

relación entre síntomas alimentarios y ansiedad, depresión, sensibilidad interpersonal, obsesiones, hostilidad, estrés percibido y autoestima (tabla 1), se confirmaron 1 caso de bulimia nerviosa purgativa y 3 de trastorno alimentario no especificado (con características bulímicas), lo que supone el 1,07 y el 3,22% del total de la muestra, respectivamente. No se confirmó ningún caso de anorexia nerviosa.

En relación con el concepto de «morbilidad psiquiátrica oculta»¹, algunos trabajos han reflejado la frecuente presencia de TCA ocultos en pacientes psiquiátricos^{2,3}. La investigación de hábitos alimentarios en atención primaria resulta útil⁴, pues los pacientes con algún TCA consultan más durante los 5 años previos al diagnóstico, por problemas psíquicos, digestivos o ginecológicos⁵. La existencia de TCA ocultos en pacientes psiquiátricos, especialmente con conducta bulímica, y su relación con variables como las ya señaladas, hace necesaria una correcta valoración ante la presencia de «síndromes de ansiedad y depresión», tan reiterados en las solicitudes de valoración psiquiátrica desde atención primaria. La asociación de una baja autoestima con mayores alteraciones alimentarias y de la imagen corporal, así como la percepción de estrés, pueden tener un papel relevante en el curso de la psicopatología y en la falta de aptitud laboral. De hecho, la severidad de los síntomas psicopatológicos, más allá del diagnóstico del trastorno mental concreto, parece el factor determinante del funcionamiento social, incluido el desempeño laboral. A esa severidad contribuyen los síntomas alimentarios, no comunicados por los pacientes y no detectados en el nivel primario.

Bibliografía

- Goldberg D, Blackwell B. Psychiatric illness in general practice. A detailed study using a new method of case identification. *Br Med J*. 1970;2:439-43.
- Hay PJ, Hall A. The prevalence of eating disorders in recently admitted psychiatric in-patients. *Br J Psychiatry*. 1991;159:562-5.
- Whitehouse AM, Cooper PJ, Vize CV, Hill C, Vogel L. Prevalence of eating disorders in three Cambridge general practices: hidden and conspicuous morbidity. *Br J Gen Pract*. 1992;42:57-60.
- Ordoño JM. Diet monitoring in primary care. *Aten Primaria*. 1991;8:770-6.
- 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.

Ignacio Jáuregui Lobera^{a,*}, Salvador Bermudo Parra^b,
María Dolores Martínez López^b y Olivia Garrido Casals^c

^aÁrea de Nutrición y Bromatología,
Universidad Pablo de Olavide, Sevilla, España

^bUnidad de Control y Seguimiento de Incapacidad Temporal por
Contingencias Comunes, Fraternidad Muprespa,
Sevilla, España

^cInstituto de Ciencias de la Conducta, Sevilla, España

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: ijl@tcasevilla.com (I. Jáuregui Lobera).

doi: 10.1016/j.aprim.2008.09.014

Primeros pasos de los residentes de familia en el medio rural

First steps of family medical residents in a rural setting

Sr. Director:

2008 ha sido el año en el que las primeras promociones de residentes de medicina familiar y comunitaria han completado su paso oficial por el medio rural. Aunque ya existían experiencias previas¹ y parecía pertinente su inclusión en el Programa de la Especialidad, su puesta en marcha no ha estado exenta de ciertas dificultades. Decía el médico rural de Franz Kafka: «... ¿Qué quieres que haga? Te aseguro que mi papel nada tiene de fácil». Sin duda la docencia habría sido para él, como lo ha sido para nuestros tutores rurales, un gran reto. Siguiendo las recomendaciones generales de la Comisión Nacional de la Especialidad², nuestra Unidad Docente decide que las características del tutor sean: tener interés por la docencia y la formación continua, que atienda poblaciones de 3.000 habitantes como máximo, manejar habitualmente historias clínicas y que el residente pueda realizar guardias en el medio rural³.

Los tutores finalmente elegidos por Comisión Asesora pueden acceder a cursos específicos de tutorización y reciben desde la unidad docente el apoyo necesario para la elaboración de su propio proyecto docente.

Los residentes de Medicina de Familia de Mérida hacen finalmente su rotación rural en el período del tercer año y durante 3 meses, ajustándose así a las recomendaciones del Programa de la Especialidad. El inicio de esta aventura no ha estado exento de contratiempos. Son muchos los candidatos a buenos tutores rurales que por el momento no han podido ser acreditados pese a su interés y los elegidos muestran sus temores ante la responsabilidad de tener que enseñar a residentes con tres años de formación eminentemente hospitalaria.

En principio todos nuestros residentes se mostraron reticentes con esta rotación. Los motivos eran variados: las dudas sobre lo que podía aportar respecto al centro de salud urbano, el hecho de tener que desplazarse lejos del lugar de origen y la mayor duración de la estancia que en unidades docentes cercanas fueron las principales trabas.

La valoración que han hecho finalmente es positiva. Destacan particularmente el vínculo tan especial que se establece con el paciente y su entorno y el papel de «moderador» tan marcado que el médico de familia desempeña en este medio; él es quien coordina el manejo

de pluripatologías y además mantiene su estatus como referente social, a diferencia del médico urbano.

Los nuevos tutores por su parte, salen fortalecidos y encontrando en la docencia un aliciente personal y profesional. Ven también en este paso del residente por el medio rural, una revalorización de su trabajo diario. Esta unidad docente, consciente de que queda mucho por mejorar, pondrá todo su interés en solventar las dificultades que surjan para que la rotación rural alcance el mismo grado de desarrollo que el resto.

Bibliografía

1. Arroyo IA, Guerrero O, Barneto A, Güimil T. Luces y sombras de la medicina rural: a propósito de la docencia. *Aten Primaria*. 2007;39:219-20.

2. Documento de recomendaciones de la Comisión Nacional de la Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria para la Acreditación y Reacreditación de Tutores. Septiembre de 2005.
3. Guión para la rotación rural en MFIC en Cataluña. Grupo de Trabajo en Medicina Rural de la CAMFiC. Octubre de 2007.

I.A. Arroyo De La Rosa* y C. Galán Macías

*Unidad Docente de Medicina de Familia de Mérida,
Hospital de Mérida, Mérida, Badajoz, España*

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: aarroyorosa@hotmail.com
(I.A. Arroyo De La Rosa).

doi: 10.1016/j.aprim.2008.09.015