

**LA EDUCACIÓN NUTRICIONAL COMO FACTOR DE
PROTECCIÓN EN LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA
ALIMENTARIA**

Patricia Bolaños Ríos
pbr@tcasevilla.com

La Organización Mundial de la Salud (OMS)¹ define la Salud como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”. Uno de los aspectos que van a contribuir a mantener la salud es la alimentación, alterada en la actualidad por la influencia de los nuevos estilos de vida de la sociedad y sólo una correcta educación nutricional podría modificar conductas y actitudes erróneas, con el objetivo de recuperar hábitos saludables que ayuden a mejorar la calidad de vida. Si bien durante años, la familia ha sido el núcleo de formación de los hábitos alimentarios, en la actualidad, además, la conducta alimentaria está determinada por diversos factores, algunos de los cuales no se relacionan directamente con los alimentos: sociales, económicos, publicitarios, culturales, etc. Este hecho, muestra la relevancia de incluir a servicios de restauración colectiva y medios de comunicación en el proceso de educación nutricional de la sociedad, ofreciendo una alimentación equilibrada fuera de casa y proporcionando información real acerca de los diferentes alimentos que se dan a conocer en dichos medios. Una correcta educación nutricional podría conseguir la instauración en la sociedad actual de correctos hábitos alimentarios que actúen como factores de prevención de enfermedades cardiovasculares, obesidad, diabetes o diferentes tipos de cáncer de origen alimentario, entre otras, muy frecuentes en la actualidad.

Para ello, la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía elaboró el “Plan para la Promoción de la Actividad Física y la Alimentación Equilibrada” para los años 2004-2008, elaborando una “Guía de Consejo Dietético en Atención Primaria”² dividida en dos partes: “Consejo Dietético Básico” a desarrollar en consultas médicas y de enfermería y en el que se ofrece un consejo breve sobre alimentación y ejercicio físico, y “Consejo Dietético Intensivo” para reforzar las intervenciones del Consejo Básico. El programa se centra en enseñar al personal sanitario a transmitir la importancia de tomar conciencia en cuanto a la alimentación y ejercicio físico, de manera que la población pueda llevar a cabo un estilo de vida saludable (Guía de Consejo Dietético Intensivo en Atención Primaria, Consejería de Salud).

Por otro lado encontramos la Estrategia NAOS (Estrategia para la Nutrición, la Actividad Física y Prevención de la Obesidad, creada por la Agencia Española de Seguridad Alimentaria en febrero de 2005)³, diseñada para disminuir la prevalencia de obesidad y sobrepeso y sus respectivas consecuencias, tanto en el ámbito de la salud pública como en el ámbito social. Después de llevarse a cabo durante un año se ha podido comprobar el aumento de sensibilización y concienciación de este problema en diversos ámbitos sociales.

En el presente, una gran mayoría de programas de educación nutricional están enfocados a la prevención de la obesidad infantil, cada vez más frecuente en la población. De todas formas, todos intentan instaurar buenos hábitos de alimentación y ejercicio físico, por lo que no sólo se puede evitar la obesidad sino también el desarrollo de otros tipos de trastornos de la conducta alimentaria (TCA). Algunos ejemplos de programas de prevención son³:

- a) El Proyecto de Karelia del Norte (1972-1997), con el objetivo principal de reducir la mortalidad por enfermedad cardiovascular en hombres de 35-64 años, en los que se objetivaron cambios alimentarios generalizados tras la intervención (Puska, 2001).
- b) Countrywide Integrated Noncommunicable Diseases Intervention Programme (CINDI) (Programa Nacional Integrado de Intervención contra Enfermedades No Transmisibles) (1985-1992):(OMS, 1996). Algunos de los programas de intervención fueron la educación nutricional y los programas dirigidos a la juventud.
- c) El Programa de Salud Cardíaca de Pawtucket (1980-1991), que determinó si la educación comunitaria con una estrategia activa podría generar modificaciones en los factores de riesgo cardiovascular.
- d) Programa Escuelas Saludables (Shi-Chang, 2004), cuyo objetivo era mejorar el estado de salud y nutricional de los estudiantes, del personal escolar y de los padres de los alumnos. Comprobaron un año y medio después que mejoraban los conocimientos, las actitudes y la conducta alimentaria de dichos grupos.
- e) En el Reino Unido se utilizó también el mismo programa pero con un componente más: Esquema Nacional de Consumo Escolar de Frutas (Dept of Health, 2002), que potencia una alimentación más saludable para los escolares de 4 a 6 años, dándoles una pieza de fruta diariamente.

En estos programas parece ser que la práctica y la metodología se introducen en el concepto de educación nutricional, lo que hasta ahora no se había llevado a cabo. La educación nutricional como tal, debe respetar la evolución y el desarrollo del individuo, potenciar sus cualidades, motivar e interesar al individuo por el aprendizaje de conocimientos y la adquisición de habilidades y destrezas, respetar las convicciones de los demás sin abdicar de las propias, desarrollar la capacidad de análisis de las situaciones y problemas que afectan a su vida y salud y afirmar su juicio crítico para la toma de decisiones⁴. Estos aspectos hacen posible que la educación nutricional consiga cambiar conductas y actitudes además de lograr un buen nivel de conocimientos teóricos que dan capacidad crítica al individuo acerca de temas relacionados con la alimentación. Este tipo de educación debe estar introducida en las bases de la enseñanza de niños y adolescentes, obteniéndose mejoría en la alimentación y pudiendo así prevenir enfermedades como los TCA, frecuentes en estas edades⁵.

El medio social, ha sido el responsable de muchos de los cambios producidos en los hábitos alimentarios, además de favorecer el desarrollo de conductas que nada tienen que ver con las recomendaciones para el mantenimiento de un correcto estado de salud⁶. Son muchos los hábitos erróneos que en la actualidad dificultan llevar a cabo una correcta alimentación, a continuación se citan algunos de ellos:

- a) Horarios irregulares: en tiempos pasados todas las actividades se adaptaban a los horarios de comida, sin embargo esto ha cambiado en la actualidad, y son los horarios de comida los que se adaptan al resto de actividades como el trabajo, los

programas de televisión, el ordenador (concretamente el uso de internet), los videojuegos o las salidas con los amigos, entre otros. Este hecho provoca que los horarios de las comidas no se mantengan a lo largo de la semana, viéndose esto afectado especialmente durante los fines de semana, que se han convertido en sinónimo de descontrol en cuanto a las comidas.

Durante el fin de semana también se afecta el descanso cambiando las horas para acostarse y levantarse, y alterando por tanto la realización de ciertas comidas como la media mañana (ausente en la mayoría de los casos ya que se desayuna tarde como consecuencia de acostarse y levantarse tarde), imperan las comidas fuera de casa, la comida rápida, los refrescos y el alcohol. La desorganización a lo largo de la semana, más llamativa en el fin de semana, provoca importantes desajustes desde el punto de vista físico y psicológico en el ser humano, ya que todo individuo necesita un mínimo de orden y disciplina.

- b) Comidas acompañadas por la televisión: como se acaba de mencionar, los horarios de comidas se adaptan al resto de actividades de cada individuo, y generalmente las actividades de cada miembro de la familia son distintas (trabajos, clases, salidas con amigos, internet, distintos programas de televisión, etc) lo que provoca que la comida en familia, tan importante hace 30-40 años haya desaparecido prácticamente en la actualidad ya que cada uno come a horas distintas. La comida delante del televisor hace que el acto de comer se convierta en una acción mecánica que la persona realiza de forma rápida para terminar y hacer otra cosa o de forma lenta si el programa/serie/película que están televisando es mínimamente interesante. Todo hecho mecánico conlleva la presencia de rutina y monotonía.

Es curioso el hecho de utilizar la televisión, específicamente los dibujos animados, cuando un niño no quiere comer. Esta técnica es muy utilizada por los padres, interesados en que los niños coman pero sin saber las consecuencias de este hecho, a simple vista insignificante ya que consiguen su objetivo, porque ¿qué puede ser más importante que lograr que el niño coma? Pues bien, utilizar esta técnica provoca que el niño no sepa distinguir sabores, dado que su atención está centrada en la televisión, impidiendo un correcto desarrollo del sentido del gusto, además de afectar a la identificación de las señales de hambre y saciedad, provocando al mismo tiempo que el comer se transforme en algo mecánico.

- c) Monotonía en la alimentación: se refiere al “sota, caballo y rey” de la alimentación. En la actualidad, la falta de tiempo, la escasa importancia de la alimentación, el culto al cuerpo (peluquería, manicuras, limpiezas de cutis, gimnasios) o el añorado descanso entre otros, conllevan un escaso interés culinario en las familias, consiguiendo que todas las semanas estén presentes los mismos platos en los almuerzos (con el típico “hoy lunes tocan lentejas, igual que todas las semanas”) y que las cenas consistan en bocadillos, pizzas, hamburguesas, embutidos, fritos, algún yogur o una pieza de fruta. Esta rutina y falta de interés se extiende hasta el punto de no comer legumbres dada su “dificultad” para cocinarlas: “¿Unas lentejas? Uffff...yo cuando llego a casa tan cansada me tiro en el sofá, no puedo ponerme a hacer unas lentejas...” (lentejas: cocer junto a la verdura). Esto es debido a la comodidad a la que el ser humano está acostumbrado

en la actualidad, que como se puede apreciar, se ha extendido al campo de la alimentación.

Se puede observar además la importancia que el culto al cuerpo tiene con respecto a cuidar la salud. Para tener “buena presencia” no tiene importancia alguna perder 2 horas en una peluquería o en algún centro de estética, y siempre se tiene tiempo, sin embargo, el cocinar unas lentejas (por seguir con el mismo ejemplo) sí conlleva “una pérdida de tiempo”. No obstante, tener el cabello o el cutis perfectos no va a impedir el desarrollo de ningún tipo de enfermedad, mientras que una correcta alimentación sí.

Esta monotonía conlleva una alimentación poco variada y por tanto nada equilibrada, disminuyendo el consumo de ciertos grupos de alimentos hasta su ausencia como las citadas legumbres o las verduras, por ejemplo, alejándose la alimentación, cada vez más, de las recomendaciones para mantener un correcto estado nutricional.

- d) Comer sólo lo que más gusta: esta monotonía y “falta de tiempo” provoca que la alimentación se componga de aquéllos alimentos preferidos por cada individuo, dando lugar a importantes déficits nutricionales. Esto se acentúa con la costumbre de realizar distintas comidas en casa a gusto de cada miembro, en lugar de una misma comida para toda la familia. Con esto se consigue que los niños no se acostumbren a probar y reconocer distintos sabores, así como a comer ciertos alimentos que no son de su agrado pero sí fundamentales en la alimentación. Un ejemplo es el consumo de verduras o pescado, deficitario en niños y adolescentes (y que por tanto también lo será cuando sean adultos) dado que siempre que hay para comer alguno de dichos grupos, para ellos se preparan, en muchas ocasiones, otros alimentos que prefieran.

Estos hábitos de alimentación llevados a cabo por la población actual, son en gran medida impuestos por la sociedad, que empuja a su realización por parte de los individuos como criterio para ser reconocido y aceptado por su grupo⁷, penalizando los gestos antisociales. Por tanto, es indispensable intervenir en la propia estructura social, en la jerarquía de sus valores y en las motivaciones y estímulos que potencia, para modificar los hábitos erróneos hacia patrones más saludables⁸.

En los programas de educación nutricional deben ser tenidos en cuenta los medios de comunicación y su influencia en el consumidor, ya que ofrecen en muchos casos información confusa y contradictoria de distintos productos para conseguir su venta, aprovechando la debilidad del consumidor y sus escasos conocimientos sobre alimentación, sin considerar las consecuencias que acarrea esto para su salud. Los medios muestran al consumidor una utopía: mensajes atractivos o productos cuya eficacia está certificada por “estudios científicos”, nada de sacrificios, renuncias ni esfuerzos. Esta influencia es más importante en determinados grupos caracterizados por su vulnerabilidad como los niños y los adolescentes. Por ejemplo, esta información mal interpretada lleva en algunos casos a la obsesión por la alimentación desarrollando patologías como los TCA. Por este motivo, es importante que la educación nutricional se lleve a cabo desde la infancia, tratando aspectos

como el aumento de la capacidad de análisis para interpretar de forma correcta la información dada a través de los medios y así conseguir que la sociedad sea capaz de criticar dicha información basándose en conocimientos recientes de alimentación y salud.

Un buen nivel de educación nutricional se adquiere cuando la población toma consciencia y se hace responsable del cuidado de su salud, siguiendo las pautas y recomendaciones expresadas por la comunidad científica y los organismos nacionales e internacionales que se ocupan de proteger la salud. Además deben saber la importancia que tiene el conocer las bases de la nutrición y los factores que afectan a su salud, así como adaptar la dieta a las distintas circunstancias y etapas vitales⁴.

Es importante considerar en los programas de educación nutricional los factores económicos, sociales y culturales que influyen en una población determinada, expresando recomendaciones realistas que pueda seguir, consiguiendo que el consumidor perciba la educación como un ejercicio intelectual que puede resolver sus problemas⁹.

El núcleo más adecuado para ejercer la educación nutricional siempre ha sido la familia, dado que el individuo desde que nace comparte la comida con el resto de la familia y existe una relación de proximidad y afecto entre los distintos miembros. Sin embargo, la familia ha evolucionado mucho y en la actualidad comparte este papel con otros sistemas educativos de la sociedad⁴. Por ejemplo, en muchos casos los niños tras las clases se quedan en el comedor, pero esto no debe significar que en casa no se deba continuar la formación con respecto a los hábitos alimentarios, ya que los desayunos, meriendas y cenas se realizan en casa, además de todas las comidas en el fin de semana. Por tanto, es una tarea compartida pero la adquisición de los hábitos alimentarios sigue teniendo lugar mayoritariamente en el hogar.

La escuela, a pesar de tener gran influencia en la adquisición de hábitos correctos, sólo cubre una parte de la vida del individuo además de tener otros objetivos educativos como el cumplimiento de los programas académicos de las diversas materias, por lo que necesita la ayuda, colaboración y autoridad de los padres⁴. Con esto se hace insistencia en compartir la enseñanza de hábitos alimentarios correctos manteniendo una estrecha colaboración entre escuela y familia¹⁰ pero no delegar totalmente este deber al sistema educativo.

La familia debe⁴: estimular actitudes positivas hacia los alimentos propios de la cultura a la que pertenece el individuo, seguir las recomendaciones de las guías alimentarias controlando las aversiones alimentarias¹¹, respetar las preferencias alimentarias sin caer en la monotonía, promover dietas variadas y equilibradas respetando la calidad y cantidad recomendadas, estimular el sentido de solidaridad (compartir los alimentos entre los miembros de la familia), e implicar a todos los miembros en las actividades relacionadas con la comida (seleccionar y comprar los alimentos, planificar una correcta alimentación, cocinar o conservar los alimentos, haciendo partícipe a toda la familia)¹².

La escuela debe basar la enseñanza relativa a la alimentación en las bases de la buena nutrición en el programa escolar, así como ofrecer una alimentación correcta y equilibrada en caso de contar con el servicio de comedor⁴.

La escuela debe⁴: enseñar las bases de la nutrición, los alimentos y sus nutrientes, enseñar la relación directa entre hábitos alimentarios y salud, valorar la importancia de factores psicosociales en las tradiciones, aversiones y preferencias alimentarias y estimular el espíritu crítico para tomar decisiones correctas.

¿Cuál podría ser el tercer ámbito que debe estar implicado en la educación nutricional? Pues bien, ese tercer ámbito es el contexto en el que los individuos están integrados, la comunidad. La comida está presente en la mayor parte de actos sociales y celebraciones, utilizándose, cada vez con más frecuencia, la restauración colectiva (restaurantes, bares). Al ser el entorno en el que el individuo se encuentra integrado, puede ayudar en gran medida a la promoción de hábitos saludables⁴.

La comunidad debe⁴: favorecer políticas nutricionales que faciliten las decisiones de la población en la elección de una dieta saludable, controlar la información procedente de los medios de comunicación de masas para evitar que provoquen confusiones, garantizar la protección del consumidor asegurando el cumplimiento de la legislación, evitar conductas desfavorables para el mantenimiento de la salud y la promoción de dichas conductas, estimular prácticas alimentarias que favorezcan la aceptación de una alimentación saludable, difundir información acerca de los recursos del entorno para que los individuos conozcan los alimentos de los que disponen y potenciar la solidaridad y la lucha contra el desperdicio¹³.

La educación nutricional puede formar parte de las consultas de atención primaria, siendo además de gran utilidad, dado que los pacientes conceden una gran credibilidad que además coincide con el deseo de salir de una determinada enfermedad o evitarla. Se puede utilizar como parte del tratamiento de enfermedades o para estimular la adquisición de buenos hábitos de alimentación en personas que acuden para realizar alguna consulta o que se encuentran en situaciones especiales (madres y niños, adolescentes, ancianos, embarazadas, etc.)⁴.

La realización de programas de educación nutricional en niños y adolescentes mejora los conocimientos de éstos acerca de alimentación y salud, pero sin embargo, difícilmente cambian sus hábitos de alimentación dado que generalmente son hábitos que comparten con el resto de la familia. A pesar de que sean conscientes de la importancia de cambiar hábitos erróneos que tengan adquiridos, no son ellos generalmente quienes deciden qué alimentos comprar ni se encargan de planificar la alimentación semanal. Aunque ciertos hábitos sí los pueden cambiar por sí solos como desayunar, tomar postre o beber agua con las comidas, es difícil cuando el resto de la familia mantiene los hábitos y no colabora ni apoya al niño o adolescente.

Para conseguir que los programas de educación nutricional sean realmente efectivos en niños y adolescentes, es importante implicar a los adultos en dichos programas pudiendo así contar con su apoyo y colaboración, facilitando el cambio de hábitos en los más jóvenes. Para llevar a cabo el cambio de hábitos en los adultos es importante que el educador sepa profundizar en las características de la población para poder trabajar mejor, ya que estas personas se niegan con más frecuencia a cambiar sus hábitos, adquiridos generalmente en la infancia y adolescencia⁴.

Los programas de educación nutricional en adultos basados en las consecuencias de una mala alimentación conllevan el abandono del programa o la negación a seguir las pautas recomendadas, por lo que es importante comenzar por la motivación del individuo, es decir, conseguir el interés por aprender y modificar los hábitos erróneos. La motivación es importante ya que la educación nutricional en adultos supone, en muchos casos, desmontar todas aquellas creencias, tradiciones, símbolos, costumbres, gustos personales o conocimientos sobre la materia que estos individuos han tenido durante toda su vida⁴.

La realización de programas de educación nutricional concede una especial atención a grupos de riesgo como niños y adolescentes, embarazadas y lactantes, población inmigrante, marginados o personas con factores de riesgo predisponentes (diabéticos, hipertensos, obesos)⁴.

Los niños y adolescentes constituyen un importante grupo de riesgo dada la vulnerabilidad que les caracteriza. A estas edades tiene lugar la adquisición de hábitos alimentarios que mantendrán en la edad adulta, por lo que el aprendizaje de malos hábitos en estas edades les conducirá a enfermedades como diabetes, enfermedades cardiovasculares u obesidad, esta última considerada la epidemia del siglo XXI según la OMS¹⁴.

En dicho grupo repercute en gran medida la sociedad, ya que manifiestan la necesidad de sentirse integrados. Por otra parte, la publicidad consigue cautivar a los niños y adolescentes utilizando mensajes atractivos. Con esto se consigue que los niños insistan a sus padres en comprar determinados productos (en muchos casos estos anuncios muestran que un buen padre los comprará) y que los adolescentes, que gozan de un principio de autonomía en cuando a su alimentación, los compren para tomar lo mismo que sus amigos, sin conocer las propiedades nutricionales reales de dichos productos.

Otros hábitos de alimentación y salud frecuentes entre los niños y adolescentes, influidos por la sociedad y su familia son saltarse comidas como el desayuno o la media mañana, beber refrescos con la comida, llevar a cabo una alimentación monótona basada en comida rápida, fritos o carne, abusar de alimentos precocinados, dulces, golosinas y bollería industrial, picotear entre horas, beber alcohol, dormir menos de 8 horas al día o la no realización de ejercicio físico entre otros. Por estos motivos es muy importante instaurar programas de educación nutricional en estas edades, dado que, como se puede observar, llevan a cabo hábitos de alimentación nada parecidos a los recomendables para el mantenimiento de un correcto estado nutricional y de la salud.

Con respecto a la infancia, como se citó anteriormente, el núcleo principal en el que el niño adquirirá los hábitos de alimentación que llevará a cabo durante el resto de su vida es la familia, por lo que ésta será la encargada de la educación nutricional en esta etapa. Cuando el niño tiene un año y medio aproximadamente, acostumbrado a los líquidos rechaza nuevas texturas, por lo que es importante conocer que en ocasiones, son necesarias doce o quince exposiciones a un nuevo alimento para que un niño lo acepte. Si en ese momento los padres le dan otro alimento, provocarán que la alimentación del niño siempre se base en caprichos, conduciendo a las citadas dietas monótonas y carencias nutricionales. A partir de este momento es necesario ayudar al niño a comer solo y supervisarlo, dado su creciente interés por la autonomía en las comidas, además de inculcar horarios regulares que enseñen al niño a adecuar sus necesidades a los horarios establecidos. Para ejercer la educación nutricional en casa, es necesario introducir progresivamente todos los sabores y texturas con todo tipo de alimentos e incluyendo variedad en cuanto a las técnicas culinarias utilizadas. Además, es importante instaurar el hábito de la realización de cinco comidas al día, respetando horarios regulares como ya se ha citado y comenzar en las comidas la toma de primer plato, segundo plato, un trozo de pan, postre (generalmente una pieza de fruta) acompañando la ingesta con agua. Haciendo referencia a uno de los hábitos actuales citados previamente, comer siempre lo que nos gusta, la infancia es el momento para impedirlo, mediante la realización de una misma comida para toda la familia, evitando en el plato del niño sabores intensos y picantes. Es importante dar un tiempo para las comidas, acostumbrando al niño que debe comer en aproximadamente 15-20 minutos en las tomas intermedias y en las principales en no más de 40 minutos, insistiendo en realizar una correcta masticación. Se debe evitar la televisión durante las comidas, así como cualquier otro tipo de distracción. Por último es importante prestar atención a la presentación de los platos, facilitando a los niños tomar alimentos que no sean de su agrado, fundamentalmente al tratarse de un alimento nuevo¹⁵.

Además de inculcar adecuados hábitos de alimentación, los padres deben enseñar normas de conducta en la mesa: lavarse las manos antes y después de las comidas, lavarse los dientes inmediatamente al terminar de comer, comer con un cierto orden los platos que se van presentando, tomar pan y agua en las comidas, trocear los alimentos con limpieza, masticar y deglutir de forma correcta, estar en la mesa correctamente sentado todo el tiempo que dure la comida y usar cuchara y tenedor a partir de los tres años de edad. Por otra parte es importante realizar las comidas en familia dialogando sobre aspectos positivos, no utilizar la comida como premio o castigo, evitar silencios y enfados a la hora de las comidas así como todo tipo de distracciones que puedan interrumpir el diálogo (televisión, móvil, prensa, etc.). Si el niño comienza a comer en el comedor de la guardería o el colegio, es necesario confirmar que ofrece menús apropiados para la edad y la zona o región, comidas con una buena presentación e higiene, la existencia de un adecuado control sanitario y un importante contexto educativo (nutricional, higiénico y social)¹⁵.

Con respecto a la adolescencia, es necesario conocer los riesgos que conllevan las costumbres alimentarias a estas edades. Por ejemplo, el comer con frecuencia fuera de casa provoca la ausencia de supervisión familiar a edades en las que aún es imprescindible, consumiendo por lo general comida rápida dado su bajo coste y su atractivo, caracterizadas

por su exceso en grasas saturadas, sal, poco aporte de fibra, vitaminas y minerales. Otra conducta muy frecuente en la adolescencia es la realización de dietas encontradas en páginas web, revistas o compartidas con algún amigo, provocando importantes pérdidas de peso en muchos casos y carencias de micronutrientes. Un hábito adquirido a esta edad es no desayunar o merendar, provocando importantes periodos de ayuno nada recomendables y una disminución del rendimiento escolar. Es frecuente la utilización de bebidas carbonatadas como sustituto del agua en las comidas, utilizados incluso como merienda, provocando importantes consecuencias para la salud, por ejemplo, de los huesos, dado su contenido en ácido fosfórico que interfieren con el metabolismo del calcio¹⁵.

Estas conductas, unidas al sedentarismo generalizado en estas edades, están asociadas directamente al desarrollo de obesidad, algo contradictorio al culto al cuerpo existente en la sociedad actual. Por este motivo muchos adolescentes se someten a dietas extremas de adelgazamiento y a la realización de ejercicio excesivo pudiendo dar lugar al desarrollo de TCA, como anorexia o bulimia nerviosas. Dado este hecho, la labor de los padres es esencial ya que deben evitar estas conductas limitando las comidas fuera de casa, respetando el horario regular de comidas y la estructura de las mismas (desayuno completo, almuerzo y cena compuestos por un primer y segundo plato, tomar agua en las comidas, etc.) o no recurrir a precocinados y comida rápida. La educación nutricional en estas edades es fundamental para prevenir enfermedades como la obesidad y los TCA, disminuyendo este tipo de conductas y mejorando la capacidad crítica y responsabilidad de los adolescentes acerca de la alimentación y sus consecuencias en el estado de salud.

Con respecto a las mujeres embarazadas y lactantes, es importante la educación nutricional dado que ambas se consideran situaciones especiales para las que es fundamental una correcta alimentación. En estos casos es tan importante insistir en la adquisición de buenos hábitos dada la desorganización actual de la vida en general y de la alimentación en concreto, aspectos que pueden influir de forma decisiva en la salud de la madre y del niño. La alimentación durante el embarazo debe cumplir ciertos objetivos como cubrir las necesidades nutritivas de la madre para mantener su salud, satisfacer las necesidades para la formación del nuevo ser, preparar al organismo materno para afrontar mejor el parto y para la futura lactancia.

Uno de los aspectos que se intentan controlar más en la actualidad desde el punto de vista de la alimentación durante el embarazo es el peso de la madre, dado que tanto el bajo peso como el sobrepeso acarrear importantes consecuencias en el feto y en la madre. Cuando el índice de masa corporal (IMC) de la madre es menor a 19.8 el aumento de peso debe ser 12.5-15 kg, cuando está entre 19.8 y 26 el aumento de peso recomendado es 11.5-13 kg, con un IMC de 26-29 la madre debe incrementar un poco menos su peso (7-10.5 kg) y si la madre tiene un IMC mayor a 29 deberá aumentar el peso mínimo, es decir 7 kg. Es importante considerar en los programas de educación nutricional los déficits más frecuentes durante el embarazo como los de ciertas vitaminas (ácido fólico, vitamina B₆ o vitamina D) y minerales (calcio, hierro, zinc, magnesio, fósforo o yodo). Por otra parte, en el embarazo pueden desarrollarse patologías digestivas asociadas, a tener en cuenta en dichos programas.

Algunas de ellas son *épu*lis, hiperemesis gravídica, reflujo gastroesofágico, colostasis intrahepática, hígado graso agudo, preeclampsia y eclampsia, diabetes o estreñimiento y hemorroides. Además es importante insistir en la realización de cinco comidas al día, no picotear entre horas, seleccionar alimentos con una correcta densidad nutricional y realizar ejercicio de forma regular y moderada, es decir, las pautas a seguir por toda la población. Introduciendo todos estos aspectos en los programas de educación nutricional, la mujer embarazada podrá adquirir conocimientos suficientes que le ayudarán a llevar cabo unos hábitos saludables durante la gestación y la lactancia, y que además podrá mantener una vez pasadas ambas situaciones enseñando estos hábitos al resto de su familia¹⁶.

Otro grupo de riesgo son grupos económicamente desfavorecidos, marginados y población inmigrante, dado que por la escasa disponibilidad de recursos económicos, no pueden acceder con facilidad a alimentos de calidad que puedan configurar una alimentación variada y equilibrada. Por otra parte, es de considerar la dificultad de adaptación de algunas personas inmigrantes, dado el cambio de alimentación, radical en muchos casos, que tienen que aceptar.

El último grupo de riesgo a considerar son los ancianos. Los ancianos que viven solos pueden perder el interés por seleccionar y cocinar los alimentos, preparar la mesa o llevar un horario regular en las comidas, convirtiendo su alimentación en monotonía y desorganización. Otro motivo por el que convierten su alimentación en mera rutina, es el bajo nivel económico, que en muchas ocasiones no les permite ni siquiera comprar comida para el mes completo. Las dietas resultantes provocan un estado de malnutrición, muy frecuente en esta etapa vital. La educación nutricional puede ayudar a que estas personas recuperen la motivación y además aprendan a aprovechar los recursos de los que disponen al máximo, intentando incluir algo de variedad en su alimentación. En las residencias es muy frecuente encontrar una circunstancia similar, sobre todo en las residencias públicas y en las residencias por caridad. En muchas de las residencias pertenecientes a ambos grupos, las comidas siguen la misma regla, monótonas y con escasa densidad nutricional, basándose fundamentalmente en sopas y purés incluso en personas que no necesitan este tipo de dietas adaptadas. Es fundamental implicar a los diferentes Organismos de Sanidad en los programas de educación nutricional destinados a este grupo, ya que es de suma importancia la intervención económica para mejorar la calidad de la alimentación, así como la participación del personal encargado de la alimentación en las residencias de ancianos, para mostrar la importancia de adaptar la alimentación de forma individual, llevando a cabo en todos los casos una alimentación completa, variada y equilibrada consiguiendo mejorar la calidad de vida de los ancianos.

Pues bien, centrando la atención en una de las consecuencias más importantes de la alimentación actual, es decir, la citada obesidad, es esencial insistir en la contrariedad existente frente al ideal de belleza actual, caracterizado por la delgadez. Esta contrariedad lleva a muchos adolescentes a la realización de dietas de adelgazamiento y conductas compensatorias como el ejercicio excesivo, el uso de diuréticos y laxantes o vómitos, desarrollando un TCA como se ha mencionado en párrafos anteriores. Por esto, es

importante saber que la prevención del sobrepeso-obesidad también constituye una forma de prevención de los TCA dado el papel que, como factor de riesgo, tiene el exceso de peso en la adolescencia de cara a precipitar dietas hipocalóricas y otras conductas de riesgo³². Además, en los programas de prevención del sobrepeso-obesidad es necesario incluir la educación nutricional, centrada en promocionar cambios de estilo de vida, hábitos saludables de alimentación y aumento de la actividad física^{17,18}.

Los trastornos de la conducta alimentaria son trastornos fundamentalmente psicológicos y con una traducción en el comportamiento frente a la comida, siendo los más frecuentes anorexia y bulimia nerviosas¹⁹. Para evitar su continuo crecimiento así como las nefastas consecuencias para la salud que su desarrollo provoca, es necesario insistir en la importancia de desarrollar programas de educación nutricional que modifiquen los hábitos erróneos característicos de la actualidad intentando conseguir organización en los horarios de comidas, evitar el picoteo y comer entre horas, evitar que tomen sólo aquello que les gusta limitando la variedad en la alimentación, insistir en la importancia de la realización de las cinco comidas (desayuno, media mañana, almuerzo, merienda y cena), así como la necesidad de tomar tanto en el almuerzo como en la cena primer plato, segundo plato, un trozo de pan y postre y moderar el consumo de dulces, refrescos, fritos, además de fomentar la práctica de ejercicio físico de forma regular. En resumen, adquirir unos buenos hábitos puede disminuir el riesgo de la realización de conductas que puedan predisponer al desarrollo de un TCA.

Algunas orientaciones y estrategias que pueden ser válidas para intentar disminuir el desarrollo de estos trastornos en personas de riesgo, fundamentalmente los adolescentes, dada su vulnerabilidad y deficiente capacidad de análisis, son⁴:

- a) Estudio detallado del entorno psicosocial en el que se desarrolla la vida del individuo.
- b) Conocimiento de los preconceptos en materia de salud y nutrición que esgrimen en su razonamiento este tipo de personas.
- c) Conocimiento de sus aspiraciones, valores estéticos e importancia que conceden a las relaciones humanas y elementos de motivación que pueden estimularlos.
- d) Práctica de la empatía y la escucha sin que esto suponga tolerancia máxima ni renuncia, por parte de quien intenta ayudarlos, a pronunciarse en la dirección adecuada.
- e) Información rigurosa y serena, huyendo de las imágenes desalentadoras y de exposiciones traumáticas que puedan generar miedos y deseos de no saber nada.
- f) Evitar los juicios de valor que tengan un tinte moralizador y crítico, desde la perspectiva de quien los ejerce.
- g) Involucrar a la familia en la línea de una colaboración eficaz, pero silenciosa (ni persecuciones, ni comentarios, ni culpabilizaciones). Buscar una actitud activa, de alerta ante el problema y lo más aséptica posible. La persona debe percibir a la familia como recurso permanente, con el que se puede contar, pero que no pide nada a cambio.

- h) El razonamiento y la negociación como método, la transmisión de confianza, la reflexión sobre sus propias cualidades, la verbalización en suma de sus problemas para que, de su propio análisis, surjan las soluciones que están dispuestas a afrontar.

La educación para la prevención debe enfocarse teniendo en cuenta las características propias de la edad de la adolescencia, así como la búsqueda del Yo, la tendencia a asimilarse al grupo y tenerlo como referente, actitudes antisociales, la evolución sexual o la inestabilidad emocional que los lleva de la euforia al completo pesimismo. Además de las características de la edad, hay que prestar atención a factores predisponentes como la combinación del entorno laboral, sociocultural y una personalidad lábil, receptiva e influenciable, dando lugar a escasa autonomía y baja autoestima, con tendencia a exigir la perfección extrema. Hay factores como un problema familiar, la pérdida de un ser querido o la decisión de adelgazar de forma inadecuada, que desencadenan el problema, los llamados factores desencadenantes. Los factores de mantenimiento son las sensaciones fisiológicas y emocionales de no comer haciendo que la patología se perpetúe⁴.

Además es importante introducir en la prevención de estos trastornos la educación nutricional como parte de la enseñanza desde la infancia, dando lugar a la adquisición de conocimientos recientes y fiables acerca de alimentación, nutrición y salud. Trabajando de forma conjunta los temas psicológicos y nutricionales se conseguirán mejorar aspectos como el autoestima, la capacidad de interpretación de la información ofrecida por medios de comunicación así como los conocimientos para la elaboración de una alimentación completa, variada y equilibrada seleccionando alimentos de buena calidad nutricional.

Es necesario lograr la participación de la familia, colaborando a mejorar la comunicación entre los miembros así como facilitar la adquisición de hábitos alimentarios correctos enseñando a llevar a cabo una alimentación adecuada, evitando la sobreprotección y eliminando las exigencias excesivas⁴.

Cuando la educación nutricional de prevención no ha causado el efecto esperado y se desarrolla un TCA, es imprescindible saber que dada la complejidad de dichos trastornos, es indispensable un enfoque multidisciplinar¹⁹. Esta terapia ha supuesto una herramienta que ha posibilitado aumentar las probabilidades de recuperación²⁰.

En este contexto, la figura de diferentes profesionales de la salud es esencial: psiquiatras, psicólogos, nutriólogos, enfermeros y nutricionistas, todos con distinta formación, responsabilidades y tareas asignadas. Hasta hace relativamente poco tiempo, la figura del nutricionista no estaba presente en este equipo multidisciplinar, sin embargo es fundamental ya que los trastornos de la conducta alimentaria pueden inducir graves repercusiones nutricionales que, por un lado, interfieren en el tratamiento psicológico y, por otro, ponen en peligro la vida de los pacientes. El control y la resolución de estas complicaciones han de correr a cargo de especialistas en nutrición con experiencia suficiente

en el manejo de estas enfermedades²⁰. Además, los nutricionistas se encargan en estos casos de ejercer la educación nutricional para pacientes y familias, intentando modificar hábitos alimentarios erróneos hacia patrones más saludables, formando además un correcto criterio respecto a la alimentación que posibilite rechazar la mala información que circula cada vez más por los medios de comunicación y que crea confusiones y mitos provocando la manipulación de la alimentación mediante la eliminación de ciertos grupos de alimentos o la realización de conductas como evitar mezclar ciertos alimentos en la misma comida o alterar la estructura de dicha comida tomando el postre al principio o el agua al final.

El trabajo en equipo es muy importante y además se debe realizar de forma conjunta y coordinada en el tratamiento de los trastornos de la conducta alimentaria²¹ ya que, como se ha mencionado anteriormente, el estado nutricional en los TCA puede condicionar la viabilidad del tratamiento psicológico²².

Entre las funciones a ejercer por el nutricionista en el tratamiento de los TCA destacan:

- a) Valoración del estado nutricional.
- b) Diagnóstico de repercusiones orgánicas y enfermedades asociadas.
- c) Tratamiento de malnutrición y de otras posibles deficiencias nutricionales.
- d) Tratamiento de las complicaciones orgánicas existentes.
- e) Educación nutricional dirigida al paciente y su familia.

Como se puede observar, la educación nutricional es de gran interés en estos trastornos y constituye una de las principales funciones del nutricionista. Una de las causas que pueden hacer que se desarrollen los trastornos de la conducta alimentaria es la práctica inadecuada de los hábitos alimentarios y de vida, muy habitual en la actualidad como ya se ha citado anteriormente y por tanto desde este punto ha de partir la tarea del nutricionista, para reeducar a pacientes y familias de forma que modifiquen conductas y actitudes incorrectas con respecto a la alimentación. La implicación de la familia en la terapia nutricional es fundamental para la adecuada evolución del paciente, ya que la mayoría de hábitos que ha adquirido el paciente proceden del seno familiar, por lo que en la casi totalidad de los casos es la familia completa la que ha de modificar hábitos. El hecho de no modificarlos crea en el paciente la idea de que la alimentación es un tratamiento que sólo ha de realizar de forma temporal hasta su recuperación, algo que es necesario evitar, pues una de las tareas del nutricionista es conseguir que el paciente lleve a cabo una alimentación normal no sólo durante el tratamiento sino que los hábitos adquiridos sean mantenidos durante toda su vida, garantizando un correcto estado nutricional y de salud. Es importante tener en cuenta que en un programa de intervención nutricional, es necesario considerar algunos puntos básicos (grupos de alimentos, composición y propiedades nutricionales, frecuencias de consumo recomendadas), aclarar y fundamentar mitos erróneos sobre la alimentación, dar pautas para una dieta equilibrada y saludable, aconsejar sobre técnicas culinarias y dar estrategias dietéticas para modificar la conducta alimentaria y los hábitos alimentarios erróneos¹⁶.

Es cada vez más frecuente encontrar familias completas que no desayunan, que se saltan comidas como la media mañana o la merienda, toman sólo plato único, no toman pan con la comida ni postre, beben refrescos en lugar de agua, comen solos, rápido y a veces incluso de pie, ponen la televisión en cada comida, tienen horarios irregulares o no cocinan abusando por tanto de la comida rápida o platos ya preparados. Por este motivo es necesario indicar pautas de alimentación a seguir por toda la familia.

El nutricionista, además de realizar el seguimiento ponderal del paciente, deberá supervisar la alimentación mediante registros semanales de comidas. El uso de los registros plantea un inconveniente, son poco precisos y aunque se puede conocer la frecuencia de consumo de los alimentos no se sabe qué cantidad toma el paciente realmente, pudiendo esto plantear errores al estimar las raciones. Por esto, es recomendable el uso de fotos digitales antes (para ver la cantidad servida) y después de las comidas (para ver la cantidad restante al finalizar) conociendo de esta forma la cantidad exacta que toma el paciente. Se realizarán fotos de las cinco comidas, mostrando en una foto todo lo que el paciente vaya a comer, es decir, en un almuerzo, por ejemplo, en la misma foto aparecerán los dos platos, el trozo de pan, el postre y la bebida. Además de su utilidad para conocer la cantidad exacta de los platos, las fotos también se pueden utilizar para observar la presentación de los platos y mejorarla, facilitando al paciente el hecho de enfrentarse a la comida. Sólo el hecho de tener que realizar una foto mejora la presentación, ya que por lo general se muestra interés por que todo esté correctamente, ya que lo tiene que ver otra persona ajena a la familia. Por otra parte, se pueden apreciar malos hábitos que en el registro no se detectan, ya que a pesar de insistir en especificar todos los detalles, siempre hay cosas que no anotan. Un ejemplo de ello es la toma de yogur, anotando generalmente “yogur”, pero ¿de qué? ¿de sabores? ¿con trozos de frutas? Pues bien, en muchos casos se puede repetir de forma excesiva algún tipo de yogur de chocolate o postres lácteos como natillas, siendo alimentos con un mayor contenido de azúcares simples. Otro ejemplo es el caso de la fruta, en muchas ocasiones aparece en los registros “fruta” pero ¿qué tipo de fruta? ¿es siempre la misma? Por otra parte, un grupo de alimentos que por lo general está mal especificado es el pescado, curiosamente porque muchos de los pacientes no saben ni siquiera qué tipo de pescado comen. Asimismo pueden existir conductas anómalas con la comida que la familia del paciente olvide mencionar y que sin embargo se pueden detectar en las fotos, como el hecho de desmenuzar la comida. Por último, las fotos pueden mostrar las comidas fuera de casa cuando por la evolución del paciente se permiten, aun siendo un poco más difícil para el paciente realizar las fotos dadas las circunstancias.

Al comenzar el tratamiento y establecer unas pautas de alimentación, basadas en recomendaciones generales con idea de que las mantengan tras la recuperación, causa sorpresa y son consideradas una de las tareas más difíciles del tratamiento, no sólo por la oposición del paciente sino por el trabajo que para ellos supone cambiar dichos hábitos de alimentación, en resumen, comer bien. Es curioso observar el gran trabajo, desorganización, cambio de planes y desestructuración del día completo que supone el simple hecho de hacer unas lentejas, tomarse algo a media mañana o sustituir los refrescos por agua en la comida.

Esta conclusión obtenida en el trabajo con pacientes con TCA y sus familias, muestra la gran necesidad de introducir la educación nutricional como parte esencial del tratamiento de estos pacientes.

BIBLIOGRAFÍA

1. Constitución de la Organización Mundial de la Salud 1946.
2. Consejo Dietético en Atención Primaria. Consejería de Salud. Junta de Andalucía; 2005.
3. Nutrición, Actividad Física y Prevención de la Obesidad. Estrategia NAOS. Editorial Médica Panamericana. p. 132-135.
4. López C. Educación nutricional de la población general y de riesgo. En: Miján de la Torre A. Nutrición y Metabolismo en Trastornos de la Conducta Alimentaria. Barcelona: Glosa;2004. p. 459-476.
5. Martínez MI, Hernández MD, Ojeda M, Mena R, Alegre A, Alfonso JL. Desarrollo de un programa de educación nutricional y valoración del cambio de hábitos alimentarios saludables en una población de estudiantes de Enseñanza Secundaria Obligatoria. *Nutr Hosp* 2009;24(4):504-510.
6. Aranceta J. Educación nutricional. En: Serra LL, Aranceta J, Mataix J, editores. Nutrición y salud pública. Métodos, bases científicas y aplicaciones. Barcelona: Masson;1995.p. 334-42.
7. Cruz J. Antropología de la conducta alimentaria. Pamplona: Servicio de Publicaciones de la Universidad de Navarra; 1990.
8. English GM, Videto DM. The future of health education: the knowledge to practise paradox. *J H Educ* 1992;28(1):4-8.
9. Bandura A. Social learning theory. Prentice-Hall. New jersey: Englewood Cliffs;1997.
10. Actes. Colloque européen sur l'éducation nutritionnelle dans le cadre d'une école promotrice de la santé. L'Europe contre le Cancer. Comisión Européenne;1994.
11. Maslow AH. Motivación y personalidad. Madrid: Díaz de Santos;1991.
12. Alberdi I. La nueva familia española. Madrid: Taurus;1999.
13. Rochon A. Educación para la salud. Guía práctica para realizar un proyecto. Barcelona: Masson;1991.
14. 10 things you need to know about obesity. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen, 22 August 2006.
15. Jáuregui I. El pequeño gran libro de la alimentación. Cómo comer para sentirte bien. Almuzara; 2009 p.47-53.
16. Muñoz M, Aranceta J, García-Jalón I. Nutrición aplicada y dietoterapia. Navarra: EUNSA; 2004 p. 568; 895-921.
17. Loria V, Gómez C, Lourenço T, Pérez A, Castillo R, Villarino M et al. Evaluación de la utilidad de un Programa de Educación Nutricional en Trastornos de la Conducta Alimentaria. *Nutr Hosp* 2009;24(5):558-567.
18. Bin Zaal AA, Musaiger AO, D'Souza R. Dietary habits associated with obesity among adolescents in Dubai, United Arab Emirates. *Nutr Hosp* 2009;24(4):437-444.

19. Jáuregui I. La imagen de una sociedad enferma: anorexia, bulimia, atracones y obesidad. Barcelona: Grafema; 2006. p. 87-94; 351-359.
20. Iglesias C, Gómez C, Cos AI, Castillo R. Papel del médico nutriólogo en las unidades de trastornos de la conducta alimentaria. En: Miján de la Torre A. Nutrición y Metabolismo en Trastornos de la Conducta Alimentaria. Barcelona: Glosa;2004. p. 493-505.
21. Waisberg JL, Woods MT. A nutrition and behaviour change group for patients with anorexia nervosa. *Can J Diet Pract Res* 2002; 63(4): 202-205.
22. Kaplan AS, Garfinkel PE. Medical issues and the eating disorders. Mew York: Brunner/Mazel; 1993.