

Guía de ayuda a pacientes y familiares

TRASTORNOS ALIMENTARIOS ANOREXIA Y BULIMIA

Dr. Francisco Javier Vaz Leal



FUNDACIÓN JUAN JOSÉ
LÓPEZ-IBOR



Fundación **Arpegio**



• FUNDACIÓN JUAN JOSÉ LÓPEZ-IBOR (www.fundacionlopezibor.es).

Creada en 2005 por el doctor en psiquiatría Prof. Juan José López-Ibor Aliño, tiene por objeto la asistencia, docencia e investigación en el campo de la psiquiatría, la salud mental, la neurociencia y otros campos relacionados de las ciencias de la salud. Desarrolla sus actividades tanto en territorio nacional como en el ámbito internacional. La Fundación integra a prestigiosos expertos nacionales e internacionales en el campo de las enfermedades mentales.

• FUNDACIÓN ARPEGIO (www.fundacionarpegio.es).

En nuestra sociedad existen cuestiones que todos consideramos que han de ser resueltas antes de que produzcan una seria fractura social, como son la violencia de género y escolar, la inmigración y su integración normalizada, las discapacidades, las dependencias, la exclusión, el trabajo para los jóvenes y para las personas en edades más avanzadas; las ayudas y los servicios de ayuda a las familias; la formación profesional; la vivienda para los jóvenes, el desarrollo cultural y tecnológico, la protección de la salud, la defensa de los consumidores y del medio ambiente, entre otros.

La Comunidad de Madrid puso en marcha en 2007 la Fundación Arpegio como un instrumento ágil, flexible y capaz para llegar a tiempo allí donde haya que satisfacer un interés general de carácter social o cultural, para ayudar a las personas y colectivos que lo precisan así como colaborar con instituciones que cumplen fines encomiables.

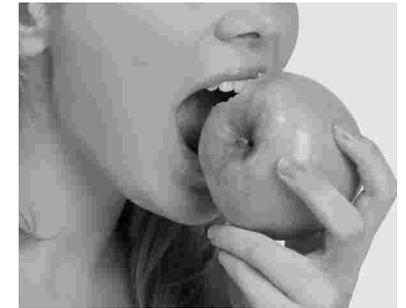
Guía de ayuda a pacientes y familiares TRASTORNOS ALIMENTARIOS ANOREXIA Y BULIMIA

Dr. Francisco Javier Vaz Leal

¿Qué son los trastornos alimentarios?	3
¿Cuál es la frecuencia de aparición de los trastornos alimentarios?	5
¿Cuándo se debe sospechar que existe un trastorno alimentario?	6
¿Cuáles son los problemas médicos que aparecen en personas con trastornos alimentarios?	8
¿Cuáles son los cambios en el funcionamiento psicológico que aparecen en personas con trastornos alimentarios?	9
¿Cuáles son los trastornos psiquiátricos que aparecen en personas con trastornos alimentarios?	10
¿Pueden los padres prevenir la aparición de trastornos alimentarios en sus hijos?	10
¿Qué pueden hacer los padres si sospechan que alguno de sus hijos padece un trastorno alimentario?	12
¿Qué hacen los profesionales para tratar a un paciente con un trastorno alimentario?	13
EAT-40	14
BITE	17
Recursos en Internet	19

¿Qué son los trastornos alimentarios?

Los trastornos alimentarios son trastornos del comportamiento que afectan de forma específica al proceso de la alimentación y que se acompañan de alteraciones médicas, psicológicas y psicopatológicas (psiquiátricas) capaces de poner en peligro la salud y la vida del paciente o de producir un deterioro importante en su funcionamiento personal, académico, laboral o familiar. Existen dos formas básicas de trastorno alimentario, la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa, que serán descritas a continuación, pero también pueden incluirse dentro de este grupo otras alteraciones del comportamiento alimentario que aparecen en sujetos con obesidad, los episodios de vómitos recurrentes o las dificultades que presentan algunas personas para regular adecuadamente las cantidades de comida que ingieren.



El síntoma principal de la anorexia nerviosa es la pérdida de peso provocada y mantenida deliberadamente por la persona que padece la enfermedad. En este sentido, el término “anorexia” (literalmente, falta de apetito) no es demasiado correcto, ya que en estos pacientes no suele existir una pérdida real del apetito, sino una lucha persistente contra el hambre para conseguir un peso muy bajo. La razón principal para desarrollar y mantener esta conducta de restricción alimentaria es el temor a engordar y el deseo de mantener el peso en unos niveles muy bajos (por lo general, incompatibles con un estado físico saludable).

Algunos autores anglosajones utilizan el término “fobia al peso” (weight phobia) para hacer referencia a este proceso, y el término parece bastante apropiado, ya que el miedo intenso e irracional que encontramos en los pacientes con anorexia ante la posibilidad de engordar es muy parecido al que encontramos en sujetos que tienen fobia a utilizar ascensores, subir a lugares elevados o montar en un avión. Por lo tanto, el perfil típico de un paciente con anorexia nerviosa es el de una persona (habitualmente una mujer joven) que reduce en un momento dado su alimentación hasta alcanzar un peso muy bajo y que lucha por mantenerlo (o incluso hacerlo cada día más bajo), ya que la posibilidad de engordar, por poco que sea, le provoca un miedo intenso. Para conseguir y mantener la pérdida de peso, y además de seguir una dieta muy estricta, algunas personas que padecen anorexia nerviosa se provocan el vómito después de comer, hacen ejercicio de forma excesiva o utilizan medicamentos que reducen el apetito o laxantes.

¿Cuándo consideramos que el peso de una persona es muy bajo?

La forma más sencilla de determinarlo es utilizando el cociente de Quetelet, que se obtiene dividiendo el peso (en kilogramos) por el cuadrado de la altura (en metros). El valor del índice de Quetelet en una persona con un peso saludable suele oscilar entre 20 y 25. En el caso de los pacientes con anorexia nerviosa suele estar por debajo de 17,5, siendo el estado de desnutrición más grave cuanto más bajo es este valor.

Las mujeres con anorexia nerviosa suelen presentar también amenorrea antes o después, es decir, dejan de tener reglas (en el caso de que las tuviesen en el momento de inicio de la enfermedad) o no llegan a tenerlas (en el caso de chicas que desarrollan la enfermedad antes de tener la menstruación, a pesar de tener una edad en la que lo normal sería tenerlas).

En resumen, una mujer joven que deja de alimentarse adecuadamente, que pierde peso de forma significativa, mantiene una alimentación muy limitada (o utiliza otros medios para no engordar, como los vómitos, laxantes, etc.) y presenta amenorrea, tiene muchas posibilidades de estar padeciendo una anorexia nerviosa. Pero, sobre todo, el diagnóstico es mucho más claro cuando observamos que esa persona hace todo lo posible por no aumentar de peso, ya que la idea de engordar le produce un miedo intenso (lo que la lleva, por ejemplo, a buscar excusas para saltarse comidas o para no comer con los demás, que esconde comida, utiliza el cuarto de baño después de comer, etc.)

El otro trastorno alimentario fundamental, la bulimia nerviosa, se caracteriza por la existencia de atracones. Darse un atracón consiste en comer una cantidad excesiva de comida, es decir, una cantidad superior a la que cualquier persona comería en condiciones normales, por lo general de una forma rápida y descontrolada, con sensación de no ser capaz de parar. Después de los atracones, los sujetos con bulimia se suelen sentir mal y suelen presentar un miedo a aumentar de peso que puede ser similar al que hemos descrito para las personas con anorexia nerviosa. Eso les lleva a utilizar los métodos de los que también se habló anteriormente, esto es, autoprovocación del vómito, dietas estrictas, ejercicio intenso, uso de medicamentos, etc. De todos modos, lo más frecuente en pacientes con bulimia nerviosa es encontrar atracones que se siguen por lo general de la provocación del vómito.

A modo de resumen, y en relación con la bulimia nerviosa, podemos decir que es muy probable que la padezca una persona (habitualmente, también una mujer joven) que presenta atracones persistentes y que, después de los mismos, recurre a medios que puedan prevenir el aumento de peso (como los vómitos, laxantes, etc...)

Como se puede observar, los pacientes con anorexia nerviosa y bulimia nerviosa se parecen en el hecho de tener un temor intenso ante la posibilidad de aumentar de peso, así como una conducta alimentaria muy alterada. La diferencia suele estar en el peso, que es muy bajo en pacientes con anorexia nerviosa y normal (e incluso alto) en sujetos con bulimia. La diferencia suele estar también en las cantidades de comida que se ingieren (muy escasas en la anorexia y muy grandes en la bulimia), aunque, como se ha señalado, algunos pacientes con anorexia nerviosa pueden darse atracones en algún momento de la evolución de la enfermedad.

¿Cuál es la frecuencia de aparición de los trastornos alimentarios?

Los trastornos alimentarios son mucho más frecuentes de lo que la mayoría de la gente supone. De hecho, algunos estudios demuestran que hasta el 5% de las mujeres jóvenes pueden presentar algunos de los síntomas propios de la anorexia nerviosa, aunque sólo el 0.3% - 1% de las chicas adolescentes (es decir, entre 3 y 10 de cada 1.000) presentan el cuadro completo que ha sido descrito anteriormente. La proporción entre mujeres y hombres está claramente a favor de las primeras, ya que por cada caso detectado en varones encontramos entre 5 y 10 casos en mujeres. La anorexia nerviosa suele iniciarse al final de la niñez, durante la adolescencia o en los inicios de la edad adulta y afecta con más frecuencia a personas que han tenido sobrepeso en la infancia y a personas que tienen profesiones o desarrollan actividades que les exigen estar delgadas (bailarinas, deportistas, modelos...). También es mucho más frecuente en países desarrollados que en países en vías de desarrollo.



La bulimia nerviosa es todavía más frecuente que la anorexia nerviosa, siendo posible encontrar síntomas ocasionales de bulimia hasta en un 25-40% de mujeres jóvenes. El cuadro completo se puede encontrar entre el 1% - 3% de la población juvenil femenina y también aquí la proporción entre mujeres y hombres está a favor de las mujeres, detectándose un caso en varones por cada 10-15 casos encontrados en mujeres. Como sucedía con la anorexia nerviosa, la bulimia nerviosa suele comenzar en la infancia y en la adolescencia y muchos sujetos con bulimia han tenido sobrepeso durante la infancia. Es relativamente frecuente que personas que empiezan presentando una anorexia nerviosa terminen por aumentar de peso y acaben padeciendo bulimia (es mucho más raro, aunque no imposible, que suceda al revés).

¿Cuándo se debe sospechar que existe un trastorno alimentario?

Existen algunos comportamientos o síntomas que pueden ponernos sobre la pista de un trastorno alimentario. Generalmente estos cambios aparecen en personas jóvenes y suelen suponer un cambio en relación con el comportamiento previo. Hay que tener en cuenta que la existencia de un trastorno alimentario es a menudo negada por la persona que lo padece, que puede justificar su conducta con múltiples argumentos, por lo que no es conveniente dejarse convencer con simples explicaciones o negativas.

Quizá el síntoma más básico y llamativo sea la pérdida de peso de origen desconocido o la detención del crecimiento normal en una persona que hasta el momento había presentado un peso y un desarrollo normales. Por otra parte, las personas con trastornos alimentarios, como ya se ha señalado, suelen presentar hábitos particulares a la hora de comer: evitan las comidas que suponen que pueden hacer engordar (pan, fritos, grasas...), comen muy lentamente o con voracidad, “juegan” con la comida, reduciéndola a fragmentos pequeños o distribuyéndola en el plato, esconden los alimentos en sus bolsillos, protestan por las cantidades que deben comer, etc. También suele ser habitual que eviten comer con otras personas o con su familia, para evitar que los demás se den cuenta de lo escasas que son las cantidades que ingieren. Con frecuencia, en sujetos que vomitan, se producen “desapariciones” súbitas tras las comidas y la persona se encierra en el cuarto de baño durante un tiempo largo. En ocasiones se puede percibir el olor de los vómitos, o encontrar restos de los mismos, tras el uso del cuarto de baño. En el caso de pacientes con tendencia a darse atracones suele ser frecuente que repentinamente desaparezcan cantidades importantes de comida de la despensa o el frigorífico, o que tiendan a acumular comida en sus armarios.

Otro síntoma muy llamativo es la aparición de amenorrea en una chica que hasta el momento había tenido sus reglas con normalidad.

También pueden aparecer síntomas como cansancio, episodios de mareo o bajadas de tensión (hipotensión ortostática, al pasar de la posición horizontal a estar de pie) o la existencia de diarreas frecuentes (que pueden ser un síntoma de que la persona está abusando de los laxantes). En algunos pacientes que hacen ejercicio de forma excesiva para perder peso pueden aparecer

complicaciones del mismo, tales como lesiones, dolores articulares, etc. Otros sujetos presentan cambios en su carácter tras la aparición del problema alimentario y se muestran deprimidos, irritables y con tendencia a aislarse y a evitar las relaciones sociales. En algunos casos pueden llegar a robar comida de establecimientos comerciales para poder darse atracones. Por último, y como se señaló antes, la pertenencia a alguno de los grupos identificados como “grupos de riesgo” (bailarinas, deportistas, modelos...) nos debe llevar a estar pendientes de la posible aparición de un trastorno alimentario, que, como se ha señalado, es mucho más frecuente en estas personas que en la población general. A menudo es la familia quien percibe estos cambios en el



comportamiento, pero otras veces pueden ser los amigos los que nos alertan de los mismos o los profesores (sobre todo en el caso de estudiantes que comen en comedores escolares). En cualquier caso, hay que evitar “cerrar los ojos” ante el posible problema e indagar la existencia del mismo, confrontando al paciente con su problema de una forma clara y directa. En caso de duda, hay que consultar con el médico, ya que pueden existir pruebas objetivas que apoyen la existencia de un trastorno alimentario (como, por ejemplo, anemia o unos niveles bajos de glucosa y de potasio, o niveles altos de colesterol y amilasa), que se detectan fácilmente con un análisis de sangre convencional.

¿Cuáles son los problemas médicos que aparecen en personas con trastornos alimentarios?

Los cambios físicos que aparecen en pacientes con trastornos alimentarios son muy variados y generalmente son la consecuencia directa de la alteración de los hábitos de alimentación o la respuesta del organismo, en un intento de adaptarse a los mismos.

En personas con anorexia nerviosa existe, como ya se señaló, una pérdida de peso importante, que puede llegar a la caquexia. La disminución de las calorías ingeridas lleva al organismo a recurrir a sus acúmulos de grasa para hacer frente a la pérdida de energía, por lo que suele existir una pérdida llamativa de tejido adiposo (mejillas, mamas, caderas, glúteos...). Como el tiroides marca el ritmo de consumo energético del organismo, el cuerpo se adapta a la disminución de calorías frenando la producción de hormonas tiroideas; la piel suele aparecer fría y es frecuente que exista una intolerancia en el paciente ante los cambios de temperatura. También son frecuentes los problemas digestivos, sobre todo en forma de molestias que suelen aparecer tras las comidas (sensación de estar “llena”, digestiones “pesadas”, dolor en la parte superior del abdomen, etc.). En muchos pacientes aparece un aumento de la vellosoidad en brazos y espalda, en forma de vello fino (lanugo). Las pacientes que vomitan presentan con mucha frecuencia erosiones en el esmalte de los dientes y problemas dentales en general; es muy característica la existencia de lesiones en el dorso de la mano dominante (signo de Russell), lesiones que provocan los dientes cuando el sujeto utiliza los dedos para provocarse el vómito.

Junto a esto, existen muchos otros cambios en el funcionamiento del corazón, de los riñones, e incluso del sistema nervioso, que deben ser valoradas adecuadamente por el médico, ya que en los casos más graves pueden llegar a producir incluso la muerte del sujeto (por una arritmia cardiaca, una rotura del estómago, etc.).



¿Cuáles son los cambios en el funcionamiento psicológico que aparecen en personas con trastornos alimentarios?

Los cambios en la “forma de ser” son muy llamativos en las personas con trastornos alimentarios y a menudo son percibidos por la familia antes aún de sospechar la existencia de un problema de alimentación. Muchas de las personas que desarrollan anorexia nerviosa tienen una personalidad muy característica durante la infancia: son “buenas chicas” e hijas “ejemplares”, obedientes y sumisas, estudiosas y muy centradas en sus tareas y obligaciones, muy perfeccionistas y muy dependientes siempre de la opinión y de la valoración ajena. Esta forma de funcionar contrasta poderosamente con la que se observa tras la aparición del problema alimentario; a partir de ahí se vuelven tercas, se enfrentan abiertamente a los padres, tienen “mal carácter” y se irritan con facilidad, pasan la mayor parte del tiempo obsesionadas con la comida y el peso, que se convierten en sus motivos principales de preocupación, de forma que su vida “gira en torno a la comida”. Estar delgadas se convierte en el elemento principal en torno al cual se organiza la propia identidad y la propia valoración: la paciente piensa que, si engorda, perderá todo lo valioso que posee. Se produce una distorsión en la forma de percibir el propio cuerpo: enfrentada a su imagen, la persona con anorexia nerviosa tenderá a “verse gorda” (a pesar de su delgadez, a veces extrema) y cualquier posible cambio en el sentido del aumento de peso provocará en ella una reacción intensa. La falta de conciencia de enfermedad es, como se dijo antes, lo habitual en estos pacientes, que acaban viviendo en un mundo irreal, con unos pensamientos y unos afectos que cada vez se alejan más de la realidad y les sumergen, más y más profundamente, en su enfermedad.

Las pacientes con bulimia nerviosa presentan a menudo una forma de ser muy parecida a la de las pacientes con anorexia nerviosa, aunque, por lo general, suelen mostrarse más desinhibidas y sociables, manteniendo sus intereses y relaciones en el mundo exterior; también son a menudo más conscientes de sus problemas con la comida (aunque eso no significa que los reconozcan ante los demás, ya que muchas veces los viven con vergüenza y tienden a ocultarlos). De todos modos, y mientras que las pacientes con anorexia suelen sentirse “orgullosas” de su conducta, las personas con bulimia se sienten a menudo “fracasadas”, “deprimidas” e “impotentes” ante su problema. También a menudo tienden a descontrolarse y a volverse impulsivas, lo que les lleva en ocasiones a tener problemas relacionados con el consumo de alcohol y drogas, a presentar desinhibición sexual o a realizar conductas que pueden ser potencialmente peligrosas.

¿Cuáles son los trastornos psiquiátricos que aparecen en personas con trastornos alimentarios?

Los problemas psiquiátricos son frecuentes en personas con trastornos de alimentación y a menudo precisan de un tratamiento paralelo. Ya se ha hecho referencia a la obsesividad característica de las personas con anorexia nerviosa, que por lo general se acentúa tras la aparición del problema alimentario, persistiendo en muchos casos tras la desaparición del mismo. Además de los trastornos obsesivos, otros trastornos de ansiedad (como el denominado trastorno de ansiedad generalizada, el trastorno por crisis de pánico o la fobia social) pueden ser observados en más de la mitad de los pacientes con anorexia. En muchos casos, y como sucedía con la obsesividad, estos trastornos existen con anterioridad al problema alimentario, por lo que no se pueda descartar que puedan ser factores que favorecen la aparición del trastorno de alimentación. Otro problema psiquiátrico frecuentemente asociado a la anorexia nerviosa es la depresión. De acuerdo con algunos estudios, hasta el 80% de las personas que padece anorexia nerviosa puede llegar a presentar un episodio depresivo grave a lo largo de su vida, lo que puede ser indicativo de la existencia de factores genéticos que predisponen indistintamente a padecer ambos trastornos.

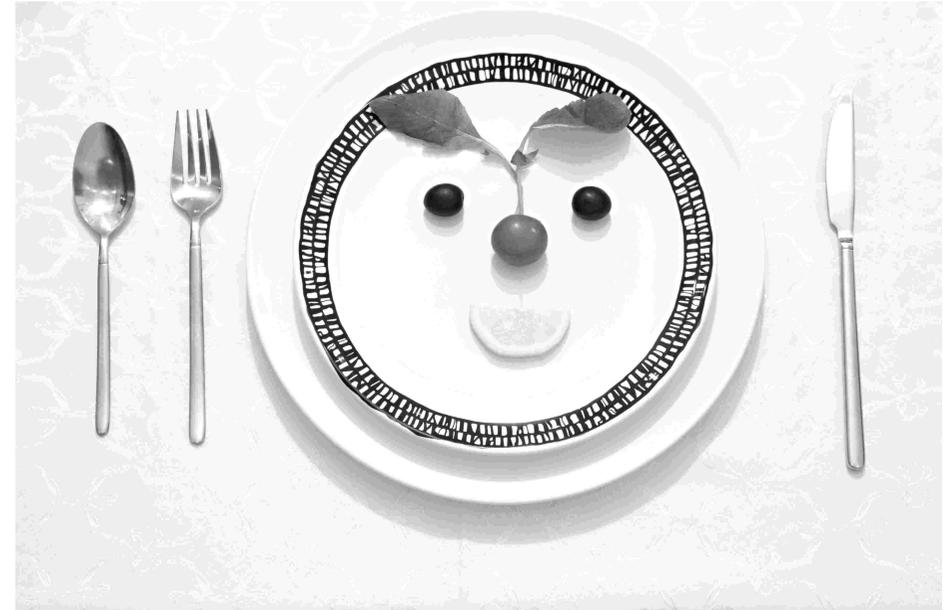
También los trastornos de ansiedad afectan con una gran frecuencia a las personas que padecen bulimia nerviosa (hasta la mitad de ellas podrían padecerlos), así como los problemas de tipo depresivo, en una línea similar a lo planteado para la anorexia nerviosa. Las personas con bulimia parecen tener, igualmente, un mayor riesgo de desarrollar problemas de consumo de alcohol y de tóxicos, lo que puede suponer un problema añadido al trastorno alimentario, persistiendo a lo largo del tiempo como secuela del mismo.

La fuerte asociación entre problemas de depresión, ansiedad y trastornos alimentarios hace necesario que las personas con disfunciones alimentarias reciban tratamiento psiquiátrico no sólo durante la fase aguda de la enfermedad, sino que en muchos casos deban ser seguidas y controladas a largo plazo para detectar precozmente y tratar adecuadamente estas complicaciones.

¿Pueden los padres prevenir la aparición de trastornos alimentarios en sus hijos?

Existen tres formas básicas de prevención, a las que llamamos primaria, secundaria y terciaria. La prevención primaria, que consiste en evitar la aparición de un determinado trastorno o enfermedad, es la ideal, pero también es la más

complicada, sobre todo en el caso de enfermedades que dependen de más de un factor, como es el caso de los trastornos alimentarios, en los que los factores individuales, ambientales y culturales se combinan. La prevención secundaria consiste en conseguir que el tiempo que pasa desde que una enfermedad aparece hasta que la persona enferma recibe tratamiento sea lo más corto posible; es un concepto ligado al de “detección precoz”. La prevención terciaria, por último, va encaminada a que el sujeto enfermo tenga el menor número posible de secuelas, una vez que se ha alcanzado un punto en el que es imposible eliminar la enfermedad.



En el caso de los trastornos alimentarios, hacemos prevención primaria si conseguimos que una persona que podría llegar a padecer anorexia o bulimia no padezca estas enfermedades. Si, una vez aparecido el trastorno alimentario conseguimos que la persona reciba tratamiento rápidamente estamos haciendo prevención secundaria y, en el caso de pacientes crónicos, estamos haciendo prevención terciaria si esa persona se mantiene bajo control médico regular y así reducimos complicaciones físicas graves (cardíacas, metabólicas, óseas...) a largo plazo.

Los datos sobre la efectividad de la prevención primaria en trastornos alimentarios han sido en muchos casos incompletos y contradictorios, sobre todo en relación con los factores individuales y familiares. Algunos programas de prevención se han orientado hacia los factores sociales, como, por ejemplo, la presión para

adelgazar a que se ven sometidas las mujeres (y, en particular, las mujeres jóvenes) en nuestra sociedad; también existen programas que han intentado neutralizar el efecto negativo que pueden tener los medios de comunicación sobre los adolescentes, sobre todo cuando presentan la delgadez como sinónimo de belleza y triunfo o proponen ideales de belleza imposibles de alcanzar para la mayoría de las personas. En este sentido, enseñar a los adolescentes a ser críticos frente a los mensajes de los medios de comunicación y los modelos de belleza procedentes de los mismos podría ser de utilidad. En relación el papel de los padres, compañeros y profesores, la prevención pasaría por evitar que los niños y adolescentes (sobre todo si tienen sobrepeso) sufran críticas y burlas por su aspecto físico, así como por enseñarles a volverse resistente frente a las mismas en la medida de lo posible. Por lo general, la prevención pasa por evitar que niños y adolescentes (presionados por la sociedad, su familia o sus amigos) empiecen a hacer dietas de forma descontrolada. Paralelamente, puede ser eficaz enseñar a los niños y los jóvenes a comer adecuadamente, a desarrollar una alimentación saludable y a aceptarse tal como son, con independencia de que su peso sea más o menos alto.

De cualquier modo, parece que la prevención primaria en trastornos de la alimentación tiene un efecto limitado, y de ahí la importancia de la prevención secundaria, es decir, de conseguir detectar rápidamente un trastorno alimentario en sus inicios y de conseguir que la persona que está empezando a desarrollar una anorexia nerviosa o una bulimia nerviosa sea evaluada por un profesional competente y reciba un tratamiento adecuado. Posiblemente, este es el nivel en el que nuestros esfuerzos pueden dar mejores resultados.

¿Qué pueden hacer los padres si sospechan que alguno de sus hijos padece un trastorno alimentario?

De acuerdo con lo que se acaba de señalar, lo principal es conseguir que la persona que presumiblemente padece un trastorno alimentario sea evaluada por un médico con experiencia, que pueda confirmar o descartar la existencia del trastorno. A veces conseguir esto es complicado, porque ya se ha señalado que muchas personas con trastornos alimentarios no son conscientes de la gravedad de su problema y tienden a negar su existencia. En estos casos, la postura de la familia tiene que ser consistente (tan enérgica como debería ser, por ejemplo, si sospechasen que su hijo o hija está consumiendo drogas), ya que siempre es mejor llegar a la confrontación que permitir que una enfermedad que puede poner en peligro la salud del adolescente siga avanzando. Lógicamente, una postura enérgica no está reñida con una actitud cariñosa, de comprensión y de apoyo, sino que se trata de actitudes compatibles y necesarias.

¿Qué hacen los profesionales para tratar a un paciente con un trastorno alimentario?

El tratamiento de los trastornos alimentarios es complejo y, a menudo, largo en el tiempo. En muchos casos suele exigir la colaboración de diferentes profesionales, que deben trabajar coordinadamente: médico de familia, psiquiatras, psicólogos, enfermeros, nutricionistas, etc.

En los pacientes que han perdido mucho peso, la recuperación del peso es, generalmente, la primera tarea que hay que abordar, ya que es muy difícil conseguir resolver el problema si persiste un peso excesivamente bajo. Para ello es necesario conseguir una normalización (preferentemente, progresiva) de la dieta y de los hábitos alimentarios.

También es necesario realizar un tratamiento adecuado de las complicaciones médicas que puedan haberse producido como consecuencia del trastorno alimentario, así como de los posibles trastornos psiquiátricos (ansiedad, depresión, fobias...) que pudiesen existir. Finalmente, el tratamiento del trastorno alimentario pasa por ayudar a la persona que lo padece (y a su familia) a resolver los conflictos que existían al inicio de la enfermedad, o que pudiesen haberse producido tras el inicio de la misma, en el plano personal, familiar y social.



Para conseguir esto suele ser necesario recurrir a una gama compleja de intervenciones, que van desde el uso de medicamentos al desarrollo de psicoterapias orientadas al paciente y a su familia. Para ello es necesario contar con profesionales cualificados, que tengan experiencia en el tratamiento de trastornos de la alimentación.

En algunos casos (desnutrición grave, pérdida rápida de peso, complicaciones médicas importantes...) puede ser necesaria la hospitalización del paciente, preferentemente en una unidad específica.

El papel de la familia es fundamental en el tratamiento de los trastornos alimentarios y habitualmente es imposible que, sin su ayuda y colaboración, los profesionales puedan obtener buenos resultados. Hay que tener siempre presente que existe un enemigo común (la enfermedad) contra el que el paciente, su familia y los profesionales deben luchar aunando sus esfuerzos.

EAT-40

INSTRUCCIONES. A continuación aparece una lista de afirmaciones relativas a distintos aspectos de la alimentación. Responda a todas ellas con un círculo alrededor del número del espacio correspondiente, según le suceda "siempre", "casi siempre", "a menudo", "a veces", "raramente" o "nunca". Sume las puntuaciones obtenidas.

	SIEMPRE	CASI SIEMPRE	A MENUDO	A VECES	RARA-MENTE	NUNCA
1. Me gusta comer con otras personas	0	0	0	1	2	3
2. Hago comida para los demás, pero yo no como lo que cocino	3	2	1	0	0	0
3. Me pongo nervioso/a antes de las comidas	3	2	1	0	0	0
4. Me asusta la idea de pesar más de la cuenta	3	2	1	0	0	0
5. Evito comer aún teniendo hambre	3	2	1	0	0	0
6. Estoy preocupado/a por la comida	3	2				
7. Me doy atracones y, cuando estoy comiendo, tengo la sensación de que no puedo parar	3	2				
8. Parto la comida en trozos pequeños	3	2				
9. Conozco el contenido calórico de los alimentos que ingiero	3	2				
10. Evito especialmente las comidas con un alto contenido en hidratos de carbono (por ejemplo, pan, arroz, patatas, etc.)	3	2				
11. Me siento hinchado/a después de comer	3	2				
12. Creo que a los demás les gustaría que comiese más	3	2				

	SIEMPRE	CASI SIEMPRE	A MENUDO	A VECES	RARA-MENTE	NUNCA
13. Vomito después de comer	3	2	1	0	0	0
14. Tengo sentimientos de culpa después de comer	3	2	1	0	0	0
15. Estoy preocupado/a por mi deseo de estar delgado/a	3	2	1	0	0	0
16. Hago ejercicio enérgicamente con el fin de quemar calorías	3	2	1	0	0	0
17. Me peso varias veces al día	3	2	1	0	0	0
18. Me gusta que la ropa me quede ajustada	0	0	0	1	2	3
19. Me gusta comer carne	0	0	0	1	2	3
20. Me levanto muy temprano por las mañanas	3	2	1	0	0	0
21. Como los mismos alimentos todos los días	3	2	1	0	0	0
22. Cuando hago ejercicio, pienso que así quemo calorías	3	2	1	0	0	0
23. Mis periodos menstruales son regulares (sólo mujeres)	0	0	0	1	2	3
24. Los demás piensan que estoy demasiado delgado/a	3	2	1	0	0	0
25. Estoy preocupado/a con la idea de que mi cuerpo contiene grasa	3	2	1	0	0	0
26. Tardo más que los demás en terminar de comer	3	2	1	0	0	0
27. Me gusta comer en restaurantes	0	0	0	1	2	3
28. Uso laxantes	3	2	1	0	0	0
29. Evito comer alimentos que contengan azúcar	3	2	1	0	0	0

	SIEMPRE	CASI SIEMPRE	A MENUDO	A VECES	RARAMENTE	NUNCA
30. Como alimentos dietéticos	3	2	1	0	0	0
31. Siento que la comida domina mi vida	3	2	1	0	0	0
32. Tengo auto-control sobre lo que como	3	2	1	0	0	0
33. Siento que los demás me presionan para que coma más	3	2	1	0	0	0
34. Empleo demasiado tiempo y pienso excesivamente en la comida	3	2	1	0	0	0
35. Sufro de estreñimiento	3	2	1	0	0	0
36. Me siento a disgusto después de comer dulces	3	2	1	0	0	0
37. Hago dietas	3	2	1	0	0	0
38. Me gusta sentir mi estómago vacío	3	2	1	0	0	0
39. Me gusta probar comidas nuevas	0	0	0	1	2	3
40. Siento el impulso de vomitar después de comer	3	2	1	0	0	0

VALORACIÓN: Una puntuación de 30 o más es sugerente de padecer una anorexia nerviosa.

BITE

INSTRUCCIONES: A continuación aparece una lista de afirmaciones relativas a distintos aspectos de la alimentación. Responda a todas ellas con un círculo alrededor del número del el espacio correspondiente, según le suceda o no lo que se afirma. Sume las puntuaciones obtenidas.

1. ¿Sigue diariamente las mismas costumbres en su alimentación? SI 0 NO 1

2. ¿Realiza usted dietas rigurosas? SI 1 NO 0

3. ¿Tiene sentimientos de haber fracasado si rompe una dieta, aunque sólo sea una vez? SI 1 NO 0

4. Cuenta las calorías de todo lo que come, aunque no esté a régimen? SI 1 NO 0

5. ¿Alguna vez ha ayunado durante un día entero? SI 1 NO 0

6. Si responde "Sí" a la pregunta 5, ¿con qué frecuencia lo hace?

- Un día sí y otro no De vez en cuando
 2-3 veces a la semana Una sola vez
 Una vez a la semana

7. ¿Se vale de alguno de los siguientes medios para perder peso?

	Nunca	Ocasional-mente	2-3 veces a la semana	Una vez a la semana	Diaria-mente	2-3 veces al día	5 o más veces al día
Píldoras adelgazantes							
Tomar diuréticos							
Tomar laxantes							
Provocarse el vómito							

8. ¿Siente usted perturbada severamente su vida por sus hábitos alimentarios? SI 1 NO 0

9. ¿Considera que la comida domina su vida?	SI	1	NO	0
10. ¿Se da atracones hasta tener que parar porque se siente mal?	SI	1	NO	0
11. ¿Hay veces en que lo único que puede hacer es pensar en la comida?	SI	1	NO	0
12. ¿Come cantidades razonables delante de los demás y luego se atiborra en secreto?	SI	0	NO	1
13. ¿Puede parar de comer cuando desea hacerlo?	SI	1	NO	0
14. ¿Experimenta alguna vez un deseo ARROLLADOR de comer y comer y comer?	SI	1	NO	0
15. Cuando se siente ansioso/a, ¿tiende a comer mucho?	SI	1	NO	0
16. ¿Le ATERRORIZA la idea de llegar a convertirse en obeso/a?	SI	1	NO	0
17. ¿Alguna vez consume rápidamente grandes cantidades de alimentos (no solamente durante las comidas)?	SI	1	NO	0
18. ¿Siente vergüenza de sus hábitos alimentarios?	SI	1	NO	0
19. ¿Le preocupa no tener control sobre las cantidades que come?	SI	1	NO	0
20. ¿Se refugia en la comida para sentirse bien?	SI	1	NO	0
21. ¿Es capaz de dejar comida en el plato al terminar de comer?	SI	0	NO	1
22. ¿Engaña a los demás respecto a la cantidad que come?	SI	1	NO	0
23. La cantidad que come, ¿depende directamente del hambre que tenga?	SI	0	NO	1
24. ¿Se da siempre grandes atracones de comer?	SI	1	NO	0
25. Si responde "Sí", ¿se desprecia a sí mismo/a si se excede comiendo?	SI	1	NO	0

26. Si se excede comiendo, ¿lo hace únicamente cuando está solo/a?	SI	1	NO	0
27. Si se excede comiendo, ¿con qué frecuencia lo hace?				
<input type="checkbox"/> 2-3 veces al día	<input type="checkbox"/> Una vez a la semana			
<input type="checkbox"/> Diariamente	<input type="checkbox"/> Una vez al mes			
<input type="checkbox"/> 2-3 veces a la semana	<input type="checkbox"/> Casi nunca			
28. ¿Haría cualquier cosa por satisfacer el ansia de darse un atracón?	SI	1	NO	0
29. Si come en exceso, ¿se siente muy culpable?	SI	1	NO	0
30. ¿Come alguna vez en secreto?	SI	1	NO	0
31. ¿Considera normales sus hábitos alimentarios?	SI	0	NO	1
32. ¿Se considera a sí mismo/a un/a glotón/a compulsivo/a?	SI	1	NO	0
33. ¿Varía su peso en más de 2,5 kg a la semana?	SI	1	NO	0

VALORACIÓN: Una puntuación inferior a 10 sugiere ausencia de disfunción alimentaria, una puntuación entre 10 y 15 sugiere alteración del patrón alimentario (aunque no necesariamente una bulimia nerviosa), una puntuación entre 15 y 20 es sugerente de bulimia nerviosa y una puntuación superior a 20 es sugerente de padecer bulimia nerviosa.

Recursos en Internet

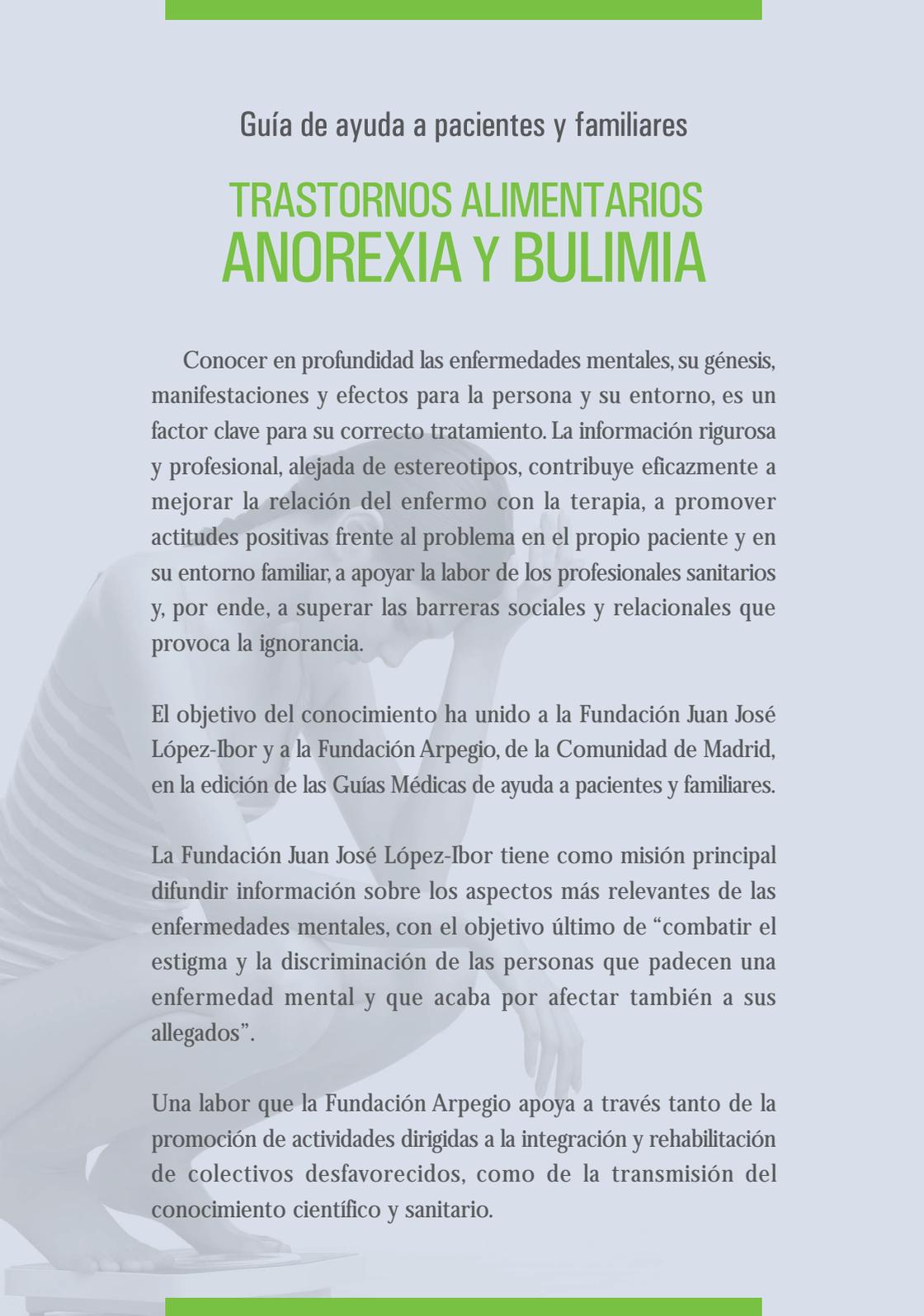
- Ministerio de Educación y Ciencia
<http://www.mepsyd.es/cide/espanol/innovacion/salud/revista/revistaTrenSalud.pdf>
Guía sobre nutrición saludable
- Instituto de la Juventud. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales:
<http://www.injuve.mtas.es/injuve/contenidos.downloadatt.action?id=1383352662>
Direcciones y teléfonos de interés de Unidades de Trastornos Alimentarios y Asociaciones de Familiares existentes en España

Dr. Francisco Javier Vaz Leal

Doctor en Medicina. Médico Especialista en Psiquiatría. Realizó sus estudios de licenciatura en la Facultad de Medicina de Badajoz (1973-1979), integrándose en la misma tras finalizar los mismos como profesor. Realizó su formación como psiquiatra en el Hospital “San Sebastián” de Badajoz, ampliando posteriormente su formación en el ámbito de la psicoterapia (Instituto Español de Psicoterapia Breve. Madrid), la psiquiatría infantil y del adolescente (Centre Hospitalier Universitaire Vaudois, Lausanne), la terapia sistémica (Centro para el Estudio Sistémico de la Familia. Madrid) y la terapia familiar y de pareja (Centre d'Etude de la Famille, Association European Family Therapy Association. Paris).

Autor de más de 170 publicaciones científicas, incluyendo artículos en revistas nacionales e internacionales, libros y monografías. Tiene una experiencia de más de 30 años en docencia universitaria, siendo actualmente Profesor Titular de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Badajoz (Universidad de Extremadura). Ha dirigido 20 tesis doctorales, muchas de ellas sobre trastornos de la alimentación y ha sido investigador responsable de varios proyectos de investigación subvencionados, manteniendo un equipo y una línea de financiación ininterrumpida en convocatorias nacionales de I+D desde hace más de quince años. En la actualidad dirige un proyecto, en el que está implicado un equipo de 20 investigadores, sobre psiconeuroinmunología de los trastornos de la alimentación.

En el plano asistencial, es actualmente Jefe de Sección de Psiquiatría, y Coordinador de las Unidades de Salud Mental y de Trastornos Alimentarios, ambas integradas en el Complejo Hospitalario Universitario de Badajoz (Servicio Extremeño de Salud).



Guía de ayuda a pacientes y familiares

TRASTORNOS ALIMENTARIOS ANOREXIA Y BULIMIA

Conocer en profundidad las enfermedades mentales, su génesis, manifestaciones y efectos para la persona y su entorno, es un factor clave para su correcto tratamiento. La información rigurosa y profesional, alejada de estereotipos, contribuye eficazmente a mejorar la relación del enfermo con la terapia, a promover actitudes positivas frente al problema en el propio paciente y en su entorno familiar, a apoyar la labor de los profesionales sanitarios y, por ende, a superar las barreras sociales y relacionales que provoca la ignorancia.

El objetivo del conocimiento ha unido a la Fundación Juan José López-Ibor y a la Fundación Arpegio, de la Comunidad de Madrid, en la edición de las Guías Médicas de ayuda a pacientes y familiares.

La Fundación Juan José López-Ibor tiene como misión principal difundir información sobre los aspectos más relevantes de las enfermedades mentales, con el objetivo último de “combatir el estigma y la discriminación de las personas que padecen una enfermedad mental y que acaba por afectar también a sus allegados”.

Una labor que la Fundación Arpegio apoya a través tanto de la promoción de actividades dirigidas a la integración y rehabilitación de colectivos desfavorecidos, como de la transmisión del conocimiento científico y sanitario.