



La verdad sobre el tratamiento de los trastornos de la conducta alimentaria

Alvaro Iruin

Jefe de Salud Mental de la Comunidad Autónoma del País Vasco.
Subdirección de Asistencia Especializada, Osakidetza.

Nuevamente la Asociación contra la Anorexia y Bulimia —ACABE—, a través de la Comisión de Sanidad del Parlamento Vasco, ha insistido en su demanda de que Osakidetza cree un modelo diferente de atención para el tratamiento de los Trastornos de la Conducta Alimentaria, utilizando para justificar su petición argumentos falaces y desacreditando la asistencia que como profesionales les prestamos. En ese sentido, creo conveniente realizar las siguientes consideraciones:

ACABE dice que en la CAPV hay más de 10.000 personas que padecen anorexia/ bulimia, cifra que no justifica de dónde sale. Frente a ello, está la tozuda realidad puesta esta vez en evidencia a través de un reciente estudio realizado en la Comunidad de Madrid (*Interpsiquis, 2004*) que aporta datos de prevalencia entre adolescentes de un 3.4% para el global de los trastornos de la conducta alimentaria; prevalencia que se distribuiría entre un 0.6% para la Anorexia Nerviosa, un 0.6% para la Bulimia Nerviosa y un 2.1% para los trastornos no especificados. En resumen, muy lejos de las cifras que esgrimen los representantes de ACABE.

En el año 1998, el Departamento de Sanidad del Gobierno Vasco y Osakidetza/Servicio Vasco de Salud pusieron en marcha programas específicos de atención en los tres Territorios Históricos que han dado cobertura con calidad a un promedio anual aproximado de 600

casos nuevos (574 en el año 2003), de los que el 75% son atendidos en los programas específicos.

En todo caso, los datos aportados desde Osakidetza son los únicos de los que tenemos una constancia objetivable y medible año tras año; más allá de estimaciones epidemiológicas o suposiciones que se realizan desde otras instancias. Un dato concreto, que puede dar una idea de la importancia de la enfermedad en el tejido social, tiene que ver con el número de nuevos asociados a ACABE en Gipuzkoa. Este dato muestra que son más los casos nuevos atendidos en Osakidetza a lo largo de estos años que la cifra de nuevos asociados en el mismo período (880 en Osakidetza, 556 en ACABE), señalando de esta forma la capacidad de Osakidetza para llegar a la población e incorporar nuevos casos al medio asistencial; casos que, tanto en Osakidetza como en ACABE, recogen diagnósticos no sólo de Anorexia y Bulimia sino también de Trastornos no especificados de la alimentación.

Pero el dato numérico sólo adquiere significado real si, al mismo tiempo, somos conscientes de que en estos años el número de casos nuevos atendidos por sintomatología psiquiátrica en la red asistencial ha sido aproximadamente de 19.000 anuales. Este aspecto es el primer paso necesario para contextualizar el tema en su justa medida; a saber, los trastornos de la conducta alimentaria suponen el



3% de la demanda nueva recibida en la red asistencial psiquiátrica de Osakidetza, y del total de pacientes atendidos.

Porque además, los trastornos de la conducta alimentaria no son enfermedades “puras” sino más bien síndromes diferentes, sobre rasgos de personalidad multiformes y con evoluciones y pronósticos variables. Un estudio efectuado en uno de nuestros programas específicos, sobre una base de 259 pacientes, mostró que el 60% presentaban algún otro trastorno psiquiátrico concurrente, de los que el 75% correspondían a trastornos de personalidad. Este dato es acorde con los estudios referidos al mismo tema y con la información señalada por el profesor Lopez-Ibor en entrevista publicada en *El Semanal* del 19 al 25 de Agosto de 2001

Esto hace mucho más complejos tanto el tratamiento como la evolución y los resultados. Pero, además, siempre se ha señalado en estos trastornos la existencia de factores predisponentes, precipitantes y de mantenimiento en los que se mezclan aspectos genéticos, biográficos, sociales, familiares, etc. Fairbum y Harrison señalaban en el año 2003, en la prestigiosa revista *Lancet*, que “la dificultad para tratar los trastornos de la alimentación estriba en parte en el papel activo de las pacientes contra el tratamiento... Aproximadamente un 20% de pacientes se muestra intratable, siendo muy resistentes a todos los tratamientos que se aplican”. Se trata, por tanto, de un problema complejo para el que, lógicamente, la solución se vislumbra también compleja y para el que la literatura científica (Sinopsis de Psiquiatría. Kaplan y Sadock) señala un curso variable que oscila entre la remisión espontánea sin tratamiento, la remisión después de diversos tratamientos, el curso fluctuante o el deterioro gradual; aceptándose tradicionalmente una tendencia hacia la cronificación en el 25–35% de los casos. De ningún modo podemos asumir, por tanto, que la cronificación se deba a una deficiente atención por nuestra parte, sino al curso natural de la enfermedad en determinados casos.

Del mismo modo rechazamos que se estén multiplicando los fracasos terapéuticos. En la misma muestra a la que hacíamos referencia anteriormente, el 80% de los casos que mantenían su tratamiento durante más de 6 meses en el programa específico experimentaban una buena evolución (alta clínica o mejoría). Esto nos lleva a uno de los aspectos fundamentales de nuestra intervención, como es la necesidad de establecer una buena relación entre terapeuta y paciente que permita la continuidad de tratamiento. Señala el profesor Chinchilla, en su Guía Teórico Práctica de los trastornos de la conducta alimentaria, la importancia de esta buena interacción para poder “explorar, educar, negociar, estimular y comprometer a la paciente directa y libremente”, por su influencia en la consecución de unos buenos resultados.

Sabemos, por la práctica diaria en situaciones como la actual, de la dificultad que supone establecer una relación terapéutica de confianza cuando el profesional es desacreditado por terceras personas. Sabemos también de la interferencia que estas situaciones provocan en la evolución del proceso terapéutico. Quizás este debiera ser el motivo principal de reflexión para todos. Y debiera serlo porque, realmente, los mismos buenos resultados se han obtenido en el tratamiento de estos cuadros con diferentes metodologías, sin superioridad clara de unas sobre otras. Por otra parte, la experiencia nos ha enseñado lo difícil que resulta asumir la existencia de una enfermedad mental dentro del medio familiar; así como lo difícil que resulta modificar actitudes previas dentro del ámbito familiar y social.

Por ejemplo, se nos demanda más intervención con las familias y, resaltando la importancia de este aspecto, debemos sin embargo señalar igualmente que el Taller de Padres actualmente en curso en Gipuzkoa fue ofertado, en su última edición, a 12 personas (4 parejas y 4 miembros de familias monoparentales), de los que 8 aceptaron iniciar el Taller y de los que, a la última sesión celebrada esta semana, sólo acudieron 3



personas. Por tanto, el problema en ningún caso sería sólo de disponibilidad de recursos sino también de implicación de todos en el trabajo en una única dirección con estos trastornos.

Y no debemos olvidar que, como hemos visto hasta ahora, estamos hablando de un trastorno psiquiátrico complejo en el que la responsabilidad y la capacidad de diagnosticar correctamente corresponde, sin duda, a un equipo profesional bien formado en medicina, psicopatología y psiquiatría, y psicoterapia y tratamientos médicos. Hay que recordar aquí que para llegar a ser un profesional de Osakidetza, debemos superar una larga carrera universitaria, años de especialización y mostrar nuestra capacidad para competir y ser superiores a otros compañeros en los conocimientos teóricos y prácticos puestos a prueba en las ofertas públicas de empleo. Resulta, cuando menos, ofensivo que asociaciones integradas por “familiares, profesionales voluntarios, colaboradores y asesores” pongan en duda nuestro nivel de conocimientos técnicos en psiquiatría y, sin embargo, se refieran a sí mismos como “personal entrenado que conoce el trastorno”.

Una de las muestras más evidentes del buen hacer profesional, además de los resultados terapéuticos obtenidos, tiene que ver con la implicación de los profesionales en labores de investigación y docencia. Los diferentes profesionales de Osakidetza tenemos una presencia permanente en los foros de la especialidad (congresos, jornadas, etc), incluidas las propias jornadas organizadas por ACABE, con publicaciones sobre el tema en revistas nacionales e internacionales; y tenemos también una presencia notoria en la formación de los propios técnicos que trabajan en las asociaciones de familiares, e incluso, en ocasiones, en procesos de supervisión. No parecería muy lógico que recurrieran a los profesionales de Osakidetza si realmente nuestra formación y experiencia fueran deficientes.

Para finalizar, remarcar algunas cuestiones que consideramos básicas:

- Los programas específicos de TCA han mostrado claramente su utilidad a lo largo de estos años, con indicadores de resultados similares a otros programas y otras configuraciones de tratamiento, tal y como se ha puesto de manifiesto mediante estudios y evaluaciones efectuadas y sometidas a valoración en congresos y reuniones científicas.
- Los profesionales que en ellos trabajamos contamos, sin duda, con la adecuada cualificación técnica y humana. Probablemente, ésta es la razón que hace posible que prosigamos con nuestro esfuerzo en el trabajo diario a pesar de la presión asistencial y de las críticas y descalificaciones que, curiosamente, sólo provienen de las asociaciones relacionadas con los trastornos de la conducta alimentaria. No deja de ser paradójico que el representante de ACABE en Araba se permite señalar en el *El Correo* del 18 de Marzo de 2004 que “la situación sigue estando mal”, en tanto los pacientes y familiares del programa específico en el Hospital Santiago Apostol de Vitoria muestran un elevado grado de satisfacción con el programa: el 97% valora como bueno o muy bueno el nivel de conocimientos de los profesionales y un 75% valora como bueno o muy bueno el grado de mejoría del trastorno alcanzado durante su estancia en el programa.
- Somos conscientes de que las asociaciones cumplen y deben cumplir una función primordial en la detección y orientación de nuevos casos; así como en la contención y orientación familiar.
- Somos también conscientes de que la Red Asistencial psiquiátrica debe abordar los problemas psiquiátricos de la población de la manera más eficiente posible y, en ese



sentido, debemos desterrar el mito de que una mayor frecuencia de consultas o de medios implique necesariamente una mejor evolución del caso. A pesar de ello y con el fin de aclarar algunas desinformaciones aportadas por ACABE, debemos reseñar que la media de consultas mensuales en los casos nuevos de trastornos de la conducta alimentaria durante el año 2003 ha sido de 1 consulta cada 10–12 días.

Ante esta situación, y para terminar, sólo cabe pedir al menos prudencia antes de opinar

sobre la calidad del modelo de atención a los trastornos alimentarios de Osakidetza y la cualificación de los profesionales y que aportemos cada uno desde nuestro ámbito de responsabilidad lo mejor de nosotros mismos para conseguir una mejoría en el estado de salud de los pacientes, esperando que los deseos de las familias y los que cada cual pueda albergar por diferentes motivos no interfieran con los de los primeros damnificados por la enfermedad: las/los pacientes.



PARA EL ESTOMAGO E INTESTINOS

ELIXIR CLORHIDRO-PEPSICO AMARGÓS

DIGESTIL (Nombre registrado)

TÓNICO DIGESTIVO: De ácido clorhídrico, pepsina, colombo y nuez vómica
Delicosa y refrescante que ayuda en los enfermos de falta de digestión

MEDICACIÓN INYECTABLE INDOLGUA, DE EFECTOS RÁPIDOS Y SEGUROS

SUERO AMARGÓS

TÓNICO RECONSTITUYENTE

Excitante vital. -- Regenerador del organismo y antineurasténico
Composición: cada ampolla contiene: Cloruro sódico de sosa, 10 centigramos.
Cloruro de sosa, 5 centigramos. Cloruro de sodio, 1 miligramo.
Suero fisiológico, 1 centímetro cúbico.

PARA LAS ENFERMEDADES NERVIOSAS

ELIXIR POLIBROMURADO AMARGÓS

Calma, regulariza y fortifica los nervios

BROMURANTINA (Nombre registrado)

Contiene los bromuros potásico, sódico, estroico y amónico, mezclados con sustancias ricas en azúcar