

Asistencia en los trastornos del comportamiento alimentario (TCA): ¿Unidades específicas?

FUENTE: PSIQUIATRIA.COM. 2001; 5(4)

J. L. Pedreira Massa

Paidopsiquiatra.
Hospital Infantil Universitario Niño Jesús de Madrid (España).
E-mail: jlpedre@inicia.es

[editorial] [26/7/2001]

Existe una creencia bastante extendida, tanto entre los familiares de pacientes, como en un determinado grupo de profesionales, para recabar Unidades Específicas para atender los TCA. Pero esta opinión, respetable y mayoritaria a tenor de su extensión, está poco fundamentada y escasamente contrastada en opinión de otro grupo de profesionales, hoy por hoy minoritario pero en ascenso numérico.

Introducción

Existe una creencia bastante extendida, tanto entre los familiares de pacientes, como en un determinado grupo de profesionales, para recabar Unidades Específicas para atender los TCA. Pero esta opinión, respetable y mayoritaria a tenor de su extensión, está poco fundamentada y escasamente contrastada en opinión de otro grupo de profesionales, hoy por hoy minoritario pero en ascenso numérico. En efecto el origen de estas Unidades Específicas posee un doble origen: surgen en sistemas asistenciales en los que la atención a los trastornos mentales de la infancia y la adolescencia está asegurada por servicios específicos y por profesionales con formación y acreditación específicas. En este caso las Unidades Específicas de contextualizan como un nivel asistencial complementario. Es el caso del Reino Unido, en que el nivel terciario lo constituyen los Servicios de Psiquiatría de la Infancia y la Adolescencia desde los que se desarrollan determinadas unidades específicas de investigación y tratamiento, entre las que se encuentran los TCA.

Un segundo origen está representado por USA, su base hay que buscarla en la financiación de la asistencia sanitaria por medio de aseguradoras múltiples. La diferencia entre las diferentes aseguradoras se basa en técnicas específicas que se ofertan con el fin de que tengan su correspondiente repercusión en el pago de las cuotas de cobertura asistencial por parte de los mutualistas. Por esta razón proliferan Unidades Específicas por patologías, p. ej. ansiedad, depresión, alcoholismo, TCA, pues se convierten en fuente de financiación del sistema en su conjunto: a mayor oferta desde la aseguradora sanitaria, mayor cuota que debe satisfacer el paciente/usuario/cliente (PUC). De esta suerte las aseguradoras se diferencian de sus competidoras por la presencia de estos u otros programas. Es obvio que es un esquema propio de la privatización asistencial derivado de la existencia de un aseguramiento múltiple y no de la existencia de un sistema nacional de salud con aseguradora única, como es hasta el momento

actual el sistema sanitario español.

Imprecisiones en la especificidad de los TCA

1. Dudas conceptuales: No queda lo suficientemente claro si los TCA son un síntoma relacionado con el proceso de alimentación; un signo puesto que se constata de forma objetiva; un síndrome, como conjunto de síntomas y signos comunes con distintas etiologías; un proceso aislado, más que discutible si se considera la multiaxialidad y el proceso de desarrollo; o una categoría estadística, tal y como se recoge en los glosarios de clasificación más utilizados (DSM-IV y CIE-10). En estas imprecisiones conceptuales hemos detectado, al menos, el impacto de tres grupos de factores:

1.1. La presión de la "moda" en diagnosticar el proceso TCA, como alternativa a otras formas de presentación de los trastornos mentales en la adolescencia. Hace unos lustros los conflictos relacionales en estas etapas se solventaban con fugas del domicilio parental, más tarde fueron sustituidas por la realización de conductas parasuicidas y, en el momento actual, se presentan los TCA como forma de "negociar" el conflicto relacional. El impacto "moda" tiene otras dimensiones: presión de y en los medios de comunicación, culto a una imagen corporal estandar, extensión indiscriminada de "dietas" de los famosos en publicaciones de gran difusión en el mundo juvenil sin ningún tipo de control.

1.2. El "prestigio" de este tipo de enfermar entre algunos círculos juveniles. Es evidente que decir que se padece un cuadro más severo (p.e. depresión mayor, crisis psicótica, trastorno severo del comportamiento, TOC o trastorno de la personalidad) podría ser rechazado o tildado de parafernalia psicologizante o psiquiatrizante, continúa el estigma de la enfermedad mental. Sin embargo, los TCA han adquirido una cierta aureola, un tanto mítica, para difuminar el proceso subyacente, ya no se contextualiza el TCA en el proceso psicopatológico, sino que se aísla y focaliza el problema en el TCA, aquí está la base de buena parte de las consecuencias yatrogénicas que pueden aparecer y que un número, afortunadamente cada vez mayor, de investigadores están alertando en los últimos meses.

1.3. El "prestigio" profesional tampoco ha quedado al margen de esta consideración en el impacto actual. La creación de "Unidades específicas" ha contribuido a un cierto mito del "super-especialista", lo que se ha extendido de forma rápida por todo el país con la inestimable colaboración de algunos medios de comunicación social que han difundido datos alarmistas, incompletos, parciales, sesgados y con falta de rigor. Hace unos años había que convencer a Internistas, Pediatras y otros especialistas como Endocrinólogos, para que se contemplara el cuadro denominado AN, hoy en día casi hay que frenar un cierto furor diagnóstico del proceso y reubicar contextualizadamente el proceso diagnóstico.

2. Imprecisiones de las investigaciones al uso: Una atenta revisión de las publicaciones sobre el tema aporta una curiosa visión del cuadro: incremento de publicaciones de todo tipo sobre los TCA en la práctica totalidad de las publicaciones nacionales e internacionales, sobre todo en los últimos cinco años. Pero el contenido de ellas aporta algunos elementos de sumo interés: la mayoría se remiten a exponer alegaciones que confirmen lo pre-establecido, lo que reafirma un seguidismo de moda; contribuye a que el prestigio profesional se asiente, dado que los grupos publican sobre el tema; la mayoría de los trabajos son de tipo descriptivo, en ocasiones desmenuzan la descripción hasta extremos insospechados; apenas existen investigaciones sobre población general y realizadas en diversos niveles asistenciales, se limitan a analizar los casos derivados a su propio servicio; en ocasiones aparece una, calculada(?), confusión causa-efecto en los resultados y conclusiones, como ejemplo se podría citar el reciente trabajo sobre los hallazgos del PET cerebral, se habían realizado en sujetos con diagnóstico de TCA, aparecían solo en una parte y no se aclaraba si esas lesiones eran causa o efecto de la malnutrición (p. ej. si hubieran aparecido en la infancia malnutrida de los países en vías de desarrollo, pues se tiene el antecedente de algunas descripciones con la TAC cerebral cuando apareció y luego se comprobó que esas mismas lesiones aparecían en los casos de malnutrición e incluso de deshidratación hipernatrémica). Otra confusión causa-efecto consiste en la generalización de algunos trabajos realizados en los denominados países del tercer mundo, para confirmar la hipótesis de la generalización del proceso, pero una atenta lectura confirma el equívoco no matizado entre malnutrición calórico-protéica por pobreza y TCA, lo que es peor silencian la relación entre clases elevadas-dieta occidental-TCA en estos países, entre otros datos sesgados en la interpretación.

3. Impacto en la gestión de servicios: La creación de Unidades Específicas de TCA se llevó a cabo en España apoyándose en dos hipótesis basadas en la realidad, pero con carencias y sesgos en la fundamentación: "existe un problema por la carencia asistencial", esta realidad hay que matizarla con rigor y basados en la evidencia científica y gestora, de lo contrario estas líneas definitorias actuales de España, tienen un impacto negativo de gran relevancia:

3.1. En la eficacia: Al atender solo un tipo de trastornos, los TCA, se aporta una cobertura muy limitada a la población diana puesto que la incidencia de los TCA es poco relevante, tal como hemos analizado con anterioridad. Su impacto asistencial hace que aborde un único problema de salud y, por lo tanto, trata pocos casos. Con lo que esta alternativa, en vez de solucionar un problema lo acrecienta al poner de manifiesto otras carencias básicas de mayor impacto. La alternativa sería concentrar en una Unidad varias zonas, con ello la eficacia se ve quebrada puesto que se rompe la continuidad de cuidados y, sobre todo, introduce sesgos en el análisis de los datos obtenidos.

3.2. En la eficiencia: Precisamente por lo expuesto en el punto precedente, la relación coste/beneficio es muy elevada, al menos por las siguientes razones: sofisticación asistencial (unidad de hospitalización, cubrir tres turnos diarios, mantenimiento) elevada para dar muy poca cobertura; la relación profesionales/casos atendidos es muy desbalanceada (p.e. baste con asignar titulados superiores, para que exista una gran inequidad, puesto que en muchos casos son los mismos que se asignan para dar cobertura total a más de 200.000 habitantes); la accesibilidad a dicha unidad está muy limitada y tiene su proceso y protocolo, con el consiguiente encarecimiento de los coste de burocratización; pero sobre todo la continuidad de cuidados, clave en procesos de evolución tórpida y crónica, se ve quebrada y alimenta una retroalimentación del propio servicio asistencial, con el consiguiente peligro de yatrogenia o

pseudoderivaciones. Un ejemplo de hace tres años: en una Comunidad Autónoma uniprovincial del norte de España, pionera en la creación de este tipo de Unidades Específicas, se solicitó a INSALUD la dotación de recursos para una Unidad de Salud Mental Infanto-juvenil, la respuesta del ente gestor fue contundente: ya se aportaba una financiación de varios millones mensuales, buscando esta financiación se encontraba en la Unidad de TCA, la financiación solicitada para la Unidad de Salud Mental Infanto-juvenil era bastante inferior a la que aportaba el INSALUD y la cobertura sería muy superior, según el propio protocolo de solicitud de financiación.

3.3. En la efectividad: El grado de satisfacción de profesionales y población inicialmente es satisfactorio, pero a medio y largo plazo aparecen elementos distorsionadores que hacen impacto en la efectividad a ambos niveles:

3.3.1. En los clientes internos: Al limitarse a un solo tipo de trastornos los profesionales se exponen a un movimiento pendular: o a una fácil acomodación un tanto rutinaria o bien a caer en el síndrome de "burn-out", latente y disfrazado de una pseudoespecialización que se traduce en presiones y amenazas hacia los estamentos gestores. Aparecen importantes sesgos a nivel asistencial y a nivel de la formación, con un cierto adultomorfismo muy medicalizado que puede facilitar la disociación en buenos (los de la unidad) y malos (los demás). Lo que hace que se consolide una especie de reverencia hacia estos superespecialistas que, por su parte, están superinteresados en que cunda la información de la falta de recursos y de formación en este campo.

3.3.2. En los clientes externos: En l@s pacientes que son atendidos en estas unidades específicas se potencia el "rol enfermo especial"; lo que se consolida por la presión de las asociaciones de familiares, que en este caso pertenecen mayoritariamente a una clase social media-alta y conocen los funcionamientos administrativos, sus recovecos y contradicciones, lo que hace que el impacto de su presión sea muy relevante y francamente desigual en relación a otras asociaciones de familiares de pacientes. Aparece el impacto de la ruptura de la continuidad asistencial: incremento de desplazamientos, confusión ante la posibilidad de contradicciones en el abordaje entre la Unidad y el profesional del territorio de origen.

Alternativas para la comprensión y el abordaje de los TCA en la asistencia pública

Seguiremos el esquema marcado en el apartado de las imprecisiones, con el fin de poder comparar la exposición. También recalcamos que esta posición se refiere a la asistencia pública, dirigida al conjunto de la población, puesto que para las aseguradoras privadas o simplemente para la oferta asistencial privada, la relación asistencial es diferente y son muy libres de ofertar aquellos recursos que crean más pertinentes para sus intereses, pero la asistencia pública se dirige al conjunto de la población con dinero público y, por lo tanto, no puede estar sujeta a intereses de grupos de presión profesionales muy determinados.

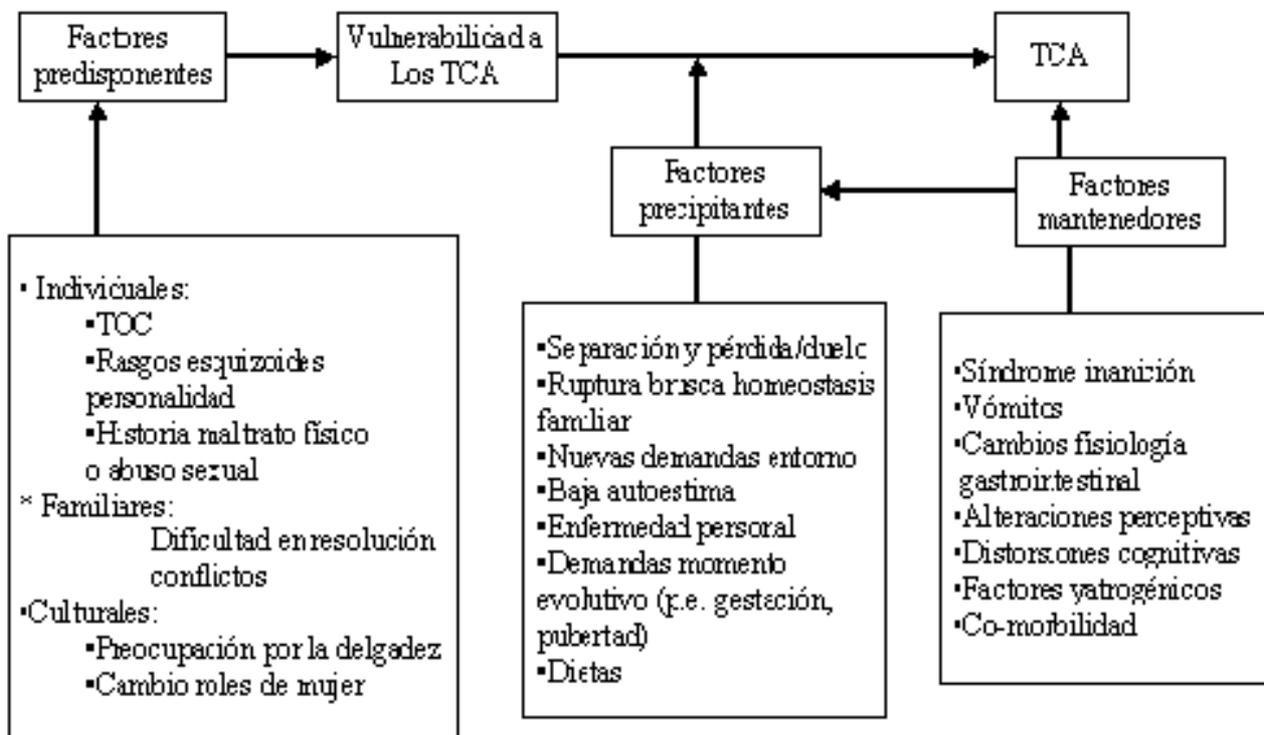
1. Alternativas conceptuales: Frente a la preponderancia de los aspectos descriptivos, sugerimos el estudio de los contenidos psicopatológicos de los TCA. Desde esta perspectiva nos obliga a considerar que es un grupo de trastornos que aparece en la infancia y la adolescencia, por lo que representa una de las formas de expresión fundamental de los trastornos mentales, en términos de Kreisler, en estas etapas de la vida, lo que hace que para el diseño de investigaciones y aproximaciones conceptuales se precise

contemplar la perspectiva de la psicopatología del desarrollo, según los fundamentos aportados por Rutter y Graham entre otros. En este contexto cabe señalar un equívoco, en nuestra opinión, al considerar la presencia de otros trastornos mentales asociados como co-morbilidad, creemos que el término co-morbilidad resulta insuficiente ya que significaría concurrencia casi por efecto del azar, simultaneidad de trastornos. Frente a esta concepción un tanto reduccionista, proponemos la más firme tradición de la psicopatología del desarrollo de considerar la evaluación de los trastornos mentales desde la multiaxialidad; lo que obliga a delimitar lo que son concurrencia de trastornos, pero también a contextualizarlos en el marco de otras dimensiones y ejes que complementan la evaluación psicopatológica. P.e. mucho se ha escrito acerca de las tentativas de suicidio en los TCA, estudios recientes aportan que la presencia de conducta suicida en la AN podría presentarse en procesos de larga evolución y en los que aparecen consumo de sustancias (alcohol o drogas) y en el marco de una ideación obsesiva o de trastornos de personalidad subyacente; mientras que en la BN las tentativas suicidas aparecieron en el seno de trastornos psiquiátricos y, sobre todo, cuando en los antecedentes aparecían antecedentes de abusos sexuales, ligadas al bajo perfil de tolerancia a la frustración y escaso control de la impulsividad.

En la Tabla I aportamos un modelo conceptual y comprensivo para los TAC desde la perspectiva del funcionamiento psicosomático. Para la presencia de TCA se precisan unos factores predisponentes de tipo individual (p.e. factores constitucionales, TOC, rasgos esquizoides de la personalidad, y la historia precedente de maltrato físico y/o abuso sexual en la infancia); factores familiares, sobre todo en la resolución de los conflictos relacionales y los factores culturales, entre los que destacan la preocupación excesiva actual por la delgadez, sobre todo en el seno del cambio actual de roles de la mujer en la cultura occidental.

Tabla I

Modelo psicósomático de los TCA



Fuente: Hst, 1996 (modificado)

Estos factores predisponentes deben actuar sobre una vulnerabilidad hacia los TCA, esta vulnerabilidad está latente y debe sufrir el impacto de unos factores precipitantes, que la mayor parte tienen relación con el tipo y funcionamiento de la conducta vincular y de las figuras de apego; por ello estos factores precipitantes de los TCA han sido identificados como las respuestas a los procesos de separación, pérdida y duelo de figuras significativas, sean de forma real o simbólica; la ruptura brusca de la homeostasis familiar (p. ej. separaciones, divorcios, abandonos del hogar, accidentes); la presencia de nuevas demandas en el entorno que se presentan de forma aguda y/o con escaso tiempo de elaboración y adaptación, pidiendo respuestas concretas en espacios cortos de tiempo; baja autoestima, hacia el valor físico, psíquico y social propio frente a sí mismo y a los demás; enfermedades personales, de mayor impacto son los procesos crónicos y sobre todo si incluyen un tipo de dietas en el tratamiento; las demandas propias de la etapa evolutiva, como la adolescencia con sus cambios de la imagen corporal, cambios relacionales, las "ideas" transmitidas acerca de la alimentación; pero sobre todo el factor precipitante de mayor impacto es la presencia de dietas, más o menos, especiales que se difunden sin ningún tipo de control en publicaciones juveniles y se asocian a las dietas seguidas por las denominadas top-model o figuras del cine; el impacto de estas dietas es de tal importancia que al comparar la presencia de TCA en sociedades occidentales y orientales se comprueba que los TCA aparecen en la conducta oriental cuando se introduce la dieta occidental o se inician dietas similares a las publicadas en occidente, abandonando las costumbres propias de su cultura de origen.

La acción de estos factores precipitantes sobre la vulnerabilidad previa, hace que se precipiten los síntomas que identifican a los TCA. Pero se precisa la presencia de unos factores de mantenimiento que actúan sobre los factores precipitantes para que su acción haga que perduren los TCA. Estos factores mantenedores son: el síndrome de inanición consecuente a los TCA; la presencia de vómitos, sobre todo en relación con atracones o tras una pequeña ingesta; los cambios de la fisiología gastro-intestinal como consecuencia de la alteración alimenticia y nutritiva; las alteraciones perceptivas, tanto de las sensaciones corporales (p.e. confundir la sensación de hambre con dolor intestinal, reminiscencia de etapas infantiles; o la alteración sobre la percepción de la propia imagen corporal en cuanto a la delgadez/gordura, cuando se identifica correctamente en los otros); distorsiones cognitivas, sobre todo del tipo de creer/creerse que su razonamiento es el que contiene mayor nivel de certeza y el funcionamiento aparentemente lógico pero en construcciones de sofismas. Dos aspectos clave se sitúan en los efectos yatrogénicos, la intervención de los profesionales define el concepto del trastorno, le da un pronóstico, aporta un tratamiento y oferta un tipo de comprensión de forma integrada y contextualizada o, por el contrario, sesga y focaliza, esta confusión de la parte por el todo tiene efectos yatrogénicos de singular relevancia, incluso de hacer "responsable" a los TCA de todo tipo de trastorno relacional, estos efectos yatrogénicos son más fáciles de presentarse y de una forma mucho más sutil cuando se establecen el desarrollo de unidades específicas para los TCA, puesto que el rol enfermo especial se incrementa y el saber del profesional se convierte en poder. El segundo aspecto, en el campo de los profesionales, consiste en la co-morbilidad: ¿a qué se llama co-morbilidad? ¿qué trastorno toma importancia para la prescripción terapéutica?

2. Alternativas a la investigación en TCA: Se están realizando múltiples esfuerzos con protocolos de investigación multicéntrica, esperemos que corrijan alguna de las distorsiones expuestas con anterioridad. Nos permitimos señalar algunos pre-requisitos para las investigaciones en este campo: se precisa de diseños exigentes en cuanto al método epidemiológico, es decir referidos a población y territorio concretos, lo que permite saber la incidencia y prevalencia del trastorno. Los instrumentos a emplear, al menos inicialmente y en la primera fase de la investigación epidemiológica, deberían ser instrumentos estándares de evaluación y screening, para en la segunda fase poder ser más precisos, esta metodología evitaría sesgos y daría credibilidad científica a las investigaciones. Esta diferenciación en el método epidemiológico riguroso, es lo que diferencia las encuestas de opinión (por otro lado muy válidas para analizar tendencias en la opinión pública, obtener fuentes de información general y escasamente discriminada) de las investigaciones epidemiológicas, cuyos requisitos son cada vez más exigentes y precisos (requerimientos metodológicos como fases e instrumentos de evaluación, tamaño muestral, instrumentos estadísticos, definición de caso y los requerimientos éticos tanto asistenciales como metodológicos de investigación). Los estudios de seguimiento longitudinal precisan de instrumentos sofisticados, los Registros Acumulativos de Casos Psiquiátricos (RACP) serían imprescindibles si se quiere aportar la secuencia de uso de dispositivos, quien interviene y tipo de intervención de acuerdo al diagnóstico emitido. Intentar discernir en los resultados entre causa y efecto de los hallazgos, lo que implica una gran modestia ante los resultados por parte de los equipos de investigadores e incluir las diferentes perspectivas en la interpretación de los resultados obtenidos. En general se precisa instaurar metodologías de investigación contrastadas y rigurosas, con fundamento en los principios que se formulan en la Psiquiatría Basada en la Evidencia (PBE), la exigencia es básica: doble fase, grupos problema y

grupos control, cumplimiento de requisitos éticos.

3. Alternativas asistenciales en el caso de los TCA: Frente a las Unidades específicas para los TCA, se precisa un desarrollo estable y suficiente para el conjunto de la infancia y la adolescencia con trastornos mentales y emocionales. Este sistema de atención debe ser flexible, moderno, adecuado a las características de la población que va a atender y, sobre todo, integrado en el conjunto de la asistencia sanitaria para ese rango de edad, en términos similares se expresaba el último informe del INSALUD sobre el tema.

3.1. Incrementar la eficacia: Se precisan servicios que atiendan al conjunto de los trastornos mentales de la infancia y la adolescencia, lo que hace incluir el proceso del desarrollo y las diferentes formas de expresión diferenciada de dichos trastornos en estas etapas del desarrollo humano. Por ello la única forma consiste en establecer una atención integrada en un territorio determinado donde se contemple, sobre todo, la atención a la adolescencia en su conjunto, dado que esta etapa está con poca cobertura y los servicios tienen muy escasa adecuación (tanto de locales como de personal y funcionamiento institucional) a los requisitos y necesidades de los y las adolescentes.

3.2. Incrementar la eficiencia: La propuesta consiste en adecuar los recursos (materiales, económicos y humanos) para atender al conjunto de la población infanto-juvenil de un territorio determinado, por lo que el incremento de población atendida y de trastornos identificados y a los que se da respuesta, hace que los costes sean menores. De esta suerte se diferencia, de forma clara, financiación de asistencia; en efecto, la creación de unidades específicas para atender determinados procesos es propia de la influencia de USA, donde existen aseguradoras múltiples y las pólizas aportan múltiples posibilidades, atender procesos se convierte en una fuente de financiación del sistema y de los servicios a la par que diferencia a unas aseguradoras de otras, pero este no es el caso de los países que tienen una aseguradora universal, como es el nuestro. Otro aspecto para mejorar la eficiencia consiste en la elaboración conjunta de protocolos de identificación e intervención de trastornos mentales en la infancia y la adolescencia, estos protocolos abarcan a los diversos niveles asistenciales y se aplican al conjunto de la población de un territorio.

3.3. Incrementar la efectividad: Esta alternativa que proponemos incrementa y consolida el grado de satisfacción de los profesionales y de la población en base a algunos planteamientos fundamentales:

3.3.1. Clientes internos: La diversificación de tareas al atender al conjunto de una población infanto-juvenil a lo largo de la totalidad del proceso evolutivo hace que incremente la motivación por el trabajo, aportando como instrumento fundamental la adecuación de los planes de formación continuada a la demanda real, diferenciando de forma rotunda la financiación de la asistencia, reconociendo el trabajo en equipo y asegurando la accesibilidad por parte de la población al servicio asistencial al favorecer y desarrollar la continuidad asistencial. De esta suerte se evita el adultomorfismo asistencial de soslayar los temas escabrosos de la práctica asistencial, derivándolos fuera del circuito asistencial hacia unidades/servicios especiales.

3.3.2. Clientes externos: Les centra el conjunto de sus demandas al contextualizar los procesos y los TCA con los factores expuestos con anterioridad y la etapa del desarrollo. Además se trasmite la disminución de la desigualdad, al hacer exigir que la asistencia sea para el conjunto de los niñ@s y

adolescentes y no solo para una minoría, de esta suerte se establece de forma unificada la accesibilidad a los servicios asistenciales con la necesaria continuidad asistencial de forma comprensible para el conjunto de una población en un territorio. En definitiva la alternativa que aporta un elevado grado de satisfacción es que se transmita y se perciba que se atienden a adolescentes que tienen un tipo de trastorno mental, que esta atención es de calidad e individualizada, mientras que en las unidades específicas se aporta atender a un proceso, aunque sea con mucho fundamento se despersonaliza por descontextualizar al sujeto de su entorno.

Conclusiones iniciales

Los TCA están constituyendo, a nivel mediático, un problema de salud pública relevante, pero el apoyo de la evidencia científica es cada vez más débil, apareciendo cada vez con más frecuencia artículos en la prensa científica internacional en forma de preguntas y dudas, tales como: Mito? Incremento real? Mayor perjuicio que beneficio?, firmados por autores tan prestigiados en el tema como Hsu, Fairburn, Fombonne, Turnbull.

La creación de Unidades Específicas se fundamenta en un problema asistencial interpretado por algunas asociaciones de familiares y algunos grupos de presión profesional, cuya interpretación adolece de sesgos y parcialidades de gran impacto, al descontextualizar tanto el proceso clínico como el sistema asistencial desde un servicio público.

Los TCA han supuesto un revulsivo para evidenciar que la etapa de la infancia tiene y padece trastornos mentales, de ahí a pretender una revisión conceptual del conjunto de la psicopatología de la infancia y la adolescencia desde la luz emergente de los TCA es, cuanto menos, una pretensión con escaso fundamento y muy interesada, donde subyace una confusión evidente entre causa y efecto, entre el todo y la parte.

Las Unidades específicas asistenciales para los TCA presentan para la asistencia pública problemas de adecuación gestora, pues tienen poca eficacia (resuelven pocos problemas de salud); escasa eficiencia (elevada relación coste/beneficio) y efectividad fluctuante a medio y largo plazo, tanto para los clientes externos como internos.

Los TCA, en la asistencia pública, no pueden ser considerados como algo aparte, sino que debe integrarse en una política de conjunto en la asistencia a los trastornos mentales. No pueden existir "saltos", es decir sin estar asegurada la asistencia adecuada a los trastornos mentales de la infancia y la adolescencia, a similar nivel que la de otras etapas de la vida, no parece razonable dar por sentado que existen otros problemas más específicos y, desde luego, mucho menores en prevalencia y gravedad.

No es razonable asistir a hechos en los que intereses individuales, por muy legítimos que sean, condicionan el ejercicio en el sistema nacional de salud. Una aseguradora pública debe priorizar la atención a un máximo de población a un coste razonable, los profesionales que desarrollan su actividad en este sector deben conocer esta premisa ética y científicamente. La legitimidad de una acción parcial no excluye este principio fundamental y sin estar totalmente cubiertas estas necesidades asistenciales para un tramo importante de población (p. ej. la atención a los trastornos mentales de la infancia y la adolescencia) no es prioritario abordar patologías parciales y cuya entidad está más que discutida por

amplios sectores profesionales.

Aún está por explicar de forma suficiente si los TCA son un trastorno específico o simplemente una forma de expresión de los trastornos mentales. La noción de co-morbilidad resulta, a todas luces, insuficiente y confusa: ¿aceptaríamos que la tos, la fiebre o los vómitos son co-mórbidos con la amigdalitis o, más bien, son los síndromes básicos presentes en la amigdalitis? ¿Trataríamos como forma específica la tos o la fiebre o el dolor de costado de la neumonía, o bien diagnosticaríamos de forma adecuada la neumonía y la pondríamos el tratamiento pertinente? ¿Tienen el mismo tratamiento la bronconeumonía estafilocócica que la bronconeumonía miliar tuberculosa? Entonces ¿Porqué no buscar sistemas de reflexión y análisis similares, donde prime la evidencia y no la creencia ni siquiera la pertenencia a tal o cuál grupo, en el caso que nos ocupa?

Este planteamiento, hoy por hoy minoritario, se va abriendo camino y el tiempo nos aportará otras visiones más serenas. No hemos de olvidar una máxima magnífica de Huxley: "Muchos conocimientos científicos se inician como herejías y frecuentemente terminan como supersticiones". El debate está servido.

Bibliografía

- American Psychiatry Association: DSM-IV. Barcelona: Masson, 1993.
- American Psychiatry Association: Directrices para la práctica clínica de los trastornos de la conducta alimentaria. Barcelona: EDIKA, MED, 1.995.
- Beaty, S.R.: Continuity of Care: The Hospital and the Community. London: Grune & Stratton, 1980.
- Beaumont, P.J.U.; Russell, J.D. & Touyz, S.W.: Treatment of Anorexia Nervosa. Lancet, 1993, 341, 1635-1640.
- Brusset, B.: L'assiette et le miroir: L'anorexie mentale de l'enfant et de l'adolescent. Toulouse: Privat, 1991.
- Buck, C. de; Matot, J.P.: Hospitalisation en pédiatrie d'enfants ou adolescents présentant une problématique psychologique ou/et sociale. Neuropsychiatr. Enfance Adolesc., 1996, 44(12), 604-8.
- Burns, B.J.: Mental Health Services Use by Adolescents in the 1970s and 1980s. J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry, 1991, 30,1 (january), 144-150.
- Carney, C.P.; Andersen, A.E.: Eating Disorders: Guide to Medical Evaluation and complications. The Psychiatric Clinics of North America, 1996, 19(4), 657-79.
- Carter, J.C.; Stewart, D.A.; Dunn, V.J. & Fairburn, C.G.: Primary Prevention of Eating Disorders: Might it do more harm than good? Int. J. Eat. Disord., (in press).
- Favaro, A.; Santonastaso, P: Suicidality in eating disorders: clinical and psychological correlates. Acta Psychiatr. Scand., 1997,95: 508-14.
- Fombonne, E.: Anorexia Nervosa: No evidence of an increase. Br. J. Psychiatry, 1995, 166: 462-71.
- Forfar, J.O.: Child Health in a changing Society. Oxford: Oxford University Press, 1988.
- Garfinkel, B.D.; Carlson, G.A. & Weller, E.B. (Edts.): Psychiatric Disorders in Children and Adolescents. Montreal: W.B. Saunders Company, 1990, págs. 106-20.
- Garfinkel, P.E. & Garner, D.M.: Anorexia Nervosa: A Multidimensional Perspective. New York: Basic Books, 1982.
- Graham, Ph.: Child Psychiatry: A developmental Approach. Oxford: Oxford University Press, 1991, págs.

73-95.

- Grassi, A. & Falzoni, M.C.: Mental Health in young people. A descriptive study. *Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol.*, 1991, 26, 183-186.
- Halmi, K.A.: Models to conceptualize Risk Factors for Bulimia Nervosa. *Arch. Gen Psychiatry*, 1997, 54 (june), 507-8.
- Herzog, D.B.; Nussbaum, K.M. & Marmor, A.K.: Comorbidity and outcome in Eating Disorders. *The Psychiatric Clinics of North America*, 1996, 19(4), 843-59.
- Hill, P.: *Adolescent Psychiatry*. London: Churchill Livingstone, 1989.
- Hsu, L.K.G.: Is weight phobia always necessary for a diagnosis of anorexia nervosa? *Am. J. Psychiatry*, 1993, 150: 1466-71.
- Hsu, L.K.G.: Epidemiology of the Eating Disorders. *The Psychiatric Clinics of North America*, 1996, 19(4), 681-700.
- Hsu, L.K.G. & Sobkiewicz, T.A.: Body image disturbance: time to abandon the concept for eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 1991, 10: 15-30.
- INSALUD: Programa de atención de los trastornos de la conducta alimentaria. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 1.995.
- Jellinek, M.S. & Herzog, D. B.: *Psychiatric aspects of General Hospital Pediatrics*. Chicago: Year Book Medical Publishers, 1990.
- Jimerson, D.C.; Wofe, B.F.; Brotman, A.W. & Metzger, D.: Medications in the treatment of Eating Disorders. *The Psychiatric Clinics of North America*, 1996, 19(4), 739-53.
- Johnson, C.J. & Taylor, C.: Working with difficult-to-treat Eating Disorders using an integration of twelve-step and traditional Psychotherapies. *The Psychiatric Clinics of North America*, 1996, 19(4), 829-41.
- Joiner, Th.E.; Heatherton, T.F. & Keel, P.K.: Ten-year stability and predictive validity of five bulimia-related indicators. *Am. J. Psychiatry*, 1997, 154, 8 (august), 1133-38.
- López-Ibor Aliño, J.J. (Coord.): *CIE-10: Manual y glosario para los trastornos mentales*. Madrid: Smithkline-Beecham, 1992.
- Lucas, A.R.: The Eating Disorder "epidemic": More apparent than real? *Pediatric Annals*, 1992, 21, 746-51.
- Lucas, A.R.; Beard, C.M.; O'Fallon, W.M. & cols.: 50-year trends in the incidence of Anorexia Nervosa in Rochester, Minn: A population-based study. *American Journal of Psychiatry*, 1991, 148, 917-22.
- Menéndez, F. & Pedreira, J.L.: Trastornos de la conducta alimentaria en niños y adolescentes. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiquiatr.*, 1999, XIX, 1, 7-22.
- Moral, L (Coordra.): *Trastornos del Comportamiento alimentario: Criterios de ordenación de recursos y actividades*. Madrid: INSALUD,2000.
- Morandé, G.: Atención a la anorexia nerviosa y la bulimia: ¿dónde, quién, cómo? *Documentos ADANER*, nº 2. Madrid: ADANER, 1997.
- Morandé, G.; Celada, J. & Casas, J.: Prevalence of Eating Disorders in a Spanish School-age population. *J. Adolescent Health*, 1999, 24, 3, 212-219.
- Patton, G.C. & King, M.B.: Editorial: Epidemiological study of Eating Disorders: Time for a change of emphasis. *Psychological Medicine*, 1991, 21, 287-91.
- Pedreira, J.L.: *Protocolos de Salud Mental Infantil para Atención Primaria*. Madrid: ELA-ARAN, S.A., 1.995.
- Pedreira, J.L.: *Trastornos de la Conducta alimentaria: visión desde la psicopatología del desarrollo*.

Barcelona: Columna-Olalla, 1999.

- Pedreira, J.L.: Metodología de investigación en Psiquiatría, Psicopatología y Salud Mental de la infancia y la adolescencia. Madrid: Oficina del Defensor del Menor, 2001.

- Pedreira, J.L.: De la Anorexia Nerviosa de los pacientes a la Anorexia Mental de los profesionales. Paidopsiquiatria.com. Artículos recomendados, 2001.

- Pedreira, J.L. & Sardinero, E.: Prevalencia de trastornos mentales en la infancia en Atención Primaria. Act. Luso-Esp. Neurol. Psiquiatr., 1996, 24, 4, 173-190.

- Pedreira, J.L. & Tomás, J. (Edts.): Problemática de la adolescencia. Barcelona: Alertes, 2001.

- Rodríguez-Sacristán, J.; Pedreira, J.L.; Menéndez, F. & Tsiantis, J.: La Salud Mental en la Infancia. En J. Rodríguez-Sacristán (Dir.): Psicopatología del niño y del adolescente. Sevilla: Prensas Universitarias de la Universidad de Sevilla, 1995, tomo II, págs. 1349-94.

- Rosen, J.C.: Prevention of eating disorders. Natl. Anorexic Aid Soc. Newsletter, 1989, 12, 1-3.

- Rutter, M.: Psiquiatría del Desarrollo. Barcelona: Salvat, 1989.

- Rutter, M.; Taylor, E & Hersov, L. (Edits.): Child and Adolescent Psychiatry. Oxford: Blackwell Scientific Publications, 1994, págs. 425-440.

- Rutter, M.: De los hallazgos en la investigación a la práctica clínica. Córdoba: Fundación Castilla del Pino-Lab. Juste, 1997.

- Schmidt, U.; Tiller, J.; Blanchard, M.; Andrews, B. & Treasure, J.: Is there a specific trauma precipitating Anorexia Nervosa? Psychological Medicine, 1997, 27, 523-30.

- Serna de Pedro, I.: Comer no es un placer: Anorexia, Bulimia, Obesidad. Madrid: Litofinter, 1998.

- Serrano, I.: La planificación y niveles asistenciales en los trastornos mentales de la infancia en el Reino Unido. Jornada de Trabajo de la Consejería de Sanidad, diputación General de Cantabria. Santander, 1997.

- Shaw, K. & Raj, B.A.: Eating Disorders as models of Psychosomatic illness. En P.S. Powers & R.C. Fernández (Edts.): Current Treatment of Anorexia Nervosa and Bulimia. (Karger Biobehavioral Medicine Series 4). Basel: Karger, 1984, pág. 143.

- Shisslak, C.M.; Crago, M. & Neal, M.E.: Prevention of eating disorders among adolescents. Am. J. Health Promotion, 1990, 5, 100-6.

- Stein, D.; Meged, S.; Bar-Hanin, T.; Blank, S.; Elizur, A. & Weizman, A.: Partial Eating Disorders in a Community sample of Female Adolescent. J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry, 1997, 36, 8 (august), 1116-23.

- Steinhausen, H.C.; Rauss-Mason, C. & Seidel, R.: Follow-up studies of Anorexia Nervosa: A review of four decades of outcome research. *Psychological Medicine*, 1991, 21, 447-51.
 - Sterling, J.W. & Segal, J.D.: Anorexia Nervosa in males: A critical review. *International Journal of Eating Disorders*, 1985, 4, 559-72.
 - Toro, J. & Vilardell, E.: *Anorexia Nervosa*. Barcelona: Martínez Roca, 1.987.
 - Treasure, J.L.; Troop, N.A. & Ward, A.: An approach to planning Services for Bulimia Nervosa. *British Journal of Psychiatry*, 1996, 169, 551-54.
 - Troop, N.A. & Treasure, J.L. Setting the scene for Eating Disorders, II. Childhood Helplessness and Mastery. *Psychological Medicine*, 1997, 27, 531-38.
 - Turnbull, S.; Ward, A.; Treasure, J.L.; Hersel, J. & Derby, L.: The demand for Eating Disorders Care: An Epidemiological Study using the General Practice Research Database. *British Journal of Psychiatry*, 1996, 169, 705-12.
 - Turón, V.J. (Ed.): *Trastornos de la alimentación: Anorexia, Bulimia y Obesidad*. Barcelona: Masson, 1997.
 - Vandereyken, W.: The addiction model in Eating Disorders: Some critical remarks and selected bibliography. *International Journal of Eating Disorders*, 1990, 9, 95-102.
 - Venisse, J.L. (dir.): *Les nouvelles addictions*. Paris: Masson, 1991.
 - VV. AA.: *Clínica y tratamiento de la anorexia nerviosa en adolescentes*. Madrid: ADANER-AETCA, 1997.
 - West, R.: *Eating Disorders: Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa*. London: Office of Health Economics, 1994.
 - Williams, P. & King, M.: The "epidemic" of Anorexia Nervosa: Another medical myth? *Lancet* (january), 205-08.
 - World Health Organization: *Improving Mental Health Services*. Ginebra: WHO, 1998.
 - Woolston, J.L.: *Eating and Growth Disorders in Infants and Children*. London: Sage, 1991.
-