

TRASTORNOS DO COMPORTAMENTO ALIMENTARIO

*J.J. Casas**

*M. Ortega***

Hospital de Móstoles
Madrid

*J. L. Iglesias-Diz****

Universidade de Santiago de
Compostela

INTRODUCCIÓN E EPIDEMIOLOXÍA

Os trastornos do comportamento alimentario en nenos e adolescentes son un problema serio que causa mortes prematuras e unha morbilidade médica e psicosomática importante, cun alto índice de cronificación que pode levar a un grao elevado de incapacidade para desenvolver unha vida adulta plena e satisfactoria.

Tradicionalmente asumíuse que os casos desta patoloxía se distribúen de forma non homoxénea na poboación e que os pacientes que presentan signos e síntomas clásicos de anorexia e bulimia (AN: anorexia nerviosa; BN: bulimia nerviosa) son nun 90% dos casos de sexo feminino, nun 95% de raza branca e nun 75% adolescentes, e a

maioría teñen un nivel socioeconómico medio-alto.

Actualmente parecen afectar por igual a todos os estratos sociais, chegan a nenas cada vez máis novas e a mulleres de maior idade. Parece que a tendencia destes trastornos foi en aumento en canto a prevalencia e incidencia. Lucas demostrou que a incidencia de anorexia nerviosa (AN) aumentou de 7/100.000 habitantes en 1935 ó 26,3/100.000 habitantes en 1984, fundamentalmente en rapazas de 15 a 19 anos.

A realidade de España é que desde unhas cifras de incidencia e prevalencia relativamente baixas nos estudos realizados nos anos oitenta, que detectaban unha prevalencia en adolescentes de 0,3% AN e 1,2%

* Responsable da Unidade de Adolescencia.

** Residente de Pediatría.

*** Profesor Asociado de Pediatría. Unidade de Adolescencia. Departamento de Pediatría. Hospital Clínico Universitario.

bulimia nerviosa (BN) en rapazas, se pasa a unha prevalencia a mediados dos noventa de 0,69% en AN e 1,24% para BN, e aparece un 0,36% de BN en varóns; a isto hai que lle engadir un 2,76% de rapazas e un 0,54% de rapaces que presentan cadros incompletos (EDNOS), polo que o 4,7% das nenas e un 0,9% dos nenos de 15 anos padecen un trastorno de comportamento alimentario (TCA). Os trastornos de comportamento tipo enchente/purgación danse con frecuencia en varóns, comparativamente con respecto a outros trastornos tipo AN ou BN.

Estudios posteriores, realizados tanto na mesma zona xeográfica como noutras comunidades, mostran que as cifras se estabilizaron e son moi semellantes entre si, polo que probablemente as poderíamos asumir para toda España, onde se equiparou a prevalencia ó resto dos países desenvolvidos tras un rápido ascenso.

Estímase que ó redor do 0,5-1% das nenas adolescentes desenvolven AN, e ata un 5% das mulleres mozas desenvolven BN. Ata un 15% de adolescentes teñen comportamentos de enchente/purgación nalgúns ocasións, que chegan só un 2% a cumprir criterios de BN. Esta alteración dáse con maior frecuencia en pacientes con exceso de peso e teñen peor pronóstico as de inicio tardío. Os adolescentes e adultos mozos que senten a necesidade de estar a dieta e perder peso, teñen maior risco de adoptar hábitos potencialmente perigosos que poden desencadear trastornos serios do comportamento alimentario. Cando se dá en varóns, hai unha maior porcentaxe naqueles que teñen alterada a súa orientación sexual. Cando

se manifesta en nenos ou adolescentes mozos e se produce un atraso no diagnóstico, a enfermidade pode agravarse, pero responden mellor ó tratamento intensivo e precoz. Adoitan ser nenos con historia familiar psiquiátrica de base, falta de unidade familiar e inadecuada expresión emocional.

ETIOPATOXENIA

A etiología exacta da anorexia nerviosa e a bulimia nerviosa descoñécese, aínda que hoxe en día, se sostén unha hipótese multifactorial na que interveñen factores socioculturais, unha predisposición psicolóxica e determinados factores biolóxicos (figura 1).

1. FACTORES SOCIOCULTURAIS

A vulnerabilidade social para presentar trastornos no comportamento alimentario tipo AN está claramente ligado ó culto da imaxe e, ó asociar a delgadeza coa fermosura, o equilibrio e a perfección da muller. Isto, unido á experimentación dos propios cambios corporais que xorden na puberdade, fan

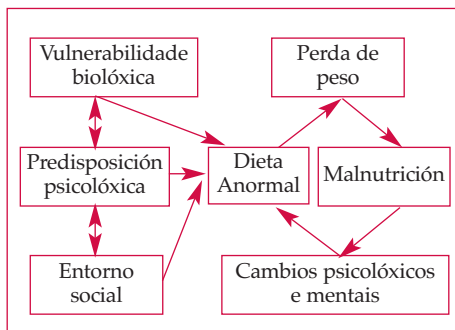


Figura 1. Modelo biopsicosocial dos TCA tipo AN (5).



A asociación da delgadeza corporal coa beleza e o bombardeo das imaxes de pasarelas son un perigo para as adolescentes.

do adolescente o personaxe idóneo para presentar este tipo de trastornos, o que os leva en ocasións a sentir insatisfacción coa súa propia imaxe corporal. Estase vendo que este sentimento de insatisfacción cada vez se dá máis en pacientes de menor idade.

Non podemos esquecer o bombardeo constante de todo tipo de dietas máxicas que solucionarán instantaneamente todos os nosos problemas—incluído o do peso— e nos farán inmensamente felices, equilibrados, sans e guapos. O feito de realizar unha

dieta restrictiva ou esotérica (vexetarianas, naturais, de exclusión, de choque...) en si mesmo é un importante factor de risco no desenvolvemento de TCA. A desnutrición inducida por este comportamento é o principal factor perpetuante do cadro. Outro factor de risco é o ambiente no que se encontre o paciente; así, as profesións nas que se estimula a delgadeza, como os profesionais da danza, atletismo e ximnasia, ou os modelos das pasarelas, teñen maior risco de presentar esta patoloxía.

2. FACTORES PSICOLÓXICOS

Comprobase que as persoas con determinados trazos de personalidade son máis propensas a desenvolver esta patoloxía. Os trazos de timidez, perfeccionismo, rixidez, baixa autoestima, trazos depresivos, comportamento obsesivo/compulsivo e ser dubitativo asóciense a un aumento no risco.

Cando os nenos experimentan tensión por separación sen ter suficiente madurez durante a primeira etapa da vida, ó chegar á adolescencia non están preparados para establecer a súa identidade propia autónoma e tratan de gañar esta autonomía mediante o control e manipulación da súa dieta/exercicio e imaxe corporal. As familias dos pacientes tamén teñen determinadas características, como ter excesiva sobreprotección ou excesiva rixidez, e unha falta de resolución de problemas.

Existe unha asociación clara entre os trastornos de comportamento alimentario e distintos trastornos de ansiedade (por exemplo o trastorno obsesivo-compulsivo) e do humor (por exemplo a depresión maior). É moi frecuente atopar antecedentes non só

persoais senón tamén familiares (de primeiro grao) de depresión maior.

3. FACTORES BIOLÓXICOS

Sostense a hipótese da existencia dunha alteración no hipotálamo, hipófise e certos neurotransmisores que explican a causa biolóxica primaria do comportamento anómalo, aínda que probablemente a maioría das alteracións sexan secundarias á desnutrición. Demostrouse que os niveis de serotonina e o seu metabolito (5-hidroxiindolacético) están diminuídos en pacientes con TCA, e que, trala recuperación de peso, se normalizan. A serotonina modula a sensación de saciedade. Os antagonistas da serotonina iniben o seu receptor e, polo tanto, estimulan a inxesta e ganancia ponderal. As disrregulacións premórbidas de serotonina son un factor de risco para o desenvolvemento de alteracións no comportamento alimentario.

A leptina diminúe neste tipo de trastornos xa que se secreta polas células graxas. Demostrouse unha recuperación a niveis normais antes da recuperación total do peso, iso explicaría a dificultade de gañar peso e tecido adiposo en algúns pacientes en recuperación nutricional.

DIAGNÓSTICO

Existen criterios diagnósticos que foron evolucionando progresivamente e son de grande utilidade para homoxeneizar os estudos e criterios terapéuticos nestes pacientes (véxanse nas táboas I, II, III e IV).

En pediatría e en adolescentes, estes criterios probablemente deberían ser aplicados con máis liberdade, para evitar que trastornos incipientes escapen ó control e ó seguimento.

Táboa I.

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS PARA A AN: CIE - 10
a) Rexeitamento de manter o peso corporal igual ou por enriba do valor mínimo normal considerando a idade e a talla (por exemplo a perda de peso que dá lugar a un peso inferior ó 85% do esperado, ou fracaso en conseguir o aumento de peso normal durante o período de crecemento, dando como resultado un peso corporal inferior ó 85% do peso esperable).
b) Medo intenso a gañar peso ou a converterse en obeso, incluso estando por debaixo do nivel adecuado.
c) Alteración da percepción do peso ou a silueta corporais, esaxeración da súa importancia na autoavaliación, ou negación do perigo que comporta o baixo peso corporal.
d) Nas mulleres postpuberais, presenza de amenorrea, por exemplo, ausencia de polo menos tres ciclos menstruais consecutivos (considérase que unha muller presenta amenorrea cando as súas menstruacións aparecen unicamente con tratamentos hormonais, como pode ser a administración de estróxenos).
Especificar o tipo:
Tipo restrictivo: durante o episodio de AN o individuo non recorre regularmente a enchentes ou a purgar (por exemplo, provocación do vómito ou uso excesivo de laxantes, diuréticos ou enemas).
Tipo purgativo.

Táboa II.

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS PARA A AN: CIE-10
a) Perda significativa de peso (índice de masa corporal ou de Quetelet de menos de 17,5). Os enfermos prepúberes poden non experimentar a ganancia de peso propia do período de crecemento.
b) A perda de peso está orixinada polo propio enfermo , a través da evitación do consumo de “alimentos que engordan”, e por un ou máis dos síntomas seguintes: <ol style="list-style-type: none"> 1. Vómitos autoprovocados. 2. Purgas intestinais autoprovocadas. 3. Exercicio excesivo. 4. Consumo de fármacos anorexíxenos ou diuréticos.
c) Distorsión da imaxe corporal que consiste nunha psicopatoloxía específica caracterizada pola persistencia, co carácter de idea sobrevalorada intrusa, de pavor ante a gordura ou a flaccidez das formas corporais, de modo que o enfermo se impón a si mesmo permanecer por debaixo dun límite máximo de peso corporal.
d) Trastorno endócrino xeneralizado que afecta ó eixe hipotalámico-gonadal , que se manifesta na muller como amenorrea e no varón como unha perda do interese e da potencia sexuais (unha excepción aparente constitúea a persistencia de sangrado vaxinal en mulleres anoréxicas que seguen unha terapia hormonal de substitución, polo xeral con píldoras contraceptivas). Tamén poden presentarse concentracións altas de hormona do crecemento e de cortisol, alteracións do metabolismo periférico da hormona tiroidea e anomalías na secreción de insulina.
e) Se o inicio é anterior á puberdade, atrasase a secuencia das manifestacións da puberdade, ou incluso se detén (cesa o crecemento; nas mulleres non se desenvolven as mamas e hai amenorrea primaria; nos varóns persisten os xenitais infantís). Se se produce unha recuperación, a puberdade adoita completarse, pero a menarquía é tardía.

Táboa III.

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS PARA A BN: DSM IV
a. Presencia de enchenches recorrentes. Unha enchente caracterízase por: <ul style="list-style-type: none"> - Inxesta de alimento nun curto período de tempo (por exemplo nun período de dúas horas) en cantidade superior á que a maioría das persoas inxerirían nun período similar e nas mesmas circunstancias. - Sensación de perda de control sobre a inxesta de alimento (por exemplo sensación de non poder parar de comer ou non poder controlar o tipo ou a cantidade de comida que se está inxerindo).
b. Conductas compensatorias inapropiadas, de maneira repetida, co fin de non gañar peso , como son a provocación do vómito; uso excesivo de laxantes, diuréticos, enemas ou outros fármacos; xaxún e exercicio excesivo.
c. As enchenches e as conductas compensatorias desaxeitadas teñen lugar, como termo medio, polo menos dúas veces á semana durante un período de 3 meses.
d. A autoavaliación non aparece esaxeradamente influída polo peso e a silueta corporal.
e. A alteración non aparece exclusivamente no transcurso da anorexia nerviosa.
Especificar o tipo: <ul style="list-style-type: none"> - Tipo purgativo: durante o episodio de bulimia nerviosa o individuo provócase regularmente o vómito ou usa laxantes, diuréticos ou enemas en exceso. - Tipo non purgativo: durante o episodio de bulimia nerviosa, o individuo emprega outras conductas compensatorias inapropiadas, como o xaxún ou o exercicio intenso, pero non recorre regularmente a provocarse o vómito nin usa laxantes, diuréticos ou enemas en exceso.

Táboa IV.

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS PARA A BN: CIE-10

a. **Preocupación pola comida**, con desexos irresistibles de comer, de modo que o enfermo sucumbe a eles e preséntanse episodios de **polifaxia** durante os cales consome grandes cantidades de comida en períodos curtos de tempo.

b. O enfermo intenta contrarrestar o aumento de peso así producido mediante un ou máis dun dos seguintes métodos: **vómitos autoprovocados, abuso de laxantes, períodos intercalares de xaxún, consumo de fármacos tales como supresores do apetito, extractos tiroideos ou diuréticos**. Cando a bulimia se presenta nun enfermo diabético, este pode abandonar o seu tratamento con insulina.

c. A psicopatoloxía consiste no **medo morboso a engordar**, e o enfermo fíxase de forma estricta un nivel de peso moi inferior ó que tiña antes da enfermidade, ou ó do seu peso óptimo ou san. Con frecuencia, pero non sempre, existen antecedentes previos de anorexia nerviosa cun intervalo entre ambos trastornos de varios meses ou anos. Este episodio precoz pode manifestarse dunha forma florida ou, polo contrario, adoptar unha forma menor larvada, cunha moderada perda de peso ou unha fase transitoria de amenorrea.

Ó igual que ocorre coa AN, utilízase o diagnóstico de bulimia nerviosa atípica para os casos nos que faltan unha ou máis das características principais da BN.

Nalgúns casos, o comer desordenadamente e de forma anormal é a presentación temperá do que posteriormente será un TCA plenamente desenvolvido. Noutros casos, esa desorde mantense relativamente estática e sen progresar. Os adolescentes que realizan dietas anormais, teñen sete veces máis risco de desenvolver un TCA.

O diagnóstico dun cadro incompleto nunca debe considerarse como algo leve que non precisa tratamento agresivo. É a oportunidade de intervir precozmente nunha patoloxía potencialmente mortal nun momento que será máis fácil de abordar. Isto é especialmente importante nos pacientes máis novos, nos que o tratamento precoz se asocia a un mellor prognóstico. O diagnóstico débese sospeitar sempre que un adolescente perda peso de forma inexplicada, teña hiperactividade e unha excesiva preocupación pola súa saúde e por estar en forma, sobre todo cando todo iso implica a posta en

marcha de conductas anormais coas comidas. Débese sempre corroborar a información que nos dá o adolescente coa obtida dos pais e amigos.

En adolescentes sempre tomaremos como referencia as curvas de peso, talla e índice de masa corporal adecuadas á idade dos nosos pacientes .

SIGNOS E SÍNTOMAS

Os signos e síntomas que presentan os pacientes están ligados ós hábitos e comportamentos que adoptan para controlar o seu peso. Preséntanse con clínica secundaria ó inadecuado achegamento enerxético e ó abuso de diuréticos, laxantes e vómitos (Táboas V e VI).

Na BN, a presenza de cheas vívese como un suceso aterrador que produce un sentimento de culpa intenso e de desesperación, que fará que se intensifiquen os esforzos para restrin-

Táboa V.

SÍNTOMAS DE INADECUADO ACHEGAMENTO ENERXÉTICO		
	Físicos	Psíquicos
Amenorrea	Hipotermia	Irritabilidade
Pés/mans fríos	Acrocianose	Depresión
Retraemento	Bradycardia/prolapso mitral	Falta de concentración
Pel seca	Hipotensión/Hipotensión ortostática	Illamento social
Caída de pelo	Hipotrofia muscular	Obsesións (comida)
Cefalea	Edema	Baixa autoestima
Letarxia	Lanuxe	Necesidade de admiración
Anorexia	Subictericia	

Táboa VI.

SIGNOS E SÍNTOMAS POR CONDUCTA DE ENCHENTE ALIMENTARIA		SIGNOS E SÍNTOMAS POR CONDUCTAS COMPENSADORAS	
Físicos	Psíquicos	Físicos	Psíquicos
Ganancia ponderal	Culpa	Perda de peso	Culpa
Enchente	Depresión (perimólise)	Erosións dentais	Depresión
Letarxia	Ansiedade	Hipovolemia	Ansiedade
Aumento do tamaño das glándulas salivares (bilaterais)		Ulceracións nos cotelos (signo de Russell)	Confusión
Irregularidades menstruais		Diarrea/náuseas	
		Cefalea/mareos	
	Alteracións electrolíticas (alcalose metabólica con impo K e impo Cl)		

xir a inxesta e despois se intenten conductas compensatorias. Isto conséguese mediante a realización de exercicio físico e actividades purgativas do tipo de vómitos, uso de laxantes e diuréticos, que pola súa vez producen un maior sentimento de autodesprezo e culpa e que poñen en marcha novas restriccións calóricas. Este caos alimentario frecuentemente se asocia a un caos na vida persoal do paciente,

o que contribúe a perpetuar o trastorno.

Cando se sospeita unha alteración no comportamento alimentario débese realizar unha entrevista coidadosa que estableza a presenza/ausencia de criterios, como perda ponderal, ou medo a engordar, a fobia á obesidade, a preocupación coa comida, a distorsión da imaxe corporal e a irregularidade menstrual. A información adicional

obtida de familiares e amigos pode ser interesante, e en ocasións de maior valor cós ofrecidos polo paciente. Non se debe categorizar nin manifestar prexuízos ó longo da entrevista. Hai que lograr gañar a confianza do paciente, valorando o seu sufrimento e considerándoo como un todo, non só como unha persoa anoréxica, pois os nosos pacientes son os xuíces máis esixentes e críticos da nosa actividade. A todos se lles debe valorar o posible risco suicida.

TEMAS DA ENTREVISTA

- Historia da enfermidade actual.
- Historia do peso: peso previo, peso mínimo, rapidez da perda, peso desexado.
- Historia dietética: enchentes, vómitos, alimentos prohibidos, manías.
- Historia do deporte e exercicio realizado.
- Historia menstrual: menarquía, regularidade, amenorrea.
- Repaso de distinta sintomatoloxía: mareos, diarrea, pel seca, intolerancia ó frío, caída do pelo, síndrome de Raynaud.
- Historia familiar, social e escolar.
- Sintomatoloxía psicolóxica: boa adaptación no colexio, perda de amigos.

Sempre se debe descartar unha patoloxía orgánica que poida manifestarse de forma similar, como son a enfermidade inflamatoria intestinal, as enfermidades tiroideas, a diabetes mellitus, as infeccións crónicas e as enfermidades malignas (entre outras), así como descartar a patoloxía psiquiá-

trica de base, como o trastorno psicótico e o consumo de tóxicos. Non hai que esquecer que en ocasións poden coexistir ambas as dúas.

PROBAS DE LABORATORIO

O diagnóstico dos trastornos do comportamento alimentario (TCA) é clínico. Non existe ningún test de laboratorio que o confirme. É importante realizar a analítica estritamente necesaria, evitando probas e interconsultas a múltiples especialistas que normalmente confirmarán as secuelas da malnutrición e que poden contribuír á dificultade de coordinación e manexo destes pacientes, que se dilúen no sistema sanitario.

- *Valoración endócrina:* As alteracións que se poden encontrar débense á perda de peso e á posta en marcha de mecanismos para o aforro enerxético.
 - Hormonas tiroideas: TSH normal, T4 normal e T3 diminuída.
 - Hormona do crecemento: GH normal ou algo elevada con somatomedina C diminuída.
 - Gonadotropinas: FSH diminuída ou en rango baixo de normalidade. LH diminuída durante o día con picos nocturnos (patrón de secreción prepuberal). O estradiol e a testosterona están diminuídas.
 - Cortisol: niveis normais ou levemente aumentados.
- *Valoración bioquímica:* As alteracións, se existen, débense á malnutrición e uso de laxantes ou diuréticos.

- Glicosa: normal ou baixa (devido ó déficit de precursores ou reservas escasas).
 - BUN: variable, entre alto (devido á deshidratación) e baixo (por diminución na inxesta proteica).
 - Electrólitos: pode haber hipofosfatemia, hipomagnesemia, hipocalcemia e hipopotasemia, así como unha alcalose metabólica, debido todo iso ó uso de laxantes ou diuréticos, ou ben vómitos.
 - Colesterol: aumentado ou no límite alto da normalidade.
 - Albumina: normal xeralmente, debido a que a inxesta dos pacientes adoita ter proteínas escasas pero de alta calidade. A prealbumina e a proteína transportadora do retinol, que teñen menor vida media, poden estar diminuídas no sangue.
 - Amilase salival: Pode estar aumentada debido á hipertrofia glandular que se dá nalgúns pacientes con vómitos ou ruminación.
- *Valoración hematolóxica:* pódense obxectivar os seguintes datos:
- Leucopenia con linfocitose relativa.
 - Trombopenia.
 - Descenso na VSG (< 4mm/h).
 - Descenso en niveis de complemento (C₃).
 - Anemia (achado a longo prazo).
- *Valoración cardíaca:* En ocasións obxectívanse os seguintes casos:
- Alteracións electrocardiográficas, como inversión de onda T, bradicardia ou depresión do segmento ST.
 - Diminución do tamaño cardíaco.
 - Prolapso de válvula mitral.
- *Valoración gastrointestinal:* En ocasións, nas probas realizadas para descartar unha posible patoloxía orgánica nestes pacientes, obxectívanse outros achados, como hipomotilidade esofagogastroduodenal con enlentecemento do baleiramento gástrico.
- *Densitometría ósea:* Trátase dunha proba que se debe realizar en pacientes con malnutrición severa, anorexia de longa evolución ou amenorrea prolongada e, xeralmente, obxectívase unha diminución no contido mineral óseo (osteoporose). A osteoporose débese a un déficit de estróxenos, baixa inxesta de calcio, exceso de glucocorticoides e á propia malnutrición. Pode levar a fracturas óseas.

TRATAMENTO

Unha vez descartadas outras enfermidades orgánicas, e determinada a existencia de hábitos anormais para o control ponderal que levan ó individuo a perseguir a toda costa a delgadeza, débese iniciar un plan de acción que teña como obxectivo inicial primordial a recuperación física do paciente, cousa que axudará a que, tanto este como os familiares, confíen no labor profesional. Os problemas médicos máis frecuentes son: amenorrea, hipotermia, bradicardia, hipoten-

sión ortostática e osteoporose, entre outras.

Unha vez realizado o diagnóstico é imprescindible explicarlle ó paciente e á súa familia a importancia da enfermidade e os distintos aspectos que abarca o tratamento, tanto a curto como a longo prazo. O médico é responsable do proceso, establecendo unha boa relación co paciente e os familiares, peza básica para o seu cumprimento.

Os obxectivos do tratamento son, en orde de prioridade, evitar a morte do paciente, evitar a cronificación e iniciar a recuperación tanto física como mental. Para iso, haberá que atender a catro puntos distintos: a renutrición ata conseguir unha alimentación adecuada, a obtención e mantemento dun peso adecuado, o tratamento das complicacións médicas e a abordaxe psicoterapéutica.

É importante recalcarlle ó paciente e ós seus familiares os seguintes puntos:

- Que o comportamento anómalo se debe á forma que ten de enfrontarse o adolescente á súa problemática.
- Que botar as culpas dos problemas non soluciona nada, senón ó revés.
- Coñecer que o paciente pode chegar a enfrontarse ou enfadarse co profesional nalguna fase do tratamento.
- Que a abordaxe profesional inicialmente se centrará en conseguir a recuperación física do paciente.

Se, no momento do diagnóstico, o grao de desnutrición é severo, existe un trastorno psicótico asociado incapacitante, o trastorno é de moi longa evolución, ou existe unha incapacidade de manexo da situación no ámbito familiar do paciente, estaría indicado o ingreso hospitalario.

Está indicada a hospitalización nos seguintes casos:

- Descompensación física: temperatura $<36^{\circ}$ C.
- Frecuencia cardíaca <45 lpm ou diferenza ortostática do pulso de >30 lpm.
- Perda de peso:
 - Excesiva ($>15\%$ do peso)
 - Rápida ($>10\%$ do peso en 2 meses)
- Alteración electrolítica ou perda do apetito secundaria a complicacións das conductas compensatorias.
- Imposibilidade de iniciar psicoterapia ambulatoria.
- Imposibilidade de tratamento ambulatorio porque non responde a el.

Os pacientes con estes trastornos poderíamos clasificalos para a abordaxe terapéutica en dous grupos:

a) TCA leves, nos que hai unha leve distorsión da imaxe corporal, o peso está en torno ó 90% da media para a talla, hai ausencia de signos e síntomas orgánicos de perda ponderal pero xa se encontran alteracións importantes no comportamento coas comidas.

b) TCA moderados/severos, nos que hai unha importante distorsión da

imaxe corporal que non varía trala perda de peso; o peso desexado encóntrase por debaixo do 85% normal para a súa talla; obxectívanse signos ou síntomas da perda ponderal e presentan hábitos e comportamentos alimentarios claramente anormais; todo iso asociado á negación de aceptar que existe un problema.

En todos os casos o médico debe explicar a existencia da enfermidade, aínda coa súa negación por parte do paciente, e dala por sentada nas seguintes visitas sen discusión posible. Compreendendo o grao de sufrimento e a dificultade do tratamento, impón de forma clara a súa autoridade médica, dando indicacións precisas para unha nutrición adecuada que poida permitir o crecemento e a actividade normal do paciente (3). Sempre se debe dicir de forma expresa que o obxectivo é conseguir unha nutrición que logre o mantemento dun peso razoable dentro dos límites médicos, e nunca se usará o termo engordar. Os límites médicos non son discutibles, aínda que se pode admitir que estes non lle gusten ó paciente. Esta toma de control dun tema central da patoloxía, como é a alimentación e o peso, por parte do médico permite en moitas ocasións que se calmen tensións e se poida iniciar a abordaxe psiquiátrica e psicolóxica doutros aspectos destes TCA.

A renutrición e normalización do peso non é sinónimo de curación, xa que é precisa unha abordaxe multidisciplinaria, pero comprobouse que unha parte importante da psicopatoloxía



O desexo dun corpo esbelto, de Román Penedés. En calquera caso, o médico debe explicar a existencia da enfermidade, aínda que o paciente a negue.

está relacionada coa desnutrición e, por iso, a mellora nutricional debe ser obxectivo do tratamento primario.

No inicio da realimentación normalmente usamos dietas preestablecidas, indicándolle ó paciente que o normal é comer ó redor de 2.500 calorías diarias e invitándoo a elixir con qué dieta se sentiría seguro e sería capaz de cumprir. Con iso facémolo partícipe, en certa maneira, do seu tratamento. Segundo a evolución do seu peso, que

será controlado semanalmente, iremos axustando a dieta ás súas necesidades; en ocasións pode ser necesaria a inxesta de 3.000 ou máis calorías, nese caso, pódense usar batidos con elevada achega calórica como suplementos, pola noite ó se deitar ou no almorzo (anexos 1 e 2).

No caso da bulimia, as dietas tamén son útiles inicialmente, pero pódense flexibilizar cunha maior rapidez.

O paciente non terá contacto ningún coa elaboración da comida, e a nai será a responsable da cociña, onde non entrará o rapaz para nada. Os horarios lóxicos das comidas indícanos os pais e hai que comer sentados á mesa, sen televisión e coa orde lóxica dos pratos, sen se erguer para nada ata que a nai ou o pai dean a súa autorización.

En caso de non haber resposta ou haber empeoramento tras este primeiro paso, habería que tomar posturas máis agresivas. Póñense medidas para asegurar a adecuada achega calórica e un límite de tempo no consumo. Así, planíffanse e estrutúranse as actividades diarias, incluso se pode ir ó cole-xio ou non, se pode saír ou non e ata qué hora; límitanse as actividades físicas e esíxese un tempo de repouso tras as comidas. Para iso é necesario explicarlle o programa de actuación ó paciente, subliando a importancia da saúde e marcando un límite mínimo de peso saudable e un ritmo esperado de ganancia ponderal. Os pais deben coñecer o programa, deben estimular o

paciente pero, en ningún caso, responsabilizarse da súa inxesta.

Cando nos encontramos ante un TCA severo no que a situación é crítica para o enfermo, o médico é quen debe impoñer o seu criterio de autoridade para iniciar o tratamento e en ocasións chegar a ingresar o paciente contra a súa vontade. O enfoque destes pacientes caracterízase porque, ó ingresar, perden gran liberdade e autonomía sobre os seus actos, e non poden realizar case nada sen a autorización expresa do médico. O contacto co mundo exterior desaparece e exerce no seu lugar un control absoluto o médico, responsable sobre todas as esferas da personalidade do enfermo. Ó iniciar a realimentación e recuperación física, paulatinamente devólveselle ó enfermo, e á súa familia, a capacidade para tomar decisións e algunha función básica da súa vida.

A estrutura do ingreso descríbese claramente, tanto ós pais como ó paciente; cada centro segundo a súas características e recursos, cun claro responsable que evite as manipulacións habituais que poidan aparecer. No noso centro atopamos útiles as explicacións sinxelas que se lles entregan ós pais e ó paciente, así como a utilización do xa case obrigatorio consentimento informado (anexos 3, 4 e 5).

Os pacientes e as súas familias xeralmente benefíciense de apoio psicoterapéutico engadido, xunto con técnicas de relaxación.

A fluoxetina é eficaz no control das enchentes e a ansiedade na bulimia. Se o paciente precisase dun anti-depresivo, o fármaco máis oportuno sería a fluoxetina ou outro inhibidor da recaptación de serotonina, que poden ser útiles para axudalo a manter a ganancia ponderal e previr as recaídas. En caso de precisarse medicación ansiolítica, desaconséllanse as benzodiazepinas (polo seu potencial adictivo) e recoméndase a clorpromacina, aínda que convén resaltar que se poden producir, como efectos secundarios, hipotensión arterial, agravamento de leucopenia e reaccións discinéticas.

A modo de resumo, poderíanse clasificar os pacientes de maior a menor grao de severidade de afectación e estratificar, da mesma forma, o nivel de abordaxe terapéutica.

— TCA severo (risco vital): hospitalización e ingreso con repouso absoluto e perda de autonomía.

— TCA moderado: educación e estímulo nutricional xunto coa abordaxe psicoterapéutica e un pacto de “peso diario” (abordaxe multidisciplinaria).

— TCA leve: participación activa do paciente no seu tratamento. Fóra de perigo médico (abordaxe multidisciplinaria).

A normalización da alimentación, a planificación das actividades da vida diaria e a psicoterapia teñen como fin devolverlle a saúde física e mental ó paciente, liberándoo da anormal persecución da delgadeza extrema.

COMPLICACIÓNS

Cando hai unha alteración severa no comportamento alimentario poden xurdir distintas complicacións, algunhas delas poñen en perigo a vida do paciente (QT prolongado, hipofosfemia, perda de máis do 35% do peso ideal para a talla ou suicidio). Entre elas atopamos as seguintes:

— *Gastrointestinais*: a desnutrición produce un enlentecemento do tránsito intestinal e baleirado gástrico, que nas primeiras fases da renutrición pode dar unha sensación de plenitude que asusta moito os pacientes, así como o retraemento, pois teñen a crenza de que se comen e non hai deposición “todo queda” e engordan máis. A normalización do ritmo pode tardar días ou semanas. Pode ser útil a utilización de proquinéticos como a eritromicina a 2mg/kg/dose antes das comidas, e en ocasións a de fármacos antiH₂ (omeprazol...) e antiácidos. Para o retraemento non se usarán enemas, si normalizaremos a inxesta de auga, aumentando a de fibra e explicaremos que o que máis axudará a mellorar a nutrición e o ritmo intestinal será unha a alimentación ordenada e regular.

— *Cardíacas*: bradicardia, hipotensión e diminución do gasto cardíaco, QT prolongado debido á alteración hidroelectrolítica, anomalías en contractilidade cardíaca e arritmias ventriculares letais.

— *Osteoporose por hipolestroxenismo*: causa de fracturas patolóxicas. Non está claro que ningún tratamento, ache-

ga de calcio, vitamina D, estrógenos ou difosfonatos, sexa eficaz na recuperación de masa ósea, a excepción da recuperación de peso e dos ciclos mens-truais normais.

— *Complicacións metabólicas*: síndrome eutiroidea enferma, hipercolesterolemia, hipercortisolismo, hipogluccemia, hipotermia, hipofosfatemia, hipopotasemia, hipomagnesemia, hiponatremia.

— *Complicacións por conductas purgativas*: pancreatite, esofaxite, Mallory-Weiss, ruptura gástrica, íleo paralítico, parotidite, pneumonía por aspiración, neumomediastino.

PROBLEMAS ÉTICOS E LEGAIS

Como vimos, algunhas pautas de tratamento nos TCA nas súas etapas críticas limitan a autonomía e capacidade de decisión dos pacientes ata extremos dificilmente aceptables para a dignidade humana e incluso, en ocasións, recorrendo ó ingreso por vía xudicial. Os dilemas éticos aparecen cando existe un contundente rexeitamento ó compromiso terapéutico ou ó internamento, de aí que se distinguan catro casos:

1. Que o paciente e os seus pais acepten o tratamento.
2. Que o paciente rexeite o tratamento pero os seus pais o soliciten.
3. Que o paciente solicite o tratamento pero os seus pais se opoñan.
4. Que tanto o paciente como os seus pais rexeiten o tratamento.

O primeiro caso non supón conflitos pero débese dispoñer do consentimento informado para actuar. No segundo suposto, para xustificar eticamente a intervención médica contra os desexos do enfermo, debe haber, seguindo a Fust, inminencia de dano físico ou psíquico, coñecemento de que a intrusión protexerá o paciente contra ese dano, posibilidade de que, con posterioridade, a persoa o agradeza e xeneralización, no sentido de que aqueles que a apoian desexarían o mesmo para si. En calquera caso, neste segundo suposto debería actuar a autoridade xudicial xa que se intenta ir contra a vontade do paciente. O terceiro suposto, parece rexerse polo principio de que “a tutela non pode exercerse nunca en prexuízo do tutelado” polo que tamén debería mediar a autoridade xudicial. No último suposto, partírase sempre dunha correcta avaliación polo médico da situación do enfermo e do seu ambiente familiar, para determinar se a gravidade e a progresión do cadro clínico requiren tamén de intervención xudicial.

As accións humanas redúcense a procesos de pensamento (coñecer) e de vontade (querer). A afectividade considérase como un motivo que marca a dirección ou sentido do acto/decisión. Ó valorar a madurez psicolóxica que ten o menor na toma de decisións haberá que preguntarse se determinados estados afectivos, como o medo, a ansiedade e o humor, poden incidir, e en qué grao, sobre a capacidade do suxeito.

PROGNÓSTICO

O prognóstico dos adolescentes con TCA é mellor ca en adultos, aínda que non se viron diferencias claras nos estudos e, polo tanto, hoxe en día isto non é moi concluínte. De forma xeral, pódese dicir que a metade dos pacientes evolucionan favorablemente e que, da outra metade, o 50% segue presentando algún sintoma (30% do total) e o resto ten mala evolución (20% do total). A mortalidade da AN é de 2-8%, de forma que sería a enfermidade ou desorde psiquiátrica máis letal. Estes pacientes teñen seis veces máis probabilidades de falecer cá poboación xeral.

Os factores prognósticos ominosos máis importantes son: a presenza de comorbilidade psiquiátrica, menor peso alcanzado, menor peso á alta e maior tempo de ingreso.

Sostense que, cando a duración da enfermidade é prolongada, hai alteración na relación pais-fillos ou hai patoloxía psiquiátrica de base, como depresión ou trastorno obsesivo compulsivo, a enfermidade ten peor prognóstico. Outros datos negativos

son a presenza de conductas purgativas, inxesta de tóxicos ou ter antecedente de abuso sexual.

En cambio, cando o diagnóstico se realiza de forma temperá, o prognóstico é claramente máis favorable xa que a detección e tratamento precoz é máis eficaz. Da mesma forma, parece que os adolescentes tratados ambulatoriamente ou en unidades de adolescentes evolucionan máis favorablemente que aqueles que ingresan nunha unidade de Psiquiatría (táboa VII).

ESCOLA E TRASTORNOS DO COMPORTAMENTO ALIMENTARIO

En ocasións, o trastorno do comportamento alimentario comeza na escola cun caso que pode facer de xerme dunha grande epidemia. Hai rapazas que fan verdadeiro proselitismo das técnicas para perder peso e manter unha figura ideal, creando criterios referentes ó que se debe comer ou non no comedor escolar. Moitas rapazas poden non ser quen de escapar a esta presión de grupo.

Táboa VII.

Factores de bo prognóstico	Factores de mal prognóstico
BN mellor que AN	Longa evolución
AN purgativa mellor que restrictiva	Baixo peso ó iniciar o tratamento
Curta evolución	Obesidade previa (en BN)
Maior peso á alta	Relacións familiares alteradas
	Exercicio compulsivo
	Morbilidade asociada
Creatinina > 1'5	

Os profesores e compañeiros cada vez están máis sensibilizados con esta patoloxía e son capaces de detectala en fases moi precoces da súa instauración. Por este motivo poden ser un factor de prevención moi importante. O mero feito de notificarlles as sospeitas ós pais, e se estes consultan o especialista adecuado, pode facer gañar un tempo precioso. O feito de detectar un caso non lles fai responsables do seu coidado nin da súa evolución.

Nalgúns colexios, femininos sobre todo, a supervisión durante as comidas incrementouse e endureceuse; débese comer todo o menú e non se permite non acudir ó comedor. Isto favorece que a nutrición sexa máis correcta e que non se inicien hábitos perigosos no colexio, protexendo así, dalgunha maneira, contra o desenvolvemento dos TCA. Isto tamén facilita a reincorporación progresiva á actividade escolar dos pacientes que iniciaron o seu tratamento, ben desde o hospital ou ben desde a seu domicilio.

A asistencia á clase é de grande axuda, unha vez que se estabilizou o paciente e a súa situación clínica o permite, pois consegue unha normalización progresiva do seu réxime de vida. Non importa tanto o rendemento escolar, que pode estar diminuído durante un tempo moi variable, como a normalización de comportamentos. A colaboración dos centros educativos e os profesores —cos horarios incompletos, coa prohibición de realizar exercicio físico, a limitación de estudar e examinarse ou non de todas as materias e as ausencias frecuentes impostas polo trata-

mento— é fundamental e cada vez máis fluída, segundo se vai tendo máis coñecemento do manexo destes pacientes.

CONCLUSIÓN

Os trastornos do comportamento alimentario (TCA) en nenos e adolescentes son trastornos de longa duración que tenden á cronificación e que precisan un tempo prolongado de tratamento, de 6 meses a 4 anos, ou incluso máis. Poden asociar complicacións potencialmente letais. Son frecuentes as recidivas, sobre todo se non se consegue crear mecanismos de enfrontamento apropiados.



Nalgúns colexios a supervisión durante as comidas endureceuse, e non se permite deixar parte do menú ou non acudir ó comedor.

A abordaxe realízase cun equipo multidisciplinario organizado e o máis precozmente posible. O obxectivo inicial primordial será nutrir o paciente ata chegar ó peso mínimo no que deixa de haber risco vital inminente. Hai que ter en conta que dar a alta cun peso inferior ó recomendable vai emparellado cun peor prognóstico. A comunicación co paciente debe ser fluída e consistente, e centrarse na saúde física máis que na psicopatoloxía de base inicialmente.

É moi importante ter claro que existen tres factores que determinan o bo prognóstico:

- A detección precoz.
- O tratamento nas primeiras fases da enfermidade.
- Recuperación do peso adecuado.

Utilízase o diagnóstico de Anorexia Nerviosa atípica para os casos nos que falta unha ou máis das características principais da AN, como amenorrea ou perda significativa de peso, pero que polo demais presentan un cadro clínico bastante característico.

ANEXO 1

DIETA DE 1.500 CALORIAS

ALMORZO: 200 cc de leite sen azucre (con ou sen café), galletas tipo maría (5 unidades) e 100 gr de froita (mazá, pera e laranxa).

COMIDA:

— Luns: 200 gr de acelgas e 100 gr de pataca, 100 gr de pescada fervida, 100 gr mazá e 25 gr de pan integral.

— Martes: 250 gr de feixóns verdes, 100 gr de polo á grella, 100 gr de tomate en rodas, 100 gr de laranxa e 25 gr de pan integral.

— Mércores: 200 gr de acelgas, 50 gr de pataca fervida, 100 gr de tenreira á grella, 100 gr mazá e 25 gr pan integral.

— Xoves: 200 gr de alcachofas, 100 gr de filete á grella, 50 gr de leituga, 100 gr de pera e 25 gr de pan integral.

— Venres: 250 gr de espárragos con salsa vinagreta (cunha cullerada de aceite), 100 gr de pescada á grella, 100 gr de patacas ó vapor, 100 gr de tomate en rodas, 100 gr de mandarina e 25 gr de pan integral.

— Sábado: 200 gr de feixóns verdes, 100 gr de tenreira á grella, 50 gr leituga, 100 gr mazá e 25 gr de pan integral.

— Domingo: 200 gr de alcachofas, 100 gr de rapante á grella, 50 gr de leituga, 100 gr de mazá e 25 gr de pan integral.

MERENDA: un iogur natural con 10 gr de azucre ou iogur de froitas e 200 gr de froita (mazá ou pera); ou 200 cc zume natural (sen azucre) e 200 gr de froita (mazá ou pera); ou 200 cc zume natural e 17 gr queixo en porcións e dúas unidades de biscotes.

CEA:

— Luns: Puré de verduras, tortilla francesa (un ovo), 50 gr de leituga, 100 gr de tomate en rodas, 100 gr de laranxa e 25 gr de pan integral.

— Martes: 100 gr de linguado á grella, 75 gr de patacas ó vapor, 100 gr de leituga, 100 gr de plátano e 25 gr de pan integral.

— Mércores: 150 gr de tomate, 100 gr de leituga, 100 gr de polo á grella, 50 gr de pataca ó vapor, un iogur e 25 gr de pan integral.

— Xoves: 200 gr de espinacas, 100 gr de pescada á grella, 100 gr de pataca fervida, 50 gr de leituga, 100 gr de laranxa e 25 gr de pan integral.

— Venres: sopa de pasta (60 gr), 100 gr de polo á grella, 50 gr de pataca ó vapor, un iogur e 25 gr de pan integral.

— Sábado: 200 gr de feixóns verdes, tortilla francesa (un ovo), 50 gr de arroz branco, 100 gr mazá e 25 gr pan integral.

— Domingo: 150 gr de tomate e 100 gr de leituga, 100 gr de pescada á grella, 50 gr de pataca ó vapor, un iogur e 25 gr de pan integral.

OBSERVACIÓNS:

— A cantidade máxima de aceite para condimentar é de 25-30 cc ó día. Son preferibles os aceites de soia, millo, xirasol e oliva.

— As froitas poderán substituírse por outras na mesma cantidade, excepto o plátano, chirimoiá, néspersas, figos e uvas, que serán aproximadamente a metade.

— Poden utilizarse edulcorantes artificiais non enerxéticos (sacarina e aspartamo).

DIETA DE 2.000 CALORÍAS

ALMORZO: 200 cc de leite (con ou sen café), 10 gr de azucre con 45 gr de pan, 10 gr manteiga e 25 gr marmelada, ou 30 gr de cereais e 100 gr de laranxa, ou 5 galletas tipo maría e 100 gr laranxa.

COMIDA:

— Luns: 200 gr de macarróns, 50 gr de tomate frito, 125 gr de pescada romana, 100 gr de leituga, 100 gr de plátano, 35 gr de pan.

— Martes: 250 gr de lentellas estufadas, 90 gr de polo á grella, 70 gr de patacas fritas, 70 gr de leituga, 100 gr de mazá e 40 gr pan.

— Mércores: 200 gr de espinacas á crema (incluída bechamel), 100 gr de ragú de tenreira, 80 gr de patacas fritas, 140 gr de crema e 45 gr pan.

— Xoves: 200 gr de arroz branco, 30 gr de tomate frito, 100 gr de escalope de tenreira, 30 gr de pementos fritos, 125 gr de plátano e 45 gr de pan.

— Venres: 250 gr de puré de lentellas, 120 gr de emperador empanado, 50 gr de patacas ó vapor, 100 gr de mazá e 45 gr de pan.

— Sábado: 160 gr de espaguetes refogados, 100 gr de filete ruso, 3 culleradas de tomate frito, 100 gr leituga, 100 gr de pera e 45 gr de pan.

— Domingo: 200 gr de paella, 125 gr de rapante frito (peso sen desperdicio), 100 gr de leituga, 100 gr de plátano e 45 gr de pan.

MERENDA: un iogur de froitas e 100 gr de froita (mazá e pera); ou 150 cc de zume de laranxa con 45 gr de pan con 25 gr de xamón York e 20 gr de queixo; ou 35 gr de xamón serrano ou 25 gr salchichón.

CEA:

— Luns: 250 gr de puré de verduras e pataca, San Xacobo (20 gr de queixo e 90 gr de

xamón York), 115 gr de tomate natural, 125 gr de laranxa e 40 gr de pan.

— Martes: 200 gr de sopa de pasta (caldo incluído), 100 gr de linguado á romana, 70 gr de patacas ó vapor, 125 gr de plátano, 45 gr de pan integral.

— Mércores: 200 gr de minestra de verduras, tortilla francesa (2 ovos), 25 gr de friame de pavo, 125 gr de tomate en rodas, 125 gr de laranxa e 45 gr de pan.

— Xoves: 200 gr de puré de patacas e porros, 125 gr de polo en salsa (peso sen óso), 100 gr de leituga, 100 gr de pera e 45 gr de pan.

— Venres: 180 gr de feixóns verdes con tomate frito, 100 gr de lombo de porco ó forno, 90 gr de arroz branco, un iogur, 45 gr de pan.

— Sábado: 200 gr de sopa de fideos (caldo incluído), 100 gr de pescada en salsa, 50 gr de patacas ó vapor, 100 gr de laranxa, 45 gr de pan.

— Domingo: 200 gr de crema de cenorias, 175 gr de tortilla de pataca, 100 gr de tomate en rodas, 100 gr de plátano e 45 gr de pan.

OBSERVACIÓNS :

— A cantidade máxima de aceite para condimentar é de 25-30 cc ó día. Son preferibles os aceites de soia, millo, xirasol e oliva.

— As froitas poderán substituírse por outras na mesma cantidade, excepto plátano, chirimoiá, néspersas, figos e uvas, que serán aproximadamente a metade.

— Poden utilizarse edulcorantes artificiais non enerxéticos (sacarina e aspartamo).

DIETA DE 2.500 CALORÍAS

ALMORZO : 200 cc de leite (con ou sen café), 10 gr de azucre con 45 gr de pan, 10 gr manteiga e 25 gr marmelada ou 30 gr de cereais e 150 gr de plátano ou 5 galletas tipo maría con 10 gr de manteiga e 25 gr de marmelada.

COMIDA :

— Luns: 250 gr de macarróns, 50 gr de tomate frito, 150 gr de pescada romana, 110 gr de leituga, 125 gr de plátano e 45 gr de pan.

— Martes: 210 gr de lentellas estufadas, 120 gr de polo á grella, 100 gr de patacas fritas, 70 gr de leituga, 150 gr de mazá e 45 gr de pan.

— Mércores: 250 gr de espinacas á crema (incluída bechamel), 125 gr de ragú de tenreira, 100 gr patacas fritas, 140 gr crema e 45 gr de pan.

— Xoves: 250 gr de arroz branco, 40 gr tomate frito, 150 gr de escalope de tenreira, 50 gr de pementos fritos, 125 gr de plátano e 45 gr de pan.

— Venres: 250 gr de puré de lentellas e pataca, 140 gr de emperador empanado, 75 gr de patacas ó vapor, 100 gr de leituga, 150 gr de mazá e 45 gr de pan.

— Sábado: 200 gr de espaguetes refogados, 125 gr de filete ruso, 4 culleradas de tomate frito, 100 gr de leituga e 100 gr de pera e 45 gr de pan.

— Domingo: 250 gr de paella, 150 gr de rapante frito (peso sen desperdicio), 100 gr de leituga, 150 gr de plátano, 45 gr de pan.

MERENDA: un iogur de froitas con 5 galletas María e 100 gr de froita (mazá e pera) ou 150 cc de zume de laranxa con 60 gr de bocadillo de pan con 35 gr de xamón York e 25 gr de queixo ou 45 gr de bocadillo con 10 gr manteiga e 55 gr de xamón serrano con 200 cc de zume de laranxa.

CEA:

— Luns: 300 gr de puré de verduras e pataca, San Xacobo (20 gr de queixo e 90 gr de xamón York), 115 gr tomate natural, 150 gr de laranxa e 40 gr de pan.

— Martes: 110 gr de sopa de fideos (sen caldo), 100 gr de linguado á romana, 100 gr de patacas fritas, 150 gr de plátano e 45 gr de pan.

— Mércores: 270 gr de minestra de verduras, tortilla francesa (2 ovos), 50 gr de friame de pavo, 150 gr de tomate en rodas, 150 gr de laranxa e 45 gr de pan.

— Xoves: 100 gr de puré de patacas e 70 gr de porros, 150 gr de polo en salsa (peso sen óso), 100 gr de leituga, 150 gr pera e 45 gr de pan.

— Venres: 250 gr de feixóns verdes con tomate frito, 125 gr de lombo de porco ó forno, 120 gr arroz branco, un iogur e 45 gr de pan.

— Sábado: 250 gr sopa de fideos (caldo incluído), 130 gr de pescada en salsa, 100 gr de patacas ó vapor, 150 gr de mazá e 45 gr de pan.

— Domingo: 250 gr de crema de cenorias, 200 gr de tortilla de pataca, 150 gr de tomate en rodas, 150 gr de plátano e 45 gr de pan.

OBSERVACIÓNS:

— A cantidade máxima de aceite para condimentar é de 25-30 cc ó día. Son preferibles os aceites de soia, millo, xirasol e oliva.

— As froitas poderán substituírse por outras na mesma cantidade, excepto plátano, chi-

rimoia, néspersas, figos e uvas, que serán aproximadamente a metade.

— Poden utilizarse edulcorantes artificiais non enerxéticos (sacarina e aspartamo).

DIETA DE 3.000 CALORÍAS

ALMORZO: 200 cc de leite (con ou sen café), 10 gr de azucre con 45 gr de pan, 10 gr manteiga e 30 gr marmelada e 150 cc zume de laranxa ou 50 gr de cereais, 30 gr de mel e 150 gr de plátano ou 8 galletas maría con 20 gr de manteiga, 40 gr de mel e 150 gr laranxa.

COMIDA:

— Luns: 275 gr de macarróns, 70 gr de tomate frito, 170 gr de pescada romana, 100 gr de leituga, 150 gr de plátano e 45 gr de pan.

— Martes: 325 gr de lentellas estufadas, 150 gr de polo á grella, 125 gr de patacas fritas, 100 gr de leituga, 150 gr de mazá e 45 gr de pan.

— Mércores: 300 gr de espinacas á crema (incluída a bechamel), 150 gr de ragú de tenreira, 125 gr de patacas fritas, 140 gr de crema e 45 gr de pan.

— Xoves: 300 gr de arroz branco, 50 gr de tomate frito, 170 gr de escalope de tenreira, 70 gr de pemento frito, 150 gr de plátano e 50 gr de pan.

— Venres: 300 gr de puré de lentellas e pataca, 190 gr de emperador empanado, 100 gr de patacas ó vapor, 100 gr de leituga, 150 gr de mazá e 50 gr de pan.

— Sábado: 300 gr de espaguetes refogados, 150 gr de filete ruso, 70 gr de tomate frito, 100 gr de leituga, 150 gr de pera e 50 gr de pan.

— Domingo: 300 gr de paella, 150 gr de gallo frito (peso sen desperdicio), 100 gr de leituga, 150 gr de plátano e 60 gr de pan.

MERENDA: un iogur con 50 gr de galletas maría e 150 gr de froita; ou 60 gr de pan con 35 gr de xamón e 30 gr de queixo con 200 cc de leite e 10 gr de azucre; ou 60 gr de bocadillo con 10 gr de manteiga e 40 gr de xamón serrano, 200 cc zume de laranxa e un iogur.

CEA:

— Luns: 300 gr de puré de verduras con pataca, San Xacobo (20 gr de queixo con 90 gr de xamón York), 120 gr de tomate natural, 200 gr de laranxa e 45 gr de pan.

— Martes: 300 gr de sopa de fideos (sen caldo), 125 gr de linguado á romana, 100 gr

de patacas fritas, 150 gr de plátano e 45 gr de pan.

— Mércores: 300 gr de minestra de verduras, tortilla francesa (dous ovos), 100 gr de friame de pavo, 150 gr de tomate en rodas, 150 gr de laranxa e 50 gr de pan.

— Xoves: 150 gr de puré pataca con 100 gr porros, 170 gr de polo en salsa, 200 gr de leituga con tomate, 150 gr de pera e 50 gr de pan.

— Venres: 320 gr de feixóns verdes con tomate frito, 150 gr de lombo de porco ó forno, 150 gr de arroz branco, un iogur e 50 gr de pan.

— Sábado: 300 gr de sopa de fideos (incluído caldo), 150 gr pescada en salsa, 150 gr patacas ó vapor, 150 gr mazá e 45 gr pan.

— Domingo: 250 gr de crema de cenorias, 250 gr de tortilla de pataca, 150 gr de tomate en rodas, 150 gr de plátano e 45 gr de pan.

OBSERVACIÓNS :

— A cantidade máxima de aceite para condimentar é de 25-30 cc ó día. Son preferibles os aceites de soia, millo, xirasol e oliva.

— As froitas poderán substituírse por outras na mesma cantidade, excepto plátano, chirimoiá, néspas, figos e uvas, que serán aproximadamente a metade.

— Poden utilizarse edulcorantes artificiais non enerxéticos (sacarina e aspartamo)

ANEXO 2

BATIDOS CASEIROS

Nº	INGREDIENTES		COMPOSICIÓN APROX.	
1	Leite enteiro	200 cc (1 vaso)	KCAL	396
	Azucres	10 gr (1 sobre)	Proteínas	10 gr (10%)
	Cola-Cao	10 gr (1 cullerada)	Graxas	23 gr (52%)
	Manteiga	15 gr (1 porción)	CHO	36 gr (36%)
	Plátano	100 gr (1 peza)		
2	Leite enteiro	200 cc (1 vaso)	KCAL	387
	Azucres	10 gr (1 sobre)	Proteínas	13 gr (13,4%)
	Leite Molico	10 gr (1 cullerada)	Graxas	23 gr (53%)
	Cola-Cao	10 gr (1 cullerada)	CHO	32 gr (33%)
	Manteiga	15 gr (1 porción)		
	Melocotón en xarope	60 gr (1 porción)		
3	Leite de vaca	200 cc (1 vaso)	KCAL	554
	Manteiga	15 gr (1 porción)	Proteínas	13 gr (9,4%)
	Mel	30 gr (1 terrina)	Graxas	28 gr (45,5%)
	Galletas	15 gr (3 unidades)	CHO	63 gr (45,6%)
	Cola-Cao	18 gr (1 sobre)		
	Plátano	100 gr (1 peza)		
4	Leite enteiro	200 cc (1 vaso)	KCAL	454
	Leite Molico	10 gr (1 cullerada)	Proteínas	16 gr (13,7%)
	Cola-Cao	18 gr (1 sobre)	Graxas	26 gr (50,7%)
	Manteiga	15 gr (1 porción)	CHO	40 gr (35,3%)
	Cereais en po	20 gr (2 culleradas)		

Nº	INGREDIENTES		COMPOSICIÓN APROX.	
5	Iogur natural	125 gr (1 unidade)	KCAL	333
	Petit Suisse	40 gr (1 unidade)	Proteínas	13 gr (15,7%)
	Mel	30 gr (1 terrina)	Graxas	8 gr (20,3%)
	Pera	150 gr (1 peza grande)	CHO	54 gr (64,2%)
	Leite Molico	10 gr (1 cullerada)		
6	Iogur natural	25 gr (1 unidade)	KCAL	375
	Plátano	100 gr (1 peza)	Proteínas	6 gr (6,7%)
	Cereais en po	10 gr (1 cullerada)	Graxas	17 gr (41,6%)
	Manteiga	15 gr (1 porción)	CHO	49 gr (52,6%)
	Mel	30 gr (1 terrina)		
7	Iogur natural	125 gr (1 unidade)	KCAL	396
	Melocotón en xarope	100 gr (2 porcións)	Proteínas	11 gr (11%)
	Nata líquida	30 cc (3 culleradas)	Graxas	11 gr (24%)
	Mel	30 gr (1 terrina)	CHO	66 gr (66,5%)
	Cereais en po	10 gr (1 cullerada)		
8	Leite Molico	10 gr (1 cullerada)		
	Iogur natural	250 gr (2 unidades)	KCAL	362
	Nata líquida	20 cc (2 culleradas)	Proteínas	15 gr (17%)
	Cereais en po	10 gr (1 cullerada)	Graxas	14 gr (34,9%)
	Cola-Cao	18 gr (1 sobre)	CHO	43 gr (47,9%)
9	Mel	30 gr (1 terrina)		
	Zume de laranxa	150 cc	KCAL	330
	Plátano	100 gr (1 peza)	Proteínas	3 gr (4,3%)
	Azucres	10 gr (1 sobre)	Graxas	10 gr (26,3%)
	Cereais en po	20 gr (2 culleradas)	CHO	58 gr (70,8%)
10	Nata líquida	30 cc (3 culleradas)		
	Zume de laranxa	100 cc (1/2 vaso)	KCAL	329
	Pera	60 gr (1 peza)	Proteínas	3 gr (4,2%)
	Plátano	100 gr (1 peza)	Graxas	10 gr (27%)
	Kiwi	50 gr (1 peza)	CHO	58 gr (70%)
	Mazá	50 gr (1 peza)		
	Nata líquida	30 cc (3 culleradas)		
	Cereais en po	10 gr (1 cullerada)		
Azucres	10 gr (1 sobre)			

ANEXO 3

INFORMACIÓN ÓS PAIS

Posto que un membro da súa familia foi ingresado neste servizo por padecer un trastorno do comportamento alimentario, gustaríanos informarlos dos principios esenciais do tratamento hospitalario destes trastornos. A colaboración da familia é un factor imprescindible para que o tratamento teña éxito.

Os trastornos de alimentación son enfermidades psicosomáticas, isto quere dicir que teñen unha compoñente física e outra psicolóxica e, polo tanto, requiren unha abordaxe multidisciplinaria.

O estudo e a experiencia ensináronnos que non hai unha única razón que provoque a aparición da enfermidade senón un conxunto de factores diversos que concorren e facilitan a súa aparición.

Os trastornos da alimentación que nos ocupan caracterízanse por unha preocupación excesiva pola comida, o peso e o aspecto físico.

A anorexia nerviosa caracterízase por unha restricción da inxesta de alimentos e un auténtico pánico a engordar. Estes pacientes néganse a manter o seu peso dentro do límite mínimo normal que lles correspondería para a súa idade e a súa talla.

O adelgazar ou o non engordar convértese no centro da súa existencia e para conseguilo viven sometidos ó control, que eles mesmos se impoñen, do peso e os alimentos.

Á percepción do corpo totalmente alterada que lles impide apreciar a súa extrema delgadeza súmanse unha serie de crenzas erróneas (que beber cantidades excesivas de auga, tomar laxantes ou diuréticos axuda a adelgazar etc.) e temores (engordar desmesuradamente, perder o control para parar de comer, etc.) que forman parte da enfermidade.

Nos casos de bulimia nerviosa, a sensación de perda de control indícelles a inxerir cantidades importantes de alimentos nun corto espazo de tempo. Estas enchentes xeralmente van seguidas de conductas tales como vómitos, xaxún ou aumento do exercicio físico para intentar minimizar os efectos da sobreinxesta e a culpa subseguinte.

Todos estes temores e actitudes cara á comida que aparecen nestes pacientes forman parte da enfermidade, é dicir, nunca son voluntarios nin se fan con outra finalidade consciente que non sexa sentirse ben a través do control da comida aínda que este sexa un camiño equivocado.

Tanto a anorexia como a bulimia nerviosas poden estar asociadas con serios problemas físicos e psicolóxicos.

Desde o punto de vista psicolóxico estas enfermidades asócianse a un malestar psíquico intenso que se observa en maior ou menor medida en forma de irritabilidade, tristeza, nerviosismo, insomnio e illamento social, aínda que tamén pode asociarse unha patoloxía psiquiátrica máis severa (conductas agresivas, abuso de sustancias, etc.)

A perda de peso e a dieta desequilibrada producen toda unha serie de alteracións físicas que, cando o peso é moi baixo, poden chegar a ter consecuencias médicas importantes.

Nestes casos de descompensacións físicas ou psicolóxicas o ingreso está indicado. O tratamento hospitalario aborda os dous compoñentes do trastorno:

1. Tratamento dos aspectos médicos da enfermidade, orientado principalmente á alimentación do paciente. Este tratamento será realizado polos profesionais do servizo de Pediatría, que diariamente avaliarán o estado físico do seu fillo.

2. Tratamento dos aspectos psicolóxicos, orientado a establecer uns patróns normais de comida e a valorar os aspectos do funcionamento psíquico que perpetúan o trastorno. O equipo de interconsulta de Psiquiatría infantil encargárase de abordalos. Un profesional deste equipo manterá unha entrevista semanal con vostedes.

Para conseguir estes obxectivos establécese entre os equipos de Pediatría e Psiquiatría un plan de actividades e de realimentación que o seu fillo poderá ir realizando a medida que se vaian logrando os obxectivos sinalados.

ASPECTOS CONCRETOS DO TRATAMENTO

1. Normalización do peso e dos hábitos alimentarios. Establécense unhas normas relacionadas coas comidas e as actividades que pode realizar o seu fillo que irán cambiando segundo a

súa evolución respecto ó peso e á súa actitude fronte ó tratamento.

De velar polo cumprimento destas normas encárgase o persoal sanitario: enfermeiras e auxiliares. As súas indicacións e as decisións que toman deben ser respectadas xa que están adestrados para iso e traballan en colaboración estreita cos médicos responsables.

2. Separación do medio familiar.

Nun principio, as visitas ou outras formas de contacto (cartas, teléfono, notas...) están restrinxidas.

O distanciamento da familia e do contorno propicia que o paciente inicie unha responsabilización paulatina no proceso da súa alimentación. A separación é dura, tanto para o paciente como para a familia. Se encontra grandes dificultades consúltenos antes de incumplir as normas.

3. Cando as visitas se permitan rogámoslles encarecidamente que eviten falar ou facer comentarios acerca da comida, o peso ou o aspecto físico do seu fillo. Aínda que ben intencionados, estes comentarios poden ser malinterpretados ou servir para reforzar os temores que forman parte da enfermidade. Por outro lado, xa comprobarían que animalos a comer ou discutir sobre o seu aspecto físico non mellora as cousas. Cando o seu fillo inicie estes temas trate de cambiar de conversación.

4. Se o seu fillo trata de discutir con vostedes aspectos do tratamento, ánimoo a que lles exprese as súas queixas ou preocupacións ós profesionais responsables. É importante que o seu fillo observe coherencia e firmeza no tratamento por parte de todos os que estamos implicados.

5. É fundamental que non se desorganicen as pautas de alimentación do hospital: non traia como regalo doces ou comida extra, tampouco laxantes ou medicación.

6. Nun principio, estes trastornos alimentarios con frecuencia se caracterizan por unha falta de conciencia da enfermidade, é dicir, o paciente non se considera enfermo. Polo tanto, o tratamento é considerado como innecesario, ademais de lles xerar sufrimento. Aínda que pouco a pouco van aceptando a súa necesidade de axuda, o ingreso fai agromar sentimentos contradictorios (desexo de curarse e medo a engordar) que poden desencadear desexos ou impulsos de escapar como evitación do tratamento. Isto é diferente dunha vontade real de rexeitamento do trata-

mento, que pode ser expresado e discutido co médico.

Así mesmo, outras conductas impulsivas, de forma infrecuente, poden levarlos a autolesionarse ou mostrarse agresivos co contorno. Estas conductas están motivadas pola grande ansiedade que esperta a enfermidade.

Durante o ingreso poden xurdir situacións ou conflitos que lles causen preocupación acerca dos seus fillos ou do seu papel como pais. Nós estamos á súa disposición para axudarlles no esclarecemento das súas dúbidas e apoialos para afrontar e entender a enfermidade e o tratamento.

A súa cooperación é fundamental para a recuperación do seu fillo.

ANEXO 4

INFORMACIÓN Ó PACIENTE

Como xa sabes, estás ingresado por padecer un trastorno de comportamento alimentario.

Os obxectivos deste ingreso son, fundamentalmente, que recuperes uns hábitos alimentarios normais que che permitan estabilizar o teu peso nun límite saudable, e que recibas orientación e apoio psicolóxico para poder superar a descompensación -física e psicolóxica- que motivou a hospitalización.

É importante que teñas en conta que o peso é un dato moi importante, pero non máis importante nin o único que hai que normalizar.

Para o tratamento do teu trastorno establemos un programa cunhas normas xerais que debes respectar e das que te informamos a continuación.

Ó ingresar terás que estar en repouso na cama ata que o teu médico che permita levantarte. O tempo dependerá do teu peso e de que se corrixan os problemas médicos que tiveses ó ingresar.

AS COMIDAS

Realizaralas baixo a supervisión e coa axuda do equipo de enfermería.

Lembrámosche que a finalidade é que recuperes uns hábitos de comida normais e que teñas unha nutrición adecuada.

1. O tempo de que dispós para comer é de:
 - Almorzo e merenda: 20 minutos.
 - Comida e cea: 35 minutos.

2. Se non rematas no tempo establecido ou te negas a comer daráseche un suplemento por sonda nasogástrica.

3. Non se pode cambiar ningún alimento e deberás comer nunha orde lóxica.

4. Deberás comer de todo o que haxa no prato.

O BAÑO

En principio estará pechado para evitar os vómitos e as cheas de auga. Cando o necesites chama ó control de enfermería que deixará a porta entornada.

REPOUSO TRALAS COMIDAS:

Deberalo facer durante todo o ingreso. O repouso faise deitado. Non poderás pasar ó baño nin lavar os dentes ata finalizalo. Se é inevitable que te levantes, deberás completar o tempo de repouso que che falte.

EXERCICIO

Non está permitido facer exercicio físico na planta, cando poidas facelo acudirás ó ximnasio.

O PESO

Só o poderás saber cando cho diga o teu médico.

AS VISITAS

Poderás ter visitas dos teus pais, familiares ou amigos cando o teu médico cho permita. Estas realizaranse durante o horario de visitas (16-18 horas).

Lembrámosche que no hospital está prohibido fumar.

Se cumpres estas regras, normalizas a túa conducta alimentaria e gañas peso, conseguirás beneficios e maior autonomía; polo contrario, se perdes peso, vomitas ou non fas repouso perderalos.

PAUTAS E BENEFICIOS

1ª FASE: Non podes saír da habitación, durante esta fase poderás ter progresivamente, e de acordo coa túa evolución:

- Papel e lapis.
- Libros.
- Obxectos de aseo.
- Erguete.
- Visitas dos teus pais.
- Música.

2ª FASE: Iniciar saídas da habitación, con control. Durante esta fase poderás:

Cofecer o peso 1 vez á semana

— Ter xogos.

— Adornar a habitación.

— Ter visitas de familiares.

— Ir ó colexio na planta (obrigatorio).

— Ir a ximnasia se a túa condición física o permite.

3ª FASE: Saír da habitación libremente.

Durante esta fase poderás:

— Ter material de labores ou libros de estudio.

— Chamar por teléfono.

— Ter o baño aberto (excepto pola noite).

— Ter visitas de amigos (só no horario de visitas).

4ª FASE: Iniciar saídas.

— Saír á rúa despois do repouso.

— Comezar a realizar comidas fóra do hospital.

— Valorarase que poidas acudir ó teu colexio e realizar actividades fóra do hospital.

Durante o ingreso produciranse algúns cambios, tanto no teu corpo como no teu pensamento, que te poden asustar; o persoal médico e de enfermería pódente axudar a dominar esta situación, pide axuda sempre que che faga falta.

ANEXO 5

CONSENTIMENTO

O seu fillo padece un trastorno do comportamento alimentario (anorexia) que precisa tratamento hospitalario.

Os obxectivos deste ingreso son restaurar un peso saudable e a normalización dos seus hábitos alimentarios.

Para logralo tomaranse unha serie de medidas:

— Realimentación con dieta e, en caso de que non a siga, con sonda nasogástrica.

— Medidas de control de impulsos e conductas que se especifican na folla de información.

Como lle indicamos, a propia patoloxía deste tipo de pacientes, en ocasións, asóciase a conductas impulsivas que poden xerar riscos difíciles de controlar nunha unidade aberta coma esta. O ingreso nunha unidade pechada de psiquiatría sería unha alternativa a este tipo de hospitalización.

D./Dona

como representante legal do paciente D./Dona
 de anos de idade, en pleno uso das miñas facultades
 mentais e despois de ser informado polo Dr./Dra
 AUTORIZO o ingreso da miña filla/o nesa unidade.

DECLARO que comprendín a información que se me proporcionou e que todas as miñas dúbidas e
 preguntas foron aclaradas satisfactoriamente.

E, para que así conste, asino o presente orixinal por duplicado e quedo cunha copia.

.....dede

Firma do representante legal

Firma do médico

BIBLIOGRAFÍA

- American Psychiatric Association, *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, Washington: American Psychiatric Association, 1994, 4ª ed.
- Boek, MA., "Bulimia Nervosa", en SB. Friedman, M. Fisher, SK. Schonberg (eds.), *Comprehensive Adolescent Health Care eds Quality*, St Louis Missouri, Medical Publishing, 1992, pp. 232-237.
- Bryant-Waugh, R., "An overview of the eating disorders", en B. Lask e R. Bryant-Waugh (eds.), *Anorexia Nervosa and related eating disorders in childhood and adolescence*, East Sussex, Psychology Press, 2000, pp. 27-40.
- Coupey, SM., "Anorexia Nervosa", en SB. Friedman, M. Fisher e SK. Schonberg (eds.), *Comprehensive Adolescent Health Care eds Quality*, St Louis Missouri, Medical Publishing, 1992, pp. 217-231.
- Fisher, M., NH. Golden e M. Jacobson (eds.), *The spectrum of disordered eating: Anorexia Nervosa, Bulimia Nervosa and obesity*, The State of the Art Reviews, Adolescent Medicine, Hanley-Belfus Philadelphia, 2003.
- Gandarillas, A., e C. Frebel, *Encuesta de prevalencia de trastornos del comportamiento alimentario en adolescentes escolarizadas de la Comunidad de Madrid*, Documentos Técnicos de Salud Pública, núm. 67, Madrid, Dirección General de Salud Pública, Consejería de Sanidad, setembro de 2000.
- Kreipe, RE., NH. Golden, BK. Katzman *et al.*, "Eating disorders in adolescents. A position paper of the Society for adolescent Medicine", *J Adolesc Health*, 1995, 16, pp. 476-479.
- Kreipe, RE., "Eating Disorders in Adolescents and Young Adults", *MedClin North America*, 2000, 84, pp. 1027-1049.
- Lucas, AR., CM. Beard, WM. O'Fallon e LT. Kurland, "50 years trend in the incidence of anorexia nervosa in Rochester, Minnesota: A population based study", *Am J Psychiatry*, 1991, 148, pp. 917-922.
- Moral, L., I. de la Serna, R. Calvo, P. García Peris, F. Vaz, A. Delgado, J. Casas, S. Cervera, P. Gual, A. Bielsa e JL. Pedreira, *Trastornos del Comportamiento Alimentario. Criterios de ordenación de recursos y actividades*, Madrid, Instituto Nacional de Salud. Subdirección General de Coordinación Administrativa, 2000.
- Morandé, G., J. Casas, R. Calvo, A. Marcos, I. Hidalgo, J. Lareo, C. García Alba, G. Eisman e JM. Rodríguez Roldán, *Protocolo de Trastornos del Comportamiento Alimentario*, Madrid, Instituto Nacional de Salud, Secretaría General, 1995.

- Morandé, G., J. Celada, J.J. Casas, «Prevalence of eating disorders in a spanish school age population», *J Adolesc Health*, 1999, 24, pp. 212-219.
- Muñoz Calvo, MT., J. Casas Rivero *et al.*, «Los trastornos del Comportamiento Alimentario: aspectos clínicos, orientaciones terapéuticas y sus implicaciones éticas y legales», *Rev. Esp. Pediatr.*, 1997, 53, pp. 172-187.
- Neinstein, LS., e RG. MacKenzie, «Anorexia and Bulimia Nervosa», en *Adolescent Health Care, a practical guide*, Ed Lawrence S. Neinstein, Lippincott-Williams&Wilkins, Philadelphia, 2002, 4ª ed., pp. 700-726.
- Palla, B., e IF. Litt, «Medical complications of eating disorders in adolescents», *Pediatrics*, 1998, 81, p. 613.
- Pérez Gaspar, M., P. Gual, J. de Irala Estevez, MA. Martínez González, F. Lahortiga e S. Cervera, «Prevalencia de trastornos de la conducta alimentaria en las adolescentes Navarras», *Med Clin*, 2000, 114, pp. 481-486.
- Rome, ES., S. Ammerman, DS. Rosen, RJ. Keller, J. Lock, KA. Mammel, J. O Toole, JM. Rees, MJ. Sanders, SM. Sawyer, M. Schneider, E. Sigel e TJ. Silber, «Children and Adolescents with Eating Disorders: The State of the Art», *Pediatrics*, vol. 14, 2003, 111, pp. e98-e108.
- Ruiz Lázaro, P., «Epidemiología de los trastornos del comportamiento alimentario en España», *Acta Esp Psiquiatr*, 2003, 31, pp. 85-94.
- Steiner, H., e J. Lock, «Anorexia nervosa and bulimia nervosa in childrens and adolescents: Review of the past 10 years», *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 1998, 37, pp. 352-359.
- Steinhausen, MD., «The Outcome of Anorexia Nervosa in 20th Century», *Am J Psychiatry*, 2002, 159, pp. 1284-1293.
- Strober, M., R. Freeman e W. Morrell, «Long term course of severe anorexia nervosa in adolescents: Survival analysis of recovery, relapse and outcome predictors over 10-15 years in a prospective study», *Int J Eat Disord*, 1997, 22, pp. 339-360.
- Tojo, R., Leis R. "Valores estándar de Galicia. Crecimiento. Nutrición. Factores de riesgo aterogénico. Niño. Adolescentes. Adultos. El Estudio GALINUT". Universidade de Santiago de Compostela ed. Santiago de Compostela, 1999.

LIBROS DIVULGATIVOS

- Calvo Sagardoy, Rosa, *Anorexia y Bulimia, guía para padres, educadores y terapeutas*, Barcelona, Planeta, 2001.
- Morandé, G., *Un peligro llamado anorexia. La tentación de adelgazar*, Madrid, Temas de hoy, Colección fin de siglo, 1995.
- Toro, J., *El cuerpo como delito. Anorexia, Bulimia, cultura y sociedad*, Barcelona, Ariel Ciencia,



J. J. CASAS, M. ORTEGA e J. L. IGLESIAS-DIZ, "Trastornos do comportamento alimentario", *Revista Galega do Ensino*, núm. 40, Outubro 2003 (Especial Saúde nas aulas), pp. 105-132.

Resumo: Os trastornos da conducta alimentaria en nenos e adolescentes é un problema que implica non só aspectos médicos senón que mostra os resultados dun xeito de vida que promove conductas de éxito e poder no que é fundamental o aspecto físico, que tende hoxe en día a asociarse á delgadeza.

Entre outras cousas, a anorexia e a bulimia son máis frecuentes nas mulleres ca nos homes (relación 9:1) e danse en case todos os estratos sociais. Os factores que inflúen na súa orixe son socioculturais (o bombardeo dos medios, xénero de vida), psicolóxicos (perfeccionismo, timidez, baixa autoestima) e biolóxicos (hipófise e neurotransmisores).

O diagnóstico establécese cos criterios do DSM-IV ou CIE-10. Basicamente, estes pacientes rexeitan a alimentación, adelgazando e mostrando pánico a aumentar de peso; teñen ademais unha alteración da percepción da imaxe corporal típica na anorexia. Na bulimia, a finalidade é a mesma pero existen conductas compulsivas (enchentes) e compensatorias (vómitos).

O tratamento baséase na reposición nutricional, nunha abordaxe psicoterapéutica e multidisciplinaria. Claro está que todos os esforzos son poucos para incidir sobre os factores favorecedores destas condutas. Existen tres indicadores que van determinar un bo pronóstico: a detección precoz, o tratamento nas primeiras fases da enfermidade e a recuperación do peso adecuado.

Palabras chave: Trastornos do comportamento alimentario. Anorexia nerviosa. Bulimia. Prevención. Tratamento.

Resumen: Los trastornos de la conducta alimentaria en niños y adolescentes es un problema que implica no sólo aspectos médicos sino que muestra los resultados de una forma de vida que promueve conductas de éxito y poder en la que es fundamental el aspecto físico, que tiende hoy en día a asociarse a la delgadez.

Entre otras cosas, la anorexia y la bulimia son más frecuentes en las mujeres que en los hombres (relación 9:1) y se dan en casi todos los estratos sociales. Los factores que influyen en su origen son socioculturales (el bombardeo de los medios, género de vida), psicológicos (perfeccionismo, timidez, baja autoestima) y biológicos (hipófisis y neurotransmisores).

El diagnóstico se establece con los criterios del DSM-IV o CIE-10. Básicamente, estos pacientes rechazan la alimentación, adelgazando y mostrando pánico a aumentar de peso; tienen además una alteración de la percepción de la imagen corporal típica en la anorexia. En la bulimia, la finalidad es la misma pero existen conductas compulsivas (atracones) e compensatorias (vómitos).

El tratamiento se basa en la reposición nutricional, en un abordaje psicoterapéutico y multidisciplinario. Claro está que todos los esfuerzos son pocos para incidir sobre los factores favorecedores de estas conductas. Existen tres indicadores que van a determinar un buen pronóstico: la detección precoz, el tratamiento en las primeras fases de la enfermedad y la recuperación del peso adecuado.

Palabras clave: Trastornos del comportamiento alimentario. Anorexia nerviosa. Bulimia. Prevención. Tratamiento.

Summary: Disorders in children's and teenagers' eating habits is a problem that involves not only medical aspects but it also shows the results of a way of life that promotes success and power conducts. Physical aspect, which tends to be linked to thinness nowadays, is one of the basic points of these conducts.

Among other things, anorexia and bulimia are more frequent in women than in men (9:1 relation) and they can occur in any social strata. The factors that influence their origin are sociocultural (media barrage, lifestyle), psychological (perfectionism, shyness, low self-esteem) and biological (hypophysis and neurotransmitters).

Diagnosis is established through the DSM-IV or ICE-10 criteria. These patients basically reject food, losing weight and showing a horror of putting on weight. They also have an alteration in the perception of their body image typical of anorexia. In bulimia the aim is the same but there are compulsive and compensatory conducts (binge eating and vomiting).

The treatment is based on nutritional replacement and on psychotherapeutic and multidisciplinary attention. It is obvious that all the efforts are necessary to stress the factors that favour these conducts. There are three aspects that will determine a good prognosis: early detection, treatment in the first stages of the illness and recovery of the right weight.

Key-words: Eating habit disorders. Anorexia nervosa. Bulimia. Prevention. Treatment.

— Data de recepción da versión definitiva deste artigo: 30-9-2003.

