

¿QUE SON LOS TRASTORNOS DE LA ALIMENTACION?

Vicente J. Turón Gil

Laia Turón Viñas

Presentación.

En los últimos años, la Anorexia y Bulimia Nerviosas así como los cuadros afines se han convertido en un importante problema sanitario con graves secuelas físicas, sociales y psicológicas. El aumento de la incidencia y las características de la población a la que afecta hace de estas patologías un importante problema socio-sanitario. Son unos trastornos que no sólo afectan al enfermo, también a su familia y al entorno más próximo, e incluso de una manera diferente, pero muy importante, a los profesionales de la salud y a la educación, que se ven directa o indirectamente implicados, sin disponer en ocasiones de los instrumentos teóricos imprescindibles para abordar estos conflictos. Para abordar con éxito estas patologías se precisa una buena información y una detección precoz de la enfermedad.

Con este manual pretendemos facilitar una información básica y sencilla, que no simple, a los profesionales de la salud, especialmente a aquellos que se enfrentan día a día a estas patologías. No nos referimos a los profesionales que por diferentes avatares se dedican de forma especial a estas enfermedades, sino que lo hacemos para aquellos otros que en el contexto de su especialidad (psiquiatras, pediatras, internistas, médicos de familia, ginecólogos y personal de enfermería) deben enfrentarse cada día a una paciente enferma que en la mayoría de los casos no tiene conciencia de enfermedad y rechaza el tratamiento, y a una familia angustiada que pide ayuda con urgencia.

Como veréis, este libro sólo pretende dar una información muy general, unas pautas de ayuda también fácilmente asumibles por cualquier profesional de la salud y la educación. Pretendemos asimismo ampliar el conocimiento de los Trastornos de la Alimentación, actualizar algunos conceptos, que periclitados, todavía se pueden leer en algunos textos y en los medios de comunicación.

Conocer y valorar estas enfermedades, identificarlas y evaluar su potencial riesgo, así como plantear los objetivos terapéuticos, decidir el lugar de tratamiento más idóneo, y plantear la ayuda a la familia, son tareas que pueden ser abordadas desde diferentes ámbitos profesionales con un indudable beneficio para pacientes y familiares.

Introducción.

Los seres vivos precisan para su conservación captar del medio que les rodea los elementos que le son precisos para su normal desarrollo. Las conductas que proporcionan estos elementos son las conductas de la alimentación que están reguladas por mecanismos autónomos en el sistema nervioso central.

El hipotálamo es el lugar donde radican los centros del hambre y la saciedad, pero es a través de la corteza cerebral donde se establecen mecanismos mucho más complejos relacionados con la alimentación, de este modo en el caso de conseguir alimentos, la coordinación y correlación de las percepciones sensoriales, el almacenamiento de recuerdos de las experiencias anteriores y la vinculación de esta conducta con el mundo externo del sujeto se efectúa en el córtex.

La alimentación, además, es fundamental en el desarrollo psicológico: a través de la alimentación materna el niño conoce y aprende las sensaciones de seguridad, bienestar y afecto. La relación entre el confort y el desconfort con la comida se mantendrá a lo largo de toda la vida, por lo que no debe sorprendernos que la ansiedad, la depresión o la alegría influyan decisivamente en los procesos de la alimentación.

El acto de comer ha sido siempre un acto eminentemente social; los alimentos y la comida son una manifestación cultural que definen a los diferentes grupos sociales.

La obesidad que significó en otras épocas salud, riqueza y belleza es ahora valorada muy negativamente y no sólo por sus riesgos físicos. La delgadez se equiparó a fealdad, penuria y enfermedad. Actualmente se ha invertido su significación social y estamos

viviendo el rechazo de las personas en sobrepeso y potenciando un canon de belleza que implica un bajo peso en clara contradicción con nuestras características étnicas.

Bases neurobiológicas de los trastornos de la alimentación.

Hay una tendencia a mantener el peso del cuerpo de forma muy estable a lo largo de la edad adulta. Pueden darse fluctuaciones del peso de forma normal, pero se mantiene un patrón equilibrado entre reservas energéticas, ingestas y gastos. Las reservas energéticas pueden reducirse dependiendo de circunstancias externas o ambientales o de la voluntad del sujeto. En estos casos, la disminución en la concentración plasmática de metabolitos necesarios para el buen funcionamiento celular se traduce en estímulos específicos sobre los centros nerviosos que regulan el hambre y la saciedad, con la finalidad de recuperar la ingesta. A su vez se produce un enlentecimiento del metabolismo basal en un intento de conservar al máximo las reservas energéticas.

La conducta alimentaria es el resultado de la interacción del estado fisiológico del organismo y de las condiciones ambientales; la capacidad para controlar la ingesta de nutrientes para equilibrar las necesidades corporales, requiere mecanismos que harmonicen la información fisiológica del medio interno con la información nutricional del medio externo.

Los estímulos externos relacionados con el control de la ingesta que influyen en la conducta alimentaria son: las características organolépticas de los alimentos y el aprendizaje que sobre la alimentación recibe cada individuo.

Los estímulos internos relacionados radican en el hipotálamo que hace de transductor de estímulos sensoriales y metabólicos coordinando la respuesta en relación a la conducta alimentaria. A nivel del hipotálamo ventral se definen dos regiones de importancia: el "Centro de la saciedad" en el hipotálamo ventral-medial(HVM) (nucleos paraventricular y ventromedial) y el "Centro del apetito" en el hipotálamo lateral" (HL).

Los neurotransmisores implicados en estas funciones son: la serotonina, que se origina en los nucleos del rafe e implica al HVM (centro de la saciedad), las catecolaminas, que pasan a través del area perifornical adyacente al HVM y envían proyecciones al HL (centro del apetito), la vía nigroestriada dopaminérgica (también HL) y los opioides endógenos, con receptores en esta vía nigroestriada.

Hay además dos sistemas de péptidos que intervienen en el control de la alimentación: uno es el sistema periférico sobre el que actúan la bombesina, somatostatina, colecistoquinina (CCK) y el péptido inhibidor gástrico (PIG); el otro es el sistema central: opioides, péptido YY y neuropéptido Y (inducen sensación de hambre).

Fisiología de la nutrición:

Las necesidades de nutrientes esenciales del organismo humano se reducen más o menos a: una o dos clases de hidratos de carbono, ácidos grasos indispensables (linoleico y linolénico), 8 aminoácidos esenciales, vitaminas y minerales. La combinación adecuada en cantidad y calidad, así como la periodicidad de las ingestas, garantizada por una conducta alimentaria bien adaptada, da como resultado la nutrición correcta.

Cuando sobreviene un período de ayuno prolongado, se activan mecanismos hormonales (reducción de la insulina, subida de glucagón y catecolaminas) que inducen, por medio de la gluconeogénesis, la transformación de las proteínas del músculo en glucosa y favorecen la metabolización de lípidos (lipólisis). En los primeros 5-10 días prevalece la utilización de las proteínas de músculo con fines energéticos y hay una reducción del peso muy rápida por la pérdida de agua más que de masa muscular. Como la pérdida de 1/3-1/2 de nuestras reservas de proteínas implica la muerte, mecanismos de defensa del organismo actúan para ahorrarlas, gastando sobre todo grasa que se convierten en la principal fuente de energía. Se reduce el metabolismo basal pero si las reservas de lípidos se acaban, se reemprende el gasto de proteínas, tanto las musculares como las esenciales, y empiezan las complicaciones más graves de la malnutrición.

Nutrición y evaluación del estado nutricional del paciente:

La nutrición es el conjunto de procesos metabólicos por el que el organismo transforma e incorpora una serie de sustancias químicas eliminando los productos de transformación. Tiene como finalidad suministrar la energía necesaria para el funcionamiento del organismo, proporciona los materiales necesarios para la construcción de estructuras corporales y las sustancias necesarias para la regulación de las reacciones metabólicas. El consumo de un litro de O₂ libera 5 Kcal cuando se oxidan hidratos de carbono, 4.9 Kcal cuando se oxidan lípidos y 4.6 Kcal cuando son las proteínas. El gasto calórico se divide en: calorías para el metabolismo basal, calorías para el mantenimiento de la temperatura y calorías para la actividad física.

Las proteínas del cuerpo se renuevan continuamente. Un hombre de unos 70Kg de peso contiene un 15% aproximadamente de proteínas, es decir unos 10,5 Kg. Entre 200 y 300g de proteínas corporales se destruyen diariamente siendo recambiadas, aunque la síntesis proteica es cara y supone un 30-40% de la energía de mantenimiento o metabolismo basal.

Todo adulto sano tiene unas reservas energéticas básicamente en forma de lípidos almacenados y en menor medida de proteínas y del glucógeno muscular y hepático. Durante las fases de ayuno se producen cambios metabólicos en el organismo destinados a proporcionar energía, que varían según lo prolongado del ayuno. Cuando disminuye la glicemia, primero se movilizan las reservas de glucógeno hepático e inmediatamente después se ponen en marcha los procesos de neoglucogénesis. Se movilizan entonces los depósitos de triglicéridos lo que conlleva un aumento de cuerpos cetónicos en sangre. Si el ayuno es prolongado se destruyen proteínas corporales a la vez que disminuye el metabolismo basal de forma compensadora y es entonces cuando se produciría pérdida de masa muscular.

Es importante reconocer el estado nutricional del individuo, que se realiza generalmente mediante:

A/ Medidas antropométricas:

-Índice de masa corporal (Peso/Talla²)

-Peso ideal (que viene determinado por tablas estandarizadas)

-Medición de la grasa corporal (medición de los pliegues cutáneos: pliegue tricótipal)

-Circunferencia del brazo

-Circunferencia muscular del brazo (Circunferencia del brazo-(0,314x Pliegue tricótipal))

B/ Medidas bioquímicas:

-Proteínas plasmáticas: albúmina, prealbúmina, transferrina, proteínas totales

-Excreción de creatinina en orina/24h

-Valoración estado inmunológico (linfocitos)

Historia de la Anorexia y Bulimia Nerviosas.

Desde antiguo en la historia de nuestra cultura encontramos conductas alimentarias desordenadas. Excepto en las últimas décadas y únicamente en los países más desarrollados, comer suficientemente ha sido el privilegio de unos pocos. El sobrepeso era signo de poder y salud, y posiblemente por esta razón, en la antigüedad los banquetes, donde se comía y bebía exageradamente, tuvieron un marcado carácter social y sagrado. Durante estos ágapes el vómito era el remedio más común para poder reiniciar la comilona.

También la restricción alimentaria tenía un carácter social, la hambruna, y religioso, la penitencia. Los primeros cristianos y los místicos practicaban el ayuno como penitencia, rechazo del mundo y medio para lograr un estado espiritual más elevado.

La más famosa anoréxica de nuestra historia es Catalina de Siena, a los siete años refiere la primera visión de Jesús y al mismo tiempo comienza a rechazar la comida, se

impone penitencias, renuncia al mundo y en la adolescencia ya sólo se alimenta de hierbas y algo de pan.

Ingresa en la orden de las Dominicas, mantiene dietas muy restrictivas que acentúa con conductas de purga, que describe minuciosamente en su diario. Tras diversos avatares personales, se siente fracasada ante el cisma de occidente, deja de alimentarse totalmente y muere.

No todos los cuadros pretendidamente anoréxicos están vinculados con una vida de penitencia y sacrificio, puesto que documentos antiguos también refieren episodios de restricción voluntaria de la alimentación por motivos diversos que van desde la existencia de una importante psicopatología, hasta individuos que se exhibían en ferias y mercados mostrando su cuerpo esquelético y manifestando que podían vivir "sin alimentarse".

Durante el siglo XVII, cada vez con más frecuencia, aparecen documentos que describen minuciosamente casos de inanición provocada por rechazo de los alimentos.

En 1873, Gull en Londres y Lassègue de París, hacen descripciones completas de cuadros anoréxicos. Los dos autores consideran la histeria como causa del trastorno y así la denominan: Anorexia Histórica, Lassègue, y Apepsia Histórica, Gull. Al principio Gull parece inclinarse por una etiología orgánica, pero abandona esta hipótesis rápidamente por la de origen psicológico. El cuadro descrito por Lassegue y Gull es muy parecido al que observamos en nuestros días, sin embargo, a lo largo de la última centuria, la interpretación etiopatogénica ha sido bien diferente.

Desde los años sesenta se han multiplicado los trabajos sobre la anorexia, lo que demuestra un notable interés de los investigadores sobre el tema, las líneas terapéuticas se han diversificado y en la actualidad se tiene una visión más pragmática y heterodoxa del problema, considerando que en la génesis del trastorno deben influir una serie de factores concatenados, psicológicos, biológicos y sociales que en un momento concreto desencadenan el trastorno. Los modelos de investigación clínica, los estudios de poblaciones, el seguimiento de grupos de pacientes y las evaluaciones de resultados preconizan modelos etiopatogénicos multideterminados y con tratamiento pluridisciplinarios que aborden los tres núcleos conflictivos de la anorexia: el peso, la figura y los pensamientos y percepciones alteradas.

La historia de la bulimia nerviosa es más reciente. La bulimia nerviosa es un trastorno del que no se hablaba hace dos décadas, ha emergido en nuestras sociedades con gran fuerza en los últimos quince años, y sólo encontramos referencias detalladas en los últimos 50 años. No es una enfermedad nueva, pero, entendámoslo bien, nos referimos a la bulimia dentro de su acepción clínica, ya que las referencias a los excesos con la comida son tan antiguos que se pierden en el tiempo. En la bulimia nerviosa se dan dos aspectos bien diferenciados, por un lado está el comportamiento ingestivo incontrolado y por otro las dietas restrictivas, el rechazo a ganar peso y las conductas de purga para el control de dicho peso.

De los comportamientos ingestivos incontrolados, sí tenemos referencias históricas abundantes y algunas del siglo XVIII puede que estén emparentadas con la bulimia actual. Las más antiguas las encontramos en el "Physical Dictionary de Blanckaart" de 1708 y en el Diccionario Médico de Quincy de 1726. En 1743 el diccionario médico de la ciudad de Londres describe un cuadro denominado "true boulimus", caracterizado por preocupación por la comida, ingestas voraces y períodos de ayuno. Otro cuadro descrito es el "caninus appetitus" en el cual el vómito sigue al atracón. La aportación más reciente al cuadro son aquellos aspectos de la enfermedad relacionados con la figura y el peso, donde los factores socio-culturales han sido influyentes y la vinculan, en este aspecto, con la anorexia.

Para Russell en 1979, el primero en describir y dar nombre a la bulimia nerviosa en su concepción actual, la bulimia no sería más que una variante ominosa de la anorexia y es un hecho comprobado que un gran porcentaje, de 40% al 60%, de las pacientes bulímicas tienen antecedentes de haber padecido anorexia nerviosa.

Aspectos culturales de la alimentación.

El papel de la alimentación tiene muchos e importantes significados en nuestra especie, además de satisfacer el hambre y nutrir el cuerpo. Es el vehículo para iniciar y mantener relaciones personales y de negocios, demostrar la naturaleza y extensión del poder, la riqueza y las características de las relaciones sociales. Proporciona ocasiones para actividades comunitarias facilita la relación interpersonal. La presión de la cultura es tan intensa en la alimentación que las sociedades y culturas regulan y prohíben ciertos alimentos: los hindúes no pueden comer carne de vaca; los judíos, carne de cerdo y marisco y los budistas sólo pueden comer algunos pescados y ninguna otra carne animal.

A nivel individual comer o rechazar alimentos también es un acto cargado de significado que expresa las peculiaridades de ciertas personas o estados patológicos del individuo, ya sean de tipo biológico o psicológico.

La situación actual de los trastornos del comportamiento alimentario no pueden entenderse sin tomar en consideración los factores socioculturales.

El cuerpo delgado y de formas andróginas parece que se ha convertido en el símbolo de mujer actual. Se ha llamado al siglo XX el siglo de la delgadez. Esta idealización del cuerpo delgado es producto del cambio cultural que se inicia tras la Primera Guerra Mundial y que estalla en los sesenta. Se debe sin duda a la aparición de los medios de comunicación de masas que permitió su difusión a todos los estratos sociales. Se preconiza un estereotipo físico: el cuerpo tubular y delgado que define a mujeres independientes, agresivas y con ambición. Más tarde, con la aparición del cine se potenció aún más el estereotipo delgado. La progresiva exhibición del cuerpo femenino hizo de las mujeres jóvenes protagonistas y víctimas de la moda. Hasta hacía poco la moda se basaba en la manipulación de la ropa, ahora había que manipular el cuerpo.

De esta forma llegamos hasta el momento actual el cuerpo juvenil, esbelto y deportivo pero delgado en extremo, para conseguirlo es preciso ejercicio y dietas. Es notable el sometimiento a la llamada industria del adelgazamiento al "body business" que cada vez está adquiriendo más poder en nuestra sociedad. Todos participamos de ese ideal de delgadez que se asocia de algún modo a belleza, elegancia, prestigio, higiene, juventud, autoestima, aceptación social, incluso virtud y búsqueda de perfección.

Sin lugar a dudas, las dietas sin necesidad y sin control con el objetivo de perder peso o modificar, erróneamente, la figura son la primera causa de la aparición de los trastornos de la alimentación.

Al tiempo que las dietas, el ejercicio físico se está revelando como el otro factor de riesgo para el desarrollo de los trastornos de la alimentación. Nuestra cultura avala y promociona el ejercicio y el deporte más allá de lo saludable.

Hay dos factores favorecedores de la difusión del este estilo de vida: los medios de comunicación que lo universalizan y la homogeneización de nuestra cultura occidental. Pero no siempre estos mensajes son el reflejo de los valores estéticos dominantes, son mensajes al servicio de los intereses económicos de ciertos grupos empresariales. La industria de la moda y del adelgazamiento mueve enormes cantidades de dinero, por lo tanto utiliza su poder para promover el adelgazamiento de la forma más universal posible.

Esta enorme presión de los medios de comunicación contribuye a que algunas de las conductas y actitudes alimentarias anómalas propias de los trastornos de la alimentación sean comunes en buena parte de la población.

Vivimos en una sociedad que tiende a considerar la "dieta sana" a la baja en calorías y "un cuerpo sano" al carente de grasa. Los riesgos que para la salud tiene el sobrepeso se han exagerado hasta el dramatismo, desestimando que, para muchos individuos, una obesidad moderada puede ser su estado natural, sobre todo teniendo en cuenta que actualmente los estudios genéticos apoyan la hipótesis de la heredabilidad del volumen corporal.

Muchas de las ideas erróneas entorno al peso y la salud se concretan en la creencia de que la grasa es una sustancia superflua cuya acumulación, aunque sea mínima, está

directamente relacionada con el riesgo cardiovascular. Otras ideas erróneas, reiteradamente difundidas por los medios de comunicación son:

- * *Cualquier grasa en la comida es mala.*
- * *La delgadez es saludable.*
- * *La gordura o la grasa puede perderse rápidamente y sin peligro.*
- * *Existe en las mujeres una grasa especial, llamada "celulitis".*
- * *La grasa de la celulitis está producida por toxinas.*
- * *Se puede reducir la gordura de una parte concreta del cuerpo, particularmente de caderas y muslos.*
- * *Ciertos alimentos o combinaciones de alimentos pueden activar el metabolismo y acelerar la pérdida de peso.*
- * *Las mujeres menores de 50 años corren un riesgo real de enfermedad cardíaca.*
- * *Hacer dieta hipocalórica es una actividad saludable.*

La moda o la lucha feroz para evitar el sobrepeso, no la obesidad, lleva a millones de personas a restringir su alimentación e iniciar dietas que en muy poco tiempo pretenden conseguir objetivos difícilmente alcanzables para el organismo.

Debemos destacar las consecuencias de los regímenes drásticos que mantienen el peso por debajo de los valores que corresponderían al biológicamente establecido: ansiedad, irritabilidad, dificultades de concentración, labilidad afectiva, trastornos menstruales y cierto aislamiento social (para evitar las situaciones "tentadoras" que suponen las comidas en restaurantes o en casa de familiares y amigos).

Concepto y definición de la Anorexia y Bulimia nerviosas.

Veamos a continuación las características que definen la anorexia y la bulimia nerviosas. La anorexia nerviosa es aquel trastorno alimentario que afecta mayoritariamente a mujeres prepúberes o adolescentes, y también, en menor medida, a niños, mujeres adultas y a varones jóvenes. Se caracteriza por un deseo intenso en pesar menos, cada vez menos; miedo a la gordura-obesidad y un peculiar trastorno del esquema corporal, que les hace verse más gruesas de lo que en realidad están. El método para conseguir esta pérdida de peso está en una fuerte restricción alimentaria, en el ejercicio físico y en las conductas de purga: vómitos, uso de laxantes o de diuréticos.

Es un cuadro relativamente fácil de diagnosticar, ya que la sintomatología es explícita y no precisa complejas exploraciones. Sin embargo dado su inicio insidioso, asociado a la pretensión de adelgazar tan común en nuestra sociedad, hace que cuando se detecta el problema ha pasado un tiempo precioso y algunas estructuras familiares, necesarias para la recuperación, ya están dañadas.

Los criterios diagnósticos para la anorexia nerviosa según el DSM-IV de la Asociación Americana de Psiquiatría son:

CRITERIOS PARA EL DIAGNOSTICO PARA LA ANOREXIA NERVIOSA (DSM-IV)

- A. Rechazo a mantener el peso normal por igual o por encima del valor mínimo normal considerando la edad y talla. Por ejemplo pérdida de peso que da lugar a un peso inferior al 85% del que corresponde. O fracaso para conseguir el aumento del peso normal durante el período de crecimiento, resultando un peso corporal inferior al 85% del peso.*
- B. Miedo intenso a ganar peso o a convertirse en obeso, incluso estando por debajo del peso normal.*
- C. Alteración en la percepción del peso, o la silueta corporales, exageración de su importancia en la autoevaluación o negación del peligro que comporta el bajo peso corporal.*
- D. En las mujeres postpuberales, presencia de amenorrea; por ejemplo, ausencia de al menos tres ciclos menstruales consecutivos (Se considera que una mujer presenta amenorrea cuando sus menstruaciones aparecen únicamente con tratamientos hormonales).*

Especificar tipo:

Tipo restrictivo: Durante el episodio de anorexia nerviosa el individuo no recurre regularmente a los atracones o las purgas (Vómitos, laxantes, diuréticos o enemas).

Tipo purgativo: Durante el episodio de anorexia nerviosa el individuo recurre regularmente a los atracones y las purgas (Vómitos, laxantes, diuréticos o enemas).

Sin embargo, es indudable que los criterios rígidos, tales como la pérdida de un peso específico, o la amenorrea, pueden dejar fuera de diagnóstico a un número importante de pacientes que aun no cumpliendo los criterios diagnósticos completos ya son o están en camino de convertirse en auténticas enfermas.

Veamos a continuación los criterios operativos de los trastornos no especificados o atípicos:

CRITERIOS OPERATIVOS PARA LOS TRASTORNOS ATÍPICOS (DSM_IV)

No aceptarse como se es, tomar el cuerpo como algo que se puede moldear a voluntad, pensar en los alimentos únicamente en función a la relación con la ganancia de peso, creer que estos tienen cualidades o defectos diferentes a las científicamente reconocidas, tener una excesiva sumisión a estereotipos de la moda y una notable credibilidad a los medios de comunicación, con sus mensajes relacionados con la belleza, el peso y la figura, son pensamientos y actitudes peligrosas, que deben ser motivo de alarma y de un precoz control de la situación para evitar la aparición de la enfermedad en toda su sintomatología.

Esta descripción debería alarmarnos ya que el número de personas, especialmente del sexo femenino, que tiene estos pensamientos y preocupaciones es muy alto, y la anorexia se nutre precisamente de esta población de riesgo.

La bulimia nerviosa, descrita por Russell es aquel cuadro caracterizado por episodios de sobreingesta, a los que siguen vómitos o uso de diuréticos o laxantes con la finalidad de anular las consecuencias del atracón en pacientes que rechazan la posibilidad de ser o llegar a estar en sobrepeso.

La bulimia nerviosa se caracteriza esencialmente por la pérdida de control sobre la conducta alimentaria de la que se derivan los episodios de ingesta voraz, consumo de una gran cantidad de comida en un corto período de tiempo, a los que suguen las conductas compensatorias para evitar el aumento de peso: el ayuno, el vómito autoinducido, el abuso de los laxantes, uso de diuréticos y ejercicio físico exagerado. Estas pacientes al igual que las anoréxicas presentan una importante preocupación por la figura y el peso, siendo éste el síntoma nuclear común de ambas entidades.

La vinculación de la bulimia con la depresión, con los problemas de personalidad, los trastornos de la conducta y la pérdida de control de los impulsos son aspectos clínicos no desdeñables de esta patología.

Fue Russell en 1979 el que describió las características esenciales de la bulimia: episodios bulímicos, vómitos autoinducidos, abuso de laxantes y/o diuréticos y preocupación por la figura y el peso.

Sin embargo hay una serie de cuestiones que no quedan suficientemente definidas desde el punto de vista de la clasificación o el diagnóstico; se trata de las conductas alimentarias donde se alternan períodos de dieta muy restrictiva con sintomatología claramente anoréxica con otros períodos donde la clínica es claramente bulímica. El nexo común de los episodios es el rechazo a ganar peso, la preocupación por la figura, la alimentación peculiar y la distorsión del esquema corporal. Al evolucionar el trastorno y cronificarse, los rasgos de personalidad y la conducta de estas pacientes las asemeja cada vez más a las bulímicas. Hay que plantearse si los trastornos de la alimentación son un "continuum" entre la anorexia y la bulimia en vez de dos enfermedades claramente diferenciadas.

Los criterios diagnósticos según el DSM-IV serían:

CRITERIOS PARA EL DIAGNOSTICO DE LA BULIMIA NERVIOSA. (DSM-IV)

A- Presencia de atracones recurrentes. Un atracón se caracteriza por:

1) *Ingesta de alimento en un corto periodo de tiempo en cantidad superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en un período de tiempo similar.*

2) *Sensación de pérdida de control sobre la ingesta, no poder parar o controlar la cantidad.*

B- Conductas compensatorias inapropiadas, de manera repetida, con el fin de no ganar peso, tales como: vómito provocado, uso excesivo de laxantes, diuréticos, enemas, ayuno o ejercicio excesivo.

C- Los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas tienen lugar, como promedio, al menos dos veces por semana durante un período de tres meses.

D- La autoevaluación esta exageradamente influida por el peso y la silueta corporales.

Hay pacientes que manifiestan con estos criterios de forma incompleta, especialmente aquellas personas que presentan una conducta de pérdida de control frente a los alimentos, con ingestas compulsivas, dietas irregulares sin conductas de purga: serían los trastornos por atracones, cada vez más frecuentes y severos.

Hay marcadores biológicos que indican la existencia de un trastorno de la alimentación en sus estadios más incipientes con la importancia que ello tiene. Poder sospechar y diagnosticar precozmente los trastornos de la alimentación es una tarea fundamental.

Veamos cuáles son dichos marcadores:

* *Pérdida de peso de origen desconocido*

* *Detención del crecimiento normal*

* *Amenorrea inexplicable*

* *Hipercolesterolemia e Hipercarotenemia no justificada en una persona joven*

* *Complicaciones del ejercicio excesivo*

* *Pertenencia al grupo de riesgo: ballet, atletas, modelos,...*

* *Osteoporosis en persona joven*

Diagnóstico diferencial.

El primer diagnóstico diferencial debe hacerse con aquellas patologías que provocan malnutrición: celiaquía, procesos inflamatorios intestinales o intolerancia a alimentos, en estos casos hay que ser cauto y objetivar el trastorno, ya que en caso contrario la paciente y su familia arrastran la sospecha de una etiología orgánica a lo largo de años como justificación de una dieta peculiar. También debemos plantearnos la existencia de una diabetes mellitus u otros procesos pancreáticos, y no olvidar que la anorexia, como síntoma, acompaña a casi toda patología severa.

También conviene no olvidar que en los trastornos psiquiátricos, tanto severos (esquizofrenia, depresión), como leves (ansiedad, distimia, fobias) se pueden presentar alteraciones de todo tipo en la alimentación.

TABLA. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL CON TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS

- Tratamiento por ansiedad, que puede cursar tanto con incremento del apetito como con anorexia.

- Fobias hacia algunos alimentos o bien a tragar o a atragantarse.

- Trastorno obsesivo-compulsivo, cuando los rituales se centran en los alimentos.

- Histeria de conversión, con espasmo esofágico y dificultad para tragar.

- Trastornos paranoides, que no comen por desconfianza o temor a que la comida pueda estar envenenada.

- Melancolía, con pérdida de apetito.

- Depresión atípica, que se acompaña de aumento del apetito y del sueño (trastorno afectivo estacional).

- Dismorfofobia, pero ésta se centra sólo en su aspecto físico, y generalmente en una parte del mismo.

- Trastorno digestivo somatomorfo: náuseas y vómitos en situaciones de tensión y/o estrés.

- Psicosis monosintomática.
- Trastorno del control de los impulsos, fundamentalmente en la bulimia nerviosa.

CON TRASTORNOS ORGÁNICOS

- Tumor cerebral.
- Hipopituitarismo.
- Problemas gastrointestinales
- Enfermedad inflamatoria crónica (Crohn, colitis ulcerosa)
- Acalasia
- Enfermedad celíaca
- Patología endocrina
- Diabetes mellitus
- Hipertiroidismo
- Enfermedad de Addison
- Cualquier neoplasia
- Lupus eritematoso sistémico
- Abuso de drogas

Epidemiología y Etiopatogénia.

Epidemiología

La población joven de Europa, Canadá y Estados Unidos tiende a homogeneizarse, con similar formación escolar, iguales intereses culturales y con las necesidades básicas cubiertas; de este modo la población de riesgo para los trastornos de la alimentación haya aumentado espectacularmente. Una gran parte de nuestra población, especialmente la femenina, tiene actitudes anormales frente a la alimentación y mantiene excesiva credibilidad a ciertos mensajes sobre peso, moda, dieta o figura.

Dada la tendencia a la cronicidad de estos cuadros, tanto por las dificultades de tratamiento como por la insuficiencia de recursos, hacen que la prevalencia de estos trastornos sea alta. En nuestro país los más recientes trabajos ponen de manifiesto este aumento. G. Morandé en 1985, 1986 y 1987 en población escolar adolescente de Madrid encuentra cifras de un 11.6% de mujeres y un 1.2% de varones pertenecientes al grupo de riesgo. En 1993-1994 serían el 17.36% en las mujeres y un 1.96 en varones. Se ha podido demostrar un aumento de prevalencia de anorexia en chicas del 0.31% al 0.69% y del 0.9% al 1.24% en varones.

Cuando se suman los cuadros parciales de trastornos de la alimentación asciende a 4.69% en chicas y 1.69% en chicos. Se puede inferir que el 49% de las mujeres y el 7% de los varones de Madrid están preocupados por adelgazar.

P. Ruiz en 1998 en un estudio en dos fases sobre población adolescente de Zaragoza de 12 a 18 años con una muestra de 2193 mujeres y 1854 varones se encuentra un 16.32% de mujeres y un 3.3% de los varones que se puede considerar población de riesgo a través del E.A.T.-40. Del estudio de esta población de riesgo se apreció que el 0.14% se podían diagnosticar de anorexia nerviosa y el 0.55% de bulimia nerviosa.

Un estudio publicado recientemente sobre la comunidad escolar de Pamplona pone de manifiesto que sobre un total de 6.143 alumnos (3.842 chicas y 2.301 chicos) de 12 a 21 años, contestaron a los cuestionarios 2.864 sujetos, de los cuales el 11.1% se podían considerar población de riesgo a tenor de sus respuestas en el E.A.T.-40 y E.D.I.

A través de una segunda entrevista se confirma que a partir de ese grupo de riesgo el 4.16% cumplían criterios de trastorno de la alimentación y se desglosaban así: anorexia nerviosa 0.31%, bulimia nerviosa 0.77%, y trastorno de la alimentación no especificada (cuadros parciales o incompletos) el 3.07%.

Otros aspectos epidemiológicos son perfectamente reconocidos: la relación de sexos 10 a 1 a favor del femenino, la edad de aparición en la pubertad,...aunque están modificándose.

Etiopatogenia:

Actualmente a la luz de los conocimientos más recientes se considera la anorexia y la bulimia nerviosa como de causa multifactorial.

El siguiente esquema explica de forma esquemática la interacción entre los diferentes factores:

Diagrama 1

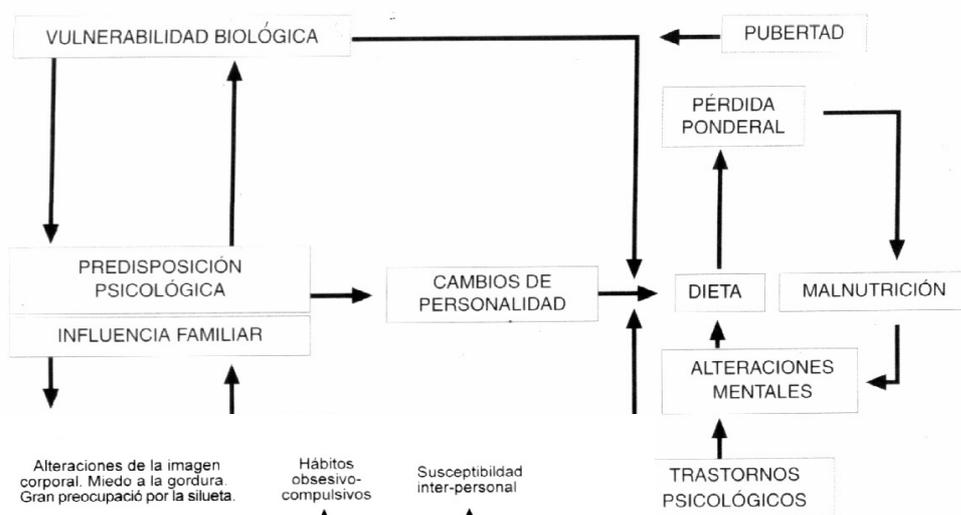


Diagrama 2
Anorexia nerviosa

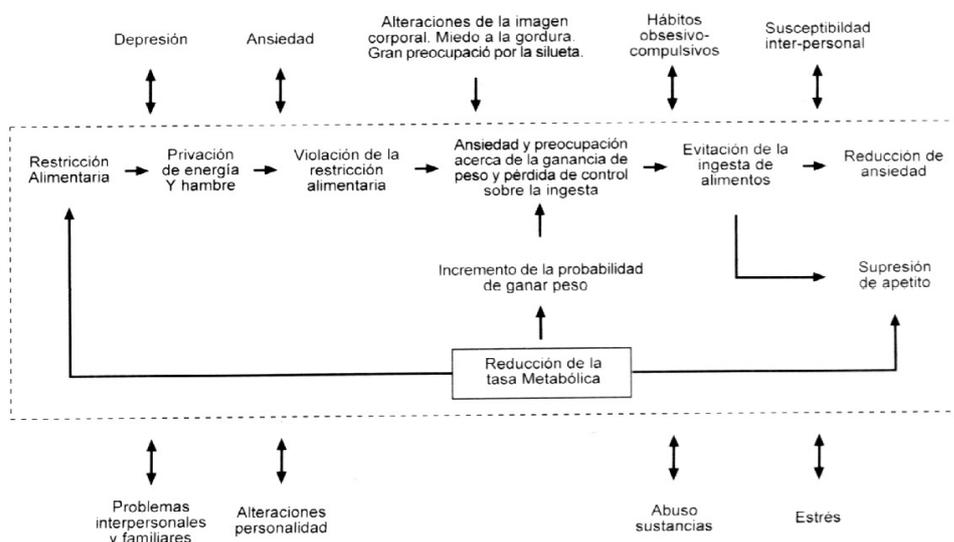
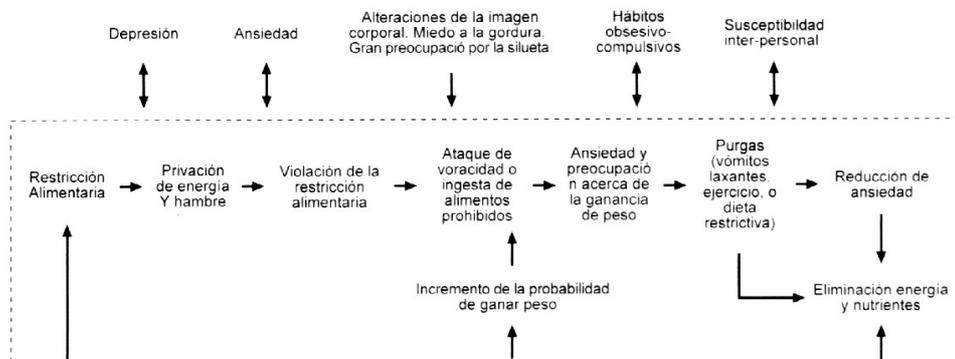


Diagrama 3
Bulimia Nerviosa



Con respecto a la bulimia nerviosa la literatura no es tan rica en información y habría que añadir como factores predisponentes la impulsividad y los trastornos de la personalidad; los desencadenantes serían similares y entre los de mantenimiento hay que incluir el "círculo vicioso atracón-vómito". Los factores de riesgo de la anorexia nerviosa, en cambio, sí están bien definidos:

1. *Edad. Niñas y adolescentes*
2. *Pubertad*
3. *Sexo femenino*
4. *Menarquía con IMC bajo*
5. *Familia*
6. *Cultura*

Factores Predisponentes

1. *Predisposición genética*
2. *Actitudes y cultura familiar*
3. *Depresión*
4. *Rasgos de personalidad*
5. *Enfermedades o problemas físicos*
6. *Dieta restrictiva*

Factores precipitantes

1. *Pérdidas familiares*
2. *Problemas de maduración de la esfera sexual*
3. *Aumentos de peso*
4. *Acontecimientos vitales adversos*
5. *Actividad física de gran exigencia*

Factores de mantenimiento

1. *Inanición*
2. *Crisis familiar por causa o no de la enfermedad*
3. *Interacciones sociales anómalas*
4. *Pensamientos erróneos refractarios*
5. *Yatrogenia*

Clínica y comorbilidad de los trastornos de la alimentación.

Anorexia nerviosa

La anorexia nerviosa se caracteriza por pensamientos anómalos vinculados con la comida, el peso y la figura. Rechazan la posibilidad de ser o llegar a ser obesas, cifran el éxito personal y la aceptación social en el hecho de estar delgadas. Consideran que el cuerpo es susceptible de ser modificado a voluntad mas allá de los parámetros normales. Esta situación puede obedecer a factores educacionales, y a una excesiva receptividad y sumisión a los mensajes de los medios de comunicación.

Con el objetivo de ser más delgada no establecen unos límites a su peso, el ideal siempre está por debajo del conseguido, creyendo que cada persona tiene "derecho a tener el peso que desea".

Los pensamientos se distorsionan, atentando contra los conocimientos básicos de fisiología: creen que el proceso de ganancia de peso es indefinido y que los alimentos se convierten en grasa por sus características y no por la cantidad o su valor calórico.

En la anorexia nerviosa se evalúa de forma errónea la figura y se exageran los posibles defectos de la silueta.

En el caso de una gran emaciación no son capaces de objetivar su extrema delgadez. No valoran la gravedad de su estado y durante el tratamiento sobredimensionan las medidas o el peso de su cuerpo.

A las alteraciones cognitivas se añaden las anomalías conductuales: éstas se inician en el momento en que las pacientes comienzan su dieta restrictiva por motivaciones estéticas. En muchas ocasiones es difícil para los familiares delimitar el punto exacto en que la paciente pasa de una dieta moderadamente baja en calorías a otra francamente hipocalórica, ya que estas enfermas comienzan a reducir lo que "de motu proprio" o culturalmente se consideran alimentos "que engordan".

La progresiva restricción alimentaria no siempre despierta la alarma de la familia, ya que la paciente al principio intenta mantener oculta la conducta: dice que no tiene apetito o que ya ha comido. En realidad, malcome a solas, tira la comida o la esconde. Y al ser descubierta se enfrenta tercamente a la familia manteniendo su escasa dieta.

Las anoréxicas parece que olvidan las normas sociales y si previamente eran ordenadas, pulcras y educadas, ahora su forma de comer se torna desordenada y grosera. Utilizan las manos, comen lentamente, sacan comida de la boca para depositarla en el plato, la escupen y terminan estropeando los alimentos.

La anorexia nerviosa se muestra siempre asociada a una importante y rica psicopatología. La ansiedad está presente siempre en la anorexia: el miedo a ganar peso, la evaluación de su cuerpo, la baja autoestima generan ansiedad, así como la presión de la familia, el aislamiento y los tratamientos. Esta ansiedad se expresa de forma generalizada: tensión, temor, inseguridad, inquietud, despersonalización con una expectación aprensiva, actitud vigilante...

En ocasiones la ansiedad se manifiesta y cristaliza en auténticas fobias: miedo a comer, a deglutir, y a ciertos alimentos, aversión a sus muslos, caderas, o a mirarse en el espejo o a pesarse. También hay miedo fóbico a situaciones o personas vinculadas a su patología: la cocina, el comedor, los padres, etc. Por último, algunos pensamientos o palabras tales como: kilos, engordar, grasa, comer, ect, les provocan también una gran ansiedad.

Con la evolución de la enfermedad será muy frecuente la aparición de una fobia social: miedo a hablar, sonrojarse, comer, o beber en público; miedo a sentirse observado o ante la posibilidad de hacer el ridículo, estas situaciones generan gran ansiedad y tienden a ser evitadas.

Las pacientes anoréxicas también están deprimidas. La depresión suele manifestarse con: tristeza, aislamiento, llanto, anhedonia, sentimientos de minusvaloración, insomnio, sentimientos de culpa y desesperanza,...

Si analizamos las características del pensamiento y de la conducta de las pacientes anoréxicas podremos observar lo emparentadas que están con los trastornos obsesivos. Los pensamientos relativos a su cuerpo, al peso o a la comida son reiterativos, ocupan la mayor parte del tiempo y son de características intrusivas. Se viven con ansiedad y en muchas ocasiones la paciente los valora como absurdos y extraños pero sin poderse liberar de ellos. Pueden presentar dudas y ser indecisas. Estos pensamientos de características obsesivoides pueden condicionar la aparición de rituales, que reducen la ansiedad. Son actos iterativos y conductas estereotipadas relacionadas con la pulcritud, el orden, y las maniobras frente a los alimentos, la báscula y la ropa.

Bulimia nerviosa

Repasemos primero las alteraciones conductuales: el paciente bulímico presenta en general una conducta desordenada, al principio con la alimentación, más adelante también en otros aspectos de su vida. El patrón de conducta relativo a la alimentación es desordenado e imprevisible. Los atracones varían de frecuencia en función del estado de ánimo y los

alimentos ingeridos durante la crisis bulímica no obedecen a preferencias específicas y sí más a condiciones circunstanciales.

Los episodios de ingesta voraz, vulgarmente llamados "atracones", se refieren a la ingestión de una gran cantidad de alimentos en un tiempo considerablemente corto. La paciente bulímica refiere que de forma episódica, y generalmente oculta, come con voracidad gran cantidad de comida, y esta conducta no cede hasta que no acaba con los alimentos o cuando su estado físico o psíquico se lo impiden.

Comienza con pequeños atracones en la cocina de casa, o llevándose de forma oculta la comida a su habitación, pero esta conducta bulímica también se da fuera: compra comida y en ocasiones roba en tiendas y supermercados, lo come por la calle, y lo vomita cuando tiene ocasión.

Entre atracón y atracón las bulímicas mantienen una dieta restrictiva o incluso, en ocasiones, ayunan completamente. Esta alternancia de ayunos y atracones potencia el trastorno bulímico, ya que el ayuno facilita la aparición de episodios de ingesta descontrolada.

Tras las comilonas las bulímicas son conscientes que aquella ingesta les hará ganar peso, y esta posibilidad es inaceptable, les provoca ansiedad y temor, que solventan rápidamente por el método de eliminar lo ingerido a través del vómito (el más frecuente), los laxantes, los diuréticos y el ejercicio exagerado.

Es notable la similitud entre las conductas bulímicas y las adictivas: tensión antes del consumo con conciencia de no tener control, planificación para consumir, durante el consumo relajación y satisfacción con posterior arrepentimiento y sensación de fracaso. Se asocia también con la depresión, la ansiedad, la impulsividad, la rebeldía, y aislamiento social.

Como en las adicciones, pueden asociar más de una conducta potencialmente adictiva: tabaco, alcohol, fármacos y drogas.

En los últimos años se ha objetivado la relación entre bulimia, trastorno de la personalidad tipo límite, traumas psíquicos y trastornos del control de los impulsos. Se define así un subgrupo de la bulimia nerviosa llamado "bulimia multimpulsiva".

La paciente bulímica al igual que la anoréxica presenta pensamientos erróneos en relación a la comida, peso y figura. El rechazo a la posibilidad de ser obesas es una actitud común en ambas patologías. Algunas pacientes proceden de la anorexia nerviosa al cronificarse el trastorno, pasando de un control estricto de la dieta a un control intermitente, con atracones y conductas de purga. Los atracones al principio pueden contar con el beneplácito de la familia que por fin las ve comer, pero más tarde se confirma desgraciadamente que los nuevos síntomas son tanto o más alarmantes que la anorexia nerviosa.

Pueden presentar una distorsión en la percepción y valoración de la figura y también son muy receptivas a los estereotipos femeninos, sin embargo, cuando están en sobrepeso a causa de las ingestas excesivas, el temor a llegar a ser obesas, y la percepción de su cuerpo no es freno suficiente para reducir los atracones. La solución la encuentran en los períodos intermitentes de dieta restrictiva.

Al igual que las anoréxicas, tienen conocimientos erróneos en relación a la dietética, reelaborando estos conocimientos a la luz de sus temores y deseos; pero lo dramático es que mientras la anoréxica es consecuente con estos errores dietéticos la bulímica no lo es, se atraca con aquellos alimentos que más teme y rechaza, y sus pensamientos alterados con respecto a la fisiología se contradicen de una forma radical e incongruente con la conducta dietética.

Como hemos comentado anteriormente la bulimia se asocia con gran frecuencia con los trastornos de la personalidad. El término personalidad se utiliza para definir el conjunto de características psicológicas que permiten mantener pautas estables de conducta y que

definen al individuo cuando éste interacciona con el medio externo. En la BN el estudio de la personalidad pretende tres objetivos: conocer el papel de los trastornos de la personalidad en su génesis, averiguar su influencia en el tratamiento y pronóstico y detectar los rasgos específicos que puedan ser factores predisponentes o desencadenantes del trastorno bulímico.

Los conocimientos actuales se deben fundamentalmente a los estudios psicométricos de la personalidad y a las entrevistas estructuradas. Sin embargo, es difícil el análisis de los resultados ya que uno de los principales problemas reside en la dificultad para separar de los rasgos característicos de la personalidad aquellos otros que se deben a la enfermedad.

Está por determinar cómo es la relación entre la BN y los trastornos de personalidad: si éstos son previos a la eclosión de la enfermedad bulímica, habrá que considerarlos como factores predisponentes y precipitantes, pero en ocasiones parece la BN la generadora de estos graves conflictos.

La prevalencia de los trastornos de la personalidad oscila según los diferentes autores entre el 30% y el 70%, aunque se observa que las cifras más altas se correlacionan con el tipo de cuestionario empleado.

Las pacientes bulímicas manifiestan unos rasgos que las definen como buscadoras de sensaciones o novedades: impulsivas, excitables, afectivas, dependientes y desordenadas.

Los trastornos de personalidad más frecuentemente asociados a la BN son:

- *Trastorno explosivo intermitente*
- *Trastorno histriónico*
- *Trastorno límite*

Este último, el más frecuente, se caracteriza por:

- * *Conductas impulsivas*
- * *Inestabilidad afectiva*
- * *Autoagresiones*
- * *Hostilidad*
- * *Accesos coléricos*
- * *Abuso de sustancias*

Como ya hemos citado anteriormente se delimita así una entidad clínica que engloba a un número cada vez mayor de pacientes, especialmente las que llevan más tiempo de evolución del trastorno, la llamada bulimia multi-impulsiva (BMI). La asociación del trastorno de la personalidad, la impulsividad, la depresión y el abuso de sustancias dan a este subgrupo de la BN características de especial gravedad.

El trastorno psicopatológico más frecuentemente asociado a la bulimia es la depresión; los estudios psicopatológicos en pacientes bulímicos, los marcadores biológicos y los estudios familiares ponen de manifiesto la íntima relación entre trastornos afectivos y bulimia nerviosa.

Por otro lado podemos también observar que la conducta bulímica cursa en forma de crisis, asociadas a ansiedad: en el preludeo del atracón, puede notar un sentimiento de excitación, tensión, angustia y un deseo irrefrenable por comer. En otras ocasiones nos dicen que es la ansiedad la que las lleva al atracón.

Al igual que en la anorexia nerviosa las pacientes bulímicas presentan fobias puntuales con situaciones u objetos relacionados con su trastorno: las básculas, algunos alimentos o ciertas situaciones; todo esto les puede despertar una intensa ansiedad que puede aparecer y cursar paroxísticamente.

Complicaciones físicas de los trastornos de la alimentación.

Anorexia nerviosa

En la anorexia nerviosa observamos con sorpresa como pacientes con una larga historia de malnutrición, que se traduce en un bajo peso corporal, presenten en su mayoría tan pocas

complicaciones físicas. Este dato que en principio puede parecer tranquilizador no lo es tanto si consideramos que para la mayor parte de las pacientes, la ausencia de importantes alteraciones físicas es signo de que su trastorno alimentario es poco importante y no precisa tratamiento.

Suelen presentar una gran actividad y energía en todas sus tareas, son buenas estudiantes y responsables trabajadoras y nada hace sospechar que pueden claudicar físicamente. En las primeras fases la exploración sólo se aprecia bradicardia, hipotensión, algún edema maleolar, piel seca e indicios de deshidratación.

La poca conciencia de enfermedad de estas pacientes se ve apoyada por esta ausencia de síntomas, opinión en ocasiones reforzada por profesionales de la salud que miden la gravedad del trastorno por la riqueza clínica. Repasemos a continuación cuales son estas complicaciones.

Exploración general:

A la observación se aprecia una paciente delgada, malnutrida, con la piel seca y fría y frecuentemente con edemas maleolares. El cabello es lacio y frágil, y las uñas quebradizas. Pueden presentar lanugo y tener los dientes estropeados.

Sistema cardio-circulatorio:

*Circulación periférica:

Las extremidades están frías y azuladas, debido a la hipotensión, la hipovolemia y la vasoconstricción.

*Corazón:

El corazón sufre una progresiva disminución de su tamaño, con paredes más delgadas, y se sitúa en posición más vertical.

* Exploración Electrocardiográfica:

Se pueden observar una bradicardia sinusal, aplanamiento o inversión de la onda T y alteraciones de los QRS.

Las pérdidas de potasio, secundarias a los vómitos o al abuso de laxantes y diuréticos, provocan importantes alteraciones del ritmo y de la contractilidad cardíaca, que son los responsables de la muerte súbita de algunas de estas enfermas.

Aparato respiratorio:

Las complicaciones más frecuentes, hasta la era antibiótica, eran las infecciones y especialmente las respiratorias. Actualmente se ha conjurado, aunque no siempre, ese riesgo. Pueden presentar neumotórax espontáneos y enfisema mediastínico, por la pérdida de elasticidad pleural asociada a los esfuerzos para vomitar, que aumentan la presión intratorácica. Además, los vómitos pueden provocar neumonías por aspiración.

Sistema nervioso central:

Se ha demostrado que en las pacientes anoréxicas se dan alteraciones neuropsicológicas: retraso en el tiempo de reacción, trastorno en la memoria visual y fallos en la recuperación de la información.

En el E.E.G. se ha encontrado una actividad de fondo enlentecida en las frecuencias dominantes, sobretodo en presencia de alteraciones iónicas.

Mediante técnicas de imagen se observa una aparente atrofia cerebral, como dilatación ventricular y ensanchamiento de los surcos cerebrales, que se pueden deber a la pérdida ponderal.

Aparato digestivo:

Estas pacientes se quejan de inapetencia, estreñimiento, pesadez posprandial, disfagia, náuseas y vómitos, casi siempre provocados. Con el estreñimiento crónico se pueden intercalar episodios diarreicos producidos por abuso de laxantes.

La exploración permite observar que el abdomen está excavado, palpándose fácilmente los fecalomas favorecidos por el estreñimiento. Son frecuentes las hemorroides y prolapso rectal, también debidos al estreñimiento.

Los dientes pueden presentar importantes lesiones: esmalte destruido, caries dental y erosiones. Estas alteraciones se dan con más frecuencia en pacientes vomitadoras, por el contacto de sus dientes con el ácido clorhídrico del estómago. Russell en 1979 describe la presencia de lesiones en el dorso de las manos de las pacientes que se provocan el vómito, por la acción del jugo gástrico.

También presentan una hipertrofia de las glándulas parotídeas, acompañada de sequedad de boca, dolor y en ocasiones náuseas. No se han encontrado alteraciones estructurales, únicamente un alargamiento de los conductos. Esta hipertrofia está asociada con las conductas de vómito, la deshidratación y la hipopotasemia, y se revierte con la recuperación física y el abandono de las conductas de vómito.

También hay casos descritos de hipertrofia de las glándulas submaxilares y submandibulares.

La mayoría de las anoréxicas presentan una función hepática normal pero algunas pacientes pueden presentar elevadas las fosfatasas alcalinas y transaminasas, además de la amilasa sérica, que se regulariza al recuperar peso la paciente.

Presentan frecuentemente hipercolesterolemia, que ha sido vinculada a una anomalía tiroidea, a un abuso de carbohidratos, a un déficit de ácidos biliares o a un trastorno del catabolismo de las grasas.

Hay pacientes anoréxicas que presentan una piel amarillenta, debido a una hipercarotenemia. Se ha confirmado que esta característica no se debe únicamente a un abuso de alimentos ricos en caroteno, sino a una relación entre los niveles de carotenos y subtipos de anorexia, ya que las anoréxicas únicamente restrictivas tenían niveles de carotenos superiores.

Tanto los niveles de colesterol como los de carotenos se normalizan una vez la paciente ha recuperado el peso.

Función renal y equilibrio electrolítico:

La mayoría de anoréxicas presentan cifras de urea en sangre normales, aunque las que tienen una importante pérdida corporal pueden presentar un aumento del BUN, posiblemente en relación con la alimentación, especialmente el consumo proteico.

Las ligeras deshidrataciones son difíciles de detectar y obedecen a gran número de causas. Como la mayoría de anoréxicas no suelen restringir la ingesta de agua, generalmente la pérdida de líquidos obedece a los vómitos, laxantes o diuréticos, que provocan una disminución del filtrado glomerular. Los casos más severos de anorexia llegan incluso a restringir la ingesta de agua, agravando más si cabe su función renal.

Las alteraciones electrolíticas son raras en las anoréxicas restrictivas, pero mucho más frecuentes en las que vomitan o abusan de laxantes o diuréticos. Se puede presentar una alcalosis metabólica hipokaliémica e hipoclorémica, así como una importante replección de sodio con hipovolemia, que activaría el sistema renina-angiotensina-aldosterona, favorecido por la presencia de edemas secundarios a la hipoproteinemia. Este hiperaldosteronismo secundario empeora la pérdida de potasio por los vómitos, también agravada por la presencia de alcalosis metabólica (mayor entrada de potasio al compartimiento intracelular).

La hipopotasemia puede sospecharse por la clínica: pérdida de fuerza muscular, parestesias, poliuria por disminución secundaria de la capacidad de concentración renal. Un ECG y un ionograma confirmarán el diagnóstico.

Hematología:

El hemograma acostumbra a ser normal en la anorexia aunque no es infrecuente la anemia, generalmente normocrómica y normocítica. Sin embargo ésta no suele ser

alarmante. La transferrina puede estar baja aunque este déficit no es nunca causa de importantes anemias. También se han descrito ferropenias y déficit de ácido fólico. Suele apreciarse una caída del hematocrito y la hemoglobina durante el tratamiento por efectos de la rehidratación. También son frecuentes cifras bajas de leucocitos.

Neuroendocrinología:

Las alteraciones neuroendocrinológicas presentes sugieren una disfunción hipotalámica, secundaria a la pérdida de peso:

* Eje Hipotálamo-Hipófiso-Tiroideo:

En la anorexia nerviosa se encuentran signos y síntomas que recuerdan el cuadro clínico del hipotiroidismo: amenorrea, intolerancia al frío, estreñimiento, bradicardia, piel seca, disminución del metabolismo basal, hipercolesterolemia y reflejo aquileo majestuoso. También se ha descrito una disminución de la triyodotironina (T3) con Tiroxina (T4) normal o algo disminuida y valores normales de tirotropina (TSH).

El metabolismo de los carbohidratos en las anoréxicas está alterado, con frecuentes hipoglucemias, que son en ocasiones causa de muerte. Estos descensos de glucosa probablemente sean debidos a los elevados niveles de GH.

* Eje Hipotálamo-Hipófiso-Suprarrenal:

Suele haber un aumento variable del cortisol, de tal forma que los pulsos secretorios estarán aumentados, conservándose la ritmicidad circadiana.

Se considera que la producción de andrógenos suprarrenales se halla disminuída.

*Eje Hipotálamo-Hipófiso-Gonadal:

De los múltiples cambios endocrinológicos descritos en la anorexia nerviosa los más importantes son las alteraciones menstruales y las de las hormonas reproductoras. Van desde ciclos irregulares hasta amenorrea primaria o secundaria según la edad de inicio del trastorno. Se han observado casos en los que la amenorrea persiste durante meses o años después de la recuperación de peso, por lo que se cree que además del efecto de la desnutrición, influyen otros factores. Dietas intermitentes también producen alteraciones en el ciclo menstrual, así como las pérdidas de peso en pacientes que no cumplen criterios para el diagnóstico de anorexia nerviosa.

Los niveles basales de estrógenos se encuentran disminuidos, y con la recuperación de peso se normalizan. Se ha observado mediante ecografía la existencia de quistes ováricos foliculares, que recuerdan los ovarios de mujeres prepúberes, y probablemente representan una respuesta ovárica a la alteración de gonadotropinas.

Existen pocos estudios realizados en varones anoréxicos, éstos presentan alteraciones equivalentes a las mujeres, con una rápida y completa disminución de la libido y actividad sexual a las pocas semanas de iniciar la dieta restrictiva.

B/bulimia nerviosa

La bulimia nerviosa puede llegar a presentar importantes complicaciones médicas secundarias a la grave perturbación de los hábitos alimentarios. Hay una sintomatología general que se puede presentar en la mayoría de las pacientes, consistente en apatía, fatiga, irritabilidad y cambio del ritmo del sueño, pérdida del rendimiento laboral o escolar y abandono del cuidado de la persona. Si exploráramos a las pacientes en estos primeros estadios de la enfermedad ya podríamos apreciar la existencia una ligera distensión abdominal con estreñimiento, hipertrofia de las glándulas parotídeas, pérdida del esmalte dental, edemas en extremidades y abrasiones en el dorso de las manos si es que las pacientes se provocan el vómito.

Las características de la conducta alimentaria y de la purga darán diferentes complicaciones médicas, no esencialmente diferentes de las que puedan presentarse en la anorexia nerviosa con esas mismas conductas, si bien en la bulimia nerviosa se pueden presentar de forma aguda, son imprevisibles y pueden ser letales de manera inesperada.

Alteraciones electrolíticas y renales:

Ya hemos visto en las complicaciones médicas de la anorexia cuáles son los problemas de fluidos y electrólitos que se pueden presentar cuando están presentes los vómitos y el abuso de laxantes o diuréticos.

Las pacientes que abusan de los laxantes pueden presentar acidosis metabólica dado que los fluidos de las repetidas deposiciones son ricos en bicarbonato, pero la complicación más severa es la pérdida de potasio que en algunos casos se acompaña de niveles bajos de sodio, calcio, fósforo y magnesio. Las complicaciones renales son raras, aunque se han descrito casos de nefropatía debida a una situación crónica de deshidratación e hipopotasemia.

Síntomas pulmonares y mediastínicos:

Los vómitos repetidos pueden condicionar la aparición de graves alteraciones mediastínicas, como hernias o úlceras esofágicas por la frecuencia de los vómitos y el paso del contenido ácido del estómago. En ocasiones se puede presentar, a causa de los esfuerzos para vomitar, una rotura esofágica e incluso un neumomediastino, que son de extrema gravedad. En algunas ocasiones en ingestas enormemente exageradas, el estómago puede regurgitar parte de su contenido apareciendo entonces una neumonía por aspiración de consecuencias imprevisibles.

Alteraciones dentales:

Ya hemos anotado anteriormente que el paso del contenido del estómago, rico en ácido clorhídrico, por la boca durante el vomito actúa sobre el esmalte dental deteriorándolo; esto es muy típico de la conducta vomitadora repetitiva. Sin embargo son muchas las pacientes bulímicas que después del vómito tienen una esmerada higiene de la boca para evitar este riesgo.

Complicaciones digestivas:

Las complicaciones digestivas de la bulimia nerviosa son menores que las que cabría esperar de unas conductas alimentarias tan alteradas. Ya hemos visto que las glándulas parotídeas y salivares pueden estar hipertrofiadas, hecho que puede deberse al abuso de carbohidratos o a las alteraciones electrolíticas. La esofagitis e incluso la perforación esofágica se han descrito en pacientes vomitadores; también hay casos de pancreatitis en bulímicas.

El vaciado lentificado del estómago y la ptosis gástrica pueden ser complicaciones similares a las que se dan en la anorexia nerviosa, mientras que la dilatación gástrica y el riesgo de muerte por rotura del estómago son específicas de la bulimia; esta dilatación aguda puede obedecer a las ingestas masivas de alimentos, y la rotura es atribuible tanto a estas abundantes ingestas como a los esfuerzos para vomitar. El estreñimiento es una situación frecuente en las pacientes bulímicas, puede ser a consecuencia de una dieta restrictiva y pobre en fibras, o de la deshidratación crónica. Episódicamente pueden presentar despeños diarreicos por acúmulo de heces. Las pacientes que utilizan laxantes pueden presentar alteraciones del contenido y ritmo de las deposiciones, esteatorrea e importantes pérdidas proteicas.

Alteraciones cardiovasculares:

La complicación cardiovascular más importante en la bulimia nerviosa es la hipopotasemia que puede provocar importantes alteraciones del E.C.G. con nefastas consecuencias. La deshidratación por los vómitos o por el abuso de laxantes puede provocar hipotensión ortostática.

Alteraciones neurológicas:

A pesar de que se llegó a asociar la bulimia con alteraciones del E.E.G, lo cierto es que esta relación, que incluso condicionó el tratamiento de la bulimia con anticomiciales, carece de bases objetivas en que apoyarse. Sí se han detectado dilataciones ventriculares y ensanchamiento de los surcos cerebrales, que se atribuye a la deshidratación. Pueden

aparecer miopatías secundarias al déficit de potasio y a la ipecacuana en pacientes que la utilizan para vomitar, o neuropatías periféricas por déficits de vitaminas.

Alteraciones endocrinológicas: Al igual que en la anorexia, la bulimia se caracteriza por notables alteraciones endocrinas. Las pacientes bulímicas pueden tener ciclos menstruales normales pero es frecuente que lleguen a presentar irregularidades o amenorrea, habiéndose detectado tasas bajas de estradiol y progesterona. Las bulímicas tienden a ser no supresoras en el test de supresión de la dexametasona y a tener niveles plasmáticos de T3 y T4 disminuidos.

Evaluación psicológica:

Los trastornos de la alimentación disponen de una amplia batería de cuestionarios que permiten evaluar la frecuencia e intensidad de sus síntomas. Los más frecuentemente utilizados son:

1. El Eating Attitudes Test (EAT-40), de Garner y Garfinkel es un cuestionario compuesto por 40 ítems, que recogen síntomas y conductas. Proporciona un índice de gravedad del trastorno, se considera patológico si puntúa por encima de 30 puntos los límites don de 0 a 120.
2. El Eating Disorders Inventory (EDI) de Garner, Olmsted y Polivy es un cuestionario de 64 ítems, evalúa distintas áreas cognitivas y conductuales. Estas se hallan agrupadas en 8 subescalas distintas: 1) interés por dietas y adelgazar (7 ítems), 2) sintomatología bulímica (7 ítems), 3) insatisfacción corporal (9 ítems), 4) ineffectividad y baja autoestima (10 ítems), 5) perfeccionismo (6 ítems), 6) desconfianza interpersonal (7 ítems), 7) conciencia interoceptiva (10 ítems) y 8) miedos a la maduración (8 ítems). El valor de este cuestionario está en la posibilidad de conocer de forma separada diferentes aspectos cognitivos y conductuales de la patología.
3. Sin ser realmente cuestionarios los autorregistros tienen un gran valor para medir las conductas dietéticas y de purga de estas pacientes. Las pacientes se hacen más conscientes de su patrón alimentario, permite conocer la relación entre los agentes estresores y conducta alimentaria, sirve como método de autocontrol, permite aplicar o modificar el tratamiento y por último ayuda a la paciente a adquirir un papel activo en el tratamiento. En los autorregistros se anota: la dieta de la paciente de forma detallada, el tiempo, lugar de aparición, situación y duración de las de purga.

Tratamiento conductual y psicológico de la Anorexia y Bulimia nerviosas.

Anorexia Nerviosa

La recuperación de un peso, la normalización biológica y los adecuados hábitos alimentarios son el objetivo principal del tratamiento.

Se recomiendan de 4 a 5 ingestas calóricas diarias con un total mínimo de de 2500 Kcal. Prohibición del ejercicio físico, recomendación del reposo, eliminación de productos peculiares y "light" así como la toma de laxantes y diuréticos. Se puede establecer un contrato con refuerzos contingentes a la recuperación ponderal y normalización dietética.

Una vez la paciente ha recuperado una parte substancial del peso se establece el programa de intervención psicológica. Hay diferentes modelos psicoterápicos, los más utilizados en estas patologías son el cognitivo (el más frecuente), el sistémico y la terapia interpersonal, Se hacen intervenciones a nivel individual o de grupo, y como mínimo durante año y medio o dos años. Al inicio del tratamiento es fundamental:

- * Establecer una buena relación terapéutica.
- * Conocer y objetivar los problema alimentario
- * Evaluar los factores predisponentes, desencadenates o mentenedores de la enfermedad.

* Fortalecer la motivación.

En el tratamiento psicológico se debe:

1. Objetivar el peso y alimentación (autorregistros).
 1. Establecer pautas nutricionales y psicoeducativas sobre alimentación y peso.
 2. Plantear pautas a familiares para conseguir una reducción de factores mantenedores del trastorno.
4. Aplicar el modelo cognitivo:
 - a/Objetivación y reestructuración de pensamientos concernientes al peso, alimentación y autoestima.
 - b/ Resolución de problemas.
 - c/ Prevención de recaídas y análisis de factores de riesgo.

Bulimia Nerviosa

En la bulimia Nerviosa se han aplicado diferentes modelos de intervención psicológica, además de los citados en el caso de la anorexia podemos incluir el psicodinámico y el feminista. La forma de intervención puede ser individual o grupal, siendo esta última la más frecuente. Hay también y tienen gran predicmento los grupos de autoayuda

Un tratamiento ambulatorio sería lo aconsejado, pero cuando la gravedad lo aconseje se puede utilizar el tratamiento en hospital de día o el internamiento hospitalario. Está indicado cuando la gravedad del trastorno es tal que el tratamiento ambulatorio es ineficaz, Cuando hay dependencia grave de sustancias, si existe una dificultad extrema para romper el círculo vicioso de episodios bulímicos-vómitos y cuando los intentos repetidos de tratamiento ambulatorio hayan fracasado o mostrado un mínimo efecto.

El trabajo psicoterápico se puede focalizar en los siguientes puntos:

1. Autoobservación y control de estímulos.
2. Registro de la alimentación diaria, sentimientos y pensamientos asociados respecto a la comida, peso y figura.
3. Modificación de las cogniciones irracionales, a través de reestructuración cognitiva.
3. Prevención de recaídas.

El desarrollo de las sesiones es como sigue: una primera fase de educación sobre el trastorno y la nutrición. En la segunda se pretenden recuperar los hábitos alimentarios y en la tercera la exposición a estímulos aversivos y la disminución de factores mantenedores. Tras esta fase la siguiente es la de prevención de recaídas.

Intervención terapéutica con la familia.

El estudio y valoración del funcionamiento familiar es muy importante, porque las relaciones familiares pueden estar condicionando los comportamientos desadaptados de la paciente. Es precisa en el tratamiento de los trastornos de la alimentación la participación activa de la familia en las decisiones terapéuticas y asunción del papel de co-terapeuta. Debe estar informada sobre el tratamiento y el trastorno, mediante los grupos de padres. La valoración del funcionamiento familiar es fundamental y en ocasiones la familia también precisa tratamiento.

El primer objetivo es establecer un sistema terapéutico constituido por la familia, el profesional y él mismo. A continuación su trabajo centrará en el motivo de consulta:

1. Preguntar a cada uno de los padres su versión acerca de cuando comenzaron los síntomas.
2. Qué hizo cada uno de ellos para resolverlo y si dio resultado.
3. Cómo se explican la enfermedad y quién es el que está más preocupado, frustrado, cansado o esperanzado.
- 4.Cuál es el miembro de la familia más próximo a la paciente.

5. Cómo era la vida de la familia antes del trastorno; cómo era la relación entre los miembros de la familia.

6. Qué lamentan haber perdido y qué esperan del tratamiento.

De esta manera, el terapeuta debe ir recogiendo información acerca de la relación entre los miembros de la familia y observando, in vivo, los roles de cada uno. La intervención está encaminada a evaluar el funcionamiento de cada uno de los sub-sistemas (conyugal, parental, fraternal e individual) atendiendo al grado de proximidad y distancia de sus miembros.

Dificultades que pueden presentarse en el curso de la intervención

* Cuando uno de los padres se niega asistir a la terapia familiar. Lo más indicado sería explicarle que su presencia es relevante y, si aún así sigue negándose, se trabaja con los presentes y se le mantiene informado vía telefónica.

* En caso de que los padres estén separados, es útil tener una primera entrevista con la familia nuclear original y luego continuar con cada padre y los hijos por separado (así no se fomenta la idea de una posible unión).

* Cuando la familia interrumpe el tratamiento "aliviada" por una mejoría sintomática. Hay que revisar con la familia la capacidad actual para sobrellevar lo que se presenta en ese momento.

Objetivos de la intervención con las familias.

1. Aprobación de la terapia por los padres.
2. Compromiso activo de la familia.
3. Estimular las relaciones familia-paciente.
4. Superar el miedo a la maduración de la paciente.
5. Reforzar su maduración, autonomía y responsabilidad.
6. Estimular la cooperación entre los miembros de la familia.

Objetivos de los grupos de padres

1. Asegurar la asistencia de las pacientes.
2. Obtener el cumplimiento de las normas en el hogar.
3. Explicar y entender las características de la enfermedad.
4. Modificar las pautas familiares de interacción patogénicas.
5. Apoyarles en sus dudas y recuperación de su papel de padres.
6. Proporcionar un lugar donde puedan compartir experiencias.
7. Dar y recibir apoyo, ya que a menudo se aprende a través de escuchar los problemas de otros con sus hijas.
8. Poder ser escuchados y sentirse comprendidos.

Este apoyo consistiría en:

- * Traerlas regularmente al tratamiento sin escuchar sus protestas, aunque sean justificadas.
- * Hacer que se enfrenten al médico y no a ellos en los temas referentes al peso, dietas, discusiones por la comida, etc.
- * Poner límites a su comportamiento.
- * Impedir que se inmiscuyan en los problemas de pareja o de educación de sus hermanos.
- * Transmitirles la posibilidad de su recuperación.
- * Animarlas a tomar una decisión por y para ellas mismas.

Lugar de tratamiento

En función de la intensidad o las características de los síntomas los trastornos de la alimentación pueden tratarse en diferentes lugares. El tratamiento ambulatorio está indicado cuando la paciente presente buena motivación predisposición. Debe tener un buen

soporte familiar y el cuadro clínico no debe ser muy intenso. Pero cuando el peso sea muy bajo, las conductas de purga severas, haya riesgo de autólisis, psicopatología asociada o fracaso en tratamiento ambulatorio está indicado el hospital de día.

A éste, los pacientes acudirán tanto a realizar determinadas comidas, como a realizar un tratamiento psicológico en grupo. En muchos casos es lo más adecuado para la generalización de las conductas aprendidas, al permitir regresar a los pacientes a su ámbito social habitual una vez finalizado el día.

Las indicaciones de tratamiento en hospital de día son: el fracaso del tratamiento ambulatorio, conflictos en entorno familiar, que por estar actuando como factor mantenedor, no aconsejan un tratamiento ambulatorio, mínimo soporte familiar, riesgo bajo de suicidio y psicopatología o complicación física menor.

Por último es aconsejable el ingreso hospitalario cuando no se haya resuelto la patología en otros medios, el alto riesgo de suicidio, comorbilidad psíquica u orgánica grave, el peso muy bajo, las conductas de purga peligrosas o en los casos que se precisa autorización judicial.

La prevención y concienciación familiar en los centros de salud mental y en áreas básicas.

Es fundamental que se mantengan actitudes de prevención y de concienciación social y familiar. Informar a las pacientes o futuras pacientes, a los padres y a los educadores es la mejor manera de prevenir, y en esta tarea estos profesionales tienen un papel muy especial.

Como objetivos básicos podemos destacar:

1. Ofrecer a la sociedad, a las familias y a las pacientes y grupos de riesgo una información sobre los peligros de la desnutrición o nutrición desequilibrada.
2. Que tengan conciencia del peligro que comportan las conductas de purga, especialmente los vómitos.
3. Que conozcan los beneficios de las auténticas dietas saludables, indicando lo que es saludable y lo que no lo es.
4. La desmitificación de los valores sociales que priman la imagen como un elemento básico para la autoestima y el éxito.
5. Promover campañas de prevención y de concienciación social.

Los puntos en los que se debería intervenir para mejorar la actitud de las chicas respecto a la dieta y al peso serían:

a/ En el ámbito familiar hay que facilitar la comunicación entre los miembros, adiestrar a los padres en el fortalecimiento de la autoestima de los hijos y fomentar la escucha y la tolerancia.

b/ Prestar atención a las situaciones personales del adolescente, aparentemente banales, pero fundamentales para él: los primeros fracasos amorosos o conflictos de grupo.

c/ Respecto a la alimentación, es fundamental que se propicien programas de educación a los padres. Hay que recomendarles que al menos se efectúe una comida al día toda la familia en un clima distendido y cordial.

d/ Los padres deben reconocer los factores llamados "de riesgo y vulnerabilidad", de tal forma que sepan formar a sus hijos sobre los peligros de los prejuicios sobre el aspecto y lo inadecuado de ciertos mensajes de los medios de comunicación y capacitarlos para prevenir la obesidad infantil, ya que es una de las causas de posteriores trastornos de la alimentación.

e/ Enseñarles a ser críticos con ciertas revistas dirigidas al público femenino adolescente donde se potencia y prima la figura, el aspecto deportivo y las dietas anómalas. La figura femenina esbelta y atractiva se vincula a todo tipo de anuncios, de ahí que los jóvenes puedan asociar delgadez como medio para conseguir el éxito y la felicidad. Hay que hacerlos más objetivos frente a la opinión generalizada que priman a aquellas personas que

son capaces de hacer dietas muy estrictas y estar muy delgadas, y enseñarles que eso no es bueno ni es sano.

f/ No desear resultados espectaculares con dietas mágicas, porque son mágicas en la misma medida que son peligrosas.

Por último el médico debe ser capaz de detectar a los grupos de riesgo y las conductas anómalas para modificarlas.

Los trastornos de la alimentación y el deporte.

El deporte como actividad lúdica y de salud es absolutamente recomendable, pero el deporte como medio para conseguir perder peso es totalmente rechazable. La sociedad presiona a los más jóvenes a través de los padres y de los colegios a formar parte de equipos deportivos de alto rendimiento, con grandes expectativas de éxitos personales; esto puede conducirles a través de la autoexigencia y el sacrificio a conductas restrictivas en la alimentación. Las actividades con mayor riesgo son: ballet, gimnasia rítmica, natación y el atletismo. Es conveniente:

1. Informar sobre los beneficios y perjuicios derivados tanto del ejercicio como de la falta del mismo.
2. Llevar a cabo la supervisión médica de los jóvenes que practican deportes que comportan riesgo de dichos trastornos.
3. Informar sobre el tipo de ejercicio apropiado en cada caso.
4. Propiciar que el deporte sea meramente lúdico y social.
5. Conocer aquellos casos en que los niños no quieren hacer deporte, ya que muchos de estos pueden intentar modificar su forma física por otros medios: especialmente ciertas obesidades infantiles que rechazan una conducta deportiva que puede favorecer una pérdida de peso sana y normal, y sin embargo, se van a inclinar por conductas más radicales: dietas "mágicas" por lo restrictivas y conductas de purga.
6. Enseñar a los adolescentes a ser realistas y a planificar sus posibilidades con respecto al deporte, y a no utilizar medios inadecuados para conseguir resultados y "marcas".

Detección precoz de los trastornos de la alimentación:

El cuestionario más simple para la detección precoz es el cuestionario inglés SCOFF:

1. ¿Te provocas el vómito porque te sientes incómodamente llena?
2. ¿Te preocupas por haber perdido el control sobre la comida?
3. ¿Has perdido recientemente más de seis kilos en tres meses?
4. ¿Te consideras "gorda" y los demás te dicen que estás delgada?
5. ¿Crees que la comida domina tu vida?

Responder a una sola pregunta de forma afirmativa es suficiente para ser incluida en el grupo de riesgo.

Otros criterios de sospecha son:

1. Pérdida de peso innecesaria
2. Dietas anómalas, peculiares e hipocalóricas sin control.
3. Preocupación por la figura y el peso exagerada
4. Ejercicio exagerado para perder peso
5. Amenorrea
6. Detención del crecimiento
7. Osteoporosis
8. Cambio de carácter e irritabilidad desencadenada al pretender controlar la familia la dieta o el peso

Facilitar que los adolescentes puedan seguir revisiones con el médico de familia más allá de los catorce años también sería aconsejable. Las encuestas y entrevistas semi-estructuradas pasadas a los 10-12, 14 y 17 permitirían detectar conductas y actitudes anómalas.

Cuando se hace una historia clínica con un paciente de TCA cabe recordar que son enfermos que suelen carecer de conciencia de enfermedad y a ser poco accesibles al tratamiento. Generalmente, en edades tempranas, es la familia la que aporta datos sobre el TCA, que suelen ser muy subjetivos o exagerados. Se debe reconducir la historia clínica, objetivar los datos y evitar que se creen conflictos entre paciente y familiares a la hora de la entrevista. Es bueno saber manejar la situación y extraer de una entrevista un tanto crispada los datos más importantes. Es bueno entrevistar primero a la paciente intentando crear un clima de confianza y recoger la información más interesante. En segundo lugar, se entrevista a la familia para ajustar y confirmar estos datos ya que las pacientes no suelen ser excesivamente fieles a la clínica. Se aclararán los antecedentes familiares y personales, especialmente los antecedentes de depresión y adicción. En la historia deben asimismo constar los datos objetivos de crecimiento y desarrollo de la paciente, historia menstrual, características y forma de la alimentación y peso.

Exploración física

Es conveniente observar el grado de delgadez de la paciente. En algunos casos será preciso pesar y calcular el Índice de Masa Corporal (IMC). Se establece como diagnóstico de anorexia un IMC inferior a 17,5- 18.0. En las pacientes bulímicas estos datos no son relevantes porque puede ser normal o incluso alto.

Otros puntos serán las constantes vitales, la deshidratación, el pliegue cutáneo, la presencia de lanugo, petequias y púrpuras, así como hipertrichosis y edemas.

En las pacientes vomitadoras se valorará el deterioro de los dientes y el signo de Russell, la frecuencia, calidad y cantidad de las deposiciones en las que abusan de laxantes y la existencia de edemas en las que utilizan diuréticos.

Las exploraciones complementarias básicas son: analítica general (hemograma; bioquímica: urea, glicemia, colesterol, bilirrubina, ionograma, creatinina, amilasa, transaminasas y hormonas tiroideas), EKG y radiografía tórax. Las exploraciones son un arma de doble filo, puesto que si están alteradas nos informarán de la afectación física de la paciente, pero si son normales no descartan nada y pueden servir para justificar y reforzar su conducta.

Alteraciones analíticas

Estas pacientes pueden presentar con más frecuencia neutropenia, hipoglicemia, hipercolesterolemia, ferropenia, déficit de folatos, hormonas tiroideas ligeramente bajas, y en el caso de las purgativas hipokalemia y amilasas altas.

Tratamiento de los trastornos de la alimentación en los centros de salud mental y áreas básicas.

Hay que considerar como regla general que la anorexia nerviosa no tiene tratamiento farmacológico. La recuperación ponderal no requiere en principio más que una dieta normal, que es incluso mejor "a priori" que las dietas hiper o hipocalóricas.

El segundo objetivo es la normalización biológica y ahí sí se pueden aplicar tratamientos farmacológicos.

Hay que enfatizar por tanto el tratamiento conductual y psicológico en la anorexia nerviosa, y no tanto sobre las pacientes como sobre las familias.

Esto, sin embargo, no excluye el tratamiento farmacológico de las complicaciones médicas o psicopatológicas (depresión, ansiedad, fobias, bloqueos cognitivos), que deben ser tratadas y tal vez sea aconsejable la colaboración con el psiquiatra.

Son del todo rechazables las medidas farmacológicas que demoran el tratamiento merced a la instauración de terapias obsoletas e ineficaces: orexígenos, vitaminas, etc., así como

aquellas intervenciones psicológicas que no favorecen como primer objetivo la recuperación ponderal y normalización biológica.

En el caso de la bulimia nerviosa podemos decir que sí tiene tratamiento farmacológico primario: antidepresivos, sobretodo los inhibidores de la recaptación de serotonina (IRSS). Las dosis deben ser las correctas, esto es triple o cuádruple de la utilizada en la depresión. Respecto a los antidepresivos de nueva generación, aún es pronto para definir su bondad en la bulimia nerviosa.

Debemos recordar que la efectividad de los IRSS en la bulimia nerviosa es de 8 a 12 meses y que en este tiempo se debe instaurar una terapia conductual y psicológica correcta.

Objetivos del tratamiento en los centros de salud mental y áreas básicas de salud.

1. Formación y compromiso médico frente a estas patologías
2. Información clara y veraz a pacientes y familiares
3. Comprometer a las familias en prevención y tratamiento
4. Diagnóstico y evaluación física precoz
5. Decisión del tratamiento "in situ" o derivación
6. Tratamiento nutricional y farmacológico
7. Control de las complicaciones físicas
8. Seguimiento y prevención de recaídas

Ante la sospecha de la existencia de un T.C.A. el primer paso será el informar a la paciente y a su familia; para confirmar este diagnóstico se puede requerir la ayuda del especialista.

Una tarea fundamental del médico de familia es transmitir a la paciente y a sus familiares la certeza del trastorno, que puede y debe curarse y que se precisa la colaboración de la familia, con actitud comprensiva y realista.

Información básica a la familia por parte de los centros de salud mental y áreas básicas.

1. Opinión del profesional sobre el caso
2. Diagnóstico e información general del trastorno
3. Valoración del pronóstico
4. Información sobre el plan de tratamiento: técnicas, tiempo y profesionales implicados, que deben contar con la familia

A la familia hay hacerle ver que se trata de un verdadero trastorno y que aun siendo lo más fundamental el cambio de sus pensamientos alterados, el tratamiento se debe iniciar por la recuperación biológica. Es también muy importante que conozcan todas y cada una de las complicaciones que provoca esta enfermedad y su forma de detectarlas y tratarlas.

Naturalmente en el momento en que aprecien signos de gravedad se deberá remitir con toda urgencia al centro hospitalario. Se consideran criterios de gravedad:

1. Pérdida del 20%-25% del peso según estatura y edad.
2. Ayuno pertinaz, y más cuando incluya el agua
3. Pérdida de peso muy rápida
4. Alteraciones bioquímicas severas
5. Enfermedades intercurrentes
6. Ciclo ininterrumpido y sin contención de atracón-vómito
7. Riesgo de suicidio
8. Grave conflictividad familiar

Cada red asistencial pública tiene unos recursos y organización diferente a la que hay que acogerse; sin embargo hay tres observaciones importantes que hacer:

1. hay complicaciones físicas que requieren la derivación prioritaria a áreas médicas y no psiquiátricas o psicológicas

2. La derivación a centros de salud mental no exime al médico de familia de la responsabilidad de seguimiento de la paciente

1. No se debe utilizar la derivación a otros centros como un medio para desembarazarse de un paciente.

El médico de atención primaria debe controlar: el peso, el mantenimiento de dietas normales, y la aparición de trastornos emocionales o cambios ambientales que empeoren la enfermedad. También la aparición de conductas de purga, abuso de fármacos, exceso de ejercicio y variaciones del peso.

Respecto al tratamiento de la anorexia y bulimia nerviosas conviene recordar que:

1. Un exceso de exploraciones para confirmar, evaluar o controlar el tratamiento puede ser contraproducentes

2. Los tratamientos alternativos a una dieta sana son ineficaces y peligrosos

3. Hay que respetar los objetivos de un tratamiento correcto

4. No olvidar que la anorexia no tiene tratamiento farmacológico, únicamente sus complicaciones y la comorbilidad

5. La bulimia sí tiene tratamiento farmacológico, a dosis y en tiempo correcto, pero se debe asociar la psicoterapia.

Pronóstico de los trastornos de la alimentación.

No se tiene una gran experiencia sobre la evolución y pronóstico de la anorexia y bulimia. Conocemos aquellos factores que "a priori" se consideran de buen y mal pronóstico, que son:

Factores para el pronóstico de la Anorexia nerviosa

1. Factores de buen pronóstico

- Desencadenante claro
- Aparición precoz
- Aumento ponderal al inicio del tratamiento
- Rasgos conversivos, histriónicos
- Estado de ánimo depresivo
- Incremento de actividad física antes de iniciar tratamiento
- Sensación de hambre
- Trastornos menores del tránsito intestinal
- Ausencia de antecedentes psicopatológicos familiares
- Buena cooperación de los padres y aceptación de la enfermedad
- Buena inserción social
- Diagnóstico y tratamiento precoz

2. Factores de mal pronóstico.

- Aparición o diagnóstico tardíos
- cronificación de hospitalizaciones
- Oscilaciones del peso
- Conductas bulímicas y purgativas
- Rasgos obsesivos
- Negación enfermedad o de la sensación de hambre
- Estreñimiento
- Hipocondría o dismorfofobia
- Depresión de los padres a causa de la enfermedad de la hija y poca implicación en el tratamiento
- Conflictos conyugales de los padres
- Rechazo de la enfermedad por parte de los padres
- Mala inserción social

Los estudios de evolución de estas enfermedades ponen de manifiesto su severo pronóstico: en la anorexia a los cinco años de enfermedad menos del 50% de las pacientes están muy mejoradas o recuperadas, y el 20% están igual o peor. Con respecto a la bulimia nerviosa hay resultados semejantes. Sin embargo, estudios de seguimiento a 10 años muestran una reducción significativa de síntomas.

Lo que no dicen los estudios es el coste de la enfermedad, ya que una gran parte de las pacientes acaba por abandonar los estudios, pierde buenos puestos de trabajo y su vida pierde calidad. Las relaciones familiares se deterioran a veces de forma irreversible y su futuro se ve condicionado por su físico y sus pensamientos y conductas. Estos costes de la enfermedad se ven poco reflejados en la literatura científica pero son tan reales que hacen preciso estudios sobre calidad de vida y TCA.

Programas psicoeducativos.

El psiquiatra y el médico de familia pueden ser los organizadores de programas psicoeducativos dirigidos a otros profesionales de la salud y a la población de riesgo y a sus familias.

Deben constar de los siguientes apartados:

1. Alimentación y nutrición. Los nutrientes.
2. Dieta equilibrada. Grupos de alimentos y recomendaciones.
3. Qué es la malnutrición. Evaluación del estado nutricional.
4. Consecuencias y complicaciones de la malnutrición.
5. Factores de riesgo, clínica y diagnóstico de los T.C.A.
7. Evaluación y tratamiento.
8. Pronóstico y prevención.

Encuestas para la detección de los Trastornos de la alimentación.

Preguntas guía para niños y niñas

¿Cómo te encuentras? (salud, humor, actividades)

¿Cómo comes?

¿Hay alimentos que no te gustan? ¿Por qué no te gustan?

¿Rechazas algún alimento porque crees que engorda?

¿Haces mucho ejercicio?

¿Lo haces para jugar y divertirte, para perder peso o quieres ser deportista?

¿Crees que tu peso es correcto?

¿Crees que el aspecto físico es muy importante?

¿Cómo te ves físicamente? ¿Te gustas?

¿Cómo crees que te ven los demás?

¿Crees que tú puedes variar tu aspecto físico?

¿Desearías ser de otra manera?

¿Qué crees que cambiaría en tu vida si pudieras variar tu aspecto físico?

¿Te llevas bien con tu familia?

¿Tienes buenos amigos?

¿Vas a gusto al colegio?

Preguntas guía para las familias con niños de 12 a 14 años

¿Están preocupados por la alimentación de su hijo/a?

¿Controlan ustedes la alimentación de su hijo/a?

¿Ha aumentado o disminuido de peso recientemente?

¿Ha cambiado sus hábitos alimentarios?

- ¿Se salta alguna comida, hace trampas?
- ¿Excluye algún alimento?
- ¿Ha mostrado preferencia por alimentos bajos en calorías o bajos en grasas?
- ¿Protesta excesivamente cuando se le quiere hacer comer?
- ¿Come mucha cantidad de alimento en poco tiempo?
- ¿Tiene excesiva preferencia por los alimentos hipercalóricos?
- ¿Cree que su hijo/a hace ejercicio de forma excesiva?
- ¿Cree que el ejercicio que hace es para perder peso?
- ¿Va al baño de forma sistemática varias veces durante las comidas, o bien, inmediatamente después?
- ¿Comen una vez al día toda la familia juntos?
- ¿Alguien prepara la comida en casa?
- ¿Descansa suficientemente?
- ¿Cree que su hijo está excesivamente preocupado por el físico?
- ¿Cree que su hijo se desvaloriza a causa de su aspecto físico?
- ¿Es sociable? ¿Tiene amigos?
- ¿Ha variado últimamente su carácter? ¿está más irritable?

Preguntas guía en la entrevista dirigida a los adolescentes

- ¿Has variado de peso recientemente?
- ¿Te pesas con mucha frecuencia? ¿No te pesas nunca?
- ¿Valoras el peso por la impresión que te causa en el espejo?
- ¿Has variado tus hábitos alimentarios últimamente? ¿Por qué?
- ¿Comes todo tipo de alimentos? ¿Te saltas alguna comida?
- ¿Hay alimentos que no pruebas porque piensas que engordan?
- ¿Has hecho o haces algún tipo de dieta para adelgazar?
- ¿Haces dietas recomendadas por las revistas?
- ¿Haces alguna otra cosa para adelgazar?
- ¿Has tomado o tomas algún medicamento queriendo perder peso?
- ¿Te llevas bien con tu familia?
- ¿Prefieres comer solo o con tu familia?
- ¿Te enfadas con la familia si te presiona para que comas más?
- ¿La alimentación, la dieta, la figura o las prendas de vestir son causa de conflicto con tu familia?
- ¿Alguien en tu familia hace dieta?
- ¿Alguna de tus amigas hace dieta y tú la admiras por ello?
- ¿Alguna de tus amigas está excesivamente delgada y tú la admiras por ello?
- ¿Haces mucho ejercicio?
- ¿El ejercicio y deporte lo haces para divertirte, para ser deportista profesional, o lo haces para perder peso?
- ¿Duermes y descansas lo suficiente?
- ¿Te gusta cómo eres físicamente?
- ¿Te gusta cómo eres en general?
- ¿Crees que el aspecto físico es muy importante?
- ¿Te has visto gordo o desproporcionado en alguna ocasión?
- ¿Crees que tú puedes poner remedio a esta situación?
- ¿Eres muy exigente contigo mismo?
- ¿Tienes buenos amigos?

El médico de familia debe confirmar con preguntas indirectas si las pacientes tienen conductas de purga y no debe con preguntas directas que puedan ser inductoras.

Tratamiento farmacológico en la Bulimia nerviosa.

Introducción

La mayoría de los autores proponen, para la bulimia nerviosa, un abordaje terapéutico multidimensional donde se conjuguen la psicoterapia individual y grupal, las medidas dietéticas y la farmacoterapia. Desde su aparición la bulimia ha supuesto un reto para los profesionales, no sólo en sus aspectos clínicos y etiopatogénicos, también desde la perspectiva farmacológica.

Anticomociales

La primera observación fue suponer que el estado de descontrol de la conducta bulímica podría estar relacionada con alteraciones neurológicas primarias de tipo comicial. Se apreció, confirmando la hipótesis, que había un elevado número de pacientes bulímicas con leves alteraciones del EEG, por lo que se propuso el tratamiento de la bulimia con fenitoína y carbamacepina. Estudios posteriores probaron tanto la ineficacia de estos fármacos como el hecho de que la incidencia de anomalías del EEG en bulímicas era similar a la de la población normal. Sin embargo, posteriormente, la carbamacepina ha demostrado un papel en la reducción de algunas conductas asociadas al trastorno bulímico, especialmente en la impulsividad y los trastornos límite de la personalidad.

Anorexígenos

La hipótesis de que la bulimia se debía a un desequilibrio entre los sistemas facilitadores o inhibidores de la actividad hipotalámica, se sugirió el uso de fármacos frenadores del apetito, especialmente la anfetamina y la fenfluramina, que han demostrado ser parcialmente eficaces en algunos estudios, pero con importantes efectos secundarios: euforia, reducción de la sensación de la fatiga, hiperexcitabilidad, ansiedad e insomnio. La anfetamina y sus derivados no sólo no son recomendables tratamiento de la bulimia sino que comportan importantes riesgos. Las bulímicas no siempre reconocen tener un apetito excesivo y mucho menos que sea éste el que incite al atracón, y además es posible que el estado de hiperactividad sea la causa real de la disminución de los atracones. Estas razones desaconsejan seriamente la utilización de estos fármacos, especialmente en las bulímicas, donde la incidencia de trastornos de la personalidad y de conductas adictivas es alta.

Antagonistas opiáceos

La experimentación animal mostró que los llamados opiáceos endógenos, llamados así porque inducen sedación y analgesia, son segregados por la hipófisis y aumentan sus niveles en situaciones de estrés. También se observó que los antagonistas de los opioides disminuyen la ingesta. La hipótesis de que los opioides endógenos podrían estar implicados en la etiopatogenia de la bulimia (las bulímicas refieren episodios de ingesta voraz relacionados con el estrés y la ansiedad) suscitó la idea de que bloqueando estos receptores podría mejorar la bulimia. Los trabajos con naloxona y con naltrexona, dieron resultados parcialmente positivos pero no excesivamente esperanzadores, dado su riesgo de hepatotoxicidad.

Antidepresivos

De todos los tratamientos farmacológicos, los que se han mostrado más efectivos han sido incuestionablemente los antidepresivos. Numerosos y serios estudios a doble ciego avalan esta afirmación: estas sustancias reducen la conducta bulímica por la activación de los receptores serotoninérgicos postsinápticos a nivel central y periférico. La

estimulación central favorece la sensación de saciedad además de reducir la apetencia a la ingestión de carbohidratos. A nivel gastrointestinal, también aumenta la sensación de saciedad.

Se ha considerado que la efectividad de antidepresivos en la bulimia se debía a la vinculación de ésta con la depresión y con trastornos afectivos en los familiares de estas pacientes. Esta relación no está aún clarificada, pero sí lo está el efecto beneficioso de los antidepresivos en la bulimia, se puede concluir que dicho beneficio ni se reduce a un sola familia de antidepresivos ni parece claro que esté relacionado con la presencia de patología afectiva.

1. Antidepresivos Tricíclicos:

Hasta el momento se han publicado numerosos trabajos controlados con antidepresivos tricíclicos se ha observado que a corto plazo los antidepresivos tricíclicos se muestran efectivos en la reducción de atracones y vómitos, sin embargo faltan estudios a largo plazo. A pesar de todo la farmacoterapia por sí sola no es capaz de reducir totalmente la clínica; es posible que sea un factor modificador a corto o medio plazo, pero no a largo plazo aunque se mantenga el tratamiento.

Otro problema que presentan estos fármacos son los efectos secundarios, sobretudo los anticolinérgicos, la hipotensión, la sedación y el aumento de peso. Esto último es la principal causa de abandono del tratamiento.

2. Antidepresivos del grupo IMAO:

Se conoce la eficacia de los inhibidores de la monoaminoxidasa en el tratamiento de la bulimia. El problema radica no sólo en los efectos secundarios (inquietud, hipotensión, aumento ponderal), sino en sus interacciones con ciertos alimentos y fármacos. Entre las bulímicas no son infrecuentes las conductas de descontrol dietético y de abuso de sustancias, por lo que no se debe descartar la posibilidad de interacciones, con productos simpacomiméticos o con alimentos ricos en tiramina, provocando graves crisis hipertensivas. De todas formas la retirada de estos fármacos del mercado ha obviado estos problemas.

4. Los antidepresivos inhibidores de la recaptación de la serotonina (IRSS)

Son los fármacos de nueva generación con los que se han obtenido los mejores resultados hasta la actualidad. Han demostrado ser eficaces frente a placebo en todos los estudios controlados, con una baja incidencia de efectos secundarios y sin estar condicionados a un posible aumento ponderal, con además acción reductora del apetito.

Se han mostrado efectivos en la reducción de conductas y cogniciones relacionadas con la bulimia y incluida la apetencia por los hidratos de carbono. Su acción no está relacionada con la presencia de depresión y la reducción de las conductas patológicas es posible que se deba a una acción específica sobre cogniciones. El más frecuentemente utilizado es la fluoxetina aunque diferentes trabajos también hablan de la bondad de la fluvoxamina, paroxetina, sertralina y citalopram.

De más reciente aparición: la mirtazapina y la velafaxina han puesto de manifiesto su eficacia en el tratamiento de la bulimia asociada a la depresión.

Demostrada la efectividad de la mayoría de los antidepresivos (ADT, IMAOS, IRSS), se plantean tres cuestiones: la elección del fármaco, la dosis óptima y la duración del tratamiento. Es opinión generalizada que los IRSS pueden ser los más indicados, tanto por la ausencia de efectos secundarios como por no interferir en las dietas tal y como ocurre con los IMAOS. Es de consenso general que las dosis óptimas en el tratamiento de la bulimia son superiores a las utilizadas en la depresión, y similares a las de los trastornos obsesivo-compulsivos. Con respecto a la duración del tratamiento no hay de momento estudios que recomienden un período de tiempo concreto, aunque el acuerdo

general está en mantener el tratamiento más de seis meses y no plantearse una reducción de dosis antes del año.

Podemos concluir diciendo que el papel de la farmacoterapia con antidepresivos en el tratamiento de la bulimia nerviosa ocupa un importante lugar, sin embargo no es correcto suponer que la sola utilización de los fármacos pueden resolver el problema: el tratamiento correcto está en la asociación de psicoterapia y farmacoterapia.

Antimpulsivos

En la literatura de los dos últimos años se ha observado la aparición de diferentes artículos donde se muestra la efectividad de los llamados antimpulsivos en la bulimia nerviosa.

Se trata de fármacos inicialmente utilizados, a diferentes dosis y pautas, en la patología comicial. Además de mostrar eficacia en los trastornos bipolares se observó una reducción significativa de la impulsividad.

El antimpulsivo con más referencias bibliográficas en el control de la impulsividad y los trastornos de la alimentación es el topiramato.

Parece que las primeras observaciones fueron la significativa reducción de peso de pacientes obesas con el diagnóstico epilepsia o trastornos bipolares al tiempo se observaban una reducción de la ingesta descontrolada muy característica de algunas de estas pacientes.

Posteriormente aparecen trabajos en trastornos de la alimentación, específicamente en el trastorno por atracones, donde se pone de manifiesto que el topiramato es efectivo y bien tolerado en la reducción de las ingestas descontroladas.

Los primeros trabajos que utilizan topiramato en los trastornos de la alimentación lo hacen en pacientes con cuadros asociados de trastorno por atracones y obesidad, trastorno bipolar o epilepsia.

Sin embargo muy pronto se utiliza exclusivamente en la bulimia nerviosa, en trabajos a doble ciego se observa una reducción muy significativa de la frecuencia e intensidad de los atracones y las conductas de purga, reducción del peso en aquellas pacientes con medio-alto sobrepeso y la buena tolerancia del fármaco.

Otros anticomiciales también utilizados como eutimizantes y antimpulsivos parece que sean eficaces en la reducción de atracones y conductas de purga, sin embargo no está demostrada una eficacia superior al topiramato o una tolerancia mejor. Por el momento hay pocos trabajos que remarque las similitudes o diferencias entre los diferentes antimpulsivos, aunque la experiencia pone de manifiesto que posiblemente sea el topiramato el más eficaz, mejor tolerado y con la ventaja sobreañadida de la reducción del sobrepeso.

Bulimia nerviosa y trastorno del control de los impulsos

La impulsividad ha sido considerada como un rasgo de personalidad que hace referencia al control del pensamiento y la conducta. Se han establecido una amplia variedad de definiciones y medidas de la impulsividad que deben su origen a diferentes modelos teóricos.

Algunos autores han intentado unificar todas aquellas características comunes a todos los modelos buscando la integración en una teoría de la personalidad impulsiva.

Hay un acuerdo unánime al considerar que las personas impulsivas se caracterizan por:

Están orientados al presente inmediato en su evaluación temporal (lo cual indica que para los sujetos con alta impulsividad, los acontecimientos pasados y futuros parecen ser menos importantes que la satisfacción de las necesidades inmediatas).

El procesamiento de la información, de estos sujetos, parece ser más rápido desde el punto de vista subjetivo.

La percepción temporal parece estar alterada (la percepción subjetiva del paso del tiempo es más corta).

Podemos definir la bulimia nerviosa, más allá de los criterios DSM-IV o ICD-10, como pacientes que refieren experiencias negativas relacionadas con su cuerpo, que manifiestan conductas de pérdida de control de los impulsos con auto o heteroagresividad. Un alto porcentaje de ellas manifiestan fragilidad frente a las

adiciones y tienen tendencia a la depresión; son sugestionables, refieren traumas psíquicos en la infancia y han experimentado alteraciones disociativas.

La asociación de la bulimia nerviosa con los trastornos de la personalidad se da con frecuencia entre el 20% y el 75% dependiendo de los criterios y de los instrumentos de medida utilizados. Está por determinar si estos trastornos son la consecuencia de la propia evolución de la bulimia nerviosa o son previos. Si efectivamente son previos se deberán valorar como factores predisponentes y precipitantes. Es notable el esfuerzo para definir y delimitar la personalidad de las bulímicas. Los perfiles de personalidad, se caracterizan por un aumento en las escalas de depresión, desviación psicopática, psicastenia y esquizofrenia, indicando personalidades depresivas y ansiosas, impulsivas y hostiles, rebeldes y aisladas socialmente.

Es evidente la concomitancia de ambos trastornos y la influencia de los trastornos de la personalidad en la evolución de la bulimia. En muchas ocasiones no se puede plantear el tratamiento del trastorno alimentario sin abordar previamente el de personalidad. Esta comorbilidad obliga a que los protocolos epidemiológicos y los estudios clínicos incluyan el estudio y delimitación del trastorno de personalidad subyacente. De igual manera, la manifestación simultánea de más de un trastorno de personalidad tiene lugar con una frecuencia muy superior a la de la población general.

Los trastornos del grupo B, especialmente el trastorno límite e histriónico, se asocian frecuentemente con alteraciones de la conducta alimentaria y más específicamente con la bulimia. También es notable la similitud entre las conductas bulímicas y las adictivas, el modelo adictivo, sin duda, tiene puntos de convivencia con la bulimia.

Presentan las pacientes bulímicas conductas parecidas a las de los adictos, y de la misma manera que ellos pueden asociar más de una conducta potencialmente adictiva: tabaco, alcohol, fármacos y drogas. Se ha confirmado por diferentes estudios que del 30% al 47% de las bulímicas tienen problemas con el alcohol u otras drogas. Se sabe que hasta el 34% de las alcohólicas tienen conductas bulímicas.

La impulsividad, según se desprende de la mayor parte de los estudios, representa el nexo de unión entre la bulimia nerviosa y otras conductas que con frecuencia se asocian a ella: abuso de alcohol y drogas, conducta autolesiva y parasuicida, desinhibición sexual, robo y cleptomanía. La impulsividad, ya sea considerada como una dimensión independiente o incluida dentro de los conceptos de búsqueda de novedades o extroversión, es la diferencia que más a menudo se encuentra entre anoréxicas y bulímicas. Mientras que las pacientes anoréxicas tienden a mostrar gran autocontrol y otros rasgos obsesivos (orden, rigidez, meticulosidad, perfeccionismo), las bulímicas acostumbran a tomar decisiones rápidas, actuando de manera impredecible, poco meditada y, en definitiva, poco controlada.

La presencia de bulimia nerviosa y al menos uno de los comportamientos anteriores constituye, según algunos autores, un subgrupo diferenciado que se ha denominado bulimia multiimpulsiva. Su existencia como un subgrupo independiente, no obstante, no ha sido confirmada.

La bulimia y la impulsividad tienen puntos en común que hacen pensar que comparten de alguna manera nexos en las cadenas etiopatogénicas. La pérdida de control sobre la ingesta, las conductas de purga, el abuso de sustancias, la cleptomanía y la agresividad pueden definir conductas de pacientes bulímicas y podrían asimismo perfilar conductas de pérdida de control de los impulsos.

De esta manera podemos observar que en una muestra del Hospital de Bellvitge se aprecia que: el 27% abusaban repetidamente del alcohol, el 24.8% lo hacían con las drogas, cometían robos el 34.8% y padecían cleptomanía el 24.3%. habían presentado autolesiones el 24.3%, ideación suicida el 49.1% y algún intento de suicidio el 40.5%.

Se delimita así ñla llamada bulimia multimpulsiva que se caracteriza por:

1. Ideación suicida

2. Autolesiones
3. Robos
4. Abuso severo y/o dependencia del alcohol
5. Abuso severo y/o dependencia de drogas
6. Descontrol y promiscuidad sexual

Cuando se manifiestan tres o más de estas conductas se considera que esta paciente es una bulimia multimpulsiva.

Tratamiento de la Bulimia nerviosa Multimpulsiva.

El abordaje terapéutico de la bulimia nerviosa multimpulsiva es largo, complejo y poco satisfactorio.

Desde el punto de vista de las intervenciones psicológicas podríamos decir que se basa en las características de la impulsividad, si la presencia de trastornos de la personalidad es el cuadro comórbido más relevante está indicada la psicoterapia de orientación dinámica e incluso se han utilizado pisos protegidos para este tipo de pacientes.

La adicción o el abuso de sustancia requiere que en los equipos multidisciplinario de las unidades de tratamiento se cuente con terapeutas expertos en estas patologías e igual ocurre en el caso de la patología afectiva y las conductas de autoagresión.

El abordaje farmacológico sufre en estos momentos la desventaja de que hay pocos fármacos que pueden ser útiles en estas patologías.

Históricamente debemos remitirnos a la carbamacepina, que aunque poco útil en la bulimia nerviosa se mostró eficaz en los trastornos de la personalidad, asociados o no a los trastornos de la alimentación.

En la impulsividad hay abundantes referencias bibliográficas, como ya hemos anotado, que implican las vías serotoninérgicas en la etiopatogenia del descontrol de los impulsos. Hay abundantes trabajos con la utilización de la fluoxetina en estas patologías, también asociadas o no a la bulimia nerviosa.

De más reciente aparición están los antimpulsivos, especialmente el topiramato del que si hay estudios abiertos en nuestro país don se muestra la bondad del fármaco en estas patologías. Los resultados más sobresalientes del topiramato en los cuadros de poco control de los impulsos que presenta la bulimia nerviosa son: una franca reducción de la clínica bulímica, notable reducción de la impulsividad que se refleja en diferentes cuestionarios, mejora del estado de ánimo y reducción de peso.

Del mismo modo hay estudios abiertos donde se aprecia que la utilización del topiramato es eficaz en los cuadros donde el trastorno de la personalidad es agente comórbido que contamina el cuadro bulímico.

Aunque no hay consenso parece que las dosis de 100mg/día a 300mg/día son las más eficaces. La seguridad del fármaco es notable y la ausencia de efectos secundarios hacen del una buena aportación terapéutica.

3. HOSPITALES DE DIA PARA LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

Vicente J. Turón Gil

1. INTRODUCCIÓN

Los trastornos de la conducta alimentaria (T.C.A.) son de las patologías más emergentes en las últimas décadas en nuestra sociedad, están especialmente vinculadas a los factores socio-culturales que priman en el estilo de vida occidental y que causan un gran sufrimiento para la población, no solo a los pacientes, también a la familia y su entorno.

Los T.C.A. son un modelo de enfermedad característico, donde están implicados los aspectos sociales y culturales, el reflejo de un estilo de vida, y todo ello afectado a los procesos fisiológicos y al funcionamiento mental, en un proceso que tiende a cronificarse y que para su tratamiento se debe involucrar el entorno social.

Las dificultades de comprensión y la gravedad de estas enfermedades, han provocado desde un principio gran alarma social, tanto por el aumento progresivo

de la incidencia, que ha puesto de manifiesto la carencia de dispositivos eficaces para el tratamiento, como la dificultad y la complejidad de los tratamientos y la, hoy por hoy, insatisfactoria tasa de buenos resultados.

Los TCA no han sido, por lo menos hasta el momento, una patología que haya recibido una buena atención de las estructuras sanitarias, ni los gestores de la sanidad ni los profesionales responsables directos de la asistencia se han mostrado receptivos a la cada vez mayor incidencia de la anorexia y bulimia nerviosas (A.N. y B.N.). Es cierto que hay una falta de recursos asistenciales en salud mental, pero los TCA, que participan de las penurias presupuestarias de los trastornos mentales son, en muchas ocasiones, excluidos de esta red asistencial. Los pacientes no reciben en una mayoría de los casos los tratamientos recomendados por las guías de buena praxis.

Son patologías multideterminadas con severas complicaciones físicas, un muy importante sufrimiento psíquico y severas alteraciones conductuales. Para su tratamiento correcto se requieren equipos multidisciplinarios: psiquiatras, psicólogos, dietetistas, y especialmente enfermería, en espacios específicos o por lo menos con programas específicos.

La hospitalización parcial permite mantener, sin romperse el nexo de unión entre el entorno y las pacientes. Naturalmente lo dicho no invalida la necesidad de disponer de camas de hospitalización completa para los casos en los que la parcial no sea suficiente así como un eficaz dispositivo asistencial ambulatorio.

II. HOSPITALES DE DIA PARA LOS T.C.A.

El primer Hospital de Día para pacientes psiquiátricos fue fundado en 1937 por Dzhagarov (Zipfel y cols 2002) y hasta 1989 no aparecen las primeras descripciones de Hospitales de Día para Trastornos de la Alimentación por Piran (Piran y cols 1989) y el equipo de Toronto.

El término Hospital de Día (H.D.) se refiere a un modelo de tratamiento en hospitalización parcial que provee de servicios terapéuticos y de hospedería durante 8-12 horas al día y durante tres a cinco días por semana. (Rosie 1987)

Generalmente los H.D. están incluidos en unidades propias y específicas de tratamiento de los T.C.A. o en Servicios Psiquiátricos con hospitalización completa. Cuestan con dispositivos comunes y programas propios con unos objetivos comunes (Herz 1989).

Hay que considerar que del 30% al 50% de los pacientes ingresados en hospitalización completa podrían derivarse a H.D. con la consiguiente reducción de costes. (Pike 1998).

Al mismo tiempo la prolongación en el H.D. de los mismos programas terapéuticos que en hospitalización completa permite huir de la dicotomía "paciente ingresado", "paciente ambulatorio" para crear un continuum entre la hospitalización, el H.D. y el tratamiento ambulatorio. (Zipfel y cols 2002)

Podemos definir el H.D. para los T.C.A. como un servicio ambulatorio, apoyado en un dispositivo hospitalario, dentro de un ambiente terapéutico estable, que provee de tratamientos continuados, más intensivos y estructurados que el ambulatorio normal, donde se aplican especialmente programas de control y normalización biológica; recuperación ponderal y monitorización de la dieta así como programas estructurados de intervención psicoterápica. A lo largo del día se conforma un programa de intervenciones psicológicas, de recomendaciones conductuales, de controles y de monitorizaciones que hacen que este programa sea más intensivo y más eficaz que las simples consultas externas.

III. VENTAJAS DE LOS HOSPITALES DE DIA

En los últimos años los H.D. se han manifestado como la mejor alternativa a las hospitalizaciones completas, liberan camas hospitalarias y se adecuan mejor a la dinámica de la enfermedad. El tratamiento ambulatorio se libera de la presión de pacientes que no mejoran en ese marco y que sin grandes dificultades pueden pasar al H.D. mejorando así de forma muy sensible el pronóstico.

El H. D. puede y debe ser el eje que coordina todos los esfuerzos asistenciales con una mayor eficacia. Se concentra en él una gran capacidad asistencial al poder integrar diferentes modelos de intervención.

El H.D. permite una mejor y mayor disponibilidad de los recursos ya que todos los miembros participan y trabajan en las mismas patologías con una multiplicidad de metas tales como la información, el tratamiento, la prevención y la investigación. Otro aspecto no de menor importancia está en las ventajas financieras, la reducción de costes; en el H.D. se puede tratar a un mayor número de pacientes que en hospitalización completa, pudiendo reducir de forma notable el número de ingresos completos. Se reducen los gastos, se liberan camas hospitalarias y se aumenta el número de pacientes tratados. Los programas de H.D. son la solución para reducir los costes, estos suponen el 20% o el 30% de lo que cuesta la hospitalización completa. El Programa de Hospital de Día para T.C.A. del Hospital Toronto se estima que cuesta 804 \$ por paciente a la semana mientras que en hospitalización completa el coste es de 3722 \$ por paciente a la semana. (Kaplan y Olmsted 1997) Al mismo tiempo no se pierde la relación del paciente con su entorno: familia, amigos estudios, aunque pase la mayor parte del día en el H.D. el volver cada día a su domicilio y disponer del fin de semana le permite no romper con su vida habitual. La familia en el tratamiento de H.D. participa en mayor medida de las medidas terapéuticas fundamentando así el compromiso y la colaboración en el tratamiento.

Pero no todo han de ser ventajas, también hay inconvenientes, libertad de que goza el paciente puede interferir el proceso terapéutico, hay menor control mas posibilidades de que el paciente flaquee. La motivación, especialmente en los primeros días del tratamiento, es mas necesaria en H.D. que en hospitalización, es mayor el riesgo de abandono y se precisa de mayor colaboración por el entorno del paciente.

IV. OBJETIVOS DE HOSPITAL DE DIA

Antes de plantearnos las funciones del Hospital de Día para los T.C.A. convendría marcar los objetivos generales de tratamiento a lo que deben adecuarse los dispositivos asistenciales. En el caso de la A.N. serían:

- Normalización biológica. Es el primer objetivo del tratamiento, se deben corregir las desviaciones provocadas por la malnutrición y las conductas de purga, especialmente las alteraciones neuroendocrinas, cardiocirculatorias, electrolíticas y digestivas.
- Recuperación ponderal. Al mismo tiempo que se normalizan las constantes biológicas se procurará la recuperación ponderal, este es un objetivo fundamental y condición "sine quanon" para llevar a buen término el tratamiento.
- Reestructuración cognitiva. Los programas psicoterápicos tienen como primer objetivo la reestructuración y normalización de los pensamientos alterados relativos a dieta, figura o peso.
- Restauración de las relaciones familiares. Otro objetivo fundamental es la reorganización de la dinámica familiar, eliminando tanto los conflictos que indujeron la enfermedad como aquellos que la propia enfermedad genera en la familia.
- Colaboración familiar. Se debe buscar la colaboración de la familia y trasformarla en un eficaz instrumento de co-terapia son algunos de los objetivos en el tratamiento de los T.C.A.
- Reestructuración y adecuación de las relaciones interpersonales. La paciente a través del tratamiento deberá iniciar un proceso de maduración que la enfermedad ha podido detener o en todo caso reestructurar sus relaciones interpersonales que la enfermedad ha deteriorado.

Para la bulimia nerviosa los objetivos son:

- Normalización biológica. La recuperación física con estabilización del peso, rehidratación y normalización electrolítica y corrección de algunas anomalías físicas especialmente la normalización electrolítica alterada por los vómitos y

laxantes, el reflujo esofágico consecuencia de los esfuerzos para vomitar, también la erosión de la mucosa digestiva, la dilatación gástrica y la inflamación parotídea.

- Restablecer las pautas nutricionales normales. La paciente bulímica suele presentar una dieta anárquica con periodos de restricción alimentaria seguida de otros con atracones y purgas. El primer objetivo es pues establecer una dieta normal y una secuencia de alimentación normalizada.
- Tratar la comorbilidad asociada: Abuso de fármacos y sustancias, depresión, trastornos del control de los impulsos y alteraciones de conducta asociadas a los trastornos de la personalidad.
- Normalización del estado mental, regulando el estado de ánimo, corrigiendo el estilo cognitivo y reestructurando pensamientos y emociones vinculadas a la figura y la dieta.
- Posteriormente habría que restablecer unas relaciones familiares más adecuadas, con mayor participación, mejor comunicación, con pautas normalizadas, huyendo de los sentimientos de fracaso.
- Por último, corregir las pautas de interacción social alterada, aceptando el trastorno, afrontando los fracasos, aceptando la responsabilidad, venciendo los sentimientos de impotencia y huyendo de los marcos sociales degradados.

V. Criterios de inclusión para el tratamiento en H.D.

1. Recuperación del peso. Pérdidas ponderales superiores al 20% sin complicación física severa.

El H.D. es un entorno idóneo para buscar una rápida y efectiva recuperación ponderal, al monitorizar las comidas no solo se garantiza la recuperación, se interviene psicológica y conductualmente en el justo momento de la comida, se revierten así cogniciones erróneas, se autolimitan los mecanismos fóbicos y se controlan las conductas evitativas de la alimentación.

2. Pérdidas de peso no inferiores al 20% con complicación física no severa.

En algunos casos la indicación de H.D. no esta ligada a una importante pérdida ponderal, lo esta por asociarse a una complicación médica o a la comorbilidad, siendo estas situaciones médicas de medio-bajo riesgo. Es el caso habitual de la diabetes asociada a los T.C.A., la necesidad de establecer una dieta regular, su control y seguimiento aconsejan el tratamiento en H.D. aunque la paciente tenga un peso con pérdidas inferiores al 20%. Igual ocurre con las complicaciones hematológicas: ferropenias, pancitopenias etc. o con las digestivas: estreñimiento, malabsorción o etc., electrolíticas o endocrinológicas. En muchos de estos casos el H.D. cumple un papel preventivo, la rápida, o por lo menos mas rápida que en consulta ambulatoria, recuperación de la paciente previene de complicaciones físicas mas severas.

3. Riesgo medio-bajo de suicidabilidad

Las pacientes T.C.A. presentan unos estados afectivos alterados, algunas de ellas con una alta impulsividad, en el H.D. se pueden controlar situaciones de riesgo medio-bajo de autoagresiones y suicidabilidad. Es estos casos hay que ser muy cauto y prudentes, ante la mas mínima sospecha de que el riesgo es mediano o alto es aconsejable la hospitalización completa.

4. Control del riesgo de las conductas de purga de intensidad y gravedad media.

El H.D. puede revertir o reducir aquellas conducta de purga que supongan un riesgo medio a las pacientes, el hecho de estar en el H.D. muchas horas y especialmente a las de las comidas evita la mayor parte del día, pues está la comida controlada, los episodios de polifagia y purga que puedan entrañar riesgo a las pacientes. Cuantificar el dintel a partir del cual las conductas de atracón y purga a sí como los periodos de dieta restrictiva son subsidiarios de H.D. es difícil y sin duda los casos deben ser estudiados individualmente.

5. Fracaso del tratamiento en el ámbito ambulatorio

Sin ninguna duda al tratarse de un peldaño superior de intervención cuando la paciente ha fracasado en el tratamiento ambulatorio está indicado el ingreso en H.D. siempre y cuando se haya evaluado el caso, el tratamiento prescrito en el

ambulatorio sea el correcto y el fracaso terapéutico sea atribuible únicamente a la severidad de los síntomas. Es cierto sin embargo que a los H.D. llegan pacientes que han fracasado en tratamiento ambulatorio por razón de que este era incompleto, ineficaz o inadecuado, estos casos el H.D. suple carencias aunque no es lo mas correcto ya que las pacientes al salir del H.D. y volver a las áreas ambulatorias encontrará las mismas dificultades. De ahí que sean recomendables las Unidades Específicas de Tratamiento de los T.C.A. con atención en las tres áreas: hospitalización, H.D. y consulta ambulatoria.

6. Atención a las crisis familiares. No es infrecuente que esta patología ponga en crisis la estabilidad familiar, la convivencia se hace difícil. La actitud de la paciente, refractaria al tratamiento, la dificultad de los padres en poner en marcha las medidas de control recomendadas en el tratamiento ambulatorio o el fracaso de este tratamiento hacen que este recomendado el H.D. y allí se normalice el estado físico y reciba tratamiento psicológico.

Este alejamiento de un núcleo familiar conflictivo es positivo y permitirá además tratar a la familia: educándola, comprometiéndola en el tratamiento y haciendo de ellos eficaces co-terapeutas.

VI. Criterios de exclusión para el tratamiento en H.D.

- Cuando hay riesgo físico severo y la paciente no responde al tratamiento psicológico está indicada la hospitalización completa. Este riesgo físico se puede resumir de la manera siguiente:
 - Peso extremadamente bajo, inferior al 25%-30% de que correspondería.
 - Complicaciones de la malnutrición que requieran hospitalización en áreas médicas o quirúrgicas o en unidades de psiquiatría de hospital general a cargo de los diferentes servicios implicados.
 - Psicopatología secundaria o asociada que requiera el tratamiento en unidades de psiquiatría. Especialmente los trastornos afectivos y los estados de perplejidad, inhibición, oposicionismo y negativismo que se pueden dar en la malnutrición severa. Es inusual pero en algunas, pocas, ocasiones se puede presentar clínica psicótica asociada a los T.C.A., la muy severa emanciación y los desequilibrios electrolíticos pueden inducir la presencia de trastornos psicóticos orgánicos en pacientes con T.C.A. pero es mucho mas frecuente la existencia de trastornos de la alimentación: Rechazo a los alimentos, ingestión de sustancias no nutritivas, anorexia, atracones, etc. que obedecen a, y son la respuesta, las ideas delirantes o alucinaciones de pacientes psicóticos. (Serrallonga y Pifarré 1997). Tanto en el primer supuesto como en el segundo no es el H.D. el marco adecuado para, primero, el diagnóstico y tras este el tratamiento.
 - Tentativas de suicidio graves y alto riesgo de suicidabilidad. Algunas pacientes anoréxicas pueden tener un alto riesgo de suicidabilidad como una forma de huida por el sufrimiento psicológico que supone el rechazo a subir de peso, la presión del entorno para que se recupere y su propia ambivalencia entre lo que sabe que le conviene y las conductas restrictivas o purgativas a las que se ve empujada. La asociación mas que casual entre la bulimia nerviosa y la depresión hace que las conductas autolíticas ocupen el primer lugar como causa de muerte en la B.N., es pues fundamental establecer pautas de prevención del suicidio por lo que el H.D. no es el lugar adecuado cuando estas son de medio o alto riesgo.
Muchas pacientes verbalizan amenazas suicidas o presentan conductas de riesgo en un claro intento de manipular la situación, su situación, frente al tratamiento y la hospitalización, que con sus amenazas pretenden retrasar o evitar. Se deberá analizar cada caso intentando huir del chantaje o la manipulación. Un aspecto importante es la ayuda que se debe ofrecer en estos casos a la familia bloqueada ante los chantajes emocionales.

- Situación social o familiar que impida que la paciente se trate en el H.D., si la crisis familiar es muy severa, ni esta no aporta aspectos positivos al tratamiento, si el pronóstico de la paciente puede empeorar por tener que volver cada día con la familia, el H.D. no es el adecuado. Tampoco lo será cuando la paciente carezca de hogar o este no aporte un mínimo de control.
- Cuando la paciente resida lejos del H.D. este no será un buen instrumento terapéutico dada la imposibilidad para trasladarse a él con comodidad y asiduidad. Cuando se decide cual es la distancia mínima recomendable se debe calcular no tanto esta distancia como el tiempo para trasladarse en función de los medios de transporte o las vías de comunicación. En ocasiones las familias se comprometen a llevar y traer a la paciente a pesar de las distancias pero en demasiadas ocasiones la voluntad decae y se impone la distancia, fracasando así el tratamiento por una mala recomendación del H.D.
- Fracaso del tratamiento ambulatorio. Insistir en un modelo de tratamiento cuando este ha fracasado repetidamente no es la solución, se puede obtener lo contrario de lo que se pretende, cronificando el cuadro. Si el tratamiento ambulatorio ha sido planteado correctamente o si la paciente ha recibido un número de intervenciones adecuado pero no mejora, y el fracaso no es atribuible al programa o a su aplicación estará recomendado el H.D. Antes de tomar la decisión del ingreso en H.D., se debe evaluar el caso y reconocerá aquellos aspectos de la patología que han hecho fracasar el tratamiento ambulatorio para ser los primeros en ser abordados en H.D.

Cuando la paciente ha fracasado en los tres niveles de tratamiento repetidamente y en una misma unidad es recomendable, de ser posible, cabría la posibilidad de que cambiara de centro hospitalario o unidad de tratamiento de los T.C.A.

- Problemas con la dieta. En los H.D. las intervenciones suelen ser grupales así como las actividades de comedor, es cada vez mas frecuente que pacientes subsidiarias de tratamiento en H.D. aleguen la necesidad, por motivos médicos, religiosos o filosóficos, una dieta especial. Los pacientes diabéticas, vegetarianas, o musulmanes plantean situaciones difíciles de manejar en H.D. en algunos casos el rechazo dietético no es mas que una extensión de los síntomas anoréxicos, pero en otros, especialmente los religiosos, la fundamentación es previa a la enfermedad. Son casos que requieren un análisis por paciente, y tal vez no sea el H.D. el marco adecuado para que una paciente que haga dietas diferentes y que en los grupos de alimentación: psicoeducativos de dieta, de autoregistros, cognitivos relativos a dieta y peso precise intervenciones individuales y radicalmente diferentes a lo que se expone en grupo. La mejor política es el tratamiento en hospitalización y de ser preciso el H.D. adecuar las intervenciones, de forma individualizada si es preciso, y posiblemente la reducción de horario. La dieta diferente no ha de ser un motivo de singularización de la paciente y entorpecimiento del proceso terapéutico pero mucho menos causa de conflictos con el resto de pacientes.

VII. Programas terapéuticos en los Hospitales de Día para los T.C.A

La mayoría de los hospitales de día referenciados en la literatura tienen unos programas terapéuticos comunes, las intervenciones son grupales, cinco idas por semana con una jornada de 6 a 8 horas. Durante ese tiempo se intercalan las diferentes actividades del grupo de pacientes, siendo el número de estos variable y en función del equipo y espacio.

Expondremos a continuación las características de tres H.D.: el primer programa de tratamiento en H.D. para los T.C.A. que se cita en la literatura es el Programa del hospital de día del Hospital General de Toronto (Piran y cols 1989 y Piran y Kaplan

1990), creado en 1985 , con doce plazas, como alternativa eficaz y económica a las seis camas de hospitalización. El equipo formado por psiquiatras, psicólogos, dietetistas, trabajadores sociales y secretaría. Las intervenciones son bajo el modelo bio-psico-social, las intervenciones son grupales de diferentes orientaciones: psicoeducativos, cognitivo-conductuales, psicodinámicos, interpersonales y de terapia familiar. La duración del programa es en la actualidad de 7 a 8 semanas, de martes a viernes.

Los diferentes grupos terapéuticos de este H.D. son:

Grupo de Comida	Grupo de revisión y crítica	Grupo de cocina
Grupo educacional	Grupo nutricional	Grupo de control
Asambleas	Grupo planes fin semana	Grupo de ejercicio
Grupo imagen corporal	Grupo relacional	Grupo resumen fin semana

El reparto de la jornada es como sigue

Mañana

G. Menús	T. G. Imagen corporal	T.G.imagen corporal
Tiempo libre	T.G.Familia	T.G. Imagen corporal
Asamblea	Tiempo libre	G. Escuela cocina

COMIDA

Tarde

G. Psicoeducativo	G. Educación Sexual	T.G. Asertividad
Tiempo libre	Tiempo libre	T.G. Nutricional
G. Snacks	T.G.Interpersonal	T.G. Alta
G. Ocio	Tiempo libre	T.G. Educación actitudes

CENA

Piran y Kaplan 1990

Otro H.D., este europeo, del que hay referencias en la literatura es el Centro de Tratamiento de los Trastornos de la Alimentación del Instituto Max Planck de Munich (Gerlinghoff1998). Inicio sus tareas en 1989, el tratamiento en el H.D. es de 16 semanas, siete días por semana de 8 a 17 horas para 24 pacientes. El equipo está compuesto por médico, psiquiatras, psicólogos, dietetistas y enfermeras, y a jornada parcial terapeutas por la danza y el arte.

El tratamiento aborda, los aspectos bio-psico-sociales exclusivamente en grupo, la autoayuda ocupa un lugar importante: los pacientes mas expertos ayudan a los nuevos ingreso y como característica diferencia destaca la existencia de pisos protegidos con diez plazas dedicadas a las pacientes sin hogar, este es inseguro o las relaciones familiares están en crisis. En nuestro país se ha iniciado recientemente una experiencia de pisos asistidos dentro de un programa global de hospitalización, hospital de día y tratamiento ambulatorio.

El programa de tratamiento incluye los grupos:

- Grupos de alimentación
- Grupo de asesoramiento
- Grupo de imagen corporal
- Grupo para autorregistros
- Grupo de familias
- Grupo de habilidades sociales
- Grupo de Terapia por el Arte
- Grupo de relajación

Grupo para los residentes de pisos asistidos.

Por último exponemos el programa de tratamiento de la unidad de T.C.A. del Hospital de Bellvitge.

El H.D. del Hospital de Bellvitge se inauguró hace 9 años, con 12 plazas y un horario en un principio d 9.30 a 15 horas, tres días por semana y progresivamente se amplió el horario y los programas hasta la actualidad en que el horario es de 9 a 17 horas de lunes a viernes. Las intervenciones son básicamente grupales, el modelo psicológico es el cognitivo-conductual y la estancia media es de 4-5 meses.

En el H.D. del H. de Bellvitge se aplican técnicas para corregir y mejorar la recuperación ponderal, asesoramiento dietético y nutricional, técnicas para monitorizar las comidas a través de autorregistros, técnicas de control de estímulos con prevención de respuesta, reestructuración cognitiva y resolución de problemas. También programas de prevención de recaídas, de habilidades sociales, tratamiento de la imagen corporal a través de la video-confrontación, terapia psicomotora, expresión corporal y técnicas de relajación.

Tiene como objetivos básicos:

Objetivos del hospital de día:

- Recuperación ponderal
- Psicoeducación alimentaria
- Mejora de la autoestima
- Reestructuración cognitiva
- Resolución de problemas
- Mejora de habilidades sociales
- Prevención de recaídas
- Mejor expresión de los sentimientos

VIII. Programas del H.D. de H. de Bellvitge.

* Programa de monitorización de comidas

Es fundamental la monitorización de las comidas tanto por lo que respecta al control de la dieta como la atención emocional y afectiva de las pacientes en el trance de comer.

Es fundamental la formación de los monitores, los monitores regulan, atienden y aconsejan y supervisan y controlan las comidas. El papel y responsabilidad de los monitores se puede resumir en los siguientes puntos:

- Capacidad para resolver problemas de manera individual
 - Capacidad para ser asertivos
 - Capacidad para demostrar a los pacientes que son capaces de controlar las situaciones sin ser rígidos y sin desautorizar a los demás compañeros del equipo
- Tienen que ser capaces de generar animación y estimular después de las comidas manteniendo una relación positiva dejando claro el papel de cada miembro del equipo, sabiendo reconducir las conversaciones y manteniendo una línea de actuación homogénea.*

* Programa de Reestructuración Cognitiva.

En estos grupos se pretende identificar los pensamientos distorsionados e irracionales para objetivarlos y poder modificarlos. Otra tarea fundamental es la reestructuración de dichos pensamientos por parte de la paciente a través del feedback del resto del grupo con intervenciones específicas sobre dieta, peso, figura y autoestima.

Es muy importante la exposición y reconocimiento de situaciones o estímulos aversivos, desencadenantes de pensamientos distorsionados así como saber identificar aquellos pensamientos y actitudes que son mantenedores de la enfermedad.

Hay que potenciar de las pacientes para conseguir el buen aprovechamiento del grupo y conducirla hacia la mejoría. Analizar para mejorar la autoestima fomentar una actitud sana hacia la alimentación.

* Programa de Ergoterapia.

Es una forma y manera de profundizar en los aspectos personales e individuales de las pacientes. Se trata de que expresen sentimientos y emociones a través de la expresión artística. Tiene también como objetivo que se proyecten constructos del paciente de difícil interpretación para reconocerlos, desdramatizarlos y reconducirlos.

La actividad plástica es alegre, relajada y favorece el grupo mejorando la comunicación.

* Programa de Habilidades Sociales.

Se aplican técnicas de habilidades sociales dirigidas hacia la adquisición de actitudes y conductas que permitan interacciones interpersonales satisfactorias. Ello implica:

- Controlar los componentes conductuales en una secuencia correcta, de manera coordinada y con resultado satisfactorio.
- Capacidad para mostrar estas habilidades, de manera espontánea y no automática, en situaciones que previamente se habían manifestado como interfirientes o bloqueadoras.

Programa para el grupo temático

En estos grupos se abordan temas o situaciones comunes y corrientes en para las pacientes.

El grupo elige un tema a desarrollar por una o varias de las integrantes de dicho grupo, se elabora de forma escrita y se expone oralmente fomentando las intervenciones del grupo para abordar especialmente los aspectos resolutivos del tema elegido. Se fomenta así la identificación de problemas, su mejor resolución a través de la reestructuración cognitiva.

* Programa de Relajación.

Se aplica la técnica de relajación de Jacobson, se pretende contrarrestar la ansiedad y alarma frente a ciertos estímulos o frente al estrés físico o emocional. Se aprende a controlar las respuestas excesivamente emocionales, buscar un estado de relajación que desbloquee ciertas conductas aprendidas y sanas.

Programa de Imagen corporal

A través de técnicas tales como: videofeedback, espejos, marcados de silueta y terapia psicomotora de expresión corporal se busca que las pacientes adquieran una experiencia corporal sana, que acepten su imagen y la de los demás, objetivándola y valorando el concepto de normalidad. Ayudarlas a tener un concepto claro y realista del trastorno, de su cuerpo y valorar el cambio hacia la mejoría.

Programa de control médico y psiquiátrico.

Una parte importante de las tareas y responsabilidades en un H.D. es la supervisión, control y seguimiento de la evolución biológica, la comorbilidad y la psicopatología.

Bibliografía:

* Dalle, R.; Ricca, V. Y Todesco, T.: The Stepped Care Approach in anorexia nervosa and Bulimia Nervosa: Progress and Problems. *Eat. Weight Disords.* (2001), 6 (2), 91-89.

* Davis, C.; Claridge, G. Y Cerullo, D.: Personality Factors and Weight Preoccupation: a Continuum Approach to the Association Between Eating Disorders and Personality Disorders. *J. Psychiatr. Res.* (1997), vol 31, 4, 467-480. *

Gerlinghoff, M.; Backmund, H. Y Franzen, U.: Evaluation of day treatment program for eating disorders. *European eating Disorders review*, 6, 96-106. 1998

* Herz, MI.: Partial hospitalization, brief hospitalization and aftercare. In Kaplan, H.; Freedman, AM y Sado, BJ. (Eds). *Comprehensive textbook of psychiatry.* (vol. III, pag. 236-238) Baltimore. Williams y Wikes. 1989.

Howard, WT.; Evans, KK.; Quintero, CV. y cols.: Predictors of success or failure of transition to day hospital treatment for inpatients with anorexia nervosa. *Am. J. of Psychiatr.* 156, 1697-1702.1999.

Kaplan; AS. Y Olmsted, MP.: Partial hospitalization. In Garner, DM. Y Garfinkel, PE.: *Handbook of treatment for eating disorders.* Guilford Press. New York 1997

Piran, N. Y Kaplan, A.: A day hospital group treatment program for anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Brunner- Mazel.* 1990.

Piran, N.; Kaplan, A.; Kerr, A. Y cols.: A day hospital program for anorexia nervosa and bulimia. *Int. J. of Eating Disorders.* 8, 511-521.1989.

- Pike, KM. : Long-term course in anorexia nervosa: Response, relapse, remission, and recovery. *Clinical Psychology Rev.* 18 (4). 447-475. 1998.
- Rosie, JS.: Partial hospitalization: A review of recent literature. *Hospital and Community Psychiatr.* 38, 1291-1299. 1987.
- * Rodriguez, T. y Beato, L.: Factores relacionados con la imagen corporal. Un estudio longitudinal. (2002). *Psiquiatria. Com. Psiquiatria Noticias*, 4 (3).
- * Khan, Y. Y Montgomery, A.: Eating attitudes in young females with diabetes: Insulin omission identifies a vulnerable subgroup. *Brit. J. Med. Psychol.* (1996), 69,343-353.
- * Waller, E.; Wadw, A.; Treasure, J.; Leonard, T. y Powell-Tuck, J.: Physical measures of recovery from anorexia nervosa during hospitalised re-feeding. *Europ. J. Clin. Nutrition.* (1996), 50,165-170.
- * White, J. Y Litovitz, G.: A Comparison of Inpatient and Outpatient Women with Eating Disorders. *Arch. of Psychiatr. Nursing.* (1998). Vol XII, 4, 181-194.
- * Wilson, G.; Loeb, K. Y Vitousek, K.: Stepped Care Treatment for Eating Disorders. *J of Consulting and Cli. Psychol.* (2000), Vol 68, 4, 564-572.
- * Allison, S.: The management of Malnutrition in Hospital. *Proceedings of the Nutrition Society* (1996). 55,855-862.
- * Tournemire, R. Y Alvin, P.: Anorexie mentale et dénutrition grave: comment assurer la prise en charge nutritionnelle en milieu pédiatrique. *Arch. Pédiatric* (2002), 9, 429-433.
- Wals, J.; Wheat, M.; Freund, K.: Detection, Evaluation and Treatment of Eating Disorders. *J. Gen. Intern. Med.* (2000), 15, 577-590.
- *

BIBLIOGRAFIA

- * Andersen, A. E.: Hospital treatment of anorexia nervosa, in treatment of Psychiatric disorders: A task force report of the American Psychiatric Association, vol 1 Washington ,DC.APA.1989
- * Beumont, P.; Al-Alami, M. y Touyz, S.: Relevance of a tandard measurement of undernutrition to the diagnosis of anorexia nervosa: use of Quetelet'sBody Mass Index(BMI). *Int. J. of Eating Disorders.* 7, 399-405. 1988.
- * Beumont, P. J.; Rusell, J. D. y Touyz, S. W.: Treatment of anorexia nervosa. *The Lancet*, 341, 1993.
- * Boris, H.: On the teatment of anorexia nervosa. *Inter. J. of Psychoanalysis.* 65, 435-442, 1984.
- * Garner DM y Bemis KM. Cognitive therapy for anorexia nervosa. En Garner y Garfinkel edit.: *Handbook of psychotherapy for anorexia nervosa and bulimia*.pp 107-146. New York ,Guilford Press 1984.
- * Gold, E.: Nursing, en Piran, N. y Kaplan, A. (dirs).: *A Day Hospital Group treatment Program for Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa.* Brunnel/Mazel, Nueva York 1990
- * Herzog, D.B.; Brotman, A. y Hamburg, P.: Psychotherapy: An affirmative view. *Inter. J. of Eat.Dis*, 6, 545-550. 1987
- * Kaye, W. H.; Gwirstsman, H. E.; Obarzanek, E. y George, D. T.:Relative importance of calorie intake needed to gain weihgt and level of physical activity in anorexia nervosa. *Am. J. Clin. Nutr.* 47, 989-994.1988.
- * Kerr, A. G. : Occupational Therapy, en Piran, N. y Kaplan,A. (dirs).: *A Day Hospital Group treatment Program for Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa.* Brunnel/Mazel Nueva York. 1990
- * O'Connor, M. A.; Touyz, S. W. y Beumont, P. J.: Nutritional management and dietary counselling in bulimia nervosa. *Int. J. of eating Dis.* 7, 657-662, 1989.
- * Piran, N.: Treatment model and program overview. en Piran, N. y Kaplan,A. (dirs).: *A Day Hospital Group treatment Program for Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa.* Brunnel/Mazel, Nueva York 1990.
- * Stern, S. L.; Whitake, C.; Hagemann, N. y cols.: Anorexia nervosa: The hospital's role in family treatment, *Family Process*, 10, 395-408, 1984

* Taylor, M. S.; Lawrence, R. W. y Allen, K.G.: Nutritional assessment of college age women with bulimia, *Inter. J. of Eat. Dis.* 5, 59-74, 1986.

* Vandereycken, W.; Castro, J. y Vanderlinden, J.: Anorexia y Bulimia. La familia en su génesis y tratamiento. Martínez Roca Barcelona 1991

* Wilson, A.J.; Touyz, S. W.; O'Connor, M. y Beumont, P. J.: Correcting the eating disorder in anorexia nervosa. *Journal of Psychiatr. Res.* 19, 449-451. 1985.

4. Bibliografía recomendada

Bibliografía en Castellano

- Cervera, P., Clapes, J. y Rigolfas, R. Alimentación y dietoterapia. *Interamericana, McGraw-Hill, 1993*
- Cervera, S. y Quintanilla, B. Anorexia nerviosa. Manifestaciones psicopatológicas fundamentales. *Ediciones Universidad de Navarra (EUNSA), 1995*
- Chinchilla, A. Guía teórico-práctica de los trastornos de conducta alimentaria: anorexia nerviosa y bulimia nerviosa. *Ed. Masson, 1995*
- Chinchilla, A.: Trastornos de la Conducta Alimentaria. Anorexia y Bulimia nerviosas, Obesidad y Atracones. Ed. Masson. Barcelona 2003
- Davies, D. Factores psicológicos en el deporte competitivo. *Ancora, 1991*
- De la Serna de Pedro, I. Comer no es un placer. Anorexia, bulimia y obesidad. *Lab. SmithKline Beecham*
- Fernández-Aranda, F. y Turón Gil, V.J. Trastornos de la alimentación: Guía práctica de tratamiento. *Masson, 1999*
- Ferrero, J., Toledo, M., Tormo, E., Loño, F.J., Donet, E., Roger, M.D., Sánchez, M.E. Anorexia y Bulimia nerviosas. Una guía práctica para padres, educadores y médicos de familia. *Editorial Promolibro, 1999*
- García-Camba, E.: Avances en trastornos de la conducta Alimentaria. Anorexia Nerviosa, Bulimia Nerviosa, Obesidad. Ed. Masson. Barcelona 2001
- Gómez, Paloma. Anorexia nerviosa. La prevención en familia. *Colección Salud Inegrada, Ediciones Pirámide, 1996*
- Guillemot, A. y Laxenaire, M. (1994). Anorexia nerviosa y bulimia. El peso de la cultura. Barcelona: Masson.
- Hernández, M., Rodríguez, A. Sastre Gallego *Tratado de nutrición* Ed. Diaz de Santos. 1999
- Lieberman, F. (1985) *Trabajo Social, el niño y su familia*. Editorial Pax-México
- Linder, M.C, Nutrición. Aspectos bioquímicos, metabólicos y clínicos. *Ediciones Universidad de Navarra (EUNSA), 1988*
- Morandé, G. Un peligro llamado anorexia. La tentación de adelgazar. *Ediciones Temas de Hoy, Colección Fin de Siglo, 1995*
- Toro, J. (1996). El cuerpo como delito. Anorexia, bulimia, cultura y sociedad. Barcelona: Editorial Ariel.
- Turón Gil, V.J. Trastornos de la alimentación. ¿Qué son la Anorexia y Bulimia Nerviosas? Respuesta a estas y otras preguntas. *Lab. Lilly, 1999*
- Turón Gil, V.J. Trastornos de la alimentación. Anorexia nerviosa, bulimia y obesidad. *Masson, 1997*
- Vandereycken, W., Castro, J. Y Vanderlinden, J. Anorexia y bulimia. La familia en su génesis y tratamiento. *Colección Avances, Ediciones Martínez Roca, 1991*
- Chinchilla
- Pajaro

BIBLIOGRAFÍA EN INGLÉS

- *American Psychiatric Association* . Practice Guideline for Eating Disorders., 1994
- Appolinario, J.; Coutinho, W. y Fontenelle, L.: Topiramate foe eating disorder. *Am. J.* 159, (6), 967-8, 2001.
- Appolinario, J.; Fontenelle, L.; Papelbaum, M. y cols.: Topiramate use in obese

- patients with binge eating disorder: an open study. Can. J. Psychiatr. 47, (3), 271-3, 2002.*
- Brownell, K.D. & Fairburn, C.G. Eating Disorders and Obesity. A Comprehensive Handbook. *The Guilford Press, 1995*
 - Carter, J.C., Stewart, D.A., Dunn, V.J. & Fairburn, C.G. (1997). Primary prevention of Eating Disorders: Might it do more harm than good? *International Journal of Eating Disorders, 22: 167-172*
 - Crisp, A.H., McClelland, L.. Anorexia nervosa. Guidelines for assessment and treatment in primary and secondary care. *Psychology Press, 1996*
 - Davis, C., Kennedy, S.H., Ravelski, E. Y Dionne, M. (1994). The role of physical activity in the development and maintenance of eating disorders. *Psychological Medicine, 24:957-967*
 - Fairburn, C. Overcoming Binge Eating. A New Scientifically Based Program. *The Guilford Press, 1995*
 - Fairburn, C.G. & Wilson, G.T. Binge Eating. Nature, assessment, and treatment. *The Guilford Press, 1993*
 - Favaro, A. & P. Santonastaso, P. Anoressia & bulimia. Quello che i genitori (e altri) vogliono sapere. *Positive Press, 1996.*
 - Felstrm, A. y Blackshaw, S.: *Topiramate for bulimia nervosa with bipolar II disorder. Am. J. Psychiatr. 159, (7), 1246-7, 2002*
 - Garner, D.M. y Garfinkel, P.E. (1980). Socio-cultural factors in the development of anorexia nervosa. *Psychological Medicine. 10:647-656*
 - Giannini, A.J. & Slaby, A.E. The Eating Disorders. *Springer-Verlag New York, 1993*
 - Knable, M.: *Topiramate for bulimia nervosa in epilepsy. Am.J. Psichiatr. 158, (2), 322-3, 2001*
 - McElroy, SL.; Shapira, LM.; Keck, PE. Y cols.: *Topiramate in treatment of binge eating disorders associated with obesity: a randomized placebo-controlled. Am. J. Psychiatr. 160, (2), 255-6. 2003*
 - Piran, N., Levine, M.P. & Steiner-Adair, C. (1999). Preventing Eating Disorders. A Handbook of Interventions and Special Challenges. Brunner/Mazel.
 - Reimherr, F.; Hopes, S.; Karvois, D y cols.: *Topiramato in the treatment of bulimia nervosa: Additional efficacy. Presented on May 22,2002, at the A.P.A.. 155 annual meeting Philadelphia.*
 - Sánchez-Cardenas, M. Le comportement boulimique. *Masson, Paris, 1990*
 - Schmidt, U. & Treasure, J. The clinician's guide to getting better bit(e) by bit(e). A survival kit for sufferers of bulimia nervosa and binge eating disorders. *Psychology Press Limited, 1997*
 - Schmidt, P. y Bacalchuck, J.: *Topiramato in treatment-resistant depression and bimg-eating disorder. Bipolar Dis. 4, (4), 271-3, 2002*
 - Smolak, L., Levine, M.P. Striegel-Moore, R. The developmental psychopathology of Eating Disorders. Implications for Research, Prevention and Treatment. *Lawrence Erlbaum Associates, 1996*
 - Toro, J., Cervera, M. y Pérez, P. (1988): Body shape, publicity and anorexia nervosa. *Social Psychiatric and Psychiatric Epidemiology, 23:132-136*
 - Vanderlinde, J. & Vandereycken, W. Trauma, Dissociation and Impulse Dyscontrol in Eating Disorders. *Brunner/Mazel, 1997*
 - Walsh, B.T. Eating behavior in eating disorders. *American Psychiatric Press, 1988*