

ANOREXIA Y BULIMIA: CARACTERIZACIÓN Y SISTEMATIZACIÓN DE LA EXPERIENCIA DE INTERVENCIÓN DE LA CLÍNICA DE ADOLESCENTES DEL HOSPITAL NACIONAL DE NIÑOS

Dr. Alberto Morales Bejarano¹
Lic. Walter Ramírez Mora²
Lic. Maria Elena Ureña Cascante³
Lic. Angela Sevilla Vargas⁴
Egr. Pamela Umaña Barrientos⁵
Lic. Rocío Chaves Víquez⁶

Objetivo: Caracterizar la población de adolescentes con trastornos de la alimentación y presentar el modelo de intervención de la Clínica de Adolescentes del Hospital Nacional de Niños (HNN).

Muestra: 22 adolescentes seleccionados con el diagnóstico de anorexia o bulimia

Resultados: Se encontraron los siguientes aspectos relevantes: dinámica familiar disfuncional donde sobresale conflictos a nivel del subsistema parental, adolescentes con rendimiento escolar alto previo a la enfermedad, síntomas ansiosos y preocupación por la imagen

corporal desde la infancia, como antecedentes premórbidos.

Se da una asociación significativa de la enfermedad con trastornos afectivos, trastornos ansiosos y con conductas de riesgo de los adolescentes.

Los trastornos más frecuentemente encontrados a través de exámenes de laboratorio son: anemia, enfermedad eutiroidea, alteraciones del sodio y de las gonadotropinas hipofisarias.

El modelo de intervención planteado enfatiza sobre el abordaje interdisciplinario y de la necesidad de complementar la intervención con opciones adecuadas para el internamiento

Palabras claves: anorexia, bulimia, equipo interdisciplinario, conductas de riesgo, disfunción familiar.

Introducción

Los trastornos de la conducta alimentaria, concretamente la anorexia y la bulimia nerviosa, han estado presentes a lo largo de la historia. Sin embargo es en nuestros días cuando existe una mayor preocupación respecto a ellas, debido al incremento de la población con esta problemática. Las descripciones de auto inanición se han encontrado en redacciones medievales y la anorexia nerviosa fue definida por primera vez como problema médico en 1873.

Los trastornos alimentarios son enfermedades devastadoras producidas por una compleja interacción de factores, que pueden incluir trastornos emocionales y de la personalidad, disfunción familiar,

¹ Pediatra. Jefe Clínica Adolescente, Hospital Nacional de Niños. Apartado 1195-2150, San José, Costa Rica.

² Psicólogo Clínico, Clínica de Adolescentes, Hospital Nacional de Niños Apdo 1654-1000 San José, Costa Rica.

³⁻⁴⁻⁵ –Clínica del Adolescente del Hospital Nacional de Niños.

⁴ Enfermería de la Clínica de Adolescentes, Hospital Nacional de Niños.

una posible sensibilidad genética o biológica, y el vivir en una cultura en la cual hay una obsesión por la delgadez.

La bulimia nerviosa generalmente empieza a principios de la adolescencia cuando las jóvenes intentan las dietas restrictivas, fracasan y reaccionan con hartazgos. En respuesta a lo anterior, se purgan mediante la toma de laxantes, pastillas para la dieta o medicamentos para reducir líquidos o inducen el vómito.

En general, las personas bulímicas tienen un peso corporal de nivel normal alto, pero este puede fluctuar por más de 10 libras debido al ciclo de hartazgos-purgas. Las estimaciones de la prevalencia de bulimia entre mujeres jóvenes varían de 4% a 10%, aunque algunos investigadores sostienen que este problema es subestimado porque muchas pacientes son capaces de ocultar sus purgas o vómitos, y no se presentan pérdida significativa de peso.

Las personas anoréxicas, por el contrario llegan con frecuencia al punto de inanición perdiendo entre 15% a un máximo de 60% del peso corporal normal. Las motivaciones primarias de su repulsión a comer,

son un temor abrumador de estar con sobrepeso junto con una imagen distorsionada de su cuerpo.

La anorexia nerviosa es la tercera enfermedad crónica más común en mujeres adolescentes y se estima que se presentará en 0.5% a 3% de toda la población adolescente. Algunos estudios indican que la prevalencia de ambas (anorexia y bulimia) en los Estados Unidos fluctúa de 2% a 18%, cerca de 90% son mujeres y sólo 10% son varones.

Se ha encontrado tasas de mortalidad que varían de 4% a 20%, y el riesgo de muerte aumenta significativamente cuando la paciente tiene un déficit de peso/talla de 40%.

Por ser una enfermedad multicausal, podríamos encontrar varios detonantes, aunque cada tipo de trastorno es determinado por diferentes combinaciones de éstos, entre ellos culturales, familiares, químicos y psicológicos. La ropa diseñada y modelada para cuerpos delgados, las jóvenes cuya autoestima se basa en la aprobación externa y en la apariencia física; los deportes que premian la figura esbelta, la proliferación de anuncios y programas para la reducción de peso, hacen que los adolescentes, sean más susceptibles a los trastornos de la conducta alimentaria.

La violencia doméstica, el abuso sexual, la carencia de afecto, padres controladores y excesivamente críticos de sus hijos, pueden funcionar también como

¹ Pediatra. Jefe Clínica Adolescentes, Hospital Nacional de Niños. Apartado 1195-2150, San José, Costa Rica.

² Psicólogo Clínico, Clínica de Adolescentes, Hospital Nacional de Niños Apdo 1654-1000 San José, Costa Rica.

³⁻⁵⁻⁶ Clínica del Adolescente del Hospital Nacional de Niños.

⁴ Enfermera de la Clínica de Adolescentes, Hospital Nacional de Niños

principales desencadenantes y perpetuadores de estos trastornos. Con frecuencia están acompañados por la depresión, trastornos de ansiedad o ambos.

El incremento en la morbilidad y mortalidad, así como la poca existencia en nuestro país de programas de tratamiento que brinden la intervención adecuada, aunado al despliegue de información vinculada a la pérdida de peso de las personas, sin importar el estado de salud o las consecuencias que esto conlleva, son algunas de las razones que llevan al equipo de investigadores a interesarse en el tema.

Conociendo que durante el proceso terapéutico los pacientes pueden presentar alteraciones biológicas o mentales, que implican un riesgo vital y que por este motivo suele precisarse el tratamiento en un régimen intra hospitalario, se realizó una revisión en los servicios de registros médicos de diferentes hospitales. En estos estudios se encontró un total de ochenta y siete egresos desde el año 97 con diagnóstico de ANOREXIA y BULIMIA, distribuidos de la siguiente manera:

Año	Hospital de Nacional Niños	Hospital Psiquiátrico Nacional	Hosp. Rafael Ángel Calderón Guardia	Total
1997	-	4	-	4
1998	1	8	3	12
1999	2	7	3	12
2000	3	8	1	12
2001	9	24	4	37
2002	6	ND	4	10
TOTAL GENERAL				87

Debido al incremento de consulta por estos trastornos en los últimos años, en la Clínica de Adolescentes del Hospital Nacional de Niños, es que el equipo de atención integral se ha dado a la tarea de realizar una caracterización de la población atendida en el periodo 2000-2002 y una sistematización de la atención.

Marco teórico general

Las personas con anorexia y bulimia suelen tener rasgos de trastornos de personalidad, presentan dificultades para expresar sentimientos y emociones, tienen una reducida capacidad de

pensamiento mágico y fantasioso que va más allá de baja autoestima. Además, carecen de un adecuado sentido de identidad y son sensibles a la crítica y al fracaso (Turón Gil, 1999).

Este tipo de pacientes a menudo experimentan trastornos de ansiedad, incluyendo fobias y el trastorno obsesivo compulsivo; cerca de 25% de pacientes con anorexia tienen fobias sociales – temor de ser escrutado y humillado públicamente, (Monografía 2000), sin embargo son más propensos al trastorno obsesivo compulsivo. Un

estudio de Cervera (1996), informó que ocurría esta comorbilidad en 83% de los casos estudiados, las obsesiones son imágenes mentales, pensamientos o ideas recurrentes y persistentes, que dan lugar al comportamiento compulsivo, por ejemplo con los ejercicios, las dietas, los alimentos, el peso, la evitación, entre otros.

Otras investigaciones sugieren que entre 40% y 80% de todos los pacientes con trastornos alimentarios experimenta depresión, sin embargo esta no es una relación causal, particularmente en la anorexia, porque los trastornos del comer no ceden cuando la medicación antidepresiva se suministra como único tratamiento. Por otro lado, el cuadro depresivo mejora después de que los pacientes anoréxicos empiezan a subir de peso.

Existen investigaciones que indican que cantidades bajas de ciertos neurotransmisores en algunas personas con anorexia y bulimia, permanecen incluso bajas aún después de haber recuperado su peso. Estos niveles bajos también se encuentran en las personas con depresión y con el trastorno obsesivo compulsivo.

Si en realidad causan o no los trastornos del comer, la ansiedad y la depresión, es algo que no se tiene tan claro, sin embargo sí se puede decir que definitivamente influyen en las personas en ser más susceptibles a los sentimientos de baja autoestima, que con certeza contribuyen al desarrollo del trastorno alimentario.

Las personas con un pronóstico reservado en los trastornos de la alimentación son: las que han estado enfermas por más de seis años, quienes estaban obesas antes de la anorexia, quienes tienen trastornos de la personalidad y adolescentes con padres con relaciones disfuncionales. Los hombres están a un riesgo particular para las complicaciones médicas potencialmente mortales, probablemente, porque son diagnosticados más tardío que las mujeres.

Generalmente el abordaje de los trastornos alimentarios requiere de un tratamiento largo e intenso que si se realiza en las etapas adolescentes tiene resultados muy positivos (Storber et al., 1997). Durante el proceso terapéutico, los pacientes pueden cumplir criterios de gravedad o de evolución negativa, con riesgos inmediatos para la vida o de cronificación del trastorno. Cuando ello ocurre es necesario el ingreso a un centro hospitalario dado los riesgos biológicos que presentan estos pacientes.

Las estancias hospitalarias medias en los ingresos por anorexia nerviosa suelen ser más largas que las de otros trastornos y suelen oscilar entre 40 y 140 días (McKenzie y Joyce, 1992), aunque en los últimos años se ha ido acortando siguiendo la tendencia general de los ingresos psiquiátricos en niños y adolescentes (Pottick et al., 2000). La recuperación del peso debe ser lenta y sostenida a pesar de la resistencia del paciente a ello, por

ende además del control y tratamiento de las alteraciones biológicas, se debe incluir programas conductuales que llevan a la normalización de la conducta alimentaria y al aumento de peso. En la experiencia del HNN el rango de estancia hospitalaria es de 3 a 6 semanas.

Acortar el promedio de estancia hospitalaria es uno de los objetivos de la intervención, dado el costo económico. Especialmente en adolescentes es necesario no desarraigar al joven de su vida social, familiar y escolar.

En diferentes estudios se ha encontrado un índice de reingresos elevado de entre 25% y 35 % en pacientes adultos y de hasta 63% en adolescentes (McKenzie y Joyce, 1992). En el caso de pacientes entre 10 y 14 años, el porcentaje de reingresos es de hasta 82%. Algunos investigadores han señalado que a más bajo peso del paciente, más posibilidad de evolución negativa hay. Otras variables que han relacionado con una mejor evolución en general son: mayor edad, menor tiempo de evolución, índice de masa corporal de ingreso más elevados, no presencia de sintomatología purgativa ni de sicopatología (Howard et al, 1999, Nozoe 1995, Ostuzzi et al, 1999).

El programa global de tratamiento tiene diversos objetivos a corto y largo plazo, dentro de los primeros tenemos: mejorar las condiciones biológicas que implican un riesgo vital, mejorar el estado nutricional y la conducta alimentaria disfuncional. Es fundamental la normalización del

peso lo antes posible, que no transcurran muchos meses en un peso bajo y amenorrea, dadas las consecuencias que pueden tener sobre la masa ósea (Castrá et al, 1999).

La frecuente presencia de síntomas depresivos como hipotímia, astenia, anhedonia, asociados a la anorexia nervosa, así como la preocupación excesiva por el peso e imagen corporal como pensamientos obsesivos, condujo a la utilización de fármacos inhibidores de la recaptura de la serotonina en este trastorno (Alonso, 2002).

Actualmente se conoce que los pronósticos son más optimistas cuando la utilización de los antidepressivos se realiza durante la fase de recuperación nutricional y de peso, en el contexto de un abordaje cognitivo-conductual intensivo (Kaye 1998 citado por Alonso 2002).

Marco teórico de intervención

Perspectiva de desarrollo

Reconocemos a los trastornos de la alimentación como un fenómeno complejo de naturaleza multifactorial, condicionado por factores de origen intrapsíquico, familiares, somáticos y ambientales.

La anorexia es un fenómeno distintivo de la adolescencia, desencadenado por los cambios puberales, donde subyacen los cambios maduracionales psicobiológicos. En términos existenciales y de adaptación representa un intento extremo y a veces inexplicable de resolver la crisis de la identidad.

Guarda semejanza con los cambios propios adolescentes, en que la imagen corporal, autonomía y el autocontrol son aspectos claves de este período.

La psicopatología del trastorno alimentario hace que estas preocupaciones se traduzcan en fobia hacia el peso, déficit en la autonomía y distorsión de la imagen corporal.

Cambios en la adolescencia

En este período se van a dar no solo cambios físicos y de maduración sexual significativos, sino que también en los intereses y actitudes, donde la sexualidad y el grupo de pares se constituye en un patrón de referencia fundamental.

Las capacidades cognitivas se incrementan, pasando de un pensamiento concreto a pensamientos abstractos y a la aplicación de la lógica. Esto le permite al adolescente la resolución de disonancias y a considerar el potencial de crecimiento y cambio para ganar una mayor autonomía, manifestada principalmente por una progresiva desidealización y separación de los valores de los padres, de un sentimiento creciente de que se es único y una búsqueda y obtención de gratificaciones emocionales fuera del círculo familiar.

A la par de lo anterior se da la aparición de una estable y cohesionada estructura del ego, evidenciada esta tarea por una síntesis de múltiples procesos del desarrollo, incluyendo la internalización de la autoestima, la integración del ego y las

representaciones objetales y la construcción concomitante de un sistema propio de creencias y valores.

Cambios en adolescentes con trastornos de la alimentación

Van a predominar los factores de vulnerabilidad, que se instalan desde la infancia y que interactúan entre sí reforzándose: actitudes acerca del proceso de crecimiento y maduración, ansiedades de la autoestima, patrones característicos de defensas psicológicas y de reducción de la tensión, regulación y manejo de la afectividad, confianza en sí mismo o necesidad de aprobación externa, calidad de internalización de las identificaciones parentales y conflictos en la aceptación genérica y de la apariencia personal.

Todo lo anterior puede exponer al adolescente a influencias de la familia y los pares que afectan la aceptación o rechazo del desarrollo puberal.

Por otro lado, la familia usualmente impone controles estrictos a los desafíos del ser adolescente y viven la separación de manera conflictiva y con gran ansiedad, incluyendo los cambios físicos. Los cambios del desarrollo adolescente son vividos con deficiencias de adaptación, que van también a exponer al adolescente a tener mayor vulnerabilidad para la patología anoréxica. La consecuencia es que el proceso de adaptación puberal y de salud psicológica no están presentes o están parcialmente desarrollados o consolidados, no lográndose una estructura estable

del ego, una tolerancia a la ambigüedad y presencia de intensidad emocional e incremento en la flexibilidad del funcionamiento cognitivo psicológico.

El resultado es una autoexpresión afectiva disminuida y una gran necesidad de reconocimiento externo, imponiéndose al adolescente nuevos desafíos para compensar sus sentimientos de vulnerabilidad. La maduración se vive como dolorosamente disruptiva e intrusiva, fomentándose los sentimientos de explotación y de control por elementos externos.

La inanición es positivamente valorada, aunque a los otros pueda parecer despiadada y brutal, pero que le sirve al adolescente como una afirmación de disciplina y autodeterminación, cubriendo los cambios físicos externos y teniendo una mayor simplificación de la existencia (no crecer).

Es por esto que los objetivos de la intervención van a estar orientados hacia cambios relevantes en el paciente con el trastorno de la alimentación: incremento en la apertura a manejar la experiencia afectiva, mayor tolerancia a los cambios inciertos del crecimiento, mejoramiento de la introspección, abstracción del pensamiento, panorama realístico de las limitaciones personales, competencia y potencialidades e incremento de la comprensión de la dinámica de los factores que inhiben la separación-individuación.

Definiciones

Criterios diagnósticos para anorexia nervosa según el manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM IV)

1. Rechazo a mantener el peso corporal igual o por encima del valor mínimo normal considerando la edad y la talla (Pérdida de peso que da lugar a un peso inferior al 85% del esperable o fracaso en conseguir el aumento de peso normal durante el periodo de crecimiento, dando como resultado un peso corporal inferior al 85% del peso esperable).
2. Miedo intenso de ganar peso o a convertirse en obeso, incluso estando por debajo del peso normal.
3. Alteración en la percepción del peso o la silueta corporal, exageración de su importancia en la auto evaluación o negación del peligro que implica el bajo peso.
4. En mujeres postpuberales, presencia de amenorrea: ausencia de al menos tres ciclos menstruales consecutivos (se considera amenorreica a una mujer cuando sus menstruaciones se presentan únicamente con tratamientos hormonales).

Subtipos:

TIPO RESTRICTIVO: Durante el período de anorexia nerviosa, el

individuo no recurre regularmente a episodios de ingesta exagerada (bacanales) o a purgas (provocación del vómito o uso excesivo de laxantes, diuréticos o enemas).

TIPO COMPULSIVO/ PURGATIVO: Durante el episodio de la anorexia nerviosa, el individuo recurre regularmente a episodios de ingesta excesiva (bacanales) o a purgas (provocación del vómito o uso excesivo de laxantes, diuréticos o enemas)

Criterios diagnósticos de bulimia nerviosa según el DSM IV

1. Presencia de ingesta excesiva de alimentos, caracterizado por:
 - a. Ingesta de alimentos en un corto periodo de tiempo (por ejemplo en 2 horas) en cantidad superior a la que la mayoría de las personas ingeriría en un período de tiempo similar y en las mismas circunstancias.
 - b. Sensación de pérdida de control sobre la ingesta de alimentos (por ejemplo sensación de no poder parar de comer o no poder controlar el tipo o la cantidad de comida que se está ingiriendo).

2. Conductas compensatorias inapropiadas, de manera repetida, con el fin de no ganar peso, como son provocación de vómitos, uso excesivo de laxantes, diuréticos, enemas u otros fármacos, ayuno y ejercicio excesivo.
3. Las ingestas excesivas (bacanales) y las conductas compensatorias inapropiadas tienen lugar, como promedio, al menos dos veces a la semana durante un período de tres meses.
4. La auto evaluación está exageradamente influida por el peso y la silueta corporal.
5. La alteración no ocurre exclusivamente en el transcurso de la anorexia nerviosa.

Subtipos:

TIPO PURGATIVO: Durante el episodio de bulimia nerviosa, el individuo se provoca regularmente el vómito o usa laxantes, diuréticos o enema en exceso.

TIPO NO PURGATIVO: Durante el episodio de bulimia nerviosa, el individuo emplea otras conductas compensatorias inapropiadas como el ayuno o el ejercicio intenso, pero no vómito o uso de laxantes, diuréticos o enemas.

Trastorno de la conducta alimentaria no especificado según la DSM IV

La categoría trastorno de la conducta alimentaria no

especificada denota aquellos trastornos de la conducta alimentaria que no cumplen los criterios para ningún trastorno de la conducta alimentaria específica. Algunos ejemplos son:

1. En mujeres se cumplen todos los criterios diagnósticos para la anorexia nerviosa, pero las menstruaciones son regulares.
2. Se cumplen todos los criterios diagnósticos para la anorexia nerviosa excepto que, a pesar de existir una pérdida de peso significativa, el peso del individuo se encuentra dentro de los límites de la normalidad.
3. Se cumplen todos los criterios diagnósticos para la bulimia nerviosa, con la excepción que los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas aparecen menos de 2 veces por semana o durante menos de 3 meses.
4. Empleo regular de conductas compensatorias inapropiadas después de ingerir pequeñas cantidades de comida por parte de un individuo de peso normal (por ejemplo, provocación del vómito después de haber comido dos galletas).
5. Masticar y expulsar, pero no tragar, cantidades importantes de comida.

6. Trastorno por atracón: consiste en atracones recurrentes en ausencia de la conducta compensatoria inapropiada típica de la bulimia nerviosa.

Proceso metodológico

La metodología utilizada es de tipo cualitativo, para fines de este documento se divide en cinco momentos:

1. Se seleccionó, a criterio de los profesionales de la Clínica de Adolescentes del HNN, la población sujeta de investigación con que se trabajaría. Para ello se realizó una revisión cuidadosa de los expedientes clínicos de los adolescentes que tuvieran diagnósticos de trastornos alimentarios y que hubiesen sido valorados por todos los miembros del equipo durante el período comprendido entre enero del 2001 y febrero del 2002. En total se seleccionaron 22 casos con diagnósticos definitivos de trastorno alimentario del tipo bulimia o anorexia.
2. Se llevó a cabo una investigación bibliográfica a fin de conocer los distintos estudios y proyectos que tanto a nivel nacional como internacional existen sobre la temática.
3. Se procedió a confeccionar el instrumento que se utilizaría para el desarrollo de la investigación, con el

propósito de obtener información sobre las principales características que posee dicha población y de este modo realizar un primer acercamiento al perfil biopsicosocial de los adolescentes con trastornos alimentarios. Para esto se elaboró un cuestionario, en donde cada profesional aportó las variables que de acuerdo a su especialidad eran importantes de conocer.

- Se aplicó el instrumento a los distintos adolescentes que participaban de la investigación. De este modo se seleccionó un día a la semana en donde todos los profesionales del equipo atenderían de forma individual a los adolescentes y a sus familiares, para proceder a completar la información necesaria.

- Se realizó el análisis y categorización de la información, destacando los aspectos más importantes encontrados en la aplicación del instrumento. Dicho análisis se desarrolló de forma grupal mediante sesiones reflexivas de realimentación en donde cada profesional expuso sus hallazgos.

- Finalmente se sistematizó la información en el presente artículo.

Resultados

Del análisis realizado con los 22 adolescentes participantes en la investigación, el equipo interdisciplinario destaca lo siguiente:

Los principales diagnósticos encontrados al iniciar el tratamiento con estas adolescentes fueron:

Diagnóstico de ingreso	Porcentaje
Anorexia	50%
Bulimia	22.7%
Mixto	27.3%

Situación sociodemográfica

La mayoría de la población consultante de la Clínica de Adolescentes con trastornos alimentarios, está constituida por mujeres, representando 91% del total. Lo anterior corrobora los hallazgos de investigaciones internacionales, en donde se establece que la prevalencia es mayor en mujeres, con una relación de 9:1.

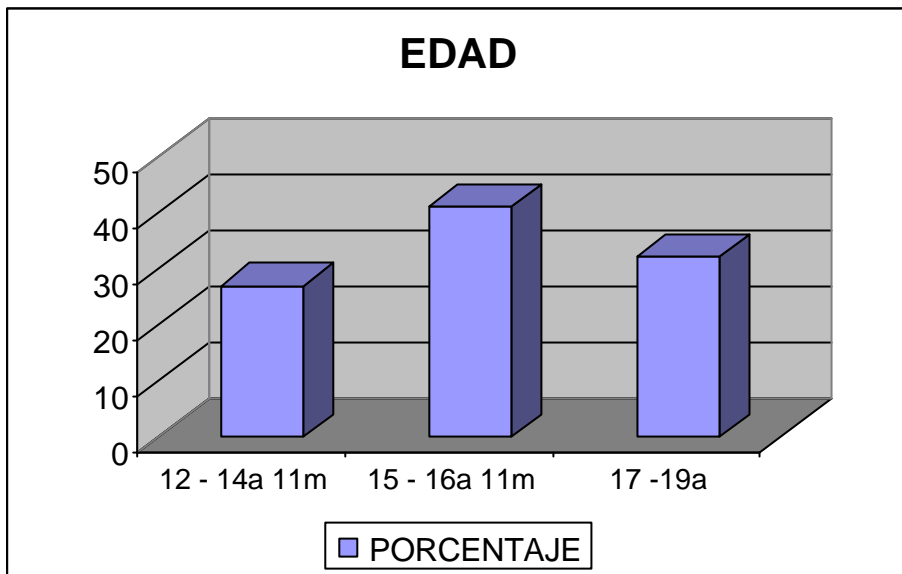
Edad

La mayoría de los adolescentes se ubica en la adolescencia temprana y media, con 69% del total, lo cual guarda relación con el período de la vida donde se encuentre más frecuentemente la enfermedad.

Este proceso se ve interferido por: violencia domiciliaria, problemas de pareja entre sus progenitores, exigencias culturales de su grupo

de pares, entre otros, lo cual podría predisponer al desarrollo de trastornos de la conducta

alimentaria, lo cual se identifica como factores de riesgo.



Escolaridad

En cuanto a la escolaridad destaca la prevalencia de adolescentes cursando el cuarto ciclo de educación diversificada, con 45.45% (undécimo 9.09%, décimo año 36.36%) y además 13.63% cursa enseñanza superior, el resto se distribuye de la siguiente manera: noveno año 9.09%,

22.72% octavo año y 9.09% séptimo año.

Lo anterior refleja las características que suelen acompañar a estos pacientes: altas expectativas, perfeccionismo y coeficiente de inteligencia normal o de nivel superior, lo que les permite estar ubicados en los niveles que corresponden a su edad.

Rendimiento Académico de los Adolescentes. HNN 2002



Los datos de rendimiento académico se refieren al momento en que el paciente está cursando con la enfermedad, por lo que se ha dado un impacto negativo sobre el mismo, ya que la historia previa es de ser estudiantes con rendimiento académico ubicado entre muy bueno y excelente. Aún así 40.4% se ubica entre muy bueno y bueno.

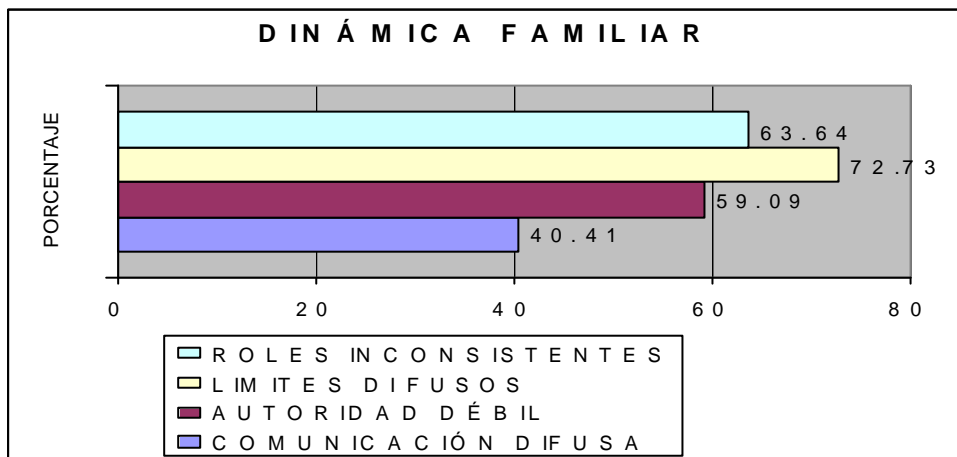
Ubicación Geográfica

En relación a la ubicación geográfica de la población,

proviene de San José (54.56%), Alajuela (31.81%) y Heredia (13.63%).

Situación familiar

Las familias de estos adolescentes se caracterizan por ser en su mayoría nucleares y uniparentales, lo que determina el tipo de vínculos y relaciones ocurridas entre los miembros, siendo que 95% se encuentran dentro de estas estructuras familiares.



La dinámica familiar se caracteriza por presentar comunicación difusa entre los miembros del grupo familiar (40.41%), autoridad débil de los supervisores para con los adolescentes (59.09%), límites difusos (72.73%), los cuales influyen en el origen del síntoma e interfieren negativamente en la recuperación del adolescente. Asimismo tanto los adolescentes como los padres asumen roles que no les corresponden, produciéndose interacciones

disfuncionales en la dinámica familiar, 63.64% de las familias posee roles inconsistentes.

Dichas familias poseen climas tensos, agresivos, distantes, poco afectuosos y sobreprotectores en donde la labor de los adultos de establecer límites claros se convierte en una meta difícil de alcanzar.

Algunos factores que pueden interferir en la aparición o mantenimiento del trastorno

alimentario podrían relacionarse con historias de vida donde hay presencia de violencia intrafamiliar. En nuestro caso, tenemos que 40% de los adolescentes reporta historia de violencia en sus hogares, de éstos 41% corresponden a situaciones de abuso sexual y, en el mismo porcentaje también, a abuso psicológico o emocional, mientras que 17% reporta abuso físico.

Es notable que en los diferentes estudios y en nuestra experiencia profesional, se encuentra una gran cercanía y parentesco entre las víctimas de abuso y el ofensor, y esta investigación no es la excepción, ya que los perpetradores de la agresión hacia los jóvenes, en el orden de mayor a menor frecuencia se ubica la madre, padrastro, padre y tíos.

Impacto de la enfermedad

En relación a la evolución del trastorno, se ha de anotar que al momento de llegar a solicitar tratamiento profesional al HNN, 18% de la población reporta estar padeciendo la enfermedad desde hace seis meses, 41% aproximadamente desde hace un año, 23% año y medio y 18% con más de año y medio.

Los datos anteriores revelan que 82% de la población atendida presenta más de seis meses de evolución del trastorno, lo que puede impactar negativamente el pronóstico de la intervención. Esto ocurre dado la probabilidad de que

mientras se estuviese enfrentando la enfermedad sin intervención profesional, existe mayor vulnerabilidad de desarrollar otros trastornos (afectivos, ansiedad, entre otros), tal y como sucede en los casos de esta investigación, en donde 77% presenta trastornos del afecto (depresión mayor y distimia principalmente) y 54% trastornos de ansiedad (crisis de angustia y trastorno obsesivo compulsivo), lo que confirma la relación entre esta enfermedad y este tipo de patologías.

No es tampoco de extrañar la existencia de elementos ansiógenos importantes, ya que 73% de los casos presentan obsesiones relacionadas con el miedo a comer, a engordar y a su imagen corporal.

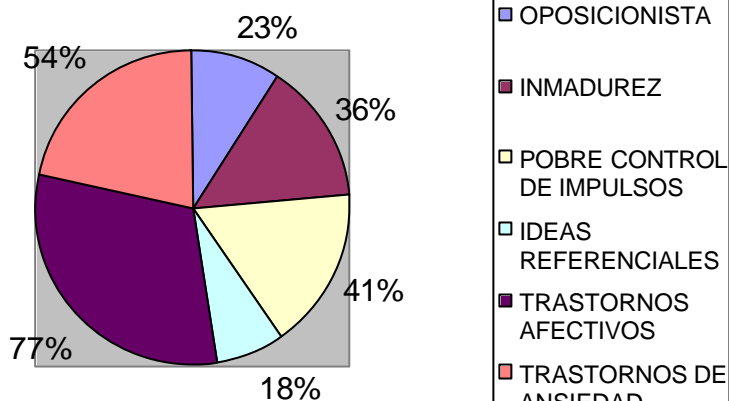
Importante rescatar que a menor tiempo de evolución del trastorno, mejor será el pronóstico y viceversa.

Resultados del Test de Rorschach

Este es un test de tipo semi proyectivo, que se utiliza para detectar rasgos de personalidad, manejo de impulsos, depresión, trastornos del pensamiento, entre otros.

El siguiente cuadro ilustra los hallazgos encontrados en las pruebas psicológicas realizadas a los adolescentes estudiados:

TEST DE RORSCACH



Los trastornos de la conducta alimentaria en nuestra investigación, aparecen acompañados por trastornos del afecto y trastornos de ansiedad, dentro de los que destacan elementos de tipo distímico y de depresión mayor, lo cual vendría a agravar la situación del joven, dado que acentúa sus problemas de aislamiento, baja autoestima, apatía, abulia, problemas del sueño y del apetito.

Dentro de los trastornos de ansiedad que manifiestan los evaluados, se encontraron fobias, crisis de angustia y el trastorno obsesivo compulsivo que se caracteriza por imágenes mentales, pensamientos o ideas recurrentes y persistentes, que pueden dar lugar a comportamientos compulsivos, los cuales se ejecutan para prevenir o manejar la obsesión.

Aunque las personas con estos trastornos reconocen que estos pensamientos obsesivos y los

comportamientos ritualistas, son excesivos y hasta peligrosos, no logran detenerlos a pesar de sus esfuerzos para ignorarlos o suprimirlos, lo que provoca un rígido sistema de vida con un desgaste psíquico y físico importante.

Esto, aunado a un pobre control de impulsos que se presenta en 41% de los casos, nos indica que los adolescentes con estas enfermedades fácilmente caen presa de los rituales y obsesiones (realizar ejercicios, controlar sus comidas, manejar la ingesta de calorías, pesarse constantemente, uso de ropas de mayor tamaño a su talla, mentiras e imagen corporal mayormente distorsionada).

Los rasgos de personalidad inmadura tienen una estrecha relación con las figuras de autoridad tanto femenina como masculina, lo que se relaciona directamente con la dinámica familiar, lo cual se evidenció en nuestros casos, donde existe importante disfuncionalidad al

interior de las familias. Estos rasgos podrían concordar con la posibilidad de una seria dificultad a “crecer” por parte del adolescente con trastornos alimentarios, como respuesta a esta disfuncionalidad familiar.

Al estar centrados en la enfermedad del joven por todas las implicaciones físicas que conlleva y que, posiblemente hasta le puede

provocar la muerte, producen en él respuestas de tipo negativista y opositor, lo vuelven sensible a la crítica y a los comentarios de los demás, muy especialmente los de su familia y grupo de pares, aumentando posiblemente conductas de riesgo en el adolescente, con aislamiento total, enojo reprimido, autolesiones, entre otros.

Ideas obsesivas

IDEAS OBSESIVAS	SI (%)	NO (%)
Pasa mucho tiempo pensando en la comida	73	27
Puede quitarse estas ideas	33	68
Intervienen negativamente su cotidianidad	53	27
Ha ingerido grandes cantidades de comida	59	41
No puede controlar la ingesta	36	64
Ha escondido comida	55	45
Trata de evitar ser vista cuando ingiere alimentos	73	27

De los adolescentes estudiados, 68% presenta dificultad para el manejo de las obsesiones, siendo que éstas interfieren en forma negativa en su cotidianidad e incrementan aún más su comportamiento anoréxico o bulímico.

De la población analizada 54% reporta conductas de hartazgo ante las ideas obsesivas y 64% indica estos comportamientos como incontrolables; situación muy

semejante a un trastorno obsesivo compulsivo.

Los pacientes al presentar situaciones de tipo Trastorno Obsesivo Compulsivo (TOC) pueden ir aumentando otros cuadros de ansiedad tal como fobias específicas y fobias sociales. En nuestro caso un dato muy interesante de lo anterior, es que 73% de los adolescentes evita comer en lugares públicos, lo que aumenta sus niveles de ansiedad y

por ende, posiblemente sus conductas e ideas obsesivas.

Como ejemplo de lo anterior, podemos ver que 55% de los jóvenes ha reportado conductas de vómitos después de comer, de ellos, 36% con una frecuencia de 1-3 veces al día y 18% de hasta 4-5 veces por día.

De la muestra estudiada, 27 % ha usado algún tipo de laxantes y 55 % ha tenido rituales de esconder o botar la comida como medio compensatorio para disminuir la ansiedad que ingerir alimentos les causa.

Diagnóstico nutricional

Tratamiento Dietético Anterior		
	Número de Casos	Porcentaje
Si	2	9
No	20	91
Total	22	100

Casi la totalidad de los casos refirieron no tener un tratamiento dietético previo supervisado por un profesional, por lo que las restricciones alimentarias las hacían

basadas en creencias personales, generalmente deficitarias con relación a los requerimientos nutricionales del adolescente.

Tiempos de Comida		
	Número de Casos	Porcentaje
Dos Tiempos	9	41
Tres Tiempos	6	27
Cuatro Tiempos	5	23
Cinco o más Tiempos	2	9
Total	22	100

La mayoría de los casos, 91% refiere hacer menos de cinco

tiempos de comida, y casi la mitad solo dos, algo lógico tratándose de

desórdenes en la alimentación. Se debe tomar en cuenta que para llenar las necesidades nutricionales de un adolescente, la distribución calórica debe hacerse por lo menos en cinco tiempos de comida. Al respecto hay que mencionar la importancia que tiene, en el

tratamiento de estos pacientes, el hecho de mejorar o implementar adecuados hábitos de alimentación, sin utilizar dietas con porciones de alimentos, ya que éstas les generan una gran ansiedad y refuerzan las ideas obsesivas.

Preferencias Alimentarias			
Alimentos que le Agradan	Alimentos que le Desagradan	Alimentos que le causan angustia o miedo	Alimentos que le caen mal
Frutas	Carnes	Carnes	Huevo
Vegetales	Frituras	Frituras	Leche
Pescado	Cereales	Leguminosas y Cereales	Aguacate
Chocolates	Leguminosas	Embutidos	Carne Roja
		Golosinas	

Como era de esperarse, los alimentos que aportan menos cantidad de calorías y que son considerados “Saludables” fueron los que se destacaron en la lista de alimentos que más agradan.

Por otro lado aquéllos que son considerados “Menos Saludables” por aportar más calorías como las carnes, leguminosas y cereales (harinas) son los que encabezaron la lista de los menos agradables,

que causan temor o cuya ingesta les provoca angustia o temor.

Cabe destacar que las frituras fueron ampliamente mencionadas en la lista de alimentos desagradables o causantes de angustia. Los chocolates fueron mencionados por varios pacientes dentro de la lista de productos de alimentos que más les agradan, lo que no significa que los consuman.

Realiza Ejercicio Físico		
	Número de Casos	Porcentaje
Si	15	68
No	7	32
Total	22	100

La mayoría de los pacientes refirió realizar algún tipo de ejercicio físico, como un medio de quemar calorías y por ende disminuir de peso.

Tipo de Ejercicio		
	Número de Casos	Porcentaje
Máquinas	1	7
Abdominales o Aeróbicos	11	73
Caminar o correr	2	13
Educación Física	1	7
Total	15	100

La mayor cantidad de pacientes, 73% menciona como actividad física que realiza los ejercicios aeróbicos, las causas podrían ser:

*Económicas, solo uno de los casos refirió utilizar máquinas de un gimnasio lo cual implica un desembolso económico mensual importante.

*La disponibilidad de tiempo y espacio, ya que el ejercicio aeróbico

puede realizarse en cualquier momento y lugar, incluida la casa, y sin ser supervisados.

Se debe mencionar que los ejercicios abdominales son muy utilizados como medio para disminuir la "grasa" ubicada en esa región del cuerpo, que es considerada una de las regiones que más angustia les causa a estos pacientes.

Frecuencia del ejercicio		
Veces por semana	Número de Casos	Porcentaje
Uno a tres	6	40
Cuatro a cinco	2	13
Cinco o más	0	0
Todos los días	77	47
Total	15	100

De las personas que conformaron la muestra, 60% refiere hacer ejercicio físico más de cuatro veces por semana y casi la mitad (47%) dice

hacerlo todos los días; lo que resalta la importancia que le dan al ejercicio físico como medio de disminución de peso.

Otros Métodos para bajar de Peso		
Métodos	Número de Casos	Porcentaje
Laxantes	6	27%
Pastillas para adelgazar	0	0
Vómito	11	50%
No comer durante varios días	2	9%
No sabe/ No responde	3	14%
Total	22	100%

Nueve pacientes, 41% refirió utilizar otros métodos para bajar de peso. El método más empleado fue el vómito, usado por 23% de los

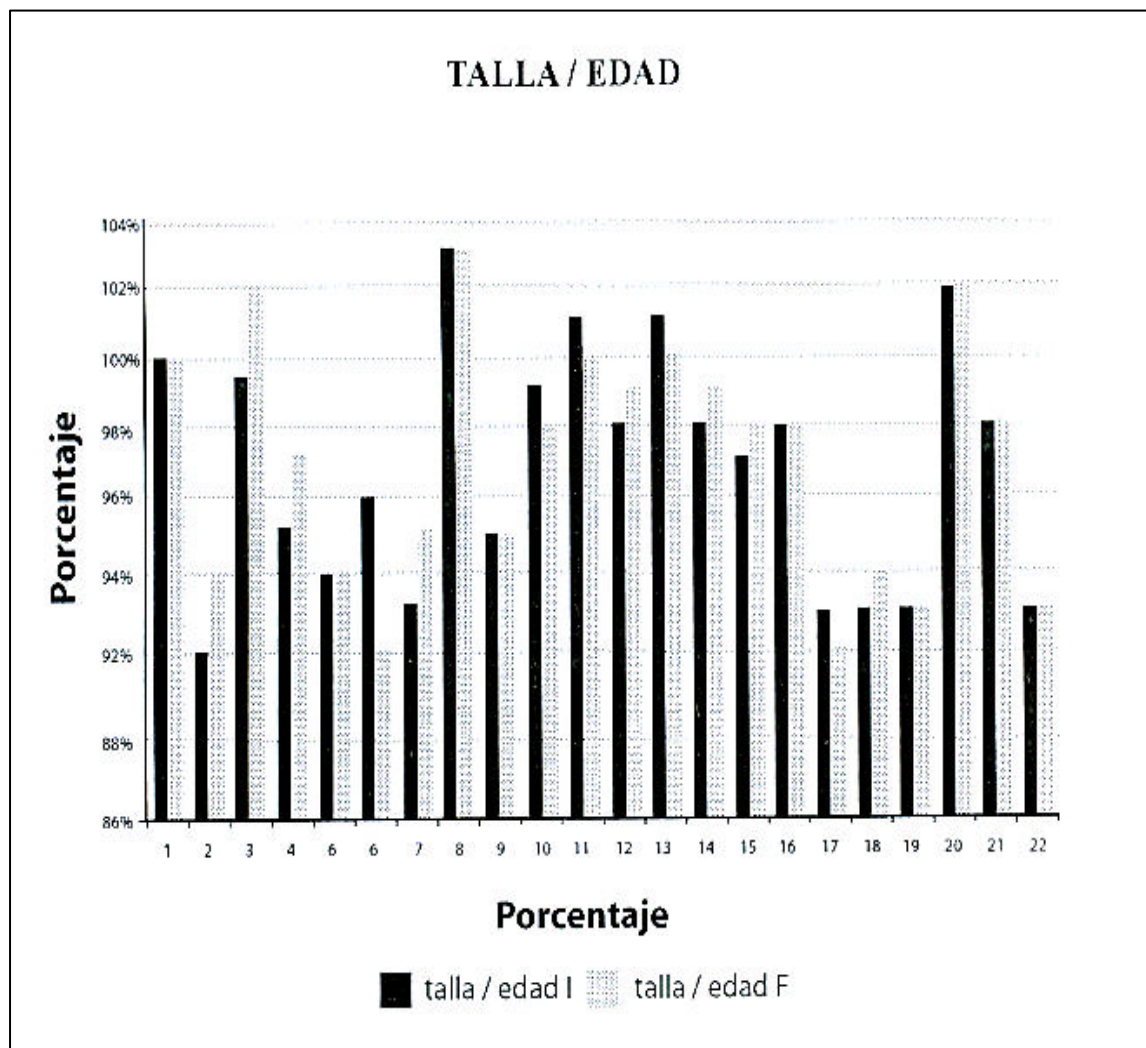
pacientes; le siguió el uso de laxantes y el ayuno de varios días, los cuales representaron 9% cada uno.

Evaluación Antropométrica

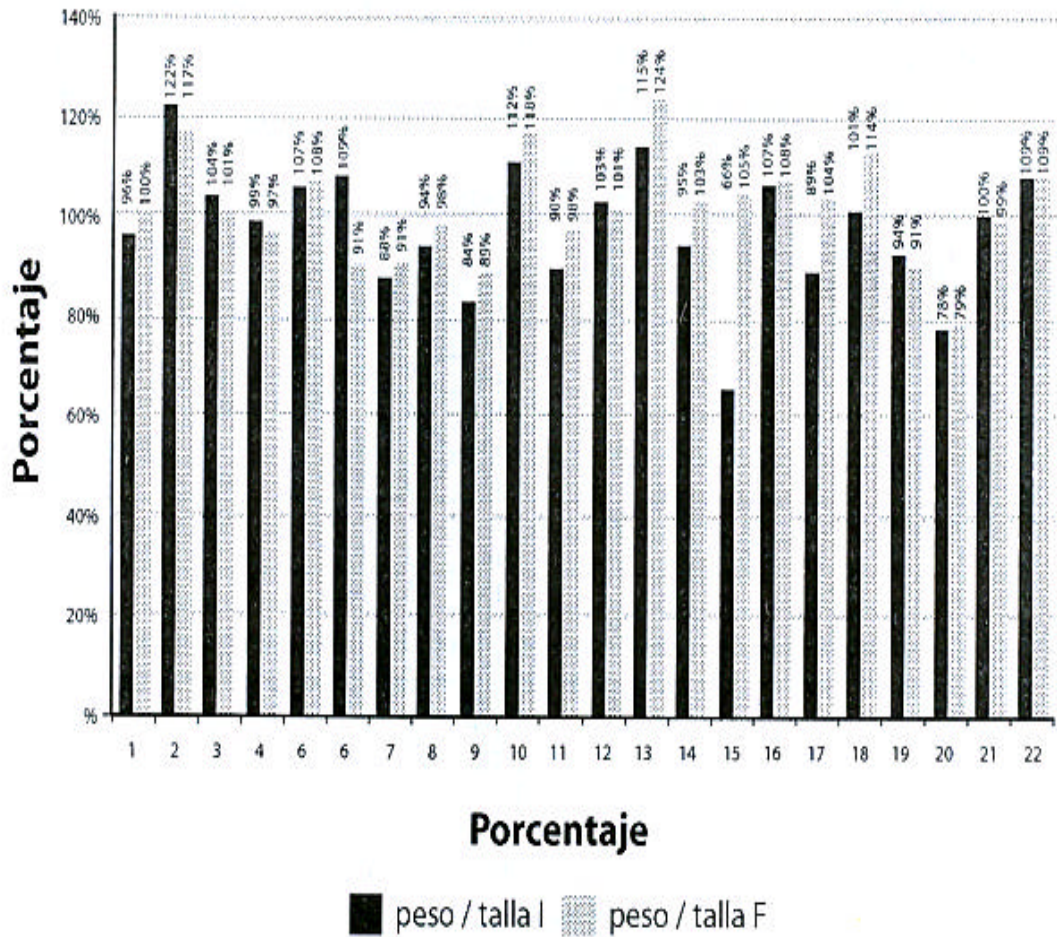
De los 22 casos, 14 aumentaron el indicador Peso/Talla, durante el proceso de intervención. Se destaca un caso en donde el aumento fue de un 39%, pasando de 66% a 105%, así como otro que logró un aumento del 15% en esta relación, de 89% a 104%.

Por otra parte, 7 casos disminuyeron, de los cuales uno bajó de un 109% a 91%.

Once casos iniciaron con una relación Peso/Talla inferior al 100%, de estos 4 logran alcanzar una adecuación óptima, mientras que 5 tuvieron un porcentaje de adecuación inferior a 90%, lo que significa que presentaban algún grado de desnutrición, uno llegó al 89% y otro no alcanzó el 80%.



PESO / TALLA



Así mismo, se puede mencionar que 3 casos iniciaron y se mantuvieron con sobre peso, y que un caso inició con peso normal y terminó con sobre peso.

Analizando el gráfico de Talla/Edad se observa que de los 22 casos, 17 iniciaron con una relación Talla/Edad inferior al 100%; de

Los últimos 5 casos tuvieron la relación Talla/Edad superior o igual al 100%, indicando un crecimiento acorde a su edad.

En conclusión un 64% de los casos (14) mostraron mejoría en el indicador Peso/Talla, 32% (7 casos), empeoraron su estado nutricional con relación a este indicador, y un caso se mantuvo igual.

estos 17, uno logró llegar al 100%, 6 aumentaron pero no alcanzaron el 100%, y tres tuvieron una relación inferior con la inicial, o sea que su crecimiento no estuvo acorde con su edad. Los restantes 7 casos la mantuvieron igual, o sea que su crecimiento estuvo acorde con su edad.

Además 5 casos iniciaron con una adecuación Peso/Talla inferior al 90%, lo que significa que presentaban algún grado de desgaste.

En cuanto al indicador Talla/Edad, solo dos casos indican una reducción, por lo que se puede decir que la mayoría mostró un crecimiento esperado para su edad.

Hallazgos exámenes de laboratorio

	HB	FSH	LH	T3	T4	TSH	TE S	NA	K	CA	NU	CRE	TRS	GL
1-0	13.4	2.7	0.21	51	6.5	0.6		141	4.7	11.2				75
2-0	14.4	3.6	2.8	138	7.5	0.6		134	4.8	10				93
3-0	13.3	2.9	2.7	72.6	7.6	0.85		140	4.1	9.1				92
4-0	11.7				8.6	1.6		137	4.2	9.6				
5-*	15.1	3.3	2.6	66.5	7.4	1.8	607					0.7		
6-0	12.5	0.61	-0.7		7.4	1.61		140	4.8	9.5	13	0.9		
7-0	11.7	1.2	2.4	152	8	6.5								
8-0	14.6			74	5.2	1.6		142	4.5					66
9-0	12	4.3	2.9	112	6.6	1.06		139	4.3	98				82
10-0	14.8				9.2	2.07		149	4.7	11.1				
11-0	11.4	1.1	2		6.7	0.07		144	3.9					76
12-0	10.6	2.7	3.8					141	4.5		17	0.7	27/22	
13-0	12	2.8	5.3		7.7	2.15		136	4	9.1			12/16	87
14-0	12.1							133	3.2	9.2		0.8		72
15-0	12	3.8	3.5	131	7.8	2.09						0.9		83
16-0	11.2	2.9	0.14	<40	4.5	0.9		142	4.3	9.4			18/18	80
17-0	14.2	3.6	2.4					139	4.5	10.2				
18-0	14.5	4.3	3.7		7.1	3.59		135	4.6	9.8				86
19-0	12.8							141	4.1	8.7	15	0.7		101
20-0	14.6			<40	3.2	0.8		134	4.7	10.3	12	1		60
21-0	14.5				3.5	7.1		135	4.6	9.8				86
22-*	14.3							139	4.7	10	18	1	14/2	76

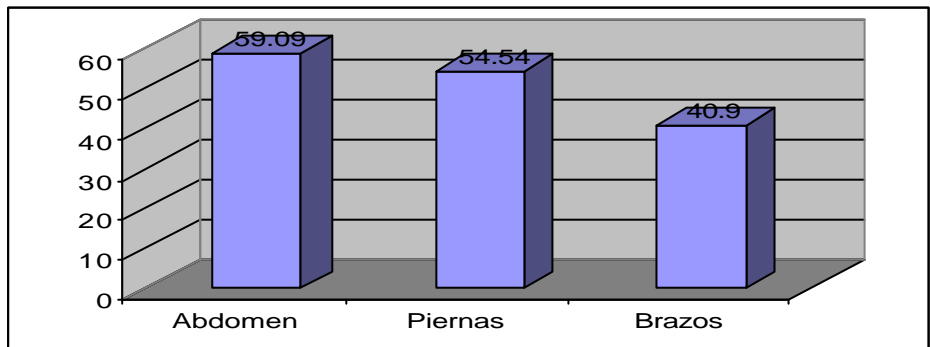
SIMBOLOGIA

HB= Hemoglobina, FSH= Hormona Folículo Estimulante, LH= Hormona Luteinizante, T3= Triyodotironina, T4= Tironina, TSH= Hormona Estimulante de Tiroides, TES= Testosterona, NA= Sodio, K= Potasio, CA= Calcio, NU= Nitrógeno Ureico, CRE= Creatinina, TRS= Transaminasas, GL= Glicemia, 0= Mujer *=Hombre

De los exámenes de laboratorio, las alteraciones más frecuentes fueron anemia (4 pacientes), niveles de gonadotropinas hipofisarias por debajo de lo esperado para la edad y etapa de maduración sexual (6 pacientes), niveles bajos de

triyodotironina que corresponde a lo descrito en anorexia como enfermedad eutiroidea (3 pacientes), nivel de sodio ligeramente por debajo de lo normal (3 pacientes) y un caso de hipokalemia.

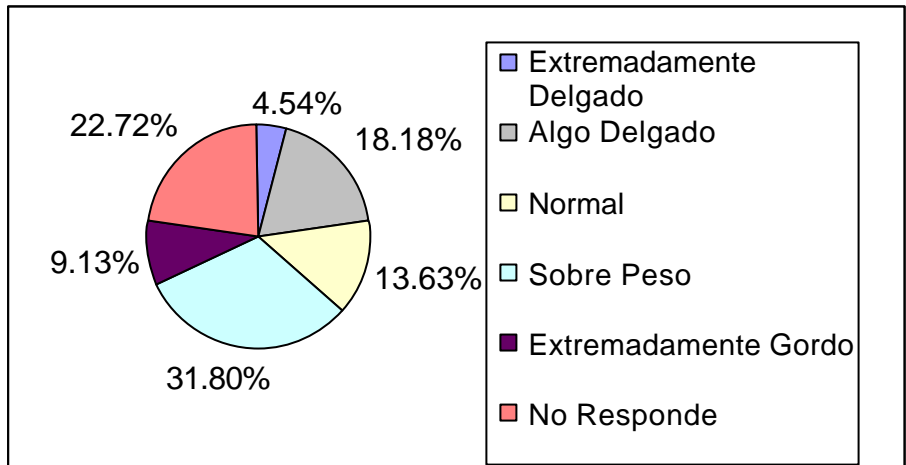
Aspectos asociados a la enfermedad Partes del Cuerpo que generan angustia en los adolescentes. HNN 2002



En lo que respecta a las partes del cuerpo que le generan mayor angustia, 59% señala la "panza" (abdomen), manifestando disgusto con su figura lo que se relaciona también con la carencia de un

adecuado sentido de identidad así como la sensibilidad a la crítica y el fracaso. Lo anterior guarda relación directa con la cultura predominante donde la delgadez extrema es un ideal a alcanzar.

COMO PERCIBEN EL PESO ACTUALMENTE LOS ADOLESCENTES. HNN 2002?

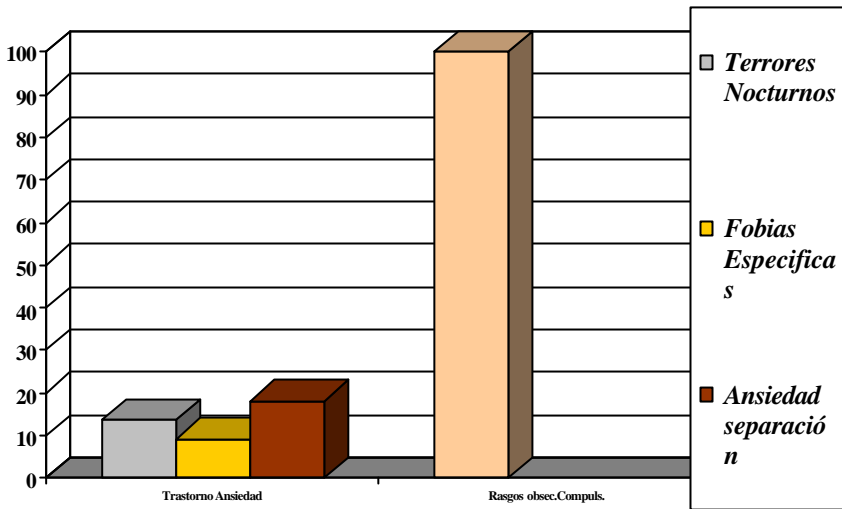


De la percepción que tenían los adolescentes de su peso en las edades entre 6 y 12 años se destaca que los mismos se ubican en 31% en sobrepeso y 9%, extremadamente gordo, mostrando igual posición en la percepción de su peso en el momento que presenta el trastorno; lo que confirma la distorsión de su imagen corporal característica en estos trastornos.

Antecedentes de Enfermedades mentales en la familia de los Adolescentes.

Se tiene que 68% de los casos estudiados reporta historias de familiares con trastornos del afecto, 36% presenta historia de haber padecido algún tipo de trastorno de ansiedad, y 18% con antecedentes de psicosis. Tomando en cuenta estos hallazgos se establece la relación entre los antecedentes familiares y la vulnerabilidad a desarrollar algún tipo de trastorno alimentario.

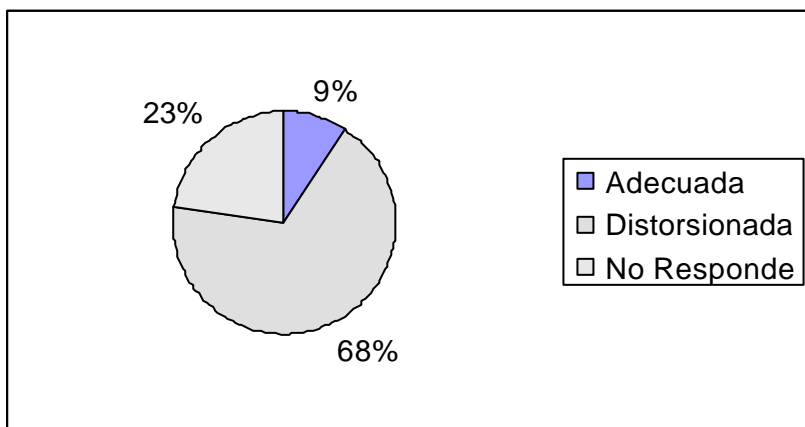
HISTORIA DE TRASTORNOS PSICOLÓGICOS EN LOS ADOLESCENTES. HNN 2002



En cuanto a los antecedentes personales se destaca que el 41% de la población estudiada presentó en algún momento de su desarrollo diferentes tipos de trastornos de ansiedad (terrores nocturnos, fobias

específicas y ansiedad de separación). Es importante destacar que 100% de la población estudiada presentó rasgos obsesivos compulsivos.

PERCEPCIÓN DE AUTOESTIMA DE LOS ADOLESCENTES. HNN 2002

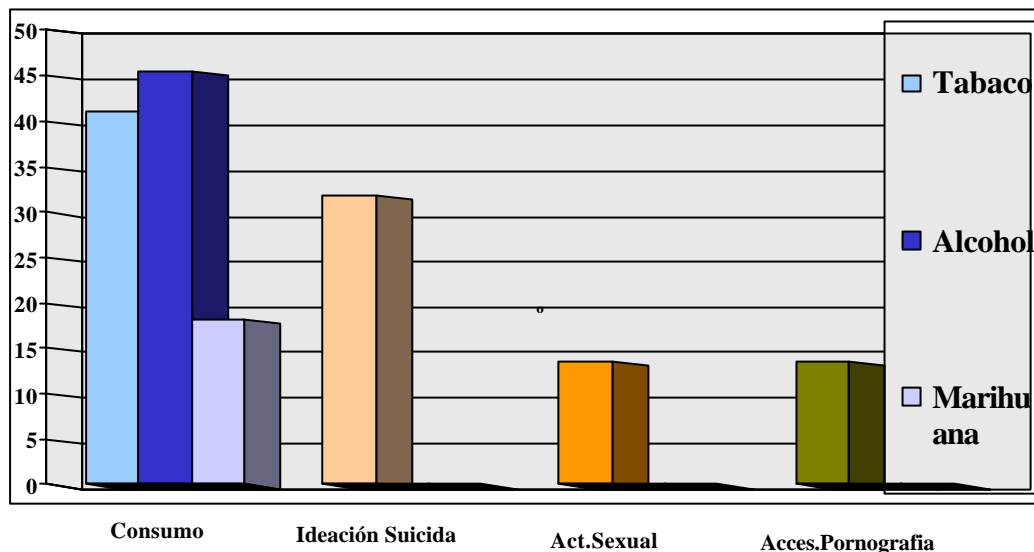


En lo correspondiente a la percepción de la autoestima se destaca que 68% de la población presenta una inadecuada

percepción de la misma, lo que pone en evidencia la sensibilidad a la crítica, al fracaso y la

vulnerabilidad a desarrollar el trastorno de alimentación.

CONDUCTAS DE RIESGO PRESENTADAS POR LOS ADOLESCENTES. HNN 2002



En cuanto a conductas de riesgo, 41% ha consumido tabaco, 45.4% ha ingerido bebidas alcohólicas, 18% ha utilizado la marihuana, 32% ha presentado en algún momento ideación suicida. Por último, se tiene que 14% de la población estudiada ha iniciado una vida sexual activa y 14% ha tenido acceso a la pornografía.

Modelo de intervención

Atención individual por áreas

Enfermería

La primera entrevista se realiza conjuntamente con la paciente y los padres, en caso que lo amerite se

Del total de 22 pacientes, 7 pacientes ameritaron internamiento, uno de ellos en dos ocasiones, con rango de estancia de 15 a 54 días. De éstos, 5 pacientes tenían el diagnóstico de anorexia, una mixto y uno de bulimia, siendo este último el único varón internado, por un intento de autoeliminación

hace ampliación sólo con la paciente.

En la consulta inicial se realizan las siguientes acciones:

- toma medidas antropométricas
- toma presión arterial

El peso y talla de la paciente, se toma estando la paciente de espaldas a la báscula y no se le informa acerca del peso específico, sino que se le explica si el mismo está ubicado o no dentro de parámetros de normalidad de peso para talla y talla para edad, de acuerdo a los percentiles 90% a 110% cuando es peso para talla y 95% a 105% en talla para edad.

Se procede posteriormente a la aplicación del instrumento de Atención

Integral de Trastornos de la Alimentación (ver anexo).

Una vez realizada este interrogatorio se ubica la categoría de riesgo, de acuerdo al instrumento utilizado y como parte de la impresión diagnóstica inicial.

Posteriormente se explica al paciente y los padres los riesgos detectados, sus implicaciones, cuál va a ser el modelo de intervención y se brinda contención a los mismos.

Adicionalmente se inicia el proceso de consejería y apoyo con la paciente y los padres, que se mantendrá mientras dure el tratamiento interdisciplinario.

En las visitas subsecuentes se valoran de nuevo los parámetros antropométricos y la presión arterial, se realiza entrevista corta con la paciente y acompañante, detectando riesgos, vigilando la evolución y se hacen observaciones pertinentes para la consulta médica. Se brinda, además, consejería sobre aspectos relacionados a la etapa adolescente y la enfermedad.

Pediatría

Primera consulta:

Se realiza historia clínica completa, enfatizando sobre aspectos de la evolución de la enfermedad, con el paciente y los padres.

Se realiza examen físico, dando énfasis a condición nutricional, hemodinámica y estado mental.

Se valoran medidas antropométricas

Se valora las posibles complicaciones médicas, a descartar las siguientes:

Desbalance Hidroelectrolítico

Hipokalemia

Hiponatremia

Alcalosis Hipoclorémica

Elevación Nitrógeno Ureico

Cetonuria

Cardiovascular

Bradycardia

Hipotensión ortostática

Disritmias

Alteraciones EKG

Intervalo QT prolongado

Anormalidades Onda T

Defectos conducción

Cardiomiopatía

Prolapso válvula mitral

Fallo cardiaco congestivo

Derrame pericárdico

Gastrointestinal

Hipertrofia parótida

Daño esmalte e incremento caries

Constipación

Diarrea Sanguinolenta

Retardo vaciamiento Gástrico

Atonía intestinal

Esofagitis

Mallory Weiss

Ruptura Esofágica o Gástrica

Pancreatitis aguda
Infiltración grasa y Necrosis
Hepática focal
Síndrome arteria Mesentérica
superior

Dermatológico

Acrocianosis
Piel seca amarilla
Uñas quebradizas
Lanugo
Pérdida de cabello
Edema

Endocrinológico

Retardo del crecimiento
Baja Talla
Retardo puberal
Amenorrea
Síndrome T3 Baja
Diabetes insípida parcial
Hiper cortisolismo

Esquelético

Osteoporosis
Fracturas
Hematológico
Supresión médula ósea
Anemia Moderada
Leucopenia
Trombocitopenia
Baja velocidad de sedimentación
Deterioro Inmunidad celular

Neurológico

Convulsiones
Miopatía
Neuropatía periférica
Atrofia cortical

Se valora hospitalización si se detecta:

- A. Desnutrición. Peso por debajo del 80% del peso para talla
- B. Deshidratación
- C. Trastornos electrolíticos sintomáticos o de alto riesgo
- D. Arritmias cardíacas
- E. Inestabilidad fisiológica
 - _ Bradicardia severa
 - _ Hipotermia

_ Cambios ortostáticos

F. Rechazo a alimentarse
G. Incontrolables episodios de ingesta excesiva/ vómitos/uso laxantes/
H. Complicaciones agudas de desnutrición: síncope, convulsiones, fallo cardíaco, pancreatitis.

J. Diagnóstico concomitantes que interfieren con el tratamiento: Depresión mayor, ideación suicida, psicosis, severa disfuncionalidad familiar.

Si se define continuar control ambulatorio, se envían los siguientes exámenes:

-hemograma completo, orina general, glicemia, sodio, potasio, calcio, pruebas de función renal, hepáticas y tiroideas.

-radiografía de cráneo y focalizada a silla turca

-si hay trastornos menstruales prolongados o amenorrea: subunidades beta, prolactina, FSH y LH y ultrasonido de útero y ovarios.

-de acuerdo a hallazgos adicionales, se valora envío de ultrasonido abdominal, tránsito gastrointestinal, TAC de cerebro o cualquier otro estudio pertinente.

Se explica al o la paciente y padres la etiología de la enfermedad, los riesgos de la misma y la necesidad de un cumplimiento estricto de las indicaciones.

Se explica al o la paciente y padres dinámica de la intervención, enfatizando sobre papel del médico de fiscalización y monitoreo de la condición física, en estrecha coordinación con nutrición y enfermería.

Se valora prescripción de medicamentos, de acuerdo a condición de la paciente y recursos familiares, priorizando sobre el uso de antidepresivos inhibidores de la recaptura de serotonina.

Se establece contrato por escrito con la paciente de las metas fijadas del tratamiento, que incorpore límites de pérdida o ganancia de peso, detención de conductas alternativas para control del peso (ejercicio excesivo, uso de laxantes o diuréticos, vómitos incontrolables, restricción severa) y consecuencias por deterioro de condición de la paciente o persistencia de conductas descritas.

Se procede a hacer referencias y coordinaciones para la atención de los otros profesionales del equipo interdisciplinario.

Consultas subsecuentes

Se da seguimiento a la condición nutricional, hemodinámica y mental del o la paciente. Se monitorea parámetros antropométricos

De acuerdo a evolución se envían controles de exámenes de laboratorio y gabinete.

Se valora cumplimiento de contrato.

Se le informa al o la paciente y padres condición del momento.

Nutrición

Primera consulta:

Se toman datos generales y antropométricos del o la paciente, entre ellos: peso, talla y pliegues cutáneos, para iniciar evaluación

del estado nutricional. Se clasifica el estado nutricional y se les informa a la paciente y a la familia la desviación del rango ideal, siendo lo normal entre 90 y 110% de adecuación de peso para talla. Esta información será la que se le transmitirá a la paciente y no un peso ideal específico como meta.

Se indaga sobre peso usual y el cambio de peso que haya tenido en determinado tiempo, con la finalidad de establecer el riesgo nutricional. Para lo anterior se utiliza el indicador de porcentaje de cambio de peso, donde se considera como pérdida severa cuando la misma sea:

mayor de 2% en una semana

mayor a 5% en un mes

mayor a 7.5% en tres meses

mayor a 10% en seis meses

Se indaga sobre hábitos alimentarios: número de tiempos de comida actuales, lugares donde los realiza, gustos y preferencias alimentarias, disponibilidad de alimentos, alimentos que haya eliminado de la dieta, quién prepara los alimentos, temores acerca de los alimentos, entre otros. Actividad física: tipo, frecuencia, duración.

Síntomas asociados: caída de cabello, cambios de la piel y uñas, regularidad de menstruación, percepción de imagen corporal.

Indicación de dieta:

- establecimiento inicial de tres tiempos de comida como mínimo.

- reintroducción paulatina de alimentos que se habían dejado de

consumir y establecimiento de cinco tiempos de comida.

Lo que se pretende es llegar a una dieta normal, en un plazo variable, que idealmente no se extienda más allá de seis meses.

Esta dieta deberá llenar los requerimientos de energía (según tasa de gasto metabólico basal*), macronutrientes en proporción de 55% carbohidratos, 15% proteínas y 30% de grasa y micronutrientes (especialmente calcio y hierro), que le permitan al adolescente un crecimiento, desarrollo y maduración normal.

En cuanto a la ganancia de peso, se fija una meta de al menos 500grs. por semana, para el manejo ambulatorio.

En conjunto con el médico, se da seguimiento a los exámenes bioquímicos de control que se le realizan al paciente.

***Gasto metabólico basal**

Ecuación Harris- Benedict

Hombres: $66+(13.7 \times P) +(5 \times T)-(6.8 \times E)$

Mujeres: $655+(9.6 \times P) +(1.7 \times T)-(4.7 \times E)$

P: peso kg T: talla cm E: edad años

Psicología

El objetivo inicial de la intervención es la contención del paciente y sus padres ante el trastorno alimentario, para posteriormente realizar entrevista a profundidad a ambos.

Para esto se considera que el trabajo interdisciplinario permitiría que psicología profundice en la historia de la paciente y trabajo social en la historia longitudinal de

los aspectos de la dinámica familiar, con los padres.

El énfasis de la intervención se realiza bajo un enfoque de terapia cognitivo conductual sin dejar de lado otros modelos de intervención terapéutica, que en un momento determinado pueden reforzar positivamente el tratamiento.

En una primer etapa o fase aguda se prioriza sobre la protección del o la paciente, buscando disminuir las conductas que la o lo ponen en riesgo: vómitos, purgas, atracones incontrolables, restricción severa, ideación suicida, ejercicio extremo, consumo medicamentos o drogas, actividad sexual desprotegida, entre otros.

Si en este momento se ha detectado un deterioro significativo de su estado nutricional o mental (trastornos del pensamiento, ideación suicida, depresión mayor), se valorará como primera intervención el internamiento del o la paciente.

En una segunda etapa de la atención psicológica ambulatoria, se enfatiza sobre aspectos de la estructura de la personalidad, que incorporen: aspectos del desarrollo, formación de la identidad, imagen corporal, expectativas del rol de género, regulación del afecto, conflictos interpersonales, relaciones de autoridad, sexualidad, resolución de conflictos y el manejo de la ansiedad y el control de impulsos.

Adicionalmente se analizan la presencia de comorbilidad psicológica, que puede acompañar a este trastorno (depresión,

trastorno obsesivo compulsivo, trastornos de personalidad, trastorno de conducta, otros trastornos de ansiedad como fobia social, ansiedad generalizada o síndrome de estrés postraumático)

Como instrumentos psicodiagnósticos se utilizan los siguientes: Test de Rorschach, Escala de Desesperanza, Escala de Depresión de Beck o de Zung, Test de la Figura Humana, Test de Oraciones Incompletas y la Escala de Suicidio.

En la tercera etapa de la intervención, que tiende a ser la de mayor duración, se emplean técnicas cognitivo conductuales para modificar el repertorio conductual y de pensamiento que están generando y perpetuando el trastorno, utilizando: técnicas de autoregistros, técnicas de relajación, pensamientos dirigidos, tareas específicas, conductas alternativas, entre otros. También se trabaja con las relaciones vinculares que mantiene la paciente y sus figuras parentales y las dificultades de comunicación entre ellos.

Una cuarta etapa consiste en el reforzamiento del repertorio adquirido para el manejo del trastorno, para finalmente pasar a la última etapa de seguimiento, bajo los mismos lineamientos pero con citas más distanciadas.

Algunas consideraciones que se deben tener en cuenta en la intervención son las siguientes:

Presencia de abuso y dependencia de sustancias: de acuerdo a la literatura, la presencia

de abuso de sustancias es común entre las mujeres con trastornos alimentarios, encontrándose más elevado en pacientes bulímicas o en las pacientes anoréxicas del tipo compulsivo-purgativo y menor en las pacientes anoréxicas restrictivas exclusivamente. Fundamentalmente esta comorbilidad interfiere de manera significativa con el tratamiento del trastorno alimentario cuando se presenta concomitantemente, y es usual que requiera intervenciones psicoterapéuticas más prolongadas.

Trastornos del afecto y ansiedad: la presencia de depresión unipolar puede interferir con el tratamiento del trastorno alimentario pero no es determinante para el resultado final, sobretodo si se ha utilizado tratamiento medicamentoso antidepresivo, que en la actualidad más frecuentemente se indica también para los trastornos de la alimentación.

En los pacientes con anorexia nerviosa, los trastornos de la ansiedad más frecuentes son la fobia social y el trastorno obsesivo compulsivo, la excesiva ansiedad puede preceder la aparición del trastorno de la alimentación. Sin embargo se ha documentado que la presencia de este tipo de comorbilidad no ha mostrado interferencia significativa con el resultado del tratamiento.

Trastornos de personalidad: individuos con anorexia nervosa tienden a tener mayores posibilidades de trastornos de personalidad tipo C

(personalidad dependiente, evitación y personalidad obsesivo compulsiva) y con bulimia nervosa el tipo B (narcisista, fronterizo, sociopático, histriónico).

La asociación con trastornos de la personalidad fronterizo incrementa la aparición de mayores trastornos de la conducta alimentaria, se hacen más frecuentes las hospitalizaciones, los gestos suicidas y automutilaciones, además de un pobre pronóstico de tratamiento y de posibilidad de mayor psicopatología en el seguimiento.

La relación de trastornos de personalidad y de la conducta alimentaria, especialmente si se trata de trastorno fronterizo, determinan terapias más prolongadas.

Síndrome de estrés postraumático: éste siempre debe ser considerado, especialmente con historia de abuso sexual en pacientes bulímicas.

Trabajo social

La labor desarrollada por el área de trabajo social se fundamenta en la utilización de la terapia de familia, como sustento teórico metodológico de intervención. Se pretende con ello promover el saludable crecimiento de todos los miembros del grupo familiar, profundizando en la interrelaciones familiares y en los procesos comunicativos que de manera directa o indirecta están incidiendo en la presencia del trastorno alimentario en el o la adolescente.

Se explorarán las relaciones interpersonales y las normas que regulan la vida de los grupos con los cuales el adolescente bulímico o anoréxico tenga más contacto, a fin de evaluar la incidencia de los factores perturbadores propiciadores de la descompensación en el adolescente y su familia. Lo anterior con el objetivo de propiciar cambios en las interrelaciones familiares.

Se analizarán los vínculos familiares y socioambientales que inciden en la situación problema. En este sentido el síntoma biológico deberá verse dentro del contexto familiar en el cual se presente.

La intervención desarrollada por el profesional estará constituida de cuatro fases: **A.** Fase de inducción, **B.** Elaboración del diagnóstico familiar, **C.** Creación de estrategias familiares propiciadoras del cambio y **D.** Fase de terminación

Inducción

Constituye el primer acercamiento que se tiene con el adolescente bulímico o anoréxico y su familia. Pretende establecer los primeros contactos con las personas más significativas en la vida del adolescente. Su finalidad es establecer los principales objetivos del proceso de intervención.

Diagnóstico familiar

Dicho diagnóstico contempla siete áreas de trabajo mediante las cuales se conocerá la dinámica familiar del adolescente bulímico o anoréxico.

La primera de ellas la constituye la estructura familiar: interesa observar el liderazgo familiar, el tipo de jerarquía existente, las alianzas o coaliciones, la demarcación de los subsistemas, la manera cómo se ejerce el control del comportamiento y los patrones de comunicación, a fin de identificar la existencia de disfuncionalidades en las pautas de interacción familiar y la forma como estas repercuten en el adolescente.

La segunda área estará dada por el estudio de la flexibilidad familiar: importa captar cuán flexible es el sistema familiar y la actitud asumida por el grupo familiar, principalmente en aquellos aspectos que están incidiendo de forma negativa en el bienestar del o la adolescente.

La tercera área la constituye la resonancia familiar que se asocia a dos fenómenos familiares importantes: el aglutinamiento y el distanciamiento familiar. En las familias aglutinadas cualquier situación que ocurra afecta a todos los miembros, presentándose un alto nivel de resonancia. En las familias distanciadas ocurre lo contrario, por lo que la resonancia es baja. De este modo conociendo la resonancia se podrá analizar las repercusiones del trastorno en el funcionamiento familiar y si el mismo es percibido como una situación individual o familiar.

La cuarta área se denomina contexto de vida: pretende ubicar a la familia en el contexto donde se halla inmersa, tomando en cuenta los subsistemas más importantes

que influyen en el o la adolescente bulímica o anoréxica y la manera como estos están determinando las conductas del o la adolescente.

La quinta área se relaciona con el nivel de desarrollo familiar: es ubicar a la familia en el ciclo vital familiar en el que se encuentra, valorando si los comportamientos familiares están acordes con la etapa del ciclo familiar que atraviesa. Esto ya que de lo contrario las disfuncionalidades familiares se darán con mayor facilidad.

La sexta área se asocia a los síntomas del o la adolescente bulímico(a) o anoréxico(a): interesa observar el papel que los síntomas tienen en la familia, si es de sobreprotección, centralidad o visión negativa al o la adolescente.

La última área se centra en los patrones de resolución de conflictos: conlleva la exploración de los patrones utilizados por la familia para resolver los conflictos, con el objetivo de analizar si los mismos facilitarían el desarrollo de la intervención.

Una vez realizado el diagnóstico familiar, en donde se hayan identificado las fortalezas y debilidades familiares, se comienza a dirigir la intervención de forma tal que se libere al o la adolescente de ser el o la responsable del caos familiar. En caso de haberse detectado disfuncionalidades familiares importantes, se empieza a trabajar en la modificación de los patrones de interacción.

Creación de estrategias propiciadoras del cambio familiar

Esta fase constituye uno de los más difíciles de la intervención ya que conlleva a que todos los miembros significativos en la vida del adolescente, participen de la sesiones.

Consiste en la construcción de alternativas que permitan a la familia producir cambios en el tipo de relaciones existentes entre los miembros y promover la autonomía de los miembros del grupo familiar. El adolescente y su familia deberán modificar las interacciones en donde se hayan identificado disfuncionalidades, asimismo mostrar apertura a cambiar pautas de comportamiento vigentes a lo largo del desarrollo familiar.

En este momento se buscará que cada miembro logre clarificar el rol que le corresponde asumir en su familia, responsabilizándose de sus comportamientos. Se buscará establecer límites generacionales apropiados entre los hijos, los padres, los hermanos y aquellos familiares significativos en la vida del adolescente bulímico o anoréxico. El objetivo fundamental es de buscar la diferenciación entre los miembros de la familia y promover el saludable crecimiento familiar.

En resumen, la atención se dirigirá al adolescente con el trastorno, buscando rescatarlo de la dinámica patológica familiar, que perpetúa el síntoma; enfatizando en las conexiones que hace con los otros y logrando con ello incidir de forma

positiva en la red de relaciones que posee la familia.

Notas aclaratorias

En la descripción de la intervención de cada uno de los profesionales se encuentran acciones repetidas, que sin embargo al realizarse un abordaje en equipo interdisciplinario se omiten cuando ya han sido ejecutadas por otro profesional y se incorpora la información pertinente.

Si en el transcurso de la intervención se detecta que el paciente está involucrado en una situación de agresión que lo pone en riesgo, se debe intervenir a este nivel, buscando la protección del o la adolescente con acciones como: interposición de la denuncia, reubicación en caso necesario, seguimiento al proceso judicial, intervención de otras instituciones (PANI, CORTE), intervención en crisis, manejo familiar de la situación, entre otros.

Coordinación de la atención en equipo interdisciplinario

Esta coordinación se realiza de la siguiente manera:

En el momento de la atención, se produce un intercambio de información cuando se requiera, entre los diferentes profesionales; o bien se anota en el expediente clínico puntos relevantes que debe conocer otro profesional.

Sesiones semanales de equipo interdisciplinario para discusión y toma de decisiones de cada uno de los casos.

Sesiones programadas en donde participa el equipo interdisciplinario

y la familia y el o la paciente para llegar a acuerdos sobre situaciones específicas.

Sesiones programadas de coordinación con otros profesionales o instituciones que participan en la atención del adolescente y su familia.

Protocolo atención grupal para padres con adolescentes que presenten algún trastorno de la conducta alimentaria

Los trastornos de la conducta alimentaria se caracterizan por ser de orden multicausal y por ende, su abordaje debe ser multidisciplinario.

Desde esta pluralidad del fenómeno se hace necesario abordar el sistema familiar para favorecer los procesos de recuperación del adolescente, donde los padres puedan ser apoyados y puedan ensayar formas alternativas de relación con sus hijos.

Objetivos generales:

A. Crear un espacio para que los padres con hijos con trastornos de la conducta alimentaria, compartan sentimientos y experiencias afines, promoviendo un proceso de autoayuda.

B. Promover formas alternativas de relación y de comunicación entre los padres y sus hijos adolescentes.

Objetivos específicos:

A. Promover un espacio para la discusión y reflexión de los procesos adolescentes esperables para la edad.

B. Brindar información sobre los trastornos de la conducta

alimentaria, sus implicaciones físicas y psicosociales.

C. Brindar un espacio de contención y apoyo para los padres.

D. Promover formas de relación y comunicación más adecuadas entre los padres y sus hijos.

E. Promover la participación activa de los padres en la recuperación de sus hijos con trastornos de la conducta alimentaria.

Las sesiones encuadradas para estos grupos, que se proyectan al menos dos por año, son de aproximadamente ocho con una duración de noventa minutos.

En un primer momento se hablará de los procesos adolescentes "normales" lo que se espera para cada etapa de la adolescencia (inicial, media y tardía).

Los cambios a nivel físico y psicosocial, así como los padres pueden ayudar o entorpecer estos cambios en sus hijos.

Posteriormente se darán las características de los trastornos de la conducta alimentaria y las repercusiones de éstos en los jóvenes y sus implicaciones a nivel físico, social y psicológico.

Se abordarán las diferentes explicaciones de estos trastornos y el abordaje que realiza la Clínica de Adolescentes del Hospital Nacional de Niños.

Trabajaremos en el impacto que causa este fenómeno en la familiar y su dinámica, así como la posibilidad de variar aspectos que se crea fomentan y perpetúan la enfermedad por parte de la familia,

buscando nuevas y más adecuadas formas de comunicación y dinámica dentro de la familia

Conclusiones

Caracterización:

La gran mayoría de los casos se ubica en la adolescencia temprana y media, en las que se da el inicio de los cambios puberales, y por lo tanto hay una mayor fijación y conciencia del cuerpo.

En la dinámica familiar destaca la conflictiva en el subsistema parental, lo que influye negativamente en el desarrollo saludable del adolescente. Existe además serias dificultades en el manejo de límites familiares lo que adicionalmente genera conflictos entre los diferentes subsistemas.

Se encontraron alianzas entre los subsistemas que generan una homeostasis patológica al interior de la familia, ejemplo de ello el elevado porcentaje de violencia intrafamiliar que se detectó en el estudio, favoreciendo que se perpetúe la sintomatología del trastorno alimentario.

Esta disfuncionalidad familiar se convierte en un factor de riesgo ya no sólo para desarrollar trastornos de la alimentación sino de otras conductas de riesgo.

En cuanto al impacto psicológico de los trastornos de la alimentación destaca la comorbilidad con trastornos del afecto (depresión mayor y distimia) y trastornos de ansiedad (trastorno obsesivo-compulsivo).

Desde el punto de vista nutricional destaca como antecedente importante de la enfermedad los tiempos inadecuados de alimentación y la preferencia por alimentos que aportan menos calorías pero que son insuficientes para cubrir las necesidades energéticas del adolescente.

Es importante destacar cómo la percepción del peso como excesivo es un hallazgo que se detecta frecuentemente desde antes de que la enfermedad se establezca y que junto con trastornos de ansiedad se convierten en factores premórbidos.

En cuanto a las actividades escolares destaca la imagen perfeccionista y obsesiva en los pacientes con el trastorno.

En conductas de riesgo asociadas se encuentra un elevado consumo de drogas lícitas e ilícitas y el acceso a la pornografía.

El abuso sexual sigue siendo un antecedente importante como factor de riesgo para desarrollar trastornos de la alimentación y otras conductas de riesgo.

Intervención:

El modelo de intervención planteado mostró las siguientes fortalezas:

- Intervención interdisciplinaria
- Concentración de la atención interdisciplinaria en un solo día, lo que permite que el o la paciente y su

familia no tengan que ausentarse de sus actividades regulares en diferentes momentos

- Lo anterior facilita adicionalmente la interacción del equipo interdisciplinario

- Definición de énfasis de la intervención de cada profesional: trabajo social prioriza en la dinámica familiar, psicología en la atención psicoterapéutica del o la paciente, enfermería en consejería, nutrición en la recuperación de hábitos saludables y pediatría en el seguimiento de los parámetros biomédicos y nutricionales.

- Adicionalmente el pediatra asume el papel de figura de autoridad ante el paciente, supervisando el cumplimiento de las indicaciones del equipo interdisciplinario y de responsable de definir el manejo ambulatorio o intrahospitalario, aunque las decisiones son acordadas interdisciplinariamente.

Lo anterior tiene la finalidad de que no se dé una ruptura de la relación terapéutica con los otros profesionales y que sea el médico, quien maneja datos objetivos de la evolución del o la paciente (peso, talla, exámenes de laboratorio y gabinete), el que la paciente identifica como control externo.

Este modelo permite que en la atención de una patología crónica y compleja, no se recargue en un solo

profesional, con el consiguiente desgaste.

Adicionalmente se da un refuerzo de la intervención a través del trabajo grupal con los padres de adolescentes con trastornos alimentarios.

Todo lo anterior disminuye la posibilidad de no contar con información pertinente para la intervención y por lo tanto mejora la atención y previene las recaídas.

- La utilización de antidepresivos inhibidores de la recaptura de la serotonina, durante el proceso de recuperación de los pacientes, mostró ser de gran utilidad, coincidiendo con lo que reporta la literatura mundial.

- La experiencia nos ha mostrado que el período de tratamiento y seguimiento no puede ser menor a dos años.

- La demanda de esta problemática compleja pone en evidencia la insuficiencia de recurso humano capacitado para la atención y de lugares donde los adolescentes y padres puedan recurrir, por lo que si en general las alternativas de atención para adolescentes son deficitarias, particularmente para abordar los trastornos alimentarios es crítica, más aún ante una demanda creciente.

Bibliografía

- Agras S, et al (2000). Outcome predictors for the cognitive behavior treatment of bulimia nervosa: data from a multisite study. *Am J Psychiatry*;
- American Psychiatry Association (2000). Practice Guideline for the treatment of patients with eating disorders (revision). *Am J Psychiatry Supplement*
- Anzai N, et al (2002). Inpatient and partial Hospital Treatment for adolescent eating disorders. *Child Adolesc Psychiatry N Am*
- Bello R. (1999- 2000). Trastornos del comer. *Saludonline.com*.
- Brewerton T (2002). Bulimia in children and adolescents. *Child Adolesc Psychiatry Clin N Am*
- Bulik C (2002). Eating disorders in adolescents and young adults. *Child Adolesc Psychiatry Clin N Am*
- Cervera M (1996). Riesgo y prevención de la anorexia y la bulimia. Ediciones Martínez Roca S.A.
- Castro A et al (2002). Variables relacionadas con la duración del ingreso y reingreso en adolescentes con anorexia nerviosa. Congreso Virtual de Psiquiatría.
- Fisher M, et al (1995). Eating disorders in adolescents: A background paper. *J Adolesc Health*-
- Fisher M, et al (2001). Differences between adolescents and young adults at presentation to an eating disorders program.
- Flores M (1998). Documento Maestría en Nutrición Humana UCR. Trastornos Alimentarios
- Garner D, Garfinkel P (1987). Handbook of Psychotherapy for anorexia nervosa and bulimia. The Guilford Press
- Kreipe R, Birndorf S (2000). Eating Disorders in adolescents and young adults. *Med Clin North Am*
- Lock J. (2002). Treating adolescents with eating disorders in the family context. *Child Adolesc Psychiatry*
- McArney, et al (1996). Textbook of adolescent medicine. W. B. Saunders Company.
- Mc Dermott B, et al (2002). Individual Psychotherapy for children and adolescents with an eating disorder: from historical precedent toward evidence based practice. *Child Adolesc Psychiatry Clin N*
- Powers P, Santana C (2002). Childhood and adolescent Anorexia nervosa. *Child Adolesc Psychiatry Clin N Am*; 11: 219- 236
- Roerig J, et al (2002). Pharmacotherapy and medical complications of eating disorders in children and adolescents. *Child Adolesc Psychiatry Clin N Am*; 11: 365- 386
- Robb A, Dadson M (2002). Eating disorders in males. *Child Adolesc Psychiatry Clin N Am*; 11: 399-418
- San Sebastian J (1999). Anorexia nervosa: aspectos históricos. *Aula de Cultura*. Edit Bilbao: 97-99
- Siegel J, et al (1995). Medical complications in male adolescents

with anorexia nervosa. J Adolesc Health; 16: 448-453

- Society for Adolescent Medicine (1995). Eating Disorders in Adolescents. A Position Paper. J Adolesc Health; 16: 476-479

-Turón V (1997). Historia, clasificación y diagnóstico de los

trastornos de la alimentación. Edit Marron, Barcelona.

-Watkins B (2002). Eating disorders in School-aged children. Child Adolesc Psychiatry Clin N Am 11:185-200