

Cómo citar este artículo:

Berta Villanueva Manjón y Sandra Gil Gavilán. “La prevención en los trastornos alimentarios y del peso: anorexia, bulimia, sobrepeso y obesidad una síntesis de las investigaciones actuales”. *Almoraima. Revista de Estudios Campogibraltareños*, 44. Algeciras: Instituto de Estudios Campogibraltareños.

LA PREVENCIÓN EN LOS TRASTORNOS ALIMENTARIOS Y DEL PESO: ANOREXIA, BULIMIA, SOBREPESO Y OBESIDAD UNA SÍNTESIS DE LAS INVESTIGACIONES ACTUALES

Berta Villanueva Manjón /Psicóloga Clínica. Master en Terapia Cognitivo-Conductual

Sandra Gil Gavilán /. Licenciada en Psicología. Master en Evaluación y Tratamiento Psicológico

Centro de Pedagogía y Psicología Aplicada (Algeciras)

RESUMEN

El aumento de la prevalencia que han experimentado la anorexia, la bulimia, el sobrepeso y la obesidad en las últimas décadas y su aparición a edades cada vez más tempranas, nos hace conscientes de la importancia de la prevención de este tipo de trastornos.

Los resultados de los estudios más relevantes, en los Trastornos Alimentarios y del Peso, (anorexia, bulimia, sobrepeso y obesidad), indican que son problemas complejos en los que están implicados factores individuales, sociales, familiares y culturales.

En los últimos años, ha existido un creciente interés en el desarrollo de programas de prevención primaria de los TCA y de la Obesidad de carácter integral, denominados PRAP. Éstos incluyen los TCA, comportamientos anoréxicos y bulímicos como ayuno, vómito, uso de laxantes, diuréticos y fármacos, conductas no saludables de control del peso (dietas restrictivas sin supervisión médica), insatisfacción corporal, sobrepeso y obesidad.

Se presenta una síntesis de los programas preventivos desarrollados, a nivel nacional e internacional, en la actualidad, ofreciendo información referente a los factores de riesgo (psicológicos, familiares y sociales) asociados a los Trastornos Alimentarios y del Peso.

Se indica la necesidad de abordar la problemática de los trastornos alimentarios y del peso desde la prevención, aplicada en todos los contextos que rodean al menor (la familia, la escuela, la comunidad, los medios de comunicación). Mediante una aproximación interdisciplinar, donde tanto los médicos y profesionales de la salud del ámbito de la nutrición, como los profesionales del ámbito de la salud mental aporten sus conocimientos, experiencia clínica y trabajos de investigación en los trastornos alimentarios y del peso, con una adecuada comunicación entre ellos. De este modo, se sentarían las bases para conseguir el objetivo común de promover cambios saludables en los estilos de vida de la población infantojuvenil en la sociedad actual, orientados hacia actitudes y comportamientos que fomenten su salud física y psicológica.

Palabras clave: prevención trastornos alimentarios y del peso. Factores riesgo anorexia, bulimia, sobrepeso, obesidad.

ABSTRAC

The increase in prevalence have experienced anorexia, bulimia and obesity in recent decades and their appearance at increasingly early ages, makes us aware of the importance of prevention of such disorders. The results of relevant studies in eating disorders and weight (anorexia, bulimia, overweight and obesity), indicate that these are complex issues that are involved in individual, social, family and cultural. In recent years there has been a growing interest in developing primary prevention programs for eating disorders and obesity of completeness, called PRAP. These include eating disorders, anorexic and bulimic behaviors such as fasting, vomiting, laxatives, diuretics, and drugs, unhealthy behaviors to control weight (restrictive diets without medical supervision), body dissatisfaction, overweight and obesity.

A synthesis of preventive programs carried out at national and international level at present and provides information regarding risk factors (psychological, familial and social) associated with Food and Weight Disorders.

It indicates the need to address the problem of eating disorders and weight from prevention, applied in all contexts surrounding the child (family, school, social environment). Through an interdisciplinary approach where both doctors and health professionals in the field of nutrition, such as commercial field of mental health contribute their knowledge, clinical experience and research in eating disorders and weight, with appropriate communication between them. Thus, would lay the foundation for achieving the common goal of promoting healthy changes in the lifestyles of the young population in today's society-oriented attitudes and behaviors that promote their physical and psychological.

1. INTRODUCCIÓN

El aumento de la prevalencia que han experimentado tanto la anorexia y la bulimia, como el sobrepeso y la obesidad en las últimas décadas, así como su aparición a edades cada vez más tempranas, convierten estas patologías en un problema de salud prioritario, que afecta de manera especial a la población más joven.

La Guía de Práctica Clínica sobre Trastornos de la Conducta Alimentaria del Ministerio de Sanidad (2009), indica que, dentro del rango de edad comprendido entre los 12 y los 21 años, la anorexia nerviosa, bulimia nerviosa y trastorno de la conducta alimentaria no especificado (TCANE) presentan unas tasas de incidencia que oscilan entre el 4% y el 6,4% de las mujeres y entre el 0,3% y el 1% de los hombres. La frecuencia es mucho mayor en la población femenina que en la masculina con una relación de 9:1 respectivamente.

Los datos de prevalencia que el estudio de Olesti, Piñol, Martín, De la Fuente y Riera (2008) ofrece son: anorexia nerviosa 0,9%, bulimia nerviosa 2,9%, y trastorno de conducta alimentaria no especificado 5,3%.

Por otro lado, los datos que ofrece la *Guía de Práctica Clínica sobre la Prevención y el Tratamiento de la Obesidad Infantojuvenil* del Ministerio de Sanidad (2009), indican que, dentro del rango de edad comprendido entre los 2 y los 24 años, casi el 14% de la población infantojuvenil presenta Obesidad y algo más del 26% Sobrepeso.

Según las cifras ofrecidas por la Fundación Thao Salud Infantil (Estévez-Santiago et al., 2010), un 8,2% de niños y niñas sufre Obesidad y un 21,1% Sobrepeso.

España es uno de los países europeos con mayor prevalencia de Obesidad y Sobrepeso en la población infantojuvenil.

La importancia clínica de estas cifras radica, en el caso de los Trastornos de la Conducta Alimentaria, en las importantes consecuencias físicas y psicológicas que llevan asociados y que afectan significativamente a todas las áreas de funcionamiento de la persona que los padece así como a sus familiares. La edad más vulnerable es la etapa de la adolescencia y de la juventud temprana. Actualmente se están ofreciendo datos alarmantes referentes al descenso del inicio de estos trastornos a la edad de 10 años, cuando aún no se ha completado su desarrollo a nivel biológico ni psicológico. Estos trastornos tienden además a cronificarse en el tiempo y a presentar una elevada comorbilidad con otras alteraciones psicológicas, requiriendo, con frecuencia, mucho tiempo de tratamiento.

Según la OMS, 2010; la Obesidad y el Sobrepeso se han convertido en el quinto factor de riesgo para la salud, al aumentar la vulnerabilidad individual a padecer otros trastornos como la diabetes o las enfermedades cardiovasculares. Se asocian, además, con el padecimiento de problemas psicológicos y sociales, como baja autoestima, depresión o rechazo social, que contribuyen a mermar considerablemente el desarrollo vital del individuo.

Ambas alteraciones provocan un deterioro en la calidad de vida de las personas que los padecen y suponen un enorme coste para nuestro sistema sociosanitario, tal y como se indica en las Guías de Práctica Clínica correspondientes del Ministerio de Sanidad (2009).

Actualmente, se afirma que los Trastornos de Alimentación se han convertido en una epidemia en las sociedades occidentales (Sánchez, 2009). De igual modo, la OMS en la Asamblea Mundial de la Salud celebrada en el 2004, se refirió a la Obesidad y al Sobrepeso como “la nueva epidemia del siglo XXI”.

Estos datos, suponen una preocupación social para las administraciones en general, la escuela y la familia y una preocupación clínica para los agentes sanitarios como psicólogos, psiquiatras, pediatras, etc. Resulta necesario avanzar en la investigación de las variables asociadas a este tipo de trastornos para establecer medidas de prevención adecuadas.

En España, el Ministerio de Sanidad y Política Social, elaboró la Estrategia para la Nutrición, Actividad Física y Prevención de la Obesidad – Estrategia NAOS (2005). El objetivo es sensibilizar a la población sobre el problema de la obesidad para la salud e impulsar iniciativas para que los ciudadanos, especialmente los niños y jóvenes, adopten hábitos de vida saludables en cuanto a la alimentación y el ejercicio físico. Se contemplan diferentes vías de actuación a través de la familia, la escuela, la comunidad, los medios de comunicación y las empresas.

Posteriormente, el Ministerio de Sanidad y Política Social, a través de la aprobación de la Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud (2007), estableció la salud mental como objetivo prioritario. Indicó la necesidad de desarrollar programas de prevención desde la escuela, la familia y la comunidad de cualquiera de las alteraciones de la conducta alimentaria y programas de intervención de los TCA de carácter específico para la población infantojuvenil.

Los resultados de los estudios realizados en el ámbito de la clínica y la investigación en los Trastornos Alimentarios (anorexia, bulimia, sobrepeso y obesidad) indican que son problemas complejos en los que están implicados factores psicológicos, genéticos y biológicos, familiares y socioculturales.

2. FACTORES GENÉTICOS, BIOLÓGICOS Y/O ENDOCRINOLÓGICOS

Respecto a la Anorexia, se han detectado anomalías en la neurotransmisión cerebral, así como disfunciones en el eje hipotálamo-hipofisario y gonadal. Los factores genéticos en la transmisión familiar de la anorexia están en primera línea de investigación sobre la enfermedad. Sin embargo, en la actualidad es necesario descubrir, si dichas alteraciones son primarias o secundarias al desarrollo del trastorno). En la bulimia, se han observado alteraciones en los sistemas neurotransmisores relacionados con la modulación del apetito y se han encontrado similitudes en los perfiles neuroendocrinológicos de los trastornos afectivos y de la bulimia. (Fava *et al.*, 1989; Carmen Maganto, 2011)

En las causas de la Obesidad, los casos con un origen genético puro son muy poco frecuentes. La Obesidad puede ir asociada a otros síndromes o tratamientos: ovario poliquístico, hipotiroidismo, Enfermedad de Cushing, insulinoma. A síndromes genéticos detectables en la infancia: S Frohlich, S. Prader-Willis, S. De Down. También puede ser secundaria al consumo de fármacos: esteroides, corticoides, anticonceptivos, antidiabéticos, neurolépticos, isoniácidas, antihistamínicos, antidepresivos, anticonvulsivantes (Cristina Sosa, 2005, Carmina Saldaña 2002). Las variables constitucionales también influyen. Hay familias de obesos que tienen un número de adipocitos superiores a la media, desde el nacimiento. Su peso es siempre elevado y les resulta muy difícil adelgazar (Carmina Saldaña 2002).

3. FACTORES SOCIOCULTURALES

Vivimos en una sociedad que promueve una sobrevaloración de los cuerpos femeninos delgados y de los cuerpos masculinos musculosos. Proliferan las dietas milagro, las operaciones de estética, los gimnasios, etc. “La sociedad enfatiza la imagen corporal como valor social, que se convierte en el principal sustento de la propia autoestima” (López-Guimerà y Sánchez-Carracedo, 2010). La delgadez en la mujer se asocia con la belleza, la fuerza de voluntad, el control y el éxito social. Muchos hombres sienten la necesidad de muscular el cuerpo a base de gimnasios, anabolizantes y otras prácticas deportivas vigorizantes (Maganto y Cruz, 2008; Williams, Germov y Young, 2007).

El estudio de los factores sociales, sobre todo los que promueven los medios de comunicación (televisión, Internet, revistas, cine, etc.), están estrechamente relacionados con la insatisfacción corporal (Bell, Lawton y Dittmar, 2007). En la adolescencia, existe una alta sensibilidad a los mensajes de los medios de comunicación. Estos mensajes referentes al “cuerpo ideal” fomentan la discriminación por el peso o por determinadas formas corporales.

La modificación de los estilos de vida en los países más desarrollados en cuanto a la dieta y a la actividad física, promueven unos hábitos poco saludables.

Carmina Saldaña 2002. *“Por el estilo de alimentación y vida de la sociedad moderna ha aumentado el problema del sobrepeso y la obesidad. Como formación reactiva se han forjado unos valores estéticos de delgadez y unas actitudes sociales de marginación a los obesos. Estos valores y actitudes toman más fuerza entre las mujeres jóvenes. Así, la sociedad parece enfrentarse a un dilema de engordar o sufrir un trastorno alimentario. Dilema del que se puede salir con una adecuada educación de hábitos alimentarios y de ejercicio. Conseguir una sociedad que no engorde y enferme por problema de obesidad, con unos hábitos adecuados de alimentación y unos valores de salud y normopeso, evitará que se obsesione con el tema de la delgadez y prevendrá los trastornos alimentarios.”*

4. FACTORES FAMILIARES

Varios factores, según indican estudios recientes, están asociados al desarrollo de los trastornos alimentarios, como unos patrones de educación sexistas que fomentan la diferencia de roles de género donde las niñas son educadas para poseer valores “femeninos” (orden, preocupación por el aspecto físico y cuidado de los demás (patrón sumiso); la fragmentación de la familia tradicional; los cambios en los hábitos y estilos de alimentación; la falta de control parental en la dieta alimentaria así como la propia preocupación y/o antecedentes familiares en relación con los problemas de la conducta alimentaria (Maganto, 2011). Otro factor de riesgo son las críticas familiares acerca del peso o el físico de sus hijos/as (Calvo, 2002).

En referencia la obesidad infantil, (Birch y Fisher, 1998; Salvi, Elmo, Nitecki, Khiczynski y Roemmich, 2011) muestran en sus estudios que cuando los padres ejercen un control manifiesto (prohibitivo) se incrementa el deseo de comer lo restringido, mientras que un control encubierto (no tener en el hogar alimentos basura o snacks no saludables) reduce el sobrepeso y la obesidad. Las dietas restrictivas en la infancia, así como el intento de reducir el sobrepeso o la obesidad infantil insistiendo en la imagen corporal o el peso, no resultan saludables. En la mayoría de los casos, el origen de la obesidad se halla en unos malos hábitos alimentarios desde la infancia, mantenidos por la cultura familiar (saltarse el desayuno; abusar de las chucherías, comer solo) [Saldaña (2002), Sosa (2005), Amigo Vázquez (2011)]. Los niños de padres obesos tienen un mayor riesgo de sufrir obesidad, tanto por factores genéticos como ambientales (Stelter y Cols., 2000; Whitaker y Cols., 1997), siendo de una importancia especial el aprendizaje por modelado de los hábitos de ingesta y alimentarios en general.

Se recomienda que los menores realicen comidas regulares con la presencia de la familia, como factor protector respecto a la ingesta saludable infantil.

Todos estos datos de índole familiar son factores de riesgo, de problemas relacionados con diferentes expresiones de la ingesta alimentaria (Hurley, Cross y Hughes, 2011).

5. FACTORES PSICOLÓGICOS

Numerosos estudios indican la presencia de factores de riesgo psicológicos asociados a los Trastornos alimentarios y del peso. Aquellos más consensuados por las investigaciones y la experiencia clínica son:

5.1 Imagen corporal: la insatisfacción y la distorsión de la imagen corporal

La insatisfacción de los adolescentes con su imagen y el deseo de reducir peso alcanza hasta un 50%, y el éxito y aceptación de los iguales está vinculado a estos patrones (Dorian y Garfinkel, 2002; Storvoll, Strandbu y Wichstrom, 2005; Wiseman, Sunday y Becker, 2005). Haber recibido burlas acerca del peso o aspecto físico por parte de los

compañeros de clase, supone un importante factor de riesgo. Berg, Frazier y Sherr, (2009) confirman la correlación positiva entre la insatisfacción corporal y los trastornos alimentarios.

La distorsión por infra o sobre-estimación corporal y la insatisfacción con la propia imagen pueden dar lugar a problemas emocionales vinculados con la alimentación (Maganto, Cruz y Etxebarria, 2003; Markham, Thompson y Bowling, 2005). Las investigaciones de Gómez, García y Corral, (2009) y Quintanilla *et al.*, (2008) indican, que las alteraciones de la imagen corporal contribuyen a que se desencadene un trastorno alimentario. Maganto y Cruz, (2008) afirman que está demostrado que esta relación entre alteración de la imagen corporal y disfunción alimentaria es unidireccional, siendo las alteraciones de la imagen las que favorecen la disfunción alimentaria y no a la inversa, correspondiendo la edad de los 13 y los 19 años con el periodo más crítico.

Kortabarría y Maganto (2010) confirman la creciente incidencia de los problemas de imagen corporal en población adolescente y de los errores alimenticios y las dietas tempranas vinculadas a éstos.

5.2 Índices de masa corporal (IMC) extremos, ingesta de grasa y ejercicio físico

Las personas más obesas presentan más insatisfacción corporal que las menos obesas (Carta, Zappa, Garghentini y Caslini, 2008; Shin y Shin, 2008). Otros estudios han encontrado mayor nivel de insatisfacción en las mujeres, independientemente del IMC, por el deseo de estar delgadas, circunstancia que no ocurre en los hombres. A igual tiempo corroboran que a mayor IMC, mayor insatisfacción (Maganto y Cruz, 2008; Presnell, Pells, Stout y Mutante, 2008).

La combinación de un consumo excesivo de nutrientes y el estilo de vida sedentario son factores que inciden en el problema del Sobrepeso y la Obesidad (Bleich, Cutler, Murray y Adams, 2007, y Saldaña, 2002). Se ha constatado que a mayor exposición a anuncios televisivos dirigidos a niños sobre dulces y comida rápida, mayor incremento de consumo de éstos. En la actualidad, la disponibilidad de comida rápida y aperitivos no saludables por parte de los niños, dificulta las tareas de control parental en las dietas familiares. El consumo diario de estos alimentos densos en calorías está incidiendo en el aumento del Sobrepeso y la Obesidad en la población general (Wansink y Huckabee, 2006).

La ingesta de grasa, el déficit de actividad física, el exceso de tiempo delante del televisor, la videoconsola o el ordenador, así como la práctica de ejercicio con el único fin de adelgazar son factores de riesgo para la obesidad [Stice, Presnell, Shaw y Rohde, (2005), Carmina Saldaña (2002), Amigo Vázquez, (2011)].

La práctica de deportes donde prima el bajo peso y la competitividad, como la danza o la gimnasia rítmica, así como las profesiones centradas en el culto a la imagen y a la delgadez, como las modelos, son factores de riesgo para desarrollar trastorno alimentario. Otro factor de riesgo es practicar ejercicio físico únicamente para perder peso [Andrés, V. & Cariñanos, A. & Díaz Merino, L., & Martín, R., & Martos, M. V., & Vázquez, M.J. & Villanueva, B. (2002)].

5.3 Dietas restrictivas

La relación entre alimentación, obesidad y TCA ha sido repetidamente investigada. La contradicción de la sociedad que, por un lado, propicia la obesidad y, por otro, el ideal de la delgadez incide en estos trastornos. El seguimiento de dietas de adelgazamiento es la conducta alimentaria desajustada más frecuente, siendo las mujeres las que recurren a ellas en mayor medida [Acosta y Gómez, (2003)]. Cuanto más rígido es el intento de perder peso, mayor es la

probabilidad de perder el control y de padecer Trastornos Alimentarios [Polivy, Coleman y Herman, 2005; Hill, (2007)].

Las investigaciones de Maganto, Garaigordobil, (2010); Ramos, Rivera y Moreno, (2010), demuestran, que las personas no inician una dieta porque sea saludablemente necesario bajar de peso, sino por la percepción distorsionada del cuerpo.

Las personas obesas hacen un uso repetido e inadecuado de dietas y abandonan, frecuentemente, las mismas (Johnson y Wardle, 2005; Kortabarría, Maganto, Iriondo y Macías, 2010).

El patrón alimentario de la persona con anorexia es restrictivo, siguiendo, progresivamente, dietas cada vez más hipocalóricas [Calvo, (2002), Toro, (2004)].

La presencia de atracones, vómitos u otras conductas compensatorias, así como la dieta restrictiva, son factores de riesgo para la obesidad en la vida adulta [Stice, Presnell, Shaw y Rohde, (2005)].

5.4 Depresión

El trastorno depresivo es el más frecuente en la anorexia y la bulimia nerviosas [Needham y Crosnor, (2005)].

En el estudio de De Sousa, (2008) se observó, que a mayor puntuación en IMC o en la percepción de estar obesos, se daban puntuaciones más elevadas en depresión. Santos, Richards y Bleckley (2007) y Downs, DiNallo, Savage y Davison (2007) demuestran que cuanto mayor es el IMC, mayor insatisfacción corporal y, consecuentemente, mayor depresión. La depresión predice incrementos futuros en la ganancia de peso en adultos, según varios estudios [Mc Guire y cols, (1999)] y en la adolescencia [Goodman y Whitaker, (2002); Pine y cols., (2001)].

5.5 Ansiedad

Existen datos que demuestran que los síntomas de ansiedad son un factor de riesgo en el desarrollo y mantenimiento de los trastornos de la conducta alimentaria [Jacobi *et al.*, (2004)].

5.6 Emociones negativas

Amigo Vázquez, (2011) señala, que el desarrollo de la conducta de comer para aliviar el aburrimiento y el malestar emocional, inciden en la Obesidad y el Sobrepeso.

Greta Noordenbos, (2008) afirma, que las emociones y estrés negativos están asociados a los Trastornos de la Conducta Alimentaria.

Según Rosa Calvo, (2011) *“Los Trastornos de la Conducta Alimentaria no existen en vacío ni ocurren en una persona con una vida plena y emocionalmente sana. Su comprensión completa requiere considerarlos el resultado de problemas psicológicos y relacionales, insertados en una sociedad volcada en el cuerpo. Las personas que desarrollan una Anorexia, una Bulimia, un Trastorno por atracón, etc., desarrollan la idea de que la pérdida de peso o la consecución de un cuerpo perfecto, les aliviará del malestar, los sentimientos de inseguridad y su disforia y utilizan la comida para afrontar sus dificultades existenciales”*.

Greta Noordenbos (2008) afirma que se está llevando a cabo en los Países Bajos, un programa en relación a la educación preventiva de los Trastornos de Alimentación, centrado fundamentalmente en el trabajo con escolares, en la formación del profesorado y en el trabajo con padres. Las estrategias de prevención tienen como objetivo favorecer el desarrollo de habilidades y recursos en los niños y jóvenes, para enfrentar situaciones de la vida diaria. El programa

se centra en cinco objetivos fundamentales: la educación sobre los medios de comunicación para desarrollar una actitud crítica frente a la información ofrecida; la mejora de la autoestima; la mejora de la imagen corporal; el manejo de emociones y la reducción del estrés así como promover hábitos alimenticios y actividad física saludables.

En la prevención de la Obesidad, están empezando a desarrollarse alternativas basadas en una aproximación ambiental y comunitaria, dirigidas a transformar el ambiente obesogénico en el que vivimos [Henderson y Brownell, (2004)]. Esta aproximación se reconoce como una de las más prometedoras y factibles a la hora de promocionar estilos de vida saludables entre los niños y sus familias [American Dietetic Association, (2006); American Psychological Association, (2008), y Sallis y Glanz, (2006)]. La iniciativa empezó a desarrollarse en dos pequeñas ciudades del norte de Francia [Romon *et al.*, (2009)] primero como un programa escolar de información nutricional y continuó con una serie de intervenciones comunitarias. Consistía en el tratamiento individual a sujetos de riesgo y a sus familias, intervenciones de expertos en nutrición en las escuelas y en la comunidad, acciones desde los ayuntamientos para favorecer la actividad física, implicación de los medios de comunicación local, etc. Cuando se evaluó la prevalencia de obesidad infantil a lo largo de 12 años, se había estabilizado, mientras que en las ciudades de comparación se había doblado, en línea con las tendencias del resto del país. Esta aproximación comunitaria ha sido lanzada a otras ciudades del país bajo el nombre de proyecto EPODE y tiene apoyo gubernamental y del sector privado. Recientemente, se ha creado el EPODE European Network (EEN), con el objetivo de facilitar la implementación de iniciativas de base comunitaria utilizando la metodología EPODE en otros países europeos. Actualmente, participan Francia, Bélgica, Grecia y España.

El Programa EPODE se está aplicando en España, desde el 2007, a través del Programa Thao-Salud Infantil (Casas Esteve). Se implanta en el contexto comunitario más cercano al niño o al adolescente. Trata de promover en los menores unos hábitos saludables a través del aprendizaje continuado de una alimentación equilibrada y de la actividad física, lúdica y en grupo. Se fundamenta en la comunicación de mensajes positivos y motivadores, sin prohibir productos o conductas así como en el papel de los padres para transmitir valores positivos y aplicarlos ellos mismos. Se implica a los líderes que son referentes para los niños para que actúen como modelos saludables.

López-Guimerà y Sánchez-Carracedo, (2010) han realizado una revisión de 43 programas de prevención universal (dirigidos a población general) de alteraciones alimentarias publicados entre 1993 y 2008. Administrados principalmente en el ámbito escolar a población infantojuvenil y desarrollados en países de todo el mundo. Los resultados muestran que existen pocas evidencias de que la prevención universal sea eficaz en reducir factores de riesgo de forma relevante a largo plazo. Sólo unos pocos programas lo han conseguido, con resultados moderados. Los autores indican que podría deberse a que todavía hay muy pocas evaluaciones controladas realizadas y a la gran disparidad de elementos que los forman. De igual modo, se han realizado tres meta-análisis sobre la eficacia de los programas de prevención de las alteraciones alimentarias [Fingeret *et al.*, (2006); Stice y Shaw, (2004); Stice, Shaw y Marti, (2007)]. Hay acuerdo en concluir, que los programas universales que varían de forma amplia en sus contenidos y metodologías pueden tener efectos altos sobre mejoras en el conocimiento, y mejoras más limitadas sobre factores de riesgo actitudinales y conductuales, aunque algunos programas han conseguido mejoras sobre estas variables con efectos medios y medio-altos.

Con referencia a los Programas de Prevención de Obesidad, Stice, Shaw y Marti, (2006) realizaron un meta-análisis concluyendo que sólo un 21% de los programas evaluados obtuvieron efectos preventivos significativos y, en la mayoría de los casos, sólo a corto plazo. En otra revisión realizada por Brown, Kelly y Summerbell, (2007), los resultados mostraban que las intervenciones apenas tenían efectos preventivos significativos a largo plazo, sólo durante el tiempo en el que se realizaron. Estas intervenciones se focalizan en la promoción de cambios alimentarios, en la actividad física y en la pérdida de peso. Apenas muestran interés en la evaluación de los posibles efectos de las

intervenciones sobre la imagen corporal, el desarrollo de alteraciones alimentarias o las conductas no saludables de control del peso entre los participantes.

Actualmente está creciendo el interés por desarrollar programas de prevención primaria de los TCA y de la Obesidad de carácter integral, denominados PRAP. Éstos incluirían los TCA, comportamientos anoréxicos y bulímicos como ayuno, vómito, uso de laxantes, diuréticos y fármacos, conductas no saludables de control del peso (dietas restrictivas sin supervisión médica), insatisfacción corporal, sobrepeso y obesidad [BodyWise and BodyWorks, (2005); Neumark-Sztainer, (2003); Shaw, Ng y Stice, (2007)]. Los programas se orientan a la promoción de hábitos de alimentación y de práctica de ejercicio físico saludables y, especialmente, a los factores de vulnerabilidad constatados por la evidencia empírica como variables comunes a cualquiera de los trastornos relacionados con la alimentación y el peso, como la interiorización de un ideal de belleza basado en la delgadez o la insatisfacción corporal, entre otros López-Guimerà y Sánchez-Carracedo, (2010) y Raich, (2011).

Estos programas evidencian mejores resultados en sus niveles de eficacia y también de eficiencia, al suponer un menor coste (humano, material y económico). Presentan también, mayores beneficios, al dirigirse a cualquiera de los trastornos relacionados con el peso. Para que comiencen a mostrar los resultados esperados, tendrían que implementarse en todos los contextos del desarrollo del menor, en la familia, la escuela y la comunidad. En este sentido existen experiencias exitosas en España como las realizadas por el equipo de Raich (2008) de carácter más específico, al haberse desarrollado en el ámbito escolar.

En la Comunidad de Madrid, se ha desarrollado un programa de prevención iniciado, en su origen en 1999, específicamente para Trastornos de la Conducta Alimentaria y que, posteriormente en 2006, se adaptó para incorporar también la prevención en obesidad. Ha sido realizado dentro del contexto educativo, desde donde se accedía, posteriormente, a las familias y a los alumnos. Estaba dirigido a adolescentes de 12-13 y 14 años. Las actuaciones abordaban el trabajo con escolares e intentaban convertir al profesorado, a los profesionales de la salud y a los progenitores, mediante una formación específica en agentes preventivos. El programa se caracteriza también por la utilización de diferentes factores de riesgo, no sólo relacionados con las actitudes ante la comida, el peso y la silueta, sino que también incluye la utilización de factores de riesgo cognitivos, emocionales y sociales, relacionados con la vulnerabilidad para desarrollar trastornos de la conducta alimentaria y obesidad (Síntomas depresivos, baja autoestima, perfeccionismo, impulsividad-ansiedad; conducta sumisa y necesidad de aprobación, influencia de los medios de comunicación social, entre otros).[Andrés, V. & Cariñanos, A. & Diaz Merino, L., & Martín, R., & Martos, M.V., & Vázquez, M.J. & Villanueva, B. (2002); Andrés, Villanueva *et al*, (2007)].

Resulta necesario abordar la problemática de los trastornos alimentarios y del peso desde la prevención, aplicada en todos los contextos que rodean al menor (la familia, la escuela, la comunidad, los medios de comunicación). Se requiere, además, una aproximación interdisciplinar, donde tanto los médicos y profesionales de la salud del ámbito de la nutrición, como los profesionales del ámbito de la salud mental aporten sus conocimientos, experiencia clínica y trabajos de investigación en los trastornos alimentarios y del peso, mediante una adecuada comunicación entre ellos. De este modo, sentaríamos las bases para conseguir el objetivo común de promover cambios saludables en los estilos de vida de la población infantojuvenil en la sociedad actual, orientados hacia actitudes y comportamientos que fomenten su salud física y psicológica.

LA PREVENCIÓN EN LOS TRASTORNOS ALIMENTARIOS Y DEL PESO: ANOREXIA, BULIMIA,
SOBREPESO Y OBESIDAD UNA SÍNTESIS DE LAS INVESTIGACIONES ACTUALES

Berta Villanueva Manjón y Sandra Gil Gavilán

BIBLIOGRAFIA

- AGENCIA ESPAÑOLA DE SEGURIDAD ALIMENTARIA. MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO. (2005). Estrategia para la Nutrición, Actividad Física y Prevención de la Obesidad, la Estrategia NAOS.
- ANDRÉS, V. & CARIÑANOS, A. & DIAZ MERINO, L., & MARTÍN, R., & MARTOS, M.V., & VÁZQUEZ, M.J. & VILLANUEVA, B. (2002). *Programa de prevención y detección precoz de los trastornos de la alimentación*. Madrid: EOS.
- ARANCETA, J., et. al. (2003). Prevalencia de la obesidad en España: estudio SEEDO 2000. *Medicina Clínica*, 120, 608-612.
- GARNER, D.M. Y GARFINKEL, P. E. (1997). *Handbook of Treatment for Eating Disorders*. New York: The Guilford Press.
- Guía de Práctica Clínica sobre la Prevención y el Tratamiento de la Obesidad Infantojuvenil*. Ministerio de Sanidad y Política Social. 2009
- Guía de Práctica Clínica sobre Trastornos de la Conducta Alimentaria*. Ministerio de Sanidad y Política Social. 2009.
- MAGANTO, M. Factores de riesgo o vulnerabilidad asociados a los trastornos de la conducta alimentaria. *Infocop* nº 52, 2011.
- LÓPEZ-GUIMERÁ, G Y SÁNCHEZ-CARRACEDO, D. (2010). *Prevención de las alteraciones alimentarias. Fundamentos teóricos y recursos prácticos*. Madrid. Pirámide.
- RAICH, R.M. (2011) *Anorexia, bulimia y otros trastornos alimentarios*. Madrid: Pirámide.
- SALDAÑA, C. (2002). Trastorno por atracón y obesidad. *Nutrición Hospitalaria*. 17 Supl 1, 55-9.
- SERRA, L. Y ARANCETA J (2004). *Nutrición infantil y juvenil: Estudio enKid* (vol. 5). Barcelona: Masson.
- SMOLAK, L.; LEVINE, M. P. Y SCHERMER, F. (2000). *Lo que nos enseñó la enseñanza: Evaluación de un programa preventivo para las escuelas primarias*.
- VANDEREYCKEN, Y G. NOOR-DENBOS (comps.), (2000) *La prevención de los trastornos alimentarios*. Barcelona: Granica.