

PREVENCIÓN PRIMARIA EN TRASTORNOS DE CONDUCTA ALIMENTARIA.

Magdalena Soldado Mérida

Para correspondencia: magdalenasoldado@yahoo.es

Página web: www.magdalenasoldado.es

Resumen: Los casos de anorexia y bulimia nerviosas siguen aumentando en los últimos tiempos. La prevención primaria, arma de la que disponemos para evitar que surjan nuevos casos, presenta hoy por hoy muchos déficit que hacen que dicha labor no obtenga resultados satisfactorios.

Palabras Clave: prevención primaria, trastornos de conducta alimentaria.

Summary: Cases of anorexia and bulimia nervosa continue increasing lately. Through primary prevention is possible to avoid new cases appear, but at the present time it displays many deficits that cause that this work does not obtain satisfactory results.

Key words: primary prevention, eating disorders.

1. Introducción

Desde hace décadas, observamos el gran porcentaje de población afectada por los Trastornos de Conducta Alimentaria (TCA). Trastornos que, si bien en un primer momento afectaban casi exclusivamente a mujeres con edades comprendidas entre 14 y 25 años, en la actualidad se van extendiendo cada vez más a la población masculina al igual que a menores y adultos. Ante tal panorama, una de las armas de las que se dispone para hacer frente a estas patologías es la PREVENCIÓN PRIMARIA.

Hoy por hoy, el propósito de la prevención primaria es el de reducir o eliminar los factores que incrementan la probabilidad de que se produzca un trastorno, al tiempo que aumentan las “capacidades” personales y el apoyo del entorno, lo que a su vez disminuye las posibilidades de que ocurra dicho trastorno (Albee y Gullotta, 1986).

Pero la prevención, tal y como mayoritariamente se lleva a cabo en nuestro país, no está exenta de polémica debido al éxito moderado frente a otro tipo de programas ¿Es adecuada la prevención tal y como se está realizando? ¿Es adecuado que sea una modelo la que a través de un medio de comunicación explique lo que es la anorexia? ¿Ayuda a prevenir los Trastornos de Conducta Alimentaria que personas conocidas públicamente revelen los métodos que utilizaban cuando estaban enfermas para adelgazar? ¿Participan los medios de comunicación de forma correcta en la prevención de los TCA? Informar en colegios sobre lo que es la anorexia o bulimia ¿ayuda a prevenir? ¿Tendríamos que abrir el abanico de los grupos de riesgo para hacer una prevención más adecuada? ¿Quién o quienes deberían llevarla a cabo?...

A veces se nos olvida que muchas de las personas a las que se está informando con la intención de prevenir están bastante preocupadas u obsesionadas con adelgazar. Por lo tanto, dicha información puede ser gravemente distorsionada y provocar el efecto contrario al deseado. Muchos autores comparten la idea de que presentar información sobre los factores de riesgo de los TCA no basta y quizá llame indebidamente la atención sobre los síntomas.

2. Prevención primaria en el ámbito escolar.

Ya en 1975, el Dr. Gro Harlem Brundtland, ex primer ministro de Noruega, escribió un artículo donde consideraba que donde debía realizarse la mayor labor preventiva y de promoción de hábitos alimenticios saludables era en los colegios, basándose en que los adolescentes poseen muchas creencias erróneas acerca de lo que es una nutrición adecuada y los cambios corporales normales de la pubertad. En ocasiones, estas creencias erróneas les produzcan temor, metas idealistas e ilusiones cognitivas, las cuales pueden llevarles a adoptar una dieta u otras conductas alimentarias peligrosas.

Si bien la escuela es el foco principal de la *prevención primaria*, no es posible, y de hecho no da ningún resultado, analizar el sistema educativo de forma aislada. Es de vital importancia la colaboración con la red sanitaria.

Para que un programa psicoeducativo dé resultados positivos, es conveniente motivar a los estudiantes fomentando un espíritu crítico respecto a la alimentación, la cultura de la delgadez, los mensajes publicitarios y los factores de riesgo de los trastornos alimentarios. Presentar información sobre éstos últimos no basta, y quizá llame indebidamente la atención sobre los síntomas. Es también muy importante que dichos programas se mantengan a largo plazo, buscando el modo de seguir siendo novedosos para los alumnos. En caso contrario, dicha información podría favorecer un aumento en la frecuencia de los síntomas, impulsado por una “imitación del síndrome” (Haberlas, 1992). Esta imitación no es artificial, sino una mera respuesta al mensaje oculto de que “si presentas los síntomas de un trastorno alimentario es más probable que alguien te dé importancia y escuche tus problemas”.

También hay que ser muy prudentes a la hora de hablar de nutrición. Si los adolescentes reciben esta clase de información junto con datos sobre los trastornos alimentarios, el resultado final tal vez sea potencialmente negativo.

Con los efectos negativos en mente, tales conocimientos deben transmitirse en un contexto “normal”, no como parte de “lecciones especiales sobre los trastornos alimentarios”.

En 1992, la Junta Nacional de Educación y el Ministerio de Educación e Investigación Noruega, prepararon un paquete educativo

general bajo la supervisión de Borrasen Gresko. Este material se distribuyó a todas las escuelas secundarias, facultades y universidades, los servicios de salud y escuelas de enfermería de Noruega de forma gratuita.

Smolak y cols. (1990) diseñaron un programa formativo bien estructurado en respuesta a la escasa efectividad preventiva. Dicho programa sería impartido por profesores en el marco escolar abordando temas relacionados con la nutrición, la grasa corporal y las dietas, las actitudes respecto a las personas obesas y al propio cuerpo y los tipos de comportamiento en relación con el adelgazamiento, el consumo de alimentos saludables y la práctica adecuada de ejercicio físico. La aplicación de este programa a 222 niños en escuelas públicas americanas supuso un incremento demostrable de los conocimientos de los alumnos sobre los temas tratados, pero no se modificaron las conductas, los patrones de alimentación y de ejercicio físico ni la tendencia a la burla hacia los compañeros obesos. En otro estudio longitudinal dirigido a evaluar un programa de intervención preventiva sobre actitudes respecto a la alimentación y el propio cuerpo en una muestra de escolares italianas (1991) se comprobó que entre las chicas consideradas de alto riesgo el programa evaluado no producía modificaciones significativas respecto al grupo control, sin embargo en las de bajo riesgo reducía claramente la insatisfacción con el propio cuerpo y la posibilidad de desarrollar actitudes bulímicas. Los autores concluyeron que la información adecuada sobre los TCA no era lo bastante eficaz en las personas de alto riesgo, recomendando en esos casos intervenciones más intensivas.

Así pues, parece que las actuaciones de carácter educativo en el marco escolar no obtienen los resultados perseguidos.

En 1997, el Gobierno Vasco publicó el manual “Taller de Alimentación” que se impartió en la enseñanza secundaria obligatoria como materia optativa. El equipo que participó en la elaboración del temario estaba constituido por un médico nutricionista, una psicóloga, un médico psiquiatra y un profesor. Los temas a trabajar durante un curso completo estaban relacionados con la autoestima, imagen corporal, nutrición, la presión del grupo, publicidad, productos adelgazantes etc... Al final del curso, los alumnos habían mejorado su autoconcepto, no se dejaban convencer por productos “milagro” que tenían como objetivo el perder peso, eran más conscientes de los comportamientos peligrosos respecto a la alimentación así como poseían un alto conocimiento sobre lo que es una nutrición sana.

Rosa Calvo Sagardoy (2002) advierte del fuerte incremento de la prevalencia de los TCA. Algunas instituciones educativas y sanitarias han iniciado programas de prevención con el objetivo de frenar el incremento de estas patologías. Sus resultados son hasta el momento tan poco halagüeños que algunos autores de renombre sugieren considerar la prevención primaria inviable y dirigir los recursos financieros a programas de detección precoz. Por el contrario, algunos autores prestigiosos y algunas asociaciones de familiares y profesionales, entre las que se incluyen EDAP (Eating Disorder Awareness and Prevention), organización americana dedicada exclusivamente a la prevención y educación y APTAB (Asociación Española de psicología Clínica para la Prevención y Tratamiento de los Trastornos de la Conducta Alimentaria), han emprendido acciones preventivas cuyos resultados generan cierta esperanza.

El error más importante cometido hasta ahora en los programas de prevención primaria ha sido proporcionar información sobre los comportamientos negativos de la enfermedad ya que producen efectos iatrogénicos y aumentan el número de personas que, al conocerlos, realizan las conductas mostradas. Es igualmente erróneo utilizar un mismo programa de prevención para todos los alumnos, sin considerar su edad y momento evolutivo, al mismo tiempo, las escasas intervenciones a nivel de educación nutricional realizadas en nuestro país en el ámbito escolar no mantienen una constancia a lo largo del tiempo, hecho que es contrario a un adecuado aprendizaje por parte de los adolescentes de la información proporcionada.

3. Prevención primaria e industria farmacéutica.

La mayoría de los especialistas comparten la idea de que una adecuada prevención primaria debe tener como principal foco de intervención el ámbito escolar, por ser allí donde se encuentra el principal grupo de riesgo, pero ¿qué ocurre con los productos adelgazantes al alcance de cualquier adolescente que entre en una farmacia? ¿Y con los centros de adelgazamiento y gimnasios donde una dieta es recomendada por licenciados en biología o monitores de aeróbic? Está claro que farmacias y gimnasios son dos lugares clave donde podrían detectarse con rapidez comportamientos de riesgo. La formación y concienciación tanto de farmacéuticos como de monitores deportivos es vital para una adecuada prevención.

En el año 2002, el Consejo de Colegios de Farmacéuticos de Cataluña (CCFC) y la Asociación contra la Anorexia y Bulimia ACAB, pusieron en marcha una campaña en las oficinas de farmacia de esta comunidad autónoma para ayudar en la prevención de los Trastornos de Conducta Alimentaria.

Según Joan Durán presidente del CCFC “los farmacéuticos pueden ser muy útiles frente a este problema ya que están mucho más cerca del ciudadano”. La campaña hizo llegar a las 3000 farmacias de Cataluña 180.000 trípticos que sirvieron de guía para que afectados y sus familiares pudieran detectar precozmente un caso de Anorexia o Bulimia. La campaña también incluía información para que los farmacéuticos pudieran aconsejar sobre este tema y animaran a acudir a un médico en caso necesario.

“Aparte de la dispensación de medicinas, la otra función del farmacéutico es dar consejo, de hecho, una encuesta afirmó que cuatro de cada diez visitas a la farmacia se hacían en busca de consejo” resaltó Julián Zabala, jefe de comunicación Farmaindustria que apoyó la iniciativa.

Los farmacéuticos, desde su ámbito, deberán conocer con más profundidad estas patologías y reconsiderar sus actitudes hacia los productos dirigidos al control ponderal que dispensen (anorexígenos, laxantes, diuréticos, productos dietéticos). Convendría exigir un mayor control por parte de la Administración en lo concerniente a la prescripción, dispensación y comercialización de estos productos. Asimismo sería deseable la reglamentación de la báscula y de los mensajes que se transmiten a través de este instrumento, no utilizándose nunca los pesos de referencia inadecuados denominados “peso ideal”. (*Protocolo de Atención a Pacientes con TCA*. Ministerio de Sanidad y Consumo. 2000)

4. Prevención primaria en el mundo del deporte.

Respecto a la prevención centrada en centros deportivos, poco se ha hecho. El ejercicio físico no debería estar enfocado mayoritariamente a la pérdida de peso sino a la adquisición de unos hábitos saludables. En la ponencia del Senado en 1999, cuyo informe fue publicado en el Boletín Oficial de las Cortes Generales Serie I: Boletín General N° 785, la Asociación contra la Bulimia y Anorexia Nerviosa ABAN (Pamplona) sostenía que los gimnasios y academias de baile privados carecen del asesoramiento técnico suficiente. Tampoco se controla la venta en estos gimnasios de productos dietéticos o complejos vitamínicos. Estas deficiencias están cubiertas por las Federaciones del Deporte de Alta

Competición, pero siguen observándose carencias. Reivindicaban por tanto que se reglamentara el funcionamiento de los gimnasios y escuela de danzas privadas, extremando el rigor de contar con el apoyo de profesionales y, muy especialmente, en el control de la venta de ciertos productos dietéticos.

5. Prevención primaria en atención médica primaria.

Otro grupo que debe incluirse como apto para participar en prevención es el de los Médicos de Atención Primaria. Los Trastornos de Conducta Alimentaria son patologías que generan graves consecuencias físicas, psicológicas, económicas y sociales a los afectados y familiares. La detección precoz de comportamientos de riesgo es de vital importancia para evitar el posterior desarrollo de una patología alimentaria.

El médico de atención primaria tiene que ser capaz de detectar las conductas de dieta para modificarlas en los grupos de población vulnerables por medio de programas educativos y de información, y fomentar así mismo las tradiciones culinarias, insistiendo en la importancia de seguir una dieta equilibrada.

El deporte supervisado y adecuado para cada edad del desarrollo contribuye a crear formas de vida más sana. Pero es importante que el deporte no sea exclusivamente enfocado como una forma de perder peso. Determinadas actividades, como el ballet y la gimnasia rítmica, se asocian a un elevado riesgo de presentación de TCA en las practicantes, como consecuencia de exigencias ponderales excesivas impuestas de forma tiránica en ocasiones, por entrenadores y monitores. En éste caso el médico de atención primaria puede:

- Informar sobre los beneficios de la práctica de deportes y de los perjuicios o riesgos que se derivan de la falta de ejercicio, tanto a medio como a largo plazo.
- Llevar a cabo la supervisión médica de los participantes en deportes y actividades de alto riesgo.
- Informar sobre el tipo de ejercicio apropiado y de la forma más adecuada de hacerlo en cada caso particular.

- Enfocar el deporte como una manera de favorecer la interacción social.
- Conocer los motivos por los cuales una persona no quiere hacer deporte, discriminando los casos en los que se debe a un problema de autoestima de aquellos otros en que se trata de un problema de organización.
- Planificar objetivos a alcanzar que sean realistas y que al mismo tiempo requieran un mínimo de dificultad.

6. Prevención primaria y medios de comunicación.

Otro foco donde sería importante intervenir en el marco de la prevención primaria serían los *medios de comunicación*. Numerosos estudios demuestran como durante los últimos veinte años, coincidiendo con el hecho de que las mujeres extremadamente delgadas y sin curvas han pasado a ser la norma en los medios de comunicación, se ha producido un fuerte incremento en la incidencia de Anorexia y Bulimia (Kendler y col., 1991, Lucas y col., 1991, Gordon, 1990).

Durante los meses de verano, los quioscos y librerías están llenos de revistas y libros con títulos y encabezamientos que te proponen adelgazar gran número de kilos en un corto período de tiempo. No es extraño abrir una de estas revistas y encontrar al lado de un artículo sobre Trastornos de Conducta Alimentaria el anuncio de un producto adelgazante o una dieta “milagro”. Está claro que esta falta de coherencia no propicia la transmisión de unos valores sanos ni a nivel corporal ni alimenticio.

Algunos personajes públicos, ya sean modelos, actrices o bailarinas que han tenido o padecen un TCA publican su experiencia en forma de “manual de autoayuda” dando todo lujo de detalles e incluso el nombre de algún laxante o producto adelgazante. Recientemente, una paciente me refería en consulta haber leído uno de estos manuales en el que una chica que decía estar recuperada, presumía de no tomar carne nunca para cenar y se alarmaba porque la gente lo hiciera ya que, según ella, esto engordaba muchísimo.

Una excepción en publicidad la constituye la Campaña *Dove* “Por la belleza real”. No sólo defiende en sus anuncios los cuerpos reales sino que ha creado la *Fundación Dove para la autoestima*, destinada a ayudar a

mujeres a superar los complejos que perjudican su salud, afrontando la belleza desde una nueva perspectiva. Con la ayuda de la *Fundación Dove para la Autoestima*, la *Eating Disorders Association (EDA)* ha desarrollado en el Reino Unido un taller llamado *Body Talle*, diseñado para ayudar a los adolescentes a atender y enfrentarse a los sentimientos sobre su apariencia física y para que entiendan cómo son creadas las imágenes “ideales” de belleza.

Al hablar de ideales enfermizos alejados de un cuerpo sano no podemos dejar a un lado el mundo de la moda. La Comisión de Educación del Senado presentó un dictamen en 1999 donde uno de los puntos instaba a los creativos de moda a no utilizar la imagen de la mujer con un peso inferior a los límites saludables. La Cámara Alta pidió por unanimidad al mundo de la publicidad y la moda que no utilizara cuerpos extremadamente delgados, recomendación que ha sido desoída en reiteradas ocasiones, aunque con algunos amagos de cambio en la más reciente Pasarela Cibeles.

7. Conclusión.

Para concluir, podemos apuntar que pese a que la información que posee la población general sobre Trastornos de Conducta Alimentaria es más amplia y fidedigna que hace diez años, son más los profesionales especializados en estas patologías y ha habido un aumento de centros y hospitales de día especializados en Trastornos de Conducta Alimentaria, en el terreno de la prevención primaria queda mucho por recorrer. La información transmitida de manera inadecuada, la incoherencia en los medios de comunicación e industria farmacéutica respecto a éstos temas, la falta en la continuidad de talleres preventivos en centros escolares y la escasa formación de profesionales en conexión con grupos de riesgo, ya sean monitores deportivos, bailarines, diseñadores de moda, farmacéuticos etc., hace que las acciones preventivas realizadas hasta el momento muestren escasa eficacia.

Bibliografía

Albee, G.W. y Gullota, T. P. (1986). Facts and fallacies about primary prevention. *Journal of Primary prevention*, 6, 207-218.

Calvo, R. (2001). *Anorexia y Bulimia. Guía para padres, educadores y terapeutas*. Barcelona: Planeta.

Chinchilla, A. (2002). *Trastornos de la Conducta Alimentaria*. Barcelona: Masson.

Díaz, E., Padierna, A., Uribe, A. y Sierra, J. (1997). *Taller de Alimentación*. Departamento de Educación, Universidades e Investigación del Gobierno Vasco.

Gordon, R. A. (1990). *Anorexia and Bulimia: Anatomy of a social epidemic*, Cambridge: Basil Blackwell.

Gresko, R. B y Karlsen, A. (1994). The Norwegian program for the primary, secondary and tertiary prevention of eating disorders. *Eating disorders: The Journal of medical psychology*, 65, 59-66.

Kendler, K.S., MacLean, C., Neale, M. et al. (1991). The genetic epidemiology of bulimia nervosa. *Am J Psychiatry*, 148, 267-72.

Lameiras, M., y Failde, J. M. (2000). *Trastornos de conducta alimentaria; del tratamiento a la prevención*, Vigo: Editorial de la Universidad de Vigo.

Lucas, A. R., Beard, C. M., O'Fallon, W. M., Kurland, L. T. (1991). 50-year trends in the incidence of anorexia nervosa in Rochester, Minn.: A population based study. *Am. J. Psychiatry*, 148 (7), 917-922.

Ministerio de Sanidad y Consumo (2000). Protocolo de Atención a Pacientes con Trastornos de Conducta Alimentaria dirigido a Médicos de Atención Primaria. Madrid..

Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Ministerio de Sanidad y Consumo (1998). *Anorexia y Bulimia*. Madrid.

Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales (2002). *Guía para la Prevención de los Trastornos del Comportamiento Alimentario*. Madrid.

Rosa Behar A y Patricia Hernández T. (2002). Deportes y Trastornos de Conducta Alimentaria. *Rev méd Chile*, 130, 3.

Smolak, L., Levine, M.P. y Striegel-Moore (1996). *The developmental psychopathology of eating disorders*. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers.

Vandereycken, W. y Noordenbos, G. (2000). *La prevención de los Trastornos Alimentarios*. Barcelona: Granica.

Enlaces de interés

www.portalbelleza.com. Campaña por la belleza real.

www.jccm.es. Programa tal como eres. Consejería de Sanidad Castilla-La Mancha.