

Atención primaria y trastornos de la alimentación: nuestra actitud frente a ellos (I)

M.I. Gil Canalda^a, J.P. Candela Villanueva^b y M. Cecilia Rodríguez^c

LECTURA RÁPIDA

En los últimos años asistimos a un creciente interés por los trastornos del comportamiento alimentario tanto por lo que atañe a medios sanitarios, medios de comunicación y estamentos sociales como en la creación de una mesa sectorial de trabajo para la prevención de los trastornos de la alimentación en el Senado, la creación de un protocolo de atención a pacientes con trastorno del comportamiento alimentario dirigido a médicos de atención primaria por el Ministerio de Sanidad y Consumo.

Los TCA se caracterizan por la desregulación del comportamiento ingestivo de un individuo que presenta una serie de conflictos psicosociales y estima que su resolución está inevitablemente condicionada por el logro y/o persistencia de un estado de delgadez.

En los últimos años asistimos a un creciente interés por los trastornos del comportamiento alimentario (TCA) tanto por lo que atañe a medios sanitarios, medios de comunicación y estamentos sociales como en la creación de una mesa sectorial de trabajo para la prevención de los trastornos de la alimentación en el Senado¹, la creación de un protocolo de atención a pacientes con trastorno del comportamiento alimentario dirigido a médicos de atención primaria por el Ministerio de Sanidad y Consumo², provocado por el incremento de la prevalencia de éstos.

Esta situación nos ha de hacer reflexionar sobre nuestra actitud ante estas enfermedades en el ejercicio diario de nuestra profesión, pues los usuarios reciben múltiples informaciones sobre los TCA que les incitan a acudir a nosotros, bien para resolver dudas o pensando que ellos mismos o un familiar puedan presentar un TCA, debiendo responder eficazmente a estas demandas.

En un primer artículo se revisó la prevalencia de los TCA en atención primaria (AP) y en qué aspectos de ellos se puede actuar; en el segundo artículo se desarrollará más ampliamente este apartado.

Los TCA se caracterizan por la desregulación del comportamiento ingestivo de un individuo que presenta una serie de conflictos psicosociales y estima que su resolución está inevitablemente condicionada por el logro y/o persistencia de un estado de delgadez². La anorexia nerviosa (AN) y la bulimia nerviosa (BN) son parte de un mismo proceso, pueden coexistir en un individuo y se diferencian en el elemento guía: mientras en la AN es el mantenimiento de un bajo peso corporal por debajo de los valores mínimos normales, en la BN es la presencia de episodios recurrentes de ingesta voraz seguidos de conductas compensatorias inapropiadas como ayuno, uso de laxantes, diuréticos u otros fármacos adelgazantes o ejercicio excesivo².

¿Ha aumentado tanto la prevalencia de los TCA para introducir cambios en nuestra actividad diaria?

Desde principios de los años noventa se ha detectado un incremento de estas enfermedades, no tan importante como podría parecer por la amplia difusión que han tenido en los medios de comunicación. Según diversos estudios, la prevalencia de TCA es de alrededor del 1-4% en adolescentes y mujeres jóvenes, correspondiendo el 0,5-1% a la AN y un 1-3% a la BN²⁻⁴ para las mujeres, y para los varones los porcentajes son entre un 5-10% del de las mujeres⁴. Además, se ha demostrado empíricamente un importante crecimiento de las formas atípicas de los TCA, un incremento de las formas purgativas de AN y BN y un crecimiento de la prevalencia de TCA en varones².

Estas cifras puede que no sean excesivamente alarmistas, pero si tenemos en cuenta que los TCA aparecen en países o sociedades desarrolladas, donde la insatisfacción con la imagen corporal está muy difundida, dado que el modelo a seguir entre los jóvenes es extremadamente delgado, los alimentos son abundantes y fácilmente ase-

^aEspecialista en Medicina de Familia. Máster en Nutrición Clínica. ABS Carles Ribas. Barcelona. España.

^bPediatra. Máster en Nutrición Clínica. ABS Camps Blancs. Sant Boi de Llobregat (Barcelona). España.

^cResidente de Medicina de Familia. ABS Carles Ribas. Barcelona. España.

Correspondencia:
M. Inmaculada Gil Canalda.
C/ Clot, 46, pral. 1.º.
08018 Barcelona. España.
Correo electrónico:
inmagc@menta.net

Palabras clave: Trastornos de la alimentación.
Prevención. Anorexia. Bulimia.

quibles y, como consecuencia de esto, está aumentando el sobrepeso, podemos entender la alarma social y el creciente problema de salud pública que se avecina si no se frena esta tendencia. En la actualidad los factores socioculturales son, de entre todos los factores etiopatogénicos, los que explicarían el cambio producido en la clínica (aumento de formas atípicas) y en la forma de presentación de los TCA (manifestaciones clínicas muy aparatosas que no cumplen todos los criterios diagnósticos de AN o BN)^{2,4}.

Encontramos datos objetivos a favor de esta tendencia en la reciente revisión realizada por Toro de diversos estudios españoles, en los que se observó que la insatisfacción de las adolescentes con su imagen y el deseo de reducir peso alcanzaba al 50% de la población estudiada³. Estudios realizados en otros países nos muestran que un 16% de las jóvenes y un 7% de los varones de 11-15 años han usado al menos un método de riesgo para perder peso, ya sea el ayuno, el vómito o el abuso de laxantes⁴.

Evidentemente, el hecho de realizar una dieta no significa que esa persona vaya a desarrollar un TCA, pero si a ello añadimos un deseo de estar delgado combinado con problemas de autoestima, relaciones interpersonales o abuso de otras sustancias, es posible que se desarrolle⁵.

Dada la importante comorbilidad y mortalidad de estos trastornos, nuestra actitud en la consulta diaria debería ser estar alerta ante cualquier paciente que realiza o nos solicite una dieta, investigando si puede haber algún otro factor de riesgo para el desarrollo de un TCA y poder prevenirlo en su caso. Un problema habitual en la práctica diaria es que los TCA tienen unos criterios diagnósticos muy estrictos y hay muy poca investigación sobre las formas de inicio y sobre las formas atípicas que, posiblemente, sean la forma de presentación más «típica» en AP. Esto ha de alentarnos en el desarrollo y en la investigación de estos trastornos, ya que hay estudios que demuestran que 5 años antes del diagnóstico de TCA estos pacientes acudieron a su médico de cabecera por diversos síntomas psicológicos, gastrointestinales o ginecológicos, principalmente⁶, y quizá la evolución natural del trastorno hubiera podido ser diferente si se hubiera identificado antes.

¿En qué aspectos de los TCA podemos actuar en atención primaria?

El aspecto más importante en donde nuestra actuación puede ser clave es en la *prevención y en la detección precoz* de los TCA^{2,4}.

La detección precoz de los TCA es baja debido a diversas causas: la poca información y conocimiento de estos trastornos que generalmente posee el profesional de AP; la escasa concienciación ante estos trastornos; la falta de tiempo real para poder realizar actividades preventivas en la consulta; la escasa frecuentación de los adolescentes a las consultas de AP, y su resistencia a reconocer estos problemas².

Recordemos así mismo que los adolescentes son un grupo de riesgo para otras enfermedades; por ello la prevención de las conductas de riesgo para desarrollar un TCA (realización de dietas en adolescentes con normopeso) ha de integrarse en la prevención conjunta del hábito tabáquico, uso y abuso del alcohol y otras drogas y práctica del sexo seguro⁷.

El segundo aspecto importante a realizar en la AP es el *tratamiento*, que ha de ser conjunto con el especialista, colaborando con él en la consecución de los distintos objetivos de tratamiento según el diagnóstico y la gravedad en cada caso. Al inicio del tratamiento podemos ayudar al paciente a intentar controlar los episodios de conductas alimentarias anómalas, detectar las situaciones de riesgo por las que es aconsejable una remisión urgente al nivel especializado, y durante el seguimiento podemos detectar de forma precoz las recaídas^{2,4}.

El médico de familia también tiene gran importancia en el contacto con la familia. Por una parte, puede que ésta sea la primera en consultar ante la sospecha de que algún miembro de ella presente un TCA, y por otra el hecho de que un miembro de la familia tenga un TCA provoca una desestabilización en el núcleo familiar, y es muy importante el papel del médico para detectar problemas en la relación familiar que mantendrían el trastorno, abordarlos y resolver las dudas que los familiares tengan sobre la enfermedad^{8,9}.

Conclusiones

Los TCA son un problema creciente de salud pública; si bien su prevalencia actual

LECTURA RÁPIDA

▼
¿Ha aumentado tanto la prevalencia de los TCA para introducir cambios en nuestra actividad diaria?

▼
Desde principios de los años noventa se ha detectado un incremento de estas enfermedades, no tan importante como podría parecer por la amplia difusión que han tenido en los medios de comunicación.

▼
Los TCA aparecen en países o sociedades desarrolladas, donde la insatisfacción con la imagen corporal está muy difundida, dado que el modelo a seguir entre los jóvenes es extremadamente delgado, los alimentos son abundantes y fácilmente asequibles.

▼
Dada la importante comorbilidad y mortalidad de estos trastornos, nuestra actitud en la consulta diaria debería ser estar alerta ante cualquier paciente que realiza o nos solicite una dieta, investigando si puede haber algún otro factor de riesgo para el desarrollo de un TCA y poder prevenirlo.

LECTURA RÁPIDA

▼ Hay estudios que demuestran que 5 años antes del diagnóstico de TCA estos pacientes acudieron a su médico de cabecera por diversos síntomas psicológicos, gastrointestinales o ginecológicos, y quizá la evolución natural del trastorno hubiera podido ser diferente si se hubiera identificado antes.

▼ ¿En qué aspectos de los TCA podemos actuar en atención primaria?

▼ Nuestra actuación puede ser clave en la *prevención* y en la *detección precoz* de los TCA.

▼ El segundo aspecto importante a realizar en la AP es el *tratamiento*, que ha de ser conjunto con el especialista, colaborando con él en la consecución de los distintos objetivos según el diagnóstico y la gravedad en cada caso.

▼ Los TCA son un problema creciente de salud pública; que hayan aumentado las formas atípicas y las formas de presentación más rápidas y graves debido al uso de conductas purgativas los convierten en un problema para el que tendremos que realizar programas de detección precoz.

hace creer que no se trata de un problema de primera línea, el hecho de que hayan aumentado las formas atípicas y las formas de presentación más rápidas y graves debido al uso de conductas purgativas los convierten en un problema de primera línea, para el que tendremos que realizar programas de detección precoz.

El papel de la AP ha de estar encaminado a la prevención, detección precoz y evitar las recaídas, sin olvidar el tratamiento, que ha de ser compartido con la atención especializada.

Bibliografía

1. Rodríguez Martín A. Un avance en la prevención de los trastornos del comportamiento alimentario: actuación multidisciplinaria. *Formación Continuada en Nutrición y Obesidad* 2001;4:211-2.
2. Cabranes JA, Gil I, Gómez Candela C, Gual P, Julián R, Ponce de León C, et al. Protocolo de atención a pacientes con trastorno del comportamiento alimentario dirigido a médicos de atención primaria. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo. Secretaría General Técnica, Centro de Publicaciones, 2000.
3. Miján de la Torre A, Velasco Vallejo JL. Nutrición y trastornos de la conducta alimentaria (TCA): anorexia y bulimia nerviosa. *Nutr Hosp* 1999;14(Supp 2):81-91.
4. Wilhem KA, Clarke SD. Eating disorders from a primary care perspective. *MJA* 1998; 168:458-63.
5. Can dieting cause an eating disorder? [editorial]. *Psychological Medicine* 1997;27:509-13.
6. Ogg EC, Millar HR, Pusztai EE, Thom AS. General practice consultation patterns preceding diagnosis of eating disorders. *Int J Eat Disord* 1997;22:89-93.
7. Huon GF, Braganza C, Brown LB, Ritchie JE, Roncolato WG. Reflections on prevention in dieting-induced disorders. *Int J Eat Disord* 1998;23:455-8.
8. Gilchirst PN, Ben-Tovim D, Hay PJ, Kalucy RS, Walken MK. Eating disorder revisited. I: anorexia nervosa. *MJA* 1988;169:438-41.
9. Gilchirst PN, Ben-Tovim D, Hay PJ, Kalucy RS, Walken MK. Eating disorder revisited. II: bulimia nervosa and related syndromes. *MJA* 1988;169:488-91.