

**PREVENCIÓN DE LA OBESIDAD Y LOS TRASTORNOS DE LA
CONDUCTA ALIMENTARIA. PAPEL DEL DIETISTA-
NUTRICIONISTA.**

**PREVENTION OF OBESITY AND EATING DISORDERS. ROLE OF THE
DIETITIAN-NUTRITIONIST.**

Macarena Bustamante Benítez¹

**¹Alumna del curso Experto Universitario en Trastornos de la Conducta
Alimentaria y Obesidad, Universidad Pablo de Olavide (Sevilla)**

Correspondencia: Macarena Bustamante Benítez,
macarenabustamantebenitez@gmail.com

Universidad Pablo de Olavide

Carretera Utrera km 1, CP: 41013, Sevilla

RESUMEN

El presente trabajo trata de una descripción de las medidas de prevención existentes de los Trastornos de la conducta alimentaria y de la obesidad por parte de profesionales sanitarios como son los dietistas-nutricionistas.

Palabras clave: trastornos de la conducta alimentaria, Anorexia nerviosa, bulimia, obesidad, Educación nutricional, sobrepeso.

ABSTRACT

The present work is a description of existing measures of prevention of disorders of eating and obesity by health professionals such as the Dietitians-nutritionists.

Key words: disorders of eating behavior, Anorexia Nervosa, bulimia, obesity, nutrition education, overweight.

INTRODUCCIÓN

Definimos conducta alimentaria como el comportamiento normal asociados con los hábitos de alimentación, preparaciones culinarias, la selección y las cantidades de alimentos que se ingiere. Uno de los factores que van a contribuir a mantener la salud es la alimentación, alterada hoy en día por la existencia de nuevos estilos de vida que han acabado siendo influyentes en nuestra sociedad. Frente a este tipo de circunstancias, una buena educación nutricional podría modificar conductas erróneas con el fin de volver a conseguir hábitos de vida saludables que mejoren nuestra calidad de vida. Si bien estas conductas alimentarias resultan estar influenciadas por gran variedad de factores, como pueden ser sociales, económicos, publicitarios, culturales, etc. Esta situación hace que resulte necesario instaurar servicios de restauración colectiva y medios de comunicación en el proceso de educación nutricional de la sociedad, proporcionando una información real sobre la educación nutricional fuera de casa y sobre aquella información que es transmitida a través de los medios de comunicación (1). Al margen de los muchos aspectos sobre los factores de riesgo que se deben considerar en los programas de prevención, que los autores analizan con gran rigor, en la obra se ofrece información exhaustiva sobre uno de los factores que con mayor frecuencia se alude como promotores de los problemas relacionados con la alimentación y el peso y que consideramos ha sido poco trabajado en la literatura de nuestro país. Hablamos precisamente de la influencia de los medios de comunicación en el desarrollo de estos trastornos. Aunque resultan muchos los que hablan sobre la influencia de los medios, son pocos los que conocen realmente los mecanismos por los que se ocasionan dicho impacto. Por otra parte, resulta de especial interés la práctica

preventiva en el ámbito escolar basado fundamentalmente en la alfabetización de los medios y la educación nutricional. De dicha actividad se ha obtenido una gran experiencia práctica, lo que ha permitido identificar actividades útiles que puedan ser llevadas a cabo en el ámbito escolar. La escuela resulta ser un lugar privilegiado para detectar numerosos comportamientos anómalos de niños y adolescentes, y en esto los profesores son realmente excepcionales observadores de como la influencia de los padres, los medios, el ambiente familiar y social pueden favorecer los trastornos (2) y la intervención temprana contra ellos.

Se han esgrimido razones tanto de tipo conceptual como práctico para evaluar este conjunto de problemas como parte de un mismo continuo y para llevar a cabo intervenciones dirigidas a prevenir de forma integrada este amplio espectro de alteraciones. Una importante razón de tipo conceptual resulta ser la concurrencia de estos problemas. Resultado de estudios transversales y longitudinales sugieren que las personas pueden presentar más de uno de estos trastornos de forma simultánea y que pueden evolucionar de uno a otro a lo largo del tiempo (3). Otra razón conceptual es que se han identificado posibles factores de riesgo comunes para este conjunto de alteraciones, entre los que destacan: factores individuales como el seguimiento de dietas y de conductas no saludables de control del peso, uso de medios de comunicación, y la interiorización de los mensajes e imágenes que éstos transmiten, insatisfacción corporal, preocupaciones relacionadas con el peso y la apariencia, burlas relacionadas con el peso y autoestima; factores familiares y del grupo de pares, como pueden ser patrones de comida familiares, modelado de seguimiento de dietas y exposición a burlas; factores escolares y comunitarios, tales como

actitudes relacionadas con la alimentación y el peso de entrenadores y profesores y disponibilidad de alimentos y por último factores sociales, tales como normas para el “cuerpo ideal”, discriminación por el peso y mensajes mediáticos relacionados con la alimentación, la actividad física y la imagen corporal (4). Con respecto a las razones de tipo práctico empezaremos señalando la posible falta de coherencia entre los mensajes preventivos transmitidos en ambos campos (5). Los jóvenes pueden verse confundidos si, por un lado, en las intervenciones encaminadas a prevenir la obesidad, analizamos su índice de masa corporal y los animamos a restringir el consumo de grasa y a hacer más ejercicio, mientras que por el otro, en los programas de prevención de los TCA se insiste en que el peso está determinado genéticamente y que es complicado de modificar, que debemos aceptar nuestro peso y figura corporal, al mismo tiempo que insistir en que no existen alimentos prohibidos y que deben evitar dietas restrictivas. Dichas contradicciones pueden hacer que los educadores de la salud perdamos credibilidad frente a nuestra audiencia (5,6). En este sentido, el creciente interés político y sanitario en el campo de la prevención de la obesidad, con un foco hacia la dieta, la actividad física y el control del peso, podría ser que de forma no intencionada, tuviera efectos negativos en áreas tales como la imagen corporal, el seguimiento de dietas, las burlas relacionadas con el peso y la apariencia, la obsesión con el peso y otros factores de riesgo de los TCA, malogrando los efectos realizados en el campo de la prevención de los TCA y de la insatisfacción corporal (6,7). Es real que, dicha situación es motivo de controversia (8) y que algunos defienden que resulte prematuro afirmar que la prevención de la obesidad pueda tener dichos efectos iatrogénicos, ya que las variables relacionadas con dichas

alteraciones se han evaluado muy probablemente en los programas de prevención de la obesidad (9). Por esta razón, y guiándonos por la máxima “primero no hacer daño”, no deberíamos descartar este posible efecto y deberíamos analizar con mayor claridad variables de interés para ambos campos en los programas preventivos. Finalmente otra razón de tipo práctico para la integración de ambos campos es que instaurar programas dirigidos a prevenir el amplio espectro de los PRAP sería más eficiente, desde el punto de vista de coste-beneficio, que seguir administrando programas separadamente, reduciendo de esta forma los costes en términos de tiempo, materiales y profesionales (10). Es especialmente relevante considerar que uno de los factores que dificulta el avance de la enfermedad es la no existencia de conciencia de enfermedad entre los pacientes y el conocido como “síndrome de falsa esperanza”.

El objetivo del presente trabajo es analizar las diversas técnicas y métodos que existen para la prevención tanto de la obesidad como de los trastornos de la conducta alimentaria.

1. Prevenir los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA), como son la anorexia y la bulimia en población adolescente:

- Utilizando técnicas que refuercen la autoestima
- Trabajando el concepto de imagen corporal y mecanismo que ayuden a soportar la presión procedente de los condicionantes socioculturales, como pueden ser los medios de comunicación, la moda, los intereses económicos y la transmisión oral de dietas,

- Centrando nuestros programas de prevención en grupos de riesgo entre ellas adolescentes que practican la danza u otras actividades deportivas.

- Facilitar el desarrollo de un pensamiento crítico frente al modelo estético corporal dominante impuesto socialmente.

- Poner en manos de profesionales que trabajan con adolescentes (profesores, psicólogos infantiles, psicopedagogos, pedagogos, etc) un instrumento de trabajo sencillo y válido que les permita desarrollar actividades de promoción/ educación para la salud y prevenir trastornos de la conducta alimentaria y sobrepeso.

2. Prevenir la obesidad y el sobrepeso en niños y jóvenes:

- Estableciendo estrategias de educación nutricional, favoreciendo y fomentando una alimentación y un estilo de vida saludable.

- Fomentar políticas y planes de acción encaminados a mejorar hábitos alimentarios y de actividad física.

- Participar con las empresas del sector alimentario para promover la producción y distribución de productos que contribuyan a una alimentación más sana y equilibrada.

MÉTODO

Se realizó una búsqueda bibliográfica en diferentes bases de datos de ciencias de la salud y páginas webs: Pubmed, Medline, Cochrane Library Plus, Cuiden, Scielo, Google académico. También se ha llevado a cabo la utilización de libros como son *Nutrición saludable y prevención de los Trastornos*

alimentarios que es una guía del Ministerio del Interior, de Educación, Cultura y Deporte y de Sanidad y Consumo.

Los criterios de inclusión de los resultados de la búsqueda bibliográfica fueron: “Artículos científicos y disponibles en texto completo”; “ Documentos en español e inglés”. Los criterios de exclusión fueron: “Artículos no científicos y que no se encontraron en texto completo”; “Documentos en lenguas, como portugués, francés o alemán”.

RESULTADOS

El aumento excesivo de peso corporal en los últimos 30 años se encuentra asociado a cambios en los hábitos de ingesta y de actividad física en la población. El gran desarrollo de la industria alimentaria, la mejoría del poder adquisitivo, los cambios socioeconómicos y los avances tecnológicos acaecidos en la última mitad de siglo que termina, han modificado la dieta y los estilos de vida de la sociedad occidental, alcanzando también estos cambios al mundo oriente.

La prevalencia de la obesidad en la niñez y adolescencia ha aumentado de forma considerable en los últimos 30 años, y ésta resulta una actitud globalizada que incluye países desarrollados y en vías de desarrollo.

Los factores que condicionan los hábitos de ingesta actual son múltiples, destacando la oferta excedida de productos elaborados hipercalóricos, un mayor poder adquisitivo, un marketing que induce al consumismo, trastornos psicológicos reactivos donde el alimento se convierte en un sustituto placentero y el desconocimiento por parte de la población, que la obesidad es una enfermedad asociada a “pequeños desbalances” mantenido a lo largo del

tiempo. Los hábitos del sedentarismo, por otro lado están condicionados por la carencia de infraestructuras y de áreas verdes para el esparcimiento y la práctica de ejercicio, una inadecuada orientación de la asignatura en los colegios de educación física que permite el desarrollo de aptitudes físicas y motoras por lo recreacional o deportivo, la escasa información también por parte de la población de una vida saludable y por la dedicación cada vez más a actividades tales como TV, nintendo, computación, etc, que abarcan gran parte del tiempo libre de niños y adolescentes. Éstas últimas determinan un gasto calórico mínimo, con lo que han sido consideradas como horas de “inactividad física”. Hoy en día, las horas de sueño e inactividad física abarcan un porcentaje importante del día de niños y adolescentes, especialmente en zonas más urbanas.

Entre las complicaciones o trastornos que acompañan a la obesidad infanto– juvenil destacan los psicosociales (menor autoestima y rendimiento escolar, bajo rendimiento laboral, y menor nivel socioeconómico a futuro), el mayor riesgo de seguir siendo obeso en la edad adulta y las complicaciones médicas. Dentro de estas últimas, las dislipemias, hiperinsulinismo y la elevación de la presión arterial, preceden a las enfermedades crónicas metabólicas y cardiovasculares isquémicas del adulto, que constituyen la primera causa de muerte en la población mayor de 40 años.

En niños y adolescentes, se ha descrito una correlación directa y significativa entre el IMC o la grasa corporal, con los niveles de colesterol LDL, triglicéridos, insulina plasmática, y presión arterial, estableciéndose que un IMC sobre el percentilo 95 o un porcentaje de grasa corporal sobre 30% en

las mujeres y sobre 25% en los varones, se relaciona significativamente a un mayor riesgo de hipertensión arterial, dislipemia y resistencia a la insulina.

Los diversos estudios longitudinales muestran un progresivo aumento del peso corporal (IMC) en la población menor de 20 años, relacionada con un aumento de la presión arterial, del colesterol LDL, de los triglicéridos, y resistencia a la insulina. El seguimiento hasta la etapa adulta ha demostrado firmemente que los niños y adolescentes obesos tienen eventualmente un riesgo mayor de obesidad, de enfermedad cardiovascular, de hipertensión y muerte por enfermedades cardiovasculares isquémicas y arteriosclerosis. Estos estudios dejan en evidencia que la prevención de la obesidad desde la niñez disminuiría de forma significativa la morbimortalidad del adulto por dichas causas. La correlación entre obesidad del niño y del adolescente con obesidad en la edad adulta aumenta con la edad. De tal manera que el riesgo de ser obeso a los 35 años es de 8 a 10 veces si se ha sido obeso a los 10 años y de 35 a 56 veces si lo ha sido a los 18 años.

La mayor prevalencia de la obesidad en la última década se relaciona también a una mayor incidencia de diabetes tipo 2 en la población menor de 20 años. En USA se ha observado un cambio en la prevalencia de diabetes tipo 2 en este grupo etario de 4% antes de 1992 a 16% después de esa fecha, y en los mayores de 10 años, 33% de los diabéticos bajo control corresponden a diabetes tipo 2, reconocida hasta entonces como una enfermedad propia del adulto.

Prevención de la obesidad en niños y adolescentes

- Medios preventivos:

El aspecto preventivo en la obesidad debe de adquirir una gran relevancia debido a que su tratamiento es complejo y difícil. Como señala Carrascosa (2006) “tratar la obesidad es llegar tarde, el porcentaje de fracasos y recaídas es elevado”. Este resulta ser un dato ampliamente reconocido y demostrado en la gran cantidad de tratamientos y dietas por el que una persona obesa pasa a lo largo de su vida.

La prevención debe estar destinada y aplicarse sobre la población general con una educación nutricional o dietética y una promoción de la actividad física y sobre personas con riesgo aumentado, sobre todos aquellos niños con antecedentes de obesidad.

Como medios preventivos se propone:

1. Evitar la obesidad durante la gestación y limitar la ganancia de peso de la gestante de 10-12 kg.
2. Prolongar la lactancia materna al menos hasta el primer año de vida.
3. Introducir los alimentos sólidos y retrasar la introducción de cereales.
4. Tener en cuenta la deceleración del crecimiento a los 18 meses de edad para no exceder las demandas nutricionales decrecientes del niño.

5. Sumo cuidado en los hábitos nutricionales al inicio de la pubertad, cuando se produce un nuevo aumento del número de células grasas.
6. Evitar los alimentos dulces.
7. Aumentar la actividad física.
8. Controlar y vigilar frecuentemente el peso.
9. Mejorar la educación sanitaria en la población.

El sobrepeso y la obesidad en los niños tiende a continuar en la adolescencia a medida que aumenta la edad del niño la edad del niño obeso, el riesgo de padecer esta enfermedad en edades posteriores aumenta. Y dicha predisposición es más evidente en varones, obesos severos y aquellos casos con antecedentes paternos y de obesidad. Los niños obesos con más probabilidad de acabar siendo adultos obesos son:

- Aquellos en los que el rebrote del aumento de grasa corporal se produce antes de los 6 años.
- Los que tienen obesidad tipo androide (manzana).
- Los que tienen familiares que patología asociada a la obesidad: infarto precoz hipertensión, hiperlipemia y diabetes mellitus tipo 2.

Una revisión sistemática concluyó, que en los estudios de buena calidad, el riesgo de que los niños con sobrepeso sigan teniendo una afectación en la edad adulta fue al menos dos veces mayor que en los niños con un IMC normal. Una vez constituida la obesidad puede suponer una auténtica e irreversible hiperplasia del tejido adiposo que haga muy difícil su tratamiento. Ante la

incapacidad del tratamiento en adultos para conservar la pérdida ponderal, la única forma segura de abordar el problema es evitarlo.

Aparte para facilitar la puesta en marcha de una prevención primaria, sería conveniente disponer de algún método para identificar a los niños que van a ser obesos., y sobre todo a aquellos que lo van a seguir siendo en la edad adulta y que van a padecer complicaciones debidas a la obesidad, para centrar en ellas la prevención y el tratamiento.

Estrategia NAOS: abordaje multidisciplinar

Ante todos estos datos, se constata que el problema de la obesidad ha de tener un abordaje multidisciplinar, ya que no existe una sola causa de este fenómeno, sino un cúmulo de factores. Por tanto la solución pasa por efectuar intervenciones en distintos ámbitos para lograr cambios en nuestra alimentación y en nuestra actitud en el tiempo de ocio. Para luchar contra esta tendencia y anticipándose a las medidas que empiezan a proponer desde la UE, el Ministerio de Sanidad ha elaborado la estrategia NAOS, en la que han participado ocho grupos de expertos coordinados por la Agencia Española de Seguridad Alimentaria.

Esta estrategia quiere ser un marco en el que se encuadren intervenciones destinadas a promover una nutrición saludable y a fomentar la práctica del ejercicio físico. Un marco que recoja las iniciativas que están ya en marcha y que establezcan alianzas y acuerdos con todos aquellos actores que contribuyan a la reducción de la prevalencia de la obesidad en nuestro país. Se trata de invertir la estrategia actual gracias a la suma de esfuerzos en una iniciativa sin precedentes. Para ellos se ha formado una plataforma integrada por más de 80

organizaciones, entre las que se encuentran universidades, escuelas universitarias, colegios profesionales, sociedades científicas, fundaciones y asociaciones que han ofrecido su apoyo y participación en el desarrollo de dicha estrategia.

En este gran amplio proceso han participado representantes de distintas Administraciones (Ministerio de Educación y Ciencia, Ministerio de Agricultura, Pesca y Alimentación, comunidades autónomas y ayuntamientos); expertos en alimentación, nutrición y actividad física; el sector privado (empresas de alimentación y bebidas de distribución, cadenas de restauración); asociación de consumidores; profesionales sanitarios; educadores; asociación de padres, ONG, publicistas, urbanistas, etc.

La estrategia contempla un conjunto de acciones encaminadas a toda la población, pero debido al problema específico de nuestro país, la prioridad para la prevención de la obesidad se centra en niños y jóvenes cuyos hábitos alimentarios y de actividad física no están todavía consolidados., y pueden modificarse fundamentalmente por medio de la educación.

Los objetivos principales que se van a desarrollar por medio de esta Estrategia son fomentar políticas y planes de acción encaminados a mejorar los hábitos alimentarios y la actividad física. Entre la población, al igual que sensibilizar sobre el impacto positivo que estas prácticas tienen sobre la salud, participar con las empresas del sector alimentario para promover la producción y distribución de productos que contribuyan a una alimentación más sana y equilibrada, y sensibilizar a los profesionales del SNS para impulsar la

detección sistemática de la obesidad y el sobrepeso y adoptar una actitud preactiva en su prevención.

Debido al origen multifactorial de la obesidad, la estrategia recoge una serie de ámbitos de intervención centrados en recomendaciones, acuerdos voluntarios, autorregulación, y en algunos casos en iniciativas normativas. Estos ámbitos son los siguientes: familiar y comunitario, escolar, empresarial y sanitario.

1. Acciones en el ámbito familiar y comunitario

Entre las medidas encaminadas a este ámbito está previsto llevar a cabo campañas informativas y acuerdos con los medios de comunicación y con las empresas de ocio y entretenimiento para fomentar hábitos saludables de alimentación y de práctica de ejercicio físico., distribuir el manual la alimentación de tus hijos, editado por el Ministerio de Sanidad y Consumo y crear una página web (“embárcate en la NAOS), destinada a ofrecer novedades sobre las diferentes iniciativas en marcha, recomendaciones nutricionales y de actividad física, etc. Además se crearán grupos de trabajo en el ámbito autonómico y municipal para que faciliten la creación de espacios en las ciudades para la práctica de ejercicio., se elaborarán guías de recomendaciones nutricionales y se hará participar a deportistas. También se recabará la colaboración de las empresas de entretenimiento, fabricantes y anunciantes de juguetes, buscando iniciativas comunes encaminadas a la promoción de juegos y actividades lúdicas que requieran actividad física.

2. Acciones en el ámbito escolar

En dicho ámbito se van a llevar a cabo acciones a desarrollar de forma conjunta entre el Ministerio de Sanidad y Consumo, el Ministerio de Educación y Ciencia y las comunidades autónomas.

- Incluir en el currículum habilidades y formación sobre nutrición y alimentación. Esta medida requiere una acción normativa impulsada desde el MEC y las comunidades autónomas.

- Reforzar a través de talleres extraescolares la iniciación de los escolares en el mundo de la cocina y gastronomía., aprendiendo a comprar alimentos, prepararlos y cocinarlos.

- Incluir en los cursos de formación del profesorado materiales didácticos sobre alimentación y nutrición, y su incidencia sobre la salud, así como de la importancia de la realización de actividad física.

- Promover la práctica frecuente de actividad física en la edad escolar, ampliando el horario de las instalaciones deportivas durante los fines de semana.

- Potenciar las acciones educativas en colaboración con otros sectores, como las asociaciones de padres de alumnos, empresas de restauración colectiva, fundaciones, etc.

Aparte de dichas iniciativas, se hará hincapié de forma especial en los comedores escolares, ya que el 20% de los niños realiza una de sus cinco comidas en el colegio. Por esta parte el Ministerio de Sanidad y Consumo está elaborando en colaboración con el Ministerio de Educación y Ciencia, un

proyecto de Real Decreto, que abarcará entre otras los requisitos de construcción, diseño y equipamiento de estas instalaciones; los requisitos de conservación, almacenaje y exposición de los alimentos, los requisitos que deben requerir los menús, incluida la información a los padres, así como los mecanismos de evaluación y seguimiento de los comedores escolares.

3. Acciones en el ámbito empresarial

Uno de los factores más importantes de dicha estrategia es la firma de un total de seis convenios de colaboración entre el Ministerio de Sanidad y Consumo y el sector privado para su puesta en marcha: Cofederación Española de Organizaciones de panadería (CEOPAN): se compromete a la reducción progresiva del porcentaje de sal usado en la elaboración del pan, que pasaría del 2,2% actual al 1,8% en cuatro años, lo que convierte al pan español en uno de los menos saldos de Europa.

Asociación Nacional Española de Distribuidores Automáticos (ANEDA): se comprometen a no instalar máquinas expendedoras de comidas y bebidas en lugares de fácil acceso para alumnos de enseñanza infantil y primaria, ya que existe riesgo de que los niños abusen de alimentos hipercalóricos pero bajo valor nutricional. Al igual, se comprometen a eliminar la publicidad de dichas máquinas para no incitar a consumir ciertos productos, a incluir productos basados en una alimentación equilibrada, en detrimento de aquellos con un alto contenido en sal, azúcares y grasas., y a publicar guías de buenas prácticas destinadas a los profesionales del sector y a las asociaciones de padres.

Federación de Industrias de Alimentación y Bebidas (FIAB). Impulsará la inclusión de información nutricional en las etiquetas (julio 2005) y favorece

la comercialización de productos infantiles con mayor proporción de ácidos grasos insaturados y menor proporción de ácidos grasos trans, así como las gamas de productos bajos en sal, grasas y azúcares. La industria alimentaria va a llevar a cabo también un estudio sobre las porciones, de tal forma que no incentiven el consumo excesivo de calorías, y trabajará para reducir poco a poco el contenido calórico de los productos alimentarios en el mercado. En cuanto al sodio, la industria va a elaborar un plan para disminuir su presencia en aquellos alimentos que más lo aporten a la ingesta de la población.

En último lugar se desarrollará un Código de Autorregulación en Publicidad y Marketing, de inmediata aplicación, en el cual se regulará la publicidad y el marketing de aquellos alimentos y bebidas destinados a niños menores de doce años., las franjas horarias de emisión, el modo de presentación de los productos y la promoción.

Del mismo modo se patrocinarán eventos deportivos y trabajará en la promoción de la actividad física.

Distribución comercial (ASEDAS y ANGED): los grandes almacenes, hipermercados, supermercados y autoservicios se comprometen a difundir la estrategia en sus puntos de venta y a promocionar productos de marca propia que favorezcan los objetivos de la estrategia.

Hostelería y Restauración (FHER y FEHRCAREM): se comprometen a proporcionar a los clientes la información nutricional de sus menús, a incentivar el consumo de frutas, verduras, ensaladas, a disminuir de forma paulatina el consumo de grasas saturadas y a sustituir las grasas animales por las vegetales. Del mismo modo la Federación Española de Asociaciones Dedicadas a la

Restauración Social (FEADRS) se compromete a no utilizar en frituras aceites ricos en ácidos grasos saturados y a utilizar sal yodada donde exista déficit de la misma.

4. Acciones en el ámbito sanitario

Consciente de que los profesionales del Sistema Nacional de Salud juegan un rol protagonista en la prevención de la obesidad, la Estrategia NAOS busca sensibilizarlos con respecto a la importancia del sobrepeso, y en particular en la obesidad como enfermedad crónica que requiere de especial atención.

Se incentivará entre los médicos de Atención Primaria que se formulen en la consulta las preguntas necesarias para la detección a tiempo de estos problemas y se propongan consejos fáciles sobre alimentación y deporte. Por otra parte se realizarán campañas de detección precoz a través del IMC. Además se promoverá la lactancia materna y se procederá a la identificación y seguimiento de los niños especialmente en riesgo. A la misma vez se llevarán a cabo estrategias informativas y de ayuda para prevenir la obesidad en aquellos grupos más vulnerable a la ganancia rápida de peso (mujeres embarazadas, en estado de menopausia, que tomen medicamentos que aumenten el apetito). Para estas acciones se contará con la colaboración del Consejo de Colegios de Médicos y de Farmacéuticos, sociedades de médicos de Atención Primaria, asociaciones de enfermeros, de pediatras, dietistas y nutricionistas.

Otro de los puntos importantes de la estrategia es la creación de un observatorio de la Obesidad que analice de forma periódica la prevalencia de la obesidad en la población española, más concretamente en la población infantil

y juvenil., y mida los progresos obtenidos en la prevención de esta enfermedad. El observatorio está formado por representantes del Ministerio de Sanidad, comunidades autónomas, ayuntamientos, sociedades científicas, fundaciones y asociaciones, empresas de alimentación y organizaciones de consumidores.

Entre sus funciones destacarán la vigilancia epidemiológica, la definición de indicadores que serán utilizados como medidores de impacto de las intervenciones llevadas a cabo y la divulgación de las iniciativas relacionadas con la estrategia. Por otra parte se entablarán relaciones con organismos internacionales (OMS, Comisión Europea, EFSA) que permitan el intercambio de conocimientos y experiencias sobre la prevalencia de la obesidad y la participación en los diversos foros existentes. Del mismo modo será el organismo encargado de llevar a cabo el seguimiento en la adhesión y aplicación de los distintos acuerdos de autorregulación.

Dentro del ámbito comunitario a través del Ministerios de Sanitario y Consumo, y con el fin de invertir la creciente tendencia de esta patología, se ha desarrollado la Estrategia para la Nutrición, Actividad física y Prevención de la Obesidad (NAOS), con los objetivos de promover y difundir un programa que favorezca la alimentación saludable y la actividad física en el ámbito escolar a fin de frenar la progresión de esta epidemia.

La estrategia NAOS convierte a España en uno de los países a los que se le atribuye mayor dinamismo al enfrentarse al complicado reto de revertir la actual tendencia de la obesidad, por ello ha tenido varios reconocimientos internacionales.

Dentro de la estrategia NAOS, se recoge el programa PERSEO, “come sano y muévete”, que como su nombre indica, promueve la actividad física y la alimentación sana en la infancia, mediante un conjunto de intervenciones sencillas en los centros escolares, actuando simultáneamente en el comedor y en el entorno escolar para facilitar la elección de las opciones más sanas. Este programa también está dirigido e implica a la familia, más concretamente a los padres, con el objetivo de que éstos se conciencien de la importancia que tiene para la salud de sus hijos estos dos factores. Otro objetivo importante es el de detectar de manera precoz la obesidad infantil y evitar que progrese, realizando evaluaciones clínicas en el ámbito de la atención primaria. Esta estrategia también se ha distinguido para movilizar a diversos sectores de nuestra sociedad, y propiciar una cooperación intersectorial, incluyendo las industrias de tipo alimentario, que han mantenido una actitud positiva ante esta estrategia, llegando a firmar un criterio que incluye ciertos compromisos éticos.

Para llevar adelante esta cooperación e involucrar a las empresas en esta estrategia, se creó el código PAO para la autorregulación de la publicidad de alimentos dirigidos a menores, promovido por la Federación Española de la Alimentación y Bebidas (FIAB) y en vigor desde el 15 de septiembre de 2005. Tiene como objetivo disminuir la presión publicitaria sobre los menores y plantea unas normas éticas, cuyo incumplimiento llevará a sanciones a las empresas anunciantes.

El código PAOS fue suscrito por las 35 empresas más representativas de la industria de la alimentación, que viene a representar más del 70% de la inversión en publicidad de este sector. Además a dicho código se han adherido los principales medios de comunicación a nivel nacional.

Esta colaboración intersectorial ya estaba recogida en la carta europea contra la Obesidad como estrategia fundamental a nivel nacional e internacional, además de la responsabilidad de los medios de comunicación en cuanto a facilitar información y educación adecuada que permita incrementar la concienciación hacia este problema y apoyar las políticas de salud pública.

Todas estas actuaciones alcanzarán su objetivo si se mantienen a largo plazo. La propia estrategia NAOS contempla una evaluación y seguimiento de los resultados a través del Observatorio de la Obesidad.

Plan integral de obesidad infantil de Andalucía (2007-2012)

Este plan se encuadra dentro de las iniciativas de la Unión Europea (EU plataform Diet Physical Activity and Health) y del Ministerio de Sanidad a través de la estrategia NAOS, plantea hacer frente al problema a partir de la promoción y la prevención y desde una perspectiva intersectorial y participativa, abarcando a sectores más amplios de la vida pública, al entender que la obesidad es la resultante de la interacción de múltiples factores individuales y familiares y sociales, así como del entorno económico y cultural.

La finalidad de este plan es disminuir la prevalencia de la obesidad infantil en esta comunidad, además tiene como objetivos generales:

1. Frenar la tendencia ascendente de las tasas de obesidad infantil de la Comunidad Autónoma de Andalucía a corto plazo e invertirla a plazo intermedio.
2. Mejorar la atención sanitaria de los niños con obesidad y familiares.

3. Disminuir la aparición de complicaciones y mejorar la calidad de vida de pacientes con obesidad.

Para conseguir estos objetivos este plan recoge una serie de condiciones favorecedoras, así como establecer unas líneas de acción (Martínez y el grupo integral de obesidad de Andalucía, 2006), así como sensibilizar a la población general sobre la necesidad de mantener un peso adecuado en todas las edades, mediante el equilibrio entre una alimentación saludable y la realización de actividad física regular, el hecho de promover en las familias andaluzas la adquisición de conocimientos adecuados para la adopción de hábitos saludables para el mantenimiento de un peso saludable, potenciar el desarrollo de condiciones socio-ambientales facilitadoras de dichos hábitos, involucrar activamente a las diferentes instituciones y agentes sociales para la prevención de la obesidad infantil, avanzar en el diagnóstico precoz y garantizar una atención sanitaria basada en la mejor evidencia científica disponible, asegurando la continuidad asistencial como elemento de calidad integral; promover la investigación; facilitar la formación profesional de todas las personas potencialmente implicadas en la prevención y atención a la obesidad infantil; y reorientar los servicios actualmente existentes.

Prevención secundaria

La prevención secundaria se centra particularmente en niños con riesgo elevado de obesidad con el fin de intervenir precozmente, ya que el tratamiento de ésta es muy complicado una vez instaurada. Por ello los profesionales sanitarios, especialmente enfermeros deben implicarse profundamente en el cribado de la obesidad. La Prevención secundaria se centra en dos acciones:

- Identificación de niños con un riesgo elevado de obesidad por la presencia de alguna de los siguientes factores de riesgo:

- Obesidad en los padres
- Sobrepeso al nacimiento
- Bajo peso al nacimiento y rápida recuperación
- Rebote adiposo precoz (antes de los 5 años de edad)
- Incremento rápido del IMC (> 2 unidades/ año)
- Dieta inadecuada
- Comportamiento sedentario

- Intervención y seguimiento anual de los niños detectados con factores de riesgo, a través de las siguientes actuaciones:

- Valoración profunda del estilo de alimentación, la actividad física y los conocimientos y actitudes sobre alimentación y estilos de vida saludables.
- Valoración del IMC y medidas antropométricas.
- Proporcionar consejos y recomendaciones saludables sobre alimentación y actividad física.

Prevención Terciaria

La prevención terciaria está destinada a niños y adolescentes que han sido diagnosticados de obesidad. Su objetivo es evitar la aparición de las consecuencias derivadas de ésta, por lo que es preciso aplicar las medidas terapéuticas oportunas. El tratamiento de la obesidad infantil está constituido por un conjunto de acciones que incluyen la educación nutricional, la

restricción dietética, el aumento de la actividad física y la modificación de conductas. Por ello, este no es fácil y muchas veces fracasa, por lo que se requiere la participación de un equipo multidisciplinar.

El tratamiento de la enfermedad no finaliza una vez resuelto el problema, sino que requiere mantener una alimentación saludable y una actividad física habitual a lo largo de toda la vida para evitar recaídas. Por este motivo es importante el seguimiento periódico de los niños y adolescentes por los profesionales sanitarios y en especial por el de enfermería.

Estrategia interdisciplinaria y de carácter grupal para el tratamiento integral de la obesidad (Programa EGO)

Los obstáculos y barreras psicosociales a las que se tiene que enfrentar el paciente obeso son realmente difíciles de superar, y en múltiples circunstancias, el bajo estado de ánimo y la depresión son capaces de incrementar el ya afectado estado de salud de estos pacientes (11). Por esta parte, algunos autores confirman que los trastornos psicosociales pueden resultar ser factores predisponentes o incluso agravantes a la obesidad (12). Lejos del concepto de obesidad como enfermedad crónica multifactorial origen de la combinación entre genética y ambiente y caracterizada por una excesiva acumulación de grasa corporal (13) que conlleva numerosas limitaciones físicas, considerar la obesidad como un cúmulo de complicaciones psicosociales que van a disminuir la calidad de vida del paciente es fundamental para entender y analizar las necesidades del paciente y de la sociedad con relación a la prevención y tratamiento de la obesidad. La obesidad ha resultado ser la segunda causa de muerte prematura y evitable después del tabaco (13-15), y es que se podría

considerar que a la obesidad no le gusta la soledad, de tal forma que en la mayoría de los casos viaja acompañada de una gran variedad de comorbilidades, como pueden ser la Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2), la dislipemia, la hipertensión arterial y la enfermedad cardiovascular, entre otras, que finalmente se resume en una disminución de la calidad de vida del paciente (16). Este aumento de la morbimortalidad se encuentra relacionado con el aumento del IMC >25 (sobrepeso) y especialmente a partir de una IMC >30 (obesidad), más íntimamente relacionado con obesidad central o abdominal (13). El programa de intervención del paciente obeso debe promover una pérdida del 5-10% del peso corporal y evitar recuperarlo, con el fin de evitar las comorbilidades asociadas a la enfermedad y reducir el impacto de futuras complicaciones relacionadas con el exceso de peso. Entre las estrategias disponibles para abordar dicha enfermedad y lograr los objetivos se encuentran: el cambio en los estilos de vida (dietoterapia, realización de actividad física y modificación de conductual), la farmacoterapia y la cirugía bariátrica (en los casos de especial gravedad) (13). Los pacientes con obesidad pueden presentar expectativas muy alejadas de la verdadera realidad y exigir soluciones rápidas, eficaces y que no requieran apenas esfuerzo. Todo esto ha generado un gran mercado de productos adelgazantes y dietas milagro, cuya efectividad no ha sido probada (14). Ante dicha situación y la necesidad de un cambio cognitivo-conductual prestan protagonismo en el tratamiento integral de la obesidad el ayudar al cambio en los hábitos de vida a largo plazo, del mismo modo que potenciar actitudes motivadoras, activas y más positivas entre los profesionales. Desde el desarrollo de la primera estrategia fundamentada en el cambio conductual del paciente obeso en el año 1967, la complejidad y la efectividad de dichas

intervenciones ha ido en aumento (15). En este sentido la educación para la salud, cuya finalidad es la adquisición de hábitos de vida saludables, junto con el desarrollo de ambientes sanos y de una adecuada asistencia sanitaria, resulta una herramienta de especial interés que ayuda a controlar la evolución del proceso patológico en el paciente obeso, la pérdida de salud y de calidad de vida, así como lograr, cuando sea posible la vuelta a la normalidad sin secuelas (16). El entrenamiento del paciente por medio de un programa de educacional que sea capaz de transmitir una información real y completa que favorezca la autonomía en el control de su enfermedad puede motivar la necesidad de llevar a cabo un cambio conductual y ayudar a realizar las actividades necesarias que establezcan la correcta elección, adopción, la adhesión y el mantenimiento de hábitos de vida saludables (17). Finalmente cabe destacar que el formato grupal de estas terapias ha conseguido lograr mayores beneficios que el tratamiento de los pacientes obesos de forma individual. Las nuevas tendencias en el abordaje de la obesidad apuntan hacia un tratamiento conductual y grupal, por un lado debido a la escasez de recursos y el tiempo inherente en las terapias de tipo individuales convencionales, y por otro lado a la mayor implicación de estos pacientes en este tipo de intervenciones. Estos factores pueden influir en la consecución de mejores resultados de pérdida y mantenimiento del peso corporal a largo plazo. Atendiendo a dichos datos y en referencia de la necesidad de tratar la obesidad desde un punto de vista integral e interdisciplinar a través de la creación de unidades de obesidad, el Hospital Universitario la Paz propone el desarrollo de una estrategia interdisciplinaria y de carácter grupal para el tratamiento integral de la obesidad (Programa EGO). Para el abordaje medicoquirúrgico del paciente obeso, la unidad del Hospital

Universitario de la Paz, constituía en 2006, está formado por un amplio grupo de profesionales (endocrino, cirujano, técnicos de laboratorio, equipo de enfermería, psicólogo, dietista-nutricionista y entrenador físico) con conocimientos y competencias diferenciales, complementarias y comprometidas con el tratamiento integral del paciente obeso. El objetivo de la unidad de Obesidad resulta de la selección, priorización e inclusión en un programa terapéutico y de evaluación de las actuaciones medicoquirúrgicas destinadas al paciente con obesidad y enmarcadas en criterios de eficiencia y mejora de la calidad asistencial. Con la ayuda de datos clínicos para el tratamiento diagnóstico y atendiendo al grado de salud física y psicológica, se elaboran itinerarios de tratamiento diferenciados en función de las características individuales de cada paciente. Atendiendo a esta línea, dicho programa se centra en pacientes con mayor grado de motivación y preparación psicológica para llevar a cabo un programa grupal de pérdida de peso, es decir aquellos que ofrezcan una mayor garantía de éxito. Dicho programa terapéutico interdisciplinar y de carácter grupal queda enmarcado dentro del mapa de procesos para el tratamiento medicoquirúrgico de la obesidad en un contexto hospitalario.

Entre los objetivos EGO:

- Mejora de la calidad asistencial en obesidad
- Ofrecer al paciente todas las herramientas necesarias para el tratamiento integral de la obesidad fundamentado en las modificaciones dietéticas, la realización de ejercicio físico y el apoyo psicológico. En casos particulares la terapia se puede combinar con fármacos o cirugía.

- Integrar al paciente obeso en su propio proceso de cambio por medio de un abordaje terapéutico educativo y de carácter grupal.

- Apoyar la creación de una estructura terapéutica eficaz aplicable al área de salud que ofrezca al paciente obeso una herramienta de calidad para el control de la enfermedad.

Dicho programa cuenta con los recursos humanos y de infraestructura necesarios para el desarrollo de su actividad educacional en el ámbito hospitalario.

- Departamentos involucrados: Endocrinología y Nutrición, Cirugía y Laboratorio.

- Servicio médico: especialistas de área, facultativos hospitalarios y residentes del servicio con competencia en esta área específica.

- Servicios de cirugía y Análisis clínicos: facultativos hospitalarios con competencia en esta área específica.

- Personal de apoyo: enfermería, dietista-nutricionista, entrenador físico y psicólogo.

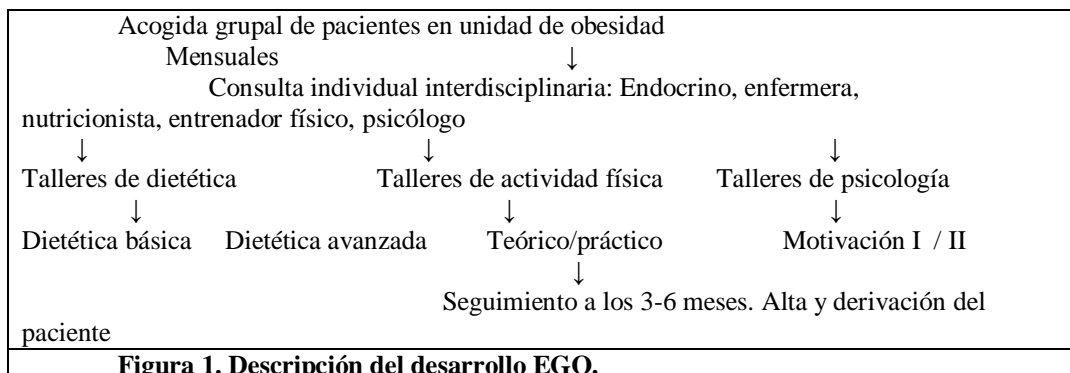


Figura 1. Descripción del desarrollo EGO.

Entre las Infraestructuras:

- Espacios: consulta médica, espacio de apoyo (consulta de enfermería y entrenamiento), aulas y salones de actos para la actividad educacional.
- Medios informáticos y ofimática.
- Dispositivos de medición de la composición corporal por biomedanciometría.
- Otros instrumentos antropométricos habituales (tallímetro, báscula, cinta métrica).

Perfil de pacientes EGO:

- Edad comprendida entre 18 y 65 años, ambos inclusive.
- Presentando un IMC > 30 e intentos de intervenciones terapéuticas previas fallidas.
- Historia clínica dentro de la normalidad sin evidencia de enfermedad orgánica significativa.
- Tienen motivación, disponibilidad y capacidad para seguir el tratamiento grupal.
- Soporte familiar y social adecuados (18).

Desarrollo EGO:

Dicho programa se lleva a cabo en sucesivos talleres grupales de entrenamiento, en los cuales los pacientes son motivos de cambio activo. Los

talleres se llevan a cabo de forma semanal o quincenal y la metodología es activa-participativa, potenciando la comunicación empática no impositiva, el aprendizaje interactivo y el apoyo entre pares. La acogida para una media de 12 pacientes en dicho programa, tiene como propósito, transmitir, a modo de taller desarrollado por el médico encargado de la unidad y apoyado por el resto del equipo, ideas claras sobre el concepto de obesidad como enfermedad crónica y las diversas estrategias disponibles para su tratamiento. En la consulta individual del paciente, y con el uso de datos clínicos, bioquímicos y resultados de cuestionarios de evaluación como herramienta de diagnóstico, se dan prioridad a los diferentes itinerarios de tratamiento atendiendo a las características individuales del paciente obeso. Los talleres tienen una duración de aproximadamente 90 minutos y con una media de 10 pacientes por taller, en los cuales el objetivo resulta de facilitar las herramientas necesarias para la consecución de un estilo de vida más saludable, esto es herramientas para la adquisición de una dieta equilibrada y adecuada, herramientas para la práctica de actividad física, herramientas de motivación y autorregulación (19). Las áreas temáticas de los talleres siguen una estructura definida tanto en contenido como en la forma de ofrecer las dinámicas de grupo (Tabla 1).

Talleres (profesional al cargo)	Contenidos
Dietética básica (equipo de enfermería)	Conocimientos básicos sobre alimentación y dietética. Grupo de alimentos y sus nutrientes, hábitos alimentarios saludables.
Dietética avanzada (dietistas – nutricionistas)	Modelo de dieta por intercambios. Capacitar al paciente para que eligiendo e intercambiando alimentos pueda diseñar su propia dieta adaptándola a sus gustos y necesidades. La lista de intercambio de alimentos y el modelo fotográfico de éstos se entrega al paciente para su trabajo en su casa.
Actividad física (teórico) .(Entrenador físico)	Identidad corporal. Respiración abdominal. Tipos de actividad física y sus beneficios en relación con la obesidad.
Actividad física (práctico). (Entrenador físico)	Tabla de ejercicio completa (acondicionamiento muscular): respiración, calentamiento, estiramiento, ejercicios de tonificación, vuelta a la calma. Material de apoyo. Cartones de leche. Se entrega el modelo fotográfico de la tabla para el trabajo personal.
Motivación I (psicólogo)	Cómo funcionan nuestros hábitos. El proceso de motivación al cambio. (¿Me compensa o no me compensa?). Encontrando motivos para cambiar. Fomentando responsabilidad sobre la salud y la vida.
Motivación II (psicólogo)	La ingesta emocional (manejo de la ansiedad, tristeza, ira). Estar conscientes en el aquí y el ahora. Conectando con mi objetivo. La autoestima bien nutrida. Buscando aliados en el entorno.

Parámetros bioquímicos	Analítica de control
Determinaciones físicas	Peso, IMC, perímetro de cintura, composición corporal, presión arterial
Hábitos de vida relacionados con obesidad	Cuestionario para valoración y cuantificación de los hábitos de vida relacionados con el sobrepeso y la obesidad
Calidad de vida relacionada con la salud	Cuestionario de salud
Calidad de la dieta	Cuestionario de salud SF36
Actividad física	Paffenbarger Physical Activity Questionnaire
Estado de salud general (cribado)	Cuestionario Salud General Goldberg
Trastornos alimentarios (cribado)	Escala de bulimia y trastornos por atracón del EDI (Eating Disorder Inventory)
Evaluación subjetiva de satisfacción y esfuerzo percibido	Desarrollo de un cuestionario específico con escala tipo Likert

La obesidad se ocasiona por un balance energético positivo mantenido en el tiempo, ya sea por una ingesta aumentada, por un gasto calórico disminuido, o por una mezcla de ambos factores. Una retención de 100 calorías diarias se traduce en un acumulación de aproximadamente 5 kg de peso en un año, o por el contrario, un balance negativo de 100 calorías diarias permite perder esos 5 kg en el mismo plazo. De tal manera, observamos que no resulta necesario ingerir grandes “cantidades” de alimentos para transformarse con el tiempo en un obeso, ni someterse a dietas restrictivas o a esquemas intensivos de actividad física para dejar de serlo. El tratamiento individual de la obesidad resulta ser poco exitoso y es probable que la falta de un enfoque integral y de objetivos y metas bien definidas, expliquen este fracaso.

Un cambio en los hábitos de ingesta y de actividad física, y no de bajada de peso debe ser el objetivo primordial en la prevención y tratamiento de la obesidad. Y es la recomendación actual de la Academia Americana de Pediatría (20). Pequeños cambios pero mantenidos de la dieta base, con especial énfasis en la disminución de productos hipercalóricos y en un aumento de la actividad física., favoreciendo el caminar y las actividades recreacionales permiten un mayor éxito a medio y largo plazo, concretamente si estos cambios incluyen al grupo familiar y se inician de forma temprana (20).

El tratamiento dietético no debe centrarse únicamente en la restricción calórica, sino que debe llevarse a cabo una “dieta saludable” que ayude a prevenir los trastornos metabólicos y optimice el balance energético (21). En tratamiento dietético debe tenerse en cuenta aparte del aporte calórico, el tipo de alimentos, las combinaciones, y horarios. Los alimentos y preparaciones con alto índice glucémico (IG) favorecen el hiperinsulinismo y la formación de

tejido adiposo., concretamente si se asocian a grasas., de tal forma que dietas con bajo índice glucémico mejoran el perfil lipídico y la hemoglobina glicosilada en pacientes diabéticos (22-24). Las harinas blancas, las masas en general y muchos productos elaborados de snacks con gran contenido de grasas, tienen un alto índice glucémico (22). Del mismo modo, las preparaciones que combinan grasas y azúcares ocasionan un mayor cúmulo de grasa corporal., pues la jerarquización oxidativa favorece la oxidación del azúcar y el mayor depósito de grasa (25). Por otro lado, el gasto calórico se favorece cuando la ingesta calórica se lleva a cabo en momentos del día donde habrá eventualmente una actividad física que facilite la oxidación, por lo que lo ideal es que las comidas más calóricas se lleven a cabo en momentos del día que precedan a esa actividad física (25). Una dieta saludable debe tener en cuenta estos factores, ya que la combinación, frecuencia y horarios en que deben ser ingeridos dichos alimentos determinan diferencias en el balance energético y en el manejo metabólico de los nutrientes.

La actividad física, por otra parte debe estar a favor de lo recreacional y no someter a los niños contra su voluntad a intensos programas de deporte. En relación a los cambios en la actividad física de los niños, deben ser siempre realistas y respetar las posibilidades individuales. A nivel colectivo, la implementación de actividades aeróbicas colectivas de corta duración (15-20 min) durante los recreos, dirigidos a profesores de educación física, pueden ser efectivas y entretenidas, en relación al gasto calórico en reposo, si dichas actividades se repiten de manera periódica.

Desde el punto de vista psicológico, debe ser considerado y abordado en el tratamiento individual de la obesidad. Un trastorno a nivel psicológico puede

condicionar muchas de las conductas que tiene un niño o un adolescente en relación con la ingesta y la actividad física. Una baja autoestima, un bajo rendimiento escolar, una baja sociabilidad, son ciertos factores que pueden asociarse al aislamiento y la ansiedad., determinando de este modo una menor actividad física y por lado una mayor ingesta.

Un protocolo individual en el tratamiento de la obesidad infantil y juvenil, han de incluir los aspectos anteriormente mencionados, y el principal objetivo, ha de ser conseguir hábitos de ingesta y estilos de vida saludable, y la normalización de los trastornos metabólicos, más que la reducción del peso corporal. Dichos programas han de ser multidisciplinarios, con un equipo que incluya médicos, nutricionistas, enfermeras, psicólogos y educadores físicos. Es conveniente además integrar un personal técnico con conocimientos culinarios, que enseñen a la familia preparaciones culinarias saludables. El equipo de salud debe ser principalmente el que se encargue de apoyar y orientar al niño y por supuesto a la familia en este difícil proceso de cambio de hábitos, y no asumir el rol del que condena, priva o critica de toda posibilidad de metas realistas. Por muy complejo que pueda parecer, siempre existirá una solución para cada niño obeso al mismo tiempo que para su familia, y de eso el equipo de salud ha de estar plenamente convencido.

Un trastorno de la alimentación es una enfermedad que causa graves perturbaciones en su dieta diaria, tales como comer cantidades muy pequeñas o comer en exceso. Una persona que tiene un trastorno de la alimentación, puede haber iniciado por comer pequeñas o grandes cantidades de comida., pero en cierto momento el impulso de comer más o menos se disparó fuera de control.

Angustia severa o preocupación por la forma o el peso del cuerpo también se pueden caracterizar como un trastorno de la alimentación.

Los trastornos de la alimentación aparecen generalmente durante la adolescencia o adultez temprana, pero también se pueden suceder durante la niñez o la adultez avanzada. Los más comunes son la anorexia nerviosa, bulimia nerviosa o trastorno por atracón.

Los trastornos de la alimentación afectan tanto a hombres como mujeres. Aunque las mujeres tienen más probabilidades que los hombres de padecer estos (26).

Suelen comenzar en la adolescencia y con frecuencia se presentan con depresión, trastornos de ansiedad y abuso de drogas.

Estos trastornos pueden originar problemas en el corazón, en los riñones e incluso la muerte. Es fundamental obtener ayuda a tiempo.

Los más comunes son: anorexia nerviosa, bulimia nerviosa y trastorno por atracón.

Anorexia nerviosa

La anorexia nerviosa se caracteriza clínicamente por el rechazo a mantener el peso corporal igual o por encima del valor mínimo normal, considerando la edad y la talla. El síndrome se caracteriza por pensamientos disfuncionales respecto a la comida, el peso y la imagen corporal, los pacientes manifiestan un miedo intenso a la obesidad, alteraciones perceptivas de su propio peso, tamaño o forma corporal, rechazo al consumo de alimentos, pérdida de peso extrema debido al uso de dietas hipocalóricas o al empleo de

conductas purgativas (vómitos autoinducidos, ejercicio físico extremo, abuso de laxantes) y que exclusivizan el éxito personal y la aceptación social en el hecho de conseguir y mantener una delgadez extrema, a pesar de poner en peligro su vida (27).

Los criterios diagnósticos según el DMS-IV son:

A. Rechazo a mantener el peso corporal igual o por encima del valor mínimo normal considerando la edad y la talla (p.ej., pérdida de peso que origina un peso inferior al 85% del esperado, o no consecución del aumento de peso normal durante el período de crecimiento, dando como resultado un peso corporal inferior al 85% del esperado).

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.



D. En las mujeres postpuberales, presencia de amenorrea, por ejemplo ausencia de al menos tres ciclos menstruales consecutivos (se considera que una mujer tiene amenorrea también cuando sus menstruaciones aparecen únicamente con tratamientos hormonales, por ejemplo con la administración de estrógenos) (28).

Tipos:

- Tipo Restrictivo: Durante el episodio de anorexia nerviosa, el individuo no recurre de manera regular a atracones o purgas (por ejemplo: provocación del vómito o uso excesivo de laxantes, diuréticos o enemas).

- Tipo compulsivo-Purgativo: Durante el episodio de anorexia nerviosa, el individuo recurre de manera regular a atracones o purgas (por ejemplo: provocación del vómito o uso excesivo de laxantes, diuréticos o enemas) (28).

Bulimia Nerviosa

Es un trastorno que se caracteriza por un patrón de conducta alimentaria disfuncional, con episodios de ingesta voraz, generalmente vividos con sensación de pérdida de control, seguidos con maniobras purgativas para eliminar las calorías ingeridas. La finalidad de las purgas es evitar ganar peso, y de manera secundaria, aliviar los enormes sentimientos de culpa, ansiedad o miedo a engordar. Aparte de las alteraciones alimentarias, el síndrome presenta una constelación de alteraciones cognitivas y emocionales, además de una habitual profusión de psicopatología asociada (27).

Los criterios diagnósticos según el DMS IV:

A. Episodios recurrentes de atracones. Un atracón se caracteriza por:

- Comer en un período corto de tiempo una importante cantidad de comida, más que las que podrían comer en circunstancias similares la mayoría de personas.

- Sentimiento de pérdida de control sobre la ingesta durante el episodio (sentimiento de no poder parar de comer o de no controlar lo que se come).

B. Conductas compensatorias inadecuadas y recurrentes para prevenir la ganancia de peso, como vómitos autoinducidos, abuso de laxantes, diuréticos, enemas, u otras medicaciones, ayuno o ejercicio excesivo.



C. Frecuencia de al menos 2 atracones por semana y conductas compensatorias inapropiadas durante 3 meses.

D. Autoevaluación negativa motivada por el tipo y el peso corporal.

E. El trastorno no ocurre exclusivamente durante episodios de anorexia (28).

Tipos:

- Tipo purgativo: durante el episodio actual de bulimia, la persona presenta vómitos autoinducidos o abusa de laxantes, diuréticos o enemas.

- Tipo no purgativo: durante el episodio actual de bulimia, la persona utiliza otros mecanismos compensadores inapropiados como ayuno, ejercicio excesivo, pero no vómitos ni abuso de laxantes, diuréticos o enemas (28).

Trastorno por atracón

Se trata de un trastorno alimentario grave, en la que una persona sufre compulsiones caracterizadas por el consumo de una gran cantidad de alimentos en un corto período de tiempo, también llamado atracón. Esta compulsión está asociada a una sensación de pérdida de control sobre la ingesta, comiendo rápidamente, sin hambre y a escondida. Para aplacar la ansiedad, disminuir la angustia y olvidar los problemas (32). La comida es como un tranquilizante, un ansiolítico de corta duración, ya que a los pocos minutos la sensación de tranquilidad desaparece, y es sustituida por la culpabilidad, vergüenza y frustración, lo que a su vez incrementa la baja autoestima que el paciente ya tiene de por sí. Se ha establecido como pauta de diagnóstico de este trastorno la condición de que estos episodios se repitan al menos dos días a la semana durante un mínimo de seis meses, pero a diferencia de la bulimia nerviosa, el trastorno por atracón no tiene conductas compensatorias (32).

Los Trastornos de la conducta alimentaria, como otros trastornos mentales, poseen una etiología múltiple y un tanto incierta (poco conocida). En su etiopatogenia, según los estudios, se encuentran involucrados diversos factores biológico-genéticos, de vulnerabilidad, características psicológicas, aspectos socioculturales, y estresores. El peso específico de cada uno de ellos aún no está bien determinado (33). La afectación física de los TCA afecta a muchos sistemas del organismo de manera específica.

Las consecuencias generales de los TCA son la pérdida, ganancia o fluctuaciones de peso, intolerancia al frío, debilidad, fatiga, mareo, síncope y episodios de sudoración.

En nuestra sociedad se produce una enorme tensión causada por tres tipos de mensajes contradictorios, en relación con la estructura corporal: mensaje mediático, mensajes estéticos y mensajes gastronómicos. La abundancia de alimentos, algunos de ellos muy atractivos, junto con el “mandato” social de tener que ser delgado, para ser aceptada, crea situaciones internas muy conflictivas que conducen a personas predispuestas (la adolescencia es un período crítico) a desarrollar un trastorno del comportamiento alimentario.

En efecto la coexistencia en el mundo desarrollado de una superabundancia de alimentos muy sabrosos y de enorme densidad calórica, con un modelo dictatorial de belleza (mujeres extremadamente delgadas) crea unas tensiones a los individuos más vulnerables que pueden abocar en un trastorno del comportamiento alimentario. De hecho en EEUU el 27% de los jóvenes normoponderales y el 10% de los jóvenes varones están haciendo dieta porque no se encuentran suficientemente delgados.

Los síndromes más conocidos son la anorexia y la bulimia, aunque el especialista en nutrición que explora este campo se encuentra con que muchos de los trastornos del comportamiento alimentario son mixtos, o no se incluyen dentro de estas categorías tan precisas.

En su génesis participan múltiples factores que se pueden clasificar en predisponentes, precipitantes y de mantenimiento:

1. Factores predisponentes:

- Factores socioculturales: En la sociedad occidental actual existe un interés creciente por la salud y la dieta. Paralelamente aumenta la preocupación

por el aspecto físico y existe una importante presión social que hace que un gran número de individuos intente adaptarse a unos determinados cánones estéticos. Aquel individuo que encarna las características del modelo tiene razones para valorarse positivamente y aquellos que se apartan de él son infravalorados por los demás y tienden a padecer una baja autoestima.

- Factores familiares: Su evidencia no ha podido ser confirmado empíricamente. Es probable que la patología familiar sea una consecuencia de la presencia de la A.N en uno de sus miembros. Se ha descrito en la familia una mayor sobreexigencia y sobreprotección frente a los hijos, así como una evitación de los conflictos que dificulta su autonomía y favorece una sensación de autoexigencia y falta de control.

- Factores individuales:

- Genéticos: Su influencia es controvertida. No se ha encontrado concordancia entre padres e hijos. La prevalencia de la A.N entre hermanas de las pacientes, sin embargo es mayor que en la población general.

- Neuroendocrinos: Hoy en día la opinión más extendida es que estos trastornos son secundarios a la propia enfermedad.

- Psicológicos: En general se describe que los pacientes presentan una personalidad premórbida, en la que destacan la inestabilidad emocional, fenómenos de ansiedad y tendencia a la depresión. Es difícil determinar si estas alteraciones son previas o si son consecuencia de la propia enfermedad.

- Otros factores físicos: La obesidad o la tendencia al sobrepeso o a ciertas alteraciones corporales pueden preceder al desarrollo de la A.N

2. Factores Precipitantes:

En algunas ocasiones se pueden identificar episodios vitales adversos que precipitan el inicio de una A.N en sujetos susceptibles: pérdida de un ser querido, problemas familiares, relaciones sexuales conflictivas. Las variaciones de peso, tanto el aumento como la disminución, también pueden actuar en ese sentido. Se piensa que cuando la enfermedad se desarrolla en ausencia de factores precipitantes, esto indica una psicopatología de base más grave.

3. Factores de mantenimiento:

La propia malnutrición, las alteraciones en los neurotransmisores que controlan la ingesta, el retraso en el vaciamiento gástrico, las alteraciones en la dinámica familiar, el aislamiento social, la actividad física y las cogniciones anoréxicas pueden ser capaces de perpetuar el cuadro clínico y generar una gran resistencia al tratamiento. Para la patogénesis de la bulimia nerviosa se han propuesto varios modelos etiológicos. Estos incluyen los de adicción, familia, sociocultural, cognitivo-conductual y psicodinámico. El modelo de adicción sugiere la adicción al alimento y a la conducta. El modelo familiar se enfoca a la identificación y tratamiento de la disfunción familiar. El modelo sociocultural atribuye el desarrollo de la bulimia a presiones culturales para estar delgado. El modelo cognitivo-conductual atribuye el desarrollo de la B.N a pensamientos irracionales y creencias en torno al peso corporal, las dietas y la autoestima. El modelo psicodinámico constituye uno de los modelos etiológicos más sólidos. En él la B.N representa el intento del paciente por controlar y evitar el impacto de sentimientos penosos, impulsos y ansiedades. En la

población con B.N son comunes los trastornos concomitantes como los de talante, ansiedad, los de personalidad y el abuso de drogas.

Desde niños se nos debería ayudar a identificar las emociones. Todo el mundo experimenta cierta dificultad para expresar lo que está sintiendo, en algunos casos el problema es tan profundo que se convierte en una patología. Alexitimia. Con este nombre se conoce a la incapacidad de ser consciente de lo que se siente y poder expresarlo. Las personas que sufren alteraciones del comportamiento alimentario tienen una gran confusión sobre sus estados internos, incluidas las sensaciones de hambre y saciedad.

Quienes recurren a la comida o la rechazan como forma de compensar sus emociones, probablemente hayan aprendido desde pequeños a minimizar, negar o no mostrar ante otras personas lo que están sintiendo.

Las emociones se corresponden con cambios físicos más o menos intensos (aumento del ritmo cardíaco y presión arterial, alteraciones intestinales o estomacales), aún así a algunas personas les puede resultar difícil saber que las causa, sobre todo si se experimentan diferentes emociones a la vez o si se fluctúa de una a otra, por ejemplo de cólera a culpa.

Las emociones que generalmente acompañan a un uso inadecuado de la comida, suelen ser la tristeza, el miedo, la ansiedad, el aburrimiento y la soledad. Entre todas ellas destaca la ansiedad.

Generalmente la ansiedad es más intensa cuanto menos se conoce la causa que lo provoca. Por ello para identificarla es importante identificar la fuente de ansiedad: qué situaciones, acontecimientos la disparan y qué pensamientos ilógicos, exagerados (que generalmente auguran un enlace

catastrófico) la acompañan. Sustituir estos por otros más racionales y acordes con la realidad y aprender a relajarse son formas de enfrentarla.

También es frecuente utilizar los alimentos, cocinándolos o comiéndolos, como forma de combatir el aburrimiento. O como forma de compañía, de “llenar un vacío” relacional. Comer o dejar de hacerlo es algo que ocurre más en mujeres que en varones.

Es conveniente enseñar a los niños y adolescentes a expresar asertivamente la ira, es decir, hacerles distinguir entre la expresión espontánea y directa del resentimiento, el sarcasmo o la insinuación y fomentar el empleo de un lenguaje expresivo, sin acusaciones, violencia o ataques, utilizándolo de forma descriptiva, haciendo saber lo que siente, cuál es el problema e intentando plantear posibles soluciones.

La alarma social creada (34) contrasta con el desarrollo incipiente de la epidemiología de los TCA y la escasez de evaluaciones adecuadas de intervenciones preventivas (35). En la actualidad vamos disponiendo de una cuantificación más rigurosa de su frecuencia, y nuestro país destaca internacionalmente en publicaciones sobre la prevalencia de los TCA (36,37) hasta afirmarse que son necesarios más estudios de prevalencia en España, aunque faltan estudios de incidencia sobre muestras representativas (37,38).

La prevalencia encontrada es preocupante. En las chicas escolarizadas de 12-21 años, parece que le 4-5% padece algún un TCA (diagnosticado por psiquiatra). En varones son más escasos los estudios y la prevalencia es menor, pero puede llegar al 0,9%. Debido a problemas metodológicos de difícil solución, la prevalencia poblacional es probablemente superior a lo objetivado

(39). La prevalencia real de TCA en chicas de estas edades podría alcanzar un 6-7%. La magnitud del problema es evidente, pues está afectando en mayor o menor medida al menos a una de cada 6-10 chicas de estas edades.

Frente a la epidemiología descriptiva del problema, el desarrollo de la epidemiología analítica es menor. Hay varios estudios de casos y controles importantes, que han valorado los factores de riesgo de la anorexia (40) y la bulimia (41) y trastornos por atracones (42). Identifican el perfeccionismo, el riesgo general de enfermedad psíquica (en pacientes y familiares) y la autoevaluación negativa como determinantes de los TCA. Entre otros los problemas de alcohol y otras drogas en los padres, el poco contacto entre padres e hijos y las discusiones entre los padres aparecen como factores de riesgo de bulimia y atracones. No obstante hay limitaciones inherentes al diseño de casos y controles, ya que es posible que se de un recuerdo diferencial de los sucesos del pasado o un fenómeno de causalidad inversa al interpretar equivocadamente las consecuencias precoces de los TCA como si fuesen sus determinantes causales.

Una información más fiable (43) se obtiene con diseño de cohortes prospectivas, donde se confirma el papel de los rasgos psicológicos de vulnerabilidad (perfeccionismo (44) neuroticismo (45,46) , baja autoestima (47,48))

También está cada vez más claro el efecto de determinantes externos o ambientales (49) Entre ellos destacan las influencias familiares (incluyendo los antecedentes de TCA en familias, el estado civil de los padres y los conflictos familiares) (50,51) y las influencias que llegan a través de los medios de

comunicación (52). El bombardeo mediático que presenta la delgadez como ideal y sinónimo del éxito ha crecido de forma paralela al aumento de los TCA. Las impresiones iniciales de los clínicos que atendían a los pacientes con TCA o los datos de estudios transversales (53) se han visto confirmados en los estudios de cohortes prospectivas (36, 54). La exposición a los medios de comunicación precede a la aparición de los TCA (36); la duración total de la exposición, el tipo de revista, la clase de emisión de radio que se escucha o el tipo de programas televisivos que se ven predicen el mayor riesgo. Aunque varios estudios no encuentran asociación del riesgo de TCA con el tiempo total dedicado a ver televisión (36, 52, 53) cuando se valora el tipo de programa (telenovelas, películas, videoclips), sí se hallan una asociación positiva con correlatos de TCA, como autoinducirse el vómito, usar laxantes o la insatisfacción con el propio cuerpo (52, 54). Tratar de parecerse a modelos o actrices que se ven en estos medios duplica el riesgo de iniciar una conducta purgativa (53).

Los estudios prospectivos son escasos, el seguimiento es corto, y muchas veces no se han verificado los diagnósticos por entrevista psiquiátrica, conformándose con respuesta a un cuestionario. La identificación de los factores de riesgo es esencial antes de desarrollar estrategias preventivas efectivas. Hacen falta más estudios al respecto. Idealmente habría que reclutar a chicas menores de 12 años y hacer un seguimiento prospectivo con una valoración repetida y detallada de la exposición y del desenlace cada 1-2 años, durante un plazo de 8-10 años, minimizando las pérdidas y confirmando cada caso mediante entrevista psiquiátrica.

La homogeneidad de exposiciones ambientales generalizadas (factores ambientales que están tan difundidos que prácticamente todos están expuestos) dificulta la epidemiología analítica. Incluso asumiendo una relación causal, un estudio no encontraría ninguna asociación si fuese prácticamente nula la variabilidad de la exposición. No resulta fácil encontrar un grupo realmente “no expuesto” a los mass media con el que comparar los sujetos expuestos. Por este motivo es muy preocupante que los estudios citados hayan mencionado asociaciones significativas. A pesar de lo homogéneos que son para las adolescentes los contenidos y la duración de la exposición a los medios, y a pesar de que las medidas de exposición son un correlato imperfecto del impacto de mensajes o imágenes concretas que resaltan la delgadez como clave del éxito, es decir que el efecto sobre las adolescentes de los mensajes que transmiten los medios no es baladí y probablemente constituye un determinante fundamental de la epidemia de los TCA en nuestro medio.

Resulta llamativa la carencia de evaluaciones rigurosas sobre la prevención de los TCA. Existen pocos programas de prevención y muchos menos que hayan sido adecuadamente ensayados y evaluados.

Puede ser peligroso considerar a los TCA como “enfermedades de moda”, pues podría hacerlos atractivos para ciertos adolescentes. El riesgo de ser contraproducentes por despertar curiosidad sería análogo al que suscitan ciertos programas de prevención de la drogadicción. Una publicidad sensacionalista de intervenciones preventivas podría conducir a que el adolescente aprenda “que debe hacer para padecer un TCA” (55) (aparecería así el “orgullo anoréxico” o el chantaje a los padres. Increíblemente hay quienes promueven una libre elección de la anorexia como “un estilo de vida”: son

colectivos con páginas Web (Pro-Ana links) (56) donde incitan a convertirse en anoréxica/o y transmiten la idea de que el “enemigo” son quienes les consideran enfermos. Un TCA puede encauzar la rebeldía juvenil o ser un grito de ayuda que demanda mayor atención y cariño, o una voz de protesta ante padres y madres que han “desertado” de la vida familiar.

Puede resultar más oportuno ensayar estrategias de prevención que no hagan mención siquiera indirecta de los TCA, sino que proporcionen habilidades que ayuden a superar las características psicológicas de vulnerabilidad de los TCA: programas de refuerzo de la autoestima, que afronten el perfeccionismo y el neuroticismo, sin mencionar su relación con los TCA. Esto ayudaría a mejorar la salud mental en su conjunto, ayudando a las personas a aceptarse a sí mismas en todos los terrenos., sin centrarse exclusivamente ni dar prioridad a los aspectos corporales. Otra línea es fomentar actitudes críticas frente a la presión ambiental de publicidad, revistas, etc., siempre dando prioridad al papel de la familia y los padres (55). Las chicas que comen en solitario y las hijas de padres divorciados, separados o viudos presentan un significativo incremento del riesgo. Dejando clara las normas del hogar, los padres no deben establecer normas rígidas acerca de los aspectos alimentarios. Los consejos generales, sencillos y asequibles, como no ver la televisión durante las comidas en familia, pueden ser más efectivos que las grandes campañas publicitarias sobre la anorexia y su detección precoz. Las hijas de padres divorciados, separados o viudos serían candidatas especialmente aptas para ser incluidas en ensayos aleatorizados de prevención. El refuerzo de su autoestima, la educación en una actitud crítica frente a la presión mediática, el incremento de la comunicación con sus padres y una especial atención por

parte del médico de familia son prioritarios para estas chicas. Los padres susceptibles de vivir estas situaciones deben ser conscientes del peligro que una ruptura familiar conlleva, y en todo caso deben lograr que sus hijos no sufran en lo posible sus desavenencias. Especialmente peligrosa es la tendencia a usar los hijos en la negociación de conflictos conyugales.

Quizá no hacen falta mayores evidencias que las ya disponibles para tomar medidas que reduzcan la presión ambiental, especialmente en lo que transmiten los medios de comunicación. Resulta paradójico y poco responsable que el mismo telediario que ofrece una noticia sobre el incremento alarmante de los TCA, ofrezca a continuación imágenes de desfiles de modelos casi cadavéricas. No deberían continuar la pasividad de la administración frente a las revistas para adolescentes que en cada uno de sus números ofrecen masivamente ya desde su portada “dietas milagro” y productos adelgazantes, dirigiendo todo el interés juvenil hacia la obsesión por lo corporal para así conquistar a alguien. Aunque no existen experiencias internacionales de actuaciones administrativas efectivas en la prevención de los TCA y nadie quiere convertirse en el “gran inquisidor” frente a la libertad de expresión, por analogía con otros problemas sanitarios importantes, como el tabaquismo, sería preciso actuar sobre los determinantes ambientales con más decisión, aplicando principios de precaución. Quizá la solución pasa por respetar la libertad de expresión pero incentivando con subvenciones a las revistas juveniles con un código de conducta más responsable ya acorde con los intereses de salud pública. Esto requiere legislar con imaginación, claridad y hacer cumplir la ley de manera efectiva. De lo contrario seguiremos formulando planes teóricos e inoperantes que acaban en hermosos brindis al sol.

Prevención de los TCA

Para realizar un trabajo preventivo es necesario conocer los cambios psicológicos que tienen lugar en la pubertad y adolescencia.

La gran variedad de transformaciones que tiene lugar en la adolescencia (fisiológicos, endocrinos, morfológicos, relacionales...) ocasiona una fragilidad en el adolescente, por ello son muchos los autores que han descrito los trastornos de la alimentación, como fracaso en la superación de la adolescencia, como conflictos en el proceso de construcción de la identidad.

Así por ejemplo la anorexia nerviosa, puede ser en unos casos, la expresión de una insatisfacción general desplazada al cuerpo, una angustia frente a la sexualidad, y de ahí la necesidad de presentar un cuerpo aplanado, sin formas, o intento fallido de separarse de los padres, de lograr una individuación o de todo lo contrario, la necesidad de retener a la madre haciendo que ésta se preocupe por la alimentación.

Los factores familiares hacen referencia a determinadas características comunes en las familias de muchas personas que presentan dichos trastornos.

- Escasa comunicación entre los miembros de la familia.
- Incapacidad para la resolución de conflictos.
- Sobreprotección de los padres.
- Familias para las que la imagen externa es de gran importancia.
- Expectativas demasiado altas del padre y de la madre respecto a sus hijas e hijos.

- Historias familiares que incluyen depresión y alcoholismo.
- Antecedentes de anorexia y bulimia en hermanos y hermanas.
- Haber sufrido abuso sexual o malos tratos.

De este modo podemos decir que resulta más probable que se inicie un problema de anorexia en familias que tienen dificultad para comunicarse y que no saben solucionar los conflictos de forma adecuada, sino a través de la angustia, la pasividad o las culpabilizaciones mutuas.

Cuando no se facilita la expresión de los sentimientos, sobre todo los negativos, se favorece que los hijos e hijas los expresen de formas menos sanas e indirectas, como a través de la comida. Cuando no hemos podido expresar los sentimientos, ocurre que dejamos de identificarlos o llegamos a tener una gran confusión con respecto a lo que sentimos. Puede ocurrir que no se establezcan normas y límites adecuados a la edad de los hijos, o bien que sean tan excesivos que no permiten la autonomía necesaria para su maduración. De este modo se creará una gran confusión en la familia, y se dan normas contradictorias o cuando el padre y la madre se desautorizan mutuamente.

Objetivos específicos (0-12 años):

- Ayudar a conseguir un mayor autoconocimiento y fomentar la elección de modelos positivos más acordes con sus posibilidades físicas y emocionales.
- Tomar conciencia de la propia imagen corporal y favorecer su aceptación, así como respetar las diferencias físicas sin ningún tipo de discriminación.

- Identificar las emociones y sentimientos relacionados con la alimentación.

- Reconocer las propias preferencias alimentarias y aumentar la responsabilidad de alimentarse autónomamente.

Objetivos específicos (12-16 años):

- Relacionar la autoestima y la autoaceptación corporal con los modelos alimentarios.

- Tomar conciencia de “los usos” de la alimentación en diferentes situaciones: calmar la ansiedad, compensar la frustración, consuelo, desahago, refugio, soportar el aburrimiento, etc

- Identificar incentivos ligados a su actual comportamiento alimentario y desarrollar hábitos de autocontrol para combatir las presiones sociales.

- Valorar positivamente el propio cuerpo y reconocer las distintas posibilidades que ofrece, no sólo las estéticas.

En el ámbito de los trastornos de la conducta alimentaria, para una intervención preventiva eficaz, es necesario actuar sobre los factores etiopatogénicos (predisponentes, desencadenantes o de mantenimiento) susceptibles de ser modificados. Clásicamente los programas preventivos se han venido desarrollando en tres niveles:

Prevención Primaria

Los profesionales de la salud pueden hacerla a través de ayudar a los adolescentes y/o sus familias a conseguir una nutrición y actividad física saludables, una autoestima positiva y evitar dar excesiva importancia al peso y a la figura (57), también facilitando para que adquieran habilidades para manejar los mensajes de comunicación que favorecen los TCA y evitando que accedan a los sitios “proana” y “promia” que glorifican estas patologías como un estilo de vida (58).

Neumark Sztaine entrega a estos profesionales cinco recomendaciones para la prevención conjunta de la obesidad y los TCA, basadas en evidencia científica: Estas son:

- Informe a los adolescentes que hacer dieta y en especial utilizar conductas no saludables de control de peso, puede resultar contraproducente. Desaliente las dietas no saludables; en cambio aliente y apoye las conductas positivas de alimentación y actividad física que pueden mantenerse de manera regular.

- Promueva una imagen corporal positiva en todas las jóvenes. No utilice la insatisfacción corporal para motivar el cambio, sino que ayude a los adolescentes a cuidar su cuerpo de manera que quieran nutrirlo a través de una alimentación saludable, la actividad y verbalizaciones positivas consigo mismas.

- Fomente que las familias tengan comidas conjuntas placenteras y de manera regular.

- Anime a las familias a que eviten hablar acerca del peso y hagan más en sus hogares para facilitar una alimentación saludable y la actividad física, de modo de ayudar a las jóvenes a alcanzar un peso saludable.

- Asuma que las adolescentes con sobrepeso han sufrido maltrato por su peso y aborde este tema con ellas y sus familias.

Por último en la prevención primaria de los TCA también son relevantes las actitudes y conductas de los profesionales de la salud durante las intervenciones educativas y/o el manejo nutricional de los pacientes. Si bien por un lado es algo realmente evidente que la situación epidemiológica de la obesidad es especialmente relevante, no hay que olvidar que los TCA cada vez van más en aumento, evitando facilitar la aparición de los segundos al intentar combatir los primeros. Resulta de este modo beneficioso que en lugar de ofrecer un discurso rígido que promueva una alimentación “perfecta” y el excesivo ejercicio físico como alternativas de manejo del peso corporal, se establezca un discurso moderado, que incentive más bien una alimentación y actividad física saludable y flexibles, al mismo tiempo que desalentar las dietas agresivas. También se deben evitar llevar a cabo comentarios que puedan favorecer el desarrollo de un TCA en pacientes susceptibles. (como puede ser: “ tu peso está 2 kg por encima del promedio”, lo que puede dar lugar a pensar “estás gorda”).

Familias

Puede transcurrir mucho tiempo antes de que los padres se den cuenta de que un trastorno de alimentación puede ser muy grave y esto dificultar y retrasar la recuperación. Por ello será importante ayudar a las familias a mejorar

su comunicación. Un ambiente familiar que favorezca la comunicación y la expresión de sentimientos y afectos es la mejor vacuna contra un trastorno de la alimentación. Hablar de forma sincera y franca comporta muchas ventajas. La familia ha de prestar atención a las preocupaciones que por el peso manifiesta su hija, su miedo a engordar, y las quejas continuas sobre su aspecto físico, intentando escuchar sin apresurarse a quitar importancia a sus comentarios, habrá que valorar hasta qué punto esto les hace sentirse mal e intentar descubrir que factores están provocando estas emociones.

Profesorado

Los educadores tienen la función de promover en el alumnado la formación de un juicio crítico ante las imposiciones sociales, enseñarles a valorar su propio cuerpo y todas las posibilidades que éste les ofrece.

Conceptos a trabajar:

1. Autoestima

El ser humano es capaz de reconocerse a sí mismo, atribuirse una identidad y valorarse. La autoestima, es por tanto la valoración que cada persona hace de sí misma. Tener una adecuada autoestima es fundamental para la salud psíquica y social.

En las primeras etapas de la vida, los mensajes que recibimos de los otros nos llegan a través del cuerpo, fundamentalmente a través de cómo somos alimentados, cogidos, acariciados y cuidados. A estos mensajes poco a poco, se les van sumando los provenientes del lenguaje verbal, como nos hablan, las palabras que utilizan para referirse a nosotros y también lo que creemos que

perciben y esperan de nosotros los demás. En la adolescencia puede darse una disminución importante de la autoestima debido a las transformaciones que se producen y a la rapidez de éstas. Estos cambios fisiológicos, endocrinos, de personalidad, de relaciones, etc, hacen que las adolescentes tengan una autoestima más frágil.

2. La imagen corporal

Valorar nuestro propio cuerpo, conocerlo y cuidarlo es imprescindible para mantener la salud y para adquirir una identidad positiva como mujer o como hombre. En la formación del esquema corporal intervienen diversos factores: nuestros pensamientos, ideales, estado de ánimo, lo que nos transmiten otras personas y las presiones de tipo sociocultural como la moda.

3. Las condiciones socioculturales

La moda, los medios de comunicación, la publicidad y muchos otros factores socioculturales, contribuyen a que la delgadez corporal se asocie a prestigio social, autoestima alta, belleza, elegancia, aceptación social, estar en forma, búsqueda de perfección y juventud. Esta sistemática asociación es lo que ha hecho que la delgadez se convierta en un fin en sí misma, en un valor.

La presión por adelgazar se ejerce mayoritariamente sobre las mujeres y se impone a través de:

- Los medios de comunicación social: que hacen posible que el mensaje de la delgadez como ideal de belleza llegue a millones de mujeres y hombres a través del cine, televisión, fotografías en revistas, miles de artículos y reportajes sobre métodos y dietas de adelgazamiento, publicidad (de cada

cuatro anuncios dirigidos a mujeres uno invita directa o indirectamente a perder peso o a hacer deseable un peso bajo).

- La moda de vestir: presentada por modelos de dimensiones corporales reducidas, casi esqueléticas y la dificultad de encontrar tallas más grandes; como si el cuerpo fuese quien tuviera que adaptarse a la moda.

- Los intereses económicos y la gran presión ejercida por los laboratorios e industrias dedicadas a la fabricación de productos para adelgazar y de productos light.

- La transmisión oral de dietas y el gran número de horas que dedicamos a hablar de la gordura o de la delgadez en los distintos grupos o colectividades a los que pertenecemos: familia, amigos, compañeros...

- La exigencia de una imagen determinada para desarrollar ciertos puestos de trabajo hace que algunas personas se exijan el cumplimiento del ideal de belleza para que su promoción profesional sea factible.

- La difusión de estar en forma como sinónimo de agilidad, delgadez, juventud, etc., asociado con frecuencia a la práctica de ejercicio físico más o menos compulsivo y a dietas restrictivas. El ejercicio físico deja de ser una forma de disfrutar con el movimiento para convertirse en una lucha por conseguir el cuerpo ideal.

- La práctica de la danza y de ciertas actividades deportivas como gimnasia femenina, natación, patinaje y carreras de fondo, en las que la posesión de un cuerpo delgado se ha ido introduciendo y ligando poco a poco al

concepto de rendimiento. Quienes practican este tipo de deportes tienen mayores riesgos de padecer un trastorno de la alimentación.

- Escuela

Desempeña un importante papel, puesto que constituye el lugar ideal para la identificación de los individuos que están en situación de sufrir trastornos del comportamiento alimentario mediante test de screening (EAT, BITE, EDI, etc) y es ámbito excelente para establecer programas de educación alimentaria. Resulta especialmente relevante la asignatura de educación física tanto para fomentar actitudes sanas respecto al deporte (adquirir hábito regular en la práctica de ejercicio físico moderado, disfrutar de ello y de sus consecuencias beneficiosas) como para corregir las actitudes incorrectas.

- En Atención Primaria

Es común que las potenciales pacientes o sus madres realicen consultas a atención primaria demandando regímenes alimentarios, laxantes o fármacos anorexígenos. Otras veces se detectan en la consulta conductas de riesgo, como tendencia al aislamiento, irritabilidad, insomnio, sobre-exigencia física (atletismo, ballet) o situaciones de crisis como conflictos conyugales o parentales. En estos casos una intervención precoz y adecuada por parte del médico de familia identificando a los sujetos en riesgo y fomentando la educación sanitaria en las conductas alimentarias constituye siempre una prevención primaria eficaz.

Prevención secundaria

Los clínicos pueden llevar a cabo prevención secundaria de los TCA en el contexto de su labor, estableciendo la pesquisa precoz de estas enfermedades mediante screening en aquellas pacientes de riesgo. Este diagnóstico precoz resulta de enorme importancia, pues es uno de los determinantes del pronóstico de estas patologías, que mejora significativamente si son diagnosticadas y tratadas en forma temprana (57,58,)

Así entonces deben realizarse screening de TCA en el control de Salud anual de todo adolescente, monitorizando peso, talla e IMC longitudinalmente y prestando una atención cuidadosa a los signos y síntomas de un potencial de TCA (57). Tienen que hacerlo también en el examen previo a la participación deportiva y en todas aquellas jóvenes que tengan factores de riesgo, tales como baja autoestima, insatisfacción con la imagen corporal, obesidad en la infancia, antecedentes de dietas severas o frecuentes, saltarse comidas de manera habitual o ejercicio compulsivo, historia de burlas en relación al peso, rasgos perfeccionistas de personalidad, práctica de modelaje, ballet, gimnasia u otros deportes que exigen un cuerpo delgado; antecedentes familiares de TCA u obesidad y/o parientes de primer grado con trastornos afectivos u alcoholismo/uso de drogas, entre otros (58,59).

Especial atención merecen aquellas jóvenes cuyas consultas son motivadas por el peso, la figura y/o la alimentación, pueden poseer en un riesgo significativamente mayor, presentar un TCA (60). Por este motivo, los profesionales de la salud que trabajan en el área de la nutrición deben manejar un alto índice de sospecha de esta patología dentro de su labor clínica. Del

mismo modo, deben hacerlo el resto de profesionales a quienes tienden a consultar dichas pacientes, entre ellos: médicos pediatras, generales y de familia, internistas, ginecólogos, endocrinos, psiquiatras y psicólogos).

Cualquier evidencia de preocupación excesiva por el peso, dietas inapropiadas, variaciones significativas del peso, amenorrea primaria o secundaria, y falta de incremento adecuado del peso o talla (si corresponde) debe alertarlos e ir seguida de una cuidadosa evaluación de posibilidad de un TCA y un control estrecho hasta que la situación se aclare (56).

La Academia para los Trastornos de la Conducta Alimentaria (EE.UU), recomienda que para la detección precoz de los TCA se considere evaluar a aquellas adolescentes que presentan cualquiera de las siguientes condiciones (61):

- Pérdida o ganancia de peso abruptas.
- Disminución de peso o falta de incremento esperado de peso/talla en una joven que está aún creciendo y desarrollándose.
- Fluctuaciones de peso sustanciales.
- Alteraciones electrolíticas (con o sin cambios al EGC), especialmente hipokalemia, hipocloremia, o CO₂ elevado. Un CO₂ normal alto en presencia de cloro normal bajo y/o ph urinario de 8.0-8.5 pueden ser indicativos e vómitos recurrentes.
- Bradicardia.
- Amenorrea o irregularidades menstruales.

- Ejercicio excesivo o entrenamiento físico extremo.
- Constipación en el contexto de dietas inapropiadas u otras conductas inadecuadas para bajar el peso.
- Historia de haber utilizado una o más conductas compensatorias para el manejo del peso después de haber comido, percibido sobreingesta o tenido un atracón, tales como vómitos inducidos, dieta, ayuno o ejercicio excesivo.
- Historia de uso/abuso de anorexígenos; exceso de cafeína; diuréticos; laxantes; enemas; exceso de líquidos calientes o fríos, endulzantes artificiales y chicles sin azúcar; medicamentos (insulina, hormonas tiroideas); psicoestimulantes; drogas; o una variedad de suplementos complementarios y alternativos.

Por último, cualquier joven en la que otro profesional de la salud, un padre, amistad, profesor u otro adulto sospeche de un TCA, merece atención y seguimiento cercano, ya que como se señaló con anterioridad, el riesgo de que tenga realmente un TCA es alto.

Prevención Terciaria

Su objetivo es ofrecer a las pacientes crónicas y refractarias al tratamiento la posibilidad de abordaje de sus graves síntomas y complicaciones. Los Trastornos de comportamiento alimentario constituyen la tercera enfermedad crónica que afecta a mujeres jóvenes. En la prevención de la recaídas, se ha propuesto instruir a la familia para identificar el reinicio de las actitudes anómalas, el tratamiento psicofarmacológico de mantenimiento y las

medidas de reinserción social, en las que el asociacionismo familiar y estructuras asistenciales como las unidades de día juegan un importante papel.

Propuesta de Intervención

Los objetivos del programa propuesto son los siguientes:

Objetivo general: prevenir los trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes mediante la promoción de un pensamiento crítico ante el ideal de belleza impuesto por la sociedad.

Objetivos específicos:

- Proporcionar conocimientos sobre nutrición y aprender hábitos de alimentación saludables.
- Mejorar el autoconcepto.
- Tomar conciencia de las cualidades de uno mismo.
- Hacer una autovaloración positiva de uno mismo.
- Fomentar un juicio crítico del modelo estético.
- Aportar información sobre los Trastornos de la Conducta Alimentaria y los diferentes tipos.
- Reflexionar sobre las diferencias de los ideales de belleza en diferentes culturas y los cambios en la misma cultura a lo largo del tiempo.
- Aprender a realizar actividad física de forma adecuada y saludable.
- Reflexionar

Programa “ME GUSTA COMO SOY”

El programa “ME GUSTA COMO SOY” propone prevenir los Trastornos de la Conducta Alimentaria mediante el desarrollo de varias sesiones en las que se tratarán diferentes temas como son la autoestima, las habilidades sociales, el ideal de belleza en la sociedad, los medios de comunicación, cómo llevar una vida saludable, etc.,. Los cuales influyen en el origen de estos trastornos. Este programa va dirigido a adolescentes pertenecientes a diferentes institutos de la provincia de Alicante de entre 12 y 18 años, ya que éste es el rango de edad en el que más probabilidades tienen de originarse los TCA.

El programa se va a dirigir en diez sesiones entre 1 hora y 2 horas de duración. Se llevará a cabo los martes a las 10:00 horas durante diez semanas y se impartirá en el instituto donde se lleve a cabo el programa. En cada una de las sesiones se tratarán temas diferentes y se harán actividades. Los temas y las actividades de las sesiones que están relacionadas con los factores de riesgo de los TCA.

Sesión 1: ¡Empezamos! Presentación del programa.

Objetivo: Aportar información sobre la etapa de la adolescencia y sus dificultades.

Sesión 2: ¡Un poco de cultura! Ideal de belleza a lo largo del tiempo.

Objetivos:

- Reflexionar sobre las diferencias de los ideales de belleza en diferentes culturas y los cambios en la misma cultura a lo largo del tiempo.

- Fomentar un juicio crítico del modelo estético.

Sesión 3: ¡Analicemos la publicidad! Criticando la publicidad.

Objetivos:

- Aprender a ser críticos ante los mensajes de los medios de comunicación.
- Reflexionar acerca de la asociación éxito-belleza.
- Analizar la manipulación de la imagen de la mujer en la publicidad.
- Aceptar la propia imagen corporal.

Sesión 4: ¡Llevemos una vida saludable! Taller de alimentación saludable y actividad física saludable.

Objetivos:

- Proporcionar conocimientos sobre nutrición y aprender hábitos de alimentación saludables.
- Aprender a realizar actividad física adecuada y saludable.

Sesión 5: ¡Charla para padres! Educando a padres.

Objetivos:

- Aportar información sobre los Trastornos de la Conducta Alimentaria y los diferentes tipos.
- Reflexionar acerca del comportamiento con los hijos.

Sesión 6: ¡Siluetas corporales! Taller de debate sobre la silueta ideal.

Objetivos:

- Conocer los puntos de vista de ambos sexos en cuanto a la silueta corporal ideal.
- Reflexionar acerca de la percepción propia de la silueta corporal ideal.

Sesión 7: ¡Valórate! Taller de autoestima y autoconcepto.

Objetivos:

- Mejorar el autoconcepto.
- Aumentar el nivel de autoestima.
- Tomar conciencia de las cualidades de uno mismo.
- Hacer una autovaloración positiva de uno mismo.

Sesión 8: ¿Qué sentimos? Taller de habilidades sociales y asertividad.

Objetivos:

- Adquirir, mantener y aumentar relaciones sociales saludables.
- Conocer y disponer estrategias en habilidades sociales.

Sesión 9: ¡Redes sociales! Hablando de las redes sociales.

- Concienciar de la cantidad de gente que está en contra de los TCA.

Sesión 10: ¡Nos despedimos! Despedida del programa.

Objetivos:

- Conocer el grado en el que se han producido cambios en la forma de pensar sobre la belleza e imagen corporal.
- Evaluar los conocimientos adquiridos tras la realización del programa.

Análisis de los Resultados

Actualmente hay muchos programas de prevención para los Trastornos de la Conducta Alimentaria. Esto es debido a que se ha incrementado el número de casos que padecen estos trastornos en las últimas décadas. A pesar del aumento de estos programas, considero que es necesario desarrollar programas de prevención más rigurosos en los adolescentes sobre todo en el medio escolar. Hemos de tener en cuenta que la prevención primaria es muy conveniente para evitar la aparición de los TCA en adolescentes, y debe realizarse controlando las causas de su origen y la exposición a factores de riesgo.

Del programa analizado se podrían obtener buenos resultados, ya que se tratan muchos temas relacionados con los factores de riesgo. También se tratan cuestiones, que según los profesionales, por medio de un cuestionario, son más importantes y relevantes a la hora de llevar a cabo una prevención.

Por otro lado, se añade una sesión en la que se trata un tema muy novedoso e importante en la actualidad como son las redes sociales, debido a que hoy en día los jóvenes en nuestra sociedad viven rodeados de ellas. Cabe destacar que las redes sociales fomentan mucho el origen de los TCA, y realizar una de las sesiones del programa en torno a este tema puede resultar positivo

para ayudarles a conocer otro tipo de cuentas que no fomenten estos trastornos y están en contra de éstos.

También se analiza el tema de la cultura, algo de lo que la mayoría de los adolescentes no están muy informados, y no conocen cómo ha evolucionado el ideal de belleza y el tema de la actividad física saludable, ya que esto resulta tan importante como educarles en base a una alimentación saludable. Se tratan temas como la alimentación y nutrición saludable, pero la actividad física resulta un tema que no se analiza mucho, y puesto que resulta un factor de riesgo el realizar ejercicio físico de manera inadecuada, considero que debería formar parte de todos los programas de prevención de los TCA, junto a la alimentación saludable.

Por otra parte, se trata de un programa muy dinámico, con actividades en las que todos los adolescentes pueden participar. El concepto de que una persona puede trabajar algo de manera práctica ayuda al aprendizaje de actitudes y pensamientos. Los debates y las reflexiones que se hacen entre todos, es una buena forma de escuchar todas las opiniones y los diferentes puntos de vista que tiene cada uno acerca de un tema concreto. Este es otro de los motivos por los que el programa daría buenos resultados, por el hecho de realizar actividades lúdicas y entretenidas. Los programas basados únicamente en dar información obtienen peores resultados, porque la mejor forma de aprender y cambiar es con la práctica, no con la teoría. Lo más importante en los programas de prevención es provocar cambios de actitud y pensamiento, por lo que dotar simplemente de conocimientos sobre los TCA y todos los temas relacionados con éstos no va a lograr que se den estos cambios.

Por otro lado, se considera que es bueno que se lleve a cabo una prevención tanto en hombres como en mujeres, y en el caso de los hombres se habla muy poco sobre prevención. Esto se debe a que en los hombres resulta más baja la incidencia de estos trastornos. Sin embargo también existen casos de TCA en hombres, por lo que no deberían descuidarse a la hora de llevar a cabo programas de prevención.

En nuestro país, también se han elaborado varias estrategias con el objetivo de luchar contra la epidemia de la obesidad. Para ello, en el año 2005, el Ministerio de Sanidad y Consumo junto con la Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición (AESAN) elaboraron la “Estrategia para la nutrición, la actividad física y la prevención de la obesidad” (Estrategia NAOS) con el fin de fomentar una alimentación saludable y promover la actividad física. Por otra parte, durante el curso 2007/08, con la colaboración del Ministerio de Educación y Ciencia, se puso en marcha el “Programa PERSEO” (Programa piloto escolar de referencia para la salud y el ejercicio, contra la obesidad) con el objetivo de enseñar a los escolares las características de una alimentación saludable, habituándoles a su consumo a través de los menús escolares, y estimular la práctica de deporte y actividad física. La eficacia de dichas estrategias fue evaluada por medio de un estudio llevado a cabo en escolares de la ciudad de Soria, por medio de la cual se comparaba la adhesión a una dieta saludable entre dos grupos de niños, uno antes de ejecutar las intervenciones y otro después, demostrándose que la aplicación de dichas acciones son una herramienta útil para promocionar buenos hábitos alimentarios, y por tanto, para prevenir la obesidad infantil.

Todas dichas estrategias se encuentran encaminadas a la prevención de la obesidad infantil, la cual se define como el conjunto de medidas destinadas a evitar la aparición de la enfermedad, detener su avance y atenuar sus consecuencias una vez instaurada.

DISCUSIÓN

La obesidad es una enfermedad con alta prevalencia en la sociedad contemporánea, con efectos graves a largo plazo en el estado de salud del enfermo, y además de difícil tratamiento. Resulta un reto de primera categoría para la salud pública y para la atención primaria, ya que las estrategias de intervención hasta ahora están fracasando.

Las enfermedades cardiovasculares son cada vez más conocidas, así como los factores de riesgo que las desencadenan, especialmente la obesidad. Esta última tiene un origen multifactorial, que abarca factores socioeconómicos y estilo de vida.

El personal enfermero puede intervenir en la prevención, la detección precoz y el seguimiento de la obesidad mediante estrategias de abordaje continuas en la población infantil. Ello permitirá conseguir resultados positivos, no sólo a corto plazo, sino más duraderos a largo plazo. Los padres desempeñan un papel fundamental en la rutina de vida que lleva el niño, por lo que es importante que estén incluidos en un programa de este tipo.

Al tratar con pacientes con obesidad resulta necesario recurrir a un modelo integral y multidisciplinario para lograr un mejor entendimiento y tratamiento de su padecimiento. Es la conducta alimentaria un importante canal de conocimiento, ya que nos explica el manejo de sus sensaciones físicas y

afectos que impactan en sus hábitos, costumbres; y que junto a los mitos y creencias que se manejan en su entorno logran impactar en la imagen no solo de su imagen corporal y en el desarrollo de su autoestima, sino en el concepto que tienen de su salud y bienestar.

Una vez realizada esta revisión se pueden extraer las siguientes conclusiones:

1. La obesidad infantil que afecta a la población de 0-17 años, constituye actualmente uno de los problemas más preocupantes por su enorme crecimiento a nivel mundial.

2. La prevención de la obesidad infantil se debe realizar desde los tres niveles básicos de prevención, con el objetivo de disminuir su prevalencia.

3. La prevención primaria es la principal arma para combatir el incremento de la obesidad infantil, ya que su tratamiento es muy complicado y muchas veces tiende al fracaso. Ésta se basa en una dieta sana, equilibrada y variada y la práctica diaria de actividad física. Éstos deben ser incentivados desde todas las áreas de la sociedad que se encuentran en el entorno del niño y el adolescente (familiar, comunitario, escolar sanitario y empresarial).

4. El papel de los profesionales sanitarios, especialmente los enfermeros, es fundamental en los tres niveles de prevención de la obesidad infantil, ya que se encuentran con frecuencia en contacto directo con este colectivo, pudiendo proporcionarles una educación sobre hábitos alimentarios y estilo de vida saludables, detectar y seguir niños con riesgo de esta enfermedad y tratar a aquellos con obesidad, para evitar la aparición de futuras complicaciones.

Las alteraciones de la conducta alimentaria y el estado de ánimo son los dos aspectos psicológicos que tienen que ser considerados en la evaluación del paciente obeso, ya que ayuda a identificar las limitantes del tratamiento, así como su probable etiología. Es la evaluación de la adherencia y la motivación a cambiar del paciente, lo que nos ayudará a evitar mayor número de deserciones en los tratamientos y lo que fomentará la disminución de un problema que se puede considerar psicosocial como es la obesidad.

Los TCA y su relación con la actual sociedad de consumo, conforman uno de los más importantes ejemplos de la existencia de fricciones de los distintos intereses sociales: la salud, la belleza, y los intereses productivos y publicitarios. Es en la infancia, a través de la educación donde se puede afrontar el reto de educar en el consumo consciente y responsable del individuo. En muchos casos los TCA son desarrollados por personas que imitan patrones estéticos imperantes en la sociedad de consumo. Los TCA requieren un cuidadoso tratamiento multidisciplinario que debe iniciarse lo antes posible para evitar posibles complicaciones futuras. Cada plan de tratamiento debe ser individualizado. Existe unanimidad en el papel de la prevención como un pilar fundamental en el abordaje del tratamiento de los TCA.

Para concluir podemos apuntar que pese a la información que posee la población general sobre los Trastornos de la 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 la 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 de continuidad en 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, hace que las acciones preventivas realizadas hasta el momento muestren escasa eficacia.

Finalmente resulta conveniente dar una pincelada sobre posibles consejos útiles para los profesionales sobre cómo prevenir los Trastornos de la Conducta Alimentaria:

1. Dirigirse a la población de mayor riesgo, las chicas de unos 12 años, justo antes de que desarrollen estos trastornos, aunque como hemos visto, cada vez tienen una aparición más temprana. Asimismo habría que elaborar mensajes para otros segmentos de la población como los chicos adolescentes y los adultos que cuentan con menor visibilidad, pero entre los que está apareciendo un incremento de los casos.

2. Romper radicalmente con la asociación entre la delgadez y el éxito. Para ello se podría pensar en elegir una chica corriente, no delgada para protagonizar el anuncio o en focalizar la atención en otros elementos sin personalizar (La primera campaña del Ministerio “come bien, para vivir mejor” en 1998, estaba construida en este sentido). Con el objetivo de conseguir esta disociación fundamental entre la apariencia y los logros personales, hay que intentar demostrar el ideal de belleza impuesto o evidenciar lo lejos que éste se encuentra de la mayoría. Se pueden relacionar características o situaciones positivas con unos cánones de belleza diversos que pueden tener más kilos.

3. No mostrar directamente los síntomas de los trastornos del comportamiento alimentario (TCA) porque se podría provocar el efecto rebote, haciendo populares sin querer los trastornos y dando pistas a las personas que están en una fase inicial (se desaconseja que desaparezcan las prácticas purgativas de los vómitos, por ejemplo).

4. No recoger casos extremos con los que es difícil que se identifique la población sobre la que se desea realizar la prevención. Además es aconsejable evitar el dramatismo y el victimismo que sólo mueven a la compasión (la performance de bajada a los infiernos para después salir que se realiza en estos casos).

5. Darle protagonismo a las conductas concretas, por ejemplo a las extendidas dietas y exponer las consecuencias de unas malas prácticas alimentarias: cansancio, irritabilidad, aislamiento, etc. Esta ha sido la estrategia seguida por las campañas de tráfico: enseñar conductas concretas y cercanas que generan efectos concretos.

6. Visibilizar la bulimia nerviosa, más ignorada por los medios y con menos aceptación social, aunque según las asociaciones, tratan bastante más casos de este trastorno que la anorexia puramente restrictiva.

7. Desacreditar los mitos sobre lo que engorda y no engorda.

8. Incidir en las variables protectoras, como la importancia de una alimentación adecuada, los hábitos de una vida saludable, la autoestima, y la valoración de la propia imagen.

9. No responsabilizar individualmente de los trastornos a las personas que los sufren o puedan sufrirlos. Evitar valoraciones culpabilizadoras.

10. Prolongar las campañas en el tiempo para darles cierta continuidad.

11. Consular a las fuentes y voces autorizadas sobre el tema: las asociaciones de familiares y apoyo, psicólogos, especialistas en nutrición y analistas de medios.

En definitiva, la investigación ha detectado factores de riesgo comunes a los PRAP, ya se han desarrollado algunos programas de prevención destinados a cubrirlos y crece el interés por esta nueva aproximación integrada a la prevención de estos problemas. La prevención de la obesidad de base comunitaria y ambiental está adquiriendo una gran dimensión con la implementación de programas y creación de redes a escala nacional e internacional. Sin duda son necesarias acciones de este tipo para promover cambios saludables en los estilos de vida de nuestra sociedad, pero también lo es procurar que estos cambios no promuevan inadvertidamente las alteraciones alimentarias o perpetúen la estigmatización de la obesidad. Por ello es el momento de conseguir que los futuros programas de prevención de la obesidad y los TCA tengan en cuenta los beneficios que podrían derivarse de la prevención integrada, valorando la posibilidad de modificar sus estrategias y de introducir componentes adicionales que contribuyan a potenciar unos estilos de vida saludables, pero también una imagen corporal positiva, la aceptación de la diversidad de tallas corporales, la reducción de las burlas relacionadas con el

peso y la apariencia, el estigma asociado a la obesidad y las conductas no saludables de control de peso.

REFERENCIAS

1. Osorio J, Weisstaub G, Castillo C. Development of feeding behaviour in childhood and its alterations. *Rev. Chil. Nutr*; 29(3): 280-285
2. Saldaña C, directora y coordinadora. *Detección y prevención en el aula de los problemas del adolescente*. Madrid: Pirámide; 2001
3. Fairburn, C. G., Welch, S. L., Doll, H. A., Davies, B. A. y O'Connor, M. E. (1997). Risk factors for bulimia nervosa: a community-based case control study. *Archives of General Psychiatry*, 54(6), 509–517.
4. Day, J., Ternouth, A. y Collier, D. A. (2009). Eating disorders and obesity: two sides of the same coin? *Epidemiologia e Psichiatria Sociale*, 18, 96-100.
5. Neumark-Sztainer, D. (2003). Obesity and eating disorder prevention: An integrated approach? *Adolescent Medicine*, 14(1), 159-173.
6. O'Dea, J. A. (2005). Prevention of child obesity: “first, do no harm”. *Health Education Research*, 20(2), 259-265.
7. Striegel-Moore, R. H. (2001). The impact of pediatric obesity treatment on eating behavior and psychologic adjustment. *The Journal of Pediatrics*, 139, 13–14.
8. Schwartz, M. B. y Henderson, K. E. (2009). Does obesity prevention cause eating disorders? *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 48, 784-786

9. Carter, F. A. y Bulik, C. M. (2008). Childhood obesity prevention programs: How do they affect eating pathology and other psychological measures? *Psychosomatic Medicine*, 70, 363–371.1
10. Irving, L. M. y Neumark-Sztainer, D. (2002). Integrating the prevention of eating disorders and obesity: Feasible or futile? *Preventive Medicine*, 34, 299-309.
11. Almeida OP, Calver J, Jamrozik K, Hankey GJ, Flicker L. Obesity and metabolic syndrome increase the risk of incident depression in older men: the health in men study. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2009;17:889-98
12. Fairburn CG, Doll HA, Welch SL, Hay PJ, Davies BA, O'Connor. Risk factors for binge eating disorder. A community based case-control study. *Arch Gen Psychiatry*. 1998;55:425-32.
13. Salas-Salvadó J, Rubio MA, Barbany M, Moreno B. Consenso SEEDO 2007 para la evaluación del sobrepeso y la obesidad y el establecimiento de criterios de intervención terapéutica. *Med Clin (Barc)*. 2007;128:184-96.
14. Marques I, Russolillo G, Lopes-Rosado E, Bressan J, Baladia E. Dietas de adelgazamiento. *Rev Esp Nutr Comunitaria*. 2008;14:163-71.
15. Bray GA. Behavioral strategies in the treatment of obesity. En: PiSaunyer FX, Mulder JE, editores. *UpToDate* [actualizado 8 Jul 2009; citado Sep 2009].
16. Ortega Anta MR, Aparicio Vizquete A, Lopez Sobaler AM. Educación nutricional. En: Gil Hernández A, editor. *Tratado de nutrición*. Madrid: 2005. p. 514-54.

17. Acharya SD, Okan OU, Sereika SM, Music E, Styn MA, Warziski Turk M, et al. Adherence to a behavioural weight loss treatment program enhances weight loss and improvements in biomarkers. *Patient Preference and Adherence*. 2009;3:151-60.
18. Rubio MA. Adelgazar en compañía. *Rev Esp Obes*. 2009;7:7-9.37.
19. Gokee-LaRose J, Gorin AA, Wing RR. Behavioural self-regulation for weight loss in young adults: a randomized controlled trial. *Int J Behav Nutr Phys Activity*. 2009;6.
20. Barlow Se, Dietz Wh. Obesity evaluation and treatment: Expert Committee recommendations. *Pediatrics* 1998; 102: 29.
21. Díaz E, Galgani j. Aspectos metabólicos y dietarios involucrados en la etiología de la obesidad de mujeres chilenas. *Rev Méd Chil* 1999. En prensa
22. Brand Mj. International tables of glyceimic index. *Am J Clin Nutr* 1995; 62: 871-93.
23. Wolever Tms, Jenkins dja, Jenkins Al, Josse Rg. The glyceimic index: methodology and clinical implications. *Am J Clin Nutr* 1991; 54: 846-54
24. Brand Miller Jc. Importance of glicemic index in diabetes. *Am J Clin Nutr* 1994; 59: 747s-752s.
25. Factors influencing the development of overweight and obesity. En *Obesity. Preventing and mananging the global epidemic. Report of a WHO consultation on obesity. Geneva 3-5 June 1997*; 107-58.
26. Trastornos de alimentación. Instituto Nacional de la Salud Mental Departamento de salud y servicios humanos de los estados unidos. 2014. Disponible en:

- <http://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/trastornos-de-laalimentaci-n/eating-disorders.pdf>
27. Martín Murcia F.M. Manual de Psicología: Trastornos de la conducta alimentaria. Capitulo 14. Disponible en: <http://www.cop.es/colegiados/GR02024/Trastornos%20de%20la%20conducta%20alimentaria.pdf>
28. DSM IV. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Editorial Masson. 2003. Barcelona.
29. El blog de dietética. Casa piá. Anorexia nerviosa. 2014. Disponible en: <http://blog.casapia.com/que-es-la-anorexia/>
30. Vive sana. Trastornos de la alimentación. 2014. Disponible en: <http://vivesana.blogspot.com.es/2010/09/que-yo-tengo-anorexia-nerviosaanda-ya.html>
31. Psicología aprendes. Trastornos de la conducta alimentaria. Bulimia. 2013. Disponible en: <http://www.psicologiaprendes.com/bulimia/>
32. Sanchez L, Fernandez-Valdes R. Trastorno por atracón y obesidad. *Form Contin Nutr Obes* 2002;5(6):314-24
33. Hernández L, de la Portilla A. Antecedentes familiares y sintomatología en mujeres con Trastorno de la Conducta Alimentaria. *Rev. Mex. de trastor. aliment [revista en Internet]* Dic 2010 .1(2): [112-118].
34. Bosch X. Please don't pass the paella: eating disorders upset Spain. *JAMA* 2000;283:140.
35. Leung F, Geller J, Katzman M. Issues and concerns associated with different risk models for eating disorders. *Int J Eat Dis* 1996;19:249-56

36. Pérez-Gaspar M, Gual P, De Irala-Estévez J, Martínez-González MA, Lahortiga F, Cervera S. Prevalencia de Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) en las adolescentes navarras. *Med Clin (Barc)* 2000;114:481-6.
37. Morandé G, Casas J. Trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes. Anorexia nerviosa, bulimia y cuadros afines. *Pediatr Integral* 1997;2:246-60.
38. Lahortiga-Ramos F, De Irala-Estévez J, Cano-Prous A, GualGarcía P, Martínez-González MA, Cervera-Enguix S. Incidence of eating disorders in Navarra (Spain)
39. Ruiz-Lázaro PM, Comet Cortes P. Consideraciones metodológicas acerca de la prevalencia de los trastornos de la conducta alimentaria. *Med Clin (Barc)* 2000;115:278.
40. Fairburn CG, Cooper Z, Doll H, Welch SL. Risk factors for anorexia nervosa: three integrated case-control comparisons. *Arch Gen Psychiatry* 1999;56:468-76.
41. Fairburn CG, Welch SL, Doll HA, Davies BA, O'Connor ME. Risk factors for bulimia nervosa. A community-based casecontrol study. *Arch Gen Psychiatry* 1997;54:509-17
42. Fairburn CG, Doll HA, Welch SL, Hay PJ, Davies BA, O'Connor ME. Risk factors for binge eating disorder: a community-based, case-control study. *Arch Gen Psychiatry* 1998;55:425-32.
43. Cervera S, Martínez-González MA, Lahortiga F. Understanding the epidemiology of eating disorders. En: Maj M, Halmi K, López-Ibor JJ,

- Sartorius N, editors. World Psychiatry Association Series. Evidence and Experience in Psychiatry. New York: John Wiley & Sons; 2003. p. 123-6
44. Tyrka AR, Waldron I, Graber JA, Brooks-Gunn J. Prospective predictors of the onset of anorexic and bulimic syndromes. *Int J Eat Disord* 2002;32:282-90
45. Gual P, Pérez-Gaspar M, Martínez-González MA, Lahortiga F, de Irala-Estévez J, Cervera-Enguix S. Self-esteem, personality, and eating disorders: baseline assessment of a prospective population-based cohort. *Int J Eat Disord* 2002;31: 261-73
46. Cervera S, Lahortiga F, Martínez-González MA, Gual P, de Irala-Estévez J, Alonso Y. Neuroticism and low self-esteem as risk factors for incident eating disorders in a prospective cohort study. *Int J Eat Disord* 2003;33:271-80.
47. Kendler KS, MacLean C, Neale M, Kessler R, Heath A, Eaves L. The genetic epidemiology of bulimia nervosa. *Am J Psychiatry* 1991;148:1627-37.
48. Button EJ, Sonuga-Barke EJ, Davies J, Thompson M. A prospective study of self-esteem in the prediction of eating problems in adolescent schoolgirls: questionnaire findings. *Br J Clin Psychol* 1996;35:193-203.
49. Walsh BT, Devlin MJ. Eating disorders: progress and problems. *Science* 1998;280:1387-90.
50. Mujtaba T, Furnham A. A cross-cultural study of parental conflict and eating disorders in a non-clinical sample. *Int J Soc Psychiatry* 2001;47:24-35.

51. Stein D, Lilienfeld LR, Plotnicov K, Pollice C, Rao R, Strober M, et al. Familial aggregation of eating disorders: results from a controlled family study of bulimia nervosa. *Int J Eat Disord* 1999;26:211-5
52. Guerro-Prado D, Barjau Romero JM. Televisión, medios de comunicación escritos y su relación con los trastornos de la conducta alimentaria. *Med Clin (Barc)* 2002;119: 666-70.
53. Field AE, Camargo CA Jr, Taylor CB, Berkey CS, Colditz GA. Relation of peer and media influences to the development of purging behaviors among preadolescent and adolescent girls. *Arch Pediatr Adolesc Med* 1999;153: 1184-9
54. Field AE, Cheung L, Wolf AM, Herzog DB, Gortmaker SL, Golditz GA. Exposure to the mass media and weight concerns among girls. *Pediatrics* 1999;103:36E.
55. Ruiz-Lazaro PM. Prevención primaria de los trastornos de la conducta alimentaria en la adolescencia: papel del profesional de atención primaria. *Aten Primaria* 2001;27:428-31.
56. <http://www.thin.virtue.nu/> <http://www.annaymia.tripod.com.mx/annaymia/index.html>
57. Rosen D. Identification and Management of Eating Disorders in children and Adolescents *Pediatrics* 2010;126:1240-53
58. Rome E. Eating Disorders in Children and Adolescents. *Curr probl Pediatr Adoles Health Care* 2012;42:28-44
59. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 22 (1) (2011), pp. 85–97

60. B. Lask, R. Bryant-Waugh, F. Wright, M. Campbell, K. Willoughby, G. Waller Family physician consultation patterns indicate high risk for early-onset anorexia nervosa *Int J Eat Disord.*, 38 (2005), pp. 269–272
61. AED Eating Disorders: Critical points for early recognition and medical risk management in the care of individuals with eating disorders, Academy for Eating Disorders (2011)