminando las más importantes como el desayuno, y condicionan el gusto por los alimentos más calóricos (Garijo, 2012, p. 9).

Es por ello que, partiendo del conocimiento de estos factores que influyen en los niños de manera individual, es decir, a cada uno de una manera u otra, vamos a poder adecuar nuestra intervención concienciando a familias y niños.

Estilos parentales asociados a la obesidad

De la misma forma que trastornos como la anorexia o la bulimia, desarrollados previamente, pueden ser asociados a un estilo parental concreto, la obesidad puede llegar a tener cierta vinculación a determinados aspectos parentales. En apartados previos ya hemos introducido la relevancia que supone el estilo de vida de los padres en el desarrollo de los hijos, tanto en relación a la obesidad como en el desarrollo personal incluso.

La percepción que tienen los padres sobre el estado nutricional de sus hijos es determinante en la detección y diagnóstico de las diversas patologías asociadas a la alimentación. Para ello,

es necesario explorar las percepciones, conductas y expectativas de los progenitores o tutores legales por ser los mayores influyentes en los hábitos y conductas alimentarias de los niños. Un estudio observacional llevado a cabo por Rodríguez, Novalbos, Villagram, Martínez & Lechuga, (2012) en Cádiz, analizó a la población infanto-juvenil de entre 3 y 16 años de un total de seis colegios distintos en un intervalo de dos años, el objetivo era conocer la percepción que tienen los padres respecto al estado nutricional de sus hijos, teniendo en cuenta factores como hábitos alimentarios, actividad física y sedentarismo. El resultados de dicho estudio determinó que de los 1.620 niños encuestados, 824 (51,1%) presentaba normopeso, 263 (16,3) sobrepeso y 191 (11,8%) obesidad, es decir, 454 niños (28,1 %) tenían sobrecarga ponderal. Ahora bien, la percepción de los padres era diversa, ya que percibieron a 1063 (88,1%) alumnos con normopeso y los 114 restantes con sobrecarga ponderal, es decir, 239 con sobrecarga ponderal fueron considerados con normopeso. Con los resultados de dicho estudio se evidencia el hecho de que los padres en muchas ocasiones, y debido en parte a la gran normalización que se tiene con respecto a la obesidad, no son completamente conscientes del estado nutricional de sus hijos, a pesar de que parezca que es una enfermedad bastante obvia y visible en relación a su detección e identificación, por lo que resulta complicado que lleven a cabo un planteamiento adecuado para intervenir sobre los hábitos vigentes.

Un aspecto que resulta sorprendente de las conclusiones obtenidas con dicho estudio es el siguiente:

En contra de lo que cabría esperar, la percepción de los progenitores del sobrepeso y la obesidad de sus hijos no conlleva cambios de comportamiento en éstos en cuanto a un mayor cumplimiento de recomendaciones sobre actividad física, disminución del sedentarismo o mejora en los hábitos alimentarios. (Rodríguez et al., 2012, p. 492)

Es decir, a pesar de que los padres tomen conciencia de la situación nutricional de sus hijos, esto no siempre conlleva a una motivación en la modificación del estilo de vida, por lo que es importante hacer conscientes a los padres de la multitud de consecuencias que acarrea dicha enfermedad y que aparecen desarrolladas en el apartado próximo.

Atendiendo de manera concreta a aquellos estilos que predisponen más el riesgo de que sus hijos presenten obesidad, es necesario acudir a determinados estudios realizados. Así, la

Revista Chilena de Nutrición, concretamente Rivadeneira, Soto, Bello, Concha & Díaz (2020) llevaron a cabo un estudio transversal cuyos resultados constataron que sólo el Estilo Parental afectivo puede ser asociado a un mayor riesgo de que los hijos presenten obesidad o sobrepeso.

Estos resultados encuentran correlato en otros estudios en los que los resultados indican que niveles altos de afecto parental se relacionan con una sensación de placer al comer, por lo que una de las formas en que las familias demuestran afecto es a través de la comida o en su defecto, como premio frente a las conductas que se quieren reforzar. Bajo esta premisa, las comidas efectuadas bajo entornos familiares afectivos y climas agradables son más significativas que las experiencias de comer bajo un clima familiar hostil. (Rivadeneira et al, 2020, p.12)

Siguiendo con esta premisa, Wake y colaboradores (2007) (citado por López, 2015, p. 25) “encontraron en su estudio que un control bajo de crianza fue fuertemente asociado con el sobrepeso y obesidad en preescolares”. Por lo que quedaría confirmado el hecho de que un estilo parental permisivo podría ser favorecedor del desarrollo de la obesidad en sus hijos, seguramente asociado al hecho de que hay un menor control de los hábitos o actividad física que llevan a cabo los hijos de los mismos. “Algunos estilos parentales pueden reducir el riesgo de obesidad infantil. Por ejemplo, el monitoreo parental durante la ingesta dietaria y la actividad física del niño se han asociado con prácticas saludables” (Gotmaker y col., 1996, citado en López (2015), p. 26)

Por otra parte, hay ciertos estudios que han demostrado que usar determinadas prácticas como la coerción, recompensa o presión en la alimentación de los niños, más asociado con un estilo autoritario, es contraproducente puesto que suelen desarrollar una “aversión negativa” por estos alimentos, ya que asocian la comida con una experiencia de alimentación negativa. Es decir, como contrapunto, hay estudios que defienden el hecho de que los padres autoritarios incrementan el riesgo de que sus hijos presenten sobrepeso, “algunos estudios sugieren que los padres que utilizan un estilo parental más controlador tienen hijos que consumen menos alimentos saludables y más alimentos poco saludables, y consumen más que aquellos niños cuyos padres no son controladores.” (Satter, 1996; Birch & Fisher, 1998 citado en López (2015), p.26) “Los niños con sobrepeso suelen responder más negativamente ante el control parental consumiendo más calorías” (Birch & Fisher, 2002 citado en López, (2015), p. 26). Este hecho parece ser comprendido por Alzate (2012), que asocia el autoritarismo con la

sobreprotección provocando que el menor sea incapaz de pensar o diferenciar de lo que es beneficioso para su salud de lo que no lo es, exponiéndolo ante lo que el medio le ofrece (publicidad, comercio, estanterías atractivas de productos no saludables,...) hecho que podría considerarse como un factor de riesgo para enfermedades como la obesidad o para trastornos alimentarios como anorexia o bulimia.

En definitiva, aun quedan muchos estudios que llevar a cabo para clarificar en mayor medida este aspecto, por el momento podemos considerar que ni un estilo autoritario, por ser muy exigente y sobreprotector, ni un estilo permisivo por dar demasiada libertad a los niños en aspectos muy relevantes como la nutrición serían los más convenientes para llevar a cabo en la educación alimentaria de los niños. Es preciso tener en cuenta que no todos los niños y alumnos asimilan las directrices de la misma manera, por lo que un mismo modo o estilo de enseñanza puede acarrear distintos comportamientos o conductas para cada niño o niña, por lo que no debemos asociar un estilo u otro como el único válido para la crianza de los niños, sin embargo, en el apartado de intervención para la obesidad , se marcarán ciertas pautas o recomendaciones válidas, de carácter general, para reducir esta tendencia al sobrepeso u obesidad.

Consecuencias

Actualmente, en la población parece haber cierto conocimiento sobre las consecuencias que puede acarrear la obesidad infantil en comparación con años anteriores. Esta iniciación es solo “la punta del iceberg”, puesto que sigue habiendo, aún a día de hoy, bastante desconocimiento de las secuelas que conlleva la obesidad. Por su lado, la normalización de esta enfermedad, es decir, el hecho de que se haya arraigado tanto en nuestro entorno, no ayuda en la toma de conciencia, ya que muchas veces la consideramos tan habitual que no le damos la importancia necesaria, llegando a no considerarla siquiera como una patología, retrasando así los procesos de intervención y tratamiento, además de perjudicar la calidad de vida de los niños.

Durante un largo período fueron ignoradas casi por completo, las consecuencias negativas que tienen para la salud del individuo tanto el sobrepeso como la obesidad, sobre todo si aparece desde las etapas de la infancia y/o la adolescencia. Tal situación se interpretó en un tiempo como una realidad que solo a largo plazo podría afectar el potencial de salud de la población. (Marcos et al., 2010, p. 8)

Si hacemos un análisis general encontramos que la obesidad tiene un enorme impacto en la salud ya que puede acarrear, tal y como establecen Marcos et al. (2010), algunos problemas psicológicos y una cierta pérdida de la autoestima, además de enfermedades asociadas, una reducción de la esperanza de vida y repercusiones en la mortalidad que complican su calidad de vida. “Se calcula que uno de cada doce fallecimientos que se dan en adultos están relacionados con el exceso de peso, lo que representa unas 28 000 muertes de adultos al año” (Marcos et al., 2010, p. 1245). De manera más precisa la obesidad es la causante de una gran variedad de afectaciones como:

La disminución de la capacidad de ventilación pulmonar y alveolar, trastornos del crecimiento y desarrollo, así como disfunción a nivel de diferentes tejidos y órganos, incremento del estrés oxidativo, enfermedad de Perthes y otras afecciones osteoarticulares, disminución más marcada de la actividad física, trastornos de la adquisición de una masa ósea adecuada, incremento de caries dentales, torpeza de movimientos, lentitud o hipodinamia. (Marcos et al, 2010, p. 15)

Marcos et al. (2010), hacen una distinción de las consecuencias de la obesidad según la etapa de desarrollo en la que se encuentren, en la etapa escolar es frecuente observar hipertensión arterial, apnea durante el sueño, provocando somnolencias en horarios diurnos interfiriendo en el aprendizaje entre otras cosas, puesto que el nivel de atención y concentración disminuye; irritaciones cutáneas, poca tolerancia al calor, hígado graso,... Por su parte en los adolescentes, estos problemas continúan o incluso llegan a intensificarse con la aparición de trastornos psicoemocionales con repercusión social. En las chicas concretamente aparecen trastornos menstruales y displasias mamarias, puede darse infertilidad y ovarios poliquísticos. En los chicos se presentan problemas hormonales y genitales, además de la aparición de algunos trastornos emocionales. Además de los problemas señalados es frecuente la presencia y desarrollo de complicaciones significativas como la diabetes que se agrava con el tiempo “diversos estudios realizados afirman que los niños obesos y con sobrepeso tienden a seguir siendo obesos en la edad adulta y tienen más probabilidades de padecer a edades más tempranas enfermedades no transmisibles como la diabetes y las enfermedades cardiovasculares.” (Isábal, 2012, p. 7)

Se ha mencionado que en estos niños pueden darse determinados trastornos atraídos por la propia obesidad, y es que es habitual el desarrollo de problemas psicológicos en niños obesos, ya que tienden a tener una imagen pobre de sí mismos, sintiéndose inferiores y rechazados constantemente. Estos sentimientos parecen similares a los que presentan pacientes con TCA y es que “La obesidad en la adolescencia es una condición de alto riesgo de desarrollo de TCA” (Marmo, 2017, p.6), es decir, como ya se ha avanzado en apartados anteriores se podría considerar también la obesidad como un factor de riesgo para el posible desarrollo de un trastorno alimentario. Esto se debe principalmente a que son personas más acostumbradas al seguimiento de dietas y que escuchan frecuentemente comentarios dañinos en relación a su físico.

“Sabemos con bastante certeza que es precisamente este comportamiento de seguir dietas uno de los factores predisponentes más potentes para desarrollar los trastornos de la conducta alimentaria. Asimismo sabemos que los reproches y comentarios negativos que se realizan a los adolescentes como consecuencia de estar obeso son factores desencadenantes potentes de los trastornos alimentarios” (Saldaña, 2001, p.106).

Tales son las secuelas psicológicas que puede desencadenar la obesidad que, en 2003 se realizó un estudio con los siguientes resultados:

Los niños obesos calificaron su calidad de vida con puntuaciones tan bajas como los de los pacientes jóvenes con cáncer o quimioterapia. Lo que confirma la importancia de un tratamiento individual para este problema, ya que una baja autoestima y una baja sociabilidad son factores que fomentan la ansiedad y el aislamiento, lo que determina una menor actividad física y una mayor ingesta, y esto agrava o al menos perpetúa la obesidad. (Burgui, 2012, p. 10)

Además de las clínicas, físicas y psicológicas la obesidad también tiene repercusión a nivel social, puesto que lamentablemente en la infancia y la adolescencia los estudiantes acosan a otros compañeros con sobrepeso “siendo la obesidad la principal causa de acoso escolar entre los jóvenes” (Vizoso, Vega & Fernández, 2018, p. 33). Dato bastante preocupante, que va mermando de manera esperanzadora con el hecho de que este acoso tiende a reducirse conforme aumenta el nivel madurativo de los niños.

Di Pasquale y Celsi (2017) señalan que los niños van reduciendo el rechazo hacia la personas obesas a medida que evoluciona su desarrollo cognitivo. Por lo tanto, cabría esperar una reducción en los prejuicios hacia la obesidad al incrementar la edad y el nivel educativo de los estudiantes (Vizoso et al., 2018, p. 33)

Como se ha podido comprobar hay una gran variedad de secuelas asociadas a la obesidad que serán determinantes en el bienestar de los niños, tanto en el presente como en su vida adulta.

Tipos de tratamiento para la obesidad

Para mejorar la condición de vida de los pacientes con obesidad es necesario conocer los tipos de tratamientos que disponen las familias acorde a las necesidades y situación de cada caso en particular, y qué pueden hacer los maestros en todo este proceso. Los medios donde se debe llevar a cabo la intervención son el medio escolar, que juega un papel bastante importante en la prevención primaria, la actividad física, la familia y el medio sanitario. Cabe recordar además, que las intervenciones están destinadas a personas con un IMC mayor o igual a 25 kg/m^2 . Ahora bien, antes de llegar al punto de poner en práctica cualquier tratamiento, se deberían haber llevado a cabo ciertas estrategias de prevención respecto a “la ganancia de peso, su mantenimiento, el manejo del peso y las comorbilidades y la pérdida de peso.” (Montero, Cúneo, Facchini & Bressan, 2002, p. 178), para las cuales, el sistema educativo tiene un rol bastante imprescindible.

La información y la educación son la clave para la prevención. La educación sanitaria desde la infancia, mediante la introducción de hábitos correctos para la prevención de la obesidad, es imprescindible. Pero esta práctica no se realiza en todos los hogares, ni en todos los sistemas escolares y prueba de ello es el resultado de una reciente encuesta realizada en Almería entre adolescentes: el 97% desconoce la dieta mediterránea, el 76% no desayuna en casa, el 73% cambiaría su imagen corporal y para mantenerse en forma, prefieren buscar una dieta en Internet. (Marcos et al., 2010, p. 1253)

Se podría decir que la mejor herramienta para comenzar una intervención de esta índole es la motivación, ya que cuando el paciente es consciente de la importancia de éste y se siente motivado para ello, las perspectivas de mejora se ven incrementadas. Es por ello, que se debe procurar que los objetivos planteados sean prudentes y realistas, ya que si planteamos unas

expectativas desmesuradas aparece la frustración del paciente al ver que no está alcanzando los logros establecidos, causando el abandono del programa, para ello se debe adecuar la actividad física a la edad y condición de cada niño de manera individual, para que así consigan resultados acordes a su situación particular.

Ahora bien, ¿cuáles son los tipos de tratamientos que podemos encontrarnos? Según Montero et al., (2002) se puede hacer uso de los siguientes: Por un lado, la “dietoterapia” en la que se trabaja la selección de alimentos, la reducción de las cantidades y en la preparación de las comidas. Esta es una de las intervenciones que pueden ser introducidas dentro del aula, no implementar dietas estrictamente hablando, ya que eso es labor de especialistas de nutrición, pero sí dar pautas educativas para tomar conciencia de aquellos alimentos más o menos recomendados para incluir en nuestra alimentación. Es necesario llevar a cabo un buen trabajo con respecto a este método ya que “Las dietas pueden causar problemas físicos y psicológicos a aquellas personas que se vuelven dietantes crónicas, como las carencias nutricionales o los desórdenes de la alimentación y del comportamiento en general.” (Montero et al., 2002, p.180)

Por otro lado, la actividad física, sería uno de los métodos más adecuados, no sólo para la pérdida de peso, sino para mejorar “la aptitud cardiorespiratoria, la composición corporal y disminuye la mortalidad” (Montero et al., 2002, p.180). Podemos hablar de dos tipos de tratamiento en relación a la actividad física, el antisedentarismo, para el que se aumentaría las actividades propias de la vida cotidiana como sustituir tiempo destinado a ver la TV por tiempo destinado a tareas del hogar, o juegos activos. El siguiente estilo sería la ejercicioterapia, en la que la actividad física pasa a tener una relevancia más estricta, se controla la frecuencia, la duración, la calidad, y los resultados, y en función de los avances se realizan ajustes.

Para lograr una población saludable se deben alcanzar elevados niveles de actividad física que eviten el sedentarismo y las afectaciones de la salud que este implica. Estas acciones deben ser realizadas de manera sistemática y regular desde las etapas escolares para mejorar la salud actual y promover una mejor calidad de vida en su futuro. (Marcos et al., 2010, p.1255)

La actividad física no es importante simplemente para una reducción de peso, sino para el mantenimiento del mismo, “la mayoría de los trabajos concluyen que los pacientes que realizan ejercicios, mantienen durante más tiempo el peso perdido o tienen menor recuperación del peso.” (Montero et al., 2002, p.182).

También podemos encontrarnos con otros medios como la farmacoterapia inespecífica y específica, esta última se implementa cuando no se consiguen los resultados esperados con el uso de la dietoterapia y la ejercicioterapia. Al ser de ámbito clínico no vamos a tenerlo en cuenta en la elaboración de nuestro programa, aunque es adecuado conocer su existencia puesto que puede ser una variable a considerar al intervenir con un alumno que está siendo tratado con este medio. Otro de los tratamientos puramente clínico sería la cirugía bariátrica, “Es eficaz para el tratamiento del obeso mórbido, es decir, en obesos con un IMC superior a 40 kg/m² o bien con un IMC mayor a 35 kg/m² con asociaciones mórbidas, que no hayan respondido a los tratamientos médicos.” (Montero et al., 2002, p. 184) esta última parte es importante para tener en cuenta, no es bueno someterse a una cirugía de esta índole sin haber probado previamente otros medios de tratamiento menos agresivos para nuestro organismo.

Por último está el tratamiento psicoterapéutico, que trabaja con la modificación de conductas adheridas al estilo de vida, en este caso del alumno y su familia. “Con frecuencia la obesidad se asocia a trastornos relacionados con el peso y la forma corporal que pueden afectar la calidad de vida, aunque no sean tan severos para dar lugar a complicaciones psicológicas significativas” (Montero et al., 2002, p.184). Es importante mantener en todo momento un seguimiento del niño en este campo, para prevenir o asegurar que no existen otras patologías asociadas al estado nutricional del alumno.

Como hemos visto, existen tratamientos destinados a cambiar el tipo de alimentación, como la dietoterapia; el estilo de vida, como el antisedentarismo y la ejercicioterapia; la farmacoterapia; los tratamientos psicoterapéuticos y la cirugía bariátrica. Algunas de estas intervenciones quedan lejos de la labor del docente, es por ello, que para nuestro programa haremos uso de técnicas usadas en algunos de éstos métodos y que iremos desarrollando.

Intervención para la obesidad

Tras un análisis teórico de la obesidad, sus causas y posibles consecuencias, resulta necesario encontrar un programa destinado a su reducción y solvencia, es decir, a intervenir sobre sus efectos y desarrollo futuro. Debemos ser conscientes que el sobrepeso y la obesidad son enfermedades no transmisibles, por lo que pueden prevenirse en la mayoría de ocasiones, para ello es imprescindible contar con un entorno favorable a promover un estilo de vida saludable en relación a la alimentación y la actividad física principalmente. La OMS (2020), determina que a nivel individual, las personas pueden limitar la ingesta energética tanto de grasas como de azúcares, aumentando el consumo de frutas, verduras, legumbres, cereales integrales y frutos secos, así como realizar actividad física de forma habitual, 60 minutos diarios para los jóvenes y 150 minutos semanales para los adultos sería lo recomendado.

Mirando en el plano social, es posible favorecer este estilo de vida saludable promoviendo que las personas sigan dichas recomendaciones, entre otras cosas llevando a cabo “políticas demográficas y basadas en pruebas científicas que permitan que la actividad física periódica y las opciones alimentarias más saludables estén disponibles, sean asequibles y fácilmente accesibles para todos, en particular para las personas más pobres” (OMS, 2020, p.5). Asimismo, la OMS (2020) propone también como ejemplo implementar un impuesto sobre las bebidas azucaradas o animar a las industrias alimentarias a la promoción de dietas sanas, y da cuatro pautas principales (Anexo 12), que quedarían resumidos en reducir las grasas y azúcares sustituyéndolos por opciones más sanas y con un mayor valor nutricional, así como limitar la comercialización de dichos alimentos nocivos para la salud, garantizando la disponibilidad de opciones alimentarias saludables y dando apoyo a las actividades físicas.

Como respuesta ante las cifras preocupantes de obesidad, la OMS ha creado un Plan de acción mundial para prevenir y controlar las enfermedades no transmisibles 2013 – 2020.

Dicho plan,

contribuirá a realizar avances en nueve metas mundiales relativas a las enfermedades no transmisibles que deben alcanzarse no más tarde de 2025, incluidas una reducción relativa del 25% en la mortalidad prematura a causa de dichas enfermedades para 2025 y una detención del aumento de la obesidad mundial para coincidir con las tasas de 2010. (OMS, 2020, p.6)

En relación a estas propuestas y el plan propuesto por la OMS, se puede afirmar que el rol publicitario y la oferta de productos también ejerce cierta influencia en la aparición o disminución de casos de obesidad, *“Information about good nutrition is primarily provided by health professionals and through social marketing campaigns to increase physical activity and consumption of nutritious food and to decrease portion sizes and consumption of sugary drinks”* (Walls, Peeters, Loff & Crammond, 2009, p. 590).¹¹

Estos mismos autores consideran que la información que aportan las campañas de marketing y los profesionales sanitarios es la única que muestra cambios y formación evidente en las personas con obesidad, dejando la educación en un plano distinto:

Although education and access to information are fundamental rights and are important in a democracy, they have a negligible impact on obesity. Further, increasing choice is little more than a ruse, more likely to increase consumer confusion than to promote healthy eating. (Walls, et al, 2009, p. 591)¹²

Por otro lado, diversos autores han defendido el hecho de que el sistema educativo, frente a la obesidad, también tiene un rol considerado como imprescindible, “Uno de los aspectos más importantes para un estilo de vida sano de una población es, a través de un proceso educativo correcto, el desarrollo de costumbres, hábitos y conductas alimentarias que posibiliten en su conjunto, lograr y mantener un estado nutricional adecuado de los individuos.” (Marcos et al., 2010, p. 1237), puesto que favorece la identificación y comprensión, tanto por parte del alumno como de su entorno, de los hábitos que causan esta enfermedad, que quedarían resumidos en una mala alimentación y el sedentarismo.

Para nuestra propuesta de intervención sería necesario conocer el grado de implicación de las familias en relación a la mejora de la situación de su hijo, ya que el papel que ejercen los progenitores o tutores legales en el hogar consta también de una gran relevancia para el tratamiento, ya que es donde efectúan la mayoría de las comidas diarias y donde llevan a

¹¹ La información sobre la buena nutrición la proporcionan, principalmente, los profesionales de la salud y las campañas de marketing social para aumentar la actividad física y el consumo de alimentos nutritivos, y disminuir el tamaño de las porciones y el consumo de bebidas azucaradas.

¹² Aunque la educación y el acceso a la información son derechos fundamentales, y son importantes en una democracia, tienen un impacto insignificante sobre la obesidad. Además, aumentar las opciones es poco más que una artimaña, y resulta más probable que aumente la confusión del consumidor, que promover una alimentación saludable.

cabo, o no, labores o actividades físicas. “El análisis de los resultados arrojados en el presente trabajo mostró que los patrones de dieta y las preferencias por ciertas actividades se forman dentro del contexto de la familia” (Cabello & Zúñiga, 2007, p. 186). En caso de comprobar, en la entrevista inicial, que los padres no tienen el compromiso adecuado, se debería alentar su asistencia a la primera charla del programa, llevada a cabo por el centro y preferentemente por algún miembro sanitario, donde se tome plena consciencia de la gravedad de la situación y de las consecuencias que puede acarrearle al menor.

Además, en esta entrevista o anamnesis inicial con los padres o tutores legales, se deberán recoger datos personales relevantes como la escolaridad previa, el nivel sociodemográfico y económico familiar, para saber cuáles son los límites que podemos encontrarnos; el historial clínico para conocer alergias, posible diabetes, el peso, la talla,... sobretodo el dato de las alergias resulta imprescindible que lo conozca tanto el centro como el docente del aula, no solo del alumno con sobrepeso u obesidad, sino del resto de niños que formen parte del aula. También se debe recoger información asociada a factores psicológicos y sociales, ya que es otro de los aspectos a considerar en la intervención, y que un apoyo psicológico puede ser de gran utilidad para asegurar que la salud mental del alumno está siendo estudiada de manera adecuada, en caso contrario, se podría dar apoyo y asesoramiento por parte de la orientadora y maestra de Pedagogía Terapéutica (PT) del centro, además de contar, a ser posible, con charlas impartidas por profesionales del campo de la psicología.

Una vez, recogida la información considerada como necesaria para implementar un programa acorde a la situación del alumno, se establecería una planificación de las tutorías con los padres de los niños que ya presentan obesidad para el seguimiento del progreso del alumno. En este seguimiento se comprobarán las conductas y hábitos que el alumno y los familiares están incorporando a su vida cotidiana, así como la implicación y motivación de los mismos.

La presencia de una enfermedad en un miembro requiere que toda la familia modifique su dinámica para cuidar del mismo, siendo así necesaria la intervención tanto a nivel individual como familiar durante el tratamiento. Concebir a la familia como un sistema (teoría sistémica) supone ver a la misma como una unidad. (Losada & Charro, 2018, p. 91)

Es importante destacar que en el seguimiento mediante las tutorías, no se llevarán necesariamente registros en relación al peso o la talla, pues estaría más vinculado al ámbito clínico que al educativo y podría provocar una sensación en el alumno de excesivo control, que podría desencadenar en el abandono del programa.

De manera paralela a las tutorías individuales de los casos con obesidad, se llevarán a cabo las reuniones con todos los padres de los alumnos del grupo aula en general, donde se darán recomendaciones, principalmente de carácter preventivo, para implementar con sus hijos o incluso para momentos de embarazo o lactancia posteriores. Según Burgui (2012), existen varias estrategias de prevención en función del riesgo que se da en cada niño, las de prevención universal, dirigidas a todos los niños del centro o del aula; la prevención selectiva, para aquellos con mayor riesgo de desarrollar obesidad o sobrepeso y la prevención diana, destinada a niños que ya presentan sobrepeso, pero queremos evitar que desarrollen la obesidad. En nuestro programa la parte de prevención estaría destinada de manera universal o general a todos los alumnos, para conseguir abarcar al mayor número de niños posible, procurando que tomen mayor participación aquellos con mayor riesgo de desarrollar sobrecarga ponderal

Las recomendaciones que se darían a los padres para prevenir e intervenir están avaladas por estudios u organismos destinados a esta labor. Así, Saavedra & Dattilo, (2012, p. 38) establecen que “La enseñanza a los padres sobre métodos alternativos para calmar a un lactante, en lugar de la alimentación inmediata, puede ayudar en la prevención de la ganancia de peso rápida en el primer año de vida”, es decir, no es apropiado proporcionar alimentación en el momento en el que el niño parece alterarse, ya que puede ser reclamo de otras necesidades, no necesariamente alimenticias, por lo que estaremos sobrealimentando al bebé en una de las etapas más influyentes como ya hemos determinado previamente. Por su parte, “La Academia Americana de Pediatría sugiere que los niños mayores participen en la selección de alimentos dentro de las opciones de comida saludable proporcionada por los padres, y que sean ellos los que determinen cuánto se consume en cada comida.” (Saavedra & Dattilo, 2012, p. 383), Se ha analizado que esto favorece que el niño aprenda a autorregular él mismo su alimentación conforme a su desarrollo, siempre con una supervisión de los padres para no desencadenar algún déficit alimenticio.

Los padres pueden determinar qué alimentos son ofrecidos, mientras que el niño puede determinar qué alimentos son consumidos y la cantidad. Este enfoque es consistente con el estilo de PAPP¹³ “con autoridad”, que ha sido utilizado con éxito como estrategia para la promoción de una dieta saludable, y que ha sido asociada a menor sobrepeso y obesidad que otros estilos de PAPP “indulgente”, sin mucho control, o “autoritario”, con control excesivo. (Saavedra & Dattilo, 2012, p.383)

En el Anexo 13 se dan otras diez recomendaciones a seguir con respecto a la alimentación de los alumnos y el estilo de vida activo desarrolladas por Burgui (2012) como qué debe contener un desayuno completo, establecer horarios de las comidas, evitando el picoteo entre horas y sustituyéndolo por aperitivos saludables o realizar los desplazamientos andando o en medios como la bicicleta.

Además de todas estas indicaciones, y partiendo del análisis de los estilos parentales desarrollados previamente, sería conveniente aconsejar a los padres para que promuevan un estilo educativo familiar democrático, por ser el más adecuado para el aprendizaje de conductas que no atenten contra la salud. También, con datos aportados en apartados anteriores se ha comprobado que es frecuente encontrar que los niños con obesidad no desayunan, a pesar de la función tan significativa que tiene en relación al rendimiento escolar, por lo que sería otro aspecto a modificar.

El **objetivo** del programa de intervención no se basaría en reducir el peso del alumno, sino en inculcar una serie de conductas acordes para mantener un estilo de vida saludable a largo plazo. Según Lanza (2016), para que un tratamiento tenga éxito en su puesta en práctica es necesario atender a cuatro elementos, el contenido dietético y calórico, el uso de programas de ejercicio adecuados, modificar la conducta del paciente y que la familia participe en el tratamiento. Como estos elementos están enfocados desde el ámbito sanitario, es preciso adaptarlos al ámbito educativo, por ser el programa de esta índole, para ello, se establecerían distintas pautas de actuación.

¹³ Prácticas de Alimentación por Parte de los Padres.

Martínez, Hernández, Ojeda, Mena, Alegre & Alfonso (2009) desarrollaron un programa de educación nutricional con estudiantes de Enseñanza Secundaria Obligatoria, haciendo uso de diversos talleres desarrollados a lo largo de seis meses, uno por mes. La intervención estuvo destinada a la corrección de errores durante la primera fase y en la segunda a implementar una dieta hipocalórica. Con dicho programa se detectaron diferencias significativas en lo relativo a la ingesta de frutas, verduras, pescado, legumbres, cereales y lácteos, así como un aumento de los alumnos que habían comenzado a desayunar (Anexo 14). También proporciona datos como que “El 37,8% de los adolescentes ha mejorado el grado de la calidad de la dieta. Aquellos que consumen una dieta de muy buena calidad ha pasado de ser del 30,0% al 58,6%” (Martínez et al, 2009, p.507). o que:

Los datos del Índice *KIDMED* muestran que el 47,4% de los alumnos han mejorado en cuanto a la calidad de la dieta y ninguno ha empeorado. El porcentaje de adolescentes con sobrepeso u obesidad que siguen una dieta de alta calidad ha pasado de ser del 28,9% al 71,0% tras la Intervención. (Martínez et al, 2009, p. 507)

En base a los datos y resultados de dicho programa, Castro (2014) elaboró un programa, igualmente con una duración de seis meses, para la prevención integrada de la obesidad y las conductas de control de peso, es decir, un programa que actúa al mismo tiempo sobre los TCA y sobre la obesidad, centrando la atención en aspectos personales y sociales como la autoestima, la imagen corporal, la aceptación de tallas, etc., en definitiva, pretende actuar sobre los problemas alimentarios en general, aunque más centrado en el sobrepeso, la obesidad y la anorexia.

La mayoría de los programas de prevención desarrollados hasta ahora, se han enfocado en los TCA o el sobrepeso y obesidad, en forma diferenciada. Este enfoque parcializado puede generar mensajes confusos o contradictorios, contribuyendo al desarrollo de otros problemas en relación al peso. Por lo tanto, la prevención conjunta parece ser la respuesta más acertada. (López, Raimann & Gaete, 2015, p.29)

Siguiendo toda esta información, en nuestra intervención educativa, se haría uso de los talleres de Educación Nutricional, de cocina y de alimentación sana, donde los alumnos tomen conciencia del aporte nutricional y calórico de los alimentos, para distinguir aquellos que son saludables y los que resultan nocivos para nuestra salud, procurando reducir estos

últimos en nuestra dieta diaria. A lo largo de los seis meses habría un total de seis talleres, uno introductorio para explicar en qué consiste la intervención, la metodología que se va a seguir y para aprender los alimentos considerados como sanos, así como los que resultan perjudiciales para la salud, puesto que estos conocimientos van a ser la base de la intervención y se hará haciendo uso de la pirámide de alimentos.

En el resto de talleres se trabajarían las cinco comidas diarias imprescindibles, elaborarían sus propios platos saludables, se crearían un huerto escolar e incluso se trabajará con simuladores en los que poder ir al supermercado para hacer la compra. El principal logro a alcanzar con estos talleres es hacer alumnos competentes, capaces y críticos con los alimentos que incorporan a su alimentación, sabiendo clasificarlos en saludables o perjudiciales.

Además de los talleres y para lograr un seguimiento más exhaustivo, se dedicaría una sesión a la semana a trabajar en el aula con *el semáforo de alimentos*, que haría referencia a la “dieta del semáforo” usada a nivel clínico y cuyos resultados son favorables,

En la actualidad, una de las dietas más ampliamente empleada en el control del peso es la denominada “**dieta del semáforo**” [...] El objetivo de la dieta del semáforo es proporcionar una nutrición completa pero con una baja ingesta de energía (calorías). (Lanza, 2016, p.26)

Puesto que las dietas pertenecen y son competencia de los profesionales sanitarios, se llevarían a cabo adaptaciones de la mencionada dieta del semáforo, así se elaborará una tabla con las cinco comidas diarias imprescindibles trabajadas en los talleres de forma simultánea. En el interior de ésta, los alumnos deberán ir colocando pegatinas con los alimentos que hayan consumido semanalmente, clasificándolos en verdes, amarillos o rojos. Los verdes pueden ser consumidos a menudo ya que son alimentos de baja energía y ricos en nutrientes como las frutas y hortalizas; los amarillos proporcionan una energía intermedia, por lo que pueden ser consumidos con moderación, como son los cereales; y por último los rojos, con alto nivel de energía pero bajo en nutrientes, se deben consumir de forma escasa. Para la clasificación de los alimentos se podría hacer uso también de “la pirámide de alimentos”.

Al final de la semana se hace un recuento del número de alimentos verdes, rojos y amarillos consumidos por los alumnos, y el resultado lo llevarán a casa para hacer partícipes a los

padres y que tomen consciencia de si su actuación está siendo eficaz y adecuada o deben seguir modificando conductas. Algunos estudios han llegado a la conclusión de que esta dieta “ha conseguido, en niños de 6 a 12 años, una pérdida de peso modesta pero sostenida durante 5 años, e incluso, hasta 10 años después de la intervención” (Lanza, 2016, p. 26) por lo que cabría esperar que estos resultados se generalizasen a dicha adaptación educativa. Lo que se debe tomar en cuenta de los resultados es que los alumnos vayan incorporando poco a poco más alimentos “verdes” a su dieta y eliminando los nocivos. No se debe implementar la tabla con un completo control, ni aplicar castigos, puesto que no estamos llevando a cabo una dieta con nuestros alumnos, sino más bien buscando una toma de conciencia de la calidad y origen de los alimentos que están consumiendo.

En relación a la actividad física y a crear un estilo de vida activo, se llevarían a cabo yincanas semanales, además de la incorporación del centro a proyectos favorecedores como los recreos activos, procurando hacer partícipes a los alumnos en decisiones como la oferta de juegos que se pueden implementar en estos recreos. Además, sería conveniente la inmersión del centro escolar en el planteamiento de Escuelas Saludables, una iniciativa que impulsa la OMS, UNICEF y la UNESCO, en la década de los 90, cuya pretensión es “generar estilos de vida saludables, en ambientes saludables, dentro de una cultura saludable” (Lumus, Jaimes, Castilla & García, 2003, p.18). Los resultados de dicho proyecto han resultado ser muy favorecedores pues, “Comprobaron un año y medio después que mejoraban los conocimientos, las actitudes y la conducta alimentaria de dichos grupos” (Bolaños, 2009, p. 1071). Esto, junto a las recomendaciones que se habrán dado a los familiares debería ser suficiente para reducir el sedentarismo de nuestros alumnos y por tanto mejorar su calidad de vida, ya que

La reducción de las actividades sedentarias y el incremento de la actividad física ejercen un efecto beneficioso sobre el peso, la composición corporal y las patologías asociadas a la obesidad en niños y adolescentes, obteniendo ambas recomendaciones un alto grado de evidencia en las guías de práctica clínica disponibles. (Lanza, 2016, p. 27)

Es fácil encontrar además un aliado en la actividad física, no solo por su beneficio en el peso, sino por su aporte motivacional, puesto que al presentar la actividad física en forma de juegos, los alumnos la encuentran atractiva y divertida, y además va a ser favorecedora de un

clima agradable en el hogar, además de una aliada para la alimentación: “El incremento de la actividad física también puede asociarse con un mejor estado de ánimo y, a su vez, puede facilitar el cumplimiento a largo plazo de una alimentación equilibrada” (Lanza, 2016, p. 27). Este mismo autor determina la importancia de que el ejercicio se adecúe a la condición e intereses de los pacientes para asegurar el mantenimiento de la motivación por parte del alumno en nuestro caso. Se debe informar a los padres de que el aumento de la actividad física en el entorno familiar debe ser progresivo, desde ir caminando a la escuela, haciendo juegos en casa, ayudando en las tareas domésticas (con moderación) hasta realizar actividades deportivas extraescolares y procurando reducir los tiempos destinados a ver la televisión, al ordenador, videojuegos, etc. Resulta importante la incorporación de la actividad física para la intervención por la gran variedad de beneficios que puede aportar: “disminución de la lipemia, de la tensión arterial, mejora la autoestima y previene la depresión y la ansiedad entre otros trastornos [...] también mejora la sensibilidad a la insulina, la adiposidad abdominal y el control glucémico” (Lanza, 2016, p. 28).

Se han ido dando pautas y recomendaciones para las familias, pero es importante recordar las funciones principales de éstas en la intervención, en primer lugar van a ser los promotores de llevar un seguimiento de la alimentación saludable en sus casas, partiendo de la información dada en las reuniones en el centro, pero se debe destacar dos aspectos fundamentales de Lanza (2016). El primero que los padres y tutores se conciencien de que “los niños son más propensos a ser activos si sus padres son activos” (Lanza, 2016, p.28) por lo que, para lograr un resultado óptimo se debe llevar esta práctica al entorno familiar, así que de la misma manera que se recomienda implementar la alimentación saludable en los familiares, se aconseja incorporar un estilo de vida activo en el contexto familiar. El siguiente aspecto fundamental es que,

Aunque uno de los objetivos debería ser incrementar la variedad de alimentos ingeridos e introducir una proporción suficiente de frutas y verduras, esto no se debe convertir en una disputa. Así, lo importante es que el niño consuma frutas y verduras, según las preferencias del paciente. (Lanza, 2016, p. 25)

Podemos recomendar que si disponen de recursos, pueden incluso crear su propio huerto, favoreciendo el aprendizaje de sus hijos de forma aún más significativa o incluirlos en alguna actividad extraescolar.

Por último, sería apropiado incluir en nuestra intervención la terapia grupal vinculada al ámbito educativo. Diversos autores han hecho aportaciones sobre los efectos que generan dichas terapias, concretamente, Serra, Quintanar, Sentchordi, Lindo, Pérez-Lescure y Martínez (2007), llevaron a cabo un estudio con unos 50 niños a los que se le ofreció participar en terapias de grupo. Los resultados evidenciaron que con la terapia individual, fueron pocos los que perdieron peso e incluso la mayoría incrementaron su peso en más de 5 kilos, mientras que de los pacientes que participaron en terapias grupales, un porcentaje mucho mayor perdió o mantuvo su peso y solamente cuatro de ellos, aumentaron su peso en más de 5 kilos a lo largo del estudio. Ahora bien, es importante considerar que nuestro papel como docentes no es el de ser terapeutas, es decir, somos maestros y maestras y nuestra responsabilidad debe basarse en orientar, prevenir, enseñar conductas saludables en la medida de nuestras posibilidades o incluso llegar a detectar ciertas situaciones de riesgo que podemos observar, es por ello que estas sesiones de terapia las impartirían profesionales del ámbito terapéutico, junto con la colaboración del tutor, la orientadora y la maestra de PT. Además, se llevarían a cabo en forma de charla dentro del aula de referencia de los alumnos, con la intención de que éstos se manejen en su clima más cercano, transmitiéndole mayor seguridad y confianza. En estas charlas es apropiado dar consejos sobre los tipos de alimentos y formas de cocinarlos de manera saludable, deberán expresar sus pensamientos y preocupaciones, así como los avances que van consiguiendo.

Conocida ya la gran relevancia que suponen los padres, madres y tutores legales en la incorporación de hábitos y conductas alimenticias, y en el caso de considerar que éstos están siendo lo suficientemente colaboradores se podría proponer incorporar, del mismo modo, estas terapias grupales en el entorno familiar, “Se desprende la necesidad de hacer terapia conjunta con todo el grupo familiar, ya que puede resultar imposible el progreso en psicoterapia de un miembro particular si se prescinde del resto de los integrantes de la familia” (Losada & Charro, 2018, p. 91).

Mediante la implementación de estas intervenciones y recomendaciones queda constatada la esencial labor de la educación para el desarrollo óptimo de un alumno con obesidad o riesgo de padecerlo, tanto es así que se considera uno de los mejores sistemas para la mejora de esta situación.

Las intervenciones educativas destinadas a solucionar los problemas alimentario-nutricionales en base al desarrollo y consolidación de costumbres, hábitos y conductas de alimentación correctas, son reconocidas hoy como [...] la estrategia principal en la prevención y control de las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) relacionadas con la mala nutrición. (Marcos et al, 2010, p. 1238)

A pesar de que la intervención educativa es de las consideradas como más eficaces, hay que ser conscientes de que no toda la labor queda en manos de dicho ámbito, ya que es necesario, que este problema de salud, sea intervenido de manera multidisciplinar (Anexo 15), pasando por el ámbito sanitario, cambios a nivel educativo, legislativo e incluso medidas en relación a la información generada en los medios de comunicación y publicidad, donde se tome consciencia real de los productos alimenticios que se están consumiendo y la necesidad de llevar una vida activa.

DISCUSIÓN – CONCLUSIÓN

Han sido numerosos los datos alarmantes que se han ido incluyendo en el presente trabajo en función de la información recogida de los documentos revisados, sobre la presencia de los TCA y la obesidad en la población más vulnerable en relación a estas patologías, que son los niños y los adolescentes. Así, cabría destacar las cifras aportadas por la OMS (2018) ya que en 2016, un 18% de los niños y adolescentes presentaban sobrepeso u obesidad y los datos de Bar (2017) que informan que un 10% de los adolescentes de España sufren un TCA.

La Anorexia queda pues asociada de manera arraigada a la insatisfacción corporal, pero sobre todo, tal y como dicen autores como Oros (2003) o Hewitt & Flett (1991), al perfeccionismo, opinión a la que me sumo por considerar que dicho factor, asociado a los cambios físicos y psíquicos que ocurren en estas etapas del desarrollo, expone al niño o adolescente a desarrollar pensamientos de vulnerabilidad emocional, que pueden desencadenar en otros trastornos o incluso la tendencia al suicidio tal y como expone Bar (2017). Sin embargo en la Bulimia los ejes principales son la impulsividad y la falta de control, que desencadena en atracones que van a fomentar ese temor al aumento de peso, terminando en conductas compensatorias o episodios de ansiedad, depresión, conductas adictivas, etc.

La obesidad por su parte, y tras los datos aportados por entidades como la OMS o la NHS, alcanza unos niveles de expansión en el plano mundial muy preocupantes, sin embargo, considero que no se le está dando la importancia que requiere atendiendo a su multitud de consecuencias y el gran número de casos que nos encontramos en las aulas. Tanto padres como maestros debemos tomar conciencia de los tiempos que deben destinar los menores a actividades físicas y la relevancia de que lleven a cabo una buena alimentación, en definitiva, es imprescindible que los referentes de los niños fomenten un estilo de vida saludable, con el fin de asegurar la calidad de vida de los mismos y de futuras generaciones.

Como hemos ido informando, todas estas conductas disfuncionales tanto de la anorexia como de la bulimia e incluso de la obesidad pueden ser prevenidos no solo desde el ámbito clínico, sino también desde el entorno familiar y escolar, cuyo papel resulta imprescindible a pesar de las aportaciones de algunos autores como Walls et al, (2009) que fundamenta que la información sobre las conductas alimentarias deben estar a cargo de los profesionales sanitarios y de campañas de marketing adecuadas, y que por tanto, las aportaciones de la educación tienen un impacto insignificante ante patologías alimentarias como la obesidad, pudiendo llegar incluso a confundir a los alumnos. Frente a este autor considero, al igual que muchos otros autores como Marcos et al, (2010), que el ámbito educativo es un medio adecuado para el trabajo y desarrollo de planes y programas, tanto de prevención como de actuación para trastornos o anomalías en la alimentación, ya no solo en relación con la obesidad sino también para los TCA, puesto que es necesaria una toma de conciencia y adoptar actitudes críticas hacia el estilo de vida vigente en cada hogar, y al final, es en las aulas donde nos encontramos con esta población de máximo riesgo ante estas patologías, los alumnos. Ahora bien, del mismo modo que expresan también March et al, (2006), esto no es excluyente de que los medios de comunicación y publicitarios también ejerzan un papel relevante, principalmente en la oferta de nuevos alimentos saludables, poniendo estos más accesibles o dando información clara sobre aquellos alimentos nocivos; así como la tremenda labor que ejercen los profesionales sanitarios en la adecuación de tratamientos e intervenciones para paliar y solventar los efectos y consecuencias de estas patologías, pero es esencial entender que no es únicamente responsabilidad de éstos reducir el número de casos, pues no es en estos entornos donde los alumnos pasan la mayor parte de su tiempo.

En relación a la familia, espacio donde los alumnos comparten la mayor parte del tiempo, y sobre todo de las comidas, y al igual que defienden Cabello & Zúñiga (2007) o Losada &

Charro (2018), considero que, en parte, es dentro del contexto familiar donde se forman los hábitos de actividad física y de alimentación, por lo que la colaboración y adopción de conductas saludables dentro de la familia será, a mi parecer, el mayor rol preventivo contra los TCA y la obesidad. Al mismo tiempo, autores como Cruzat et al, (2008) exponen que los TCA pueden entenderse como un síntoma de la disfunción familiar ya que la adopción de un estilo educativo hacia los hijos u otro puede ser favorecedor para el desarrollo de una u otra patología y, en cierta medida, aunque puedo estar conforme con esta declaración, es importante no asociar la aparición de un TCA o de la obesidad solamente a la labor paterno-filial, puesto que la conducta alimentaria está forjada de manera multifactorial, esto es, por factores biológicos, psicológicos y/o sociales, hecho que queda constatado con la idea que da Ascenzo (2013) de que cuantos más factores de riesgo estén presentes en una persona, más probabilidades o tendencia a desarrollar una patología alimentaria va a tener.

Podemos concluir en que, enfermedades como la obesidad y trastornos como los TCA son un grupo de patologías delicadas muy frecuentes en niños y adolescentes, promovidos por la insatisfacción corporal, la falta de control con la comida y una excesiva preocupación por el peso, que no debe dejarnos indiferentes ni a padres ni a maestros, pues es nuestro deber abordarlas partiendo de la firmeza y seguridad de que, con un trabajo óptimo en educación nutricional y hábitos saludables en las escuelas y dentro del hogar familiar, se pueden tener grandes resultados o una positiva incidencia en relación a la prevención en edades tempranas e incluso para detectar e intervenir partiendo de un abordaje integral de todos los factores que influyen en la obesidad y los TCA y donde exista una sensación de proximidad emocional y comprensión tanto en padres como en maestros.

LIMITACIONES DEL ESTUDIO Y FUTURAS LINEAS DE INTERVENCIÓN

Como limitaciones de mi estudio en el presente trabajo me hubiese gustado ahondar de manera más exhaustiva en la forma en la que afecta cada uno de los factores asociados a cada patología alimentaria, es decir, conocer más sobre la aparición de estos factores, cómo prevenir o tratar cada uno de ellos de manera concreta tanto para la anorexia y bulimia como para la obesidad. Además en las páginas 11, 12 y 13 relativas al documento de Elena Bar (2017) se habla de manera detallada de cada una de las etapas propias de la adolescencia (la temprana de los 11 a los 13 años, la media de los 14 a los 16 años y la tardía de los 17 a los

20 años) reflejando las características principales propias de cada etapa, el desarrollo emocional que va forjándose, así como los aspectos que podríamos trabajar en cada una y de manera detallada, para llevar una buena educación emocional. En caso de haber tenido mayor margen de amplitud en el trabajo hubiese sido relevante introducir pautas de intervención concretas para cada uno de los ámbitos de referencia del alumno con obesidad o anorexia/bulimia: familia, maestros, medios de comunicación, compañeros, etc., conforme a las características y diagnóstico concreto del alumno, en lugar de hacerlo a nivel tan general.

Me gustaría además haber aportado una mayor amplitud de programas, planes y protocolos de actuación existentes que hayan resultado tener un gran beneficio para estos alumnos, para que los futuros lectores tengan una amplia posibilidad de elección para aplicar según las características concretas de sus alumnos, así como sus necesidades.

Como limitaciones destacaría el hecho de no haber encontrado una información relevante sobre indicadores o señales concretas observables, ya desde la infancia, sobre posibles casos futuros de anorexia o bulimia, la mayoría estaban basados de cara a la intervención una vez ya se comienza a desarrollar estos trastornos. Al tener en nuestro conocimiento qué señales en las primeras etapas de la vida pueden considerarse como alarmantes ante un posible caso, sabríamos de manera fiable cuándo es más favorable la introducción de programas de prevención, ya que actualmente se recomienda introducirlos en los momentos previos a la adolescencia, por ser la etapa en la que se generan estos trastornos, pero sin tener necesariamente indicios claros de que vayan a desarrollarse.

Por otro lado, considero que mi trabajo hubiese quedado resuelto de manera completa con la elaboración de un programa de intervención concreto propio para la obesidad y uno de prevención para la anorexia y la bulimia, no quedarme con pautas, planes y recomendaciones tan generales sino elaborar mis propios programas, pero para ello sería necesario hacer alusión a otra modalidad de trabajo conjunta, distinta a la de revisión de la literatura. Por lo que en relación a esto, como futura línea de intervención mi labor se destinaría a la creación de dichos programas para que toda esta información aportada en el trabajo quede reflejada en una intervención real y concreta, procurando el tratamiento de las tres patologías tratadas, la anorexia nerviosa, la bulimia nerviosa y la obesidad.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Águila, M.A., Segura, M.P. & Águila, E. (2017). Identificación de los distintos tipos de trastornos alimenticios y sus características. En Molero, M. M., Pérez, M. C., Gázquez, J. J., Barragán, A. B., Martos, A., & Simón, M. M. (Ed.) *Salud y cuidados durante el desarrollo* (pp. 27 - 33). ASUNIVEP
- Aguilar, L.A. & Castellanos, M. Y. (2016). Perfeccionismo infantil: una revisión de la literatura. *Ajayu. Órgano de Difusión Científica del Departamento de Psicología de la Universidad Católica Boliviana "San Pablo"*, 14(2), 162-226. ISSN: Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=461546437001>
- Alzate, T. (2012). Estilos parentales y obesidad infantil (Tesis) Facultat de Filosofia i Ciències de l'Educació, Valencia.
- American Psychiatric Association (2014). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5) (Quinta edición). Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- American Psychiatric Association (s.f.). *What Are Eating Disorders?*. Web Starter Kit. Recuperado de <https://www.psychiatry.org/patients-families/eating-disorders/what-are-eating-disorders>
- Ascenzo, F. (2013, marzo). Características asociadas a los trastornos alimenticios y percepción de la función parental en adolescentes escolares. <http://hdl.handle.net/20.500.12404/4432>
- Bar, E. (2017). Prevención de los Trastornos de Conducta alimentaria en el ámbito educativo. (Trabajo de Fin de Grado). Facultad de ciencias Humanas y de la Educación, Huesca.
- Bolaños, P. (2009). La educación nutricional como factor de protección en los trastornos de la conducta alimentaria. *Trastornos de la conducta Alimentaria*, 10, 1069–1086. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3214016>
- Bonet Serra, B., Quintanar Rioja, A., Sentchordi Montané, L., Lindo Gutarra, D., Pérez-Lescure Picarzo, J., & Martínez Orgado, J. (2007). Terapia de grupo para el tratamiento de la obesidad infantil. *Anales de Pediatría*, 67(1), 51–56. <https://doi.org/10.1157/13108079>
- Burgui, A. (2012). La obesidad infantil y sus consecuencias (Tesis de grado). Escuela de Ciencias de la Salud, Zaragoza.

- Cabello, M. L., & Zúñiga, J. G. (2007). Aspectos intrapersonales y familiares asociados a la obesidad: un análisis fenomenológico. *Revista Ciencia UANL*, X(2), 183–188. <http://eprints.uanl.mx/1770/1/OBESIDAD.pdf>
- Castelló, E. (1993, 10 mayo). La obsesión por adelgazar. *El País*. https://elpais.com/diario/1993/05/10/sociedad/736984804_850215.html
- Córdova, J. A., Barriguete, J. A., Urbina, M., Arakelian, A., Sánchez, J. M. & Secretaría de Educación Pública, (2012, junio). *Prevención y detección de los Trastornos de la Conducta alimentaria desde el contexto escolar*. https://www.academia.edu/10102552/Prevenci%C3%B3n_y_detecci%C3%B3n_de_los_Trastornos_de_la_Conducta_Alimentaria_desde_el_contexto_escolar
- Cruzat, C., Ramírez, P., Melipillán, R., & Marzolo, P. (2008). Trastornos Alimentarios y Funcionamiento Familiar Percibido en una Muestra de Estudiantes Secundarias de la Comuna de Concepción, Chile. *Psyke (Santiago)*, 17(1). <https://doi.org/10.4067/s0718-22282008000100008>
- Escolar-Llamazares, M., Martínez, M. N., González, M. Y., Medina, M. B., Mercado, E., & Lara, F. (2017). Risk factors of eating disorders in university students: Estimation of vulnerability by sex and age. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 8(2), 105–112. <https://doi.org/10.1016/j.rmta.2017.05.003>
- Escorihuela, M. (2017). Prevalencia, tendencias y factores asociados al exceso de peso infanto-juvenil. (Trabajo de fin de grado). Facultad de Medicina, Zaragoza.
- Fernández, A., & Jáuregui, I. (2016). Variables psicológicas y psicopatológicas asociadas a los trastornos de la conducta alimentaria (TCA). *Jonnpr*, 1(2), 71–80. <https://doi.org/10.19230/jonnpr.2016.1.2.1011>
- Garijo N. (2012). Importancia del estilo de vida y los hábitos alimentarios en la infancia y su repercusión en la obesidad infantil (Trabajo de fin de grado). Escuela de Ciencias de la Salud, Zaragoza.
- Goñi, A., & Rodríguez, A. (2007). Variables associated with the risk of eating disorders in adolescence. *Salud Mental*, 30(4), 24–30. <http://www.inprf-cd.gob.mx/pdf/sm3004/sm300416.pdf>

- Hewitt, P., & Flett, G. (1991). Perfectionism in the self and social contexts: Conceptualization, assessment, and association with psychopathology. *Journal of Personality and Social Psychology*, 60(3), 456-470. doi: 10.1037/0022-3514.60.3.456
- Hospers, H. J., & Jansen, A. (2005). Why Homosexuality is a Risk Factor for Eating Disorders in Males. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 24(8), 1188–1201. <https://doi.org/10.1521/jscp.2005.24.8.1188>
- Isábal, A. (2012). Sobrepeso y obesidad infantil (Trabajo de Fin de Grado). Escuela de Enfermería, Huesca.
- Lamus, F., Jaimes, C., Castilla, M., & García, J. G. (2003). Hacia una escuela saludable: una experiencia de integración de los agentes educativos en torno a la calidad de vida. *Educación y Educadores*, 6, 17–44. <https://www.redalyc.org/pdf/834/83400604.pdf>
- Lanza, R. (2016). Tratamiento Biopsicosocial de la Obesidad Pediátrica. (Tesis doctoral). Facultad de Medicina, Cantabria.
- López, L.F. (2015). Estilos parentales, prácticas de alimentación y su relación con la obesidad en niños de 2 a 8 años. (Tesis). Universidad de Sonora, México.
- López, C. C., Raimann, T. X., & Gaete P., M. V. (2015). Prevención de los trastornos de conducta alimentaria en la era de la obesidad: rol del clínico. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 26(1), 24–33. <https://doi.org/10.1016/j.rmcl.2014.12.003>
- Losada, A. V. & Charro, A. (2018). Trastornos de la conducta alimentaria y estilos parentales [en línea]. *Perspectivas Metodológicas*, 18(21). doi: <https://doi.org/10.18294/pm.2018.1901>.
- March, J. C., Suess, A., Prieto, M. A., Escudero, M. J., Nebot, M., Cabeza, E., & Pellicer, A. (2006). Trastornos de la Conducta Alimentaria: Opiniones y expectativas sobre estrategias de prevención y tratamiento desde la perspectiva de diferentes actores sociales. *Nutrición Hospitalaria*, 21(6), 4–12. <https://scielo.isciii.es/pdf/nh/v21n1/original1.pdf>
- Marcos, L. M., Rodríguez, L., Pérez, M. B., & Caballero, M. (2010). Obesidad: Política, Economía y Sociedad. Estrategias de intervención contra la obesidad. *Trastornos de Conducta Alimentaria*, 11, 1231–1258. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3734368>

- Marmo, J. (2017). Estilos parentales y factores de riesgo asociados a la patología alimentaria. *Avances En Psicología*, 22(2), 165-178. <https://doi.org/10.33539/avpsicol.2014.v22n2.183>
- Martínez, M. a. I., Hernández, M. D., Ojeda, M., Mena, R., Alegre, A., & Alfonso, J. L. (2009). Desarrollo de un programa de educación nutricional y valoración del cambio de hábitos alimentarios saludables en una población de estudiantes de Enseñanza Secundaria Obligatoria. *Nutrición Hospitalaria*, 24(4), 504-510. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112009000400017
- Montero, J. C., Cúneo, A., Facchini, M., & Bressan, J. (2002). Tratamiento integral de la obesidad y su prevención. *Anales del sistema sanitario de Navarra*, 25(Extra 1), 175-186. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6800924>
- Organización Mundial de la Salud. (2020, 1 abril). *Obesidad y sobrepeso*. OMS. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>
- Organización Mundial de la Salud. (2018). *Obesidad*. OMS https://www.who.int/es/health-topics/obesity#tab=tab_1
- Oros, L. B. (2003). Medición del perfeccionismo infantil: Desarrollo y validación de una escala para niños de 8 a 13 años de edad. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación Psicológica*, 16(2), 99-112. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4539923>
- Rivadeneira-Valenzuela, J., Soto-Caro, A., Bello-Escamilla, N., Concha-Toro, M., & Díaz-Martínez, X. (2021). Estilos parentales, sobrepeso y obesidad infantil: Estudio transversal en población infantil chilena. *Revista chilena de nutrición*, 48(1), 18-30. <https://doi.org/10.4067/s0717-75182021000100018>
- Rodríguez, A., Novalbos, J. P., Villagram, S., Martínez, J. M., & Lechuga, J. L. (2012). La percepción del sobrepeso y la obesidad infantil por parte de los progenitores. *Revista Española de Salud Pública*, 86(5), 483-494. https://scielo.isciii.es/pdf/resp/v86n5/03_original1.pdf
- Rome, E. S., Ammerman, S., Rosen, D. S., Keller, R. J., Lock, J., Mammel, K. A., O'Toole, J., Rees, J. M., Sanders, M. J., Sawyer, S. M., Schneider, M., Sigel, E., & Silber, T. J. (2003). Children and Adolescents With Eating Disorders: The State of the Art. *PEDIATRICS*, 111(1), e98-e108. <https://doi.org/10.1542/peds.111.1.e98>
- Saavedra, J. M., & Dattilo, A. M. (2012). Factores alimentarios y dietéticos asociados a la obesidad infantil: Recomendaciones para su prevención antes de los dos años de vida.

Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública, 29(3), 379–385.
<http://www.scielo.org.pe/pdf/rins/v29n3/a14v29n3.pdf>

- Saldaña, C. (2001). Detección y prevención en el aula de los problemas del adolescente (1.^a ed.). Pirámide.
- Vargas, M.J. (2018). Trastornos de la conducta alimentaria en la población adolescente: Factores relacionados con su detección y manejo integral. (Trabajo de Fin de Grado). Universidad de Costa Rica
- Vizoso, C., Vega, S., & Fernández, E. (2018). Actitudes negativas hacia la obesidad en jóvenes españoles: diferencias por sexo, edad y nivel educativo. *Revista de psicología clínica con Niños y Adolescentes*, 5(1), 32–36.
<https://doi.org/10.21134/rpcna.2018.05.1.4>
- Walls, H. L., Peeters, A., Loff, B., & Crammond, B. R. (2009). Why Education and Choice Won't Solve the Obesity Problem. *American Journal of Public Health*, 99(4), 590–592. <https://doi.org/10.2105/ajph.2008.156232>

ALGORITMO PARA LA SELECCIÓN DE ARTÍCULOS

Para este apartado ha sido necesario llevar a cabo una tabla donde evidenciamos la búsqueda llevada a cabo para la realización del presente trabajo, así como los resultados utilizados finalmente en cada ocasión.

Base de datos	Palabras clave buscadas	Total de documentos que aparecen	Número de Documentos seleccionados para leer	Documentos útiles para la elaboración del mi TFG
Zaguan	TCA	33 registros	13 seleccionados	1. Bar (2017)
	Obesidad	214 registros	44 seleccionados	1. Burgui (2012) 2. Isábal (2012) 3. Escorihuela (2017) 4. Garijo (2012)
Google académico	Tipos de trastornos alimenticios	47.500 resultados	1 seleccionado	1. Águila, Segura, Águila ()
	Estilos parentales asociados a la anorexia	3160 resultados	3 seleccionados	1. Marmo (2017) 2. Losada & Charro ()2018
	Factores de riesgo de TCA en las aulas	1390 resultados	2 seleccionados	1. Escolar et al, (2017)

Base de datos	Palabras clave buscadas	Total de documentos que aparecen	Número de Documentos seleccionados para leer	Documentos útiles para la elaboración del mi TFG
	TCA tipos y definiciones	3050 resultados	-	-
	Signos en Educación Infantil TCA	1570 resultados	0 seleccionados	-
	Estilos parentales asociados a la obesidad	5.940 resultados	7 seleccionados	<ol style="list-style-type: none"> 1. Rivadeneira et al (2021) 2. Cabello & Zúñiga (2007) 3. López (2015) 4. Saavedra & Dattilo (2012) 5. Alzate (2012)
Dialnet	Obesidad	11.792 resultados	2 seleccionados	<ol style="list-style-type: none"> 1. Rodríguez, Novalbos, Villagrán, Martínez , Lechuga (2012) 2. Marcos, Rodríguez, Pérez & Caballero, (2010)
	Tratamiento obesidad	2585 resultados	3 documentos seleccionados	<ol style="list-style-type: none"> 1. Montero et al, (2002) 2. Lanza (2016)
	Prevención obesidad	1260 resultados	2 documentos	-

Base de datos	Palabras clave buscadas	Total de documentos que aparecen	Número de Documentos seleccionados para leer	Documentos útiles para la elaboración del mi TFG
	TCA	873 resultados	-	-
	Estilos parentales asociados a la obesidad	6 registros	2 seleccionados	1. Rodríguez, Novalbos etc
	Obesidad intervención educativa	209 resultados	8 seleccionados	1. Vizoso, Vega & Fernández (2018)
	Variables TCA	170	5 seleccionados	1. Fernández & Jáuregui (2016)
OMS	Obesidad infantil	14	2 seleccionados	1. OMS (2018) 2. OMS (2020)
American Psychiatric Association	Pacientes y Familias. - Trastornos de la alimentación	Desconocido	<i>What Are Eating Disorders?</i>	1. APA (s.f.)

A continuación quedan reflejados los documentos que han sido hallados con la pretensión de contar con las fuentes primarias:

Autor	Año	Título
Carmina Saldaña	2001	Detección y prevención en el aula de los problemas del adolescente.
Patricia Bolaños	2009	La educación nutricional como factor de protección en los trastornos de la conducta alimentaria
Cruzat et al	2008	Trastornos Alimentarios y Funcionamiento Familiar Percibido en una Muestra de Estudiantes Secundarias de la Comuna de Concepción, Chile
Oros	2003	Medición del perfeccionismo infantil: Desarrollo y validación de una escala para niños de 8 a 13 años de edad
Hewitt & Flett	1991	Perfectionism in the self and social contexts: Conceptualization, assessment, and association with psychopathology
Aguilar & Castellanos	2016	Perfeccionismo infantil: Una revisión de la literatura
March et al	2006	Trastornos de la Conducta Alimentaria: Opiniones y expectativas sobre estrategias de prevención y tratamiento desde la perspectiva de diferentes actores sociales.
López et al	2015	Estilos parentales, prácticas de alimentación y su relación con la obesidad en niños de 2 a 8 años
Martínez et al	2009	Desarrollo de un programa de educación nutricional y valoración del cambio de hábitos alimentarios saludables en una población de estudiantes de Enseñanza Secundaria Obligatoria
Lumus, Jaimes, Castilla & García	2003	Hacia una escuela saludable: una experiencia de integración de los agentes educativos en torno a la calidad de vida.
Hospers & Jansen	2005	Why Homosexuality is a Risk Factor for Eating Disorders in Males.
Goñi & Rodríguez	2007	Variables associated with the risk of eating disorders in adolescence
Rome	2003	Children and Adolescents With Eating Disorders: The State of the Art

Autor	Año	Título
Ascenzo	2013	Características asociadas a los trastornos alimenticios y percepción de la función parental en adolescentes escolares
Vargas	2018	Trastornos de la conducta alimentaria en la población adolescente: Factores relacionados con su detección y manejo integral
Bonet Serra et al	2007	Terapia de grupo para el tratamiento de la obesidad infantil
Walls et al	2009	Why Education and Choice Won't Solve the Obesity Problem
Castelló	1993	La obsesión por adelgazar
Córdova et al	2012	Prevención y detección de los Trastornos de la Conducta Alimentaria desde el contexto escolar.
DSM V	2014	Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales

ANEXOS

Anexo 1: criterios diagnósticos de los Trastornos de Alimentación según el DSM V (2014, p.189)

Pica

- A. Ingestión persistente de sustancias no nutritivas y no alimentarias durante un período mínimo de un mes.
- B. La ingestión de sustancias no nutritivas y no alimentarias es inapropiada al grado de desarrollo del individuo.
- C. El comportamiento alimentario no forma parte de una práctica culturalmente aceptada o socialmente normativa.
- D. Si el comportamiento alimentario se produce en el contexto de otro trastorno mental (p. ej., discapacidad intelectual [trastorno del desarrollo intelectual], trastorno del espectro del autismo, esquizofrenia) o afección médica (incluido el embarazo), es suficientemente grave para justificar la atención clínica adicional. (DSM V, 2014, p. 189)

Trastorno de rumiación

- A. Regurgitación repetida de alimentos durante un período mínimo de un mes. Los alimentos regurgitados se pueden volver a masticar, a tragar o se escupen.
- B. La regurgitación repetida no se puede atribuir a una afección gastrointestinal asociada u otra afección médica (p. ej., reflujo gastroesofágico, estenosis pilórica).
- C. El trastorno alimentario no se produce exclusivamente en el curso de la anorexia nerviosa, la bulimia nerviosa, el trastorno de atracones o el trastorno de evitación/restricción de la ingestión de alimentos.
- D. Si los síntomas se producen en el contexto de otro trastorno mental (p. ej., discapacidad intelectual [trastorno del desarrollo intelectual] u otro trastorno del desarrollo neurológico), son suficientemente graves para justificar atención clínica adicional. (DSM V, 2014, p. 189)

Trastorno de evitación/restricción de la ingestión de alimentos

A. Trastorno alimentario o de la ingestión de alimentos (p. ej., falta de interés aparente por comer o alimentarse; evitación a causa de las características organolépticas de los alimentos; preocupación acerca de las consecuencias repulsivas de la acción de comer) que se pone de manifiesto por el fracaso persistente para cumplir las adecuadas necesidades nutritivas y/o energéticas asociadas a uno (o más) de los hechos siguientes:

1. Pérdida de peso significativa (o fracaso para alcanzar el aumento de peso esperado o crecimiento escaso en los niños).
2. Deficiencia nutritiva significativa.
3. Dependencia de la alimentación enteral o de suplementos nutritivos por vía oral.
4. Interferencia importante en el funcionamiento psicosocial.

B. El trastorno no se explica mejor por la falta de alimentos disponibles o por una práctica asociada culturalmente aceptada.

C. El trastorno alimentario no se produce exclusivamente en el curso de la anorexia nerviosa o la bulimia nerviosa, y no hay pruebas de un trastorno en la forma en que uno mismo experimenta el propio peso o constitución.

D. El trastorno alimentario no se puede atribuir a una afección médica concurrente o no se explica mejor por otro trastorno mental. Cuando el trastorno alimentario se produce en el contexto de otra afección o trastorno, la gravedad del trastorno alimentario excede a la que suele asociarse a la afección o trastorno y justifica la atención clínica adicional. (DSM V, 2014, p. 190)

Anorexia nerviosa

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

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

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

Existen dos tipos claramente diferenciados:

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

Tipo con atracones/purgas: Durante los últimos tres meses, el individuo ha tenido episodios recurrentes de atracones o purgas (es decir, vómito autoprovocado o utilización incorrecta de laxantes, diuréticos o enemas) (DSM V, 2014, p. 191).

Para la Bulimia nerviosa son:

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

1. Ingestión, en un periodo determinado (p. ej., dentro de un período cualquiera de dos horas), de una cantidad de alimentos que es claramente superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en un período similar en circunstancias parecidas.

2. Sensación de falta de control sobre lo que se ingiere durante el episodio (p. ej., sensación de que no se puede dejar de comer o controlar lo que se ingiere o la cantidad de lo que se ingiere).

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

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

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

E. La alteración no se produce exclusivamente durante los episodios de anorexia nerviosa. (DSM V, 2014, p. 193)

En este caso la gravedad queda determinada por la frecuencia en la que aparecen esos comportamientos compensatorios, siendo leve un promedio de 1 a 3 episodios de comportamientos compensatorios a la semana, moderado un promedio de 4 a 7 episodios, grave un promedio de 8 a 13 episodios y extremo un promedio de 14 episodios compensatorios semanales.

Trastorno de atracones

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

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

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

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

C. Malestar intenso respecto a los atracones.

D. Los atracones se producen, de promedio, al menos una vez a la semana durante tres meses.

E. El atracón no se asocia a la presencia recurrente de un comportamiento compensatorio inapropiado como en la bulimia nerviosa y no se produce exclusivamente en el curso de la bulimia, (DSM V, 2014, p. 194)

Otro trastorno alimentario o de la ingestión de alimentos especificado

Esta categoría se aplica a presentaciones en las que predominan los síntomas característicos de un trastorno alimentario o de la ingestión de alimentos que causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento, pero que no cumplen todos los criterios de ninguno de los trastornos de la categoría diagnóstica de los trastornos alimentarios y de la ingestión de alimentos.

Algunos ejemplos son: anorexia nerviosa atípica, bulimia nerviosa (de frecuencia baja y/o duración limitada), trastorno de atracón (de frecuencia baja y/o duración limitada), trastorno por purgas, síndrome de ingestión nocturna de alimentos. (DSM V, 2014, p. 195)

Trastorno alimentario o de la ingestión de alimentos no especificado

Esta categoría se aplica a presentaciones en las que predominan los síntomas característicos de un trastorno alimentario o de la ingestión de alimentos que causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento, pero que no cumplen todos los criterios de ninguno de los trastornos en la categoría diagnóstica de los trastornos alimentarios y de la ingestión de alimentos. (DSM V, 2014, p. 195)

La categoría del trastorno alimentario o de la ingestión de alimentos no especificado se utiliza en situaciones en las que el clínico opta por no especificar el motivo de incumplimiento de los criterios de un trastorno alimentario y de la ingestión de alimentos específico, e incluye

presentaciones en las que no existe suficiente información para hacer un diagnóstico más específico (p. ej., en servicios de urgencias)

Anexo 2. Resultados del análisis llevado a cabo por el CAPS. Aguilar & Castellanos (2016)

En el primer estudio: el perfeccionismo autorientado tuvo una correlación alta con el deseo personal de perfección y una asociación modesta pero igualmente significativa con los deseos de perfección de la madre, por su parte el perfeccionismo socialmente prescrito correlacionó significativamente con los deseos maternos y paternos de perfección.

En un segundo estudio. El perfeccionismo autorientado se asoció con la importancia de la apariencia, mientras que el perfeccionismo socialmente prescrito se asoció con menor autoestima social y debida a la apariencia, así como con actitudes alimentarias anoréxicas, tendencias bulímicas y control excesivo.

En el tercer estudio. Las asociaciones del perfeccionismo autorientado surgieron que es una dimensión relativamente adaptativa. Por el contrario, el perfeccionismo socialmente prescrito se asoció con síntomas de pensamiento desorganizado, desviación, ideación persecutoria, introversión social, autodesprecio e hipocondría.

Anexo 3

TABLA 1: *Características conductuales, emocionales, cognitivas y personales de los adolescentes con AN.*

Conductuales	Emocionales	Cognitivas	Personales
<ul style="list-style-type: none"> - Relacionadas con la comida <p>Eligen alimentos de bajo contenido calórico</p> <p>Comen poco y despacio</p> <p>Comen de forma extraña:</p> <p>Trocean los alimentos, escampan y/o pasean la comida por el plato</p> <p>Esconden los alimentos</p> <p>Emplean mucho vinagre y especias</p> <p>Beben mucha agua</p> <p>Almacenan alimentos</p> <p>Cocinan para la familia</p> <p>Coleccionan recetas y libros de cocina</p> <ul style="list-style-type: none"> - Relacionadas con el acto de comer: <p>Prefieren comer solos</p> <p>Se levantan de la mesa durante las comidas</p> <p>No toleran los adelantos o retrasos en</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Generales: <p>Tienen sentimientos de tristeza y depresión</p> <p>Experimentan altos niveles de ansiedad</p> <p>Lloran frecuentemente</p> <p>Están irritables y con mal humor</p> <p>Tienen sentimientos de ineficacia</p> <p>Muestran anhedonia</p> <ul style="list-style-type: none"> - Relacionados con la alimentación: <p>Discuten frecuentemente por la comida</p> <p>Están irritables a las horas de comer.</p> <p>Se sienten culpables por lo que han comido.</p> <p>Califican su valía personal en función de su control sobre la comida.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Relacionadas con la imagen 	<ul style="list-style-type: none"> - Generales <p>Pensamiento dicotómico</p> <p>Tienen una lógica irracional, simple y concreta.</p> <p>Tienen dificultades para identificar y expresar sus sentimientos</p> <p>Tienen dificultades para concentrarse en tareas o actividades distintas a las relacionadas con la alimentación, peso y silueta.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pensamientos sobre la comida y el peso <p>Son repetitivos y circulares</p> <p>Son persistentes</p> <p>Le ocupan la mayor parte del tiempo</p> <p>Tienen ideas irracionales sobre nutrición</p> <ul style="list-style-type: none"> - Cogniciones relativas a la imagen corporal 	<ul style="list-style-type: none"> - Generales: <p>Son perfeccionistas</p> <p>Son dependientes</p> <p>Son introvertidos</p> <p>Tienen baja autoestima</p> <p>Tienen dificultades para resolver problemas</p> <p>Les cuesta hacer elecciones y tomar decisiones</p>

Conductuales	Emocionales	Cognitivas	Personales
<p>el horario de las comidas</p> <p>- Relacionadas con la imagen y peso:</p> <p>Se pesan frecuentemente</p> <p>Se miran mucho al espejo</p> <p>Llevar ropa holgada</p> <p>Preguntan cómo se les ve</p> <p>Evitan ir a actos sociales en donde se sientan observados</p>	<p>corporal:</p> <p>Se sienten insatisfechos con su imagen corporal</p> <p>Experimentan sentimientos de inadecuación social debido a su imagen corporal</p>	<p>Distorsionan su imagen corporal</p> <p>Se ven gordos a pesar de estar muy delgados</p>	

Fuente: Carmina Saldaña (2001), p.114

Anexo 4

TABLA 2: Características conductuales, emocionales, cognitivas y personales de los adolescentes con BN.

Conductuales	Emocionales	Cognitivas	Personales
<ul style="list-style-type: none"> - Relacionadas con la comida Están preocupados por la comida Siguen frecuentemente dietas Se saltan comidas Comen muy poco a las horas de comer Se dan atracones Durante los atracones: comen compulsivamente y con gran rapidez Comen dulces y carbohidratos en los atracones Roban y esconden alimentos Beben mucha agua para facilitar el vómito Almacenan alimentos Cocinan para la familia Coleccionan recetas y libros de cocina. - Relacionadas con el acto de comer 	<ul style="list-style-type: none"> - Generales: Tienen sentimientos de tristeza y depresión. Se sienten desmoralizados Se sienten infelices Están irritables y con mal humor. Tienen cambios bruscos de humor Tienen sentimientos de ineficacia. - Relacionados con la alimentación: Discuten frecuentemente por la comida. Están irritables a las horas de comer Se sienten ansiosos por su falta de control sobre la comida Se sienten culpables por lo que han comido Califican su valía personal en función de su control sobre la comida. 	<ul style="list-style-type: none"> - Generales: Pensamiento dicotómico Tienen un estilo cognitivo irracional Tienen dificultades para identificar y expresar sus sentimientos Tienen dificultades para concentrarse en tareas o actividades distintas a las relacionadas con la alimentación, peso y silueta. - Pensamientos sobre la comida y el peso Experimentan <<craving>> (impulso irrefrenable de comer). Son repetitivos y circulares Son persistentes Le ocupan la mayor parte del tiempo Tienen ideas irracionales sobre nutrición - Cogniciones relativas a la imagen corporal 	<ul style="list-style-type: none"> - Generales: Son impulsivos Son extrovertidos Son muy ansiosos Tiene baja autoestima Se sienten agobiados por sus dudas Tienen dificultades para resolver problemas Tienen déficits de habilidades sociales

Conductuales	Emocionales	Cognitivas	Personales
<p>Prefieren comer solos</p> <p>Se levantan de la mesa inmediatamente después de las comidas para vomitar.</p> <p>- Relacionadas con la imagen corporal:</p> <p>Se pesan frecuentemente</p> <p>Van desaliñados</p> <p>Evitan ir a actos sociales en los que tengan que comer</p>	<p>- Relacionadas con la imagen corporal:</p> <p>Se sienten insatisfechos con su imagen corporal.</p> <p>Experimentan sentimientos de inadecuación social debido a su imagen corporal.</p>	<p>Distorsionan su imagen corporal</p>	

Fuente: Carmina Saldaña (2001), p. 117

Anexo 5: Señales de riesgo Carmina Saldaña (2001)

1. En comparación con sus compañeras del grupo, una niña en edad prepuberal no está creciendo al ritmo esperable. Parece que su crecimiento se ha frenado.
2. Se observa que una chica tenía peso normal o sobrepeso está perdiendo peso.
3. Se observa que una chica o chico ha sustituido de forma sistemática el bocadillo de media mañana por una fruta.
4. Se observa que un chico o chica con sobrepeso u obesidad come constantemente
5. Se observa que una chica o chico, con buenos contactos sociales dentro del grupo, parece triste y empieza a aislarse. Tiene cambios bruscos de humor.
6. Se observa que un chico o una chica con sobrepeso es frecuentemente criticado por sus compañeros debidos a su imagen corporal.
7. Se observa que una chica cambia en su forma de vestir, empleando muchas capas de ropa y ropa muy amplia. Además, se observa que hace frecuentes comentarios despectivos hacia su imagen corporal.
8. Se observa que una chica prefiere quedarse a la hora del patio dentro del ala y se acerca continuamente a los radiadores.
9. Se observa que un chico o chica empieza a interesarse excesivamente por practicar ejercicio físico, o pasa a tener una actitud mucho más activa en las clases de actividad física.
10. Se observa que un chico o chica empieza a comer más lentamente que de costumbre en el comedor escolar, deja comida justificando que no tiene apetito, o solamente come las verduras y frutas que se le ofrecen en la comida escolar. Cuando existen distintos turnos en el comedor escolar, se observa que un alumno llega siempre tarde, probablemente esperando que se hayan acabado más de uno de los platos que se ofrecen para comer.
11. Se observa que un alumno empieza a perder interés por cosas que antes le interesaban. Además empieza a prestar gran atención a aspectos relacionados con la alimentación, dietas, países que sufren de hambruna, etcétera.
12. Se observa que un alumno está más cansado que de costumbre, se fatiga pronto, indica que se marea, o incluso alguna vez se ha desmayado.
13. El rendimiento académico de una chica cambia sustancialmente. Tiene problemas de concentración y en general se observa que trabaja más lentamente para alcanzar los mismos resultados.

14. El profesor y/o tutor es informado por algún alumno que una compañera come poco, tira la comida o vomita después de las comidas.

Anexo 6: Hallazgos físicos según Bar (2017, p.21)

- Pérdida del esmalte dental por la regurgitación recurrente. También daño en la estructura y forma de éstos.
- Ulceraciones esofágicas debidas al tránsito frecuente de ácidos gástricos.
- Aumento de las glándulas parótidas en algunos individuos.
- Callos o cicatrices en la parte dorsal de la mano y dedos, debido a que son la herramienta más frecuente para provocar los vómitos.
- En aquellos individuos que consumen jarabe de ipecacuana (inductor del vómito) se han visto miopatías esqueléticas y cardíacas graves.
- Dependencia de los laxantes.

Anexo 7: Hallazgos físicos según Rome et al. (2009, p. 100)

Useful Questions to Screen for an Eating Disorder

History of present illness	Any purging? Frequency, amount
Weight history	Abuse of diuretics, laxatives, diet pills, ipecac?
Maximum weight and when? Desired weight?	Exercise history: types, frequency, duration, intensity
How does the patient feel about his/her current weight?	Menstrual history: age at menarche?
How frequently does she/he weigh him/herself?	Regularity of cycles? Last normal menstrual period?
When did the patient begin to lose weight?	Review of systems
What weight control methods have been tried?	Dizziness, blackouts, weakness, fatigue
Diet history	Pallor, easy bruising/bleeding
Current dietary practices? Ask for specifics, amounts, food groups, fluids, restrictions.	Cold intolerance
Any binges? Frequency, amount	Hair loss, dry skin
	Vomiting, diarrhea, constipation
	Fullness, bloating, abdominal pain, epigastric burning

Muscle cramps, joint pains, palpations,
chest pain

Menstrual irregularities

Symptoms of hyperthyroidism, diabetes,
malignancy, infection, inflammatory
bowel disease

Psychological symptoms/history

Adjustment to pubertal development

Body image/self esteem

Anxiety, depression, obsessive-compulsive
disorder, comorbid, past medical history

Family history: obesity, eating disorders,
depression, substance abuse/alcoholism

Social history: home, school, activities,
substance use, sexual history, sexual abuse

Traducción Rome et al, (2009)

Historia de la enfermedad actual

Historial de peso

Peso máximo y cuando? ¿Peso deseado?

¿Cómo se siente el paciente con respecto a su peso actual?

¿Con qué frecuencia se pesa él / ella?

¿Cuándo empezó el paciente a adelgazar?

¿Qué métodos de control de peso se han probado?

Historia de la dieta

¿Prácticas dietéticas actuales? Pregunte por detalles, cantidades, comida, grupos, fluidos, restricciones.

¿Algún atracón? Frecuencia, cantidad

¿Alguna purga? Frecuencia, cantidad

¿Abuso de diuréticos, laxantes, pastillas para adelgazar, ipecacuana?

Historial de ejercicio: tipos, frecuencia, duración, intensidad

Historia menstrual: ¿edad de la menarquía? ¿Regularidad de ciclos? ¿Último período menstrual normal?

Revisión de sistemas

Mareos, desmayos, debilidad, fatiga.

Palidez, fácil aparición de hematomas / sangrado

Intolerancia al frío

Caída del cabello, piel seca

Vómitos, diarrea, estreñimiento

Plenitud, distensión abdominal, dolor abdominal, ardor epigástrico

Calambres musculares, dolores articulares, palpaciones, dolor en el pecho.

Irregularidades menstruales

Síntomas de hipertiroidismo, diabetes, malignidad,
infección, enfermedad inflamatoria intestinal

Síntomas / antecedentes psicológicos

Adaptación al desarrollo puberal

Imagen corporal / autoestima

Ansiedad, depresión, trastorno obsesivo compulsivo, comórbido

Historia médica pasada

Antecedentes familiares: obesidad, trastornos alimentarios, depresión, abuso de sustancias / alcoholismo

Historia social: hogar, escuela, actividades, uso de sustancias, historial sexual, abuso sexual

Anexo 8. Guía registro emocional de Córdoba et al. (2012, p. 15)

GUÍA PARA LLEVAR EL REGISTRO EMOCIONAL

La primera tarea que ayuda a incrementar la conciencia de sus emociones es llevar el registro emocional. Escriba la emoción que haya sentido y describa su experiencia. Preste atención a los siguientes puntos y vaya contestando uno por uno. Se sugiere que lo escriba y no olvide poner la fecha.

Fecha: _____

1. ¿Qué nombre le da a esa emoción?

Si se descubre usando repentinamente sólo unas cuantas palabras, como frustrado o feliz, trate de encontrar más palabras referidas a emociones. Aumente su lista con la ayuda de las palabras de la tabla anexa.

2. ¿Tenía sensaciones corporales que acompañan la emoción?

Tenía tensión en el cuerpo, mandíbula, los puños, temblor, sentir que sudas o tienes mucho calor, sentir frío, notar los latidos del corazón, otras sensaciones ¿cuáles son?

3. ¿Venían pensamientos a su mente? ¿Cuáles son esos pensamientos? ¿Se refieren al pasado, al futuro o al presente?

4. ¿Hizo algo, o sentía el deseo de hacer algo, o de expresar algo?

Acercarse o alejarse, avanzar agresivamente, poner una determinada expresión facial.

5. ¿Qué produjo la emoción o estado de ánimo? Describa la situación. ¿Se debió a un suceso externo o interno?

6. ¿Qué información le está proporcionando la emoción?

Le dice algo acerca de sí mismo, acerca de una relación, algo relacionado con sus progresos en la consecución de una meta.

7. Reflexione acerca de su respuesta emocional a la situación

Trate de darle sentido a lo que está sintiendo. Además, intente identificar lo que le está diciendo que decida. ¿Debería seguir su sentimiento? ¿Debería tratar de averiguar qué hay detrás de ese sentimiento? ¿Debería tratar de ampliar su visión para cambiar el sentimiento?

Anexo 9: Recomendaciones para maestros en la prevención y detección de los TCA, Córdova et al. (2012)

1. Recuerde que los maestros son un modelo para los alumnos.
2. Observe el comportamiento de los alumnos y practique cómo explicar métodos negociadores, para que sea capaz de decir “NO” frente a las situaciones específicas que representan una amenaza para los jóvenes.
3. Favorezca el respeto y la comunicación mutua.
4. Apoye aspectos positivos, frente a las frecuentes provocaciones, propias de ésta época de desarrollo del alumno.
5. Brinde apoyo ante las situaciones preocupantes y angustiantes del alumno.
6. Utilice el buen humor, para facilitar el proceso educativo.
7. Muestre interés por los alumnos, facilite el diálogo y la expresión de preocupaciones, angustias, asegurando la confidencialidad.
8. Observe si los alumnos son conscientes de su malestar, ¿Qué hacen para resolverlo?, ¿Se trata de algo temporal? o ¿Algo crónico que necesita mayor apoyo?
9. Recuerde que a los alumnos les cuesta trabajo reconocer su malestar y más aún si la información proviene de los mayores.
10. En caso de identificar un problema serio en algunos alumnos, anímelo(a) a pedir ayuda.
11. Observe las conductas alimentarias durante las comidas y lo que sucede en los baños y lavabos.

Anexo 10: Indicaciones a evitar por parte de los docentes (Córdova et al, 2012, p. 19)

1. Devaluar, criticar los sentimientos, ideas, actitudes o preocupaciones de los alumnos.
2. Actitudes excesivamente rígidas y dogmáticas al igual que hacer comparaciones entre ellos.

3. Culpar porque no cumplen con las expectativas.
4. Sobrevalorar los aspectos exteriores, estéticos, en lugar de dar prioridad a los interiores emocionales y personales.
5. Ocupar el lugar de los padres.
6. Generar alarma a partir de información parcial.

Anexo 11: OMS (2020) diagnóstico de sobrepeso y obesidad conforme a la edad de los menores.

En el caso de los niños menores de 5 años:

- el sobrepeso es el peso para la estatura con más de dos desviaciones típicas por encima de la mediana establecida en los patrones de crecimiento infantil de la OMS; y
- la obesidad es el peso para la estatura con más de tres desviaciones típicas por encima de la mediana establecida en los patrones de crecimiento infantil de la OMS. (OMS 2020, p.1)

Niños de 5 a 19 años.

En el caso de los niños de 5 a 19 años, el sobrepeso y la obesidad se definen de la siguiente manera:

- el sobrepeso es el IMC para la edad con más de una desviación típica por encima de la mediana establecida en los patrones de crecimiento infantil de la OMS, y
- la obesidad es mayor que dos desviaciones típicas por encima de la mediana establecida en los patrones de crecimiento infantil de la OMS. (OMS, 2020, p.1)

Anexo 12. Pautas de la OMS (2020) para la reducción del sobrepeso y la obesidad.

Reducir el contenido de grasa, azúcar y sal de los productos procesados

Asegurar que las opciones saludables y nutritivas estén disponibles y sean asequibles para todos los consumidores

Limitar la comercialización de alimentos ricos en azúcar, sal y grasas, sobre todo los alimentos destinados a los niños y los adolescentes

Garantizar la disponibilidad de opciones alimentarias saludables y apoyando la práctica de actividades físicas periódicas en el lugar de trabajo.

Anexo 13 recomendaciones para prevenir la obesidad y el sobrepeso, Burgui, 2012

- 1.** Desayuno completo: lácteos, cereales y fruta.
- 2.** Enseñar al niño a comer con horario, distribuyendo la ingesta para no saltarse ninguna comida.
- 3.** Programar aperitivos saludables: fruta y cereales evitando frituras saladas y bollería.
- 4.** Alternar el consumo de carne y pescado.
- 5.** No abandonar el consumo de legumbres, arroz y pasta. Combinándolo con la ración de fruta y verdura recomendada.
- 6.** Evitar el picoteo entre horas.
- 7.** Beber agua para saciar la sed, eliminando refrescos y bebidas edulcoradas.
- 8.** Realizar la mayor parte de desplazamientos a pie o en bicicleta.
- 9.** La promoción de un patrón de vida más activo, cambiando las actividades sedentarias como la televisión o los videojuegos, por la educación física y el deporte.
- 10.** Involucrar a la familia en este estilo de vida más activo.

Anexo 14: resultados relativos al programa de educación nutricional de Martínez, Hernández, Ojeda, Mena, Alegre & Alfonso (2009)

Tabla IV
Porcentaje de alumnos que han respondido afirmativamente al Test KIDMED

<i>Test KIDMED</i>	<i>Educación Nutricional en aula % alumnos (n = 217)</i>			<i>Educación en aula + Intervención Nutricional % alumnos (n = 38)</i>		
	<i>antes</i>	<i>después</i>		<i>antes</i>	<i>después</i>	
Toma una fruta o zumo todos los días	70,0	87,6	p < 0,001	65,8	94,7	p = 0,001
Toma una segunda fruta todos los días	33,2	51,6	p < 0,001	34,2	68,4	p < 0,001
Toma verduras frescas o cocinadas una vez al día	60,8	75,6	p < 0,001	63,2	92,1	p = 0,001
Toma verduras más de una vez al día	12,9	31,3	p < 0,001	13,2	42,1	p = 0,001
Toma pescado con regularidad (≥ 2-3/semana)	59,9	69,1	p < 0,001	63,2	76,3	
Acude una vez o más a la semana a un fast-food	25,4	13,4	p < 0,001	28,9	10,5	p = 0,016
Le gustan las legumbres	71,4	76,0	p < 0,05	73,7	78,9	
Toma pasta o arroz casi a diario	77,9	87,1	p < 0,001	84,2	92,1	
Desayuna un cereal o derivado	52,5	67,3	p < 0,001	31,6	65,8	p < 0,001
Toma frutos secos con regularidad (≥ 2-3/semana)	45,2	45,2		26,3	26,3	
Utiliza aceite de oliva en casa	92,6	94,0		89,5	89,5	
No desayuna	20,7	9,2	p < 0,001	34,2	2,6	p = 0,002
Desayuna un lácteo	73,3	84,8	p < 0,001	60,5	94,7	p = 0,002
Desayuna bollería industrial	25,3	15,7	p < 0,001	15,8	5,3	
Toma 2 yogures y/o 40 g de queso cada día	40,6	56,2	p < 0,001	34,2	47,4	
Toma golosinas varias veces al día	25,8	14,7	p < 0,001	21,2	2,6	p = 0,016

Anexo 15. Medidas propuestas por Isábal (2012)

Abogar por unas políticas sobre salud pública que incluyan monitorización y vigilancia de los datos a nivel poblacional teniendo en cuenta:

La nutrición.

La actividad física.

Las medidas de adiposidad.

Políticas escolares para la promoción de la salud.

Fomentar el hábito alimentario saludable y el ejercicio físico durante todo el ciclo vital, desde los primeros años de vida.

Promocionar hábitos alimentarios saludables:

Que el tamaño de las porciones sea adecuado para la edad.

Hacer hincapié en la ingesta de fruta y verdura.

Limitar el consumo de bebidas azucaradas (refrescos, zumos de frutas).

Limitar aperitivos muy calóricos y con un alto contenido en azúcares y grasas (patatas de bolsa, patatas fritas, caramelos).

No saltarse el desayuno.

Promover un aumento de la actividad física y fomentar un descenso de las actividades sedentarias, poniendo especial énfasis en la reducción del tiempo que las personas pasan viendo la televisión, con los videojuegos...

Apoyar la lactancia materna exclusiva hasta los seis meses de edad.

Apoyar un enfoque centrado en la familia para promover dichos hábitos.