

LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA
Guía de Buenas Prácticas para Medios de Comunicación

FINANCIADORES



COMITÉ DE REDACCIÓN

M^a José Esteve Más *Universidad de Valencia, Facultad de Nutrición*

Ana Frígola Cánoves *Universidad de Valencia, Facultad de Nutrición*

Josep Solves Almela *Universidad CEU Cardenal Herrera*

Isabel de Salas Nestares *Universidad CEU Cardenal Herrera*

Gabriel Martínez Rico *Universidad Católica San Vicente Mártir de Valencia*

M^a Dolores Grau Sevilla *Universidad Católica San Vicente Mártir de Valencia*

Pablo Soler Ferri *Tierra de Nadie*

Luís Gosálbez Payá *Empresas Audiovisuales Valencianas Federadas*

Laura Millán Morales *Empresas Audiovisuales Valencianas Federadas*

Isabel Miguel Montoya *Conselleria de Sanidad. DG de Calidad y Atención al paciente*

Beatriz Iborra Jiménez *Conselleria de Sanidad. Gabinete de prensa*

M^a Eugenia Moreno García *Clínica de Trastornos Alimentarios*

Salvador Calatayud Sáiz *M.I. Colegio de Farmacéuticos de Valencia*

Encarna Albarracín Marín de Espinosa *M.I. Colegio de Farmacéuticos de Valencia*

María del Señor Barba Jiménez *Colegio Oficial de Enfermería de Valencia*

Ana Mansergas Monte *Cadena Ser Valencia*

Teresa García García *AVALCAB*

Sara Vilana Taix *AVALCAB*

Miguel Ángel Sanmartín Arce *AVALCAB*

M^a Carmen Quiles Oller *AVALCAB*

Juan Luís Rodríguez Hervás *AVALCAB*

COMITÉ ASESOR

Dr. D. Luis Rojo Moreno

Catedrático de Psiquiatría Universitat de Valencia. Jefe de la Sección de Psiquiatría Infanto-Juvenil y de Trastornos de la Conducta Alimentaria. H.U. La Fe. Valencia. España. Director del Programa de Detección Precoz y Prevención de Trastornos Alimentarios. Comunidad Valenciana.

Dr. D. Luis Beato Fernández

Director UTCA Hospital General (Ciudad Real) Presidente Asociación Española de Estudios sobre Trastornos de la Conducta Alimentaria.

Dra. Dña. Carmen Camañes Forés

Médico Especialista en Psiquiatría. UTCA del Hospital Universitario Dr. Peset (Valencia).

Dña. Amparo Bou Martí

Presidenta Unió de Periodistas Valencians.

Dra. Dña. Conxa Perpiñá Tordera

Catedrática de Psicopatología. Actividad Investigadora en Trastornos Alimentarios. Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos. Facultad de Psicología. Universidad de Valencia.

Dña. María Díaz Fernández-Alonso

Responsable del Área de Comunicación FUNDAR.

Dña. Reyes Moliner Albero

Coordinadora Clínica Centro PREVI SL.

D. Luis Gosálvez Payà

Secretario de Empresas Audiovisuales Valencianas Federadas (EAVF).

SUMARIO

1. INTRODUCCIÓN

- 1.1. Los TCA y sus principales factores
- 1.2. TCA e imagen corporal
- 1.3. Tópicos y falsos mitos frecuentes
- 1.4. Lo que hay que saber de los TCA

2. RECOMENDACIONES A LOS MEDIOS DE COMUNICACIÓN

- 2.1. Recomendaciones genéricas
- 2.2. Recomendaciones en el ámbito de la publicidad:
 - 2.2.1. Normativa vigente
 - 2.2.2. Códigos deontológicos de buenas prácticas y de autocontrol audiovisual
 - 2.2.3. Principales errores observados en el tratamiento de los TCA
 - 2.2.4. Recomendaciones concretas para el tratamiento de los TCA

3. RECOMENDACIONES A LOS USUARIOS DE LOS MEDIOS

- 3.1. A padres y madres
- 3.2. A Educadores
- 3.3. A profesionales de la salud
- 3.4. A afectados/as
- 3.5. A las Administraciones Públicas

BIBLIOGRAFÍA

INTRODUCCIÓN

Los medios de comunicación realizan una importante función social: una enorme labor informativa, educativa y generadora de entretenimiento. También son garantes de la libertad de expresión y por ello, son uno de los pilares de la democracia. Dentro de las facetas de los medios de comunicación encontramos que también son divulgadores de los valores, modas y estereotipos de la sociedad actual.

Los medios informativos son un espejo de la sociedad, por tanto son transmisores de aspectos y valores positivos que existen en la sociedad, pero también son transmisores de los valores negativos, que también podemos encontrar en nuestro entorno social.

En relación con el trastorno de la conducta alimentaria, los medios que mayor riesgo tienen de transmitir contenidos negativos son probablemente los audiovisuales, así como la publicidad, porque es cierto que hoy en día la imagen impacta más en la sociedad y la apariencia cobra más importancia: de hecho, modelos, actrices, presentadoras, etc., se convierten en referentes sociales; y más en aquellos casos donde la personalidad no está debidamente asentada. Incluso los modelos masculinos están generando sus propios estereotipos, por lo que todos los adolescentes tienen que ser altos, musculosos y sin grasa corporal, algo totalmente alejado de la realidad actual. Por ello, no es de extrañar que muchas mujeres (y cada vez más hombres) deseen tener cuerpos extremadamente delgados.

Desde la convicción del enorme poder de los medios de comunicación para la difusión y establecimiento de modas y costumbres, la presente guía pretende contribuir a un tratamiento más adecuado de los Trastornos de la Conducta Alimentaria y sus efectos, a la aceptación de los diversos modelos de belleza y la instauración de hábitos alimentarios saludables, así como a evitar que se difundan conductas contrarias a la salud y que se instale definitivamente la costumbre de valorar a las personas exclusivamente por su aspecto físico.

En pocas palabras, queremos ayudar a los medios a ofrecer una visión diversa, realista, positiva y alentadora para el cambio, en una sociedad que rinde un excesivo culto a la imagen corporal. Para ello se requiere un compromiso común por parte de las Asociaciones de Familiares y Pacientes con Trastornos de la Conducta Alimentaria, medios de comunicación, Administración Pública, Universidades y Colegios Profesionales que esta Guía cree haber logrado.

Desde **AVALCAB** hemos promovido esta iniciativa con el convencimiento de que los colectivos arriba mencionados aceptarían participar en la elaboración de la presente Guía, como así ha sucedido, y de que tras su firma por parte de todos los participantes se podrá crear una **Comisión de Seguimiento** de lo aprobado en ella. Tampoco dudamos de que la sociedad en general, y los afectados y familiares en particular, serán sensibles a esta propuesta y sabrán valorar el esfuerzo que ha supuesto para quienes la hemos hecho posible.

1.1. Los TCA y sus principales factores

En las últimas décadas se ha producido un preocupante incremento de la incidencia de los trastornos de la conducta alimentaria (en adelante, **TCA**) en nuestra sociedad. Estos trastornos poseen una base psicógena en la que confluyen, en un complejo entramado, factores personales, familiares y socioculturales, y se engloban distintas alteraciones de la conducta: la anorexia y bulimia nerviosas y las entidades subclínicas o síndromes parciales de la enfermedad denominados trastornos de la conducta alimentaria no especificados (**TCA-NE**).

Tanto la Organización Mundial de la Salud, a través de la Clasificación Internacional de Enfermedades (**CIE-10**), como la Asociación de Psiquiatría Americana, a través de su Manual de Diagnóstico y Estadística de los Trastornos Mentales (**DSM-IV-TR**), coinciden en afirmar que los TCA constituyen una de las psicopatologías más prevalentes en las mujeres. Estos trastornos, presentan un curso variable en el que unas pacientes se recuperan totalmente tras superar un único episodio, otras describen un patrón fluctuante de ganancia ponderal seguido de recaídas, y otras, en cambio, sufren un deterioro crónico durante años. La mortalidad a largo plazo en personas hospitalizadas es aproximadamente del 10% (*DSM-IV-TR*).

Distintos estudios epidemiológicos señalan que entre un 2% y un 4% de mujeres jóvenes padecen TCA. En España la **prevalencia del trastorno** se sitúa entre un 3,3% y un 5,5% en adolescentes de 12 a 20 años (Rojo y col. 2003; Peláez, Labrador y Raich, 2007). En la población general, la tasa de morbilidad en las mujeres es aproximadamente de 0,5% (*DSM-IV-TR*). Sin embargo, si atendemos a las entidades subclínicas y síndromes parciales de la enfermedad, estas tasas se incrementan, en mujeres, hasta valores próximos al 15-18% de la población juvenil (AVALCAB, 2007). Sin duda, se trata de un porcentaje muy elevado, y nuestra convicción es que los medios de comunicación pueden contribuir positiva y eficazmente a su reducción.

La **anorexia nerviosa** se inicia típicamente hacia la mitad o final de la adolescencia, siendo su mayor prevalencia entre los 14-16 años (AVALCAB, 2006). La aparición del trastorno se caracteriza por:

- A) un rechazo a mantener el peso corporal en los valores mínimos normales,
- B) un miedo intenso a ganar peso o a convertirse en obeso, incluso estando por debajo del peso normal,
- C) una alteración de la percepción del peso o la silueta corporales, exagerando su importancia en la autoevaluación o negando el peligro que comporta el bajo peso, y
- D) la presencia de amenorrea.

Estos criterios de diagnóstico muestran que en la anorexia, más allá de ser solamente una alteración del patrón alimentario, se asocian también factores conductuales y motivacionales (criterio A), componentes emocionales y socioafectivos (criterio B) y aspectos cognitivos (criterio C). La relación mórbida establecida entre estos factores se ve afectada, además, por las consecuencias somáticas que retroalimentan el cuadro clínico.

Por otra parte, la **bulimia nerviosa** es más prevalente hacia el final de la adolescencia, en torno a los 18-20 años, y se caracteriza por:

- A) episodios recurrentes de voracidad –atracones- en los que está presente una sensación de pérdida de control sobre la ingesta compulsiva, seguidos de
- B) conductas compensatorias inapropiadas con el fin de no ganar peso tales como el ayuno y el ejercicio excesivo, así como conductas purgativas como la autoinducción de vómitos o el uso excesivo de laxantes o diuréticos.
- C) una autoevaluación de la paciente exageradamente influida por el peso y la imagen corporal.

Estos indicadores del diagnóstico ponen también de relieve que la bulimia, como la anorexia, constituye un trastorno en el que están implicados factores conductuales, motivacionales, emocionales y cognitivos.

La **etiología** y el **desarrollo** de los trastornos de la conducta alimentaria son difíciles de explicar desde el punto de vista clínico, más aún si se consideran en un mismo marco teórico los síndromes parciales de la enfermedad y las situaciones crónicas de desnutrición extrema cuyo desenlace, como causa directa de la inanición, es la muerte.

La anorexia ha sido descrita como una “*neurosis histérica*” (Lasègue, 1873), como un “*estado mental mórbido perverso*” (Gull, 1874), un “*miedo mórbido, fóbico, a la obesidad*” (Russell), una “*fobia al peso*” (Crisp), o una “*experiencia distorsionada del propio cuerpo*” (Bruch). Otros autores aluden a teorías explicativas relacionadas con el “miedo a madurar”, una “necesidad extrema de control, de perfeccionismo, a través de la restricción de la ingesta”, o a la aparición de la enfermedad como resultado de acontecimientos vitales y estresores sociales (véase Toro y Artigas 2000, Rosa Calvo 2002, Rojo et. al. 2003).

Estos trastornos, pues, cursan con graves alteraciones de la conducta, tendentes a la cronicidad y a la aparición de recaídas, y están asociados, además, a problemas emocionales, insatisfacción corporal, dinámicas familiares sumamente conflictivas o a un alto riesgo de suicidio. Presentan, a su vez, una elevada comorbilidad con otro tipo de trastornos como la depresión, la ansiedad o el consumo de sustancias (Rosa Calvo, 2002; Raich, 2007)

Más preocupantes todavía son los resultados obtenidos en el ámbito de la **prevención** y el **tratamiento**. La eficacia de la prevención ha sido cuestionada en muchos estudios por encontrar resultados contrarios a los esperados (Rojo 2003) haciendo referencia a factores iatrogénicos. La intervención terapéutica también refleja serias limitaciones, puesto que el tratamiento sólo se dirige a un tercio de las personas afectadas, de las cuales sólo un 50% termina presentando síntomas de remisión (Raich, 2007).

En definitiva, los TCA han de explicarse desde un enfoque multicausal que analice diferentes aspectos, atendiendo a factores socioculturales, familiares e individuales. Asimismo, hay un amplio consenso en abordar estos trastornos desde un análisis en el que se discrimina entre factores predisponentes, desencadenantes y de mantenimiento. En concreto, los factores que inciden en la anorexia y bulimia nerviosa (AVALCAB, 2007) son:

	FACTORES PREDISPONENTES	FACTORES DESENCADENANTES	FACTORES MANTENEDORES
ANOREXIA NERVIOSA	<p>Distorsiones cognitivas, por ejemplo razonamiento rígido y dicotómico</p> <p>Perfeccionismo y autocontrol</p> <p>Antecedentes de sobrepeso</p> <p>Neuroticismo</p> <p>Insatisfacción corporal</p> <p>Ciertas profesiones o deportes (moda, danza, gimnasia rítmica...)</p>	<p>Dieta restrictiva</p> <p>Pubertad/adolescencia (cambios físicos y emocionales)</p> <p>Incremento brusco del peso</p> <p>Ejercicio físico excesivo</p> <p>No aceptación de la imagen corporal</p> <p>Trastornos emocionales</p>	<p>Miedo fóbico a la obesidad</p> <p>Valoración negativa de la imagen corporal</p> <p>El propio estado de desnutrición</p> <p>La permanencia de conflictos familiares</p> <p>Aislamiento social</p> <p>Presión social (estereotipos)</p> <p>Reaparición de situaciones estresantes</p>
BULIMIA NERVIOSA	<p>Exceso de peso y experiencias emocionales negativas</p> <p>Dieta restrictiva</p> <p>Insatisfacción corporal</p> <p>Conflictos familiares y emocionales</p>	<p>Restricción alimentaria</p> <p>Antecedentes de anorexia nerviosa</p> <p>Acontecimientos vitales</p>	<p>Ciclo atracón-conductas de purga</p> <p>Períodos de ayuno, utilización excesiva de laxantes, diuréticos</p> <p>Cuadros de ansiedad, conflicto emocional</p> <p>Insatisfacción corporal</p> <p>Presión social (estereotipos)</p>

1.2. TCA e imagen corporal

En la sociedad actual predomina un modelo estético corporal extremadamente delgado. La interiorización de este modelo se forma a partir de los 5 años aproximadamente. Toda la sociedad (familia, amigos, profesores, medios de comunicación, etc.) somos un agente transmisor de gran importancia a través de comentarios, críticas, o bromas referidas al cuerpo y a conductas arriesgadas para el control del peso. El desarrollo y difusión de ese modelo estético corporal delgado femenino constituye un gran factor de riesgo en el inicio de las manipulaciones alimentarias, que pueden dar lugar a los TCA.

Una persona puede desarrollar (o está desarrollando ya) un problema alimentario cuando cree reducir las complicaciones de su vida obteniendo una apariencia delgada; cuando decide comer o no comer por motivos no relacionados con sus necesidades fisiológicas, sino para calmar la ansiedad, resolver de forma temporal su inseguridad y enfrentarse a la vida; cuando la apariencia es más importante que cualquier situación, cuando conseguir la delgadez deseada se convierte en la base de todas las decisiones; o la preocupación por el peso y la comida va impregnando todas las áreas de la persona (estudios, trabajo, relaciones, actividades diarias), y sobre todo, cuando sentirse bien emocional y socialmente depende de lo que se come, de lo que marque la báscula o de una talla de ropa. (Rosa Calvo, 2002)

Los TCA se convierten en una forma de vida para muchas mujeres -y cada vez más hombres-, con el fin de obtener una identidad mediante la apariencia corporal. El control de peso y la manipulación de la comida son los principales métodos para obtener una imagen corporal delgada que permita solventar o compensar sus conflictos psicológicos subyacentes (el sentimiento de falta de valía personal, la baja autoestima, la eliminación o control de las emociones, el miedo al rechazo o a las responsabilidades, las dificultades en las relaciones sociales, etc.)

En definitiva, el paciente con TCA intenta crear un cuerpo perfecto que pueda controlar y dominar, y con el que considera que obtendrá éxito personal y aceptación social.

1.3. Tópicos y falsos mitos frecuentes

Algunas ideas o afirmaciones sobre los TCA, sin dejar de poseer algo de verdad, se formulan de forma tan simplificada que inducen al error:

<p>El TCA lo tiene uno porque quiere. Es un capricho. Es por llamar la atención. Es un mero fenómeno de la adolescencia.</p>	<p>Un trastorno psicológico es mucho más complejo: tiene varias dimensiones. El TCA es un trastorno psicológico grave que provoca en quien lo sufre una pérdida de control sobre sus emociones relacionadas con el aspecto físico y la comida. Esta situación conlleva gran sufrimiento y graves limitaciones en su desarrollo personal, social y familiar.</p>
--	---

<p>El TCA se debe a la influencia de la moda.</p>	<p>No es una cuestión de estética. Delgados se sienten más “seguros”, no más “estéticos”. Sí que está implicada siempre la imagen corporal, pero bajo unos planteamientos muy distintos y complejos. La moda influye en cuanto que sobrevalora la importancia de la delgadez como clave de aceptación. Los sujetos en riesgo para desarrollar un TCA tienen una necesidad desmesurada de ser aceptados por el entorno.</p>
---	--

<p>El TCA es efecto de un mal funcionamiento del cerebro, debido a la desnutrición.</p>	<p>La desnutrición puede llegar a hacer que el cerebro no funcione debidamente, pero la cosa no empieza por ahí, ni se queda sólo en eso. Gran parte de la vida del paciente está alterada, aunque se nutra bien. Las causas principales son las psicológicas. La desnutrición y las conductas alimentarias alteradas, acentúan características psicológicas previas y perpetúan formas de relacionarse anómalas, que ya estaban presentes antes de las alteraciones físicas.</p>
---	---

<p>El TCA consiste en una distorsión visual: se ven más gordos y, lógicamente, quieren adelgazar.</p>	<p>La distorsión visual (que suele ser sólo de la imagen corporal de su propio cuerpo) es uno de los efectos y no la causa del trastorno.</p>
---	---

<p>El TCA se produce:</p> <ul style="list-style-type: none"> · Al compararse o imitar a personas delgadas. · Porque adelgazó una vez y no quiere volver a subir de peso. · Porque se acomplejó en la infancia a causa de las burlas sobre su peso o complexión. · Porque le afectó mucho una ruptura sentimental. · Porque le afectó mucho el cambio de colegio (u otro entorno). 	<p>Esos elementos sólo pueden ser desencadenantes. Hace falta que los puntos débiles de la personalidad del paciente no puedan asimilar bien esos hechos. Existen múltiples factores que podrían ser desencadenantes del trastorno alimentario, pero todos ellos tienen un denominador común, el sentimiento de minusvalía personal. Este sentimiento puede ser acentuado por la vivencia de algún fracaso, o como un efecto de un afán desmesurado de perfeccionismo.</p>
--	--

El TCA (Anorexia)

- Se evita y se resuelve imponiéndose con la suficiente firmeza como para obligarles a comer.
- Se mejora si estás delante hasta que se acaben el plato

El TCA (Bulimia)

- Puede mejorar si cierras la despensa, la cocina, no les permites manejar dinero que podrían gastar en comida para atracones, etc.
- Se mejora si les vigilas, impidiendo que vomiten o tiren la comida.

Toda imposición o prohibición sólo provocará una reacción de mayor oposición y ninguna modificación importante. Los controles externos podrían tener un efecto beneficioso sólo puntual y pasajero pero generalmente conllevan complicaciones graves a corto plazo: inicio de vómitos, ocultar comida, romper la relación de confianza con la familia, robar dinero, etc. Es requisito fundamental, para poder superar el trastorno, que el propio paciente asuma la responsabilidad de modificar su conducta y que sea él quien acepte la ayuda externa.

El TCA se puede superar con fuerza de voluntad.

Resolver un trastorno psicológico es mucho más complejo, y hace falta un tratamiento con un enfoque integral. El trastorno alimentario no es un problema de “voluntad”, sino de incorporación de unas formas de aprendizaje más sanas que les permitan hacerle frente a situaciones que supongan un “cuestionamiento personal” y les posibiliten otros estilos de relación interpersonal. Para esto es clave el trabajo terapéutico.

El TCA es una cuestión genética. Es constitucional, porque se educa a todos los hijos igual, y no les pasa a todos.

Aunque se ha reconocido un factor genético, éste solo no es suficientemente determinante: es un trastorno multifactorial. Nunca se educa a dos personas igual (si lo consideramos en detalle). Ni se puede, ni se debe.

El TCA se resuelve con la medicación adecuada.

Siempre hay que añadir el tratamiento psicológico adecuado al caso. El tratamiento farmacológico tiene un papel muy limitado en el tratamiento de los TCA y generalmente para síntomas secundarios que pueden presentarse asociados al trastorno (síntomatología de bajo ánimo, impulsividad, carencias nutricionales). El tratamiento psicológico es la base de la terapia.

El TCA no se cura definitivamente; hay que resignarse a convivir con él.

Por supuesto que se puede curar, si bien es cierto que hay grados y modos de curación. Hay que tener en cuenta que el proceso es largo y pasa por diferentes fases, y que una curación definitiva puede requerir bastante tiempo y debe realizarse con el tratamiento adecuado.

1.4. Lo que hay que saber de los TCA

Los TCA, más que trastornos de la “alimentación” son trastornos de la “conducta” de la alimentación. Hay que entender esa conducta como las acciones que realizan la alimentación, pero también en un sentido amplio (los pensamientos, deseos, impulsos, actitudes, creencias, y comportamiento en general, etc. relativos a la alimentación). La alimentación, al depender de esas acciones, queda afectada por ellas, y la salud, como consecuencia, queda afectada por esa alimentación inadecuada.

Los TCA no sólo afectan a la conducta de la alimentación, sino a más partes de la vida (orgánica y psíquica) del paciente (y de su familia); tienen dos vertientes (que se distinguen didácticamente, aunque son interdependientes):

- psicológica (o psíquica).
- fisiológica (o corporal).

De esas dos vertientes:

- La esencia, el origen y las causas de los trastornos corresponden más a la psíquica.
- La vertiente corporal de los TCA hay que considerarla más bien como consecuencia de la anterior.

A menudo, las personas confunden causas, factores predisponentes, circunstancias favorables, áreas y elementos de manifestación, etc. Sobre todo se suelen tomar elementos circunstanciales y sus manifestaciones como causas, que quedan así multiplicadas, produciendo confusión. Atribuir los TCA a unos pocos factores o circunstancias (como la imitación, las compañías, una dieta, la moda, etc.) es una enorme simplificación y resulta ineficaz. Hay que considerar un enfoque integral.

Los TCA son multifactoriales; contienen factores:

- constitucionales (genéticos)
- ambientales (del desarrollo psicológico y la educación)
- fisiológicos (o corporales): la salud y el aspecto del cuerpo, etc.
- psicológicos (o psíquicos): la conducta (en sentido amplio: pensamientos, sentimientos, actos, actitudes, relaciones, rendimientos, etc.); a su vez, con varias dimensiones: individual, familiar y socio-cultural

Tanto su aparición como su curación se deben considerar como:

- un proceso (tanto de inicio del trastorno como de curación)
- multidimensional
- con aspectos generales y aspectos peculiares (diferentes para cada caso: “no hay enfermedades, sino enfermos”)

En el tratamiento de un TCA es indispensable:

- Intervención de un equipo de especialistas en TCA, formado por médico, nutricionista, psicólogo y psiquiatra
- Evaluación y diagnóstico
- Determinar la modalidad de tratamiento necesaria:
 - Intervención individual y/o grupal
 - Hospital de día
 - Ingreso hospitalario

En la práctica ¿Cómo empezar?

- Detección precoz de los síntomas
- Informarse
- Acudir a una asociación de familiares de afectados por TCA (informarán y proporcionarán derivación a los profesionales adecuados)
- Acudir a profesionales de la salud especializados en TCA

2. RECOMENDACIONES A LOS MEDIOS DE COMUNICACIÓN

La responsabilidad social de los periodistas como creadores de opinión hace necesaria la implantación de códigos de buenas prácticas que permitan abordar los problemas de salud con rigor. Ante uno de estos problemas, como son los TCA, el tratamiento periodístico puede ayudar a comprender la enfermedad e incrementar la percepción del riesgo o, por el contrario, estigmatizar a quienes la sufren.

Por este motivo, dentro de la necesaria autorregulación de los medios, esta guía nace para servir como herramienta de trabajo y orientación a los periodistas, independientemente del medio o del formato.

2.1. Recomendaciones genéricas

Algunas indicaciones básicas y necesarias en el enfoque de las noticias sobre trastornos de la conducta alimentaria compartidas por la práctica totalidad de las guías para medios de comunicación en el ámbito de la salud serían las siguientes:

a) Rigor

- La falta de rigor resta tiempo a la reflexión y convierte cualquier noticia en una alarma.
- La especialización, recomendada para el tratamiento de informaciones sobre salud, ayuda a aplicar este criterio.

b) Sensibilidad

- “Informa como si fueran tus hijos” podría ser la máxima aplicable al tratar este problema.
- Tomar postura no afecta a la neutralidad o la imparcialidad.

c) Respeto a la intimidad

- Guardar el anonimato de los pacientes.
- Ser especialmente cuidadoso cuando la fuente es un menor.

d) Veracidad

- La causa y la consecuencia de la enfermedad debería estar presente en la información para respetar el sentido de la noticia.

e) Profesionalidad

- La curiosidad morbosa desinforma y perjudica a los afectados.

f) Consulta a los expertos

- Las asociaciones acreditadas son una fuente de referencia útil dado que conocen y derivan a los expertos de la zona a la que pertenecen.

Llevando estos principios a un ámbito más concreto podemos añadir que las informaciones deberían tener en cuenta estos propósitos:

a) Promover el conocimiento social sobre el problema

- Intentar abarcar no sólo aspectos científicos de la enfermedad.
- Evitar titulares alarmistas.
- Rehuir de la creación de estereotipos.
- Utilizar apropiadamente los términos.

b) Hacer visibles a los colectivos de enfermos

- Aportar la voz de los afectados.
- Prestar atención a los enfoques positivos.

2.2. Recomendaciones en el ámbito de la publicidad

2.2.1. Normativa vigente

Existen propuestas normativas muy explícitas que pueden mejorar, si se atienden, el tratamiento que los TCA reciben en los formatos publicitarios:

Ley 1/2006, de 19 de abril, Ley del Sector Audiovisual en la Comunidad Valenciana

En el artículo 28, párrafo 1º manifiesta que: *“Son ilícitas, en todo caso, la publicidad en televisión y la televenta que fomenten comportamientos perjudiciales para la salud o la seguridad humanas o para la protección del medio ambiente; atenten al debido respeto a la dignidad de las personas o a sus convicciones religiosas y políticas o las discriminen por motivos de nacimiento, raza, sexo, religión, discapacidad, nacionalidad, opinión, o cualquier otra causa personal o social”.*

Real Decreto 1430/1997 de 15 de septiembre

En el artículo 4 sobre etiquetado, presentación y publicidad, en el párrafo 3º se dice: *“El etiquetado, la publicidad y la presentación de productos alimentarios destinados a ser utilizados en dietas de bajo valor energético para la reducción de peso no contendrá ninguna referencia al ritmo o a la magnitud de la pérdida de peso a que puede llevar su consumo, ni a la disminución de la sensación de hambre, ni al aumento de la sensación de saciedad”.*

El **Reglamento del Parlamento Europeo** relativo a las declaraciones nutricionales y de propiedades saludables en los alimentos, obliga a que expresiones como “light”, “bajo en calorías”, “sin azúcar añadido”, o “sin materia grasa” se basen en evidencias científicas, contrastadas y reales.

2.2.2. Códigos deontológicos de buenas prácticas y de autocontrol audiovisual

Desde su nacimiento en 1995, la Asociación para la Autorregulación de la Comunicación Comercial (Autocontrol), responsable de gestionar el sistema de autorregulación publicitario español, ha mostrado una especial atención a la publicidad de alimentos en el control de la aplicación y cumplimiento de las normas legales y deontológicas que rigen la publicidad. El objetivo es velar para que la publicidad sea veraz, legal, honesta y real, mediante la aplicación de la normativa legal vigente y de los Códigos Deontológicos y de Buenas prácticas.

En el año 2002, la Asamblea General de **EASA (European Advertising Standards Alliance)** aprobó la Declaración de Principios Comunes y Buenas Prácticas para toda Europa. La principales referencias deontológicas son las siguientes:

A) Código de Conducta Publicitaria basado en el Código Internacional de Prácticas Publicitarias de la Cámara Internacional de Comercio (ICC International Code of Advertising Practice)

El punto que alude directamente a la prevención de conductas alimentarias contrarias a la salud se recoge en el nº 29, en el que se dice:

“La publicidad evitará incitar a sus receptores, en especial a los adolescentes, a la adquisición de pautas/comportamientos que puedan resultar nocivos para su salud”.

Por otro lado podemos observar un aspecto interesante en el punto 5, en donde se incide en la explotación del miedo. Concretamente el texto dice:

“La publicidad no ofrecerá argumentos que se aprovechen del miedo, temor o supersticiones de los destinatarios. Los anunciantes podrán recurrir al miedo, siempre proporcionado al riesgo, para alentar un comportamiento prudente o desalentar acciones peligrosas, imprudentes o ilegales”.

En el punto 9 se alerta sobre conductas peligrosas y de seguridad:

“La publicidad no deberá alentar prácticas peligrosas salvo cuando lo haga en un contexto en que precisamente pueda deducirse que fomenta la seguridad”

También podemos considerar de interés en este marco, los puntos 10 y 11 sobre publicidad discriminatoria y derecho al honor:

“La publicidad no sugerirá circunstancias de discriminación ya sea por razón de raza, nacionalidad, religión, sexo u orientación sexual, ni atentará contra la dignidad de la persona”

“La publicidad ha de respetar necesariamente los derechos al honor, a la intimidad y a la propia imagen”.

B) Código Ético de la Asociación Española de Fabricantes y Distribuidores de Productos de Nutrición Enteral (AENE)

Las obligaciones adquiridas por los miembros de AENE en virtud de este Código dimanar del cumplimiento tanto de la legislación específica para los alimentos dietéticos destinados a usos médicos especiales, como de la normativa general en materia de publicidad, protección de los consumidores y competencia. De hecho, este Código supone una sistematización del Derecho vigente y de las resoluciones judiciales y administrativas existentes para promover un mejor conocimiento del marco jurídico y facilitar así su aplicación. En relación a los TCA, es de resaltar el punto 6 sobre Información y Publicidad, cuya redacción es la siguiente:

“6.1. De conformidad con la legislación vigente, no está permitida la publicidad de los alimentos destinados a usos médicos especiales, si bien se autoriza la información a profesionales sanitarios. Los medios de información y promoción utilizados como soporte (...), tendrán carácter básicamente científico y estarán dirigidos y se distribuirán con exclusividad a los profesionales sanitarios.

6.2. Toda la información y todas las afirmaciones publicitarias deben ser correctas, científicamente fundadas, verdaderas, objetivas y equilibradas y deben reflejar el estado actual del conocimiento.”

C) Código PAOS: Código de Autorregulación de la Publicidad de Alimentos dirigida a menores, prevención de la obesidad y salud (FIAB)

Proteger a la población más débil en relación a los mensajes publicitarios dirigidos a ellos en temas de alimentación es uno de los objetivos de este Código que entró en vigor en septiembre del año 2005. Pero es de destacar el punto IX sobre educación e información nutricional en donde se destaca:

“23. Como regla general, los mensajes publicitarios de alimentos o bebidas no deberán promover o presentar hábitos de alimentación o estilos de vida poco saludables tales como comer o beber de forma inmoderada, excesiva o compulsiva, ni deberán fomentar, aprobar o presentar de forma condescendiente hábitos de vida sedentarios. A tal efecto, la publicidad de estos productos dirigida a niños no deberá mostrar el alimento o bebida promocionado en cantidades excesivas o desproporcionadas. Asimismo, cuando la publicidad presente el alimento o bebida promocionado en el contexto de una comida, deberá mostrarse acompañado de una variedad razonable de alimentos, con el fin de que el mensaje publicitario fomente su consumo como parte de una dieta variada y equilibrada.

24. En la publicidad dirigida a menores, ningún producto puede presentarse como sustitutivo de ninguna de las tres comidas principales (desayuno, comida, cena).

25. La publicidad de alimentos o bebidas no deberá minusvalorar la importancia de hábitos de vida saludable tales como el mantenimiento de una alimentación variada y equilibrada o la realización de actividad física”

2.2.3. Principales errores observados en el tratamiento de los TCA

A. EXAGERACIÓN DEL TRASTORNO (SENSACIONALISMO)

Con demasiada frecuencia:

Se hace un énfasis excesivo en las noticias de casos de muerte (o de extrema gravedad) por TCA, dando así la impresión de que estos casos son muchos, cuando la realidad es que se trata más bien de excepciones.

Se exagera el peligro de muerte o gravedad de los casos que se narran. Lo cierto es que el ser humano aguanta comiendo poco durante más tiempo del que creen los familiares; por suerte, el organismo está preparado para los períodos en que no hay alimento. Habría que incidir, más bien, en las secuelas físicas a largo plazo.

Se da a entender que hay mucha facilidad para enfermar, como si de un contagio vírico se tratara, como si el individuo no contara con medios propios para librarse o prevenirse del TCA. Se hace sentir impotentes a los familiares y víctimas a los pacientes. Por el contrario, en realidad, el sujeto y su familia tienen mucho que ver tanto en el proceso de aparición como en el de curación del trastorno.

Se crea mucho miedo y alarma a los familiares, lo que les hace sufrir en exceso y les empuja a actuar desmesurada e inadecuadamente (espionar al afectado, imponerle conductas, insistirle demasiado, obsesionarse, sobreactuar, etc.). Hay que dejar claro que existen abordajes eficaces y con ellos el trastorno mejora y tiene curación.

Se presentan todos los casos como un si fueran iguales, con los mismos síntomas gravísimos. Se olvida que hay grandes diferencias entre casos, con diversos niveles de gravedad y pronóstico.

Se usan alertas sobre los peligros con la intención de convencer por medio de un proceso de reflexión racional. Pero los enfermos los escuchan bajo procesos emocionales, de manera que no les producen el efecto pretendido, y, si se insiste demasiado, pueden incluso producir otros inconvenientes (oposición, rechazo, etc.)

B. SIMPLIFICACIÓN DEL TRASTORNO (SUPERFICIALIZACIÓN):

La brevedad que se impone en la mayoría de los medios de comunicación hace que los TCA aparezcan reducidos a sus manifestaciones más externas y llamativas. Esto induce a una visión superficial del trastorno y a la costumbre de no reflexionar sobre él.

Los medios se detienen demasiado en los aspectos más fácilmente detectables y llamativos (pérdida o aumento de peso, deterioro corporal, conductas extrañas, filosofías extremistas en Internet, etc.). Esto induce a creer que en eso consiste principalmente el trastorno.

A veces, los TCA se toman como una simple tendencia o moda de los jóvenes, como si fuera efecto de una imitación o contagio entre ellos, que, por tanto, podría evitarse fácilmente. Sin embargo, el proceso es mucho más complejo que eso: es multidimensional.

C. TERGIVERSACIÓN O CONFUSIÓN DEL TRASTORNO (FALTA DE RIGOR):

Se suele tomar como una “enfermedad” que a la persona le “acontece” o le “ataca”, y que se le podría “curar” simplemente con medicación o ingreso hospitalario (“medicalización” del trastorno). En realidad, el trastorno tiene varios factores o dimensiones, y se debe abordar de modo integral.

Frecuentemente, pero más aún cuando se expone un caso muy grave, o de muerte, precisamente por esos efectos tan llamativos, se presenta el trastorno como resultado de la desnutrición. Pero se relegan los procesos psicológicos y situaciones que atraviesa el afectado.

Se toman como causas o desencadenantes lo que sólo son circunstancias que ejercen cierta presión o dan facilidades a los síntomas. Por ejemplo, elementos circunstanciales que tientan a comer (como la publicidad de alimentos o la facilidad de acceso a la comida) o que dan importancia a la delgadez (amistades delgadas, moda, práctica de danza o deportes, publicidad de adelgazantes, regímenes, famosos, modelos, artistas, etc.). Sin embargo, para que se produzca y mantenga un verdadero trastorno no es suficiente estar en áreas o circunstancias de riesgo, sino que el individuo, su vida privada y su vida familiar, han de estar profundamente involucrados en los conflictos constitutivos del problema.

Presentar el trastorno con profusión de imágenes puede, en vez de concienciar, fomentar más los TCA porque se le da implícitamente más importancia a lo aparente, a las consecuencias y a los resultados. Se graba más “una imagen que mil palabras”, y se nos acostumbra inconscientemente a depender de las apariencias.

Cuando se habla de ayudas o soluciones, se plantea casi exclusivamente como un “aportar” al paciente elementos externos (cuidados, medios, profesionales, tratamientos, instituciones, etc.). Se contribuye así a olvidar que el paciente y su familia forman parte del proceso de aparición y de desaparición del trastorno, y tienen también que replantearse su conducta.

2.2.4. Recomendaciones concretas para el tratamiento de los TCA

Atendiendo a todo esto, recomendamos a los medios:

Evitar	<ul style="list-style-type: none"> · Mostrar imágenes y detenerse en los casos graves o de muerte · Plantear como muy probable el agravamiento o el fallecimiento · Hablar de gravedad o muerte, y hablar de secuelas corporales y psicológicas · Sobrentender que es un problema imposible o muy difícil de resolver · Suponer que el trastorno “ataca” o se “contagia” · Que en el relato la comida y la delgadez sean las protagonistas · Describir los “trucos” que se usan para adelgazar: ocultar comida, engañar en el peso, etc. · Hablar de deterioro corporal sin mencionar los problemas psicológicos y socioculturales · Reducir los TCA a un fenómeno puramente juvenil · Presentar a los enfermos como personas con conductas absurdas, como si no tuvieran un motivo · Suponer que porque se tiene una edad, se pertenece a un grupo (danza, deporte, etc.) o se tienen determinadas amistades (delgadas, adolescentes, etc.) se va a adquirir el trastorno
Suponer siempre	<ul style="list-style-type: none"> · Que el trastorno es multifactorial · Que el trastorno debe abordarse de modo integral · Que algo le pasa al enfermo en su vida personal para que se haya producido el trastorno · Que los enfermos y sus familiares han de tomar cartas en el asunto además de acudir a los profesionales
Dejar claro	<ul style="list-style-type: none"> · Que el trastorno tiene mejoría y curación, aunque en algunos casos sea un proceso largo · Que siempre hay diferencias en el nivel de gravedad de los casos
Procurar	<ul style="list-style-type: none"> · Que predomine la explicación, la reflexión y las ideas, sobre las imágenes · Que en el relato se hable de prevención, empezando por recomendar una buena escucha y comunicación · Que se incluyan datos estadísticos globales

3. RECOMENDACIONES A LOS USUARIOS DE LOS MEDIOS

3.1. A padres y madres

- a. Ser conscientes del mensaje que transmitimos a los niños en relación a la publicidad, manteniendo un espíritu crítico ante la información de los medios.
- b. Educar en la diversidad corporal, en la aceptación de nuestro cuerpo y en la valoración de la persona y no de un ideal estético mediático.
- c. Mantener una coherencia entre lo que decimos y lo que hacemos, compartiendo un estilo de vida saludable en familia.
- d. Asociar los alimentos a sus virtudes como nutrientes y fuente de energía y salud, evitando su uso como castigo o recompensa a comportamientos infantiles.
- e. Evitar que los jóvenes sustituyan actividades creativas o esforzadas por tiempo excesivo de uso pasivo de TV, juegos de ordenador, etc...

3.2. A educadores

- a. Mantener y fomentar un espíritu crítico ante los medios de comunicación.
- b. Eliminar formas de hablar en negativo, cuidando los ejemplos que se utilizan, evitando las comparaciones.
- c. Enseñar un uso adecuado de Internet.
- d. Fomentar el “cuidarse por dentro”, tanto física como psicológicamente.

3.3. A los profesionales de la salud

- a. Ser responsables y éticos cuando se trate de productos asociados a “dietas milagro” y orientados a la pérdida de peso.
- b. Dar una información veraz, aclarando los mitos que rodean a la alimentación e involucrar a toda la familia en unos hábitos de vida saludables.
- c. Sensibilizar a la población acerca de estos TCA, desempeñando el papel de agente de salud.
- d. No prestar más atención a la dimensión corporal del problema que a la psicológica y a la sociocultural.

3.4. A afectados/as

- a. Es recomendable que ni familias ni afectados se presten para testimonios sensacionalistas.

3.5. A la Administración Pública

- a. Vigilar el cumplimiento de la normativa de control para determinados programas en horario infantil.
- b. Tratar de que desde las televisiones se contraten presentadoras atendiendo las solicitudes que abogan por una imagen realista de la mujer en televisión.
- c. Incentivar la publicidad que muestre mujeres “de verdad”.
- d. Promover la diversidad corporal en la publicidad.
- e. Promover una alimentación y estilo de vida saludables.
- f. Apoyar campañas que fomenten estilos de vida saludable.

BIBLIOGRAFÍA

AVALCAB (Asociación Valenciana de Familiares de Enfermos con Trastornos Alimentarios). *Memorias 2006-2007*

Calvo Sagardoy, R. (2002): *Anorexia y bulimia. Guía para padres, educadores y terapeutas*. Planeta Prácticos.

Carrillo, M.V. (2002): *Publicidad y anorexia. Influencia de la publicidad y otros factores en los trastornos de la conducta alimentaria*. Ed. Ciencias Sociales.

Consell de l'Audiovisual de Catalunya. (2007) *Recomanacions sobre el tractament de l'anorèxia i la bulímia nervioses als mitjans de comunicació audiovisual*.

Guerro-Prado, D. y Barjau, J.M. (2002): *Televisión, medios de comunicación escritos y su relación con los trastornos de la conducta alimentaria*. Medicina Clínica.

Herrero, C. (2005): *Mujer y medios de comunicación: riesgos para la salud. Trastornos de la Conducta Alimentaria, 1, 55-75*. Instituto de Ciencias de la Conducta.

Hilde Bruch (2002). *La jaula dorada*. Paidós Ibérica.

Jáuregui Lobera, I. (2006) *La imagen de una sociedad enferma. Anorexia, Bulimia, Atracones y Obesidad*. Editorial Grafema.

Ortega, R., Andrés, P. Jiménez, L. y Ortega, A. (1995): *Mensajes sanitario-nutricionales transmitidos por la publicidad de televisión. Tendencias y errores*. Nutrición Hospitalaria.

Peláez, M.A., Labrador, F.J. y Raich R. M. (2007). *Prevalence of Eating Disorders among an Adolescent and Young Scholastic Population in the Region of Madrid. Journal of Psychosomatic Research. Volume 62, Issue 6*.

Raich, R.M. (2008): *Los Trastornos Alimentarios, la Obesidad y el Sobrepeso*. INFOCOP.

Royo, L. y Cava G. (Editores) (2003): *Anorexia nerviosa*. Ariel Ciencias Médicas.

Toro, J. y Artigas (2000): *El cuerpo como enemigo: comprender la anorexia*. Martínez Roca.