

INTRODUCCIÓN

Juan Manuel Caamaño Mata

Médico Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria
Jefe de Servicio de Atención Primaria Concepción Arenal
Secretario del Comité Científico

Los trastornos del comportamiento alimentario (TCA), anorexia nerviosa(AN), bulimia nerviosa(BN)y cuadros afines no especificados(TCANE), constituyen un proceso patológico identificado mayoritariamente en la población adolescente y juvenil femenina y que ha alcanzado gran relevancia social en las sociedades desarrolladas.

El importante incremento de la incidencia de esta patología, fundamentalmente en la década de los años ochenta, parece estar estrechamente relacionado con la difusión de los valores occidentales y más concretamente del modelo estético femenino delgado, donde los medios de comunicación han jugado y juegan un papel muy importante, aunque su desarrollo es consecuencia de la interacción de otros factores tales como los genéticos, perinatales, de personalidad, familiares etc. capaces de desarrollar cuadros psicopatológicos, no psicóticos, que conjuntamente con factores dietéticos responsables de la decisión voluntaria de perder peso, generan los trastornos del comportamiento alimentario.

La prevalencia de dicha patología en la población juvenil femenina es relevante y según la Sociedad Americana de Psiquiatría representa del 0,5 al 1% para la anorexia nerviosa y del 1 al 3% para la bulimia nerviosa.

En España tenemos algunos estudios sobre la prevalencia de estos trastornos siendo el más significativo el realizado en la Comunidad Autónoma de Navarra en la población femenina entre 12 y 14 años por Pérez Gaspar y colaboradores que han obtenido una prevalencia de 0,3% para la anorexia nerviosa(AN), 0,8% para la bulimia nerviosa(BN) y del 3,1% para los trastornos del comportamiento alimentario no especificados. Hay que significar también que constituyen la tercera patología más frecuente entre la población adolescente y juvenil femenina.

Dichos trastornos son procesos de larga duración, de 4 a 7 años (en algunos casos más de 20)de los cuales el 40% se recuperan, el 30% mejoran y el 30% restante no se modifican , se suicidan o fallecen, siendo muy importante un diagnóstico precoz para conseguir una buena evolución clínica.

Todo ello debe llevarnos, tanto a las autoridades como a los profesionales sanitarios implicados, a tomar conciencia del problema y en el que el médico de Atención Primaria debe tener un papel relevante.

Vamos a tratar, en esta ponencia, esta patología desde tres vertientes:

- Importancia de la prevención y diagnóstico precoz de los TCA. ¿Cuándo derivar a la Atención Especializada?. ¿Qué papel debe jugar el médico de Atención Primaria?
- Trastornos nutricionales y endocrinológicos en los TCA. Valoración clínica y signos de alerta.
- Tratamiento de los TCA en una Unidad Especializada.



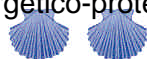
Felipe Casanueva Freijo

*Jefe de Sección de Endocrinología y Catedrático de Medicina.
Complejo Hospitalario Universitario de Santiago.
Director Unidad de Desórdenes Alimentarios.
Hospital de Conxo, CHUS*

Hace veinte años, los desórdenes graves del comportamiento alimentario eran una curiosidad ante la cual muchos facultativos fracasaban en el diagnóstico o en la terapéutica debido a su escasa frecuencia de presentación. En la actualidad es raro encontrar a un profesional sanitario, profesor de enseñanza primaria e incluso público en general no familiarizado con algunos de los signos o síntomas de esta enfermedad que se manifiesta con proporciones epidémicas.

La anorexia nerviosa ha atraído la atención médica desde tiempos lejanos por las peculiaridades de su presentación. Desde el punto de vista endocrinológico-nutricional, la anorexia es el único ejemplo de malnutrición por defecto que no tiene una base orgánica y en la mujer induce un cuadro de reversión en el desarrollo gonadal hacia la pre-pubertad. En efecto, eliminados prácticamente en nuestro país los cuadros deficitarios nutricionales generados por hambre, la malnutrición era hasta hace pocos años un problema de alteraciones orgánicas o generales, tales como grandes traumatizados, caquexias etc. La malnutrición por defecto que se creía un problema de países no desarrollados ha irrumpido con fuerza en nuestra sociedad por el problema de la no ingesta voluntariamente generada que es la anorexia.


Es altamente curioso que no existan estudios epidemiológicos sobre la incidencia de esta nueva patología ni sobre su morbimortalidad, tanto en nuestro país como en otros, siendo las cifras de mortalidad manejadas, carentes de base documental. La segunda peculiaridad del cuadro es la no existencia de un estudio sistemático orgánico y anatomopatológico del mismo. Si bien se acepta que los hallazgos históricos publicados sobre la malnutrición calórico-proteica, tales como atrofia de vellosidades intestinales, pérdida de grandes masas proteicas e incluso enzimáticas etc son pertinentes para los pacientes con anorexia, ninguno de estos apartados ha sido probado. Es más, lo más sorprendente de la evolución de la enfermedad es la facilidad con que es tolerada por el organismo de los pacientes afectos. Este dato es explicable por dos factores, primero la anorexia es un cuadro clásico de malnutrición por déficit energético y no energético-proteico típico de países con hambre endémica. El segundo es que su instauración es muy lenta



permitiendo un ajuste general del organismo a la nueva situación.

Pendiente de las oportunas explicaciones fisiopatológicas, lo importante es que la malnutrición y los desequilibrios hidroelectrolíticos asociados con la anorexia nerviosa son las causas generadoras de: las complicaciones cardiovasculares como causa princeps de muerte, las complicaciones gastrointestinales, alteraciones renales, complicaciones hematológicas, alteraciones esqueléticas, y endocrinológicas.

En la Unidad de Desórdenes Alimentarios de nuestro centro la evaluación nutricional y los criterios de ingreso y tratamiento por esta causa se realizan a través de la determinación del índice de masa corporal o Body Mass Index (BMI) el cual se realiza mediante la división del peso en Kg por la altura en metros del paciente, elevada al cuadrado. Como es conocido, la cifra de normalidad es alrededor de 20 siendo el valor de 30 de obesidad franca. En la unidad, un BMI < 16 es causa de ingreso hospitalario y de comienzo de nutrición enteral por sonda nasogástrica, manteniendo la alimentación oral de la paciente. A diferencia de otros hospitales del país, no realizamos un período de prueba con el paciente hospitalizado antes del uso de la alimentación por sonda, sino que se comienza inmediatamente, si bien con un incremento progresivo en volumen. Con esta política no se ha experimentado en cinco años problemas severos excepto un cuadro de hipofosfatemia en una paciente con ingesta masiva de diuréticos. Sólomente cuando los pacientes experimentan una recuperación energética mínima se comienza con la terapia psicológica y psiquiátrica, dado que en condiciones extremas de malnutrición hemos observado que esta aproximación es ineficaz dado la desvigorización de la personalidad del paciente. Cuando el BMI se mueve en las cifras de 16-18 se añaden suplementos energéticos y por encima de 18 se pasa en general a la alimentación natural con retirada de la sonda. Una vez pasado la situación aguda de realimentación que es considerada por nosotros un problema endocrinológico orgánico de riesgo vital para el paciente, el control de la terapia y manejo del enfermo pasa a las manos del equipo psicoterapéutico de la Unidad que es quien marca los ritmos y negocia con el paciente las pautas nutritivas.

Desde el punto de vista endocrinológico, las manifestaciones generadas por la anorexia son: el hipogonadismo hipogonadotrofo por malnutrición que se expresa en el signo diagnóstico de la amenorrea primaria o secundaria, el hipercortisolismo, la elevación de la hormona de crecimiento, diabetes insípida central parcial, y decremento en las cifras de hormonas tiroideas. El hipogonadismo hipotalámico de estas pacientes es un fenómeno altamente interesante dado que tiene por base la malnutrición energética y una reducción en la pulsatilidad de LH y FSH que se cree debida a una reducción en la pulsatilidad hipotalámica de GnRH. Por esta razón se dice que la anorexia nerviosa hace retroceder el patrón gonadal de la mujer a su etapa pre-puberal. Durante mucho tiempo se ha especulado con el mecanismo de este patrón gonadal generado  por la malnutrición, en la

actualidad nuestro y otros grupos han demostrado que la pérdida de masa adiposa induce una reducción en los niveles de leptina circulantes y que esta situación lleva a una pérdida de liberación hipotalámica de GnRH.

Como conclusión, la anorexia nerviosa es un cuadro de alta relevancia médica en nuestro país que ha presentado una notable demanda no sólo a los facultativos sino a los sistemas autonómicos de salud. Un conocimiento en profundidad de sus manifestaciones y bases y un abordaje en equipo entre las unidades especializadas y la atención primaria representa el único método para dar una respuesta satisfactoria a esta patología.



TRATAMIENTO PSIQUIÁTRICO DE LA ANOREXIA NERVIOSA

Isabel González Lado:

Médico de la Unidad de Trastornos de la Alimentación.

Hospital de Conxo. Santiago de Compostela

Un adecuado abordaje de la Anorexia Nerviosa requiere un orden riguroso en el planteamiento de medidas terapéuticas y en este sentido se ha de establecer como objetivo prioritario la recuperación del estado nutricional, normalización de hábitos alimentarios y recuperación ponderal ya que no debemos olvidar que la malnutrición con sus secuelas físicas y psicológicas comportan gran parte de la psicopatología que caracteriza la enfermedad. Parece sensato pues, pensar que para llevar a cabo este trabajo hemos de contar con la colaboración de la paciente, así que nuestro esfuerzo irá dedicado a establecer una adecuada alianza terapéutica que iremos fundamentando en una exhaustiva y recíproca información (identificación del problema, de la sintomatología, complicaciones, limitaciones, dificultades, posibilidades terapéuticas...) una imprescindible motivación (la paciente ha de valorar la necesidad de cambios en su vida que le ayuden a mejorar su estado) y el establecimiento de objetivos terapéuticos para la paciente, terapeuta, familia ... que permita ir elaborando distintas estrategias según las necesidades de cada momento.

El tratamiento psicológico es fundamental para que la paciente pueda afrontar toda la problemática intrapsíquica, conductual y relacional que acompaña a la enfermedad y la que sobrevendrá a lo largo del trabajo terapéutico. No hay que olvidar que la psicopatología de la Anorexia Nerviosa va más allá de los problemas de imagen corporal, peso y alimentación a los que es reducida con frecuencia. De todas las modalidades terapéuticas (terapia psicoanalítica, terapia sistémica, psicoterapia interpersonal...) la más ampliamente utilizada por su mayor eficacia es la terapia cognitivo-conductual, si bien, a lo largo del tratamiento distintos momentos pueden requerir diferentes orientaciones así que siempre se han de ver las diversas modalidades como complementarias y por tanto válidas.

La elección del régimen de tratamiento va a depender básicamente de parámetros de salud y de riesgo vital. Sin duda se ha de dar preferencia al tratamiento ambulatorio pero hay circunstancias que lo desaconsejan y que exigen intervención hospitalaria parcial (hospital de día) o completa, tal es el caso de pérdidas ponderales mayores al 25-30% del peso normativo, complicaciones médicas que requieren intervención intrahospitalaria, trastornos psiquiátricos graves o riesgo de suicidio, conflicto familiar grave, falta de respuesta al tratamiento ambulatorio y trastornos conductuales severos.



El tratamiento en régimen ambulatorio se va a establecer en relación a las características y necesidades de cada paciente (aunque siempre vamos a estar limitados por parámetros biológicos y de salud lo que nos va a permitir establecer un marco terapéutico básico y común en la mayoría de los casos) y por tanto habrá que plantear diferentes niveles de intervención dependiendo del estado evolutivo, gravedad de los síntomas, nivel de deterioro físico o psíquico, etc. No hay que olvidar nunca intervenir a nivel familiar y en este sentido las necesidades pueden ser variables, desde un simple asesoramiento e información a una terapia familiar.

La farmacoterapia se plantea como coadyuvante en situaciones de ansiedad importante, depresión, insomnio pertinaz, trastorno obsesivo, fóbico y otros que pudiesen coexistir con la enfermedad. La tendencia actual es la utilización de antidepresivos inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina por los escasos efectos adversos que presentan (no debemos olvidar que se trata de pacientes a menudo en condiciones físicas precarias que podrían favorecer su aparición), aún a pesar de ello hay que tener en cuenta la eficacia de la imipramina y amitriptilina (potenciadores además del apetito y del peso). Benzodiazepinas para el tratamiento de ansiedad y trastornos del sueño. La utilización de antipsicóticos tiene defensores en aquellos casos en los que se valora que la distorsión de la captación de la imagen corporal y algunos trastornos cognitivos tienen rasgos delirantes (muchos de ellos son asimismo estimulantes del apetito e inductores de ganancia ponderal, lo cual puede convertirse en un problema añadido).



IMPORTANCIA DEL MÉDICO DE CABECERA EN LA PREVENCIÓN DE LOS TRASTORNOS DEL COMPORTAMIENTO ALIMENTARIO

Bernabé Galán Sánchez.

Doctor en Medicina. Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria.
Centro de Salud de Fuente Palmera (Córdoba)

Observamos cómo el problema de los trastornos del comportamiento alimentario incrementa su importancia y difusión conforme van pasando las fechas. Lo que no le acompaña paralelamente es el reconocimiento que se le debe tener a los médicos de cabecera en el papel que ocupan en la prevención y seguimiento de estos desarreglos.

La relación de la comida con los sentimientos de seguridad, bienestar y afecto que se aprenden desde los primeros días de nuestra existencia transmitidos desde el pecho materno, se mantienen durante toda la vida. Por ello no es de extrañar que toda afectación de la psique de la persona influya notablemente en los procesos de nutrición.

La alteración en la percepción de la imagen corporal que padecen nuestras jóvenes enfermas así como el comportamiento posterior, podemos intuirlo o anticiparlo los médicos de familia porque conocemos el medio donde se ha desarrollado esa niña que posiblemente hemos visto nacer y crecer en el seno de una familia, tal vez no muy cariñosa ni bien avenida. Recordamos que conforme iba creciendo también aumentaba su inseguridad, su inestabilidad emocional y su ansiedad y advertíamos a su madre que apreciábamos en la jovencita unos bajos niveles de autoestima y de tolerancia a la frustración. Posiblemente fueran gorditas de pequeñas y se encontraba con carencias afectivas, ya que sus padres casi nunca estaban con ella y la estaba criando la abuela. La niña, nos comentan los padres, nunca había sido respondona y ahora es una protesta andante y siempre está discutiendo o provocando discusiones a otros.

Esta breve narración se la pueden aplicar muchos médicos de cabecera que permanecen de manera continuada trabajando con la misma población. Pero también habría que añadir que cuando sospechamos o diagnosticamos un trastorno del comportamiento alimentario tendríamos que decir que hemos fracasado en el aspecto preventivo que nos corresponde, ya que nuestra función como Médicos de Atención Primaria principalmente debe ser preventiva, como hacemos continuamente con otras patologías.

Nuestra predisposición a trabajar en pro de la prevención al unísono con las familias afectadas, evitaría muchas consecuencias que pueden llegar a ser graves, como es el hecho que del 5-10 % de las afectadas mueren. La familia se sumerge en una situación difícil de soportar: ven como su hija o hijo (ya que va aumentando la incidencia en varones) entran en una difícil etapa de aislamiento, incompreensión, recaídas, vergüenza, soledad, impotencia, sentimientos de culpabilidad, etc.

Tenemos una ardua tarea, ya que es difícil luchar contra la cultura de la delgadez, en boga en los países occidentales, que impone un patrón de medidas corporales difícil de conseguir sin unas dietas estrictas, que afectan negativamente a la salud. Anorexia, bulimia, delgadez y salud: cuatro términos estrechamente relacionados que plantean la necesidad de concienciar a la población y adoptar medidas preventivas, ya que los expertos sitúan el porcentaje de afectados en torno al 0,5 por ciento de los jóvenes entre 14 y 24 años.



Vemos qué paradojas encontramos en los medios de comunicación: mientras Sanidad lanza su campaña, paralelamente aquellos continúan promocionando los cuerpos esculturales de la industria de la moda, la publicidad con siluetas mitificadas y bombardeando con anuncios de medicamentos adelgazantes milagrosamente rápidos y efectivos mientras hay mucha gente castigada por el hambre y la falta de alimentos.

Mientras las autoridades sanitarias y los expertos dejan pasar el tiempo discutiendo sobre la necesidad de invertir en prevención o en tratamiento de estos trastornos (ya que no se ponen de acuerdo), lo que sí parece que tienen algo más claro es que los resultados demuestran que la INTERVENCIÓN TEMPRANA es el mejor factor para la recuperación y el método más económico para eludir tratamientos potencialmente muy costosos.

Sin embargo, nos encontramos con que la concepción de los trastornos alimentarios como enfermedad específica presenta claras limitaciones en cuanto a la prevención primaria. Los expertos no se ponen de acuerdo en establecer los *límites entre estado "normal" y "anormal"* (esto es, si cumplen los criterios diagnósticos o le falta alguno y entonces las estadísticas varían significativamente), en la *edad de inicio* (y también hay diferencias en la bibliografía, ya que mientras unos opinan que se debe considerar la edad en la que emerge el primer síntoma, otros piensan que se debe tomar como edad de inicio aquella en la que se encuentra el enfermo con toda la sintomatología) y por último las *altas tasas de comorbilidad* observadas en individuos con trastorno del comportamiento alimentario (también los expertos siguen polemizando para determinar si los TCA deberían incluirse dentro de otra forma de psicopatología como los trastornos del estado de ánimo, los trastornos de angustia o los causados por el consumo de sustancias tóxicas).

Pero dejemos a los investigadores que sigan en su papel y nosotros, Médicos, vayamos a lo concreto, a lo práctico y a ver que podemos hacer.

Las medidas de una política de prevención deberán incidir en todos y cada uno de los factores que se considera ejercen una acción etiológica, condicionante o perpetuante en la TCA, especialmente aquellos que son comunes a un gran porcentaje de la población. La prevención como conocemos se debe realizar a tres niveles: prevención primaria que atiende a los aspectos que condicionan el desarrollo de la enfermedad reduciendo su incidencia. La secundaria que facilita las intervenciones encaminadas a reducir el tiempo entre el diagnóstico del trastorno y el inicio del tratamiento y su buen resultado y finalmente la prevención terciaria que tiende a eliminar o reducir alguno de los síntomas o complicaciones graves de la enfermedad.

Prevenir significa estar alerta, no sólo sobre el comportamiento de los hijos con la comida, sino también sobre los demás aspectos de la vida que pueden preocuparles o que les están causando dificultades, como por ejemplo: ¿tiene amigos?, ¿está especialmente centrado en los estudios o le va mal en estos?, ¿disfruta de las cosas que hace?, ¿tiene confianza en sí mismo?, etc.

La anorexia y/o la bulimia, como enfermedad, son la síntesis o el final de un proceso en el que coinciden muchos malestares. PREVENIR SIGNIFICA QUE NOS OCUPEMOS Y QUE ESTEMOS ALERTA. Los padres, profesores, sanitarios, clubes juveniles, amigos, etc., cada uno desde el lugar que le corresponde, debe estar atento a las dificultades que aparecen durante la adolescencia, ayudando a que los jóvenes desarrollen sus capacidades personales que les permitan resolver sus propios conflictos de forma saludable.



Si una persona joven o un adolescente manifiesta el deseo de perder peso se debe escuchar su demanda, tal vez tenga razón y no le vendría mal perder algún kilo, y en este caso, si se inicia una dieta debe hacerse bajo la supervisión de un médico. Pero también puede ocurrir que este descontento con la imagen corporal nos esté avisando que algo no funciona.

Pasemos a desarrollar cada una de estas tres formas de prevención:

PREVENCIÓN PRIMARIA

Es la mejor forma de prevenir. Su papel radica en una acción directa para la reducción de la incidencia del trastorno. Aunque desconozcamos muchos factores que desencadenan la enfermedad sabemos que algunos son comunes a gran parte de las pacientes: la sumisión a los estereotipos culturales, la reducción de la dieta, el deseo de ser delgadas, la desinformación dietética, etc. son rasgos comunes en la mayoría de las anoréxicas.

Un programa de prevención primaria debe intervenir a nivel individual y grupal o social eliminando factores causales y fortaleciendo al “huésped” inmunizándolo contra los estímulos perniciosos y debe abordar los siguientes aspectos:

1. Información.

Al no existir un buen conocimiento de la enfermedad y de sus riesgos, esta información deberá ser dirigida en primer lugar a los sujetos de riesgo, y a sus familias y en segundo lugar a la población en general. Esta prevención deberá hacerse en el hogar, el colegio y la universidad.

2. Modificación de conductas precursoras de la enfermedad.

La acción más específica sería desarrollar programas que incidan en la corrección de aquellas conductas que ha demostrado ser precursoras de los trastornos alimentarios. La conducta a corregir más frecuente es la que establece que estas niñas o adolescentes varíen la dieta por motivos no claramente justificados o se inicien en dietas restrictivas, a espaldas de la familia, con la finalidad hipotética de mejorar su figura. Si intervenimos los médicos de cabecera mucho más precozmente, ya que a esa conducta se puede llegar en casos de obesidades infantiles junto al sedentarismo ante la TV o videoconsola, recomendando ejercicio y dieta, evitaríamos no pocos TCA.

3. Identificación de los grupos de riesgo.

Existen cuestionarios mediante los que se pueden descubrir aquellos sujetos que están en situación de padecer la enfermedad. Sobre este grupo de riesgo deberá incidir una serie de medidas que van desde la información al seguimiento, intentando evitar la aparición de la enfermedad. Pero sería conveniente que los médicos de familia estuviéramos mejor formados en este apartado.

4. Acción sobre los estereotipos culturales

Son intervenciones difíciles de implementar, ya que la pretendida consecución de un cuerpo atractivo mueve grandes intereses económicos. Deberían ir encaminadas a sensibilizar a la población contra el riesgo que conlleva la presión cultural dirigida a potenciar los aspectos estéticos, la promoción de una figura inalcanzable para muchas adolescentes, la vinculación de la belleza física con el éxito y sobre todo hacerles ver que las formas para conseguirlo son muy variadas y algunas incluso son claramente perjudiciales para la salud.



5. Educación escolar.

Prevenir los trastornos de la alimentación especialmente la anorexia nerviosa puede significar la obligación de establecer medidas muy tempranas; programas de educación alimentaria en las escuelas son un buen medio para prevenir los trastornos de la alimentación, se ha observado que si se reduce el número de personas jóvenes que hacen dieta de forma innecesaria se reduce la incidencia de anorexia nerviosa.

PREVENCIÓN SECUNDARIA.

Este tipo de medidas están encaminadas a reducir el tiempo entre la aparición del trastorno y el inicio del tratamiento. Para una correcta prevención secundaria debemos valorar los siguientes aspectos.

1. Diagnóstico precoz.

Cuando la pérdida de peso alarma a las familias que también han observado la presencia de amenorrea, peculiaridades en la alimentación y preocupación por figura y el peso, acostumbran a llevar a la muchacha al médico. En ocasiones el tratamiento correcto se demora no tanto por un diagnóstico incorrecto como por la pretensión de resolver el problema desde una vertiente estrictamente somática.

En este apartado nos podemos encontrar con dos serios problemas que habría que solucionar: la interacción entre pacientes y médicos y el grado de habilidad de estos para conseguir una identificación temprana de la patología.

El problema de interacción puede ser debido a varias causas:

- 1) A la demora del paciente en consultar su afección, bien por que no se consideran enfermos, bien por vergüenza, bien porque temen tener que abandonar su dieta y engordar otra vez, bien por miedo a la hospitalización.
- 2) En la demora del médico en diagnosticar los trastornos a tiempo casi siempre por falta de formación que le habilite a sospechar la patología.
- 3) La comunicación entre ambos, casi siempre por desconfianza del médico a las respuestas del paciente, así como por tener una actitud negativa que puede ser captada por la enferma.
- 4) Las diferencias de género entre pacientes y profesionales, que hacen inhibir la confianza de aquellas en sus médicos, a la vez que a estos les cuesta más trabajo comprenderlas cuando el profesional es hombre.
- 5) A las intervenciones inadecuadas efectuadas por los médicos, incluyendo sus derivaciones a otros especialistas.

¿CÓMO PODEMOS SABER QUE ESTAMOS ANTE EL INICIO DE UN TCA?

Cuando se nos presenta una familia consultando que a su hijo/a ha comenzado a caerse el cabello, perder peso, no le baja la regla o está perdiendo peso, hay que profundizar algo más e investigar si existe distorsión de la autoimagen corporal.

Hay diversas maneras de detectar la enfermedad, entre las cuales cabe destacar las siguientes:

1. Suelen ser niñas mayores de 14 años que SE QUEJAN DE SU ASPECTO FÍSICO, mostrándose disconformes con su peso o con alguna parte de su cuerpo (especialmente caderas y muslos). Presentan pérdida importante de peso, y afirman que están obesas aunque estén delgadas.



Reducen el consumo de alimentos, especialmente los que tienen más grasas y calorías.

2. Se vuelven cada vez más introvertidos y más aislados de la vida social. Los encontramos RAROS Y CON UN CAMBIO DE CARÁCTER LLAMATIVO. Aumentan su agresividad y tristeza.
3. Juzgan su vida bajo la visión de la imagen personal, la belleza, el triunfo ...
4. Se concentran en los estudios pero con más dificultades que antes. Empiezan a aumentar obsesivamente las horas de estudio y de otras actividades "útiles".
5. CAMBIAN SUS HÁBITOS EN RELACIÓN A LA COMIDA, de forma rígida y continuada, procuran no coincidir con la familia a la hora de comer, comen cada vez menos y se obsesionan en contar calorías. Muchos son verdaderos expertos en cocina.
6. AUMENTAN DE FORMA EXAGERADA LA PRÁCTICA DEL EJERCICIO FÍSICO, con la única finalidad de perder peso.
7. Abusan de la ingesta de diuréticos y laxantes.
8. Presentan irregularidades y pérdida de la menstruación así como frío y estreñimiento.

2. Tratamientos correctos.

En muchas ocasiones se demora el proceso de curación no porque la paciente no se inicie en tratamientos para la anorexia sino porque éstos no son los adecuados o son insuficientes.

Una auténtica prevención secundaria comienza cuando se inicia un tratamiento efectivo que atienda a las diferentes áreas comprometidas: dieta, peso, figura, cogniciones y relaciones interpersonales.

El tratamiento más eficaz es el llamado cognitivo-conductual por parte de un equipo multidisciplinario especializado en estos trastornos (médicos, enfermeras, psicólogos...) con el apoyo de la familia.

¿CUÁNDO DEBEMOS DERIVAR A UNA PACIENTE ANORÉXICA AL ESPECIALISTA?

Ante cualquier sospecha de anorexia, se debe remitir a la paciente a un equipo especializado. Hay una serie de criterios de atención urgente incluso de ingreso en hospital: Pérdida de peso del 25-30%, alteraciones de la conciencia, convulsiones, deshidratación, alteraciones renales o hepáticas severas, pancreatitis, disminución del potasio ($<3\text{mEq/l}$), arritmia severa o trastorno de la conducción, frecuencia cardiaca < 40 s/m, hematemesis severa, dilatación aguda gástrica, pacientes con poca motivación, inestabilidad psicológica, trastorno psiquiátrico asociado y en los casos de ambiente familiar poco colaborador.

3. Dispositivo asistencial eficaz.

La eclosión de esta patología ha puesto de manifiesto que los dispositivos de salud mental no estaban preparados para asumir y tratar con eficacia a todas estas pacientes. Los recursos actuales para tratar los trastornos de la alimentación son más bien escasos.

Aunque en este apartado los médicos de cabecera tenemos poco que decir, si podemos exponer y manifestar, a la par que apoyar las medidas que deben tomar las autoridades sanitarias.

La formación de equipos multidisciplinarios, la atención hospitalaria a estas pacientes y la creación de hospitales de día son temas pendientes en la mayoría de los hospitales del Estado.



Pero incluso en la circunstancia de estar resueltos estos problemas la prevención secundaria se enfrenta a obstáculos, algunos ya dichos, sobre los que sí podemos influir los Médicos de Atención Primaria, por la credibilidad que tenemos sobre la población que atendemos:

a/ Las pacientes y sus familias no consideran los síntomas de la anorexia nerviosa como algo preocupante o severo.

b/ Algunas personas y algunos dispositivos asistenciales no consideran que este problema sea suficientemente severo como para precisar una atención especial.

c/ Las conductas de ayuno y purga pueden ser ocultadas por la paciente retrasando la atención médica.

d/ Algunos facultativos únicamente atienden a los problemas físicos con medidas parcialmente eficaces.

e/ Hay pacientes y familiares que pueden manifestar miedo al tratamiento: A las técnicas, al ambiente hospitalario y prevención a los psiquiatras o psicólogos.

Las soluciones a estos problemas pasan por una correcta información a los profesionales, la formación de equipos multidisciplinarios y la creación de centros específicos.

PREVENCIÓN TERCIARIA.

Debido a la novedad del trastorno o por considerar que éste se puede resolver favorablemente con el tiempo, es posible que los profesionales no se hayan planteado aún que hay un grupo importante de pacientes crónicas, refractarias al tratamiento a las que se puede ofrecer una prevención terciaria de sus síntomas más graves y de sus complicaciones más severas.

Algunas familias tras repetidos intentos de tratamiento de su hija se sienten fracasados y aceptan con resignación la inexorable y tórpida evolución de la enfermedad, en estos casos mejor que esperar el fatal desenlace o una cronificación con un riesgo siempre presente, es plantearse que dado que la enfermedad no tiene visos de curación sería bueno pactar la supervivencia y calidad de vida con la paciente.

En este caso, se procuraría evitar la caquexia extrema, los desequilibrios electrolíticos, el riesgo autolítico y las complicaciones por déficit inmunitario, con lo que se favorecería la supervivencia. Si al mismo tiempo se aceptan algunas conductas y se pactan otras, el marco familiar puede que no se deteriore y la paciente y su familia podrán vivir en mejores condiciones.

Sin embargo hay también muchos casos en los que se recuperan. Según estadísticas, del 20 al 50 % se recuperan totalmente, 25 % lo hacen parcialmente y otro 25 % desarrollan formas resistentes al tratamiento. Ante estas diferentes evoluciones y pronósticos tan variables, después del alta habrá que tener muy controladas a estas pacientes, ya que después del alta siguen existiendo muchos de los factores causales que le provocaron la enfermedad. Las mismas pacientes son conscientes de ello y pueden pedir ayuda, como es el caso de esta chica que lo expone ella misma: *"Soy Fernanda y tengo anorexia. Me estoy volviendo loca: desde hace un mes me dieron de alta después de estar seis meses en tratamiento en Méjico con Alejandra Cortés, mi doctora. Ella es una de las personas que se encargan de la asociación mexicana de trastornos de la alimentación. Ahí me ayudaron pero la verdad es que todos creen que estoy curada pero no es así: yo sigo teniendo anorexia, necesito hablar con alguien, tengo 18 años y ya no sé que hacer. Esto ha*



empeorado, porque siempre he querido ser modelo. Fui a un casting aquí en EE.UU. donde estoy viviendo con mi hermana y me escogieron para ir a una convención en la cual voy a pasar delante de todas las agencias de modelos más fuertes del mundo y eso me está empeorando porque sé que tengo que estar súper bien; mi peso no ha subido ni bajado desde hace dos meses: peso 43 kilos y mido 1.70 y así me he conservado; como bien y hago ejercicio porque quiero estar más flaca para ir a la convención de modelos. No sé... me estoy volviendo loca y no sé si esta va a ser mi forma de vida en adelante, siempre preocupada por lo que tengo que comer. Yo no sé qué hago aquí porque yo misma sé la cura de esto pero no quiero, o no sé siquiera si me gusta estar flaca y si quiero ser siempre así. Bueno si alguien me puede decir qué hacer, estoy muy confundida y necesito ayuda, por favor. Gracias. Fernanda."

Como la anterior confesión, y para finalizar, voy a transcribir a continuación otras frases recogidas de enfermas anoréxicas, con el objetivo de sensibilizarnos y poner nuestro empeño en mejorar nuestra formación en este apartado de la patología y de esa manera poder dar mejor respuesta a muchas jóvenes cuyo cuidado de salud tenemos encomendado:

"... yo fui anoréxica a los 12 años y la verdad que sufrí mucho: tenía 12 años y pesaba 28 kg estuve a punto de morirme todas las noches me encerraba en el baño para pegarme y le rogaba a Dios que me llevara con El; siempre que me iba a dormir soñaba que me moría, pero cuando me despertaba estaba ahí otra vez en esa cama (y era cuando volvía a sufrir, nunca quería salir de mi casa ..."

"... Mi auto-estima estaba muy alta hasta que llegué a la universidad. Allí comenzó mi tormento. Yo me comencé a sentir inferior a las demás, más fea, más insignificante, más gorda. Al terminar mi primer año decidí rebajar, pero de la peor manera. Simple y llanamente decidí parar de comer. Yo estaba decidida y nadie me iba a parar. Bueno pues para hacer el cuento más corto, de 150 libras que pesaba bajé a 109 libras en dos meses. Hoy ya han pasado dos años y mi vida es un infierno. Tengo miedo de comer y me siento culpable por todo lo que entra a mi boca. Escucho voces que pelean en mi mente. Unas me dicen come y las otras no comas. Es horrible. Yo aun cuando mi familia me dice que parezco un hueso caminando, me veo gorda cuando me miro al espejo. No gorda, gordísima. Yo estoy buscando ayuda psicológica para salir de este infierno...."

".... Mi peso actualmente es de 55 Kg. y mido 1.55 y me siento muy gorda, mi novio me dice que así estoy bien y que debo aceptarme tal como soy, pero sé que es difícil ya que cuando ves a todas esas chicas delgadas caminando por la calle y la mirada de los hombres se desvían hacia ellas te sientes tan insignificante, y la verdad es que muchas personas dicen eso de que debes aceptarte tal como eres pero si le preguntas a un hombre todos las prefieren delgadas. Así es: una lucha constante diariamente para no excederte en comida..... "

"Lo único que sé es que estoy harta de luchar y de ser esclava de mi cuerpo... vivo para él y eso me destroza. "



".... hago trampa y aparento que todo esta bien, pero en vez de ayudarme me odio cada día mas por comer lo que me obligan" "

"..... tengo 19 años, anoréxica, mido 1,65, no crecí más y peso 40 kilos. Me siento gorda, inútil, mal sobre todo al ver que las personas que más quiero sufren por mi y yo no puedo controlar el deseo inevitable de estar flaca y el miedo a engordar estoy llorando he perdido a mucha gente que se aburrió de mí...."

BIBLIOGRAFÍA

1. De la Serna Pedro I. Comer no es un placer. Madrid: SB 1998.
2. Van der Eycken W, Noordenbos G. La prevención de los trastornos alimentarios. Madrid: Editorial Granica Salud 1999.
3. Lázaro L, Toro J, Canalda G, Castro J, Martínez E, Puig J. Variables clínicas, psicológicas y biológicas en un grupo de 108 pacientes adolescentes con anorexia nerviosa. Med Clin (Barc) 1996; 107: 169-174.
4. Rojas Marcos L. El nudo del hambre. Jano 1999; 1324 ((LVII): 2177.
5. Martínez A, Menéndez D, Sánchez MJ, Seoane M, Suarez P. Conductas anoréxicas en la población de estudiantes de secundaria de un área sanitaria. Aten Primaria 2000; 25: 313-319.
6. Julián Viñals R. Tratamiento nutricional de los trastornos de la conducta alimentaria: anorexia y bulimia nerviosa. Salud Rural 2000; 9 (XVII): 119-126.
7. Turón V. Criterios de hospitalización en la anorexia nerviosa. Psiquiatría y Atención Primaria 2000; 1: 23-32.
8. Rodríguez-Arias JL, Real M, Fernández LJ. Trastornos de la conducta alimentaria. En: Fernández Rodríguez LJ. Aspectos básicos de Salud Mental en Atención Primaria. Madrid: Editorial Trotta 1999.
9. Turón V. Trastornos de la alimentación. Madrid: Aula Médica 1998.
10. López S. et al. Consultas en Atención Primaria. Madrid: PBM S.L. 2000.
11. Castro J. Tratamiento de la anorexia nerviosa. Jano 1999; 1298 (LVI) (Monografía): 1919-1920.
12. Ramos MJ, Turón V, Viñals M. Prevención de los trastornos en la alimentación. CD-Rom distribuido por Laboratorios Esteve. 1999.
13. Páginas Web consultadas:
 - 13.1 ACAB. Asociación contra la Anorexia y la Bulimia Trastornos del Comer: Anorexia y Bulimia Nerviosa [En línea] Anónimo (Barcelona, 2000) <<http://www.acab.org/spa/anor.htm>> [Consulta: 20 agosto.2000].
 - 13.2 Laura.H.; Guillermo Carranza. Imágenes sobre la anorexia. [En línea]. Biblioteca de imágenes medicas (Zaragoza, 24/07/1997) <<http://www.hipocrates.com/bibimag/anorexia.htm>>. [Consulta: 20 agosto.2000].
 - 13.3 NOAH. Servicios de Información Nidus Well Connected. Trastornos del Comer: Anorexia y Bulimia Nerviosa [En línea] (New York 5/98) <http://www.noah.cuny.edu/wellconn/spatdisorders.html>. [Consulta: 20 agosto.2000].

