

Trabajo Fin de Grado

“Prevención de los Trastornos de Conducta alimentaria en el ámbito educativo.”

Autora:

Elena Bar Bustos

Director:

Rafael Díaz Fernández

Facultad de Ciencias Humanas y de la Educación.
Campus de Huesca.

2017

ÍNDICE

Introducción	4
Justificación	5
Objetivo	6
Metodología	6
1. Marco Teórico	7
1.1. Educación para la Salud	7
1.2. Conceptos y definiciones sobre el Trastorno de Conducta Alimentaria	9
1.2.1. Anorexia Nerviosa	13
1.2.2. Bulimia Nerviosa	19
1.2.3. Trastorno por Atracón	25
1.3. Actualidad	26
2. Prevención	28
2.1 Evidencias y señales de alerta	28
2.2 Factores de riesgo en Educación Primaria	31
2.3 Estrategias de prevención en Educación Primaria	32
3. Intervención	35
3.1. El maestro	36
3.2. La familia	36
3.3. Alumnado	38
3.3.1. Proyecto interdisciplinar sobre el almuerzo en el aula	39
3.3.2 Actividades para trabajar dentro del aula	39
3.3.2.1 La pirámide nutricional	39
3.3.2.2 Ratatouille	40
4. Conclusiones	43
5. Bibliografía	45
6. Anexos	51
6.1. Última actualización de la pirámide nutricional.	51
6.2. Proyecto Interdisciplinar sobre el almuerzo en el Aula (2016-2017)	52

“Prevención de los Trastornos de Conducta Alimentaria en el ámbito educativo”

“How to prevent eating disorders in the primary school”

- Elaborado por Elena Bar Bustos
- Dirigido por Rafael Díaz Fernández.
- Presentado para su defensa en la convocatoria de Junio del año 2017.

Número de palabras: 15.129

Resumen:

La escuela es el principal escenario formal en el que niños y adolescentes aprenden a convivir, maduran emocionalmente y adquieren conocimientos, aptitudes y actitudes que determinarán en buena medida su desarrollo social y cognitivo. Por esta razón, la comunidad educativa en su conjunto, pero los maestros muy especialmente, juegan un papel fundamental a la hora de prevenir determinadas alteraciones de la conducta, como son los Trastornos de Conducta Alimentaria (TCA). Esta intervención puede y debe realizarse desde edades muy tempranas, promoviendo la Educación para la Salud, de modo transversal a todo el currículo, con el objetivo de favorecer el desarrollo de los buenos hábitos alimentarios, pero también para favorecer su autoestima, su asertividad, su autonomía de criterio y la actitud crítica ante las fuertes influencias que puede ejercer el medio y que sitúan a nuestros alumnos y alumnas ante disyuntivas de gran importancia vital.

Para ello, se expone un breve análisis sobre cómo abordar estos aspectos desde las aulas de Educación Primaria, así como un somero recorrido histórico en el que expongo las características intrínsecas de las patologías alimentarias, cuál es su situación hoy en día y qué papel juega la comunidad educativa, para acabar con un esbozo explicativo de diversos enfoques teóricos y algunos ejemplos de intervención. En resumen, este trabajo pretende contestar a una pregunta básica: siendo los TCA una lacra de alcance social, que puede empezar a manifestarse desde edades muy tempranas, ¿puede la escuela contribuir de manera decisiva a prevenirlos? La respuesta es un rotundo sí. Y, en segundo lugar, aparece un imperativo en forma de tarea educativa: ¡Hagámoslo!

Palabras clave:

Educación para la salud, comunidad educativa, trastornos comportamiento alimentario, alimentación saludable, prevención e intervención.

INTRODUCCIÓN

El presente Trabajo de Fin de Grado tiene como finalidad abordar desde el contexto educativo un grave problema, de incidencia y dimensiones ocultas, pero que se presenta en amplios sectores de nuestros jóvenes y adolescentes, pudiendo afectar de manera decisiva a sus vidas. Este abordaje educativo se inserta en el ámbito transversal de la Educación para la Salud, que se inicia en la Educación Infantil y culminará en la Educación Secundaria, desarrollándose su núcleo principal a lo largo de la Educación Primaria.

En síntesis, se trata de prevenir los Trastornos de Conducta Alimentaria (TCA) que, desafortunadamente se presentan con mayor frecuencia en la adolescencia y con un porcentaje mayor en chicas y mujeres jóvenes. Con el objetivo de explicarlo de una manera ordenada y lo más clara posible, el trabajo comenzará por un marco teórico donde se explicará que significa Educación para la Salud junto a las distintas patologías de conducta alimentaria, tres en concreto: Anorexia Nerviosa (AN), Bulimia Nerviosa (BN) y Trastorno por Atracón. Pese a que existen otras patologías relacionadas, se ha tomado la decisión de hacer hincapié en estas tres últimas porque son las que se dan con mayor frecuencia. Tras la explicación detallada de cada una de ellas y para terminar el análisis del Marco Teórico, se ha reservado un pequeño apartado con información sobre la situación actual en el país y en concreto, en Aragón.

El segundo apartado, va destinado a la Prevención de los TCA. Aquí, se hace hincapié en las señales de alerta que se pueden identificar tanto dentro como fuera del aula (peso, alimentación, comportamiento, exceso de deporte...) y también se habla de los factores tanto de riesgo como de protección con el objetivo de concienciar a los maestros y a las familias de la importancia y el peligro que supone un Trastorno de Conducta Alimentaria.

Finalmente, el trabajo concluye con un apartado de intervención docente. En él, se expone una serie de ideas y actividades para trabajar la alimentación saludable ya no sólo con los niños y niñas sino también con los padres y los maestros. Trabajar la Educación para la Salud es uno de los objetivos que debe tener la Comunidad Educativa en su conjunto, abordándola con prácticas metodológicas propias de la “comunidad de aprendizaje” (en la que todos aprendemos a la vez: padres, alumnos y profesores). Es una tarea de todos, ya que sólo así, el aprendizaje será permanente y eficaz.

JUSTIFICACIÓN.

“Lo que un niño puede hacer hoy con ayuda, será capaz de hacerlo por sí mismo mañana.”

L.S. Vygotsky

Educar es educar para la vida. Nuestra labor básica como maestros consiste en orientar a nuestros alumnos en el desarrollo de unas competencias y herramientas que les ayuden a desenvolverse en su futuro vital. De alguna manera, esa orientación es una transferencia progresiva de responsabilidad. Ellos serán en el futuro los responsables de sus decisiones, de la construcción de su propio bienestar y su felicidad en sociedad. Y la vida social estará llena de condicionantes y retos sobre los que deberán decidir. Por ello, la educación para la salud, tal y como nos la planteamos, consistirá básicamente en el desarrollo de su competencia para decidir, en adquirir la capacidad de juicio para optar por las decisiones acertadas en una sociedad cada día más abierta a las múltiples influencias, el modelaje social en hábitos de consumo, en modas y estereotipos a los que el futuro les va a enfrentar. Y como decía Fernando Sabater¹, *“no partimos de la libertad, sino que llegamos a ella”*. Que los niños y las niñas construyan sabia y saludablemente esa libertad: ese es nuestro reto.

Vinculada a esas influencias, al forjado de estereotipos de belleza y de éxito social asociado a la imagen, ha aparecido y se ha extendido -sobre todo, a partir de la adolescencia temprana- la tremenda lacra de los trastornos de la alimentación. La anorexia y la bulimia, como los trastornos más comunes en este ámbito, son patologías cada vez más frecuentes y dejan severísimas secuelas (cuando no conducen incluso a la muerte) a miles de jóvenes y adultos, que no eligieron bien en su día. Condicionarán severamente su salud física y su estabilidad psicológica, sus relaciones con los demás y consigo mismos. Ahora bien, nuestro papel en este caso no será el de terapeutas. Nosotros somos maestros y maestras. Y nuestra responsabilidad en la escuela será básicamente la de orientar, prevenir o incluso detectar a tiempo las situaciones de riesgo.

Por eso, el enfoque principal de mi trabajo consistirá en la manera de abordar este problema desde la escuela. Tras un breve repaso conceptual y el análisis del impacto social que tiene en nuestros días, intentaremos proponer alternativas de tratamiento curricular, de modos de abordaje con contenidos para el aula, con propuestas también metodológi-

¹ “El valor de educar” (1997)

cas y el diseño de algunas unidades didácticas. El planteamiento va más allá del mero centrarse en enseñar en qué consiste una buena alimentación.

Desde luego que también incorporará la enseñanza y el aprendizaje de los aspectos nutricionales y aportar a los alumnos herramientas suficientes para que ellos mismos puedan determinar lo que es correcto y lo que no. Enseñarles lo que es una buena alimentación y que lo practiquen incluso en la misma escuela, a través de diversas actividades.

Pero, en la base hay elementos de desarrollo de competencias más básicos aún, como incidir en su asertividad, en su capacidad de decisión autónoma. Este es un planteamiento que podría ser común en otros ámbitos de la educación para la salud, como la prevención de las toxicomanías, el alcoholismo temprano o la salud sexual y afectiva.

Y el tratamiento educativo que proponemos no se lleva a cabo en el aula en un día, en una mera charla sobre la pirámide alimenticia o en pasarles un vídeo sobre los efectos de la anorexia. Implica un trabajo a mucho más largo plazo, que probablemente debiera comenzar en la Educación Infantil y acabar en el Bachillerato, aunque la etapa crucial, antes de la aparición de los mayores riesgos, estará en la Educación Primaria. Y en nuestro planteamiento está también el de la implicación colectiva, el trabajo cooperativo de todos los maestros del centro, de todos los niveles, su introducción de manera transversal en las diversas áreas del currículo y, muy importante, en el trabajo con las familias. Sólo de esta manera, lograremos que el día que se les presente esta disyuntiva en un futuro (dietas perjudiciales, inseguridades, cánones de belleza erróneos...) tengan la seguridad de que es el camino equivocado que no deben tomar.

OBJETIVO

Profundizar en el conocimiento de los trastornos de la conducta alimentaria como factor de riesgo para la salud, con la finalidad de plantear actividades e intervenciones preventivas desde el ámbito de la educación para la salud, dirigidas al alumnado de primaria.

METODOLOGÍA

Se ha basado en la revisión y análisis de documentos actuales procedentes de investigaciones científicas y referencias bibliográficas de fuentes primarias y secundarias, a partir de las cuales se ha elaborado un marco teórico que ha servido de base para el planteamiento de las actuaciones preventivas.

1. MARCO TEÓRICO

1.1. Educación para la salud

La salud es “*el estado completo de bienestar físico, mental y social*”. Así define la salud la Organización Mundial de la Salud (OMS), nacida en el seno de la ONU² en el año 1946, en su misma carta fundacional. Esta definición resulta clave puesto que, mucho más allá de entender la salud como una mera ausencia de afecciones o enfermedades, la liga a un concepto mucho más amplio, como es el del bienestar. Y, por otra parte, gana también en amplitud cuando lo aplica no sólo a aspectos de salud física, sino a los aspectos integrales de la persona, como su psicología y su coexistencia, ya no como ser individual, sino como ser social.

Por otra parte, la salud puede entenderse como un recurso, cuyo acceso pleno o limitado condicionará a las personas a la hora de permitirles una vida social y productiva. Por esa razón y, por ende, la salud aparecerá reconocida como un derecho elemental que está en la base del ejercicio de otros derechos humanos.

Pero fue en 1974 cuando apareció un informe absolutamente revolucionario en cuanto a la concepción de la salud de las personas. El informe, elaborado en Canadá, lleva el nombre del que en aquel momento era su ministro de sanidad, Lalonde. El informe partía de la base de que la salud o la enfermedad no están relacionadas simplemente con factores biológicos o agentes infecciosos, sino que la mayoría de las enfermedades tienen un origen netamente socioeconómico. Medio ambiente y estilo de vida, que son claramente factores de carácter social, se revelan como elemento que debe estar en el origen de lo que entendemos por salud.

Ya en 1978, en Alma-Ata (Kazajistán) con la celebración de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, surge la “*Declaración sobre cuidados primarios de salud*”. Y, a través de dicha declaración, se pudieron ir formulando políticas, estrategias y planes de acción concretos a escala mundial.

En 1986, en la primera Conferencia Internacional para la Promoción de la Salud en Ottawa (Canadá) se presenta la denominada “*Carta de Ottawa*” en la que se destacan como factores esenciales para la salud: la paz, los adecuados recursos económicos y ali-

²Organización de las Naciones Unidas.

menticios, las condiciones sociales los recursos sanitarios y sus infraestructuras. Todo ello implicaba poner en marcha medidas de prevención para evitar la aparición de enfermedades, detener su progreso y reducir sus consecuencias. *Carta de Ottawa (1986)*.

En España, la *Ley General de Sanidad 14/1986 de 26 de Abril*, que es el marco de referencia normativo para llevar adelante la Reforma Sanitaria y la articulación del funcionamiento del sistema sanitario general en nuestro país, resalta en su Capítulo 1, artículo 3 que “*los medios y actuaciones del sistema sanitario estarán orientados prioritariamente a la promoción de la salud y a la prevención de las enfermedades*”, siendo éste uno de los “*principios generales*” del Sistema de Salud.(Díaz y Sierra,2008)

Como dicen Díaz y Sierra en su artículo publicado en 2008 “*Análisis teórico sobre prevención de drogodependencias en el marco de la educación para la salud*”, la Declaración Yakarta identificó cinco prioridades para la promoción de la salud en el siglo XXI: promover la responsabilidad social para la salud, incrementar las inversiones para el desarrollo de la salud, expandir la colaboración para la promoción de la salud, incrementar la capacidad de la comunidad y el empoderamiento de los individuos y garantizar una infraestructura para la promoción de la salud. (Díaz y Sierra,2008)

Ya en el ámbito educativo, algunos autores, como Sáez Cárdenas, Salvador y otros (1998), afirman que la Educación para la Salud surge de la necesidad de implicar la participación ciudadana como estrategia en cuanto a las políticas de salud.

Por ello, prevenir los Trastornos de Conducta Alimentaria (TCA) desde el punto de vista de la promoción de la salud significa preparar a los individuos, grupos y comunidades sobre los aspectos, tanto personales como ambientales que, a la postre, resultan determinantes en las condiciones de salud. Y ello puede llevarse a cabo con la ayuda de un medio como el espacio educativo y con un instrumento tan fundamental como es la *Educación para la salud*. Llevar a cabo la prevención de los TCA desde el ámbito educativo parte de la base de que la escuela, junto con la familia y el grupo de iguales, es uno de los principales agentes de socialización, por no decir de los únicos en determinadas etapas del desarrollo, que acaban siendo cruciales.

Educar para la salud supone proporcionar una formación tanto e individual como colectiva a toda la comunidad educativa. No sólo a los alumnos, sino también a sus familias y a los equipos docentes. Esto requiere la asunción de una gran responsabilidad

por parte de todos ellos. De esta manera, se llevarán a cabo actuaciones y situaciones de aprendizaje continuadas que deberán abordarse de manera globalizada, sistémica y multidisciplinar.

Así, los maestros junto a otros componentes de la escuela, se convertirán en verdaderos agentes preventivos debido a su contacto diario y a su cercanía afectiva con los alumnos, que se plasma en su papel como modelos y su función educadora y orientadora.

Asumir ese rol significa también apostar por un modelo de escuela en la que no solo se adquieren y se transmiten contenidos de corte académico tradicional, sino que también guiados o no, se aprenden comportamientos sociales, relaciones afectivas y disposiciones actitudinales.

En nuestras manos estará el hacernos consciente de ello y preparar a nuestros alumnos para un futuro de vida saludable, para una vida más feliz, en la medida de lo posible.

1.2 Conceptos y definiciones sobre el trastorno de conducta alimentaria.

Comer es un hecho imprescindible para vivir, además como toda necesidad básica, proporciona un gran placer pero este hecho puede modificarse y conducir a una infra-alimentación, sobre-alimentación o a un Trastorno de Conducta Alimentaria (TCA). El desarrollo de la alimentación en los humanos implica un complejo sistema de interacción entre los mecanismos homeostáticos reguladores del apetito, el sistema de recompensa cerebral y la capacidad motora, sensorial y socioemocional. Los padres, las influencias sociales y del medio alimentario también van a determinar la evolución de la misma. (Gahagan, 2012).

Los Trastornos de la Conducta alimentaria y de la ingesta de alimentos son patologías que se caracterizan por una alteración persistente en la alimentación, ya sea en el consumo o en la absorción de los alimentos, y causa un deterioro significativo de la salud física o del funcionamiento psicosocial. Entre ellos encontramos criterios diagnósticos para la anorexia nerviosa, la bulimia nerviosa y el trastorno de atracones. (DSM 5, 2014).

Como dicen Graván y Cordero (2003) los Trastornos de Conducta Alimentaria (TCA) se asocian con las nuevas enfermedades de las sociedades desarrolladas, pero existe constancia de que a lo largo de la historia ya eran una enfermedad conocida. Los condicionantes culturales y la forma de interpretarlos han permitido que su significado haya ido evolucionando y se identifica como tal a finales del siglo XIX pero, hasta hace poco años, no ha alcanzado un papel relevante dentro de las patologías psiquiátricas de interés.

Por otro lado, Kaplan y Sadock (2001) afirmaron que es un trastorno multidimensional donde interactúan factores fisiológicos, evolutivos, psicológicos y socioculturales. De los factores causales más importantes se encuentran la presión cultural de la mujer para tener una figura perfecta, el deseo de alcanzar una imagen idealizada del cuerpo con el objetivo de compensar la baja autoestima y el miedo a ser rechazada. Se presentan estados emocionales negativos con presencia ordinariamente de ansiedad y depresión, estrés interpersonal con desarrollo de pocas habilidades asertivas y de resolución de problemas.

También es frecuente llevar un control y unos hábitos alimenticios con control de peso pobres potenciados por el intento de seguir una dieta rígida irreal y drásticamente restrictiva junto con pensamientos desadaptados sobre nutrición, peso y apariencia física (Leitenberg, Rosen, Gross, Nudelman y Vara, 1988).

Aunque los manuales diagnósticos de psiquiatría resaltan el aspecto biológico de los trastornos no debemos olvidar como son trastornos multicausales. Existen diversos modelos a partir de los cuales explicar estos trastornos.

Garrote (2011) los divide en 3 ámbitos.

- a) Mo delos Socioculturales como factor principal del inicio (Striegel-Moore, 1993). Los estilos culturales han ido cambiando a lo largo del tiempo al igual que el ideal de belleza femenina. Por este motivo muchas mujeres han pretendido alterar su cuerpo para llegar a estos ideales de belleza (Mazur, 1980). Sin embargo, desde hace unos años, ya no sólo se tiende a la delgadez extrema, sino que también está muy bien valorado el pecho grande (Thompson y Tantleff, 1992) o un físico atlético (Striegel-Moore, Silberstein y Rodin, 1986).

- b) Modelos Emocionales centrados en el desajuste emocional, como el de Rosen y Leitenberg (1985) y McCartht (1990). Estos modelos están centrados en la importancia de la ansiedad y la depresión como variables influyentes en el mantenimiento o mejora de la enfermedad.
- c) Modelos Integradores como el de Garner y Garfinkel (1958) y Williamson, David, Duchmann, Mckenzie y Watkins (1990) que consideraban que el trastorno es causado y mantenido por la interacción de factores psicológicos, sociales y culturales. Además, sostienen que para la conceptualización de los trastornos de la alimentación hay que contemplar tanto los factores etiológicos como los de mantenimiento.

Hoy en día, Internet facilita la divulgación de información con acceso a páginas Web donde se apoyan iniciativas para disminuir la ingesta e incluso se hacen competencias para averiguar quién pierde más peso. (Garrote, 2011).

Los síntomas primarios, como la preocupación y la excesiva autoevaluación del peso y de la silueta, con el objetivo fundamental de lograr y mantener un estado de delgadez, hasta el punto de poder conducir a la muerte, están presentes tanto en la anorexia nerviosa (AN) como en la bulimia nerviosa (BN) y muchos pacientes presentan una mezcla de ambas conductas.

Las distintas modalidades y enfoques de tratamiento plantean un modelo de coordinación que, sobre la base de líneas claras y criterios uniformes de actuación, garantice la continuidad asistencial, redefiniendo nuevos elementos que nos ayuden a mejorar la calidad de la atención de los TCA. (Graván y Cordero, 2003).

Calvo (2002) explica que para reincidir de una manera más precisa en los diferentes momentos evolutivos de los jóvenes, resulta acertado considerar que la adolescencia la componen diferentes etapas que abarcan desde la adolescencia temprana y media hasta la tardía juventud:

- a) La Adolescencia Temprana (11-13 años) es un período crítico para la prevención ya que es una etapa en la que empiezan a aparecer actitudes y conductas alimentaria no saludables. El desarrollo corporal, la aparición de nuevas emociones y la necesidad de independencia, son factores de riesgo muy delicados en esta etapa. El transcurso inicial de independencia familiar y el grupo de adultos les hacen vulnerables a las influencias de los iguales, teniendo mucho peso el líder del grupo y las chicas “por-

tadoras” de la enfermedad. Se les mencionan así, porque inducen a hacer dietas, presionando hasta la obsesión (Garrote, 2011). Es por esta razón que son fundamentales las tareas preventivas porque pueden paliar las influencias externas y evitar caer en esta horrible enfermedad de la cual es muy fácil entrar pero muy difícil salir. Las tareas propuestas por Garrote (2011) para atenuar las influencias externas son las siguientes:

- Informar sobre la normalidad de los cambios que experimenta el cuerpo en la pubertad.
 - Trabajar las emociones, impulsos, relaciones sociales y conflictos familiares.
 - Informar sobre la importancia de una buena alimentación, el ejercicio físico y aprendiendo los nefastos efectos que tienen las restricciones y las dietas crónicas.
 - Y por último pero muy importante; capacitar a los alumnos para afrontar críticas o burlas no mostrando aprecio a dichos comentarios.
- b) La Adolescencia Media (14-16) está integrada por un amplio grupo de jóvenes que hacen dietas, se dan atracones y luego se provocan el vómito o utilizan laxantes/diuréticos, no están satisfechos con su imagen corporal, tienen pánico a padecer obesidad, etc. Calvo (2002) afirma que es necesario llevar a cabo una serie de estrategias preventivas y habla sobre una serie de objetivos fundamentales para llevar a cabo dichas habilidades.
- Facilitar información sobre una alimentación y ejercicios saludables.
 - Cuestionar la valoración personal basada exclusivamente en la apariencia corporal y en el éxito académico/profesional.
 - Trabajar las emociones y su conexión con el uso de alimentos buscando alternativas saludables.
 - Trabajar tanto con toda la comunidad educativa (alumnos, padres y profesores).

- c) La Adolescencia Tardía (17-20 años). En esta etapa, los jóvenes se exponen a cambios importantes en su vida ya que aumenta su independencia y la toma de decisiones sobre su trabajo o sus estudios y lugares de residencia donde llevarlos a cabo. Aquí es importante enfocarse en las emociones, mejorar los posibles déficits de autoestima, establecer una relación positiva con los iguales y la moderación del deseo de alcanzar un ideal de supermujer o superhombre.

Toro y Viladrell (1987) junto a Raich, Deus, Muñoz y Requema (1991) estuvieron de acuerdo en que en el momento que se relaciona el interés por perder peso con las respuestas o cuestionarios que miden actitudes hacia la alimentación y síntomas de patología alimentaria, hay una correlación positiva. Incluso cuando la mayoría de la población encuestada se ofrece dentro del peso normativo por edad, talla y sexo, hay un alto porcentaje de personas que desean adelgazar, hacer dieta o siente una gran preocupación por su figura.

1.2.1 Anorexia Nerviosa.

El término anorexia proviene del griego *av*-prefijo de carencia o privación y *ᾠρεξις* (deseo). Es decir, hace referencia a la falta de apetito. Garrote (2011) expone como a lo largo de la historia se han encontrado numerosos vestigios de trastornos alimenticios. Quizás uno de los más conocidos sea el de la emperatriz austriaca Elisabeth Amalie Eugenie Herzogin in Bayern (Sissi), mirar nombre completo.

En el artículo de Roberto (2006)³, se expone que la anorexia nerviosa se caracteriza por síntomas específicos de tipo conductual y psicopatológico y por signos somáticos inequívocos. Aunque su presentación es más frecuente en mujeres, son cada vez más los hombres que se encuentran afectados por el trastorno (Sauvage, Leddet, Hamour y Barthelemy, 1985).

El síntoma central de la anorexia es el temor a engordar. Implica este síntoma que el individuo siente que su cuerpo está muy grande y gordo. Por lo tanto, busca perder peso aun en momentos en que está absolutamente delgado (Monleón, Tordera, Arbona y Baños Rivera, 2003)

Existen dos subtipos en la última edición del manual DSM 5 (2014).

³ Roberto, C. (2006). *Perspectiva psicosomática de los trastornos alimentarios en niños y adolescentes*.

Restictivo: Durante los últimos tres meses, el individuo no ha tenido episodios recurrentes de atracones o purgas. Este subtipo describe presentaciones en las que la pérdida de peso es debida sobre todo a la dieta, el ayuno y/o el ejercicio excesivo.

Tipo de atracones /purgas: Durante los últimos tres meses, el individuo ha tenido episodios recurrentes de atracones o purgas (vómito autoprovocado o utilización incorrecta de laxantes, diuréticos o enemas).

Sus síntomas o características descriptivas y los trastornos mentales asociados son:

- Afectación sobre el estado anímico: Se pueden presentar síntomas del tipo depresión, retraimiento social, irritabilidad, insomnio y pérdida de interés y el apetito sexual.
- Pueden presentar comportamiento obsesivo-compulsivo respecto comida y determinados alimentos. También con la silueta corporal, el peso etc.
- Preocupación por comer en público, sentimiento de incompetencia, una gran necesidad de controlar el entorno, pensamiento inflexible, poca espontaneidad social, perfeccionismo y restricción de la expresividad emocional y la iniciativa.
- En el subtipo compulsivo purgativo pueden presentarse más problemas en el control de determinados hábitos e impulsos (abuso de alcohol, ser activo sexualmente, mayor frecuencia de intentos de suicidio...).

Otra sintomatología frecuente de carácter fisiológico son:

- Amenorrea en mujeres
- Estreñimiento, dolor abdominal, intolerancia al frío, letargia o vitalidad excesiva, lagrimeo, petequias.
- Puede haber hipertrofia de las glándulas salivales.
- Las personas que se provocan el vómito suelen tener erosiones dentales, ulceraciones esofágicas, cicatrices y callos en las manos.

Criterios diagnósticos para determinar la presencia de una anorexia nerviosa (DSM 5, 2014).

A. Rechazo a mantener el peso corporal igual o por encima del valor mínimo normal considerando la edad y la talla.

B. Miedo intenso a ganar peso o a convertirse en obeso, incluso estando por debajo del peso normal.

C. Alteración de la percepción del peso o la silueta corporales, exageración de su importancia en la autoevaluación o negación del peligro que comporta el bajo peso corporal.

La prevalencia a los 12 meses entre las mujeres jóvenes con anorexia nerviosa es del 0,4%. Se sabe menos sobre la prevalencia entre los hombres, aunque la anorexia nerviosa es mucho menos común en hombres que entre las mujeres, reflejando normalmente la población clínica una proporción entre mujeres y hombres aproximadamente 10:1. (DSM 5, 2014).

Aunque por otro lado, si comparamos la definición del DSM 5 con otros manuales como el CIE 10 que publicó la OMS (1992), vemos como existen algunas diferencias en cuanto a la clasificación para los TCA.

Este manual añade la *Anorexia atípica*, la cual hace referencia a los casos en los que faltan una o más de las características principales de la Anorexia Nerviosa como por ejemplo una pérdida significativa de peso o enfermos que tengan todos los síntomas importantes de la AN pero en estado leve. Es importante no utilizar este término para trastornos de la conducta alimentaria debidos a una etiología somática conocida. (CIE 10, 1992).

En otras investigaciones (Garrote, 2009) se comprobó que las personas que padecen anorexia suelen presentar una serie de características semejantes a las nombradas anteriormente de los distintos manuales: Alteración de la imagen corporal, hiperactividad, restricción de la ingesta, desnutrición, peso por debajo del 85% del establecido para su edad y altura, índice de masa corporal (IMC) igual o inferior a 17,5, alteración del ciclo menstrual (amenorrea), negación y control del hambre, miedo a la madurez ya que hay una restricción del alimento que hace que el paciente detenga su crecimiento, irritabilidad y fluctuaciones bruscas del estado de ánimo, pues el acto de comer le provoca culpabilidad, ya que ha sido capaz de controlarse. Todo esto conduce a los pacientes a llevar un estilo de vida esclavizado y condenado a una infelicidad absoluta y permanente.

A continuación se expone una tabla comparativa entre el DSM IV y DSM -5 que muestran los cambios más significativos entre ambos.

DSM IV	DSM -5
a) Rechazo a mantener el peso corporal igual o por encima del valor mínimo normal considerando la edad y la talla (por ejemplo, pérdida de peso que da lugar a un peso inferior del 85% del peso esperable)	a) Restricción del consumo energético relativo a los requerimientos que conlleva a un peso corporal marcadamente bajo. Un peso marcadamente bajo es definido como un peso que es inferior al mínimo normal o, para niños y adolescentes, inferior a lo que mínimamente se espera para su edad y estatura
b) Miedo intenso a ganar peso o convertirse en obeso, incluso estando por debajo del peso normal.	b) Miedo intenso a ganar peso o a convertirse en obeso, o una conducta persistente para evitar ganar peso, incluso estando por debajo del peso normal.
c) Alteración de la percepción del peso o la silueta corporales, exageración de su importancia en la autoevaluación o negación del peligro que comporta el bajo peso corporal.	c) Alteración de la percepción del peso o la silueta corporales, exageración de su importancia en la autoevaluación o persistente negación del peligro que comporta el bajo peso corporal actual
d) En las mujeres post puberales, presencia de amenorrea, por ejemplo, ausencia de al menos tres ciclos menstruales consecutivos.	d) Se elimina el criterio de amenorrea

Tabla 1. Criterios diagnósticos para anorexia nerviosa según el DSM-IV-TR y los cambios el DSM-5

En el DSM -5 vemos como en el criterio A, B, y C_ se especifica mucho más y el criterio D, cambia totalmente.

En el criterio A del DSM-5 se especifica la necesidad de que exista una conducta manifiesta de restricción en la dieta.

Por otro lado, en el apartado B no sólo incluye el miedo sino que remarca la conducta persistente de la restricción de alimentos. Hacen más hincapié en el aspecto conductual. Seguidamente en el apartado C especifica que la alteración de la imagen es de uno mismo (autoevaluación), no a una deformación de la corporeidad de los demás.

Por último en el criterio D, vemos como han eliminado el concepto de amenorrea seguramente porque hay comorbilidad y toda mujer con esta patología presenta alteración

hormonal pero no necesariamente tiene que ser debido a este trastorno ya que amenorea puede sufrirla también personas que no tengan esta enfermedad.

En el libro de Saldaña (2001), se explica cómo una vez dentro de esta patología, se inician un conjunto de cambios conductuales, emocionales, cognitivos y personales en los pacientes. Lo podemos ver mejor a continuación en la tabla 2. Estos cambios es un paso previo a la detección de los trastornos. Sin embargo, muchas conductas se llevan a cabo en secreto y por ello es más compleja su detección.

En un primer momento, aparece una excesiva preocupación por la comida y todo lo que está relacionado con la nutrición (kilocalorías, alimentos con mucha grasa, alimentos con poca grasa, productos que engordan más o menos....) muchas de las ideas son irracionales ya que los pacientes llegan a pensar por ejemplo, que una manzana les podrá engordar hasta un kilogramo.

Así pues, se incrementa una peligrosa preocupación por la imagen corporal. Por consiguiente, se producen cambios desapacibles de humor, se encuentran más irritables, ansiosos y tristes. También suelen estar más cansadas e incluso se marean o sufren desmayos en la escuela. Si comen en el colegio, se puede percibir a simple vista como comen mucho más despacio de lo habitual o se quejan de que no tienen más apetito. Incluso se enfadan desmesuradamente si les obligan a acabarse el plato. Por otra parte hay conductas que a veces los maestros o monitores de comedor pueden pasar por alto como por ejemplo, esconder la comida, ir al baño tras haber terminado de comer o beber excesiva agua para sentirse más llenas.

También observamos cambios en la vestimenta y en las relaciones sociales. Se observa un aislamiento muy drástico en el grupo. Dejan de interesarse por las cosas que antes les encantaba hacer y empiezan a mostrar un excesivo interés por la actividad física o también una dedicación inhabitual por las tareas escolares.

Sin embargo, destaca un comportamiento por parte de las chicas, muy servicial y con deseos constantes de ayudar a los demás y están constantemente hablando sobre dietas, alimentos hipocalóricos, recetas de cocina...etc.

A continuación, se expone una tabla con distintas características emocionales, cognitivas y personales de los adolescentes con Anorexia Nerviosa (AN).

TABLA 2: CARACTERÍSTICAS CONDUCTUALES:

Conductuales	Emocionales	Cognitivas	Personales
<p>Relacionadas con la comida:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Eligen alimentos de bajo contenido calórico. -Esconden los alimentos. - Emplean mucho vinagre y especias. -Beben mucha agua. 	<p>Generales:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Tienen sentimientos de tristeza y depresión. -Experimentan altos niveles de ansiedad. -Lloran frecuentemente. -Están irritables y con mal humor. -Tienen cambios bruscos de humor. -Tienen sentimientos de ineficacia. -Muestran anhedonia (incapacidad para experimentar placer). 	<p>Generales:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Pensamiento dicotómico. -Tienen una lógica irracional, simple y concreta. -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. 	<p>Generales:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Son perfeccionistas. -Son dependientes. -Son introvertidos. -Tienen baja autoestima. -Tienen dificultades para resolver problemas. -Les cuesta hacer elecciones y tomar decisiones. -Tienen déficits de habilidades sociales.
<p>Relacionadas con el acto de comer:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Prefieren comer solos. -Se levantan de la mesa durante las comidas. -No toleran los adelantos o retrasos en el horario de las comidas. 	<p>Relacionadas con la alimentación:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Discuten frecuentemente por la comida. -Están irritables a las horas de comer. -Se sienten culpables por lo que han comido. -Califican su valía personal en función de su control sobre la comida. 	<p>Pensamientos sobre la comida y el peso:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Son repetitivos y circulares. -Son persistentes. -Le ocupan la mayor parte del tiempo. -Tienen ideas irracionales sobre nutrición. 	
<p>Relacionadas con la imagen y peso:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Se pesan frecuentemente. - Se miran mucho en el espejo. -Llevan ropa holgada. -Preguntan cómo se les ve. -Evitan ir a actos sociales dónde se sienten observados. 	<p>Relacionadas con la imagen corporal:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Se sienten insatisfechos/as con su imagen corporal. -Experimentan sentimientos de inadecuación social debido a su imagen corporal. 	<p>Cogniciones relativas a la imagen corporal:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Distorsionan su imagen corporal. Se ven gordos/as a pesar de estar muy delgados. 	

Fuente; Carmina Saldaña (2011)

Las consecuencias más graves que produce la Anorexia son las físicas. Hay un porcentaje altísimo de casos de ingreso hospitalario. La pérdida de peso y/o la limitación alimentaria a largo plazo puede impedir ocasionar graves alteraciones en el ciclo menstrual como retraso o desaparición total de la menstruación (amenorrea). Este cambio hormonal en la pubertad, puede conducir a un desarrollo incompleto de las características sexuales secundarias e incluso esterilidad. Por no hablar de una falta de desarro-

llo completo de la masa ósea que producirá osteoporosis en la edad adulta. (Saldaña, 2001).

Por ello, es importantísimo estar alerta cualquier pequeño cambio que pueda conducir a esta horrible enfermedad.

1.2.2 *Bulimia Nerviosa.*

Las investigaciones relacionadas con la bulimia nerviosa nos han permitido conocer los factores neurobiológicos, psicosociales, emocionales, nutricionales y familiares de este trastorno (Graber y cols. 1994; Pile y Rodin 1998; Wadey cols. 2000; Humphrey, 1989).

Un grupo de Investigación de Oxford (Marcus y Fairbun, 1993), halló una correlación entre bulimia y un bajo nivel de autoestima que conllevaba a una preocupación excesiva por el peso, generando dietas restrictivas, variabilidad metabólica y ocurrencias de atracones que llevaban al acometido hacia una conducta compensatoria (vómitos autoinducidos, utilización de laxantes, etc.).

Por otro lado, otros estudios señalan que, al igual que otros trastornos de comportamiento, la bulimia es el resultado de la interacción de múltiples causas y de la participación de diversos procesos. Es decir, que este trastorno no es un fenómeno unitario y cada paciente lo padece a partir de causas diferentes y por tanto el tratamiento y la intervención, también será distinto (Stice y Agras, 1999).

Al igual que en el caso de la anorexia nerviosa Garrote (2011) explicita como los primeros casos registrados de bulimia nerviosa se remontan a la Roma Clásica:

La *bulimia nerviosa* comenzó hace siglos ya que las ingestas excesivas (atracones) se han practicado desde hace cientos de años. Los romanos ya autoinducían el vómito tras copiosos banquetes. Durante el siglo X, Aurelianus describió un apetito feroz, con deglución en ausencia de masticación, seguido del vómito autoprovocado, llamándolo *hambre mórbido*. (Garrote, 2011, p.56).

Siguiendo los criterios del DSM5 (2014) y descripción de dicha patología de Roberto (2006) podemos definir bulimia nerviosa (BN) como una patología que consiste en frecuentes episodios de ingesta compulsiva excesiva o atracones, seguidos de métodos

compensatorios inadecuados para evitar la ganancia de peso y sus sentimientos de culpa, tales como los vómitos autoinducidos, el uso de laxantes, purgantes, las dietas extremadamente restrictivas o el ejercicio excesivo. El cómo se ven y se consideran estas personas a sí mismas está muy influido por la distorsionada percepción de su peso y su silueta.

El criterio diagnóstico que se establece para determinar la existencia patológica de los atracones y sus conductas compensatorias es que éstos se producen en un promedio de dos veces a la semana a lo largo de 3 meses. Los atracones van acompañados de una sensación de falta de control y un sentimiento de culpa o vergüenza posterior que es lo que desencadena la conducta compensatoria antes descrita, y que puede clasificarse en dos subtipos:

- a) Purgativo: Este subtipo describe cuadros clínicos en los que el enfermo se ha provocado el vómito y ha hecho un abuso de laxantes, diuréticos y enemas durante el episodio.
- b) No purgativo: Este subtipo describe cuadros clínicos en los que el enfermo ha empleado otras técnicas de compensación, como el ayuno o ejercicio intenso.

Características descriptivas y trastornos mentales asociados:

- Estamos ante sujetos que, por lo general, pudieran presentar un peso corporal dentro de parámetros normales, aunque el sobrepeso o la obesidad mórbida pudieron darse antes del inicio de la enfermedad.
- Entre las crisis se suele optar por alimentos de bajo nivel calórico.
- Frecuencia de cuadros depresivos y trastornos del estado de ánimo. Síntomas de ansiedad o trastorno de ansiedad.
- Se puede dar dependencia y abuso de sustancias nocivas (alcohol o fármacos estimulantes) en menos de un tercio de los pacientes.
- En muchos casos se cumplen criterios que describen los trastornos de la personalidad.
- El tipo purgativo suele mantener una preocupación por el peso y la silueta mayor que el resto.

Hallazgos de las pruebas físicas:

- 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.
- El tipo *purgativo* también presenta una probabilidad más alta de sufrir problemas fisiológicos diversos.

Criterios diagnósticos (DSM 5, 2014)

- a) Presencia de atracones recurrentes; ingesta de alimento en un corto periodo de tiempo en cantidad superior a la que la mayoría de las personas ingeriría en ese tiempo. Con sensación de pérdida de control sobre la ingesta.
- b) Conductas compensatorias inapropiadas, de manera repetida, con el fin de mantenerse en el peso. Son el vómito, uso excesivo de laxantes, diuréticos, enemas u otros fármacos, ayuno y ejercicio excesivo.
- c) Atracones y conductas compensatorias se dan en un promedio de 2 veces a la semana durante 3 meses.
- d) Autoevaluación exageradamente influida por el peso y la silueta corporales.
- e) Puede haber alteración de la percepción de la imagen.

A continuación, de igual forma que hicimos en apartado de Anorexia Nerviosa (AN) se expone una tabla comparativa entre el DSM IV Y DSM -5 para la Bulimia Nerviosa (BN)

DSM IV	DSM- 5
<p>a) Presencia de atracones recurrentes. Un atracón se caracteriza por:</p> <p>1) Ingesta de alimentos en un corto espacio de tiempo (ej. dos horas) en cantidad superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en un período de tiempo similar y en las mismas circunstancias</p> <p>2) Sensación de pérdida de control sobre la ingesta de alimentos (ej. no poder parar de comer o no poder controlar el tipo o cantidad de comida que se está ingiriendo).</p>	a) Se mantiene igual.
b) Conductas compensatorias inapropiadas, de manera repetida, con el fin de no ganar peso, como son provocación del vómito, uso excesivo de laxantes, diuréticos, enemas u otros fármacos, ayuno y ejercicio excesivo.	b) Se mantiene igual.
c) Los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas tienen lugar al menos dos veces a la semana durante un período de 3 meses	c) Los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas tienen lugar como promedio al menos una vez a la semana durante un período de tres meses
d) Autoevaluación exageradamente influida por el peso y silueta corporales.	d) Se mantiene igual.

Tabla 2. Criterios diagnósticos para bulimia nerviosa según el DSM-IV-TR y el DSM-5

A diferencia de la tabla relacionada con la AN, en la bulimia no se presentan tantos cambios, únicamente se modifica la afirmación de que el atracón y la conducta compensatoria se tiene que presentar al menos dos veces por semana por al menos una única vez. Ya que es igual de dañino tanto mental como físicamente.

Saldaña (2001), afirma que la preocupación por el peso que tienen las chicas que sufren Bulimia es muy parecida a la que padecen las personas con anorexia pero el comportamiento cambia en algunos aspectos. 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. La intención de las chicas con bulimia es mantener su peso más que perderlo, a diferencia de las chicas con anorexia. Las personas con

bulimia, en general, son menos perfeccionistas y parecen presentar un problema de control de impulsos que las llevan 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. Éstos atracones provocan una pérdida de agua e iones en sangre que además de cansancio producirán fatiga crónica, dificultades de concentración y mareos, dolores de cabeza, palpitaciones, arritmias cardíacas y severos problemas renales. Asimismo, los laxantes pueden llegar a provocar estreñimiento crónico con dolores abdominales que pueden favorecer la aparición de hemorroides y, en algunos casos parálisis intestinales con aterradores consecuencias. (Saldaña 2001).

Al igual que en la anorexia, hay muchos cambios comportamentales, emocionales, cognitivos y personales como podemos ver en la siguiente tabla. Junto con la primera patología descrita, vemos diversas coincidencias pero también muchas diferencias sobre todo conductuales. También hay consecuencias físicas muy dañinas pero con un buen tratamiento ambulatorio y psicológico pueden ser abordadas con buen pronóstico.

Otro aspecto que debemos tener en cuenta es que estas consecuencias no se producen al inicio de la enfermedad, por eso es fundamental la detección y la atención temprana ya que esta es la vía más directa hacia una buena prevención y mejorar el pronóstico de esta horrible enfermedad que cada año afecta a más jóvenes.

TABLA 3: CARACTERÍSTICAS CONDUCTUALES:

Conductuales	Emocionales	Cognitivas	Personales
<p>Relacionadas con la comida:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Preocupación excesiva por la comida. -Siguen frecuentemente dietas. - Se saltan comidas. -Comen muy poco a la hora 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. 	<p>Generales:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Tienen sentimientos de tristeza y depresión. -Se sienten desmoralizados. -Se sienten felices. -Están irritables y con mal humor. -Tienen cambios bruscos de humor. -Tienen sentimientos de ineficacia. 	<p>Generales:</p> <ul style="list-style-type: none"> -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 	<p>Generales:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Son impulsivos. -Son extrovertidos -Son muy ansiosos -Tienen baja autoestima. -Se sienten agobiados/as por sus dudas. Tienen dificultades para resolver problemas. -Tienen déficits de habilidades sociales.
<p>Relacionadas con el acto de comer:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Prefieren comer solos. -Se levantan de la mesa durante las comidas para vomitar. 	<p>Relacionadas con la alimentación:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Discuten frecuentemente por la comida. - 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. 	<p>Pensamientos sobre la comida y el peso:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Experimentan “Craving” (Impulsos irrefrenables de comer). -Son persistentes. -Tienen ideas irracionales sobre nutrición- 	
<p>Relacionadas con la imagen y peso:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Se pesan frecuentemente. - Se miran mucho en el -Van desaliñados. -Evitan ir a actos sociales donde tienen que comer. 	<p>Relacionadas con la imagen corporal:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Se sienten insatisfechos/as con su imagen corporal. -Experimentan sentimientos de inadecuación social debido a su imagen corporal. 	<p>Cogniciones relativas a la imagen corporal:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Distorsionansu imagen corporal. 	

Fuente; Carmina Saldaña (2011)

1.2.3. Trastorno por Atracón.

Tal y como indica el DSM 5 (2014), esta patología se caracteriza, en primer lugar por una ingestión excesivamente superior a la habitual en circunstancias que no son puntuales tales como cumpleaños, bodas, comidas familiares...etc. Durante un periodo de una vez por semana durante un mínimo de tres meses. Dando lugar a problemas tanto físicos como psíquicos como adaptación al rol social, el deterioro de una calidad de vida relacionada con la salud y satisfacción persona, aumento en la morbilidad médica y mortalidad.

Y en segundo lugar, por una sensación de falta de control sobre la ingestión de alimentos que puede llevar sin dificultad a un aumento del riesgo de ganar peso y desarrollar obesidad.

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

- c) Comer mucho más rápidamente de lo normal.
- d) Comer hasta sentirse desagradablemente lleno.
- e) Comer grandes cantidades de alimentos cuando no se siente hambre físicamente.
- f) Comer solo debido a la vergüenza que se siente por la cantidad que se ingiere.
- g) Sentirse luego a disgusto con uno mismo, deprimido o muy avergonzado.

Siguiendo el diagnóstico diferencial del DSM V, el Trastorno por Atracón a diferencia de la bulimia no suele restringir intensa o sustancialmente la dieta con la idea de influir sobre el peso corporal y la constitución entre los episodios de atracones. Sin embargo, pueden referir intentos frecuentes de hacer régimen.

También es importante señalar del apartado de comorbilidad del DSM 5 la relación que tiene este trastorno con los trastornos bipolares, trastornos depresivos, ansiedad y en menor grado, con los trastornos por consumo de sustancias. La comorbilidad psiquiátrica está relacionada con la gravedad de los atracones y no con el grado de obesidad.

Si comparamos el DSM-5 con el CIE-10 en cuanto a los atracones, el CIE ofrece una definición menos operativa. Ambos manuales especifican que se presentan

cuando se ingiere una cantidad excesiva y afirman que se pierde el control sobre la alimentación. No obstante, un número significativo de estudios, han señalado que los pacientes consideran que esos excesos alimentarios son ingestas “normales” (Rosen, 1986, Davis 1988 y Wolfe, 2009).

Por último, es importante señalar que este trastorno se inicia generalmente en la infancia o adolescencia y puede desarrollarse como parte de un patrón alimentario familiar. Es un grave problema ya que la mayoría de personas que padecen este trastorno desarrollan obesidad o sobrepeso a lo largo de su vida. (Saldaña, 2001).

1.3 Actualidad.

Actualmente vivimos en una sociedad basada en la comunicación y la “imagen”. Tras investigaciones como la de Gómez (1993) y Unikel (2002) podemos afirmar que la búsqueda perpetua de la delgadez es una característica notable de los Trastornos de la Conducta Alimentaria. Resulta curioso destacar que en los resultados de dichas investigaciones se observó como en los centros escolares analizados, el alumnado presentaba carencias en algunas áreas y a nivel personal que les inducía a padecer un TCA.

El periódico aragonés “El Heraldo de Aragón” (2017)⁴, publicó que en el año 2015 se atendieron en el Hospital Clínico de Zaragoza 126 pacientes con Trastornos de Conducta Alimentaria. Se trata de la cifra más alta desde la creación de la Unidad de Trastorno Infantil- Juvenil en 1995.

La anorexia y la bulimia son enfermedades que han aumentado en los últimos años. A día de hoy, afectan a un 10% de la población adolescente de nuestro país, y entre el 4% y el 6% de los casos son graves o muy graves (Pérez, 2017).

Aunque los TCA afectan a ambos sexos, existe una prevalencia de entre un 90% y un 95% en mujeres. De este modo, Pérez (2017) afirma que se trata de una enfermedad claramente sexista.

Existen factores tanto predisponentes como precipitantes a nivel biológico, psicológico y social. Entre 2004 y 2006 ingresaron 112 casos pero posteriormente aumentó alarmantemente la incidencia y entre 2015 y 2016 el Hospital Clínico atendió 126

⁴ Noticia del periódico “ El Heraldo de Aragón” del 14-01-2017

casos nuevos, batiendo así un récord histórico. Lo peor es que cada vez los casos son más graves, la mayoría entre 14 y 16 años y desgraciadamente, van acompañados de otras patologías como trastornos de personalidad o de control de impulsos patologías afectivas o depresivas. Además tendrá una evolución peor si se acompaña de factores psicológicos como baja autoestima o dependiendo del contexto sociocultural desfavorable, afirma el doctor Pérez (2017) en su artículo.

Por último, hace apenas unos días se publicó en el Diario Alto Aragón (23/03/2017) dónde se mostró que un 5% de las jóvenes oscenses padecía TCA. “En Aragón se registran más de 300 casos nuevos entre mujeres adolescentes y adultas.” Los especialistas Dr. Carmelo Pelegrín, Mari Carmen Galindo, Dr. Pedro Manuel Ruiz y Elena Puértolas, que expusieron esta afirmación en una conferencia en Huesca, mencionaron tres factores entre varios (ya que esto sucede por diversas causas), consecuentes de la anorexia y la bulimia. Estos son los siguientes:

- Personalidad y genética: Influye que la persona sea obsesiva y perfeccionista ya que este hecho puede estar predispuesto a la anorexia, afirmó Ruiz en la conferencia.
- Sociedad: Este factor es uno de los más influyentes ya que hoy en día el modelo estético rinde culto a la delgadez extrema y este hecho provoca insatisfacción corporal.
- Dietas: Iniciar una dieta para adelgazar es una práctica que lleva a cabo muy a menudo entre la población pero este hecho puede ser una entrada a la anorexia o la bulimia.

El Dr. Ruiz Lázaro señaló que el 65% de los pacientes se recuperan del todo, pero la evolución es más ardua en el resto de pacientes y aunque sea mínimo el porcentaje, en algunos casos, este problema les lleva a la muerte.

2. PREVENCIÓN

2.1. Evidencias y señales de alerta.

Desde hace varios años hemos presenciado un gran porcentaje de población afectada por los Trastornos de Conducta Alimentaria (TCA). Trastornos que se veía mucho más en mujeres entre 10 y 25 años (Lobera, Romero, Bolaños, Montes, Díaz, Montaña, 2009) que en hombres o menores a esa edad. Pero, desafortunadamente según nos informa el Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales (2002), no es esta la realidad. Cada vez se encuentran más jóvenes menores a estas edades y también adultos. Por ello es importante que ante esta situación, demos pie a la prevención ya desde la escuela.

En el libro de Saldaña (2001), habla sobre estudios anteriores, donde se comprobó que tanto en niñas, adolescentes y mujeres adultas con TCA, un factor determinante que les ha llevado a esta patología fue seguir una dieta. Es por ello, que este hecho está considerado un precursor universal para el desarrollo de trastornos alimentarios. Conjuntamente con este acontecimiento, se han considerado otros motivos hacia el seguimiento de dietas en niñas y adolescentes. Un desarrollo precoz, el cambio al instituto o de centro y pérdida de un ser querido, son las tres principales causas indicadas por las chicas con anorexia. También en las clínicas, las pacientes contaban que tras haber perdido tanto peso, fueron sometidas a burlas y críticas tanto de familiares como de compañeros. Este hecho lo único que hace es que el trastorno empeorara.

Finalmente, Saldaña (2001) indicó en su libro que en las colonias veraniegas o las estancias en el extranjero, pueden ir acompañadas de un aumento o pérdida de peso que pueden ser propulsoras de una dieta con resultados funestos.

Los TCA es un trastorno que lleva a las pacientes a resistirse a tratamientos y es muy fácil que llegue a convertirse en una enfermedad crónica ya desde la adolescencia (Larvín, 1998). Es por ello que desde la escuela debemos anticiparnos a esta disyuntiva que se presenta en los jóvenes cada vez de manera más temprana.

Las señales de alerta que podemos distinguir los maestros, las podemos identificar mediante la observación y el comportamiento de nuestros alumnos y alumnas.

Siguiendo el libro de Saldaña (2001) se valúa una clasificación muy interesante sobre las diferentes señales y las dividió en seis grupos: Alimentación, peso, ciclo menstrual (se ven casos también en primaria), imagen corporal, ejercicio físico y comportamiento.

ALIMENTACIÓN

- Uso injustificado de dietas restringidas.
- Estado de ansiedad continúa frente a la comida.
- Interés desmesurado por recetas de cocina, dietas, tablas calóricas...
- Preferencia por comer sólo y por ello dejar de ir a cumpleaños, fiestas...etc.
- Interés para cocinar para los otros y hábito de encontrar excusas para no comer.
- Culpabilidad por haber comido.
- Comportamiento alimentario infrecuente (comer de pie, desmenuzar la comida en trozos muy pequeños, ritmo lento o excesivamente rápido, esconder comida, evitar postres...).
- Marcharse de la mesa y enclaustrarse en el baño después de cada comida.

PESO

- Pérdida de peso injustificada.
- Pavor al aumento de peso o al sobrepeso.
- Práctica del vómito autoinducido, del ayuno, utilización de laxantes o diuréticos con el objetivo de controlar el peso o perderlo.

CICLO MENSTRUAL

- Retraso en la aparición de la primera regla (menarquía).
- Falta de menstruación en aquellas chicas que ya la tenían (amenorrea).

IMAGEN CORPORAL

- Percepción equivocada de tener un cuerpo obeso (comentarios que hacen otros compañeros).
- Utilización de ropa ancha, jerséis en la cintura... por vergüenza de la propia imagen.

EJERCICIO FÍSICO

- Realizar ejercicio desmesuradamente para adelgazar o simplemente no engordar y ansiedad si no se puede llevar este a cabo.

COMPORTAMIENTO

- Insatisfacción corporal constante.
- Depresión y cambios constantes de humor.
- Ausencia de relaciones sociales con tendencia al aislamiento.
- Acrecentamiento figurado de las horas de estudio.
- Dificultades de concentración.

Si se presentan varias de estas señales podemos estar ante un caso de Conducta Anómala Alimentaria.

Por otro lado, Paniagua y García (2003) afirmaron que las dificultades escolares o el fracaso escolar es una de las causas que pueden llevar a los alumnos y alumnas a esta horrible enfermedad ya que como dijimos anteriormente, no sólo es un estado físico sino emocional y por ello entra en juego la confianza en uno mismo, la seguridad y la autoestima.

En mi opinión, desde la escuela, debemos trabajar con los alumnos y alumnas desde bien pequeños este problema, pero no es algo que solo debamos llevar a cabo con los alumnos sino también con las familias y en sí, con toda la comunidad educativa.

Para ello, en muchos colegios, tanto de Aragón como en toda España, se están llevando a cabo programas de promoción de la salud y/o Educación para la Salud en el ámbito Escolar.

Una escuela promotora de salud, es aquella que ofrece un buen ambiente para el desarrollo emocional, intelectual, físico y social de los niños y niñas que pertenecen a ella. La mejor prevención que podemos hacer desde la escuela, la obtenemos mediante el fomento de aptitudes tanto personales como sociales que guíen a los alumnos y les ayude a adquirir unos valores y unas actitudes positivas hacia la salud. (García, 1998).

Desde hace unos años, la LOGSE junto a la Ley General de Sanidad, incluyeron la Educación para la Salud como elemento transversal en toda la Educación Infantil, Primaria y Educación Secundaria, afirma en su artículo García (1998).

2.2. Factores de riesgo en educación primaria

A raíz de los cambios tanto culturales, como demográficos y sociales que se han producido en los países industrializados, los niños y los adolescentes están expuestos a un peligro nutricional que puede resultar un riesgo para su salud presente y futura ya que estas permutaciones han influido en la alimentación y sus pautas (Moraleda, 2001). Por este motivo es altamente significativo llevar a cabo estrategias de prevención y observar cualquier indicio que pueda haber en niñas y adolescentes con respecto a los Trastornos de Conducta Alimentaria.

Son muchos los malos hábitos que nos llevan a una incorrecta alimentación, señala Bolaños (2009):

Por un lado, están los horarios irregulares. Anteriormente las actividades se adaptaban a los horarios de comida al contrario que hoy en día donde la hora de la comida es la que se tiene que adaptar a los horarios laborales y a las distintas actividades como la televisión, ordenador, internet, videojuegos...etc. Este hecho induce a que no se cumplan los horarios de las comidas habituales a lo largo del día y la semana. Sin contar los desconroles alimenticios que se llevan a cabo los fines de semana.

Por otro lado, los fines de semana o en la época vacacional, se presentan cambios drásticos en el descanso. Se modifican las horas de sueño ya que se trasnocha, no se madruga y por consiguiente, se desayuna tarde o no se desayuna, se come de forma desmesurada a mediodía o se opta por la comida rápida, refrescos...etc. El desorden de comidas a lo largo de la semana causa grandes desajustes tanto físicos como psicológicos ya que necesita un mínimo de orden y disciplina.

Por otra parte, se tiene también la mala costumbre de comer ante la televisión. Este hecho provoca que el acto de comer sea extremadamente rápido y no se respeten los tiempos o por el contrario, al estar pendiente de la película, serie, programa de televisión... se deje de lado la comida. En consecuencia, se cae en una rutina y monotonía difícil de salir de ella. Esta técnica la vemos en muchas familias cuando los padres ponen los dibujos animados a sus hijos para que se coman el plato pero no saben que lo único que

consiguen con ello, es que el niño no distinga sabores, no diferencie las señales de hambre o saciedad y les conlleva a una alimentación muy mecánica y enojosa.

Finalmente, se observa la costumbre, cada vez más habitual en las familias, de preparar platos distintos para cada miembro en vez de preparar la misma comida para todos. Con esto se consigue que los niños no se acostumbren a descubrir y reconocer múltiples sabores así como comer platos que aunque no sean tan de su agrado sean fundamentales en una dieta saludable y nutritiva.

Estos son sólo algunos factores de riesgo que se encuentran día a día en muchos hogares. Por ello, es fundamental inmiscuirse desde un punto de vista social y moral para modificar estos hábitos tan equívocos. A través de la motivación y los estímulos potenciales, se puede mejorar considerablemente esta situación.

2.3. Estrategias de prevención en educación primaria.

Según la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía (2005), hoy en día encontramos varios programas de educación nutricional enfocados sobre todo a la prevención de la obesidad infantil ya que es un problema cada vez más habitual en la población.

Aun así, ya que se intenta asentar correctas conductas alimenticias e incorporar la actividad física en la vida diaria podemos llevar a cabo con estos programas, objetivos no sólo enfocados a la obesidad infantil, sino también a los Trastornos de Conducta Alimentaria. Dos de los modelos de programas preventivos son los siguientes:

- a. El proyecto Escuelas Saludables (Shi-Chang,2004). El objetivo de este programa era mejorar la Salud y la Nutrición de toda la comunidad educativa.
- b. En Reino Unido se llevó a cabo el mismo programa pero con un elemento más: “Esquema Nacional de Consumo de Frutas” (Dept of Health 2002). Este programa potenció una alimentación más sana para los niños y niñas entre cuatro y seis años proporcionándoles una pieza de fruta cada día.

Desde la educación nutricional, debe respetar y tener en cuenta el desarrollo individual del individuo, motivar y favorecer sus cualidades y conocimientos y fomentar la adquisición de habilidades y destrezas respetando siempre las opiniones de los demás. (López, 2004).

Así pues, estos aspectos consiguen cambiar conductas y actitudes logrando un buen conocimiento teórico que capacitaran a los niños y niñas de forma crítica a llevar a cabo una buena y equilibrada nutrición tanto el presente como en el futuro. De esta manera se obtendrán mejorías en la alimentación y se podrán prevenir enfermedades tales como la anorexia o la bulimia. (Martínez, Hernández, Ojeda, Mena, Alegre, Alfonso, 2009).

En la infancia, el núcleo principal en el que el niño adquiere hábitos alimenticios, es la familia. Cuando el niño tiene aproximadamente un año y medio, al estar acostumbrado a beber líquidos, rechaza todo lo que sea sólido. Por ello es importante en ese momento insistirles hasta que el bebé acepte el nuevo alimento cuidando los tiempos necesarios y respetando las cinco comidas diarias. Si por el contrario, al ver que no lo acepta, le damos enseguida otro, el niño o niña se alimentará a base de caprichos y de comida exclusiva que él o ella quiera.

También es importante enseñarles una serie de normas conductuales a la hora de sentarse en la mesa como por ejemplo; lavarse las manos, cuidar la higiene bucal, trocear las comidas, enseñar a utilizar los distintos cubiertos, no levantarse de la mesa hasta haber terminado, aprender a esperar a los demás...etc.

Por último es significativo no hacer uso de la comida como premio o castigo e intentar evitar los enfados a la hora de las comidas ya que este tipo de actitudes determinan el comportamiento que tienen los niños y niñas ante la comida y podrían determinar una serie de hábitos en el futuro (Jáuregui, 2009).

Estas conductas si van de la mano de unos hábitos sedentarios, pueden dar lugar a obesidad. El exceso de peso es un hecho que se contradice con el canon de belleza de hoy en día y por ello muchos adolescentes al haber llevado un incorrecto estilo de vida, se sienten obligados a realizar dietas extremadamente estrictas y esclavizadas junto a una actividad física exagerada. Este tipo de actitudes facilitan considerablemente la entrada a enfermedades como la anorexia y la bulimia. (Bolaños, 2009)

Si bien se observa una gran comorbilidad entre un extremo y otro. Por ello, prevenir el sobrepeso y la obesidad es otra forma de prevenir los Trastornos de Conducta Alimentaria. Si se lleva unos buenos hábitos de vida mediante una alimentación saludable y un ejercicio físico regular se prevendrán dietas hipocalóricas y conductas arriesgadas en un futuro. Eso implica que además de llevar a cabo programas de prevención sobre el

peso y la obesidad, se incluyan programas de educación nutricional centrados en los hábitos saludables y en cambiar los estilos de vida aumentando moderadamente y de forma correcta, la actividad física (Binzaal, Musaiger, D'Souza, 2009)

Por ende, los padres deben evitar que sus hijos desde pequeños, limiten las comidas fuera de casa, respeten los horarios de comida e intenten cumplir, en la medida de lo posible, todas las comidas que debemos hacer diariamente: desayuno, almuerzo, comida, merienda y cena. (Loria, Gómez, Lourenço, Pérez, Castillo, Villarino, 2009).

La Educación para la prevención siempre debe contar y priorizar las características propias de cada persona. Hacer todo lo posible para que en las aulas se formen grupos homogéneos, que todos los niños y niñas se sientan integrados y cómodos. Evitando las conductas antisociales y la inestabilidad emocional se consiguen que los chicos y chicas tengan una buena autoestima. Este hecho ayudará a que el día que se les pueda presentar este tipo de disyuntivas, sepan evitarlas y las vean desde un punto de vista crítico y reflexivo, evitando que la patología se desarrolle (López, 2004).

Los programas de educación nutricional tanto en niños como en adolescentes favorece las aptitudes y la visión crítica sobre la buena alimentación, pero desafortunadamente, es complicado cambiar los hábitos que llevan a cabo porque generalmente son prácticas que llevan día a día con el resto de familiares aunque sean conscientes la importancia que tiene cambiar las malas costumbres. (Bolaños, 2009).

Aun con todo, no hay que rendirse. Entre toda la comunidad educativa se puede trabajar día a día con prácticas como la mejora de los almuerzos (día de la fruta), mejorar la comida en los comedores escolares y sobre todo, trabajar con las familias para que se introduzcan alimentos saludables en la vida diaria tanto dentro como fuera del centro.

3. INTERVENCIÓN

La Comunidad Educativa en general y los maestros en particular tienen el deber de advertir a los padres y tutores legales de cualquier alteración que pueda afectar a sus hijos. Aunque sea una labor a desarrollar preferentemente por el tutor o tutora es, como decíamos en la justificación, una tarea en la que hay que comprometer a toda la escuela, a toda la comunidad educativa. Por ende, es imprescindible ofrecer cooperación en el caso de que se haya sido detectado cualquier tipo de trastorno. Para ello, el maestro debe estar bien formado y preparado para detectar y afrontar cualquier problemática que se presente en un alumno o alumna dentro y fuera del aula.

Por otro lado, es importante que el niño o niña no se vea solo ante la situación, sino darse cuenta de que tiene apoyo tanto de su familia como del colegio. Cuando hablamos concretamente de problemas alimenticios, las personas que lo sufren tienden a ocultarlo y a sentirse incomprendidos. Por ello, es muy probable que nieguen tener un problema y se muestren escasamente copartícipes. Aun así, hay que ser paciente y explicarles de una forma asertiva que se informará a las familias con el único objetivo de ayudarles. (Saldaña, 2001).

La obesidad infantil, las drogodependencias, la anorexia, el maltrato físico y psíquico...etc. son entre otros problemas que afectan a los escolares tanto infantiles como juveniles y que a día de hoy se encuentran en muchas aulas.

Ante estos temas, las actuaciones específicas se tienen que trabajar a partir de aspectos físicos pero sobre todo de envolturas psíquicas y relacionales como son la autonomía, la autoestima, las habilidades sociales, el trabajo sobre la publicidad, el ocio y la diversidad.

En resumen, la escuela debe reflexionar como incorporar todos los aprendizajes de los alumnos para que ellos construyan su estilo de vida y una buena conciencia saludable. Ello implica trabajar desde las primeras edades aspectos no específicos relacionados con la salud. Eso no quiere decir que adquieran hábitos preventivos, sino también que desarrollen actividades y habilidades (personales, interpersonales, cognitivas y físicas) que les permitan controlar y dirigir sus propias vidas desarrollando capacidades para vivir en el entorno que les rodea.

3.1. El maestro.

La figura del maestro ha pasado a tener un enfoque dentro del aula mucho más inclusivo y ello conlleva una colaboración y cooperación entre padres y maestros, fundamental para abordar cualquier tipo de disyuntiva y solucionarla de la manera más eficiente y asertiva posible. Por tanto, el nivel de formación del docente en cuanto a la detección, es importante que sea lo más alto y actualizado posible. (Moreno, 2000).

En la escuela, se ven diversas problemáticas por las que pasan muchos alumnos. Problemas de alimentación, aislamiento, amistades tóxicas, baja autoestima, no ser invitado a los cumpleaños...etc. Para facilitar la detección de cualquier tipo de trastorno, resulta bastante eficaz la metodología observacional y una vez detectada cualquier alteración comportamental, incluir una herramienta parecida a la escala Likert con opciones de menor a mayor periodicidad (nunca, a veces, frecuentemente o siempre). Asimismo, este tipo de sistemática requerirá una formación teórica anticipada para que la intervención se lleve a cabo con imparcialidad y profesionalidad. (Anguera, ,1990).

Así pues, el objetivo principal del maestro no consiste exclusivamente en diseñar un programa de intervención para el abordaje de un problema concreto como puede ser un Trastorno de Conducta Alimentaria, ya que en estos casos, la familia y los especialistas juegan un papel primordial en la recuperación del alumno o alumna. Pero sí que puede intervenir llevando a cabo actividades que hagan partícipes y protagonistas a todos los alumnos, concienciándolos de la importancia que tienen los valores como la amistad o el compañerismo. Trabajando la autoestima y enseñándoles lo que es una buena alimentación y la importancia que tiene introducir hábitos saludables en el día a día.

3.2. La familia.

Como se ha dicho anteriormente, la escuela debe advertir y ofrecer colaboración a las familias. Dicha tarea pertenece al tutor o tutora del alumno.

Muchas veces, tanto a los maestros como a las familias les resulta muy difícil detectar o ayudar ante un problema por el cual está pasando su hijo o su hija. Por esta razón es conveniente ayudar también a la familia para su formación y detección mediante seminarios, jornadas, cursos y grupos de trabajo, llevando a expertos sobre los temas específicos a tratar. Hacerles partícipes de la Comunidad Educativa a la cual pertenecen.

Los temas a tratar para prevenir los trastornos de la conducta alimentaria en el colegio según una campaña propuesta por la Asociación ARBADA (Asociación Aragonesa de familiares de enfermos con Trastornos de la Conducta Alimentaria: anorexia y bulimia) junto al Departamento de Salud, Consumo y Servicios Sociales del Gobierno de Aragón (2003) para formar a las familias, son los siguientes:

Sobreprotección.

“La esencialidad del problema de sobreprotección radicaba en la presión psicológica que manifestaban las madres de familia sobre sus hijos o hijas, inutilizándolos y privándolos de experiencias positivas y gratificantes para su desarrollo óptimo” (Charles, 2009).

Sobreproteger a los niños y niñas a lo largo de su infancia les puede acarrear drásticas consecuencias en un futuro a la hora de resolver sus necesidades y superar dificultades. La escuela tiene como deber, orientar también a las familias para lograr que sus hijos e hijas consigan un desarrollo tanto psíquico como emocional, estable. Por ese motivo, la cooperación entre familia y escuela debe estar siempre presente y de manera prioritaria. (Pacheco y Fabiola, 2013).

Comunicación.

Fomentar el diálogo, mostrar interés por los intereses del hijo/a y escucharlo a lo largo de su vida, permite conocerlo en su totalidad ya que se crea un vínculo padre/madre – hijo que ayudará a conocer sus puntos fuertes, debilidades, amistades, carácter....etc. Por ese motivo, es un aspecto muy importante a trabajar con las familias.

Afectividad.

Otro factor importantísimo que se debe trabajar y nunca confundir con la sobreprotección, es la afectividad. Uno de los objetivos que debe tener la escuela como la familia, es conseguir que las personas se encuentren felices, cómodas, queridas, respetadas y apoyadas en la convivencia cotidiana.

Valores.

Priorizar la importancia al ser y no al poseer y resaltar las cualidades de cada individuo sin criticar o menospreciar el físico son ejemplos de los valores que se deben transmitir en tanto dentro como fuera del aula. Es muy importante que los niños y niñas no juzguen y ni se sientan juzgados, que acepten a los demás y comprendan los errores que puedan cometer.

Medios de comunicación.

No todos los programas televisivos son apropiados a cualquier edad. Es significativo el control de los programas o revistas que puedan ver y leer los niños y niñas por parte de los padres. Favorecer el desarrollo de una conciencia crítica como lectores, espectadores y consumidores les ayudará a una correcta toma de decisiones ante cualquier posible disyuntiva, mensajes erróneos e inseguridades.

Alimentación.

Por último, la asociación ARBADA, habla sobre la importancia que tiene hacer al menos una comida al día toda la familia junta para contarse cómo ha transcurrido el día, y comentar los distintos acontecimientos, expresiones, opiniones, sentimientos, emociones...etc.

Finalmente hace hincapié en comer de forma ordenada y dentro de un horario establecido respetando al menos cinco comidas diarias: desayuno, almuerzo, comida, merienda y cena. Sin picoteo ni desorden.

3.3. Alumnado

Desde principios del siglo XXI hasta hoy día, la Educación para la Salud ha sido y es considerada como la vía más efectiva y positiva para mejorar la calidad de vida de la población tanto infantil como juvenil. (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2000). Permite que desde la escuela se fomenten prácticas saludables y que los niños y niñas adquieran de forma temprana una serie de aptitudes que les permitan abordar disyuntivas relacionadas con la salud de manera objetiva, crítica y evolutiva (Jensen, 1998).

A continuación se presenta un proyecto llevado a cabo en Ibiza (Balears) junto a dos posibles actividades para trabajar con niños y niñas entre 6 y 11 dentro del aula.

3.3.1 Proyecto interdisciplinar sobre el almuerzo en el aula

Con el objetivo de trabajar la alimentación dentro del aula, se presenta un proyecto llevado a cabo en un Colegio Público de Ibiza (C.P. L'Urgell) que resultó ser muy exitoso. Está explicado detalladamente en el anexo ya que es un trabajo que se elaboró en su día por el propio centro.

3.3.2. Actividades para trabajar dentro del aula.

Para elaborar este apartado de actividades se han escogido dos propuestas llevadas a cabo en Huesca. La primera a de ellas, en el Colegio Público Juan XXIII y la segunda está sacada de un Proyecto dirigido por el Gobierno de Aragón, llamado "Cine y Salud". Esta última información, se consiguió gracias a una entrevista con el director provincial del Instituto Aragonés de Servicios Sociales (IASS) en Huesca, Manuel Bueno.

3.3.2.1. La Pirámide Nutricional.

Objetivos.

El objetivo de esta actividad es que entre todos los compañeros y compañeras de clase elaboren una pirámide nutricional con los alimentos que ellos consideren apropiados en cada una de las partes que la componen. (Ver punto 1 en el anexo).

Y, por otro lado, aprender el equilibrio que supone una dieta saludable.

Contenidos

Nutrición y Salud.

Metodología

Para realizar la actividad se dividirá a la clase por grupos de manera que cada uno elaborará un piso de la pirámide con los alimentos que consideren que pertenecen a ese grupo. Los componentes de cada equipo se pondrán de acuerdo y luego expondrán sus razones por las cuales han elegido esos alimentos.

Finalmente, una vez estén elegidos alimentos y los distintos grupos ordenados, los pegaremos en una cartulina dónde estará dibujada la pirámide y ésta, estará colgada en la pared de clase para poder utilizarla cuando sea necesario.

Temporalización

Esta actividad puede durar aproximadamente unos 50 minutos y en el caso de que no dé tiempo a terminarla se puede hacer durante dos sesiones de 20 y 30 minutos.

Materiales

Los materiales que utilizaremos para la actividad serán los pupitres y las sillas del aula, cartulina grande, plástico para forrar los alimentos dibujados, velcro para pegar en la cartulina los distintos alimentos, lápices y pinturas.

Evaluación

Como evaluación inicial, haremos una serie de preguntas para ver que piensan y la idea sobre que es para ellos una alimentación sana y saludable.

Durante la evaluación continua, haremos un seguimiento de la actividad para ver si se desarrolla con normalidad y cada alumno cumple con su papel correctamente.

Por último, como evaluación final, se comprobará si todos los equipos han sabido utilizar alimentos saludables y si tienen algún error, poder corregirlo antes de añadirlo a la pirámide nutricional.

3.3.2.2. Ratatouille.

Objetivos

El objetivo de esta actividad es que los alumnos y alumnas diferencien lo que son comidas sanas y equilibradas y las que no.

Por otro y último lado, que cada uno reflexione y juzgue si está llevando a cabo o no, una alimentación saludable.

Contenidos

Nutrición y Salud.

Metodología

En primer lugar, se verá en dos sesiones la película de dibujos animados “Ratatouille” y tras verla, se llevará a cabo un debate en clase para comentar los platos que han ido apareciendo durante la película.

Y, en una tercera y última sesión se realizarán dos actividades relacionadas:

La primera consistirá, en rellenar por grupos de cuatro personas, una tabla con las cinco comidas que debemos realizar, durante dos días. Siempre con la ayuda de la pirámide nutricional.

La última actividad consistirá en crear por grupos un cuestionario con tres preguntas, las que ellos elijan para llevarlas a cabo a los demás niños y niñas del colegio durante la hora del recreo. Un ejemplo podría ser el siguiente:

1. Por las mañanas mi desayuno consiste en:

- a) No suelo desayunar
- b) Sólo leche o zumo bebido.
- c) Leche y bollería.
- d) Fruta o zumo, leche, pan....

2. Cada día suelo hacer...

- a) Dos comidas.
- b) Tres comidas.
- c) Cuatro comidas.
- d) Cinco comidas.

3. Si tengo hambre entre comida y comida....

- a) Como alguna chuchería
- b) Como patatas fritas, maíces, pipas...
- c) Pico algo del frigorífico
- d) Bebo agua o zumo.

Al final de la actividad sacaremos y compararemos las conclusiones de los resultados

Temporalización

4 sesiones de 1 hora y 2 recreos de media hora.

Materiales

Los materiales que utilizaremos para la actividad serán los pupitres y las sillas del aula, folios o libretas, la pirámide nutricional, reproductora de video, la película de Ratatouille, lápices y pinturas.

Evaluación

Como evaluación inicial, de manera general, se preguntará que suelen comer durante el día, cuántas comidas realizan, si les gustan las películas relacionadas con la cocina, si hay algún componente del grupo al que le gustaría estudiar cocina o está interesado/a por la nutrición....

Durante la evaluación continua, se irá preguntando grupo por grupo si tienen alguna dificultad. Si es así, se irán resolviendo.

Por último, como evaluación final, se comprobará si todos los equipos han aprendido a “comer bien” mediante un debate por grupos. Se les preguntarán las conclusiones a las cuáles han llegado.

4. CONCLUSIONES

A lo largo de este trabajo se han planteado tres tipos de trastornos alimenticios: anorexia nerviosa, bulimia nerviosa y trastorno por atracón (este último no tan conocido, pero de similar gravedad). Tras haber estudiado su incidencia y sus características, llegamos a las siguientes conclusiones:

1. Si convenimos en que la escuela debe responder a un principio básico de que “educar es educar para la vida”, la Educación para la Salud debe estar presente entre sus objetivos más importantes.
2. Ante un problema de la gravedad de los TCA, la escuela está en condiciones de abordarlo. No debe soslayarlo, porque puede y debe tratarlo en su currículo, en la confianza de que su trabajo va a tener una incidencia muy positiva en la prevención de esos trastornos.
3. La manera más eficaz de hacerlo es integrando las actividades relacionadas con este foco de atención de modo transversal a las diferentes áreas, o en proyectos globalizados o “centros de interés”. Esta metodología mostrará mayor eficacia que la de las unidades didácticas aisladas o la de las charlas puntuales.
4. Sin duda, debe hacerse con la participación de toda la Comunidad Educativa, de modo que, aprendiendo todos juntos (como una comunidad de aprendizaje), maestros, padres y madres y alumnos, consigamos resultados de mayor impacto y más permanentes.
5. Trabajar sobre este foco de atención contribuirá a desarrollar otras competencias de importancia en la vida, que serán útiles para otras áreas o facetas: el equilibrio emocional, la autoestima, la confianza en uno mismo, la asertividad, la formación de una conciencia crítica ante las influencias sociales y de los medios de comunicación y ocio individual o colectivo.

6. Desde el asesoramiento del ámbito sanitario podrían elaborarse también protocolos de prevención, detección y comunicación de los casos detectados o de las situaciones de riesgo. Porque conocer las señales de alerta, las evidencias y los factores de riesgo que se pueden manifestar en los niños y niñas, nos permitirán una detección precoz de cualquier tipo de problema en ciernes y tratarlo a tiempo.

7. Así, la atención diaria al comportamiento de los niños y niñas en la escuela, como dice Saldaña (2001), nos ayudará a revelar comportamientos peligrosos y situaciones de riesgo que puedan desembocar en trastornos de la alimentación y las graves consecuencias que implican. También por ello, es necesario que los maestros y maestras conozcan las características que tienen los TCA y los pasos necesarios para detectarlos y afrontarlos en la parte de intervención posible que pueda tocarle a la escuela.

8. Hoy en día, en España un 10% de la población adolescente sufre algún tipo de TCA. A modo de ejemplo muy elocuente, el pasado año ingresaron en la Unidad de Tratamiento Intensivo de TCA en Zaragoza 126 pacientes (Hospital Clínico Universitario). Por ello, los TCA requieren ser tratados cuanto antes de manera individualizada por un equipo multidisciplinar, donde los especialistas médicos, la familia y los maestros juegan roles perfectamente complementarios.

9. Finalmente, en el apartado de Intervención, hemos planteado diversos tipos de actividades acordes con los objetivos y la metodología diseñada en este trabajo, simplemente como un esbozo del trabajo correcto a hacer, pero que requerirían mucha más investigación educativa, nuevos diseños y experiencias, cuyos efectos deben someterse a permanente experimentación y evaluación.

5. BIBLIOGRAFIA

- Alberdi (1999). *La nueva familia española*. Madrid: Taurus.
- Anguera, M. T. (1990). *Metodología Observacional*, en Arnau, J.; Anguera, M. T. y Gómez, J. *Metodología de la investigación en ciencias del comportamiento*. Murcia: Servicio de Publicaciones de de Murcia, 125-236.
- American Psychiatric Association (2014). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders V*.5ª edición.
- Bolaños Río. P. (2009): *Trastornos de la Conducta Alimentaria*.1060-1086
- Consejería de Salud. Junta de Andalucía (2005). *Consejo Dietético en Atención Primaria*.
- Díaz, R., y Sierra, M. (2008). *Análisis teórico sobre prevención de drogodependencias en el marco de la educación para la salud: factores de riesgo y de protección*. Zaragoza. Acciones e investigaciones sociales, 26, 161-187
- Davis R, Freeman RJ, GarnerDM(1988). *A naturalistic investigation oeating behavior in bulimia nervosa*. Apr, 56(2). 273-279
- En Fairburn C.G. y Wilson G.T. (Eds.), *Binge Eating: Nature, Assessment and Treatment*. New York: Guilford Press.
- Gahagan S. *Development of eating behaviour: biology and context*. *J DevBehavPediatr*. 2012 Apr, 33 (3): 261-71.
- García García, Isabel. (1998). Promoción de la salud en el medio escolar. *Revista Española de Salud Pública*, 72(4), 285-287.
- Garrote Rojas, D. (2009). *Análisis de la incidencia de los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) en los factores de personalidad de los estudiantes de educación secundaria*. Granada: Publicaciones de la Universidad.
- Gobierno de Aragón (2003). *Adolescencia y alimentación*. Prevención de trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes. Zaragoza
- Gómez, G. (1993). “*Detección de anomalías de la conducta alimentaria en estudiantes universitarios: obesidad, bulimia y anorexia nerviosa*”. *Revista Mexicana de Psicología*, 10 (1), 17-24. México
- Gordon, R. A. (1990). *Anorexia and Bulimia: Anatomy of a social epidemic*. Cambridge: BasilBlackwell.

- Gortázar, A. (1990): *El profesor de apoyo en la escuela ordinaria*. (Desarrollo psicológico y Educación III, compilación de Marchesi, A y otros). Madrid. Alianza Ed.
- Gracia, M.; Ballester, D.; Patiño, J. y Suñol, C. (2001). “Prevalencia de insatisfacción corporal y de trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes”. *Interpsiquis* Vol. 1
- Graván Morales, M. J., & Cordero Gómez, A. A. (2003). *Trastornos de la conducta alimentaria*. [Sevilla]: Consejería de Salud.
- Herrero, M. y Viña, M. (2005). “Conductas y actitudes hacia la alimentación en una muestra representativa de estudiantes de secundaria”. *Internacional Journal of Clinical and Health Psychology*. Vol.5, 67-83.
- Humphrey, L. L. (1989). *Observed Family Interactions Among Subtypes of Eating Disorders Using Structural Analysis of Social Behavior*. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57, 2, 206-214.
- Jáuregui Lobera I, Romero Candau J, Bolaños Ríos P, Montes Berriatúa C, Díaz Jaramillo R, Montaña González M, (2009). *Conducta alimentaria e imagen corporal en una muestra de adolescentes de Sevilla*. *Nutrición Hospitalaria*;24(5):568-73
- Jensen B, (1998). *Contribuciones en educación para la salud, acción y democracia*. Copenhagen: Centro de Investigación de Educación para la Salud y Ambiental. Real Escuela Danesa de Estudios Educativos.
- Kaplan AS, Garfinkel PE. Brunner/Mazel (1993): *Medical issues and the eating disorders*. New York:
- Kaplan, H.I. y Sadock, B.J. (2001). *Sinopsis de Psiquiatría*. Ciencias de la conducta. Psiquiatría clínica. Madrid: Panamericana.
- Lavín GM.(1998): *Trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes. ¿Una epidemia?* *Anales españoles de pediatría*. 1998; 48(3):229-32.
- Leitenberg, H.; Rosen, J.C.; Gross, J.; Nudelman, S. y Vara, L.S. (1988). “*Exposure plus response-prevention treatment of bulimia nervosa*”. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, Vol. 56, 535-541
- López C. (2004) *Educación nutricional de la población general y de riesgo*. En: Miján de la Torre A. *Nutrición y Metabolismo en Trastornos de la Conducta Alimentaria*. Barcelona: Glosa; p. 459-476.
- Martín, F. M.; Cangas, A. J., Pozo, E. M^a; Martínez, M. y López, M. (2009). “*Trastornos de la personalidad en pacientes con trastornos de la conducta alimentaria*”. *Psicothema*.21 (1), 33-38

- Martínez MI, Hernández MD, Ojeda M, Mena R, Alegre A, Alfonso JL: (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*. NutrHosp; 24(4):504-510
- Mazur, A. (1980). *U.S. trends in feminine beauty and over adaptation*, *The Journal of Sex Research*, núm. 22, pp. 281-303.
- McCarthy, M. (1990). "The thin ideal, depression and eating disorders in women". *Behaviour Research and Therapy*, 28, 205-215.
- Ministerio de Sanidad y Consumo (2000). "La evidencia de la eficacia de la promoción de la salud (II)". Informe de la Unión Internacional de Promoción de la Salud y Educación para la Salud para la Comisión Europea. Madrid.
- Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales (2002). *Guía para la Prevención de los Trastornos del Comportamiento Alimentario*. Madrid.
- Miotto, P. et al. (2003). "The spectrum of eating disorders: Prevalence in area of Northeast Italy". *Psychiatry Research*, 119, 145-154.
- Monleon B, Tordera P, Arbona B, Baños Rivera RM. (2003) *Imagen corporal y restricción alimentaria en adolescentes*. *An Pediat*. 2003;58(3):268-72
- Moraleda S, González N, Casado JM, Carmona J, Gómez R, Aguilera M. (2001). *Trastornos del comportamiento alimentario en una población de estudiantes de enseñanza media*. *Atención Primaria*. 28:463-7.
- Morandé, G.; Celada, J. y Casas, J.J. (1999). "Prevalence of eating disorders in Spanish schoolage population". *Journal of Adolescent Health*, 24, 212-219.
- Moreno, F. X. (2000). *Diagnóstico de los Factores de Riesgo como Recurso Preventivo de los Problemas de Conducta en el Contexto Escolar*. *Revista Electrónica Convid II*, 29 44.
- Norring, C. y Sohlberg, S. (1988). "Eating Disorder Inventory in Sweden: Description, crosscultural comparison, and clinical utility". *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 78, 567-575.
- Organización Mundial de la Salud (1992). *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems* (Clasificación Internacional de Enfermedades. CIE10). Edición 10.

- Pacheco Ortiz y Fabiola Nataly (2013). *La sobreprotección infantil y su incidencia en el desarrollo emocional de los niños de 3 a 4 años de edad de educación inicial del centro de desarrollo infantil "mi casita de campo"*.
- Palomares, A. y Garrote, D. (2009). "Educación, Democracia e Interculturalidad". Ensayos, 23, 327-343.
- Palomares Ruiz, A. (2009). "El nuevo modelo docente en el paradigma formativo centrado en el alumnado". *Enseñanza & Teaching*, 27 (2), 45-75.
- Paniagua Repetto, H., & García Calatayud, S. (2003). *Signos de alerta de trastornos alimentario, depresivos, del aprendizaje y conductas violentas entre adolescentes de Cantabria*, Revista Española de Salud Pública, Vol 77, Iss , Pp 411-422 (2003) ,(3) 411
- Pérez Camo, V. *Jefe del Servicio de Psiquiatría del Hospital Clínico*. Noticia del Heraldo de Aragón. 14/01/2017.
- Pike, K. M. y Rodin, J. (1998). *Madders, daughters and eating disorders*. *Journal of abnormal psychology*, 100, 198-204
- Polivy, J. y Herman, C.P. (2002). "Causes of eating disorders". *Annual Review of Psychology*, 53, 187-213.
- Proyecto Interdisciplinar sobre el alumerzo en el aula (2016-2017). C.P. L'Urgell. Sant Josep, Eivissa.
- Raich, R. M.; Deus, J.; Muñoz, J. M. y Requema, A. (1991). "Estudio de actitudes alimentarias en una muestra de adolescentes". *Revista de Psiquiátrica de la Facultad de Medicina de Barcelona*; 18 (7).
- Raich, R. M. (1994). *Anorexia y bulimia. Trastornos alimentarios*. Madrid. Pirámide.
- Roberto, C. (2006). *Perspectiva psicósomática de los trastornos alimentarios en niños y adolescentes / Psychosomatic Medicine View of Eating Disorders in Children and Adolescents*. *Revista Colombiana De Psiquiatría*, 176
- Rosen, J.C. y Leitenberg, H. (1985). "Exposure plus response prevention treatment of bulimia". En Garner, D.M. y Garfinkel P.E. (Eds.), *a Handbook of Psychotherapy for Anorexia Nervosa and Bulimia*. New York: Guilford Press.
- Rosen J.C, Leitenberg H, Fisher C, Khazam C (1986) *Binge-eating episodes in bulimia nervosa: The amount and type of food consumed*. Feb; 5(2) 255-267.
- Saldaña, Carmina (2001) *Perspectiva global de los trastornos de comportamiento alimentario*. En Saldaña Carmina (Coordinadora). *Detección y prevención en el aula de los problemas adolescente* (pp. 101-123). Ediciones Pirámide. Madrid.

- Sánchez García, M^a F. (2010). “*La orientación en España: despegue de una profesión*”. Revista Española de Orientación y Psicopedagogía. 21 (2), 231-239.
- Santana Vega, L., Feliciano García, L. y Jiménez, A. B. (2009). “*Autoconcepto académico y toma de decisiones en el alumnado de Bachillerato*”. Revista Española de Orientación y Psicopedagogía. Vol. 20 (1), 61-75.
- Sauvage D, Leddet L, Hameur L, Barthelemy C.(1985) Infantilerumination: diagnosis and follow-up of 20 cases. J Am AcadChildPsychiatry. 1985;24:97-203.
- Serra, A. M. (2015). *Los trastornos de la conducta alimentaria*. Barcelona, ESPAÑA: Editorial UOC.
- Stice, E. y Agras, W. S. (1999). *Subtyping Bulimic Women Along Dietary Restraint and Negative Affect Dimensions*. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 67, 4, 460-469.
- Striegel-Moore, R., Silberstein, L. R., Rodin, J. (1986). *Toward an understanding of risk factors for bulimia*, American Psychologist, núm. 41, pp. 246-263.
- Striegel-Moore, R.H. (1993). “*Etiology of binge eating: A developmental perspective*”.
- Thompson, J. K., Tantleff (1992). *Female and male ratings of upper torso: actual, ideal and stereotypical conceptions*, Journal of Social Behavior and Personality, núm. 7, pp. 345-354
- Toro, J. y Vilardell, E. (1987). *Anorexia nerviosa*. Barcelona: Martínez Roca.
- Toro, J. (1996). *El cuerpo como delito. Anorexia, bulimia, cultura y sociedad*. Barcelona: Ariel.
- Unikel C.; Mora J. y Gómez G. (1999). “*Percepción de la gordura en adolescentes y su relación con las conductas anómalas del comer*”. Revista Internacional de Psicología, 33 (1), 11-29.
- Unikel C.; Saucedo-Molina T.; Villatoro J. y Fleiz C. (2002). “*Conductas alimentarias de riesgo y distribución del índice de masa corporal en estudiantes de 13 a 18 años*”. Salud Mental, 25 (2), 49-56.
- Waisberg JL, Woods MT. (2002): *A nutrition and behaviour change group for patients with anorexia nervosa*. Can J Diet Pract Res 2002; 63(4): 202-205.
- Williamson, D.A.; Davis, C.J.; Duchmann, E.G.; McKenzie, S.M. y Watkins, P.C. (1990). *Assessment of Eating Disorders: Obesity, Anorexia, and Bulimia Nervosa*. New York: Pergamon Press.

Wilson G. T. y Fairburn, C. G. (1993). *Cognitive Treatments for Eating Disorders*. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 261- 269.

Wolfe BE, Baker CW, Smith AT, Kelly-Weeder S.(2009) *Validity and utility of the current definition of binger eating*. *Int J EatDisord*. Dec;42(8):674-686.

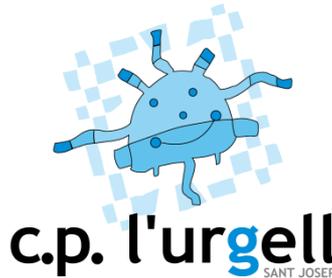
6 ANEXOS

6.1. ÚLTIMA ACTUALIZACIÓN DE LA PIRÁMIDE NUTRICIONAL.



Fuente: “El diario de Navarra” (2017)

6.2. PROYECTO INTERDISCIPLINAR SOBRE EL ALUMERZO EN EL AULA 2016-2017



Justificación

La unidad parte de tres problemas que se encuentran día a día.

Por un lado, la cantidad de comida que se tira durante el recreo, se produce porque los niños prefieren jugar antes de almorzar y por ello se encuentran bocadillos enteros en el suelo, fruta que ni siquiera se ha probado.

Por otro lado, también se ha observado que no hacen un uso adecuado de las papeleras y la separación selectiva de contenedores.

Y finalmente se detectó que los almuerzos de los alumnos eran poco saludables y basados exclusivamente en bollería industrial.

A partir del análisis de su propio almuerzo, los niños y niñas se conciencian del concepto de residuo alimentario y de una alimentación saludable.

El objetivo final por tanto parte de tres ideas:

- Adoptar un hábito saludable y promover el consumo de alimentos saludables.
- Favorecer y potenciar una Conciencia Ecológica valorando la importancia de una reducción de residuos y la respectiva separación entre estos.
- Y, evitar la malversación de comida en la hora del recreo.

Es por estos tres motivos por los que se ha decidido en el C.P. L'Urgell hacer una actividad que implique a toda la escuela. Que sea un propósito interdisciplinar producido en un entorno cercano, real, participativo y reflexivo. Es un proyecto que parte de la base del trabajo a lo largo de toda la escolarización pero hará incidencia

sobre los problemas en la etapa y el nivel que se considere más adecuado con la finalidad de que el trabajo sea significativo para ellos.

Son momentos de crecimiento fisiológico en los que se necesita una correcta alimentación. Períodos de aprendizaje que permiten incorporar los conocimientos que garantizan un comportamiento saludable en el futuro, porque en estas edades, las personas son especialmente vulnerables a las campañas publicitarias que fomentan la comida precocinada y bollería industrial.

Temporalización

El proyecto se lleva a cabo durante todo el curso en la hora del recreo, en el momento del almuerzo. No obstante, como es un proyecto interdisciplinar, su aplicación y las actividades propuestas, se pueden desarrollar en cualquier momento educativo así como fuera del cole.

Almorzar en el aula es un proyecto que hay que trabajar durante toda la escolarización y tiene que adecuarse a las características evolutivas, a las necesidades e intereses de cada etapa.

Objetivos generales

- Adoptar un hábito de vida saludable y promover el consumo de alimentos saludables.
- Evitar tirar el almuerzo a la basura.

Objetivos específicos sobre los hábitos de vida saludable

- Identificar el contenido y la cantidad de un almuerzo sano.
- Conocer la importancia del almuerzo dentro de las distintas comidas.
- Conocer las principales recomendaciones alimentarias.
- Practicar hábitos saludables de higiene y alimentación.
- Darse cuenta de que el almuerzo puede ser atractivo y saludable.

- Crear una conciencia familiar a través de los alumnos que ayudan a iniciar pequeños cambios de actitud en un consumo alimentario más saludable y sensato.
- Aprovechar los recursos alimenticios que ofrece el entorno (productos de temporada o proximidad)
- Valorar la fruta como nutriente e incorporarla en la dieta cotidiana.

- Disfrutar de los productos naturales y frescos.
- Participar y ser constante en las actividades cotidianas relacionadas con la alimentación.
- Tener autonomía a la hora de comer.