

ENFERMERIA DIPUTACION DE JAEN 2019

TELEOPOSICIONES

Avda. Maisonnave 28, bis 4ª Planta, Alicante

temarios@teleoposiciones.es

TEMA 15 Cuidados en la adolescencia:

Características de la adolescencia. Adquisición de hábitos saludables. Alimentación y dieta equilibrada. Trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes. Prevención de hábitos tóxicos: alcohol, tabaco y drogas. Iniciación a la sexualidad. Programa Forma Joven..



1. Cuidados en la adolescencia: características de la adolescencia

1.1. Perspectivas históricas

En el pasado, la adolescencia era un periodo más breve que los diez o doce años que se consideran actualmente. Los niños y adolescentes de aquellos tiempos contribuían a la economía familiar, generalmente rural, colaborando en las tareas de la cosecha. Se esperaba que los adolescentes asumieran los roles adultos con la mayor brevedad posible. Los requerimientos impuestos por la sociedad eran sencillos de discernir.

La transición de la niñez a la edad adulta era relativamente simple y directa. **Bakan** destaca que, a medida que la educación de los niños va haciéndose obligatoria, los trabajos van siendo suplidos por los avances tecnológicos y aumenta el cuidado de la salud y la longevidad; nuestra sociedad dedica un tiempo considerablemente mayor a la búsqueda de la identidad del adolescente. A pesar de su mayor duración, el proceso de convertirse en adulto se ha hecho más complejo y genera una mayor ansiedad.

Coleman destaca que las dificultades adolescentes para asumir el papel de adultos se agravan por la falta de responsabilidades, la incapacidad de realizar un trabajo por la educación obligatoria y la dependencia económica de la familia durante un extenso periodo de tiempo. En otras etapas de nuestra historia estas condiciones no se presentaban.

Muchas autoridades ven la adolescencia de forma muy estereotipada. A menudo, los adolescentes son vistos como una fuerza negativa, fuerza que ha de ser controlada y continuamente socializada, o bien como una poderosa fuerza positiva que es la base del cambio social. Ambas posiciones son extremadas y se alejan por igual de lo que realmente representa este periodo. Grandes sectores de nuestra sociedad tienden a considerar a las nuevas generaciones bajo uno de estos puntos de vista. Por ejemplo, en muchas ocasiones, los adolescentes han sido descritos como inconstantes, caprichosos e impredecibles. En otros casos se ha visto sólo su lado bueno, la frescura de las opiniones sobre la vida.

Sin embargo, sobre los adolescentes predominan los juicios negativos. A menudo son calificados de hipercríticos, asociales y menospreciadores de los valores de vida de sus padres. El interés de los adolescentes parece centrado en la novedad y el cambio y alejado de los papeles establecidos y valores paternos.

Pero al igual que los adultos, no todos los adolescentes siguen la misma orientación. Es raro que un joven se convierta en un adulto con seguridad, confianza y sentido de realización personal. Las idealizaciones de este periodo sólo sirven para limitar nuestro conocimiento de lo que realmente ocurre.

La magnitud de los conflictos y dificultades por las que atraviesan los adolescentes en su desarrollo es un tema que despierta opiniones contradictorias en los psicólogos. Algunos psicólogos ven a los adolescentes luchando por sobrevivir a un periodo de «tormentas y peligros»; otros piensan que esta fase de la vida transcurre con pocos problemas y preocupaciones. **Bandura**, basándose en entrevistas con adolescentes, concluye que la mayoría de los chicos atraviesan esta fase con un mínimo no un máximo, de problemas. Aceptan los valores paternos sin signos de rebelión, represión o cataclismos emocionales.

Las conclusiones de Bandura se refieren a que los sucesos poco corrientes protagonizados por adolescentes, que ilustran la idea del periodo tormentoso, reciben mayor atención y publicidad

que la transición normal experimentada por la mayoría de los adolescentes. También nos recuerda que gran parte de las teorías sobre la adolescencia están basadas en el estudio de casos atípicos de adolescentes conflictivos sometidos a tratamiento.

La adolescencia, como cualquier otra etapa de desarrollo, comporta una serie de conflictos y adaptaciones. Es un error que nuestra sociedad enfatice los problemas de esta edad. Muchos adolescentes viven experiencias satisfactorias y su desarrollo no aparece marcado por un gran número de problemas. Sin embargo, estas teorías proféticas sensibilizan a adultos y adolescentes frente a estos problemas magnificándolos. A fuerza de esperar encontrar esos conflictos, podemos terminar creándolos.

1.2. Características físicas

La primera indicación de que se ha alcanzado la adolescencia es un cambio corporal tal como el desarrollo de las mamas o la aparición del vello púbico. Estos cambios pueden vivirse como embarazosos o como agradables. Generalmente, los adolescentes comparten esos cambios corporales con su grupo de amigos y comparan su respectivo desarrollo físico.

El crecimiento del adolescente trae consigo cambios en el tamaño corporal, órganos sexuales y características sexuales secundarias. La mayoría de los investigadores opinan que el crecimiento físico adolescente es un proceso continuo.

La velocidad de desarrollo físico es una característica que varía de un individuo a otro, tanto por influencias genéticas como ambientales. Las interacciones entre ambas fuerzas son tan complejas que es muy difícil determinar el papel de cada una de ellas. No obstante, dado que el proceso se inicia por factores biológicos, consideraremos la influencia genética en el crecimiento.

Antes de estudiar los factores biológicos, daremos una breve ojeada al papel de los factores ambientales en el desarrollo físico. La **nutrición** es seguramente la más importante de estas influencias ambientales. Numerosas investigaciones confirman la existencia de una correlación positiva entre la clase social y ciertos indicadores del desarrollo como la altura y la edad de la menarquía. La dieta de los jóvenes de las clases sociales elevadas contiene proteínas y calorías, necesarias para el desarrollo, en mayor cantidad que la dieta de los adolescentes menos privilegiados. Además, también los primeros cuentan con mejores cuidados médicos y facilidades para practicar deportes y descansar, factores todos ellos que permiten a un individuo desarrollar al máximo su potencial genético de crecimiento.

Los mismos factores (ambientales y sociales) influyen destacadamente en la edad de la menarquía. Las chicas alcanzan hoy día la menarquía cuatro o cinco años antes que en las generaciones anteriores.

El aporte calórico de las dietas de los adolescentes de distintas clases sociales y grupos étnicos es distinta.

1.2.1. Cambios en el tamaño corporal

El crecimiento del tamaño corporal puede estudiarse determinando el promedio de incremento por edad, y también longitudinalmente determinando la tasa de crecimiento de un individuo de año en año, o en un intervalo de tiempo menor. Con el método de estudio longitudinal, puede calcularse el *estirón* que se produce en la adolescencia. Es decir, la rápida aceleración del desarrollo

físico que tiene lugar en todos los adolescentes y que ocurre unos dos años antes en las chicas que en los chicos. El “estirón” comprende una serie de procesos. Hay un período de tasa máxima de crecimiento en altura llamado vértice de altura, que tiene lugar hacia los 12 años en las chicas y a los 14 en los chicos, desde el cual se domina el período completo de la pubertad. La duración total de la pubertad y el momento en el que se produce fluctúa ampliamente.

Faust ha establecido que las niñas que alcanzan antes la madurez presentan menor estatura y piernas más cortas, tienen también hombros y caderas más estrechos y pesan menos que las que tardan más en alcanzar la madurez. El período de crecimiento puberal es también más largo en el primer caso. A pesar de estas diferencias no existe relación entre la maduración temprana o tardía y la apariencia física adulta. Esta descripción general es aplicable también a los chicos. El momento de la maduración es importante para la autoevaluación del adolescente, sus habilidades y concepto de sí mismo. La maduración temprana es una ventaja para los chicos, ya que favorece sus relaciones con los compañeros al hacerlos más competitivos, atléticos y fuertes. Para las chicas, sin embargo, la maduración temprana es bastante menos ventajosa. La maduración tardía impone mayores dificultades para desenvolverse con éxito a los chicos que a las chicas.

1.2.2. Pubertad y madurez sexual

Se producen numerosos cambios en los órganos reproductores asociados al estirón de la adolescencia. Estos cambios se entienden desde una perspectiva biológica. **Tanner** destaca que es el cerebro el órgano que inicia estos cambios; el hipotálamo estimula la parte anterior de la glándula pituitaria que libera un gran número de hormonas. Estas hormonas cumplen funciones relacionadas con el crecimiento corporal general (somatotropina), metabolismo celular (adrenocorticotropas) y desarrollo de los órganos sexuales (hormona luteinizante y folículoestimulante). Las dos últimas hormonas tienen efectos diferentes en los varones y en las mujeres; en las chicas estimulan el crecimiento de los ovarios y la ovulación, también hacen aumentar los niveles de estrógenos (hormonas femeninas) en la sangre. En los chicos, las mismas hormonas son responsables de la producción de espermatozoides por los testículos, desarrollo de los tubos seminíferos y aumento de los niveles sanguíneos de andrógenos (hormonas sexuales masculinas).

1.2.3. Características sexuales secundarias

En la pubertad, chicos y chicas comienzan a desarrollar las características sexuales secundarias.

En los chicos, la testosterona, una de las hormonas producida en los testículos, influye en la aparición de las características sexuales secundarias. El primer signo de la pubertad en los chicos es el crecimiento de los testículos seguido por la aparición de vello púbico y el desarrollo del pene. Las características sexuales secundarias comprenden también la aparición de vello en cara y axila.

En las chicas, los estrógenos influyen sobre el proceso. El primer signo de la pubertad es el aumento de tamaño de los senos, seguido rápidamente por la aparición de vello púbico. Estos cambios tienen lugar generalmente un año antes de la menarquía, que pone fin al proceso. Simultáneamente tiene lugar el desarrollo interno de útero y vagina, acompañado de la maduración de los ovarios.

1.3. Características sociales

Este período supone una transición social en la que el adolescente se enfrenta a la adopción de nuevos papeles y expectativas.

Según **Zárraga**, en la adolescencia y durante la juventud, los chicos y chicas pasan a pertenecer a una categoría social que implica un conjunto de conductas diferenciadas tanto con respecto a la categoría social de niño como a la categoría social de adulto. De este modo, las personas que se encuentran en esta etapa han sobrepasado al niño en la esfera de la maduración física pero no han alcanzado al adulto desde el punto de vista psicológico y social. Por esta razón, nos encontramos con individuos capaces de realizar las funciones físicas de la existencia del adulto en la colectividad y, en contraste, no son competentes psicossocialmente para desempeñarlas en una forma social determinada.

Desde el punto de vista sociológico, sería el desequilibrio entre la madurez física del sujeto y su cualificación efectiva como agente social el rasgo más definitorio de la adolescencia-juventud.

El proceso de vuelta al «equilibrio», de convertirse en una persona adulta social y psicológicamente competente, supone que el adolescente acometa una serie de tareas evolutivas que, de acuerdo con **Havighurst**, son las siguientes:

1. Alcanzar nuevas y más maduras relaciones con los compañeros de edad de ambos sexos.
2. Adquirir un papel social masculino o femenino.
3. Aceptar el propio aspecto físico y utilizar el cuerpo eficientemente.
4. Lograr una independencia emocional con respecto a los padres y otros adultos.
5. Prepararse para el matrimonio y la vida familiar.
6. Prepararse para una carrera económica.
7. Adquirir un conjunto de valores y un sistema ético como guía de la conducta, desarrollar una ideología.
8. Desear y lograr una conducta socialmente responsable.

El cumplimiento de estos objetivos puede dar lugar a problemas dado que, en general, la sociedad define las metas del adolescente pero no facilita los medios para alcanzarla. Esto se vuelve especialmente crítico en las sociedades industriales avanzadas, en las que el logro de la independencia económica y afectiva de los jóvenes está siendo artificialmente demorado. Sin embargo, no quisiéramos dejar de señalar que esta «moratoria» puede tener sus aspectos positivos, pues la dilatación del período adolescente podría obrar a favor de mayores oportunidades para adaptarse a la compleja vida adulta posterior. Durante esta etapa, el adolescente dispondría del tiempo suficiente para conocerse mejor a sí mismo y asimilar los importantes cambios que está experimentando, así como para conocer a los demás, la sociedad en la que vive, e ir ensayando los diferentes papeles que después ha de representar adecuadamente: individuo autónomo, pareja sexual, ciudadano con opciones políticas propias, etc.

Las interacciones sociales más relevantes en la adolescencia son: la familia y el grupo de amigos.

- a) Por lo que respecta a las **relaciones familiares**, el cambio de la infancia a la juventud es notable, y esto no podría ser de otra manera si se tiene en cuenta que una de las metas principales del joven es emanciparse de la tutela paterna. En efecto, lo que los padres representan para los niños es muy diferente de lo que puede representar cuando éstos crecen y alcanzan su madurez. En un principio, el niño ve a los padres como personajes sabios y omnipotentes, de cuya protección depende y que merecen su obediencia y respeto, aunque las acciones reales sean de otra naturaleza. En la adolescencia, esta visión cambia, sin duda, y el padre y la madre son juzgados tanto personalmente como por la función de autoridad que representan.

En general, la trama de las relaciones entre padres e hijos gira, en estas edades, sobre la cuestión de la independencia. El tipo de situaciones que puede crear el deseo de los jóvenes de alcanzar su autonomía dependerá tanto de lo que hagan los hijos como de lo que hagan los padres. Así, pueden existir padres que alienten la toma de responsabilidades por parte de sus hijos y se sientan orgullosos de haber educado a un ser que comienza a no necesitarlos, y padres que, por el contrario, exhiban una actitud sobreprotectora, motivada o bien por el miedo a los problemas que pueda encontrar el hijo, o bien por el temor a quedarse solos en determinado momento de la vida. En correspondencia, pueden existir hijos que sean capaces de desarrollar conductas cada vez más responsables e hijos que prefieren mantener actitudes infantiles para no enfrentarse con las nuevas exigencias.

En último lugar, en relación con las cuestiones familiares, mencionaremos el punto de los conflictos generacionales. En principio, resultaría lógico pensar que los adolescentes, en la búsqueda de su propia definición, creen valores diferentes a los de sus mayores y, a veces, rechacen totalmente los de estos últimos. Sin embargo este abismo generacional parece que adquiere diferentes dimensiones según el momento histórico.

- b) El paulatino debilitamiento de los lazos emocionales que les unen con los padres hace que cobre una intensa fuerza otro tipo de vínculos y, de este modo podamos afirmar que las relaciones sociales prototípicas de este período se encarnan en el **grupo de amigos**.

El niño tiene como horizonte social privilegiado la familia; en el adolescente, la situación se modifica y su vida social pasa a centrarse en sus amigos o pandilla. En el mundo socio-afectivo del adolescente prevalece su interés por hacer nuevas amistades, sentirse bien en su grupo de camaradas y, por supuesto, aprender a relacionarse con individuos del sexo opuesto.

En la adolescencia no sólo cambia la importancia asignada a las diversas relaciones sociales sino también el sentido de la amistad y la conformación de los grupos. En general, lo que los niños esperan de los demás, en concreto, de sus padres, es seguridad. En contraste, los adolescentes se mostrarán más preocupados por lograr relaciones basadas en la intimidad y la búsqueda de soluciones comunes a los problemas que encuentran en este período.

La relación con los amigos cumple una función importante de apoyo psicológico. Como afirma López, para los adolescentes, «el grupo de iguales es en numerosas ocasiones refugio frente a los conflictos familiares y sociales. La dependencia de este grupo suele ser grande entre los adolescentes y jóvenes, contrastando con su autoconciencia de libertad».

1.4. Características psíquicas

En la adolescencia se producen modificaciones cruciales en dos aspectos fundamentales del funcionamiento psicológico: los referidos al desarrollo cognitivo y los relacionados con el desarrollo de la personalidad.

1.4.1. El razonamiento en la adolescencia

El periodo adolescente se distingue por la aparición de cambios cualitativos en la estructura del pensamiento. **Piaget** denominó a este período operaciones formales y lo definió por su capacidad de pensar en lo posible, de alejarse de la realidad concreta e inmediata. El adolescente, antes de actuar, planifica sus acciones, imagina todas las posibles relaciones causa-efecto, utiliza estas posi-

bilidades como hipótesis, luego las contrasta con la realidad y, por último, elabora sus conclusiones a través de la deducción lógica. Dotado de esos instrumentos de razonamiento, el adolescente se torna capaz de tomar distancia de la realidad que le rodea y pone en marcha sus capacidades críticas. Por supuesto estos avances presentan en estas edades algunas limitaciones: lo que podríamos denominar «estirón cognitivo» lleva aparejado la aparición de una nueva forma de egocentrismo.

Este egocentrismo supone que el adolescente llega a creer en la omnipotencia de su pensamiento y a confiar en que las revoluciones se hagan realidad con sólo reflexionar sobre su posibilidad. Esta perspectiva egocéntrica implica, a su vez, la creación por el adolescente de una audiencia imaginaria y una fábula personal. La primera supone la obsesión del joven por la imagen que los demás poseen de él y la suposición de que todo el mundo le observa constantemente. La fábula personal es la tendencia de algunos adolescentes a considerar sus experiencias como únicas, totalmente nuevas e incomprensibles por otras personas.

1.4.2. El desarrollo de la personalidad

Uno de los aspectos psicológicos que ha merecido especial consideración en la adolescencia es el desarrollo de la personalidad o del concepto de sí mismo. Nuestra identidad, es decir, la noción de quiénes somos y en qué formamos diferentes y parecidos a los demás, comienza a desarrollarse en la primera infancia, evoluciona en la niñez y sufre importantes cambios en la juventud.

Los adolescentes deben enfrentarse a sus propios cambios internos de tipo biológico y cognitivo, y compaginarlo con sus nuevas relaciones sociales y las demandas que reciben de la sociedad adulta. Todas estas transformaciones suelen ocurrir sin que se observen alteraciones psicológicas importantes en los adolescentes. Puede suceder que algunos adolescentes encuentren difícil esta tarea y no consigan formar un concepto de sí mismo que encaje de forma realista con sus características personales y con el medio en el que viven. En este caso, hará su aparición una crisis de identidad. Entre las consecuencias posibles de esta crisis podemos citar el aislamiento del joven, su incapacidad para planificar el futuro, una escasa concentración en el estudio o la adopción de papeles negativos por simple oposición a la autoridad.

2. Adquisición de hábitos saludables

2.1. Alimentación y dieta equilibrada

Como comentamos en el apartado anterior, en la adolescencia se producen multitud de cambios que originan importantes desequilibrios en los jóvenes; esta etapa se inicia con la aparición de los primeros caracteres sexuales secundarios y se prolonga hasta la finalización del crecimiento. La adquisición de autodominio, la capacidad de juicio y de la voluntad son características fundamentales de esta etapa.

La familia y la tradición suelen ser rechazados para dejar paso a una importante influencia de la sociedad y los amigos, que pueden alterar los buenos patrones que se le han enseñado al adolescente en etapas anteriores de la vida.

En esta etapa se produce el mayor pico de crecimiento y la buena alimentación es necesaria para que el desarrollo sea el adecuado. La mayor independencia origina que los hábitos que se tomen se mantengan hasta la edad adulta.

Los **objetivos** que debemos marcarnos para cumplir son:

- Educación nutricional adecuada que produzca una motivación eficaz a la hora de escoger una nutrición sana y mantenida en el tiempo hasta el periodo de adulto.
- Favorecer un desarrollo equilibrado eliminando alteraciones alimentarias.
- Disminuir los factores de riesgo responsables de enfermedades que pueden aparecer de adulto.

2.1.1. Necesidades nutricionales

Este es un periodo de crecimiento importante, las dietas deberán estar ajustadas a las características propias del individuo (edad, peso, altura, velocidad de crecimiento...) aunque deberán presentar un aporte energético medio de 2.300-2.500 Kcal/día para las chicas y 2.500-3.000 Kcal/día para los chicos. En la siguiente tabla se expresan las tablas de orientación ofrecidas por la OMS y el *National Research Council*.

Categoría	Edad (años)	Peso (kg)	Altura (cm)	GET (kcal/día)	Proteínas (g)
hombres	11-14	45	157	2.500	45
	15-18	66	176	3.000	59
mujeres	11-14	46	157	2.200	46
	15-18	55	163	2.200	44

Necesidades de energía y proteínas para la población infantil de los Estados Unidos (RDA)

Estas necesidades energéticas superiores que en cualquier otra fase del crecimiento deben ser distribuidas de forma equilibrada, teniendo de cuenta que el aporte de determinadas sustancias es fundamental en estas épocas por ser necesarias para el desarrollo normal del organismo, fundamentalmente:

- **Proteínas:** son fundamentales para la síntesis de nuevos tejidos, su aporte debe ser alto.
- **Vitaminas:** son fundamentales en procesos metabólicos imprescindibles en esta época.
 - * Vitaminas hidrosolubles: tiamina, niacina, riboflavina, ácido fólico y vit. B₁₂
 - * Vitaminas liposolubles: vitamina A.
- **Minerales:** intervienen en los sistemas enzimáticos.
 - * Calcio: fundamental para el correcto desarrollo del sistema esquelético.
 - * Hierro: elemental por el incremento del volumen sanguíneo.
 - * Zinc: ocupa un lugar fundamental en el proceso de maduración sexual.

En la siguiente tabla podemos observar las recomendaciones específicas de estos nutrientes ofrecidas por el Departamento de Nutrición de la Universidad Complutense de Madrid.

Categoría	Niños		Niñas	
	10-12	13-15	10-12	13-15
Vitamina A (µgER)	1.000	1.000	800	800
Vitamina D (µg)	5	5	5	5

.../...

Vitamina E (mgE)	10	11	10	11
Vitamina C (mg)	60	60	60	60
Tiamina (mg)	1	1.1	0.9	1
Niacina (mgEN)	16	18	15	17
Vitamina B6 (mg)	1.6	2.1	1.6	2.1
Folatos (µg)	100	200	100	200
Vitamina B12 (µg)	2	2	2	2
Calcio (mg)	1.000	1.000	1.000	1.000
Magnesio (mg)	350	400	300	330
Hierro (mg)	12	15	18	18
Cinc (mg)	15	15	15	15
Yodo (µg)	125	135	115	115

Ingestas recomendadas de energía y nutrientes para la población infantil española, Departamento de Nutrición de la Universidad Complutense de Madrid

2.1.2. Modificaciones alimentarias

En algunos casos las características propias del individuo hacen que las necesidades nutricionales deban ser alteradas en alguna forma, aunque no deberemos perder de vista las necesidades básicas. En otros puntos de este mismo temario hablamos de forma completa de algunas modificaciones como la obesidad o la anorexia que necesitan un tratamiento dietético diferente.

Otro caso específico son las adolescentes embarazadas que necesitan un aporte específico para asegurar el buen crecimiento del feto y el propio, así como ayuda psicológica para facilitar el cambio que se va a desarrollar en su organismo y en su vida.

Adolescente deportista

Aquellos adolescentes que realicen deporte de forma habitual, sobre todo si es un deporte de alta competición o que presente un desgaste importante y sea practicado de forma periódica, necesitan un mayor aporte energético para compensarlo.

Las dietas de estos jóvenes deben incluir un aporte que pueda satisfacer las demandas propias de la edad y evitar problemas durante el ejercicio. Las necesidades energéticas pueden verse aumentadas hasta en 900 Kcal/ día.

En estas dietas deberemos tener en cuenta que:

- El aporte calórico debe ser aumentado de forma equilibrada.
- La hidratación es fundamental para evitar problemas debiendo iniciarse media hora antes de iniciar el ejercicio, mantenerse durante el mismo y finalizarse una vez acabado.
- Es fundamental el aporte de alimentos ricos en hidratos de carbono.
- Si el ejercicio es de larga duración es recomendable la ingesta de algún tipo de alimento durante el mismo.

- No se deberá comer durante las 2-3 horas previas al ejercicio y de forma anterior deberán tomarse alimentos de fácil digestión.
- Tras el ejercicio deberá esperarse 1-2 horas para la nueva ingestión de alimentos y deben ser igualmente de fácil digestión.

2.2. Alteraciones alimentarias: anorexia, bulimia y obesidad

2.2.1. Anorexia

La anorexia nerviosa se define como aquel trastorno alimentario que afecta mayoritariamente a mujeres prepúberes o adolescentes, pero también, en menor medida, a mujeres adultas y varones jóvenes. Se caracteriza por un fuerte deseo de pesar menos, cada vez menos; intenso miedo a la gordura-obesidad y un peculiar trastorno del esquema corporal, que les hace verse más gruesos de lo que en realidad están. El método para conseguir esta progresiva pérdida de peso está en la restricción alimentaria, en el ejercicio físico y en las conductas de purga.

Las causas de la anorexia nerviosa son complejas. Incluyen problemas de desarrollo, rasgos de personalidad, procesos mentales y modelos familiares:

Entre los **problemas de desarrollo** están los siguientes:

- a) Las primeras experiencias alimenticias fueron mecánicas, rígidas y normalmente no disfrutadas por la madre.
- b) Los horarios de la alimentación fueron impuestos de manera muy estricta por una madre dominante, sin una valoración de las necesidades de la niña para alimentarse, mantenerse o nutrirse.
- c) Puesto que este modelo continuó durante años, el control dominante de la madre provocó una incapacidad en la niña para reconocer sensaciones corporales tales como el hambre, fatiga, temperatura del cuerpo, placer táctil, ansiedad, sensaciones del intestino y vejiga, y sensaciones e impulsos sexuales.
- d) Durante años la iniciativa de la niña fue menospreciada por los padres y estuvo sujeta a rectificación y crítica. Por consiguiente, desarrolla un sentido muy pobre de la imagen corporal.

Entre los **rasgos de personalidad** en la infancia más frecuentes, se encuentran: sumisión, obediencia, pasividad, perfeccionismo, dependencia, limpieza obsesiva, alto nivel de inteligencia, necesidad de buenos resultados en la escuela, habilidad atlética por encima de lo normal, actitud seria (con poco o nulo sentido del humor), amistades superficiales (preferencia por amistad con una sola persona a un tiempo), gran necesidad de complacer (especialmente a los padres y maestros) y culpabilidad al expresar una falta.

Los **procesos mentales** pueden revelar lo siguiente:

1. La niña sufre el desarrollo corporal como una extensión de su controladora y dominante madre.
2. Su cuerpo empieza a presentar la imagen mala de la madre.
3. La alimentación hace al cuerpo adquirir un mayor desarrollo y crecimiento, y por ello, volverse excesivamente vigoroso, tal y como la niña había percibido a la madre.

4. Por lo tanto, la niña ha de mantener el control de su cuerpo. La intención no es autodestruirse, sino alcanzar y mantener el control.
5. Cuando llega la adolescencia, la niña busca desesperadamente una identidad independiente y un control.
6. Las conductas de comer y no comer representan una lucha por el control.

Los **modelos familiares** son los siguientes: los padres de los anoréxicos son a menudo divorciados, los anoréxicos provienen generalmente de familias de clase media o alta, las madres generalmente han estudiado una carrera y han dado a luz mediados los 30 años, el promedio de hijos suele ser de 2 o 3, normalmente niñas, la anoréxica es sobrevalorada por ambos padres...

2.2.1.1. Clínica

La anorexia nerviosa se caracteriza por pensamientos alterados relacionados con la comida, el peso y la figura. Las anoréxicas (la posibilidad de ser o llegar a ser obesas), creen que el éxito y la aceptación social están en el hecho de hallarse delgadas. Centran su interés en la figura y en el peso, modificando éste a través de la dieta; consideran que el cuerpo es susceptible de ser cambiado a voluntad más allá de los parámetros normales.

A veces esta situación puede deberse a factores educacionales: los padres tienen una excesiva preocupación por la alimentación, propician las dietas, primero hipercalóricas, después hipocalóricas. Rechazan la posibilidad de que sus hijos puedan llegar a ser obesos. Otras veces las pacientes han desarrollado desde la infancia un rechazo a la alimentación basado en la inapetencia y molestias digestivas vagas, síntomas poco precisos y nada objetivables, pudiendo desarrollarse el trastorno de forma larvada, que llega a manifestarse posteriormente con una clínica objetiva tras una enfermedad orgánica, episodios depresivos, ansiosos u otros acontecimientos vitales. Sin embargo, desafortunadamente son más las muchachas que llegan a ser anoréxicas por una excesiva receptividad y sumisión a los mensajes de los medios de comunicación, que preconizan un estereotipo femenino muy concreto y, por otra parte, poco asequible para la mayoría de ellas.

Alteraciones cognoscitivas

Creen que el proceso de ganancia de peso es indefinido, que los alimentos se convierten en grasa por sus características y no por la cantidad o su valor calórico. Manifiestan desde la adolescencia deseos de prevenir, de la forma más radical, las complicaciones de una dieta excesiva como por ejemplo la hipertensión arterial, hipercolesterolemias, obesidad, etc.

Ante el objetivo único de ser más delgada no establecen unos límites de peso, su peso ideal siempre está por debajo del conseguido, es una carrera con una meta que cada vez se aleja más. Al mismo tiempo, sus peculiares pensamientos relativos a la dieta y la figura van asociados a otros más complejos, de variada pero difícil interpretación; ser delgado indica perfección, autocontrol y virtud. La adiposidad indica lo contrario, es enfermizo, imperfecto, una pérdida del autocontrol e incluso una transgresión moral.

Desarrollan una sensibilidad diferente frente a estímulos procedentes del medio interno, no parecen sentir con la misma intensidad que el resto de las personas la sensación de hambre o fatiga, tienen una percepción extrema para detectar las menores variaciones en la mecánica digestiva; el llenado y vaciado del estómago, el proceso de digestión, los movimientos intestinales y las variaciones de peso. Estas auto-observaciones del proceso de la digestión y metabolización son siempre interpretadas a la luz de las cogniciones erróneas y servirán para reelaborar pensamientos y conceptos cada vez más alejados de la realidad.

En la anorexia nerviosa se dan alteraciones en la valoración de la figura, evalúan erróneamente las dimensiones de su cuerpo, y en el caso de una gran pérdida de peso, no son capaces de objetivar su extrema delgadez.

Colocadas ante la disyuntiva de tener que objetivar su percepción, se observa que lo que prima no es la distorsión perceptiva, sino la alteración cognitiva y un alto contenido emocional.

En pacientes anoréxicas cronicadas y de larga evolución se da el hecho de que objetivan su delgadez, hacen crítica de sus pensamientos alterados con respecto a la alimentación, pero mantienen sus conductas alteradas ya que una alimentación normal genera en ellas intensos miedos, considerados irracionales por ellas mismas, a los que se añade una gran ansiedad.

Alteraciones conductuales

La perturbación de la conducta en la anorexia nerviosa, se inicia en cuanto las pacientes comienzan con dietas restrictivas. En muchas ocasiones es difícil para los familiares delimitar el punto exacto en que la paciente pasa de una dieta moderadamente baja en calorías a otra francamente hipocalórica; estas enfermas comienzan a reducir lo que de motu proprio o culturalmente consideran alimentos «que engordan». Rechazan las grasas, y los hidratos de carbono para reducir el número de calorías.

La progresiva restricción alimentaria despierta la alarma de la familia, la paciente intenta mantener oculta la conducta de rechazo a la comida, utilizando diferentes subterfugios, dice no tener apetito, que ya ha comido a otras horas, etc. En realidad malcome a solas, tira la comida, la esconde o simplemente se enfrenta a la familia manteniendo tercamente su escasa dieta.

Se alteran las formas de comer; las anoréxicas, generalmente ordenadas, pulcras y educadas, parece que olvidan las normas sociales relativas a la mesa. Se puede observar cómo utilizan las manos, comen lentamente, sacan comida de la boca para depositarla en el plato, la escupen, la desmenuzan y terminan estropeando los alimentos. Al final del ágape la cantidad de la comida rechazada es superior a la ingerida, aunque nunca aceptará esta observación y para ella habrá sido una comida muy copiosa.

A veces la dieta restrictiva no es suficiente para conseguir el peso deseado, entonces la anoréxica descubre otras armas para lograr su objetivo, y al malcome se suman los vómitos, los laxantes o diuréticos y el ejercicio exagerado.

Como la restricción de la alimentación provoca estreñimiento, la anoréxica se hace habitual del uso de los laxantes. La exagerada sensibilidad para detectar sensaciones internas, como se ha comentado anteriormente, hace que no toleren sentirse o pensar que están con el aparato digestivo ocupado. El uso y abuso de los laxantes cumple dos objetivos: por un lado combatir el estreñimiento, en realidad su uso potencia la constipación y por otro, vaciar lo antes posible el aparato digestivo para pesar cada vez menos y sentirse más ligeras.

Otra conducta peligrosa por parte de las anoréxicas es la utilización de diuréticos; ya sea por las alteraciones de la dieta, por la hipoproteinemias o por los problemas circulatorios algunas anoréxicas pueden presentar edemas que combaten los diuréticos.

La mala utilización de estos fármacos provoca graves trastornos electrolíticos que agravan el cuadro clínico, creándose un círculo vicioso. La paciente se ve hinchada, crece en ella la sensación de estar «más gorda» y aumenta progresivamente la dosis.



Una alteración conductual que se da en la mayoría de estas pacientes, al pretender bajar de peso, es la hiperactividad. La anoréxicas dejan de utilizar los medios de transporte, van al lugar de estudio o de trabajo a pie, no usan ascensores y pasan la mayor parte del día sin sentarse, y así leen, ven la televisión, estudian o escuchan música. Acuden con frecuencia, dedicación y entusiasmo, a escuelas de danza o a gimnasios y se multiplican en diferentes tareas, ya en su domicilio, ya fuera de casa. Frecuentemente, sin embargo, la razón para permanecer en pie se debe no al deseo de consumir más calorías sino al hecho de que al sentarse ven sus muslos y caderas más anchos.

La hiperactividad es uno de los mayores obstáculos una vez iniciado el tratamiento, las pacientes se resisten a dejar de hacer ejercicio, especialmente cuando se ven asaltadas por los pensamientos referidos a su ganancia de peso. Un punto fundamental del tratamiento está no sólo en tratar aquellas cogniciones referidas al ejercicio físico, sino también controlar y reconducir la hiperactividad de la paciente.

Aspectos psicopatológicos

En la anorexia nerviosa se dan trastornos de la esfera afectiva; es difícil concebir a una paciente anoréxica severa con un estado de ánimo eutímico. La depresión suele manifestarse asociada a la anorexia; la tristeza, el aislamiento, el llanto, la anhedonia, los sentimientos de minusvaloración, el insomnio, sentimientos de culpa y desesperanza, son un cortejo de síntomas que estas pacientes suelen presentar.

Estos síntomas suelen ser secundarios, bien a la pérdida ponderal, bien a la situación de estrés permanente en que viven estas pacientes. La lucha consigo mismas y con el ambiente para mantener unas determinadas conductas restrictivas, que pueden criticar en los momentos de mayor racionalidad, conllevan sentimientos de fracaso, inutilidad y minusvaloración.

Los síntomas depresivos se presentan en la mayoría de las pacientes a lo largo de la enfermedad y en algunas ya se aprecia al inicio del trastorno este dato, unido al hecho de que tales pacientes presenten antecedentes familiares de trastornos afectivos, lo que ha hecho pensar que anorexia y bulimia nerviosas puede que sean variedades de un mismo trastorno afectivo.

La ansiedad está presente desde el principio en la anorexia, la relación que establece la paciente con su enfermedad se la provoca. El miedo a engordar, la valoración crítica de su cuerpo, y la pérdida de la autoestima generan ansiedad. Cuando la enfermedad está establecida, la presión de la familia, el aislamiento y los temores referidos a las complicaciones físicas y a las intervenciones médicas y psicológicas aumentan aún más ésta, si cabe. Se puede manifestar de forma generalizada, la paciente está tensa, atemorizada, insegura, inquieta, presenta vivencias de extrañeza con una expectación aprensiva y actitud vigilante.

Esta ansiedad generalizada se puede focalizar para determinadas cuestiones. La principal, y desde un punto de vista estrictamente psicopatológico, es el miedo, en ocasiones poco racional, a engordar. Este miedo se manifiesta como una auténtica fobia; rápidamente se presenta un proceso de generalización, apareciendo en la paciente actitudes fóbicas con respecto a la alimentación: miedo a comer, a deglutir, y a ciertos alimentos; fobias relativas al cuerpo: aversión a sus muslos, caderas o a mirarse en el espejo; temor a situaciones o personas vinculadas con su enfermedad: la cocina, el comedor, los padres, etc. Por último, algunos pensamientos o palabras tales como: kilos, engordar, grasa, comer, etc., les provocan también una gran ansiedad.

Asimismo, pueden presentar dudas y ser indecisas. Estos pensamientos de características obsesivas, que la paciente no controla, pueden condicionar la aparición de rituales que reducen la ansiedad. Estos rituales, generalmente observados y descritos por la familia, son actos iterativos y conductas estereotipadas relacionadas con la pulcritud, el orden, y las maniobras frente a los alimentos, la báscula y la ropa de vestir.

La paciente puede sentirse mejor si todo se hace de una manera determinada. El proceso de la alimentación puede estar precedido o seguido por maniobras ritualizadas que tranquilizan a la paciente, y sus objetos siempre colocados de una forma precisa. Hay también otro tipo de conductas más complejas que implican una lucha interna y el grado de libertad de la paciente para resistirse está limitado, son las compulsiones; muchas pacientes, de forma compulsiva, no pueden resistirse al deseo de hacer ejercicio después de comer y otras verifican repetidamente el peso o el contenido calórico de los alimentos.

Aspectos fisiológicos

Son pocas las anoréxicas que, en las primeras fases del trastorno, no se manifiesten con una gran actividad y energía en todas sus tareas, son buenas estudiantes y responsables trabajadoras, nada hace sospechar que más adelante claudicarán físicamente. Si en estas primeras fases se les hiciera una exploración, sólo se apreciaría una sintomatología poco específica: bradicardia, hipotensión, piel seca e inicios de deshidratación.

Los síntomas y signos clínicos más frecuentes son:

- a) **Digestivos:** bolo esofágico, dispepsia, náuseas, vómitos, espasmos, vaciado gástrico lento y disminución de lipasa y lactasa.
- b) **Cardiovasculares:** edema periférico, disminución del tamaño del corazón, adelgazamiento de las paredes ventriculares, derrame pericárdico, opresión precordial, palidez, hipotensión y bradicardia.
- c) **Vegetativos:** sequedad de boca, sudoración y lipotimias.
- d) **Urinarios:** enuresis y polaquiuria.
- e) **Neuromusculares:** temblor y hormigueos.
- f) **Respiratorios:** opresión torácica, disnea, sensación de ahogo y cefalea.
- g) **Metabólicas:** hipercolesterolemia, hipercarotinemia, hipoglicemia y aumento de las enzimas hepáticas.
- h) **Endocrinas:** disminución de hormona luteinizante y disminución de estrógenos. Amenorrea. Hirsutismo.
- i) **Hematológicas:** anemia, leucopenia e hipofunción medular.

2.2.1.2. Diagnóstico

Es un cuadro relativamente fácil de diagnosticar, ya que la sintomatología es explícita y no precisa pruebas especiales; sin embargo, su inicio es insidioso, asociado a la pretensión de adelgazar (tan común en nuestra sociedad actual), lo que hace que, cuando se detecta el problema ha pasado bastante tiempo y algunas estructuras familiares, tan necesarias para la recuperación, ya están dañadas.

Cada vez es más frecuente que el diagnóstico proceda de la inquietud despertada en la familia por los medios de comunicación, más que por la apreciación objetiva de la peculiar forma de alimentarse una paciente. La tolerancia social al bajo peso ha aumentado e incluso la amenorrea de las anoréxicas no parece despertar, en ocasiones, recelo en las madres.

Existen numerosas clasificaciones sobre los criterios para el diagnóstico de la anorexia nerviosa. Según la OMS, el diagnóstico de la anorexia debe hacerse de modo que han de estar presentes todas las alteraciones siguientes:

1. Pérdida significativa de peso (índice de masa corporal de menos de 17,5), ante la ganancia de peso propia del periodo de crecimiento.

2. La pérdida de peso está originada por el propio enfermo a través de: evitación del consumo de alimentos que cree que «engordan» y, por uno o más de los siguientes: vómitos provocados, purgas intestinales, ejercicio excesivo y consumo de fármacos anorexígenos o diuréticos.
3. Distorsión de la imagen corporal: se caracteriza por la persistencia, con el carácter de idea sobrevalorada intrusa, de pavor ante la gordura o flaccidez de las formas corporales, de modo que el enfermo se impone a sí mismo el permanecer por debajo de un límite máximo de peso corporal.
4. Trastorno endocrino generalizado que afecta al eje hipotálamo hipofisario-gonadal, manifestándose en la mujer con amenorrea; no se considera menstruación si se utilizan hormonas sustitutorias, y en el varón como una pérdida de interés y de la potencia sexuales.

También pueden presentarse concentraciones altas de hormona del crecimiento y de cortisol, alteraciones del metabolismo periférico de la hormona tiroidea y anomalías en la secreción de insulina.

5. Si el inicio es anterior a la pubertad, se retrasa la secuencia de las manifestaciones de la pubertad, o incluso ésta se detiene (cesa el crecimiento; en las mujeres no se desarrollan las mamas y hay amenorrea primaria; en los varones persisten genitales infantiles).

Las dietas bajas en calorías sin que el peso de la paciente lo justifique o aconseje, cuando la dieta, el peso o la figura sean las primeras preocupaciones de la vida de un adolescente o cuando el temor y rechazo al sobrepeso sean exagerados, nos obligarán a pensar que pertenece al grupo de riesgo de la anorexia.

No aceptarse como es, tomar el cuerpo como algo que se puede moldear a voluntad y pensar en los alimentos únicamente por su papel en relación con la ganancia de peso. Creer que estos alimentos tienen cualidades o defectos diferentes a los científicamente reconocidos y tener una excesiva sumisión a estereotipos de la moda y una notable credibilidad a los medios de comunicación, con sus mensajes relacionados con la belleza, el peso y la figura, son pensamientos y actitudes peligrosas, que deben ser motivo de alarma, y un precoz control de la situación para evitar la aparición de la enfermedad en toda su sintomatología.

2.2.1.3. Tratamiento

Un programa de tratamiento de anorexia nerviosa tiene como objetivo prioritario la recuperación ponderal; muchos de los pensamientos alterados con respecto a comida, peso o figura están sustentados por la malnutrición.

La normalización de la dieta y los hábitos alimentarios son un paso fundamental en el proceso terapéutico. En segundo lugar está resolver los problemas psicológicos, familiares o sociales concurrentes en la anorexia nerviosa.

El tratamiento de la anorexia nerviosa se puede dividir en tres aspectos fundamentales: tratamiento dietético y nutricional, tratamiento de las cogniciones alteradas, de la imagen corporal y de las relaciones personales.

Recuperación ponderal

La rehabilitación nutricional y la normalización dietética corrigen las secuelas físicas y psicológicas que la malnutrición perpetúa; estas secuelas psicológicas tardan bastante tiempo en normalizarse después de haber conseguido la recuperación ponderal. Este debe ser el objetivo inicial del

tratamiento de la anorexia nerviosa; llamamos peso normal aquel peso óptimo determinado de forma individual para cada paciente de acuerdo con las tablas estandarizadas. Es un peso saludable que permite la recuperación de la función ovárica y detiene el proceso de desmineralización.

La recuperación del equilibrio biológico mejora el estado de ánimo, los trastornos conductuales y los pensamientos alterados, relacionados con la comida, el peso, o la silueta.

Se puede considerar que en la mujer la aparición de la menstruación y la inversión del proceso de desmineralización ósea son indicativos de que se ha alcanzado un peso normal. La aparición de la menstruación puede demorarse unos meses después de que a la paciente se la considere dentro del peso normal.

Tratamiento dietético

Es muy variada la opinión de si la realimentación debe partir de unos contenidos calóricos normales o bien reiniciarla a partir de dietas bajas en calorías. Los diferentes autores no se ponen de acuerdo; sin embargo, aun reconociendo el peligro de una excesiva retención hídrica o el riesgo de una insuficiencia cardíaca ante una realimentación de valor calórico normal, no ocurre así en la práctica, sobre todo si la paciente ha sido evaluada previamente.

No ocurre lo mismo con la alimentación nasogástrica y parenteral, con las que se deberá ser extraordinariamente prudente. La alimentación parenteral, que presenta importantes dificultades técnicas, no estará indicada más que en casos muy extremos y no lo será nunca en una hospitalización en área psiquiátrica. Sin tantos riesgos, la alimentación por sonda nasogástrica puede estar indicada en ocasiones en que la paciente mantiene una actitud totalmente refractaria a la alimentación. En estas ocasiones se puede iniciar el tratamiento dietético mediante alimentación por sonda, pero este método no debe ser nunca el recurso frente a la falta de personal, o como solución excesivamente médica ante una paciente que esconde la comida, la tira o pone dificultades a la alimentación.

Bien distinto es que en el programa de tratamiento dietético se incluya la alimentación por sonda como refuerzo negativo frente a unas actitudes puntuales de rechazo de la alimentación; en esos casos puede estar aconsejada la sonda, pero sólo si se aplica de una manera puntual, en un programa concertado y nunca dejarla permanentemente, que no sea una comodidad y sí un recurso terapéutico.

Tratamiento psicológico

El tratamiento psicológico es la piedra angular de un buen programa terapéutico en la anorexia nerviosa. Las intervenciones psicoterápicas son poco efectivas en las fases más graves de la enfermedad; las pacientes malnutridas y en bajo peso se muestran extremadamente refractarias a la psicoterapia y difícilmente se observan cambios cognoscitivos hasta que no se ha recuperado determinado peso. Es necesario comenzar un programa formal de psicoterapia, especialmente durante la hospitalización, iniciar tempranamente la ayuda psicológica, y, aunque al principio los resultados sean escasos, habrá servido para que la paciente no se sienta tan aislada y separada de su ambiente. También puede servir para facilitar el programa de modificación de la conducta. En este sentido, la psicoterapia de apoyo, las técnicas de relajación y las sesiones psicoeducativas facilitarán el que la paciente no vea el programa conductual como excesivamente coercitivo, dándole la visión de que únicamente está ingresada para ganar peso.

En la anorexia nerviosa se han utilizado todo tipo de técnicas psicológicas, siendo las de orientación dinámica las más ampliamente usadas en el pasado; actualmente se está de acuerdo en que la psicoterapia psicoanalítica es ineficaz en los periodos más graves de la enfermedad. Se la puede considerar útil en el proceso de maduración de la paciente o cuando los trastornos de la personalidad contribuyen al proceso de la enfermedad o interfieren en los programas de modificación de conducta.

Los diferentes abordajes psicoterápicos, las cualidades del terapeuta y el momento de iniciación de la terapia, son aspectos que deben ser considerados cuidadosamente antes de iniciar el tratamiento.

La terapia cognitivo-conductual se ha revelado, en los últimos 10 años, como la más efectiva en el tratamiento de la anorexia nerviosa.

Para el modelo conductual, la anorexia nerviosa sería un conjunto de conductas reforzadas por factores ambientales, que gratifican la delgadez, y por estímulos aversivos provocadores de ansiedad. La anoréxica no comería para evitar la ansiedad que le provoca pensar en el aumento de peso.

Se está de acuerdo en que, tras la recuperación clínica, persisten cogniciones alteradas en relación con el peso, la figura o la dieta que, al igual que los factores medioambientales, actuarán como estímulos aversivos favoreciendo la recaída, por lo que los tratamientos y el seguimiento deben ser a largo plazo.

Tratamiento farmacológico

El tratamiento farmacológico en la anorexia nerviosa está indicado como coadyuvante de las técnicas de modificación de conducta y como tratamiento de la psicopatología asociada, especialmente la depresión.

El primer fármaco utilizado fue la clorpromazina, un clásico antipsicótico con acción sobre la conducta y con capacidad para estimular el apetito y potenciar la ganancia de peso. Con una acción más específica sobre el apetito se utiliza la ciproheptadina, un antihistamínico orexígeno especialmente indicado en la anorexia restrictiva, pero mucho menos en la purgativa.

De más amplia difusión han sido los antidepresivos; tanto la amitriptilina como la clomipramina se han mostrado efectivas, especialmente cuando se ha constatado la existencia de depresión asociada. Los efectos secundarios de los antidepresivos tricíclicos son los inconvenientes más importantes, excepto la ganancia de peso que conlleva su utilización.

Los modernos inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina se han utilizado en el tratamiento de la anorexia, tanto para combatir la depresión asociada como por las similitudes del trastorno alimentario con el obsesivo-compulsivo.

2.2.1.4. Terapia familiar

Aunque al principio se mantenía a la familia alejada del tratamiento de las pacientes anoréxicas, progresivamente se fue implicando a la familia en los programas de tratamiento, tanto a nivel ambulatorio como en régimen de hospitalización. Se establecieron diferentes niveles de actuación y se sistematizó la actuación del terapeuta en función de las diferentes situaciones y fases de tratamiento.

2.2.1.5. Régimen de tratamiento

Para la elección del régimen de tratamiento, ingreso hospitalario, hospital de día o tratamiento ambulatorio, no se debe guiar únicamente por el peso y la salud física de la paciente; hay otros índices que ayudarán a tomar una decisión clínica muchas veces trascendental. Tanto para las familias como para muchos de los facultativos que remiten a estas pacientes a los equipos terapéuticos, el régimen de ingreso es considerado como el más rápido y eficaz. Sin embargo, una hospitalización precipitada o en un centro no adecuado, puede complicar o prolongar el proceso y, consecuentemente, el tratamiento. Los criterios de hospitalización son los siguientes:

- Pérdidas de peso de un 25% a 30%, del que corresponde en aquel momento por edad y estatura.
- Enfermedades físicas, secundarias o no a la anorexia, que requieran hospitalización, por ellas mismas o porque asociadas a la anorexia le imprimen mayor gravedad.

- Trastornos psiquiátricos graves: ansiedad, depresión y riesgo de suicidio.
- Grave conflicto familiar generado por el trastorno alimentario.
- Fracaso confirmado y reiterado del tratamiento ambulatorio o del hospital de día.

2.2.2. Bulimia

La bulimia nerviosa es un trastorno caracterizado por una voracidad de comer, acompañada por una conciencia clara de que este modelo de alimentación es anormal. Esta voracidad en el comer puede ser planificada. Acaba generalmente por dolor abdominal, sueño o inducción del vómito.

2.2.2.1. Clínica

La bulimia nerviosa se caracteriza esencialmente por la pérdida de control sobre la conducta alimentaria de la que se derivan los episodios de ingesta voraz, con el consumo de una gran cantidad de comida en un corto periodo de tiempo, seguidos por las conductas compensatorias para evitar el aumento de peso: el ayuno, el vómito autoinducido, el abuso de laxantes, uso de diuréticos y ejercicio físico exagerado.

Estas pacientes, al igual que las anoréxicas, presentan una gran preocupación por la figura y el peso, siendo este síntoma nuclear común en ambas entidades.

La vinculación de la bulimia con la depresión, los trastornos de la conducta y la pérdida de control de los impulsos son aspectos clínicos no desdeñables de esta patología.

Las características esenciales de esta enfermedad son: episodios de ingesta voraz, vómitos autoinducidos (abuso de laxantes y/o diuréticos) y preocupación por la figura y el peso.

Los aspectos nucleares del trastorno son: sentimientos de pérdida de control sobre la ingesta, preocupación por la figura y miedo a engordar y control del peso a través de vómitos autoinducidos, ejercicio, ayunos periódicos y abuso de laxantes o diuréticos.

Los **síntomas** más característicos de esta patología son los siguientes: sensación de hinchazón/plenitud, dolor abdominal, náuseas, dolor de cabeza, cansancio, vómitos provocados, uso de laxantes, uso de diuréticos, diarreas, trastornos electrolíticos, peso corporal bastante estable y irregularidades menstruales.

Alteraciones conductuales

La paciente bulímica presenta en general una conducta desordenada, al principio con la alimentación, más adelante también en otros aspectos de su vida. El patrón de conducta relativo a la alimentación es desordenado e imprevisible, al contrario que la anoréxica, cuyo patrón de conducta alimentaria es ordenado y previsible.

Los atracones varían de frecuencia en función del estado de ánimo, y la disponibilidad; los alimentos ingeridos durante la crisis bulímica no obedecen a preferencias específicas y sí más a condiciones circunstanciales; las conductas de purga no son regulares y los temores a ganar peso, o la percepción alterada de la figura, se supeditan al estado de ánimo u otras circunstancias ambientales.



Ingesta voraz

Los episodios de ingesta voraz, mayoritariamente llamados «atracones», se refieren a la ingestión de una gran cantidad de alimentos en un tiempo considerablemente corto. La paciente bulímica refiere que, de forma episódica, y generalmente oculta, come con voracidad gran cantidad de comida; esta conducta no cede hasta que no acaba con los alimentos o bien su estado físico o psíquico se lo impiden. Comienzan con pequeños atracones en la comida de casa, o llevándose de forma oculta la comida a su habitación. Estos ágapes no coinciden con las horas de las comidas, durante las cuales mantienen generalmente una dieta restrictiva. Suelen presentarlos en momentos en los que no les ve nadie, a media mañana, media tarde o por la noche. En ocasiones es a continuación de las comidas cuando la paciente continúa comiendo abundante y desordenadamente. Incluso a veces por la noche, cuando todos descansan, suele ser la hora del asalto a la despensa familiar.

Pero esta conducta bulímica también se da fuera de casa. Compra comida y en ocasiones roba en tiendas y supermercados, lo come por la calle, y lo vomita cuando tiene ocasión. Otras veces el atracón es la suma y cúmulo de pequeñas ingestas continuadas.

Conductas de purga

Tras las comilonas, las bulímicas son conscientes, más si cabe que el resto del día, que aquella comida les hará ganar peso. Esta posibilidad es inaceptable, les provoca ansiedad y temor que solventan rápidamente por el método de eliminar lo ingerido a través del vómito, el abuso de laxantes, los diuréticos o el ejercicio físico excesivo.

La conducta más frecuente es la del vómito, y menos el uso de diuréticos. Se suelen asociar los vómitos con los laxantes y/o el ejercicio físico. Sin embargo, para la mayoría de las bulímicas este método no suele ser una medida muy efectiva por la propia inconstancia de estas pacientes, que no mantienen, en general, unas conductas regulares, no son capaces de dedicar mucho tiempo al ejercicio y abandonan rápidamente.

Los laxantes son utilizados de forma anárquica y a grandes dosis. En algunos casos la razón inicial de ello, como en las anoréxicas, está en el estreñimiento; posteriormente se busca la pérdida ponderal.

Personalidad

Es frecuente, y ha sido repetidamente estudiada, la asociación de la bulimia nerviosa con los trastornos de personalidad. Los perfiles de personalidad se caracterizan por un ascenso en las escalas de: depresión, desviación psicopática, psicostenia y esquizofrenia, indicando personalidades depresivas y ansiosas, impulsivas y hostiles, rebeldes y aisladas socialmente. Las pacientes bulímicas tienen más problemas con el alcohol que las anoréxicas y presentan conductas potencialmente adictivas: tabaco, alcohol, fármacos y drogas.

Alteraciones cognitivas

La paciente bulímica, al igual que la anoréxica, presenta pensamientos erróneos en relación con la comida, peso y figura. El rechazo a la posibilidad de ser obesas es una actitud común en ambas patologías. Algunas pacientes proceden de la anorexia nerviosa al cronificarse el trastorno y evolucionar hacia la bulimia, pasan de un control estricto de la dieta a un control intermitente, aparecen atracones y conductas de purga, los atracones al principio pueden contar con el beneplácito



de la familia, que por fin las ven comer; más tarde se confirma que los nuevos síntomas son tanto o más alarmantes que la anorexia nerviosa. Este tipo de pacientes presentan todas y cada una de las cogniciones erróneas que caracterizan a las anorexias, cogniciones que, por otro lado, no las previenen de futuros atracones. Sin embargo, cuando están en sobrepeso a causa de las ingestas excesivas, que las conductas de purga no pueden reducir, el temor a llegar a ser obesas y la percepción de su cuerpo no es freno suficiente para reducir los atracones. La solución la encuentran en los periodos intermitentes de dieta restrictiva; incluso pueden dejar de comer una dieta normal y persistir en la anómala de atracones y conductas purgativas.

También, como las anoréxicas, las bulímicas desean estar más delgadas, y también distorsionan la percepción de su cuerpo, aunque en muchas ocasiones, cuando manifiestan estar por encima del peso normal, tienen razón pero, al contrario que las anoréxicas, las bulímicas parece que tienen mayor conciencia de enfermedad y, aunque mantengan los síntomas ocultos por vergüenza y se nieguen a ser tratadas, en el fondo piensan que sus conductas no pueden ser consideradas como normales.

Tienen conocimientos erróneos en relación con la dietética, reelaboran estos conocimientos a la luz de sus temores y deseos, pero lo dramático es que, mientras la anoréxica es consecuente con estos errores dietéticos, la bulímica no lo es, se atraca con aquellos alimentos que más teme y rechaza; sus pensamientos, alterados con respecto a la fisiología, se contradicen de una forma más radical e incongruente que en la anorexia.

Psicopatología asociada

Aquellas pacientes que desarrollan un trastorno de la alimentación de tipo bulímico presentan en la mayoría de los casos una rica psicopatología asociada. La depresión es el trastorno que más se ha relacionado con la bulimia; sin embargo las pacientes bulímicas puntúan alto en las escalas de ansiedad.

- a) **Depresión:** la psicopatología asociada más documentada en la bulimia nerviosa es la depresión. Los estudios psicopatológicos en pacientes bulímicos, los marcadores biológicos y los estudios familiares ponen de manifiesto la relación entre trastornos afectivos y bulimia nerviosa. Se discute si esta depresión es primaria, relacionada directamente con la bulimia, incluso si la bulimia es la manifestación de un trastorno afectivo subyacente o si tan sólo se trata de una depresión secundaria al trastorno de la alimentación y a todo su cortejo sintomático.
- b) **Ansiedad:** podemos considerar que la conducta bulímica cursa en forma de crisis. Estos episodios agudos de ingesta y vómitos están siempre acompañados de un estado emocional de tipo ansioso. Antes de la crisis de pérdida de autocontrol y en el prelude del atracón la paciente bulímica puede notar un sentimiento de excitación, tensión, angustia y un deseo irrefrenable por comer; estas pacientes reconocen e insisten en considerar a la ansiedad como la emoción que acompaña a la conducta de descontrol. En otras ocasiones refieren que es la ansiedad la que las lleva al atracón.

La ansiedad puede ceder durante el atracón, al tiempo que comienzan los sentimientos de culpa y minusvaloración, pero sin embargo, acabado este, cuando la paciente se siente llena, con temor a engordar, se genera una ansiedad insoportable que sólo el vómito puede reducir.

2.2.2.3. Diagnóstico

Según la OMS, para diagnosticar a una paciente de bulímica deberá cumplir los siguientes criterios:

- a) Preocupación permanente por la comida, con deseos irresistibles de comer, y la enferma termina por sucumbir a ellos, presentándose episodios de polifagia durante los cuales consume grandes cantidades de comida en cortos periodos de tiempo.

- b) La enferma intenta contrarrestar el aumento de peso mediante uno o más de los siguientes métodos: vómitos autoprovocados, abuso de laxantes, períodos de ayuno y consumo de fármacos tales como los supresores del apetito, extractos tiroideos o diuréticos.
- c) La psicopatología consiste en un miedo morboso a engordar, y la enferma se fija de forma estricta un dintel de peso muy inferior al que tenía antes de la enfermedad, o al de su peso óptimo o sano. Con frecuencia, pero no siempre, existen antecedentes previos de anorexia nerviosa con un intervalo entre ambos trastornos de varios meses o años. Este episodio precoz puede manifestarse de una forma florida o, por el contrario, adoptar una forma menor o larvada, con una moderada pérdida de peso o una fase transitoria de amenorrea.

2.2.2.4. Tratamiento

Lo más acertado es un abordaje terapéutico multidimensional, donde se conjuguen la psicoterapia individual y familiar, las medidas dietéticas y la farmacoterapia.

Actualmente las **formas de terapia** más comúnmente aplicadas son: psicoterapia individual, grupos de autoayuda, internamiento hospitalario, tratamiento farmacológico y tratamiento grupal.

Los **procedimientos** más utilizados son: tratamiento psicológico, tratamiento bajo internamiento hospitalario, tratamiento farmacológico, Combinación de los tres anteriores.

Lo más aconsejable sería un tratamiento ambulatorio o, en casos difíciles, un tratamiento en hospital de día. El internamiento hospitalario solamente estaría indicado en los siguientes cuatro casos o situaciones: si la gravedad del trastorno hace que un tratamiento de tipo ambulatorio resulte insuficiente, dependencia grave de medicamentos, alcohol y/o drogas, dificultades extremas para romper el círculo vicioso de episodios bulímicos-vómitos y fracaso repetido del tratamiento ambulatorio.

Psicoterapia

Dentro de las diferentes terapias psicológicas son de destacar el modelo cognitivo y conductual. Dentro de ellos, aparecen los siguientes modelos etiopatológicos o explicativos de esta enfermedad:

a) **Exposición con prevención de respuesta**

Consiste en exponer al paciente ante estímulos discriminativos, o elicitadores de la conducta problema, atracones o vómitos, como pueden ser: alimentos «prohibidos», o altamente calóricos, ir de compras al supermercado, quedarse sola en casa, observar su propia figura corporal, etc.; esta es la denominada fase de exposición. A continuación se trata de impedir que suceda la conducta problema o reacciones usuales como serían los vómitos o episodios bulímicos; esta es la fase de prevención de respuesta.

Esta técnica de modificación de conducta se desarrolla bajo el modelo explicativo de la reducción de la ansiedad, el vómito adquiere un papel principal, y posee consecuencias positivas para la paciente, como son la reducción del miedo ante el previsible aumento de peso. Por tanto, el vómito no será tan sólo entendido como una consecuencia secundaria que aparece tras el episodio bulímico, sino como un reforzador primario del trastorno.

b) **Terapia cognitivo-conductual**

Esta terapia considera que la presión social por obtener un ideal de belleza y delgadez, y los correspondientes pensamientos y cogniciones irracionales respecto a la propia imagen

y alimentación, conducirán al paciente a unos hábitos alimentarios restrictivos, que desembocarán en episodios bulímicos y, en la mayoría de los casos, en vómitos. Por eso, tanto la conducta alimentaria, como los consiguientes episodios bulímicos y su conducta compensatoria, serán vistos como consecuencias negativas de estas cogniciones irracionales respecto a la propia imagen y el peso.

En un tratamiento cognitivo-conductual de la bulimia nerviosa se utiliza una combinación de técnicas cognitivas y conductuales para cambiar la conducta de los pacientes, sus actitudes hacia la imagen y el peso, e incluso otras distorsiones cognitivas como son baja autoestima y perfeccionismo.

c) **Terapia interpersonal**

Con esta técnica los problemas interpersonales son vistos como factores desencadenantes y causas de este trastorno. Las técnicas aplicadas en este procedimiento se derivan de otras terapias psicodinámicas pero, a diferencia del psicoanálisis, los procesos transferenciales-contratransferenciales en la relación paciente-terapeuta no tienen un papel principal. En esta modalidad de tratamiento se trabajarán, de una forma semidirectiva, las deficiencias en las relaciones interpersonales de los pacientes, y se concretarán soluciones a las mismas. Por tanto, esta intervención terapéutica no estará centrada en los síntomas, sino en el trabajo y solución de los problemas de fondo que existen en las pacientes.

Farmacoterapia

De todos los modelos de tratamiento farmacológico, los que se han mostrado más efectivos han sido incuestionablemente los antidepresivos. Tales sustancias reducen la conducta bulímica por la activación de los receptores serotoninérgicos postsinápticos a nivel central y periférico. La estimulación central favorece la sensación de saciedad al activar el núcleo paraventricular del hipotálamo medial, además de reducir la apetencia a la ingestión de carbohidratos. A otro nivel, el gastrointestinal, también se estimula el sistema de saciedad periférico.

a) **Antidepresivos tricíclicos**

Se observa que a corto plazo los antidepresivos tricíclicos se muestran efectivos en la reducción de atracones y vómitos.

Hay que dejar constancia de que la farmacoterapia por sí sola no es capaz de reducir totalmente la clínica bulímica, es posible que la medicación sea un factor determinante en la evolución a corto o medio plazo, y, a pesar de que no hay dudas de esta efectividad, se ha confirmado que la tasa de recaídas a largo plazo es alta a pesar de mantener el tratamiento.

Otro problema que presentan estos fármacos es la frecuente presencia de efectos secundarios, especialmente anticolinérgicos, la hipotensión, la sedación y el aumento de peso si se utilizan de forma prolongada. Esta es la causa de la mayoría de los abandonos del tratamiento con antidepresivos tricíclicos en la bulimia nerviosa.

b) **Antidepresivos del grupo IMAO**

El verdadero problema de estos medicamentos radica no sólo en los efectos secundarios: inquietud, insomnio, hipotensión o aumento ponderal, sino en las interacciones de estos medicamentos con ciertos alimentos y fármacos. Entre las bulímicas no son infrecuentes las conductas de descontrol dietético y de abuso de sustancias, por lo que no se debe descartar la posibilidad de interacciones, en unos casos con productos simpaticomiméticos, y en otros con alimentos ricos en tiramina, provocando graves crisis hipertensivas.

c) **Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina**

Son los psicofármacos de nueva generación con los que se han obtenido los mejores resultados, especialmente si se hace una valoración de la efectividad, los efectos secundarios y de calidad de vida. Han demostrado ser eficaces en la reducción de conductas y cogniciones relacionadas con la bulimia incluida la apetencia por los hidratos de carbono. Su acción no está relacionada con la presencia de depresión y la reducción de las conductas patológicas es posible que se deba a una acción específica sobre las cogniciones.

Se puede concluir diciendo que el papel de la farmacoterapia, en el tratamiento de la bulimia nerviosa, ocupa un importante lugar; sin embargo, no es correcto suponer que la sola utilización de los fármacos puede resolver el problema. El tratamiento correcto está en la asociación de psicoterapia y farmacoterapia en un programa formal de modificación de conducta. Está demostrada la efectividad de la psicoterapia cognitivo-conductual mediante la cual se observan significativas y persistentes mejorías en pacientes bulímicas.

2.2.3. **Obesidad**

En 1985 tuvo lugar la primera conferencia de consenso sobre «Implicaciones de la Obesidad en la Salud», apoyada por el Instituto Nacional de la Salud (EE UU). A partir de entonces en diferentes países se desarrollan conferencias de consenso sobre la aplicación, en su propio ámbito, de las conclusiones de los mismos.

En estas conferencias se hace hincapié en la transcendencia médica de la obesidad desde el punto de vista de la morbimortalidad cardiovascular. Se destaca, asimismo, la importancia que tiene la distribución del tejido adiposo, demostrándose, en el momento de valorar el factor de riesgo, que no basta con considerar solamente la cantidad de grasa del cuerpo sino también la distribución corporal del tejido adiposo. En este sentido, un predominio de la grasa corporal central se ha relacionado de forma significativa con una serie de entidades patológicas entre las que destacan la hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo II, accidentes cerebrales vasculares (AVC), litiasis biliar, cardiopatía isquémica, esteatosis hepática, síndrome de las apneas del sueño (SAS) y algunos tipos de cáncer (mama, ovario y endometrio).

Además, la obesidad, independientemente de la distribución de la grasa corporal, puede dar lugar a repercusiones clínicas ampliamente conocidas, entre las que cabe citar la hernia de hiato, insuficiencia venosa periférica y gonartrosis con afectación del compartimento femorotibial interno. Además de las mencionadas complicaciones médicas, tiene también notorias implicaciones sociales, económicas y psicológicas, sobre todo cuando su aparición es precoz. Existe un estudio sobre «**obesidad en adolescentes**» donde se examinan en 10.039 adolescentes y adultos jóvenes la relación entre el sobrepeso y sus características sociales, económicas y de autoestimación siete años más tarde. Se comparan estos resultados con una muestra de jóvenes con otras enfermedades crónicas (asma, diabetes mellitus, artritis reumatoide, epilepsia, parálisis cerebral, cardiopatías congénitas, distrofias musculares, etc.). Este trabajo demuestra que la obesidad en la adolescencia tiene importantes consecuencias psicológicas, sociales y económicas que son incluso mayores que en las otras enfermedades crónicas. Especialmente en las mujeres se observa menor tiempo de escolaridad, menores posibilidades de relaciones de pareja, menores ingresos y mayor índice de pobreza en sus familias, todo ello independientemente de su nivel económico y de sus puntuaciones en las pruebas de aptitudes al inicio del estudio.

Por lo tanto, la obesidad debe valorarse en función de la auténtica importancia que tiene, y no catalogarse como el resultado de la «glotonería y la falta de fuerza de voluntad», ya que esta forma de percibirla por parte de la profesión médica, la población en general e incluso los responsables de la salud pública supone una importante barrera que dificulta el tratamiento. Asimismo, sería aconse-

jable comenzar a catalogarla como «**obesidad esencial**», tal y como proponen Ravussin y Swinburn y otros autores. La obesidad debería considerarse de forma semejante a la hipertensión arterial, que es percibida como una anomalía importante a la que se dedican grandes esfuerzos científicos y económicos. Y, de esta manera, conseguir que se estimule la aplicación de tratamientos más serios, y se asegure una buena calidad asistencial basada en los conocimientos científicos contrastados y no en la publicidad engañosa, la mala praxis y terapéuticas de dudosa utilidad o potencialmente peligrosas para los pacientes con un trasfondo puramente lucrativo.

2.2.3.1. Concepto de obesidad

La palabra obesidad proviene del latín *obesitas* que significa «a causa de lo que como». La definición de obesidad más ampliamente aceptada es la que la conceptúa como un aumento de la cantidad de grasa corporal. Este aumento se traduce en un incremento del peso y, aunque no todo incremento del peso corporal es debido a un aumento del tejido adiposo, en la práctica médica el concepto de obesidad está relacionado con el peso corporal. Así, clásicamente, se ha considerado obesa la persona cuyo peso excedería del 20% del peso considerado normal.

La obesidad se diagnostica basándose en múltiples parámetros, dentro de los cuales el más utilizado mundialmente es el índice de masa corporal (IMC) o índice de Quetelet definido como:

$$\text{IMC} = \text{Peso (kg)} / \text{Talla (metros}^2\text{)}$$

Luego de tener este valor podemos clasificar a los sujetos en grados (según **Garrow**) y así precisar el diagnóstico de obesidad:

GRADO IMC	
GRADO 0	normopeso 20-24,9
GRADO I	sobrepeso 25-29,9
GRADO II	obesidad 30-39,9
GRADO III	obesidad mórbida > 40

2.2.3.2. Causas de obesidad

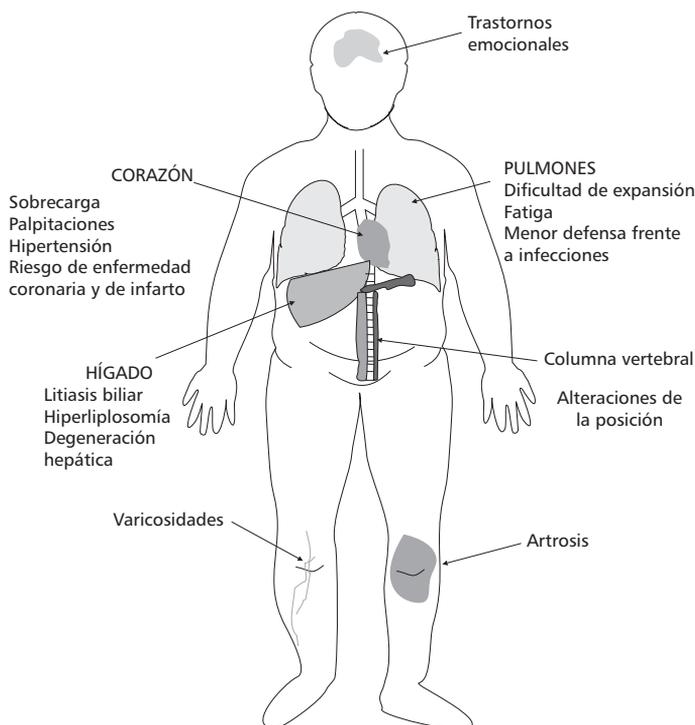
- **Factores genéticos:** se cree que hay factores genéticos predisponentes pero es muy discutible. En una familia en la que hay varios obesos, normalmente suelen tener los mismos hábitos de vida o parecidos, por lo que podría ser que el factor genético y el factor malos hábitos se potenciaran.
- **Excesivo aporte calórico:** excesivas calorías en la ingesta se acumulan en forma de triglicéridos, aumentando los adipocitos, que son las células almacenadoras de grasa.
- **Trastornos endocrinos:** alteraciones hipofisarias y gonadales: síndrome de Cushing, hipotiroidismo... afectan al 5% de los obesos.
- **Problemas emocionales:** compensación, satisfacción.
- **Uso de determinados medicamentos:** algunos fármacos como los antidepresivos tricíclicos se asocian a un aumento de peso.



- **Cambios fisiológicos:** en mujeres en edad menopáusica hay un aumento de peso por falta de estrógenos.
- **Factores socioculturales y económicos:** las clases sociales más bajas consumen alimentos con mayor contenido en glúcidos y grasas por su precio más económico, apareciendo por ello mayor número de obesos.
- **Malos hábitos alimenticios y disminución de la actividad física.**

2.2.3.3. Patologías relacionadas con la obesidad

- **Cáncer:** de endometrio y mama por aumento de estrógenos.
- **Problemas óseos y de articulaciones:** artrosis, fractura de cuello de fémur...
- **Enfermedades cardiovasculares:** HTA, cardiopatías.
- **Enfermedades metabólicas:** hiperlipemias, diabetes mellitus.
- **Hepatobiliares:** litiasis biliar.
- **Problemas respiratorios:** apnea del sueño.
- **Problemas psicológicos.**
- **Riesgo quirúrgico aumentado:** insuficiencia respiratoria, mala cicatrización, infección.



Efectos negativos de la obesidad

2.2.3.4. Tipos de obesidad

Se distinguen diferentes tipos de obesidad en función del criterio de clasificación que sigamos:

Según la etiología

- *Obesidad endógena o secundaria*: supone un 1-5% de las obesidades, está relacionada con otros problemas de salud, como el hipotiroidismo, enfermedad de Cushing, insulinoma, etc.
- *Obesidad exógena o primaria*: supone el 90-95 de las obesidades. Está relacionada con el modo de vida, en especial con la alimentación.

Según la morfología del tejido adiposo

- *Obesidad hiperplásica*: obesidad generalmente infantil. En ella se produce un aumento del número de células adiposas (adipocitos), así como un aumento del tamaño de dichas células. Un niño obeso predispone a un adulto más obeso.
- *Obesidad hipertrófica*: es propia de los adultos. Se produce un aumento del volumen de los adipocitos.
- *Obesidad mixta*: Cuando es una asociación de obesidad hiperplásica e hipertrófica.



Más interés práctico tiene la división entre **obesidad dinámica y estática**

- *Dinámica*: obesidad formativa, reciente, en la que la respuesta del tejido adiposo a una dieta restrictiva produce una fácil movilización de grasa y disminución de peso. Se produce por un aumento en la ingesta o una disminución de la actividad física.
- *Estática*: etapa más avanzada de la enfermedad. Resulta difícil movilizar la grasa del tejido adiposo al hacer dieta. Tienen un bajo metabolismo y un bajo requerimiento energético.

Según Mayer

- *Reguladora*: se encuentra alterado el mecanismo que regula el ingreso de alimentos.
- *Metabólica*: existe un error metabólico de base enzimática que altera el equilibrio entre lipogénesis y lipólisis.

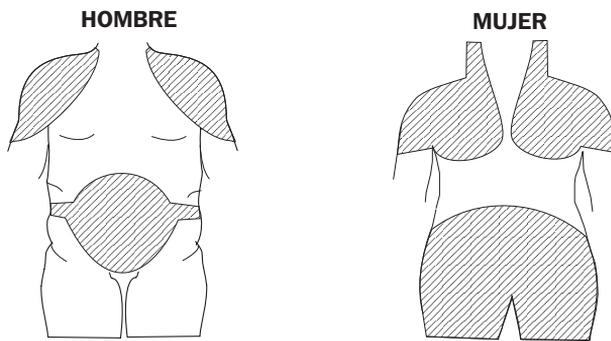
Según la distribución de la grasa corporal

- *Obesidad androide* (obesidad abdominal): se caracteriza por una excesiva acumulación de grasa en la región abdominal. Desde un punto de vista antropométrico consideramos que una obesidad es de tipo androide cuando el cociente cintura/cadera es superior a 1 en el varón y a 0,90 en la mujer. Hay que distinguir dos subgrupos: *obesidad subcutánea* (el exceso de tejido adiposo se localiza en la zona subcutánea abdominal) y *obesidad visceral* (existe un exceso de grasa abdominal perivisceral).



La obesidad androide es más frecuente en el hombre. Una de las características de esta obesidad es la hiperingesta, consecuencia de una polifagia más o menos importante. Las complicaciones suelen ser metabólicas. A partir de los 40 años vemos obesos de estas características afectados de diabetes, arterioesclerosis, hiperuricemias o hiperlipemias, factores todos ellos de riesgo coronario.

- *Obesidad ginoide* (obesidad gluteofemoral): habitual sobre todo en la mujer en actividad ovárica. Existe un exceso de grasa subcutánea gluteofemoral. La relación cintura/cadera es inferior a 1 en el varón y 0,90 en la mujer. Un índice inferior a 1,6 en el varón o a 1,4 en la mujer, refuerza el diagnóstico de obesidad gluteofemoral en los casos dudosos. Presentan riesgo de varices, arteriosclerosis, etc.



Zonas de depósito de la obesidad para cada uno de los sexos.

2.2.3.5. Concepto de peso ideal y fórmula

Todo organismo tiene su propio peso ideal, que se obtendría teniendo en cuenta la edad, talla, sexo y complexión.

Hay varios métodos para determinar si una persona tiene exceso de peso o si es obesa. Existen formulas matemáticas que, aplicándolas, nos dan un resultado que es, en teoría, el peso ideal de cada persona. Ninguna de ellas tiene en cuenta la complexión del individuo, por ello los resultados son fiables tan sólo en personas de complexión mediana.

Fórmulas de peso ideal

- **MILC** Peso ideal = $50 + 075 (\text{talla cm} - 150)$
- **LORETZ:**
 Peso ideal = $(\text{talla cm} - 100) - (\text{talla cm} - 150)/4(\text{hombre})$
 Peso ideal = $(\text{talla cm} - 100) - (\text{talla cm} - 150)/2(\text{mujer})$
- **Índice de Quetelet o de Masa Corporal o BMI:**
 BMI o IMC = $\text{Peso kg}/\text{talla m}^2$
- **Clasificación de Garrow:**
 Si IMC 20-24,9 → No obesidad (Grado 0 o normopeso).

Si IMC 25-29,9 → Obesidad leve (Grado I o sobrepeso).

Si IMC 30-39,9 → Obesidad moderada (Grado II u obesidad).

Si IMC mayor de 40 → Obesidad grave (Grado III u obesidad mórbida).

– **Clasificación de la obesidad según el IMC (Sociedad Española para el Estudio de la Obesidad –SEEDO–)**

Peso insuficiente: <18,5.

Normopeso: 18,5 – 24,9.

Sobrepeso grado I: 25 – 26,9.

Sobrepeso grado II (preobesidad): 27 – 29,9.

Obesidad de tipo I: 30 – 34,9.

Obesidad de tipo II: 35 – 39,9.

Obesidad de tipo III (mórbida): 40 – 49,9.

Obesidad de tipo IV (extrema): >50.

– **Medida del pliegue cutáneo:** valora las reservas de grasas corporales. El más usado es la medida de pliegue tricípital del brazo.

* En el hombre: si es mayor de 23 mm = Obesidad.

* En la mujer: si es mayor de 30 mm = Obesidad.

– **Medida del perímetro abdominal** para valorar la presencia de obesidad central. Para obtenerlo la persona debe estar de pie, y después de haber expulsado el aire, rodear su abdomen con la cinta métrica a la altura del ombligo:

* En la mujer el perímetro abdominal debe ser inferior a 88 cm (en caso de que no haya embarazo).

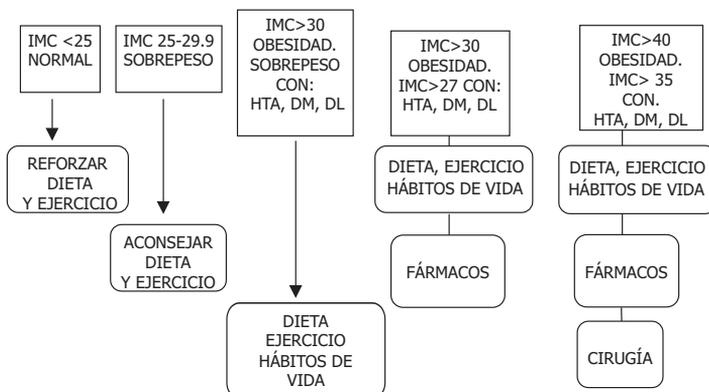
* En el hombre, el perímetro abdominal no debe sobrepasar los 102 cm.

2.2.3.6. Tratamiento

La decisión de iniciar y seguir un tratamiento debe ser por iniciativa del paciente y es conveniente negociar y pactar un objetivo alcanzable a largo plazo. Es necesario realizar una valoración nutricional adecuada y detectar aquellos errores dietéticos para su corrección. Debe evaluarse, de forma rutinaria, el riesgo cardiovascular global pues se ha demostrado que la reducción de peso también reduce los factores de riesgo cardiovasculares, pulmonares y cancerígenos asociados a la obesidad:

1.º Dieta:

Es insustituible en el tratamiento. De 800-1500 kcal/día baja en grasas y consensuada con el paciente. El rango de reducción calórica es de 500-1000 kcal menos que lo que se considera apropiado para su dieta normal. Esto conllevaría la pérdida de 500 g-1 kg/ semana. En general, se aconseja lograr una reducción del 10% del peso en 4-6 meses. Las dietas hipocalóricas < 800 kcal/día no han demostrado mayor efectividad en tratamientos prolongados.



2.º Actividad física

Lo ideal sería combinado con la pérdida de peso mantenida y adaptada a cada individuo. Inicialmente puede recomendarse 30-45' de actividad física moderada, 3-5 días a la semana.



3.º Terapia conductual

Modificar los hábitos de vida para la realización de la dieta y el ejercicio, corrigiendo las creencias y hábitos perjudiciales. Lo más efectivo sería un seguimiento semanal.

4.º Terapia farmacológica si existe una dieta+ejercicio físico

- Fármacos que modifican el metabolismo → Inhibidores de las lipasas intestinales: *Orlistat*. Efectivo, teniendo en cuenta que la inhibición de la lipasa pancreática es responsable del bloqueo en la absorción de aproximadamente el 30% de la ingesta de ácidos grasos de la dieta. Su uso está limitado principalmente por los efectos secundarios y que originan un abandono importante, principalmente están limitados al aparato gastrointestinal como flatulencia, esteatorrea, urgencia e incontinencia fecal.

Las generaciones más antiguas (mazindol, phentermina) están aprobadas para el tratamiento de la obesidad pero no parecen apropiados dado la mejora con los nuevos anorexígenos.

Los tratamientos de herbolarios, como *Garcinia cambogia* (muy frecuente entre los productos comerciales) han sido encontrado inútiles (no han mostrado efectividad en ensayos controlados).

5.º Cirugía bariátrica

Indicada para personas con obesidad mórbida refractarias a otros tratamientos. En general se dividen en dos categorías y en los dos casos se crea un saco gástrico superior que reduce la luz de la capacidad gástrica y origina saciedad precoz:

- Bypass gástrico: antrectomía y gastroyeyunostomía con bypass bilio-pancreático.
- Gastroplastia: resección gástrica parcial con anastomosis del segmento proximal gástrico con el asa yeyunal.

6.º Balón intragástrico

Novedosa técnica sin cirugía que consiste en introducir un globo de silicona en el estómago por vía endoscópica, posteriormente, el globo se llena con suero fisiológico hasta alcanzar el volumen suficiente para que produzca un estado de saciedad permanente. Se retira a los 6-7 meses.



Diagnóstico NANDA en la obesidad

Nutricional por exceso, desequilibrio:

“Aporte de nutrientes que excede las necesidades metabólicas”.

Factores relacionados:

- Ingesta excesiva en relación con las necesidades metabólicas.

Características:

- Peso un 20% superior al ideal para la altura y constitución.
- Pliegue de tríceps: mayor de 25 mm en mujeres y mayor de 15 en hombres.
- Nivel de actividad sedentario.
- Patrones de comida disfuncionales (comer haciendo otras actividades).
- Concentra la cantidad de alimento en una comida (toma de alimentos al final del día).
- Comer en respuestas a claves externas (hora del día o situación social).
- Comer en respuestas a claves internas distintas al hambre (ansiedad).

Intervenciones

- Asesoramiento nutricional.
- Modificación de la conducta.
- Fomento del ejercicio.

Nutricional por exceso, riesgo de desequilibrio:

“Riesgo de aporte de nutrientes que exceda las necesidades metabólicas”.

Factores de riesgo:

- Informes de uso de los alimentos sólidos como principal fuente de alimentación antes de los 5 meses de edad.
- Concentrar la toma de alimentos al final del día.
- Información u observación de obesidad en uno o en ambos progenitores.
- Información u observación de un peso de referencia cada vez más alto al inicio de cada embarazo.
- Transición rápida a través de los percentiles de crecimiento en los lactantes o niños.
- Emparejar la comida con otras actividades.

.../...

.../...

- Observaciones del uso de alimentos como medida de recompensa o de bienestar.
- Comer en respuesta a claves externas (como la hora).
- Comer en respuesta a claves internas (como la ansiedad) distintas al hambre.
- Patrones alimentarios disfuncionales

Intervenciones

- Asesoramiento nutricional.
- Fomento del ejercicio.
- Manejo del peso.
- Manejo de la nutrición.

Autoestima situacional baja:

“Desarrollo de una percepción negativa de la propia valía en respuesta a una situación actual”.

Factores relacionados:

- Alteración de la imagen corporal.
- Falta de reconocimientos o recompensas.
- Fallo, rechazo.
- Cambio del Rol social.

Características:

- Informes verbales de que la situación actual desafía su valía personal.
- Verbalizaciones autonegativas.
- Expresiones de desesperanza o inutilidad.

Imagen corporal, trastorno de la: (00118)

“Confusión en la imagen mental del Yo físico”.

Factores relacionados:

- Biofísicos.
- Cognitivos-perceptuales.
- Psicosociales.
- Culturales.

Características:

- Objetivas:
 - * Pérdida de una parte corporal.
 - * No mirar la parte corporal, no tocarla, ocultarla.
 - * Traumatismo de una parte no funcionante.
 - * Cambio en la implicación social.
 - * Cambio real en la estructura o funcionamiento.
- Subjetivas:
 - * Rechazo a verificar un cambio real.
 - * Preocupación con el cambio o pérdida.
 - * Sentimientos negativos sobre el cuerpo (sentimientos de desesperación, desesperanza, impotencia).
 - * Miedo al rechazo o a la reacción de los otros.

Otros diagnósticos: Afrontamiento inefectivo, riesgo de lesión, deterioro de la integridad cutánea, etc.

2.2.3.7. Componentes de una dieta equilibrada

Una dieta equilibrada consiste en satisfacer las necesidades nutritivas de nuestro organismo. Las dietas pueden ser variadas en su composición de alimentos pero deben cumplir dos requisitos fundamentales: que la cantidad de energía sea suficiente pero no excesiva para mantener un peso corporal constante y que la dieta sea variada y estén presentes en ella todos los grupos de alimentos.

Componentes de los alimentos

Desde el **punto de vista nutricional** los alimentos tienen dos grandes grupos de componentes:

1. Componentes nutritivos:

- a) Principios nutritivos básicos: glúcidos (55-60% del aporte energético de una dieta), lípidos (30-35% del aporte energético de una dieta), proteínas (15% de la energía total) y agua.
- b) Sustancias reguladoras: vitaminas y minerales.

2. Componentes no nutritivos:

- a) Propios: sustancias secundarias que afectan al carácter sensorial de los alimentos como carotenoides, polifenoles, pectinas, coloides, aceites esenciales...
- b) Extraños: aditivos y contaminantes.



Alimentos permitidos y desaconsejados:

- *Permitidos*: pescado blanco (el pescado azul con moderación), carnes poco grasas como ternera, pollo, pavo, conejo, buey... huevos (controlados), cereales (preferiblemente integrales) y legumbres (con moderación), frutas (evitando las que son muy dulces como el plátano, uvas, higos), verduras, lácteos y derivados lácteos desnatados, café, té, infusiones, condimentos, aceite y agua mineral.
- *Desaconsejados*: conservas de pescado en escabeche, carnes demasiado grasas como cerdo, cordero..., chacinas, quesos demasiado curados, lácteos enteros, frutas en almíbar, aguacates y aceitunas, chocolates, cacao, helados y bollería, comida precocinada y preparados como sopas, purés..., azúcar, miel, mermelada, bebidas azucaradas y alcohol y frutos secos.



La bollería constituye un alimento desaconsejado en una dieta equilibrada

2.2.3.8. Hábitos de nutrición

La conciencia alimentaria es la base de una dieta equilibrada. Una alimentación apropiada conduce a un excelente estado nutritivo y a un óptimo estado de salud. Por el contrario, una alimentación defectuosa que deteriore el equilibrio nutritivo provoca problemas físicos y psicológicos que pueden dar lugar a la aparición de enfermedades.

Normas Higiénico-Dietéticas:

- Aportar las calorías necesarias a los requerimientos individuales de cada persona.
- Se debe guardar un equilibrio adecuado entre los distintos principios inmediatos.
- Suprimir alimentos cuya finalidad es suministrar energía como dulces, pan, bebidas carbonatadas y alcohol.
- Consumir abundantes frutas y verduras que completen la ración vitamínico-mineral.
- Tomar el aporte hidrocarbonado en forma de almidones fundamentalmente, incluyendo productos con residuos fibrosos no absorbibles.
- El aporte graso se repartirá entre grasas animales y vegetales, restringiendo el consumo de grasas saturadas, y alimentos con alto contenido en colesterol.
- El aporte proteico se repartirá entre proteínas vegetales y animales.
- Tener una dieta mixta y variable, no recibiendo más del 20% de las calorías de un mismo alimento.
- Conocer los gustos y costumbres alimentarias adaptando la dieta a cada individuo, teniendo en cuenta su condicionamiento social y económico.
- Repartir las calorías diarias en cinco comidas al día.
- Masticar lentamente los alimentos para una mejor digestión.
- Beber al menos un litro y medio diario de agua.
- Acostumbrar al organismo a un hábito de evacuación diaria, con un horario semejante todos los días, para evitar el estreñimiento.
- Incluir alimentos ricos en fibra (legumbres, cereales integrales, frutas y verduras).
- Evitar el consumo de fritos, precocinados, salsas y comidas rápidas (pizza, hamburguesa...).
- Limitar el consumo de sal.

2.2.3.9. Hábitos de vida

- La actividad física es el pilar esencial en el tratamiento de la obesidad; además, en casos de resistencia metabólica severa, el ejercicio es probable que suponga la diferencia entre el éxito y el fracaso.

Se debe practicar algún deporte de forma regular, y que sea adecuado a cada individuo. El tipo de costumbres vitales y sociales cada día nos empuja más a llevar una vida sedentaria. Por ello el ejercicio es muy importante en la vida diaria. Equilibra el exceso de consumo calórico, baja los niveles de colesterol, mejora los niveles de glucemia en diabéticos, ayuda a compensar la tensión arterial...



- Evitar el estrés y descansar un número de horas adecuadas (8 h).
- No consumir alcohol, tabaco, estimulantes y cualquier tipo de drogas.
- Mantener una buena higiene dental.
- Los extremos patológicos, tanto la obesidad como la delgadez, a menudo van a la par y pueden seguirse el uno al otro; por ello es importante que cada persona conserve su peso natural y no trate de buscar ningún extremo.

2.2.3.10. El paciente obeso en su entorno familiar y social

La obesidad es un fenómeno social. El exceso de peso es más evidente en sociedades evolucionadas. Antiguamente la gordura era una virtud, asociándose con la buena salud. Pero en la actualidad las mentalidades han evolucionado y han cambiado los cánones de belleza, tomando conciencia la sociedad de los peligros del exceso de peso.

Actualmente la preocupación por mantener la línea ocupa gran parte de nuestras vidas. Los modelos estéticos actuales nos incitan a mantener la línea eliminando el exceso de grasa, pero nuestros hábitos culturales y sociales nos llevan a alimentarnos de manera copiosa. Aunque cada vez más la población va tomando conciencia de la importancia que tiene en la salud una buena alimentación y los riesgos que conlleva el exceso de peso.

El aumento de peso se produce a lo largo de los años apareciendo en numerosas ocasiones en la infancia o la pubertad por una sobrealimentación.

Los familiares de un obeso a menudo han tenido problemas de sobrepeso por tener hábitos alimenticios con excesiva ingesta calórica. Por ello, la educación al enfermo y a la familia es la base para un buen tratamiento, siendo este aspecto más importante que la rápida pérdida de peso.

La familia debe apoyar al obeso, evitando burlarse o minimizar el problema y animarle a luchar contra su enfermedad, ayudándole a no caer en la apatía y el pesimismo, promoviendo con la ayuda de los profesionales la alegría y el éxito.

2.3. Prevención de hábitos tóxicos: alcohol, tabaco y drogas

2.3.1. Prevención en la familia

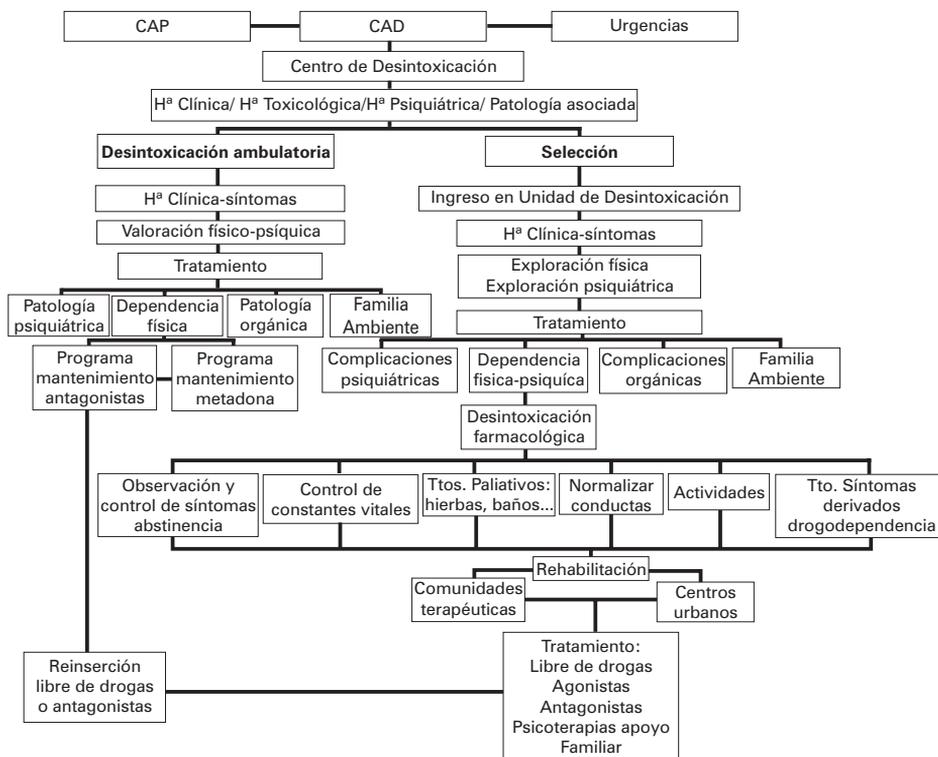
Está demostrada la relevancia que tiene la familia en la prevención de las drogodependencias: la adquisición de lo que se refiere a los hábitos de salud y el desarrollo de estilos de vida saludables, los modelos educativos adecuados y la transmisión de valores son factores de protección que deben ser desarrollados desde la familia. Sensibilizar a los padres sobre la importancia de su papel es importante ya que en muchos casos se suele relegar a la escuela el mayor peso en la educación de los niños. Es preciso también, profundizando en las intervenciones desde la familia, impulsar las intervenciones dirigidas a familias de alto riesgo, poner a disposición de los padres una herramienta preventiva sencilla y útil para facilitar su labor y potenciar la calidad de las intervenciones dirigidas a los padres. Orientarlos mediante charlas, cursos, folletos y con profesionales especializados para:

- Concienciar a los padres de la importancia de su papel como colaboradores de los agentes de salud.
- Mejorar el funcionamiento familiar y el desarrollo adecuado de cada uno de los miembros.

- Aumentar los conocimientos de los padres sobre drogas.
- Dar a los padres la información necesaria para que sean capaces de intervenir precozmente en el consumo de drogas de sus hijos.

En varios seminarios realizados sobre familia y drogas se ha llegado a las siguientes conclusiones:

1. Se considera prioritaria la intervención preventiva con familias de alto riesgo, como son las familias con problemas de drogodependencias o alcoholismo en los padres, con fuertes conflictos familiares y con graves cargas económicas. En estas familias de alto riesgo los procesos de interacción y los estilos educativos se encuentran alterados y provocan dificultades en el desarrollo de los hijos. Estas familias están muchas veces más ocupadas en resolver sus problemáticas personales que en la atención a sus propios hijos.



2. Se ha constatado que los hijos de padres drogodependientes, alcohólicos o de familias altamente conflictivas desarrollan un conjunto de problemas entre los que podemos destacar: déficit cognitivos y de aprendizaje que interfieren con el rendimiento escolar; dificultades en las relaciones personales y sociales y un escaso autocontrol emocional. Todos estos factores se potencian entre sí y redundan en una deficiente integración escolar y social.
3. Se ha observado que en las familias de los niños y jóvenes con problemas de inadaptación, fracaso escolar y consumo de drogas, los patrones de interacción son también inadecuados. Existen relaciones recíprocas entre variables de funcionamiento familiar y estilos educativos y los problemas de conducta de los adolescentes.

4. Se ha insistido en la necesidad de intervenir tempranamente con estas familias de alto riesgo para poder obtener resultados más satisfactorios. Esta intervención ha de realizarse sobre diferentes factores de riesgo y protección al mismo tiempo y hacerlo desde diferentes ámbitos: familiar, escolar y comunitario.
5. También se coincide en la necesidad de evitar la ubicación de las intervenciones en espacios que provoquen la segregación de estas poblaciones de alto riesgo. Por el contrario, los espacios normalizados facilitan la participación de estos jóvenes y sus familias así como su integración.
6. Se ha destacado la relevancia de la escuela en la prevención con adolescentes de alto riesgo y sus familias. Este papel es cada vez más importante ya que la escuela permite la detección de niños con problemas, ofrece un medio en el que estos niños se encuentran cómodos y facilita el contacto con sus familias.
7. Debido a la escasa participación de los padres en los programas de intervención familiar, se considera necesario desarrollar mecanismos de acercamiento y motivación. No obstante, dada la gravedad de algunas situaciones, se plantea la posibilidad de garantizar la intervención a través de otros mecanismos impositivos, siempre que se aseguren unos beneficios mayores que los perjuicios derivados de su aplicación. Independientemente del procedimiento utilizado, hay que destacar la necesidad de que este contacto sea siempre directo y personalizado.
8. De igual modo, se ha revelado un procedimiento válido el implicar a los padres a través de los programas educativos que se desarrollan con sus hijos.

Sin embargo, en aquellas circunstancias en las que el acceso a la familia de jóvenes en riesgo resulte inviable, es recomendable la intervención directa exclusivamente con los jóvenes ya que también pueden obtenerse buenos resultados, tales como mejorías en el rendimiento escolar, en su autocontrol y en sus relaciones con el entorno y con la propia familia.

9. En cuanto a las estrategias de intervención con jóvenes de alto riesgo, se constata la existencia de múltiples programas rigurosamente diseñados y evaluados que pueden ser tomados como referencia a la hora de implementar este tipo de actuaciones. La mayoría de ellos incorporan determinados componentes básicos como la toma de decisiones, las habilidades sociales, el autocontrol personal y la autoestima.
10. También el trabajo grupal es básico con jóvenes de riesgo porque permite generar un sentimiento de pertenencia que les hace menos vulnerable a las presiones externas negativas y les ayuda a romper la dependencia con grupos de riesgo en los que normalmente están involucrados desde muy temprana edad.
11. Se ha destacado que la intervención preventiva con las familias debe adaptarse a sus propias características y necesidades y debe ser continuada en el tiempo ya que los factores de protección funcionan a largo plazo mientras que los factores de riesgo son de carácter más inmediato.
12. Aunque hay que continuar trabajando en la diseminación de estrategias preventivas dirigidas a la familia en general, es prioritario concentrar las intervenciones en los colectivos más necesitados y vulnerables. De aquí la necesidad de seguir investigando, interviniendo y difundiendo las actuaciones en este campo.

2.3.2. Prevención en la escuela

La escuela no es sólo un lugar donde se adquieren aprendizajes conceptuales, sino que sirve también para adquirir aprendizajes relacionados con la conducta social, aprendizajes afectivos y actitudinales que son necesarios para enfrentarse, entre otras cosas, al consumo de drogas.

La meta final de la educación es el desarrollo integral de la persona. Por eso debemos prestar especial interés a aquellos síntomas, entre los que se encuentran los problemas con drogas, que indiquen que dicho desarrollo no se está produciendo correctamente.

Un clima escolar sano es el soporte adecuado para poder llevar a cabo la prevención sobre drogas. Difícilmente se conseguirá abordar correctamente la prevención del abuso de drogas si la escuela no cumple los objetivos educativos que se propone y que coinciden con los de la prevención. Existen ciertas características de los Centros Educativos en los que no sólo no favorecen la prevención sino que con su estilo educativo facilitan la posibilidad del consumo.

Educación es prevenir. En la medida en que la escuela funciona adecuadamente como una institución educativa ya está actuando preventivamente.

La prevención en el ámbito escolar sirve para:

1. Proporcionar a los alumnos los recursos y habilidades necesarias para enfrentarse de forma adecuada a las situaciones relacionadas con el consumo de drogas, tanto en el inicio como, de producirse éste, posteriormente; así favorecemos la toma de decisiones informada, responsable y saludable con respecto al uso/abuso de drogas.
2. Promocionar la salud formando actitudes positivas hacia su mantenimiento porque los estilos de vida saludables no son compatibles con el abuso de drogas.
3. Fomentar actitudes favorables al no consumo o al abandono de éste. No basta con resaltar los aspectos negativos del consumo: hay que hacer mayor hincapié en los aspectos positivos de no consumir.
4. Retrasar la edad de inicio en el consumo de drogas: cuanto más tarde se produzca ese contacto, si llega producirse, más recursos tendrá el individuo al ser más maduro, por lo que cabrá esperar que su relación con las drogas sea menos o nada problemática.
5. Favorecer la capacidad crítica de los alumnos, hay que capacitarlos para enfrentarse de forma madura, autónoma y responsable al consumo de drogas y a resistir la influencia de los determinantes sociales y ambientales.
6. Educar a los alumnos para la utilización positiva del tiempo de ocio ofreciéndoles alternativas satisfactorias, así tendrán un repertorio variado de actividades diferentes del consumo de drogas con las que poder ocupar su tiempo libre.

Objetivos de la Prevención
Conseguir que el proceso de toma de decisiones con respecto al consumo de drogas sea responsable y saludable.
Potenciar valores acordes con la salud.
Promover los cauces de participación en la sociedad y fomentar el espíritu crítico.
Fomentar una cultura de rechazo al uso/abuso de drogas.
Favorecer el desarrollo de la autoestima del alumno.
Proporcionar a los alumnos las habilidades necesarias para mantener relaciones interpersonales adecuadas.

La Educación para la Salud es uno de los temas transversales sobre los que un centro educativo ha de trabajar proporcionando el marco apropiado para incorporar la prevención del abuso de drogas, ya que las conductas de consumo de drogas forman parte de una serie de posibles estilos de vida no saludables.

Educar para la salud supone informar y responsabilizar al individuo para que adquiriera los conocimientos, procedimientos, actitudes y hábitos básicos para la defensa y formación de la salud individual y colectiva.

La Educación para la Salud supone educar a los individuos ayudándoles a configurar estilos de vida lo más sanos posibles que sean incompatibles con el uso nocivo de drogas. Esto requiere actuaciones y situaciones de aprendizaje continuadas en el tiempo: no consiste en acciones puntuales, sino que ha de abordarse de una manera globalizada e interdisciplinar. Sería conveniente, como ya se viene demandando desde diversos ámbitos, la presencia de un enfermero, como ocurre en otros países, con un amplio campo de actuación en la escuela, uno de ellos sería sin duda la educación para la salud en el uso de drogas.

No debemos identificar la Educación para la Salud con la prevención del consumo problemático de drogas. Hacer prevención del consumo problemático de drogas supone, además de trabajar hábitos de alimentación, higiene, etc., tratar otros factores tales como autoestima, presión de grupo, etc.; y en algunas ocasiones, dependiendo de la edad de los alumnos y su relación con las drogas, requerirá de intervenciones más específicamente centradas en el uso de drogas.

2.3.2.1. El clima escolar

Educar es más que informar o instruir: los profesores y profesoras además de «transmisores de conocimientos» son agentes socializadores.

Las interacciones que se producen en el medio escolar, los códigos de disciplina, los valores implícitos en la acción educativa, las pautas prevalentes de conducta, es decir, el ambiente que se vive y se respira son importantes en el desarrollo de la educación y en la prevención de los problemas con drogas, ya que el clima escolar no sólo afecta a los resultados académicos del alumno sino también a lo afectivo, a sus valores, a su desarrollo personal...

El estilo educativo del Centro es, pues, el primer elemento que debe considerarse en la prevención escolar, ya que puede funcionar tanto como factor de riesgo como de protección.

Es necesario, pues, que el profesorado reflexione conjuntamente acerca de los aspectos fundamentales que contribuyen a crear en el centro un ambiente satisfactorio, es decir, un clima escolar saludable.

Centros educativos con ambiente desfavorable	Centros educativos con ambiente saludable
Se establecen relaciones en clave de dominio (disciplina autoritaria), se fomenta el control y la carencia de iniciativa, incrementándose la tensión que se produce en las relaciones personales.	Los profesores se relacionan de manera integradora y no dominante, favoreciendo así la autonomía del otro, la iniciativa, la participación y el afán de buscar nuevas soluciones a los problemas.
Se fomenta el individualismo y la competitividad lo que puede generar un clima social agresivo e insolidario, que separa a los alumnos y crea entre ellos recelos e inseguridad.	Se fomenta la cooperación y la solidaridad con los demás, preparando al alumno para actuar con responsabilidad tanto en la clase como en el centro o en la realidad exterior.
Se fomenta la pasividad y la dependencia.	Se potencia la autonomía personal y la responsabilidad de sus miembros.

.../...

.../...

Se establecen relaciones desequilibradas y discriminatorias contribuyendo a crear un clima de desconfianza, recelo y hostilidad.	Se trata de manera igualitaria a todos, evitando marginaciones y discriminaciones, dentro de un clima de respeto mutuo.
Se enfatiza la relación vertical profesor-alumno.	La comunicación entre los distintos miembros es fluida y bidireccional, con una retroalimentación explícita.
Se emplean metodologías pasivas basadas en la mera transmisión de contenidos conceptuales, priorizando la transmisión verbal y académica de conocimientos.	Se promueve la participación del alumnado en el proceso de enseñanza-aprendizaje, en el aula y en el centro, priorizando aprendizajes activos y significativos.
Se da preferencia a los programas en vez de al alumnado, minimizando la dimensión socio afectiva y emocional.	Los profesores son accesibles y cercanos a los alumnos y alumnas atendiendo no sólo a las dimensiones intelectuales, sino también a la socioafectiva y la emocional.
Se ignoran las características peculiares del alumnado.	Los profesores reconocen, explicitan y respetan los intereses de sus alumnos.
Se favorece la producción de individuos dirigidos y fácilmente manipulables, reduciendo la interacción entre los iguales.	Se procura un clima social empático, promoviendo el desarrollo de aprendizajes significativos y la adquisición o fortalecimiento de actitudes de confianza, seguridad y apertura.
Se dan relaciones de enfrentamiento dentro del equipo docente o malas relaciones con la APA o los padres en general.	Se potencia la coordinación y el trabajo en equipo por parte del profesorado y los distintos miembros de la Comunidad Educativa (profesor, tutor, padre, psicólogo, personal no docente).
Existe una falta de apertura de la institución educativa a los demás sistemas sociales.	Se establecen vínculos positivos entre la escuela, la familia y la comunidad.

2.3.2.2. Factores de riesgo escolares

Mala adaptación escolar o escasa integración

- Actuación desde el ámbito escolar:
 - * Lograr un ambiente adaptado a las necesidades de los alumnos.

En situaciones de inadaptación extrema deberemos contar con la intervención del tutor y el apoyo del Departamento de Orientación para valorar las causas que la producen, tales como la sensación de incapacidad, el temor al fracaso, la tensión emocional, la dificultad para establecer relaciones con los compañeros o con los profesores, etc.

Insatisfacción

- Posibles actuaciones:
 - * Procurar hacer más atractiva la vida escolar.
 - * Despertar el interés de los alumnos favoreciendo su incorporación activa en las actividades fuera y dentro del aula.
 - * Crear en el aula un ambiente grato, motivador y no frustrante.
 - * Proponer aprendizajes que sean significativos para los alumnos.

- * Proponer aprendizajes funcionales que contribuyan a una mejor adaptación e integración en el medio escolar y social, instruyendo al alumno en su modo diario de vida, en su relación con los otros y en la resolución de situaciones conflictivas.

Ausencia de motivación y falta de expectativas

- Posibles actuaciones:
 - * No utilizar motivaciones extrínsecas (como premios o castigos) ya que se ha comprobado que éstas sólo son efectivas mientras están presentes. Suelen provocar tensiones entre los alumnos y efectos contrarios a los deseados.
 - * En lugar de reprender, ayudar a los alumnos a pensar con claridad acerca de las consecuencias de su acción para lograr que se automotiven para realizar cambios. Sin embargo, no debemos excluir, en los casos en que estas estrategias no den resultados, la utilización de medidas disciplinarias apropiadas para conseguir la integración del alumno o la corrección de su actitud.
 - * Aprobar y reforzar el trabajo bien hecho y el comportamiento adaptado (que no sumiso).
 - * Proponer a los alumnos metas adecuadas a su edad y a sus capacidades: que no sean tan elevadas que sea imposible alcanzarlas ni tan bajas que no requieran ningún esfuerzo por parte del alumno.
 - * Dar siempre más importancia a lo que son capaces de conseguir que a los errores que hayan cometido.
 - * Reconvertir las preguntas o comentarios poco acertados de modo que el alumno sienta que son provechosos para el grupo.

2.4. Iniciación a la sexualidad. Métodos anticonceptivos. Prevención de enfermedades de transmisión sexual

2.4.1. Importancia de la salud sexual en la adolescencia. Iniciación a la sexualidad

El término “Adolescencia” implica un proceso y no un estado, donde aparecen cuadros clínicos específicos y diferentes respecto a otros grupos de edades.

En estas edades se va a producir una evolución sexual en el más amplio sentido de la palabra donde, físicamente, los acontecimientos pueden producirse antes de que se esté preparado psicológicamente para ello. El adolescente desprecia el riesgo, exponiéndose a veces intencionadamente simplemente para impresionar. Igualmente presenta un gran componente de curiosidad, lo cual le conduce a la necesidad de experimentar por sí mismo los efectos de tal o cual situación.

El profesional sanitario debe acostumbrarse a esta despreocupación del adolescente para prevenir las enfermedades y los problemas de salud, aunque éstos sean serios, tales como las ETS o el embarazo.

Como consecuencia de este desarrollo sexual, de los cambios morales de la población y el hecho de considerar el contacto sexual como equivalente a comunicación se ha incrementado mucho el número de embarazos en la adolescencia. Si a ello sumamos el que éstos suelen tratarse además de embarazos de alto riesgo por su mayor frecuencia de gestosis, partos prematuros, etc., queda justificado el que se haya convertido en un problema prioritario de salud.

2.4.1.1. Problemas de la sexualidad

En España no contamos con estadísticas fiables pero, aproximadamente, hay unos 3.500.000 adolescentes de las que 2.300.000 están en edad de procrear. Tanto es así que el INE (Instituto Nacional de Estadística) considera a este grupo etario (el comprendido entre los 15 a 24 años) como el más numeroso, suponiendo más de un 25% de la población adulta.

Entre otros datos estadísticos que nos dan una idea de la magnitud del problema destaca el que la tercera parte de los varones y el 20% de las mujeres inician sus relaciones antes de los 15 años y, además, el 75% de los que iniciaban las relaciones antes de los 18 años señalaban que habían tenido 2 o más compañeros sexuales, y el 45% señalaba a 4 o más parejas.

Datos estos que justifican el que el Departamento de Sanidad de los EE UU haya llegado a la conclusión de que el 25% de los adolescentes sexualmente activos han sido contagiado de alguna ETS.

En nuestro país, según el informe Juventud en España, en 1992, un 34% de los jóvenes menores de 18 años había sostenido relaciones coitales. En el año 2004 los datos del mismo informe indicaban un porcentaje superior al 50%.

En nuestro medio, en una encuesta realizada, se confirmaba que el porcentaje de jóvenes que habían practicado coito aumentaba conforme al tamaño de la población en la que residían; en los que no estaban escolarizados el porcentaje era de casi el doble, más frecuente en varones y en hijos de padres con niveles de estudios bajos.

El aumento en el número de embarazos en estas edades es consecuencia de la mayor libertad sexual, que no ha ido acompañada de un incremento en la educación, siendo éstos además en edades cada vez más precoces y destaca el hecho significativo de que muchas de ellas repiten con un segundo embarazo.

El embarazo de la adolescente, además de los múltiples problemas médicos que lleva asociados, va a suponer un gran obstáculo para la futura madre, ya que a veces pierde el apoyo familiar, debe comenzar a trabajar para contribuir con los gastos o mantener la nueva familia, abandonar los estudios, etc.; se llega a recurrir a un gran abanico de posibilidades, entre las cuales frecuentemente se encuentra la prostitución.

Además, estos problemas son diferentes si el embarazo se produce en mayores de 17-19 años que están casadas o piensan casarse o las menores de esta edad, en las que biológica y psicológicamente están inmaduras para la maternidad y a las que el embarazo les supone una sorpresa difícilmente encajable.

2.4.1.2. Objetivos de la educación sexual

Con respecto a la Atención y Educación sexual a jóvenes, los datos a recoger en el SIGAP, por ser éstos los indicadores de interés para la Administración (para la confección de estadísticas comunes a todas las Áreas de Salud), son:

- Población de 15 a 24 años de ambos sexos en la ABS.
- Número total de primeras visitas, donde supongan un primer contacto del joven con el programa independientemente del motivo por el cual se incorporara. Igualmente se contarán como número de primeras consultas cada joven que vaya, independientemente si ha acudido en grupo o de forma individualizada.
- Número total de consultas de jóvenes: donde se incluirán las primeras más las sucesivas, por cualquier motivo.

Los indicadores manejados son:

$$\text{Captación de planificación de jóvenes} = \frac{\text{N.º de primeras visitas}}{\text{Población de 15 - 24 años}} \times 100$$

$$\text{Frecuencia} = \frac{\text{N.º total de consultas de jóvenes}}{\text{Población de 15 - 24 años}} \times 100$$

Los sanitarios que tratan a los adolescentes deben conocer estas estadísticas, puesto que se confía en ellos para reducir el número de embarazos en esta etapa de la vida, así como sus consecuencias desfavorables, proporcionando información y asesorando a los jóvenes sobre los métodos anticonceptivos.

A veces, el lenguaje empleado con los jóvenes debe ser coloquial para evitar que ciertos términos sean mal interpretados. Por encima de todo, hay que evitar hacer indagaciones y enjuiciar los hechos. Las adolescentes que consultan por un problema ginecológico suelen valorar la franqueza y el valor de una historia muy completa, en cambio las que consultan por otras razones suelen ser más vacilantes al indagar, por lo que se recomienda continuar parte de la entrevista en otro momento. Es frecuente que una consulta de preocupación por un posible embarazo sea enmascarada con un problema urinario o ginecológico, por lo que siempre hay que estar alerta hacia esta posibilidad.

Los **objetivos** a tener en cuenta en la asistencia al adolescente son: conocimiento del crecimiento y desarrollo de éste, mostrar interés personal por la relación enfermero-paciente, respetar la confidencialidad de las conversaciones a menos que el problema pueda ser una amenaza para él u otras personas, honestidad, ser pragmáticos en todos los aspectos de comportamiento y conversación, evitar la actitud moralista y autoritaria, no ser ni muy entrometido ni muy distante.

El primer paso consiste en fraguar una profunda relación enfermero/paciente, necesaria para fomentar la confianza y la franqueza, debiendo tener en cuenta las inquietudes especiales de los adolescentes.

Las adolescentes necesitan un ambiente seguro donde puedan hacer preguntas y comentar los asuntos que ellas consideran íntimos, y darse cuenta de que lo que se busca es conseguir su consentimiento para seguir un tratamiento haciéndoles ver que se va a mantener el secreto profesional sobre sus visitas.

La exploración física de las adolescentes debe acomodarse a su edad y a su grado de desarrollo, pues muchas están inseguras acerca de su propio aspecto físico y de la normalidad de su desarrollo, por lo que comentarios tranquilizadores durante toda la exploración ayudan a crear un clima de simpatía.

La *American Medical Association* publicó sus *Guidelines for Adolescent Preventives Services*, donde se consignan 24 recomendaciones para los Equipos de Atención Primaria que prestan servicios a la población adolescente, destacando su comportamiento sexual.

Para poder realizar algún tipo de intervención de carácter preventivo sobre los adolescentes debemos tener en cuenta una serie de puntos:

- Aprovechar el momento oportuno de la consulta puesto que en ese instante es más eficaz.
- Personalizar los riesgos/beneficios de una opción o cambio de conducta.
- Utilizar la relación sanitario-paciente para defender al paciente.

- Procurar ampliar las opciones de comportamiento.
- Proporcionar una información limitada y exacta.
- Dejar hablar al joven antes o después.
- Anticiparse a las dificultades que van a surgir.
- Establecer pactos de colaboración. Los jóvenes deben evaluar sus propios riesgos y crear su propio plan para modificar cualquier comportamiento. El asesoramiento sobre la salud debe tener la finalidad de ayudar a que los adolescentes asuman paulatinamente la responsabilidad de tomar decisiones relacionadas con la edad.

La asistencia sanitaria del adolescente no se debe hacer junto a niños de otras edades, se les debe programar en un horario especial y deberán encontrarse en un ambiente adecuado.

2.4.2. Educación sexual. Asesoramiento en métodos anticonceptivos

La terapéutica del embarazo del adolescente pasa por emplear al máximo todas las posibilidades de prevención (con la educación sexual en los colegios, charlas...), e inculcar la necesidad de retrasar la iniciación de las relaciones sexuales. Como esto va a fallar en la mayoría de los casos, puesto que la investigación y la experiencia indican claramente que los adolescentes son sexualmente activos a pesar de las campañas y recomendaciones abiertas de la sociedad para promover la abstinencia, se hace necesaria una explicación, lo más comprensible posible, de los métodos anticonceptivos.

Los métodos anticonceptivos deben ser discutidos de forma objetiva y sin sesgos con el paciente y su pareja. Se le debe enseñar al adolescente la caja de anticonceptivos orales, el diafragma, los preservativos y los espermicidas, describiéndose las ventajas e inconvenientes de cada método. Igualmente, se le debe discutir la ineficacia del coito interruptus, los lavados y el uso intermitente de cualquier método anticonceptivo.

Se han ofrecido múltiples explicaciones sobre la limitación a la adherencia de los adolescentes a los métodos disponibles en la actualidad, ninguna de ellas concluyentes.

No tenemos ningún método ideal eficaz contra el embarazo y ETS, sin efectos adversos y reversibles, salvo la abstinencia; por ello el profesional de Atención Primaria debe explicarle que la abstinencia es una alternativa aceptable y que se puede alcanzar satisfacción sexual sin coito.

Igual que la gestación, la contracepción tiene una serie de riesgos que deben ser evaluados en cada circunstancia concreta, pero la elección final debe ser siempre hecha por el adolescente, y para ello debemos discutir con ellos su patrón de actividad sexual (frecuencia, número de parejas, riesgos), coste (el diafragma y los ACO son más baratos que los condones), accesos a la Atención Primaria (en zonas rurales o alejadas pueden beneficiarse de métodos que no requieran frecuentes visitas de seguimiento), cooperación de la pareja, contraindicaciones médicas, edad del adolescente, educación (debe entender el uso correcto del método elegido y los principales efectos secundarios), etc. En resumen, debe ser un método elegido por el adolescente, al que se le proporcionan unas indicaciones orales y por escrito, que deben ser compatibles con su estilo de vida y sus posibilidades, y además debe sentirse libre para contactar con su médico en caso de duda.

El adolescente y adulto joven deben recibir información explícita en las aulas de los hechos que rodean a las ETS en general y al Sida en particular, con un material de apoyo inteligible que le haga creer que cambiando su conducta puede evitar ser infectado por el VIH. Es importante contradecir y desmentar la creencia que tienen éstos de que poseen un sentido de la invulnerabilidad e inmortalidad que les hace caer con frecuencia en actividades de riesgo.

Un aspecto importante del escaso uso del preservativo es la creencia, frecuente en los jóvenes, de que limita el placer o rompe la espontaneidad de algo que debería ser natural y no programado. De todas formas, las frecuentes campañas publicitarias institucionales dan lugar a que el porcentaje de su uso vaya en aumento.

Deben destacarse detalles específicos de cómo estas infecciones pueden transmitirse, incluyendo todos los tipos de coitos: vaginal, oral, anal, tanto entre personas de un mismo sexo como distinto.

Se le debe informar de que una vez contraída la infección por VIH, al no existir actualmente curación y ser progresiva, morirá.

Igualmente, los jóvenes deben ser aleccionados sobre la higiene perineal y la importancia de orinar después del coito, así como el aumentar la ingesta de líquidos. En éstas la disuria también puede ser el primer síntoma de una ETS.

Los educadores pueden comentar las formas saludables de tener unas románticas relaciones sin sexo durante la adolescencia, ofreciendo esto la libertad de no preocuparse por posibles embarazos y ETS, y de no comprometer con una relación sus futuras posibilidades de desarrollo.

2.4.3. Prevención de enfermedades de transmisión sexual

El arma terapéutica más efectiva en el tratamiento de los ETS lo constituye su prevención y control, ya que actualmente existen ETS que no tienen tratamiento o éste es poco eficaz (VHS, VIH, VPH). La **prevención** se basa en:

- Educar a los grupos de riesgo sobre las medidas disponibles para reducir la transmisión.
- Detección de personas asintomáticas y de personas que, con síntomas, muy probablemente no acudirían a centros de diagnósticos y tratamiento.
- Diagnóstico y tratamiento eficaz de las personas infectadas.
- Evaluación, tratamiento y asesoramiento de las parejas sexuales de pacientes con ETS.

Los enfermeros tenemos la oportunidad de proporcionar educación y asesoramiento a los pacientes y participar en la identificación y tratamiento de las parejas sexuales infectadas.

2.4.3.1. Grupos de riesgo

Las ETS son enfermedades sociales que pueden afectar a cualquier persona, motivo por el que es importante identificar grupos poblacionales que por sus hábitos sexuales son más susceptibles de adquirirlas. En estos grupos incluimos:

- **Adolescencia:** Determinadas ETS presentan una mayor incidencia a esta edad (Clamydias, VPH, máxima incidencia de gonorrea a los 15-19 años) y esto podría deberse a:
 - * Factores educacionales y psicosexuales.
 - * La adolescencia constituye actualmente la etapa del inicio de la actividad sexual (50% antes de los 16 años) y la edad con la que se inician constituye un marcador de riesgo, las mujeres que inician la actividad sexual antes de los 14 años, presentan 2 veces más de incidencia de ETS que las que comenzaron después de los 17 años.
 - * Es posible que con la edad se adquiere una cierta inmunidad y resistencia a algunos patógenos transmitidos sexualmente (anticuerpos presentes en los epitelios y secreciones genitales), lo que podría explicar la menor prevalencia de algunas infecciones a partir de los 25 años.

El estilo y contenido de los consejos sanitarios y educación sanitaria deberá adaptarse a los adolescentes. El asesoramiento debe ser directo y no contener elementos de crítica. Se deben identificar comportamientos de riesgo (conducta sexual y/o consumo de drogas). Todo adolescente debe poder acceder al diagnóstico y tratamiento confidencial de las ETS. El tratamiento médico puede iniciarse sin el consentimiento de sus padres. Además, es recomendable que los adolescentes puedan acceder al asesoramiento y pruebas diagnósticas de las infecciones por el VIH.

- **Prostitución:** La prevalencia de patógenos genitales es mucho mayor que la detectada en la población general y constituyen un grupo de riesgo muy importante para la hepatitis B, C y el VIH.
- **Toxicómanos:** La elevada prevalencia de infección por VHB, VHC y VIH en este grupo puede convertirse en fuente de contagio a partir de las relaciones sexuales. Los hábitos sexuales de la población adicta, el frecuente recurso de la prostitución como fuente de ingreso y el intercambio de jeringuillas, condicionan una alta incidencia de ETS.
- **Hábitos sexuales:** La promiscuidad, el número de coitos y el número de parejas sexuales son factores asociados a ETS. *Greenbay* considera factores de alto riesgo: primer coito antes de los 14 años, más de 6 compañeros sexuales en el último año, contactos con múltiples parejas sexuales o con personas sospechosas de padecer ETS.
- **Embarazadas y niños:** Las ETS transmitidas por vía transplacentarias o perinatal pueden tener efectos mortales o graves para el feto. Debe interrogarse a las mujeres embarazadas y a sus compañeros sexuales sobre dichas enfermedades e informarles sobre la posibilidad de infección neonatal.

2.4.3.2. Prevención

1. **Prevención primaria** (educación sexual): Se basa en el cambio de las conductas sexuales de riesgo mediante la educación sexual actuando fundamentalmente en adolescentes antes de que inicien la actividad sexual (14-16 años). Los objetivos de la educación sexual incluyen: evitar embarazos no deseados, reducir la incidencia de ETS y crear en el adolescente una sexualidad madura basada en la asociación de amor, responsabilidad y actividad sexual. Se debe impartir conjuntamente por el núcleo familiar y en los colegios por personal especializado. La consulta de Atención Primaria constituye un lugar de intervención eficaz especialmente en pacientes de alto riesgo.
2. **Prevención mediante la modificación del hábito sexual:**
 - La abstinencia es la única medida efectiva.
 - La monogamia estable es también segura si la pareja no está infectada.
 - Evitar múltiples parejas y/o contactos ocasionales.
 - Evitar la prostitución o sexo con personas promiscuas.
 - Evitar el sexo anal. El epitelio anal es más traumatizable que el epitelio vulvo-vaginal, lo que favorece el paso de gérmenes a la circulación sanguínea. Esta vía de contagio favorece las infecciones entéricas (hepatitis A, giardiasis, amebiasis, shigelosis).
 - Evitar contactos sexuales con pacientes presuntamente portadoras de ETS (úlceras o verrugas genitales, eritema o exudados mucosos).

3. **Prevención mediante la utilización de métodos barrera.** El preservativo es el método barrera más utilizado y eficaz para prevenir las ETS/SIDA. En la mujer evita el contacto con el semen, con las secreciones uretrales del varón y con las posibles infecciones peneanas o afecciones virásicas de la piel y en el varón evita el contacto con secreciones cervicales o vaginales infectadas. Este método es aún más importante si pensamos que hay infecciones (VHS, VPH) con largos períodos asintomáticos pero contagiosos. Así mismo es efectivo para prevenir el contagio por el VIH. Es obligatorio aconsejar su uso correcto, facilitarlos e informar fundamentalmente a los adolescentes.

El diafragma es una barrera que aísla al cérvix, menos aceptado que el preservativo pero con una eficacia similar, aunque produce un aumento discreto de las infecciones urinarias posiblemente por la compresión de la uretra.

Los espermicidas suponen una barrera química frente a diferentes patógenos, pero es poco seguro en algunas infecciones graves (VIH).

4. **Prevención mediante otros métodos:**

- *Vacunas:* Han demostrado poca utilidad en el control de las ETS y únicamente la vacuna de la Hepatitis B es efectiva. La vacuna contra el VPH está demostrando su eficacia. Están en fase de investigación vacunas frente al gonococo, VHS y VIH.
- *Antibiótico:* La administración profiláctica de antibióticos postcoitales ofrece alguna protección frente a algunos tipos de ETS. Sin embargo no se recomienda su uso sistemático, ya que hay infecciones que no se previenen, se pueden producir resistencias bacterianas y algunos cuadros clínicos pueden enmascarse.
- *Métodos postcoitales:* Las medidas locales (micción, lavados y duchas vaginales postcoitales) están lejos de ser eficaces e incluso pueden ser perjudiciales (la ducha vaginal supone un mayor riesgo de EIP). La micción postcoital no reduce la adquisición de gonorrea pero puede prevenir las infecciones del tracto urinario.

2.4.3.3. Mensajes de prevención

Una vez que se han identificado los riesgos, el profesional de la salud tiene la oportunidad de transmitir mensajes de prevención, de forma eficaz, con respeto, comprensión y actitud no crítica. Estos mensajes deben incluir que la forma más eficaz de prevenir la transmisión sexual de las infecciones causadas por el VIH y otras ETS es evitar tener relaciones sexuales con personas infectadas, y que, si elegimos una pareja sexual de la que desconocemos si está infectada o no, los varones deben utilizar preservativo.

En cuanto a los ADVP sería conveniente insistirles en que participen en un programa de desintoxicación y que no utilicen jeringuillas usadas (si la comparten deben limpiarla con lejía, lo que reduce la tasa de transmisión del VIH).

2.4.3.4. Notificación y tratamiento de las parejas sexuales

Romper la cadena de transmisión es fundamental para el control de las ETS, por lo que la exploración de la pareja sexual es básica. El diagnóstico y tratamiento de ETS tratables, con el asesoramiento posterior adecuado al paciente y sus parejas sexuales, pueden prevenir la transmisión y reinfección posterior. Si un paciente VIH positivo se niega a comunicarlo a sus parejas sexuales, mientras continúa manteniendo relaciones el profesional sanitario tiene la responsabilidad ética y legal de informar a las parejas, aunque siempre sería mejor que la comunicación partiera del propio paciente.

2.4.3.5. Declaración y confidencialidad

Son enfermedades de declaración obligatoria la infección por el VIH/SIDA, la sífilis, la gonorrea y las infecciones por clamydias. Su declaración ayuda a las autoridades sanitarias locales a identificar a las parejas sexuales que pueden estar infectadas. Esta información puede darla el médico o el laboratorio, y debe mantenerse en la más estricta confidencialidad, es decir, tanto al paciente como a sus contactos se les debe salvaguardar su intimidad.