

Programas de prevención primaria de los trastornos de la conducta alimentaria (TCA)

Rodríguez MG*, Estrada MD*, Turón V**, Benítez D* en nombre del grupo elaborador de la guía

*Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques (AATRM) de Catalunya

**Pla Director de Salut Mental i Addiccions. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya

Autor de contacto:

Maria-Graciela Rodríguez Garavano

Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques

Roc Boronat 81-95 (2ª planta)

Barcelona 08005 Spain

Teléfono: 935 513890

Fax: 935 517 510

emails: mgrodriguez@aatrm.catsalut.net

Guía de practica clínica (GPC) financiada mediante el convenio suscrito por el Instituto de Salud Carlos III y la AATRM, en el marco de colaboración previsto en el Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud (SNS) (Núm.2006/05-01)

Conflicto de intereses: Ninguno

ANTECEDENTES

La finalidad de la prevención primaria es limitar la incidencia de la enfermedad, en este caso los TCA, mediante el control de las causas y la exposición a factores de riesgo o el aumento de la resistencia de los individuos a los mismos. El primer paso para establecer medidas de prevención primaria es identificar las exposiciones pertinentes y evaluar su impacto sobre el riesgo de enfermar en el individuo y en la población.

Las intervenciones de prevención primaria específicas más frecuentes para los TCA son las siguientes: psicoeducacionales, de educación en el criticismo hacia los medios de comunicación (*media literacy*), técnicas de inducción y disonancia, e intervenciones focalizadas en eliminar los factores de riesgo de los TCA y en fortalecer al huésped. (Tabla 1).

Tabla 1: Definiciones de las intervenciones de prevención primaria más frecuentes

<p>Técnicas de inducción y disonancia</p> <p>Intervenciones de prevención primaria de tipo psicológico-social que consisten en realizar ejercicios enfocados a defender la postura contraria a la propia en un tema determinado, permitiendo que los participantes disciernan entre ambas posturas logrando un giro hacia la nueva postura.</p>
<p>Intervenciones psicoeducacionales</p> <p>Intervenciones de prevención primaria que consisten en informar sobre un tema (en este caso, sobre los TCA) que después será el centro del debate/discusión entre los participantes del grupo.</p>
<p>Criticismo hacia los medios de comunicación (<i>media literacy</i>)</p> <p>Es una intervención de prevención primaria que se basa en las teorías del comportamiento cognitivo tratando de reducir los factores de riesgo para TCA mediante el uso de actividades de aprendizaje que permiten adquirir habilidades para resistir la persuasión social.</p>

Intervenciones focalizadas en eliminar o anular los factores de riesgo del trastorno.

Intervenciones de prevención primaria que pueden ser específicas o inespecíficas según el tema/aspecto tratado y que proporcionan a los participantes determinadas habilidades para abordar los problemas (*Management skills*). Las intervenciones específicas se focalizan en: edad de inicio, obesidad infantil, actitudes negativas respecto del peso y la silueta, creencias irracionales sobre los beneficios de seguir una dieta, presión social para controlar el peso, entre otros. Las intervenciones inespecíficas tratan sobre: exposición al riesgo, psicopatología de los padres, abusos físicos y/o psicológicos por los familiares, entre otros.

Intervenciones focalizadas en fortalecer a la persona afectada ante el trastorno

Intervenciones de prevención primaria que protegen a la persona afectada (huésped) proporcionando diferentes habilidades (para la vida, para hacer frente a la presión social, para la resolución de problemas, etc.) y realizando actividades para desarrollar habilidades para afrontar problemas (*coping skills*).

Movilización y activismo social y político (*advocacy*)

En un contexto social, esta técnica se fundamenta en la influencia sobre las actitudes de una persona o un grupo en relación a un tema concreto.

Las medidas de prevención primaria se llevan a cabo mediante dos estrategias, la estrategia poblacional y la estrategia de alto riesgo o selectiva.

- La estrategia poblacional de tipo general y se dirige a toda la población con el objetivo de reducir el riesgo promedio de la misma.
- La estrategia de alto riesgo de tipo individual se dirige a aquellas personas que más lo necesitan y a los individuos más vulnerables o con un riesgo de mayor exposición a determinados factores de riesgo. Los grupos de riesgo en el caso de los TCA, son las adolescentes mujeres y personas que participan ya sea por su edad (adolescencia), sexo (ser mujer) en actividades de riesgo a nivel de ocio o profesional (modelos, bailarinas, patinadoras, deportistas de elite, etc.) (1).

OBJETIVO

El objetivo fue evaluar la eficacia y seguridad de los programas de prevención primaria en los TCA (uno de los objetivos de la GPC sobre TCA en el SNS).

MÉTODO

Revisión sistemática de la evidencia científica (RSEC) de programas e intervenciones de prevención primaria de los TCA. Se realizó una búsqueda en Medline/Pubmed y Scopus (2003-2008). La información encontrada al revisar los documentos incluidos en la elaboración de la GPC de TCA. (GPC del NICE (2004)(2), y la RSEC de la AHRQ(3)) y en los protocolos, recomendaciones y otros documentos sobre los TCA realizados por diferentes entidades de nuestro medio, fue limitada.

Se seleccionaron: ensayos controlados aleatorizados (ECA), metanálisis (MA) de ECA y/o estudios casi-experimentales de calidad valorada mediante instrumentos específicos del SIGN (*Scottish Intercollegiate Guidelines Network*, Red Escocesa Intercolegiada sobre GPC)(4) <http://www.sign.ac.uk/guidelines/fulltext/50/index.html>. La evidencia se sintetizó en tablas y se agrupó según tipo de estrategia (poblacional vs. selectiva) y tipo de intervención de prevención primaria (psicoeducacionales, de educación en el criticismo hacia los medios de comunicación (*media literacy*), técnicas de inducción y disonancia, e intervenciones focalizadas en eliminar los factores de riesgo de los TCA y en fortalecer al huésped). Para clasificar la calidad de la evidencia científica y graduar la fuerza de las recomendaciones, se ha optado por utilizar una combinación de los métodos utilizados por SIGN y por el Centro de Medicina Basada en la Evidencia de Oxford. En la **Tabla 2** los niveles de evidencia y grados de recomendaciones del SIGN, los usados en la GPC sobre TCA.

Tabla 2. Niveles de evidencia y grados de recomendaciones de SIGN

Niveles de evidencia	
1++	Metaanálisis de alta calidad, revisiones sistemáticas de ensayos clínicos o ensayos clínicos de alta calidad con muy poco riesgo de sesgo.
1+	Metaanálisis bien realizados, revisiones sistemáticas de ensayos clínicos o ensayos clínicos bien realizados con poco riesgo de sesgos.
1-	Metaanálisis, revisiones sistemáticas de ensayos clínicos o ensayos clínicos con alto riesgo de sesgos.
2++	Revisiones sistemáticas de alta calidad de estudios de cohortes o de casos y controles. Estudios de cohortes o de casos y controles con riesgo muy bajo de sesgo y con alta probabilidad de establecer una relación causal.
2+	Estudios de cohortes o de casos y controles bien realizados con bajo riesgo de sesgo y con una moderada probabilidad de establecer una relación causal.
2-	Estudios de cohortes o de casos y controles con alto riesgo de sesgo y riesgo significativo de que la relación no sea causal.
3	Estudios no analíticos, como informes de casos, series de casos o estudios descriptivos.
4	Opinión de expertos.

Grados de recomendaciones	
A	Al menos un metaanálisis, revisión sistemática o ensayo clínico clasificado como 1++ y directamente aplicable a la población diana de la guía; o un volumen de evidencia compuesta por estudios clasificados como 1+ y con gran consistencia entre ellos.
B	Un volumen de evidencia compuesta por estudios clasificados como 2++, directamente aplicable a la población diana de la guía y que demuestran gran consistencia entre ellos; o evidencia extrapolada desde estudios clasificados como 1++ ó 1+.
C	Un volumen de evidencia compuesta por estudios clasificados como 2+ directamente aplicables a la población diana de la guía que demuestran gran consistencia entre ellos; o evidencia extrapolada desde estudios clasificados como 2++.
D	Evidencia de nivel 3 ó 4; o evidencia extrapolada desde estudios clasificados como 2+.

Buena práctica clínica

√*	Práctica recomendada basada en el la experiencia clínica y el consenso del equipo redactor.
----	---

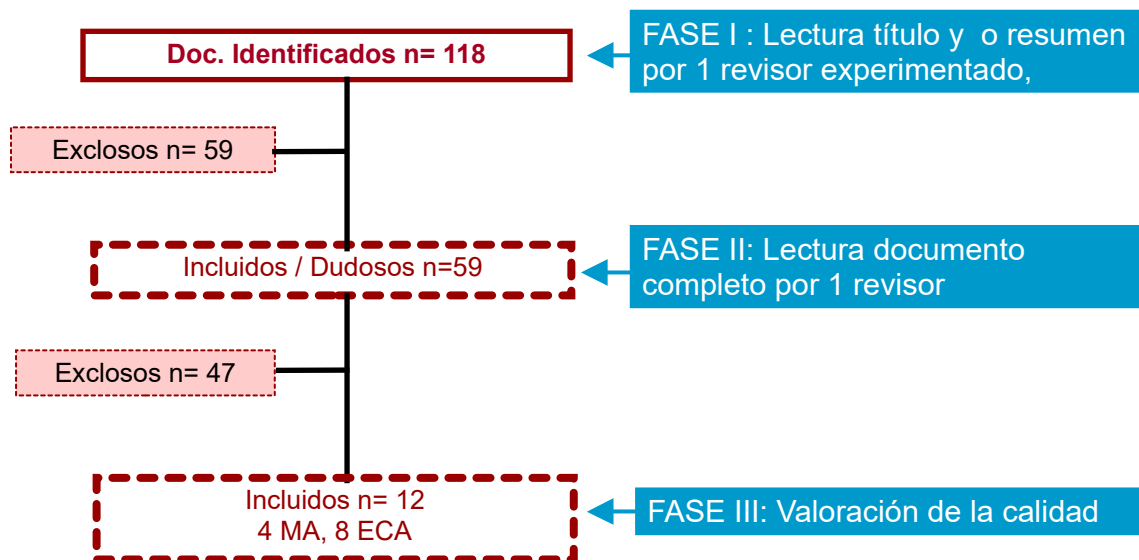
*En ocasiones el grupo elaborador se percató de que algún aspecto práctico importante sobre el que se quiere hacer énfasis y, para el cual, no existe probablemente, ninguna evidencia que lo sustente. En general estos casos son sobre algún aspecto del tratamiento considerado buena práctica clínica y que nadie cuestionaría habitualmente. Estos aspectos son valorados como puntos de buena práctica clínica y se representan con el símbolo √.

RESULTADOS

Se preseleccionaron 118 documentos (1 potencial GPC, 14 RSEC y 103 ECA). Se seleccionaron 8 RSEC a partir del título y/o resumen, y al revisar el documento completo se excluyeron cuatro (una por fecha y tres por baja calidad). De los ECA identificados se excluyeron 51 ECA (idioma o tema) y al revisar el documento completo se incluyeron ocho(5-12). Finalmente, en el capítulo sobre prevención primaria de los TCA, en la GPC sobre TCA estatal se incluyeron 12 documentos de calidad 1++ (4 MA(13-16), y 5 ECA(5,7,9,10,12)) y calidad 1+ (3 ECA(6,8,11)) publicados posteriormente o no incluidos en los MA anteriores (Figura 1). La descripción detallada de la selección y valoración de la calidad de la evidencia se describen en la versión completa de la GPC de próxima edición. En los ECA la estrategia más frecuente fue la selectiva (n=7(5-7,9-12)) siendo los grupos de riesgo más estudiados los de mujeres adolescentes (n=3 (9,10,12)) y mujeres universitarias (n=3(6,7,11)) y según el tipo de intervención, la más administrada fue la psicoeducacional(5-7,12) (en tres estudios se usó Internet), seguida por las técnicas

de disonancia-inducción(10,11), las de evaluación crítica de los contenidos de los medios(8) y un programa específico denominado ATHENA(9).

Figura 1: Identificación y selección



Dos ECA, (10,11) reportan datos de la eficacia de programas de prevención de carácter selectivo que incorporan técnicas de inducción-disonancia, vs un grupo control y vs técnicas de movilización y activismo social y político (*advocacy*) respectivamente. El estudio de Stice, 2008(10) es en mujeres adolescentes con insatisfacción corporal(10) y el de Becker, 2008(11) en mujeres universitarias. que participaron en un programa específico sobre imagen corporal.

Son tres los ECA (5-7) que estudian la eficacia de los programas de prevención primaria de carácter selectivo que incorporan intervenciones psicoeducacionales administradas vía Internet vs control o lista de espera, realizados en adolescentes de ambos sexos; adolescentes mujeres y mujeres universitarias respectivamente. Un cuarto ECA compara las intervenciones psicoeducacionales con autocontrol en universitarias mujeres. Un MA(14) realizado en población general femenina compara un programa vía Internet psicoeducacional (*Student Bodies*) vs. grupo control (Lista de espera).

Un ECA(8) en adolescentes de ambos sexos compara un programa de prevención de estrategia poblacional que incluye como intervención el Criticismo hacia los medios de comunicación (*media literacy*) vs. grupo control.

En el único ECA(9) estudiantes atletas mujeres adolescentes (n=1.179) se compara el programa ATHENA (*The Athletes Targeting Healthy Exercise and Nutrition Alternatives*) vs. grupo control (tratamientos estándares) El ATHENA es un programa que promueve la alimentación saludable y el ejercicio físico como alternativas para eliminar conductas nocivas. Consiste en sesiones grupales con material educativo..

Son tres los MA(13,15,16) que incorporan estudios con programas de prevención tanto selectivos como poblacionales. El MA(17) incluye 68 ECA en los cuales se estudiaban 51 diferentes programas de prevención de los TCA compuestos por distintos tipos de intervenciones. El MA(15) incluye 46 estudios en los cuales las intervenciones se clasifican en puramente psicoeducativas, psicoeducativas basadas en la Terapia cognitiva conductual o puramente interactivas/no psicoeducativas. y el MA(13) (12 ECA), en el cual se estudian cuatro tipos de intervención: conocimiento sobre los TCA, actitudes y conductas alimentarias más temas de adolescentes; criticismo hacia los medios y movilización y activismo social y político y intervenciones relacionadas con la autoestima.

CONCLUSIONES:

Los dos ECA(10,11) y el MA(16) que estudian las técnicas de inducción-disonancia concluyen en su eficacia clínica con mejores resultados en grupos de alto riesgo, aunque reportan la necesidad de que se realicen más estudios que corroboren la viabilidad de administrar programas de prevención basados en técnicas de disonancia por medio de líderes entrenados.

Los cuatro ECA(5-7,12) y los dos MA(14,14) que estudian las intervenciones psicoeducacionales, concluyen que pueden ser eficaces en reducir las conductas y actitudes incorrectas en la alimentación, la insatisfacción corporal y mejorar el conocimiento sobre los TCA. Los resultados no constataron los efectos iatrogénicos de incluir contenido psicoeducativo sobre los TCA en los programas preventivos y destacaron la buena aceptación de ser administrados vía Internet aunque hay poca evidencia al respecto.

El programa ATHENA modificó en forma significativa de los factores de riesgo reduciendo el consumo de pastillas para adelgazar, anfetaminas, y de otras sustancias

modeladores del cuerpo como los esteroides anabólicos y otros suplementos para el deporte

No se llegó a ninguna conclusión firme sobre la efectividad de los programas de prevención de TCA en niños y adolescentes tanto los dirigidos a población general (estrategias universales) como de alto riesgo (estrategia selectiva). No hay suficiente evidencia para sugerir que hay un impacto negativo (efectos nocivos) en alguna de las intervenciones incluidas en el MA a corto plazo(13)

Teniendo en cuenta todos los documentos seleccionados las características de un programa de prevención primaria con mayor eficacia serían de estrategia selectiva, de formato interactivos en multisesiones, impartidos por profesionales entrenados, ofrecidos sólo a mujeres mayores de 15 años, que incorporan contenidos relacionados con la aceptación corporal y técnicas de inducción y disonancia en períodos de seguimiento más cortos.

No hay suficiente evidencia para sugerir que hay un impacto nocivo en alguna de las intervenciones de prevención primaria de los TCA estudiadas.

Algunos de los programas de prevención de los TCA han tenido un efecto tanto para estos trastornos como para la obesidad, lo cual es prometedor desde el punto de vista de salud pública.

RECOMENDACIONES

Las características de muestra, formato y diseño de los programas preventivos de TCA que han manifestado mayor eficacia deberían considerarse modelo de futuros programas. ✓

En el diseño de estrategias universales de prevención de los TCA debe tenerse en cuenta que las expectativas de cambio de conducta y actitud de niños y adolescentes sin problemas de este tipo posiblemente sean diferentes a las de la población de alto riesgo. ✓

Se deben transmitir mensajes a la familia y al adolescente sobre pautas que indirectamente protejan de los TCA: alimentación saludable y realizar al menos una comida en casa al día con la familia, facilitar la comunicación y mejorar la autoestima, evitar que las conversaciones familiares giren compulsivamente sobre la alimentación

y la imagen y, evitar bromas y desaprobaciones sobre el cuerpo, el peso o la forma de comer de los niños y adolescentes.√

√: Práctica recomendada basada en el la experiencia clínica y el consenso del equipo redactor.

La descripción de las recomendaciones para la práctica de la GPC sobre trastornos TCA se muestran en la presentación de Estrada MD (número 1391564417) y las relativas a la evaluación y terapias psicológicas en la presentación de Badia G (número 1007722699).