

La prevención primaria de los trastornos de alimentación

Jesús Villena
Manuel Castillo
*Programa «Tal como eres»**

El desarrollo de programas de prevención primaria de los trastornos de alimentación (TA) en el medio escolar debe tener como objetivo modificar actitudes y comportamientos de riesgo. Los contenidos esenciales son: desarrollar la capacidad crítica, mejorar la autoestima y la asertividad, y ofrecer conocimientos fisiológicos sobre la regulación del peso, la influencia de la sexualidad en la figura y la alimentación equilibrada. Diferentes estudios muestran la ineficacia y el efecto perjudicial de ofrecer conocimientos relacionados con los TA y con las dietas. El diseño de intervenciones amenas, breves, de bajo coste, fácil aplicación y dirigidas a la población de mayor riesgo (particularmente chicas en Enseñanza Secundaria Obligatoria) favorece los resultados satisfactorios. El programa «Tal como eres», aplicado en la Comunidad Valenciana a 2.109 chicas entre 12 a 15 años en una sola sesión de 75 minutos, diseñado con estos criterios ha demostrado cambios significativos en actitudes y comportamientos.

Palabras clave: *prevención primaria, trastorno de alimentación, adolescentes.*

The development of primary prevention of eating disorders (EA) in school setting aims to modify attitudes and risky behaviour. The basic contents of this programme are: to develop self-critical ability, to improve self-esteem and assertiveness and to provide physiological knowledge regarding weight control, sex influence on the body image and well-balanced feeding. Several reports have revealed the inefficacy as well as the harmful effect resulting from receiving knowledge related to EA and diets. This is a low-cost and easy-to-perform programme involving amusing, brief, talks addressed to high risk population (Especially Compulsory Secondary Schoolgirls) favouring the achievement of successful results. The

* Programa de prevención escolar de los trastornos de la alimentación subvencionado por la Dirección General de la Mujer y la Dirección General de Salud Pública de la Generalitat Valenciana.
Correspondencia: Jesús Villena. C/ Doctor Gómez Ferrer, 3, 1º D. 46010 Valencia. e-mail: jvillena@nexo.es

«Such as you are» Programme has been put into practice in the Valencian Community in a population of 2.109 girls whose ages ranged from 12 to 15 years in one 75-minute session, reaching significant changes in attitudes and behaviours.

Key words: primary prevention, eating disorders, teenagers.

El modelo bio-psico-social aplicado a los trastornos de alimentación

Al referirnos a la salud en un tema tan complejo como los trastornos de alimentación (TA) no podemos hacerlo tratando únicamente los aspectos físicos. Más que nunca se hace evidente lo acertado de la definición de la Organización Mundial de la Salud en su Congreso de Constitución en 1948, que incluye los aspectos psicológicos y sociales: la salud es el estado de bienestar físico, psíquico y social. Sin entrar en las posibles críticas que esta definición ha suscitado, nos parece interesante como una declaración de principios (Rodríguez Marín, 1995), ya que realza el importante papel que juegan el individuo y la sociedad en el mantenimiento de la salud, y se da origen al modelo bio-psico-social de salud y enfermedad.

Bajo este concepto de salud se comprende bien el papel que juega el comportamiento individual en lo que se conoce como estilos de vida, entendidos como el conjunto de pautas y hábitos comportamentales cotidianos de una persona (Villena, 1997). Pero estos aspectos biológicos y psicológicos forman parte de un macrosistema mayor en el que los aspectos ambientales, sociales y culturales tienen una gran importancia. Se establece así una interacción entre las personas y el ecosistema del que forman parte. Del éxito de esta adaptación resultará que un comportamiento sea saludable o poco saludable (Froján y Santacreu, 1996).

En el caso de los TA este planteamiento de interacción sujeto-ecosistema cobra especial importancia, pues se trata de enfermedades características de culturas desarrolladas en las que se sobrevalora la imagen social exigida por la cultura de la delgadez (Toro, 1996) a través de los medios de comunicación, la publicidad, la moda y los comentarios de familiares o compañeros. Muchos individuos responderán sometiéndose a sistemas de control de peso sin necesitarlo.

La mayor vulnerabilidad del individuo ante la actitud de riesgo que supone ponerse a régimen o realizar un ejercicio excesivo, dependerá de variables orgánicas y psicológicas, que constituyen los factores de riesgo, predisponentes o precipitantes (Toro y Vilardell, 1987). Es conocido cómo pueden predisponer factores como el sexo, la edad y la presencia de obesidad u otros trastornos psicopatológicos en sí mismo o en la familia. Pero también ha de prestarse atención a los factores que pueden precipitar el difícil equilibrio psicológico en que los factores predisponentes sitúan al individuo: cambios corporales propios de la adolescencia o debidos a enfermedades adelgazantes o desfiguradoras, acontecimientos vitales personales o familiares, etc.

Pero también dependerá de las exigencias que el ecosistema presente a cada individuo en particular, de modo especial a la mujer, a la que se le exige el mismo rendimiento académico y laboral que al varón, pero además el manteni-

miento de unos cánones de peso y figura cada vez más exigentes y menos compatibles con la salud.

Ha llegado a tal extremo la presión ambiental que el porcentaje de adolescentes con hábitos insanos frente a la alimentación y actitudes de riesgo para los TA se ha disparado en nuestro entorno, como ya han puesto de manifiesto numerosos estudios (Morandé, 1995). Nosotros hemos encontrado que en la Comunidad Valenciana una de cada cinco chicas entre los 12 y los 15 años presenta actitudes de riesgo para el desarrollo de los TA (Villena y Castillo, 1999).

De acuerdo con Frojan y Santacreu (1996), «la actuación preventiva consistiría en facilitar la adaptación del individuo ajustando el nivel de exigencia del ecosistema a su capacidad». Para ello hay dos posibilidades que analizaremos a continuación: actuar sobre el medio o sobre el sujeto, mejorando sus estilos de vida.

a) *Actuación sobre el medio.* Ante la creciente incidencia de los TA hemos de preguntarnos si nuestra sociedad no habrá sobrepasado los límites de tolerancia de los individuos peor dotados al efecto patógeno de la cultura, delgadez particularmente, a través de la contaminación ambiental producida por la publicidad y la moda (Toro, 1996). ¿Se requieren, por tanto, medidas políticas sanitarias y educacionales más audaces para limitar el efecto nocivo de estos factores?

Además de los esfuerzos institucionales dirigidos al tratamiento de los TA, como es la creación de nuevas unidades de tratamiento, son prioritarias las medidas preventivas, que pueden ser de dos tipos: legislativas y educativas (Gresko y Rosenvinge, 1998). Entre las primeras se incluirían las que controlasen las actividades empresariales en el ámbito de la moda, la publicidad y la salud. También comprenderían cualquier tipo de iniciativa que facilitase algo similar a un compromiso ético social de los empresarios involucrados.

b) *Actuación sobre las personas.* Si tenemos en cuenta que la prevención es la intervención por antonomasia cuando el objetivo es la salud de los individuos sanos (Froján y Santacreu, 1996), hemos de concluir que quizás el esfuerzo institucional más importante haya de dirigirse al marco educativo. De este modo se llega a la población más vulnerable, que son los adolescentes y en particular las chicas. Por ello se hace preciso diseñar amplios programas en el ámbito escolar que incluyan la preparación de los profesores, intervenciones específicas integradas en el currículum académico, el consejo individual, la atención a los pequeños grupos de riesgo mediante programas de modificación de conducta y un sistema de derivación, integrándose así en un modelo ecológico de promoción de salud que actúa a todos los niveles (Neumark-Sztainer, 1996).

Necesidad de la prevención primaria

Entendemos que una enfermedad no se puede prevenir cuando sobreviene de tal manera que nadie podría haberlo evitado, ni la propia persona –a partir de ese momento «paciente»–, ni quienes de alguna manera son responsables de su salud, como padres, educadores, sistema sanitario, etc. Pero éste no es el caso de los TA, pues al igual que muchas otras enfermedades se pueden considerar más

o menos conductuales. En este sentido, podemos decir que un cambio de actitudes y comportamientos podría evitar el desarrollo de estos trastornos y, por tanto, reducir su incidencia y mortalidad.

Hablamos de prevención primaria de los TA cuando nos referimos a todos los esfuerzos dirigidos a evitar que la enfermedad llegue a producirse, valiéndonos de programas de educación sanitaria en los que se pretende que las personas eviten actitudes de riesgo y fomenten comportamientos que mejoren su salud. También incluiría cualquier medida encaminada a rebajar la presión de la cultura de la delgadez, como sería un adecuado tratamiento del problema en los medios de comunicación o las medidas dirigidas a regular las actividades de moda, publicidad, etc.

En cambio, la prevención secundaria es la que intenta conseguir que una vez establecida la enfermedad se evidencie lo antes posible mediante un diagnóstico precoz. En el caso de algunas patologías se pueden organizar programas masivos para detectar la patología en el seno de la población general, llamados de «cribaje» o de *screening*. Esto se justifica cuando se trata de patologías graves o severas con una alta incidencia en la población, en las que se cuenta con un método de diagnóstico fiable, sensible y específico, que con un bajo coste se puede pasar sin molestias significativas a la población general, o al menos a la de alto riesgo. El problema aún no está resuelto para los TA. Se podría recurrir a pasar los cuestionarios habituales (EAT, EDI, BSQ, CIMEC, etc.), y someter a los sujetos que obtengan puntuaciones de riesgo a una exploración clínica posterior para establecer el diagnóstico con seguridad. En algunos programas se ha instruido a los profesores, a los médicos generalistas, pediatras, ginecólogos y endocrinólogos en la detección precoz de los síntomas, pero evidentemente esto no sería un programa de prevención secundaria, sino simplemente un diagnóstico precoz.

Por último, la prevención terciaria pretende evitar el deterioro de la evolución de la enfermedad que ya está en curso mediante un seguimiento adecuado del proceso, anticipándose a las posibles complicaciones; pero este hecho ya es competencia de los equipos multidisciplinares que traten al paciente.

Los TA constituyen una patología de reciente aparición, que todavía no es suficientemente entendida por médicos y psicólogos, por lo que es comprensible que aún no se hayan llegado a establecer y aceptar en la comunidad científica unos criterios claros para su prevención. Esto se debe a que nos encontramos con la dificultad de su etiopatogenia multifactorial (Saldaña, 1994). Con independencia de los factores genéticos, psicológicos o familiares, la presión cultural juega un importantísimo papel. ¿Se puede luchar contra corriente para vencer la fuerza de todo un sistema cultural de presión sobre el peso, la figura, el éxito fácil, etc.? No disponemos hoy de un antídoto milagroso y fácil que neutralice todo un sistema cultural, pero sí podemos profundizar en la investigación de los aspectos que puedan hacer menos vulnerables a las personas predispuestas a esta grave patología.

Importancia de la intervención precoz

Los TA son patologías que no sobrevienen bruscamente, sino que se instauran poco a poco, sin que al principio nadie lo aprecie, ni paciente, ni familia-

res. Es frecuente que se comience manifestando una cierta preocupación por el peso y la figura desde edades prepuberales, en la adolescencia, o quizás en edades más maduras. Como otras muchas personas la joven empezará a hacer comentarios acerca de algunos kilos que piensa que le sobran y comenzará a tener un control de los alimentos, hasta que progresivamente los alimentos empiecen a controlar su vida. En los casos en que la enfermedad se instaura es difícil, por no decir imposible, establecer en qué momento se produjo: cuándo se cambió un comportamiento "culturalmente aceptado" y extendido, saludable en algunos casos, por una auténtica patología. Este periodo generalmente dura muchos años, lo que nos lleva a plantearnos la oportunidad de intervenciones preventivas en ese momento evolutivo que eviten la progresión hacia el trastorno que, muy probablemente, ocurriría si se deja evolucionar libremente.

Criterios para el diseño de programas de prevención primaria de los trastornos de alimentación

Objetivos

El objetivo de los programas de prevención primaria (PPP) ha de ser, por definición, la reducción de la incidencia de la enfermedad. Hasta la fecha no conocemos de ningún grupo de investigación que haya conseguido demostrar la reducción de la incidencia mediante sus programas (véase Tabla 1, modificada de Stewart, 1998).

Algunos grupos de trabajo se propusieron como objetivo principal conseguir un aumento de los conocimientos sobre la enfermedad (Moreno y Thelen,

TABLA 1. INVESTIGACIONES EN PROGRAMAS PREVENTIVOS CON ESCOLARES

Autor	Objetivos	Contenidos	Técnicas	Nº S	Muestra
Killen <i>et al.</i> , 1990	Modificar actitudes insanas de alimentación y regulación del peso de chicas adolescentes jóvenes.	1. Información sobre los efectos nocivos de la regulación insana del peso. 2. Educación sobre conductas saludables de alimentación y hábitos de ejercicio. 3. Desarrollo de habilidades de afrontamiento para resistir influencias socio-culturales.	Presentación de información a través de diapositivas ilustrativas e historias. Discusión. <i>Role plays</i> .	18	931 chicas de 11-13 años aleatorizadas en grupo control y experimental.

Continúa en la pág. siguiente

Viene de la página anterior.

Autor	Objetivos	Contenidos	Técnicas	Nº S	Muestra
Moreno y Thelen, 1993	Aumentar el conocimiento y mejorar las actitudes de alimentación e intenciones de dieta.	Descripción de los TA y sus efectos. Sugerencias para una alimentación saludable. Sugerencias para resistir la presión de los compañeros para hacer dieta.	6,5 min. de vídeo de una conversación entre 2 chicas seguida de 30 min. de discusión.	1	80 estudiantes de <i>Junior high school</i> en el grupo experimental y 139 en el grupo control.
Moriarty, Shore y Maxim, 1990	Aumentar el conocimiento y cambio de actitudes hacia la presión socio-cultural relativas a los TA.	Contenidos educativos sobre dietas y TA, e influencias socio-culturales.	Discusión en grupos. <i>Role plays</i> .	15	315 estudiantes de <i>Elementary</i> y <i>High school</i> (91% intervención y 9 control).
Paxton, 1993 (1)	Reducir conductas de pérdida de peso moderadas y extremas, alimentación desordenada y baja imagen corporal.	Ideas culturales sobre belleza. Condicionantes del tamaño corporal. Métodos sanos e insanos del control de peso.	Informe escrito presentado por un líder de la clase. Actividades de investigación y discusión individuales y en grupos pequeños.	5	125 chicas en grupo experimental. 34 chicas en grupo control. Edad media 14,1 años.
Rosen, 1989	Reducir los intentos de bajar de peso.	Desarrollo físico en la adolescencia. Imagen corporal. Modificación del peso. Toma guiada de decisiones.	Lecturas. Discusiones en clase. Trabajos para casa.	8	100 chicos y chicas aleatorizados en grupo experimental y control.
Shisslak, Crago y Neal, 1990 (2)	Educación a los estudiantes sobre los TA.	Información descriptiva sobre los TA.	Presentación de información sobre TA. Servicio de consulta y referencia. Educación del personal técnico.	8	50 estudiantes de <i>High school</i> en el grupo experimental y 131 en el grupo control.

NºS: Número de sesiones

(1) Aumento de la insatisfacción corporal en todos los sujetos al año de seguimiento.

(2) No se midió.

1993, Moriarty, Shore y Maxim, 1990). La realidad es que todos los programas recogidos en la tabla lo alcanzaron, pero en ningún caso se obtuvo la modificación de actitudes, paso imprescindible hacia el cambio de comportamientos. Por el contrario, la simple acumulación de información sobre los TA se ha demostrado insuficiente como inductor en la corrección de hábitos no saludables e, in-

cluso, pueden aumentar los síntomas (Paxton, 1993). Por ello hemos de preguntarnos si los contenidos y las técnicas reflejados en la tabla eran los adecuados para los objetivos apuntados y en última instancia, para prevenir los TA.

Por el contrario, proponemos que el objetivo más coherente de los programas de prevención primaria de los TA —a la vez que ambicioso— debería ser la modificación de actitudes y comportamientos.

Contenidos adecuados que debería incluir un programa de prevención primaria

La etiología multifactorial de los TA exige considerar los múltiples factores predisponentes y desencadenantes que condicionan el establecimiento de la enfermedad. Pero esto exigiría la elaboración de extensísimos programas de intervención que habrían de desarrollarse a lo largo de infinidad de sesiones. En atención al bajo coste que deben tener los PPP que han de aplicarse a extensas poblaciones, consideramos preferible la selección de aquellos contenidos que sean susceptibles de ser modificados en pocas sesiones. En función de las posibilidades de cada programa se podrán incluir más o menos módulos (Tabla 2).

TABLA 2. CONTENIDOS ADECUADOS DE LOS PROGRAMAS DE PREVENCIÓN PRIMARIA DE LOS TRASTORNOS ALIMENTARIOS

<p>Las influencias socioculturales:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Presión de la publicidad. Manipulación del cuerpo. - Influencia de la moda y las modelos. - Ideas culturales sobre la belleza. <p>Desarrollo de la autoestima.</p> <p>Desarrollo de la asertividad y habilidades sociales para resistir las presiones de los iguales.</p> <p>Entrenamiento en toma de decisiones.</p> <p>Control de los pensamientos negativos.</p> <p>Manejo del estrés.</p> <p>Aceptación de la propia imagen corporal.</p> <p>Información sobre el desarrollo físico en la adolescencia y la regulación fisiológica del peso.</p> <p>Hábitos de ejercicio saludables.</p> <p>Conductas saludables de alimentación. Alimentación equilibrada.</p>

Como se puede apreciar, muchos de estos contenidos son genéricos y se dirigen a las conductas de riesgo típicas entre los adolescentes, por lo que puede ser de interés coordinarlo con otros programas de salud desarrollados en los colegios sobre tabaco, alcohol, drogas y sexualidad (Huon *et al.*, 1998). Además es conocida la gran influencia que tienen factores tan genéricos como la baja autoestima en el desarrollo de los TA y otras psicopatologías (Button *et al.*, 1996). Gresko y Rosenvinge (1998) llegan a afirmar que lo importante es la promoción de salud y no la prevención de una enfermedad particular, evitándose la excesiva atención sobre esta «popular» enfermedad.

Contenidos que se deberían excluir en un programa de prevención primaria

Es frecuente que se pretenda modificar actitudes creando en el sujeto una emoción negativa, como el miedo o la aversión, suministrando datos en los que se reflejen las consecuencias negativas que una determinada actitud comportará para su vida futura. Mann *et al.* (1997) comentando los resultados negativos de su programa con chicas de 14-15 años –similares a los ya comentados de Paxton (1993)– llegan a la conclusión de que la ineffectividad puede deberse a que proporcionar información sobre los TA contribuye a darles carta de normalidad.

Además es conocido que entre todos los factores predictivos de la actitud favorable de las personas ante un programa preventivo, el menos significativo de todos es la gravedad percibida de la enfermedad. Por ello no tiene ningún fundamento insistir en lo terribles que son las consecuencias de una enfermedad, y los TA no son una excepción.

TABLA 3. CONTENIDOS RELACIONADOS CON LOS TA

<p>Aspectos relacionados con la enfermedad:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Concepto de TA, factores, influencia familiar e incidencia. - Maniobras inadecuadas para el control del peso. - Consecuencias físicas, psíquicas, académicas, familiares. <p>Tipos de dietas y contenidos energéticos de los grupos de alimentos.</p> <p>Conceptos de belleza y triunfo propuestos por la cultura posmoderna:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Belleza, estética o delgadez como valores primordiales. - Felicidad vinculada al tener y no al ser. - Personajes conocidos que la han padecido.

Riesgos de incidir en los aspectos negativos en función de las características de las chicas asistentes

Todas las personas que pueden participar en un PPP no se encuentran en la misma situación respecto a los TA, y por tanto sus actitudes previas son diferentes. Las chicas asistentes a las sesiones de grupo preventivas de los TA se pueden clasificar en cuatro grupos recogidos en la Tabla 4. Facilitar la información que hemos llamado negativa puede tener diferentes consecuencias en cada uno de esos grupos. Es posible que algunas de ellas se vean beneficiadas por semejantes contenidos, pero eso nunca autoriza a aplicarlos a todas por igual, ya que muchas de ellas pueden verse seriamente perjudicadas. Además se ha de tener en cuenta que cuando se generan actitudes negativas, se bloquean los mecanismos que facilitan la modificación de actitudes.

Es diferente el tipo de información que deben recibir los padres acerca de los síntomas, con el fin de que puedan identificarlos precozmente en sus hijas e hijos. Pero queremos destacar que también entre los padres se dan actitudes de negación o de alarma excesiva, que pueden generar una presión excesiva dando lugar a actitudes de rebeldía o de chantaje.

Los profesores tienen un papel importante, ya que también pueden ser los primeros testigos de los síntomas de la enfermedad. Una adecuada formación sobre la naturaleza de esta enfermedad les permitiría identificar estos síntomas, pero también otros menos evidentes y genéricos, como percibir un cambio en el rendimiento escolar, o un enrarecimiento del carácter que les lleva a un distanciamiento de los compañeros de clase y que junto a otras manifestaciones menores pueden alertar sobre un posible TA (Villena y Castillo, 1998). Esto permitiría la información a los padres para que se realice una consulta con el especialista lo más precozmente posible (Gresko y Rosenvinge, 1998).

TABLA 4. TIPOLOGÍA DE LAS ALUMNAS EN FUNCIÓN DEL RIESGO Y POSIBLES CONSECUENCIAS DE INCIDIR EN ASPECTOS NEGATIVOS

<i>Tipo</i>	<i>Situación de las chicas</i>	<i>Consecuencias</i>
I	No manifiestan preocupación alguna por estas cuestiones.	Posible beneficio. Posible emulación.
II	Con preocupación «culturalmente aceptada» de sobrepeso y figura.	Beneficio dudoso. Posible emulación.
III	Con actitudes de riesgo.	Actitudes defensivas. - Negación. - Rechazo. - Indiferencia.
IV	Con trastorno establecido.	Emulación o reto.

Condiciones generales para un programa de prevención primaria

Para que un PPP pueda aplicarse a grandes poblaciones ha de cumplir las siguientes condiciones generales:

- a) Bajo coste, con independencia de quién lo financie.
- b) Brevedad, procurando que tenga el mínimo número posible de sesiones, incluida la realización de cuestionarios.
- c) Fácil realización. Una vez adquirido el necesario adiestramiento, ha de ser de fácil aplicación.
- d) Reproducible por diferentes equipos de intervención.
- e) Buena aceptación. Un factor esencial en el éxito de la prevención con adolescentes es la amabilidad de la intervención. En la Tabla 5 resaltamos algunos de los criterios ofrecidos por Costa y López (1996) para la transmisión efectiva de información.

A la hora de diseñar la intervención es importante prestar atención al orden expositivo, de modo que la concatenación adecuada de ideas permita la aceptación de las mismas sin rechazo, venciendo así la posible hostilidad inicial por las creencias inadecuadas previas a la intervención.

Por lo que respecta a la forma, conviene rechazar cualquier estilo de exposición magistral, favoreciendo las intervenciones espontáneas, donde las chicas manifiesten libremente sus dudas o disconformidades.

TABLA 5. NORMAS Y CRITERIOS GENERALES PARA MEJORAR LA ATENCIÓN, COMPRENSIÓN, RECUERDO, VALORACIÓN Y SEGUIMIENTO DE LOS MENSAJES DE SALUD

1. Usar señales visuales y auditivas accesibles a la vida diaria de los jóvenes.
2. Utilizar procedimientos originales en relación con los medios, organización y presentación de los mensajes; variedad, movimiento, cambios, técnicas narrativas, etc.
3. Suscitar interrogantes antes de dar los mensajes. La calidad de la información mejora con procesos bidireccionales de comunicación.
4. Los mensajes que se transmiten con sentido del humor o asociados a condiciones gratas, y que anticipan consecuencias beneficiosas, se convierten en señales con valor emocional que facilitan su atención y aceptación.
5. Repetir la información y pedir a quien se dirige que la repita.
6. Presentar los mensajes de forma inteligible con lenguaje coloquial juvenil, evitando jerga técnica.
7. Apoyar los mensajes en ejemplos claros y didácticos, sin acudir a información basada en datos estadísticos.
8. Comprobar si la información transmitida va siendo entendida, a través de preguntas u otros procedimientos.
9. Proporcionar información escrita y esquemas.
10. Preguntar al receptor si desea más información.

La experiencia del programa «*Tal como eres*»

En abril de 1997 recibimos de la Dirección General de la Mujer de la Generalitat Valenciana el encargo de diseñar un programa de prevención primaria de los trastornos de alimentación para el ámbito de la Comunidad Valenciana. Posteriormente se sumó al Programa la Dirección General de Salud Pública. Con este fin diseñamos el Programa de «*Tal como eres*®», cuyo objetivo es modificar las actitudes y comportamientos de riesgo relacionados con el peso, la figura y la alimentación. Su principal característica es la brevedad, pues el Programa se aplica en una única sesión de 75 minutos.

Con el fin de aumentar la cobertura a la población más vulnerable se eligió el corte de edad entre los 12 y los 15 años (correspondiente a 1º-3º de Enseñanza Secundaria Obligatoria o cursos equivalentes) impartiendo tan sólo a las chicas, pues la incidencia de los TA entre ellas es muy superior.

Consiste en una intervención cognitiva grupal impartida por un psicólogo y un médico a grupos no superiores de 25 alumnas. Entre los posibles contenidos se han seleccionado los que se han estimado susceptibles de ser modificados en una única sesión, y que se recogen en la Tabla 6, donde se puede comprobar que no se incluyen los contenidos negativos sobre los TA.

En el diseño se tuvo en cuenta además que la intervención fuera de bajo coste, fácil realización, reproducible y con buena aceptación, para lo cual se ha procurado darle amenidad y que sea coloquial, didáctica, percibida como bene-

TABLA 6. ASPECTOS MODIFICABLES Y CONTENIDOS DEL PROGRAMA «TAL COMO ERES»

A) <i>ACTITUD PASIVA FRENTE A LA PUBLICIDAD</i>
Papel que desempeña el cuerpo en el manejo publicitario.
Desmitificación de la idealización del cuerpo.
Análisis de técnicas y trucos publicitarios.
Finalidad de la publicidad.
Pensamiento crítico ante la publicidad y presión social.
Evolución del cuerpo ideal femenino a través de la historia.
B) <i>ACTITUD NEGATIVA FRENTE A SÍ MISMAS</i>
Repercusiones psicológicas de la autocomparación con los ideales transmitidos por la cultura y la publicidad.
Descubrir lo que ellas valoran de los demás.
Descubrir lo que los demás valoran de ellas.
Dar más credibilidad a las personas relevantes para ellas y no dejarse guiar por la publicidad y las modas.
C) <i>ACTITUDES DE RECHAZO AL PROPIO CUERPO</i>
Influencia que tienen los caracteres sexuales secundarios en la figura femenina.
Manipulaciones del cuerpo de la mujer en nuestra cultura y en otras.
Manipulaciones comerciales procedentes del ámbito sanitario y alimentario.
Concepto de peso normal y variabilidad para cada persona.
Regulación fisiológica del peso.
D) <i>ACTITUD DE TEMOR ANTE CIERTOS ALIMENTOS</i>
Aporte nutricional de los distintos grupos de alimentos.
Número de comidas diario.
No existen alimentos "prohibidos", siempre que no se abuse.
Aclarar mitos relacionados con la alimentación.

ficiosa y asequible. La intervención está apoyada en proyección de vídeo y diapositivas, así como en ejercicios por grupos y por parejas.

Con el fin de que sirva como refuerzo posterior, al finalizar la intervención se les entrega un folleto, que leen allí mismo, y que es un resumen sencillo de las ideas expuestas en la sesión.

En la experiencia piloto (curso 1997-1998) han participado 2.109 chicas repartidas en 106 sesiones realizadas por dos equipos de intervención.

Para medir la eficacia del Programa se pasó a las alumnas unos cuestionarios antes de la intervención, al mes y a los tres meses. La eficacia para modificar actitudes fue evaluada mediante el cuestionario *Eating Attitudes Test* (EAT) (Graner y Garfinkel, 1979), siendo significativo el cambio tanto al mes ($p < 0,001$), como a los tres meses ($p < 0,005$). El cambio de comportamientos se midió usando un cuestionario en el que se evaluaban hábitos incorrectos, como el consumo de bollería industrial, pipas y otras chucherías. La reducción de su consumo fue significativa al mes ($p < 0,001$) y a los tres meses ($p < 0,02$). No hubo diferencias significativas en función del equipo de profesionales que realizase la intervención.

Esto permite afirmar que este Programa preventivo breve y de bajo coste resulta eficaz para disminuir de modo significativo actitudes y comportamientos de riesgo a corto plazo, por lo que se han iniciado estudios controlados con seguimiento a 6 meses.

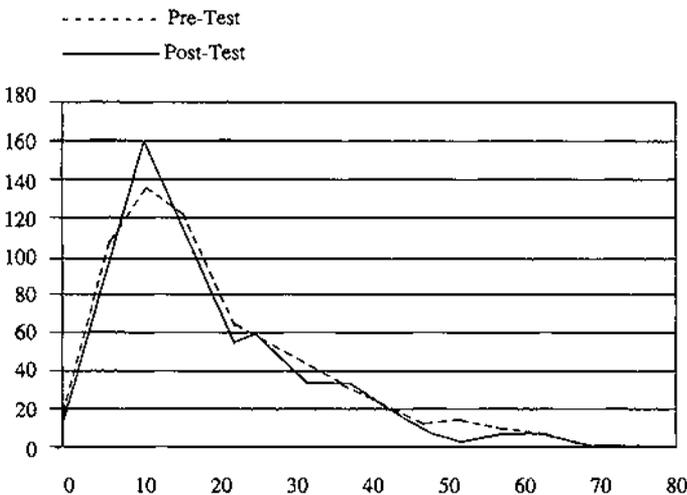
El nivel de agrado de las alumnas fue medido mediante una escala Lickert de 1 («No me ha gustado nada») a 6 puntos («Me ha gustado muchísimo»). To-

dos los módulos de la intervención, así como los procedimientos y profesionales alcanzaron una media superior a 5 puntos. Ninguno de los aspectos recibió puntuaciones por debajo de 3, lo que refleja que los contenidos no desagradaron a ninguna de las asistentes. La valoración global de la intervención fue de 5,34.

El Programa se completa con un subprograma dirigido a los padres, cuyos objetivos son facilitar un conocimiento adecuado de los TA y su detección temprana, informando sobre cuándo acudir al especialista en busca de ayuda. También recoge orientaciones sobre la prevención desde la primera infancia a la adolescencia y algunas nociones sobre nutrición saludable y prevención de la obesidad.

El tercer subprograma contempla la prevención secundaria mediante el diagnóstico precoz e información a los padres. Los casos detectados que reúnen criterios diagnósticos de un TA se remiten al especialista, mientras que a los que presentan actitudes de riesgo (tipo III de la Tabla 4) se les invita a participar en un programa de tratamiento precoz.

TABLA 7. COMPARACIÓN DE LOS HISTOGRAMAS DE PUNTUACIÓN TOTAL DEL *EATING ATTITUDES TEST* MEDIDA AL MES



Conclusiones

Basándonos en el análisis de los estudios revisados y en nuestra experiencia, consideramos que, junto a los esfuerzos por conseguir más y mejores unidades de tratamiento, las autoridades sanitarias deberían desarrollar políticas de prevención primaria entre los adolescentes como parte de la estrategia eficaz en la lucha contra los TA. Estos programas han de tener un bajo coste y dirigirse a la población escolar, integrándose en el currículum educativo.

Establecer como objetivo de un PPP el aumento de conocimientos sobre la enfermedad no supone una ventaja mayor que no hacer nada y suele ser contraproducente. Queda demostrado que es posible modificar las actitudes y conductas alimentarias, con un bajo coste, por lo que en la actualidad todo programa debería plantearse estos objetivos.

La investigación en la prevención primaria ha de dirigirse a conseguir una modificación de actitudes y comportamientos cada vez más duradera y a demostrar una reducción eficaz de la incidencia, quizás mediante estudios controlados en poblaciones más o menos cerradas.

REFERENCIAS

- Button, E. J., Sonuga-Barke, E. J., Davies, J. & Thompson, M. (1996). A prospective study of self-esteem in the prediction of eating problems in adolescent schoolgirls: questionnaire findings. *British Journal of Clinical Psychology*, 35 (2), 193-203.
- Costa, M. y López, E. (1996). *Educación para la salud. Una estrategia para cambiar estilos de vida*. Madrid: Pirámide
- Froján, M. J. y Santacreu, J. (1996). Evaluación de programas de salud. En R. Fernández-Ballesteros (Dir.), *Evaluación de programas. Una guía práctica en ámbitos sociales, educativos y de salud* (pp. 283-319). Madrid: Síntesis.
- Garner, D. M. & Garfinkel, P. E. (1979). The Eating Attitudes Test: an index of the symptoms of anorexia nervosa. *Psychological Medicine*, 9, 273-279
- Gresko, R. B. & Rosenvinge, J. H. (1998). The Norwegian school-based eating disorders prevention programme. En W. Vandereycken & G. Noordenbos (Eds.), *The prevention of Eating Disorders* (pp. 75-98). London: The Athlone Press.
- Huon, G. F., Braganza, C., Brown, L. B., Ritchie, J. E. & Roncolato, W.G. (1998). Reflections on prevention in dieting-induced disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 23 (4), 455-458
- Mann, T., Nolen-Hoeksema, S., Huang, K., Burgard, D., Wright, A. & Hanson K. (1997). Are two interventions worse than none? Joint primary and secondary prevention of eating disorders in college females. *Health Psychology*, 16 (3), 215-225.
- Morandé, G. (1995). *Un peligro llamado anorexia: la tentación de adelgazar*. Madrid: Temas de Hoy.
- Moreno, A. B. & Thelen, M. H. (1993). A primary prevention programme for eating disorders in a junior high school population. *Journal of Youth and Adolescence*, 22, 109-124.
- Moriarty, D., Shore, R. & Maxim, N. (1990). Evaluation of an eating disorder curriculum. *Evaluation and Programme Planning*, 13, 407-413.
- Neumark-Sztainer, D. (1996) School-based programs for prevention eating disturbances. *Journal of School Health*, 66 (2), 64-71.
- Paxton, S.J. (1993). A prevention programme for disturbed eating and body dissatisfaction in adolescent girls: a one year follow-up. *Health Education Research*, 8, 43-51.
- Rodríguez Marín, J. (1995). *Psicología social de la salud*. Madrid: Síntesis.
- Saldaña, C. (1994). *Trastornos del comportamiento alimentario*. Madrid: Fundación Universidad Empresa.
- Stewart, A. (1998). Experience with a school-based eating disorders prevention programme. En W. Vandereycken & G. Noordenbos (Eds.), *The prevention of eating disorders* (pp. 99-136). London: The Athlone Press.
- Toro, J. (1996). *El cuerpo como delito. Anorexia, bulimia, cultura y sociedad*. Barcelona: Ariel.
- Toro, J. y Vilardell, E. (1987). *Anorexia Nerviosa*. Barcelona: Martínez Roca.
- Villena, J. (1997). Intervención en la alimentación de los adolescentes. En *Educación para la salud en el mundo adolescente* (pp. 27-46) (7018/2). Varios autores. Valencia: Universidad Internacional Menéndez Pelayo.
- Villena, J. y Castillo, M. (1998). Orientaciones para la detección de la anorexia y bulimia nerviosa en el medio escolar. En *Orientación en el aula de los trastornos clínicos del adolescente* (pp. 65-91) (7015/5). Varios autores. Valencia: Universidad Internacional Menéndez Pelayo.
- Villena, J. y Castillo, M. (en prensa). *Programa de intervención preventiva de los trastornos de la alimentación en mujeres adolescentes*. Valencia: Instituto Valenciano de Salud Pública.

