

TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA



UNA GUÍA PARA FAMILIARES

M^a Jesús Sagastiberri Arruebarrena

Psiquiatra adjunta al Programa de Trastornos de la Conducta Alimentaria de Salud Mental Extrahospitalaria de Gipuzkoa

Izaskun Marañoñ Guillan

Psicóloga adjunta al Programa de Trastornos de la Conducta Alimentaria de Salud Mental Extrahospitalaria de Gipuzkoa

OSAKIDETZA
Salud Mental Extrahospitalaria de Gipuzkoa
Octubre 2007

ÍNDICE

1. OBJETIVOS.....	2
2. ¿QUÉ SON LOS TRASTORNOS DE LA ALIMENTACIÓN?.....	2
3. ¿CUÁLES SON?.....	3
4. ¿QUÉ ES LO PRIMERO QUE HAREMOS ANTE LA SOSPECHA DE UN TRASTORNO DE ESTE TIPO EN UN MIEMBRO DE NUESTRA FAMILIA?.....	4
5. ¿DÓNDE ACUDIR? MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA.....	4
6. CENTRO DE SALUD MENTAL.....	4
7. PROGRAMA ESPECÍFICO PARA LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA (PTCA)	5
8. ¿CÓMO PODEMOS ENTENDER ESTOS TRASTORNOS?.....	7
9. ¿QUÉ PODEMOS HACER PARA AYUDAR A NUESTRO HIJO/A?.....	8
BIBLIOGRAFÍA.....	9

1. OBJETIVOS:

Los estudios de población de adolescentes muestran una incidencia (nº de nuevos casos al año) para los trastornos de la conducta alimentaria del 4-10% en mujeres con edades comprendidas entre 15-18 años (1). Sólo el 10% de los afectados son varones. Teniendo en cuenta por tanto que se trata de sujetos dependientes del medio familiar y partiendo de nuestra experiencia profesional, mediante esta guía para familiares planteamos:

- Describir brevemente las características de estos trastornos.
- Describir los recursos que existen en Salud Mental Extrahospitalaria de Gipuzkoa.
- Facilitar las claves para su comprensión
- Orientar sobre actitudes familiares facilitadoras del cambio terapéutico.
- Orientar sobre aquellas actitudes que no favorecen el cambio.

En esta guía no encontraras los recursos asistenciales disponibles en el ámbito privado ni los recursos asistenciales públicos de otras comunidades autónomas.

2. ¿QUÉ SON LOS TRASTORNOS DE LA ALIMENTACIÓN?

Son trastornos de la **conducta** alimentaria caracterizados por:

- Preocupación excesiva por el peso y la silueta corporal.
- Comportamientos para controlar el peso como, por ejemplo, reducción de la cantidad y variedad de los alimentos de la dieta, vómitos, ejercicio excesivo, toma de laxantes, diuréticos o anorexígenos (sustancias que disminuyen el apetito).

3 ¿CUÁLES SON?

3.1 ANOREXIA NERVIOSA: Caracterizada por (2)(3):

- Peso bajo.
- Negación del peligro del bajo peso.
- Miedo intenso a ganar peso.
- Percepción alterada de la propia imagen corporal.
- Autoevaluación basada en la imagen.
- Amenorrea: Ausencia de menstruación.

TIPOS DE ANOREXIA

- **RESTRICTIVA:** Restricción de la alimentación con ausencia de vómitos.
- **PURGATIVA:** Presencia de atracones y purgas (p.ej. provocación del vomito o uso excesivo de laxantes, diuréticos o enemas).

3.2 BULIMIA NERVIOSA: Caracterizada por (2)(3):

- Peso normal o alto
- Miedo intenso a ganar peso.
- Autoevaluación basada en la imagen.
- Atracones: Ingesta de grandes cantidades de comida en poco tiempo, con sensación de pérdida de control. Estas conductas suelen tener lugar a escondidas y su función es reducir temporalmente el malestar psíquico.
- Conductas compensatorias inapropiadas como pueden ser el ayuno, los vómitos y el ejercicio intenso.

3.2.1 TIPOS DE BULIMIA

- **PURGATIVA:** Presencia de vómitos o uso de laxantes, diuréticos o enemas en exceso.
- **NO PURGATIVA:** Ausencia de vómitos y purgas.

3.3 TRASTORNOS NO ESPECIFICADOS: Caracterizados por no cumplir todos los criterios diagnósticos necesarios para la anorexia nerviosa o la bulimia nerviosa. Algunos ejemplos pueden ser los siguientes (2)(3):

- Masticar comida y expulsarla sin tragarla.
- Atracones sin conductas compensatorias de ningún tipo.
- Anorexia nerviosa sin amenorrea.

4 ¿QUÉ ES LO PRIMERO QUE HAREMOS ANTE LA SOSPECHA DE UN TRASTORNO DE ESTE TIPO EN UN MIEMBRO DE NUESTRA FAMILIA?

Las personas con trastornos alimentarios, pueden resultar difíciles de comprender. Pero sobre todo hay que saber que no se trata de un simple capricho adolescente, sino de la expresión de un gran sufrimiento psíquico. Debemos intentar acercarnos al enfermo, mostrándole nuestra preocupación y nuestro apoyo y animándole a que solicite la ayuda de un profesional.

5 ¿DÓNDE ACUDIR? MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA

En primer lugar, se debe acudir al Médico de Atención Primaria. El objetivo es descartar cualquier patología que pueda ser la causante del bajo peso o de las conductas anómalas observadas. El profesional de Atención Primaria se encargará, en caso necesario, de derivar al paciente a su Centro de Salud Mental de referencia.

6 CENTRO DE SALUD MENTAL

En el Centro de Salud Mental se diagnosticará y se iniciará el tratamiento para el trastorno de la alimentación. En algunos casos será precisa la derivación del paciente al Programa Específico de Trastornos de la Conducta Alimentaria para continuar allí con un tratamiento más especializado.

7 PROGRAMA ESPECÍFICO PARA LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA (PTCA)

En el PTCA el tratamiento lo realizarán diferentes profesionales (tratamiento multidisciplinar) bajo la coordinación del psiquiatra responsable del caso.

- **PSIQUIATRA:** psicoterapia individual y apoyo a familiares. En caso de ser necesario, tratamiento psicofarmacológico, que normalmente consiste en el empleo de fármacos antidepresivos cuando existe clínica depresiva, y fármacos anti-impulsivos que ayudan a controlar los atracones. La indicación de estos tratamientos farmacológicos es necesaria debido a que una enfermedad depresiva (en caso de estar presente) o las conductas impulsivas incontroladas (en caso de existir) interfieren en gran medida la evolución del proceso.
- **PSICÓLOGO:** Apoyo a familiares y psicoterapia individual.
- **ENDOCRINÓLOGO:** Vigilancia, cuidados médicos y asesoramiento nutricional.

En el PTCA contamos también con:

- **GRUPO DE ADOLESCENTES:** Tiene una duración de un curso escolar con sesiones quincenales. El objetivo es modificar las relaciones interpersonales facilitando la expresión verbal del sufrimiento, la comprensión de los otros y la visión de las propias dificultades.
- **TALLER DE CONTENCIÓN ORIENTACIÓN PARA PADRES:** Su duración es de 10 sesiones con periodicidad de un día por semana. En ellas se tratan diferentes temas relacionados con la enfermedad del hijo/a, con el objetivo de lograr un conocimiento suficiente de la enfermedad que permita, a través de la posibilidad de compartir, disminuir el grado de estrés familiar.

★ Hospitalización

En caso de que sea necesario un ingreso este se llevará a cabo en el Hospital Donostia. Dependiendo de los criterios de ingreso, se realizará en el Servicio de Endocrinología o en el Servicio de Psiquiatría.

Los criterios de ingreso en el Servicio de Endocrinología son los siguientes:

- Severa desnutrición: pérdida de más del 25% del peso esperado para la edad y la talla.
- Alteraciones electrolíticas graves.
- Constantes biológicas muy inestables: tensión arterial, pulso, temperatura.
- Complicaciones orgánicas graves: alteraciones cardíacas, deshidratación, hipotensión, bradicardia.

Los criterios de ingreso en el Servicio de Psiquiatría son los siguientes:

- Conducta suicida.
- Atracones y vómitos incontrolables.
- Presencia de (comorbilidad) otros síntomas psiquiátricos importantes: depresión mayor, trastorno obsesivo compulsivo, abuso de tóxicos (adicciones), grave descontrol de impulsos.
- Evolución desfavorable del cuadro que obliga a considerar el ingreso y sus posibles beneficios.

★ Recursos Adicionales

ACABE (Asociación contra la Anorexia y Bulimia):
Pº de Mons, 32 bajo (Intxaurreondo). 20015 Donostia-San Sebastián.

Tel: 943326250 Fax: 943226249

Horario: 9:00-14:00 / 16:00-20:00

8 ¿CÓMO PODEMOS ENTENDER ESTOS TRASTORNOS?

Los TCA tienen en común la obsesión por la comida, sea para evitarla o para ingerirla desmesuradamente. Entendemos anorexia y bulimia como las dos caras de la misma moneda: los/las pacientes viven para comer o para no comer.

En el fondo, lo que se observa en todas los/las pacientes es que el síntoma alimentario (no comer, atracarse, vomitar...) se convierte en el modo de expresar el malestar interno. No viven la tristeza emocionalmente, sino que ésta se manifiesta a través de sensaciones que se depositan en el estómago (4).

Mediante la comida intentan llenar un vacío (5). La comida en estos trastornos tiene una función calmante, papel parecido a la droga en el toxicómano.

En el origen del trastorno nos encontramos con una pobre imagen o una baja valoración de si mismos/as que impide hacer frente a diferentes acontecimientos que se dan en la vida. Los/las pacientes necesitan que el resto les valoren para poder valorarse y enfrentar las dificultades (6). Es en la delgadez dónde ellos/as creen encontrar la respuesta.

Para que los/las pacientes comiencen a valorarse y a ser autónomos, en la familia se les debe permitir crecer y ser ellos/as mismos/as (7).

9 ¿QUÉ PODEMOS HACER PARA AYUDAR A NUESTRO HIJO/A?

- Aceptar a nuestros/as hijos/as como son.
- Centrar la atención en las cosas que hacen bien y en lo que nos gusta de su personalidad.
- Aceptar que lo sano es que cada vez hacemos menos falta a nuestros/as hijos/as. Esto supone que hasta que se emancipen habrá que redefinir la relación con ellos/as continuamente.
- Ayudarles a ser autónomos/as, dándoles responsabilidades, invitando a tomar decisiones, aceptando sus decisiones.
- Poner límites en caso de que sea necesario. Las normas que existen en casa para todos deben ser respetadas por ellos/as también.
- Buscar ayuda de los PROFESIONALES, dejándonos asesorar y poniendo en práctica lo que ellos/as nos dicen. Aunque los trastornos de la conducta alimentaria pueden producir complicaciones físicas y psíquicas, de manera habitual no suelen ser urgentes. Pero, si su hijo/a está deprimido/a, presenta ideas, actos suicidas u otras conductas de riesgo, acuda rápidamente a un servicio sanitario que le pueda orientar.

¿Qué no debemos hacer para ayudar a nuestro/a hijo/a?

- No debemos obsesionarnos con la comida. Es un sufrimiento terrible ver que nuestro/a hijo/a no come o vomita. Ante esto la reacción de los padres es la esperada: hacer que coma o evitar por todos los medios que vomite. Sin embargo, nuestra experiencia nos dice que no debemos centrarnos en la comida, ya que si respondemos al malestar de nuestro hijo sólo por el síntoma, nos comunicaremos con él sólo a través del síntoma. Como hemos dicho antes hay que dar más importancia a los aspectos sanos de nuestro/a hijo/a.
- No debemos intentar que sean como nosotros/as queremos. Si realmente deseamos que sean felices, tenemos que saber respetar cómo son en lugar de intentar que sean como nosotros/as queremos que sean.

¹BIBLIOGRAFÍA

(1) Fernandez, F., Turón, V. (1998). **Trastornos de la alimentación. Guía básica de tratamiento en anorexia y bulimia.** Barcelona. Masson.

(2) American Psychiatric Association (2001). **DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales – IV – Texto revisado.** Barcelona. Elsevier-Masson.

(3) Organización Mundial de la Salud (1992). **CIE-10 Décima revisión de la clasificación internacional de las enfermedades.** Organización Mundial de la Salud. Madrid

(4) Puertas, P. (2002). **El grupo de anoréxicas: una alternativa nutritiva.** Bilbo. Ediciones Altxa.

(5) Aberasturi, A. y Knobel, M. (1989). **La adolescencia normal.** Buenos Aires. Editorial Paidós.

(6) Freud, S. (1914). **Introducción al narcisismo.**

(7) García Badaracco, J. (1990). **Comunidad terapéutica psicoanalítica de estructura multifamiliar.** Madrid. Tecnipublicaciones.