

TEMA 6. ANOREXIA NERVIOSA Y BULIMIA. UN PROBLEMA DE SALUD EN CRECIMIENTO.

• INTRODUCCIÓN.

La anorexia y la bulimia nerviosa son las enfermedades crónicas más frecuentes en adolescentes y mujeres jóvenes. Constituyen un problema de salud pública por ser la 3ª causa de muerte en este sector. La presión social intensa y continua en los últimos treinta años induce a la delgadez y a que miles de chicas desarrollen conductas de riesgo como vomitar o ayunar llegando a la enfermedad en poco tiempo.

La anorexia nerviosa es una distorsión en los hábitos alimentarios que se manifiesta por un adelgazamiento progresivo, debido a un ayuno autoimpuesto, ante un miedo irracional a estar gordo y un deseo irrefrenable de delgadez. En un principio se eliminan los alimentos de mayor aporte calórico y después se reduce el repertorio hasta ingerir tan solo unos pocos alimentos precipitando la aparición de una malnutrición secundaria.

Bulimia procede del griego *Bolimus* que deriva en *Bous* (buey) y *limós* (hambre) = Hambre de buey. Es una alimentación compulsiva acompañada de un comportamiento destinado a promover la pérdida de peso (laxantes, vómitos, ejercicio físico intenso).

Múltiples figuras literarias han tratado la anorexia nerviosa durante años. Tolstoi (*Guerra y Paz*) se adelantó al modelo psicosocial de la enfermedad propuesto por Engels. La primera descripción en Medicina se atribuye a Richard Morton (1689) que la denominó “**consunción nerviosa**”; Lasegue (1873) la denominó “**inanición histérica**” que ya relacionaba la enfermedad con una causa. **Anorexia nerviosa** fue acuñado por Williams Gulf (1873).

La bulimia tiene una historia más breve y se debe a la conservación del peso corporal dentro de la normalidad y por el secreto en el que los pacientes mantienen sus conductas destinadas a perder peso. Así se confundían con la anorexia hasta la descripción de Boskind-Lodahl (1976) quien la denominó “**bulimarexia**”. El trabajo de Russell (1979) acuñó el término **Bulimia**.

Ambos trastornos están imbricados, unas veces se distinguen bien, otras parecen coexistir; así se diferencian dos tipos de anorexia: **restrictiva**, con dieta mínima y **bulímica**, con episodios de atracones y/o purgas. En otros casos, la bulimia se deriva de una anorexia y al revés. También aparecen incompletas o atípicas.

Bulimia y anorexia comparten rasgos epidemiológicos, psicopatológicos, conductuales y sociales, y una gran preocupación por la imagen corporal.

Puesto que la historia de la bulimia es corta y no existen suficientes estudios de seguimiento, nos vamos a centrar en la anorexia.

• EPIDEMIOLOGÍA.

La incidencia mundial es de 1/100.000; entre las hembras de raza blanca en los países occidentales alcanza el 1/100.

La incidencia real es difícil de establecer porque las formas leves o incompletas pueden pasar sin un correcto diagnóstico pero va en aumento, por un lado se diagnostica mejor y porque los cambios psicosociales y los patrones culturales que están teniendo lugar en los países occidentales desarrollados “favorecen” su aparición. En los países subdesarrollados es prácticamente desconocida.

La incidencia de la bulimia es de un 5-15/100 de mujeres jóvenes y también va en aumento. Según Morandé y Casas el 5/100 de las adolescentes presentan trastornos de la conducta alimentaria y actualmente representa la tercera enfermedad crónica más frecuente en mujeres adolescentes. (Ver tabla 9.1)

• SEXO

Se da generalmente en el sexo femenino pero se habla de un incremento en el porcentaje de varones. Este dato ratifica que no hay nada en la anatomía o fisiología femenina que haga a las mujeres blanco de esta patología. También refuerza la hipótesis de la fuerte **influencia** que ejerce la presión del **contexto sociocultural**. Según el estudio realizado en Madrid por Morandé y Casas el 43 por 100 de las chicas de 15 años se ven gordas y un 23 puntúan alto referente a la pérdida de peso.

Entre las razones que justifican la mayor incidencia del sexo femenino figuran la mayor **predisposición** de la mujer a **conductas de riesgo** y **mayor vulnerabilidad** ante el ayuno. Los modelos femeninos son más delgados y se da una contagiosidad entre mujeres.

• EDAD Y RAZA

La edad oscila entre los 10 y los 25 años, aunque excepcionalmente pueden aparecer en otras edades. Típicamente afecta a los adolescentes.

La edad de comienzo de la bulimia es en general un poco más tardía.

En cuanto a la raza, es típico en adolescentes occidentales o con costumbres occidentalizadas.

• ETIOLOGÍA

Su etiología no está clara, se trata de una enfermedad multicausal. A primeros de siglo, Simmonds (1914) lo atribuyó a una **causa orgánica**, un fallo hipofisario.

Los psicoanalistas lo achacaron a fantasmas inconscientes relativas a la fecundación oral. Se especuló con la idea de que la disminución de peso mitigaba el miedo al sexo.

En los años 60 se avanzó sobre el conocimiento referente a los trastornos preceptuales de los anóxicos, su dinámica familiar y sus alteraciones hipotálamicas.

No hay duda de que es una **interacción de distintos factores**, vulnerabilidad biológica y un equilibrio psíquico inestable, sobre el que inciden una dinámica familiar y un clima sociocultural determinado. La **cultura y los valores** de la sociedad actual son un contexto óptimo para poder pronosticar un **incremento del número** de casos.

El **modelo etiopatológico** aceptado actualmente es un **modelo biopsicosocial que integre la vulnerabilidad biológica con determinantes psicológicos y sociales**. Resulta un problema clásico complejo por todos los factores implicados. Sus manifestaciones clásicas son características y **resulta más fácil su diagnóstico que su definición**.

• FACTORES PREDISPONENTES

4.1. INDIVIDUALES

4.1.1. Biológicos

Algunos pacientes presentan alguna anomalía de las aminas neurotransmisoras. Es posible que pueda haber una mayor **vulnerabilidad hipotálamica** en la mujer por la complejidad de la regulación hormonal. Se especula con la posibilidad de un fallo hipotálamico primario, según investigaciones relacionadas con la amenorrea, que es uno de los síntomas que constituyen la tróada característica de la anorexia nerviosa: **anorexia, adelgazamiento, amenorrea**. No obstante, estas alteraciones se relacionan más con el grado de desnutrición que con la causa primaria de la anorexia. Sin la influencia del resto de factores individuales (ver cuadro) la enfermedad no aparecerá.

Existe algún estudio sobre la **influencia de factores genéticos** existiendo una mayor concordancia con gemelos monoigóticos. Estudios recientes en 11 pares de gemelos, 5 monoigóticos, no se encontraron concordancia con anorexia nerviosa.

De predominio marcado en el **sexo femenino**.

Son adolescentes con un ligero **exceso de peso**.

4.1.2. Psicológicos

En la adolescencia se va a definir la personalidad y se habla de una crisis personal.

Es una etapa caracterizada por los conflictos y las dudas sobre el sentido de la identidad personal y de la autonomía. Es la ruptura de la dependencia mantenida en el marco familiar. Esta fase suele percibirse de modo inconsciente como inconsciente como insuficientemente preparadas para asumir la edad adulta. Son personas inseguras que buscan la aprobación externa para afirmarse.

Bruch (1981) lo plantea como un problema de desarrollo de la identidad.

Hay sentimientos de baja autoestima o poco afecto, a veces, sintomatología de tipo depresivo, sensación de fracaso, etc. Sin embargo, son mujeres brillantes e hiperactivas, cumplidora, responsables y perfeccionistas. Con poca capacidad de contacto interpersonal. Ocultan sus sentimientos, se muestran introvertidas y con tendencia a aislarse. La ansiedad en el terreno de la relación social las empuja a automarginarse.

Las teorías psicoanalíticas (1950) lo explican como una defensa contra la naciente sexualidad, aunque las pacientes lo nieguen.

No hay una estructura específica de la personalidad que tipifique a la persona anoréxica y aunque el estado psiquiátrico puede ser variado, hay una tendencia a la obsesión.

4.1.3. Preceptuales

Trastornos de percepción relativos al cuerpo. Alteración del esquema corporal con sobrestimación de las medidas y negación de su extrema delgadez.

Distorsión de la percepción de sensaciones físicas como fatiga o hambre.

Sensación de ineficiencia se sienten controlados por el entorno.

4.2. FAMILIARES

Hasta el 75 incidía en familias de clase media o media-alta. Últimamente también aparecen casos en clases más deprimidas.

Familias con principios morales bien asentados y con espíritu rígido y conformista. Poco flexibles. Con un abajo nivel de comunicación interpersonal.

Familia intrusiva, limitante, sobreprotectora, que impide la autonomía personal.

La realización personal del adolescente es dirigida, y se da escasez de apoyo, educación y ánimo.

Excesivo interés por el alimento, peso, apariencia, imagen social, en detrimento de las necesidades afectivas y como un valor dominante.

A veces aparecen conflictos padre-hijo en el pasado.

No es raro que dentro de la familia se den otros casos de trastornos nutricionales o afectivos.

4.3. CULTURALES

Domina en nuestra cultura la pasión por el cuerpo. Se asocia la imagen delgada con belleza, felicidad y éxito social. Se juega con los conceptos de libertad, independencia, poder, etc, asociándolos a un tipo de cuerpo.

Una buena imagen física favorece la aceptación social, laboral, etc y se plantea el cuidado como una obligación. Se aprecia una mayor presión sobre la imagen de la mujer.

La enorme capacidad de difusión de estos valores y estilos (prensa, revistas, TV, publicidad...) es un rasgo del tiempo histórico que vivimos.

• **FACTORES PRECIPITANTES**

- **Pubertad.** Etapa de cambios f  sicos decisivos y confusos que aturden a los adolescentes. Los cambios hormonales alteran los estados emocionales, resultando difícil el control de las mismas.

La presión social llega a su punto álgido con los amigos y la pandilla. La necesidad de sentirse integrado en algún grupo le hace adoptar las características de éste.

En la crisis de identidad se cuestiona todas las situaciones y reorganiza de forma crítica su forma de apreciarse produciéndose un cambio en su autoestima.

- **Insatisfacción personal.** La pérdida de peso como meta principal, sustituye a las frustraciones que la aquejaba, por ello continua perdiendo; se convierte en la motivación central de sus actividades.
- **Desagrado del cuerpo e insatisfacción por el peso.** Con un ligero exceso de peso, se consideran “gordos” y por la opiniones tanto propias como ajenas, inician una dieta. Este es el momento de arranque de la anorexia. Aún habiendo alcanzado la meta, continúan perdiendo peso. Son reforzadores de esta conducta la aprobación familiar y de amigos que admiran la fuerza de voluntad y los propios mecanismos internos, le compensan de sus frustraciones.
- **Situaciones estresantes.** Puede ser una gran dedicación al ejercicio físico que resulte excesivo y exija una reducción de peso para competir. Madruga apunta que el riesgo de enfermar pasa del 11% en otoño al 13,45% , así como en bailarinas se eleva al 30% y al 77% en gimnastas de competición.

Otros factores pueden ser cambios drásticos en la situación familiar, principio o fin de una relación sentimental, mala experiencia sexual, ruptura con amigos, etc.

- **Dieta restrictiva.** Esta es la consecuencia de los desencadenantes mencionados. Primero se eliminan alimentos calóricos y después todo el repertorio hasta ingerir solo unos pocos. Los efectos sobre el organismo es la carencia de nutrientes fundamentales que, a su vez, cierran el círculo y cronifican el cuadro.

• **FACTORES PERPETUANTES.**

- ♦ Deterioro progresivo de la autoestima
- ♦ Aislamiento social. Se rompen amistades, se descuidan las aficiones y se deja de lado el pasado.
- ♦ Imagen corporal negativa: miedo fóbico a engordar
- ♦ Presión social que constituye un refuerzo para seguir bajando peso.
- ♦ Efectos fásicos: Vaciamiento gástrico relacionado con neurohormonas que responden a los temores fóbicos y desnutrición que cierra el círculo.
- ♦ La vivencia orgullosa del ayuno. Perder peso es la motivación principal y absorbe todas las energías mentales.
- ♦ El entorno familiar. Conductas de manipulación y control hacia la familia mediante sus conductas alimentarias. La reacción familiar, su incapacidad para organizarse ante la enfermedad y hacer frente al trastorno son factores clave en la gravedad y perpetuación de la sintomatología.

• **PERFIL DEL ANORÁXICO.**

Se trata de mujeres, adolescentes, de raza blanca y costumbres occidentales, con un ligero exceso de peso. Son brillantes, hiperactivas, responsables y perfeccionistas. Por su hiperactividad incrementan el ejercicio físico. Pertenecen a familias sobreprotectoras e intrusivas, de normas rígidas en las que reina un ambiente escaso de afectividad; bajo nivel de comunicación interpersonal que conduce a la adolescente a la dependencia excesiva, a la inseguridad y al aislamiento y automarginación, provocando una disminución de su autoestima. Tienen escasa o nula conciencia de su enfermedad.

La etapa puberal con sus cambios físicos, la necesidad de autoafirmación, identidad e independencia familiar constituye un momento crítico y difícil de enfrentar para un adolescente con baja autoestima, inseguro, confuso y se podrá interpretar la meta de **alcanzar la delgadez** como un mecanismo de **huida de la realidad personal** y de **compensación de frustraciones y miedos**. El problema es que su **objetivo la absorbe** de tal modo que pierde el control y perpetúa el círculo vicioso.

• **TRATAMIENTO**

- ♦ **Tratamiento médico.** Restaurar el estado de desnutrición, muchos de los trastornos emocionales y físicos están causados por la desnutrición. A veces precisan hospitalización por su propio estado, en otras ocasiones por que la situación familiar y/o social no brinde un soporte estable o porque sea escasa o nula la motivación personal para cambiar la conducta.
- ♦ **Psicoterapia.** Individual y familiar. Con los objetivos de estimular el autocontrol del paciente y elevar su autoestima. Ha de ser individualizada y continuada.

• **PRONÓSTICO**

Los estudios de pronóstico fallan por falta de criterios diagnósticos adecuados, de seguimiento o información deficiente. Algunos estudios destacan una mortalidad que oscila entre el 0 y el 22 %. En la recopilación efectuada por Delgado la tasa de mortalidad se cifra en un 10%. El 75% de los casos la instauración de tratamiento se sigue de una respuesta satisfactoria. El pronóstico a largo plazo es difícil

de cuantificar al no existir suficientes estudios longitudinales y criterios uniformes.

• FACTORES PRONÓSTICOS DESFAVORABLES.

- Inicio de la enfermedad en relación con acontecimientos traumáticos
- Inicio tardío de la enfermedad
- Inicio tardío del tratamiento
- Hospitalizaciones previas sin éxito
- Negación sistémica de la enfermedad
- Bulimia
- Contestación familiar patológica inmodificable
- Percepción muy distorsionada de la imagen corporal tras la recuperación ponderal
- Persistente inmadurez sexual tras la psicoterapia
- Escasa recuperación ponderal tras el tratamiento

9.2. PRONÓSTICO DE LA ANOREXIA NERVIOSA

La curación total está; entre el 30-40%, la misma proporción mantiene la sintomatología; pero con evidente mejoría; en el 10/20% se cronifica y un 5/10% fallecen como consecuencia de las complicaciones.

En cuanto a la bulimia existe una tendencia a la cronicidad y una recurrencia elevada. Se habla de remisiones en un 69% de los casos pero con una posibilidad de recaída del 69%, lo que exige la necesidad de un tratamiento preventivo durante largos períodos de tiempo.

• POSIBLES ACTUACIONES EDUCATIVAS

La etiopatogenia o los factores que determinan su aparición es el resultado de la interacción de una persona vulnerable orgánica psicológicamente educada en un medio familiar de un talante educativo específico, con un medio sociocultural caracterizado por una sobrevaloración de la imagen física sobre todo en las mujeres.

Desde la EpS y teniendo presentes los factores abordables desde la educación, así como la tendencia a la cronicidad, podremos dirigir nuestras actuaciones en tres frentes:

- Prevención Primaria. Actuaciones enfocadas a disminuir los factores de riesgo y evitar la aparición de nuevos casos en los siguientes ámbitos:
 - ♦ La población adolescente e infantil: favoreciendo su autoestima y su autoimagen, su autonomía personal y su juicio crítico.
 - ♦ El marco familiar, padres y madres: para que adopten un modelo educativo más flexible, con mayor diálogo, afectividad, valores éticos, etc.
 - ♦ Modelo cultural: mayor control en los medios audiovisuales que con facilidad difunden el culto a la imagen. Este tipo de actuaciones excede el marco educativo, por ello nuestra línea irá dirigida a trabajar profundamente el **juicio crítico**.
 - ♦ Prevención Secundaria. Diagnóstico precoz de los problemas de salud. Se incluirán en las intervenciones personas en situación vulnerable, que se acercan al perfil anoréxico y/o presentan restricciones en la dieta en etapa inicial.
 - ♦ Prevención Terciaria. El objetivo es la disminución de las recaídas, complicaciones y secuelas de la enfermedad. El tratamiento inicial se llevará a cabo con psicoterapia, pero entrará en el marco de la EpS el trabajo directo y multiprofesional con pacientes en vías de recuperación ya tratadas y a sus familias. Puesto que aunque existe mejoría algunos pacientes mantienen ideas, actitudes y comportamientos anoréxicos, es obvia la

importancia de la continuidad en el tiempo del apoyo y seguimiento.

♦ **CLAVES EDUCATIVAS DEL TRABAJO CON ANORÁXICOS**

El anoráxico centra todas sus energías en perder peso y esto constituye una válvula de escape a sus insatisfacciones e inseguridades, por ello es importante abordar el problema desde el aspecto de que el objetivo de la vida no es tener un cuerpo perfecto, ni delgado. ¿Cómo conseguirlo? Actuando sobre su:

- ♦ Autoestima. Es concepto que tenemos de nuestra valía y se sustenta en todos los pensamientos, sentimientos, sensaciones y experiencias que sobre nosotros mismos hemos ido recogiendo durante nuestra vida. El resultado es un sentimiento de valía o incapacidad.

Los objetivos de la intervención serán: **aprender a valorar las capacidades personales y facilitar la confianza en las cualidades**, mejorando aquellas aptitudes o características que ellos consideren no satisfactorias, proponiéndoles objetivos posibles de alcanzar en un plazo breve. Los objetivos deben plantearse referidos a situaciones concretas. Para el aumento de la autoestima, es necesario un refuerzo positivo constante y adoptar ante los errores una actitud de corrección y mejora.

- ♦ Autoimagen. Se va elaborando a lo largo de la vida por las situaciones vividas antes, cómo se han percibido esas situaciones, los pensamientos que las han acompañado, los estados emocionales que han generado, y los comportamientos que se derivan de todo ello. Intervienen no sólo **lo que uno opina de sí mismo**, sino también **la opinión que cree que los demás tienen de él** y la que **realmente le expresan**.

Se han de distinguir tres aspectos: **la imagen corporal, la imagen de la personalidad y la imagen de las aptitudes**.

La imagen de la personalidad se refiere a los rasgos que definen la forma de comportarse y reaccionar en relación con los demás.

La imagen de las aptitudes concierne a cuestiones que explican las capacidades personales.

Si existe una buena autoimagen la autoestima será satisfactoria.

La imagen corporal hace alusión a características físicas o aspecto genético. Es la representación mental del cuerpo. Puede ser como unidad o de cada una de las partes. Esta imagen es una parte importante de la autoestima y trascendental en determinadas edades y en la etapa de la adolescencia sobre todo en mujeres.

Es fruto de la combinación de los datos objetivos que podemos describir; de la percepción, positiva o negativa, que tenemos del mismo; de los pensamientos que genera nuestra percepción; y de las emociones que todo ello provoca, lo que da lugar a determinados comportamientos.

La interrelación de estos factores son variables a tener en cuenta en una intervención.

Muchos de estos enfermos, son dependientes de la opinión de los demás, especialmente sobre lo que piensan de su cuerpo. Es una idea errónea, puesto que los demás valoran sobre todo cómo es su comportamiento en general y su relación con ellos.

Un ejercicio práctico es que varias personas hagan una lista de las cualidades de un sujeto,

en general se observa cómo resaltan otros aspectos como la simpatía, generosidad, etc. Luego se plantea a la inversa, el sujeto juzga a las otras personas y debe reconocer que no le ha importado el aspecto físico.

- ♦ **Comunicación interpersonal.** Al ser personas introvertidas con incapacidad para expresar sentimientos, es imprescindible utilizar estrategias que faciliten progresivamente la comunicación y permitan una apertura a la liberación de sentimientos personales, que experimenten la sensación de ser escuchados activamente, comprendidos y aceptados. Es útil proponer actividades proyectivas como el dibujo y exponer qué se ha querido expresar. Esto ayuda a exteriorizar.
- ♦ **Integración social.** El reto es adquirir habilidades sociales. La timidez y la introversión son rasgos del temperamento, es decir, características innatas pero que pueden ser modeladas. Con el tiempo aprenden a ser menos tímidos. Hay que procurar modificar algunas características.
- ♦ **Juicio crítico** especialmente ante los modelos culturales y el mensaje continuo que los medios de comunicación nos envían. Se promocionan modelos esbeltos que transmiten mensajes de que el producto consumido adelgaza y además lo relacionan con éxito y poder. Lo que hace único al ser humano es su capacidad para pensar, para razonar. Hay que plantear debates sobre distintos aspectos de nuestra cultura que permitan poner de manifiesto la presión social que condiciona nuestros comportamientos y nuestra forma de concebirnos en relación con los modelos sociales.
- ♦ **Disfrutar de la vida.** La música tiene el valor de ayudar a expresar vivencias y emociones. La clásica favorece la cohesión del grupo y la romántica estimula asociaciones personales y crea cierta tensión. Los deportes hay que plantearlos con mesura porque se tiende a exagerar esta actividad, por eso, al principio no es recomendable.
- ♦ **A NIVEL FAMILIAR**
- ♦ **Sobrepotección.** Es difícil de evitar y está creando una generación indolente a la que no le ha costado esfuerzo personal conseguir resolver sus necesidades e incapaz de superar obstáculos.
- ♦ **Comunicación.** Conocer bien a cada hijo es fruto de un diálogo abierto, un interés por amistades, entorno y una escucha activa a lo largo de la vida.
- ♦ **Afectividad.** Lograr que las personas que integran la familia se encuentren felices, cómodas, queridas, respetadas y apoyadas en la convivencia cotidiana. El marco familiar es el referente donde se busca apoyo, afecto y refugio, es su lugar seguro. Aunque en la adolescencia este marco queda aplazado por el de los iguales, es siempre a donde pueden recurrir.
- ♦ **Control de la TV en etapas infantiles.**
- ♦ **CLAVES EDUCATIVAS. ANOREXIA NERVIOSA**

INDIVIDUALES

- Autoestima
- Autoimagen
- Comunicación interpersonal
- Asertividad
- Autonomía personal
- Integración social
- Juicio crítico
- El rol femenino
- El perfeccionismo

FAMILIARES

- Sobreprotección
- Comunicación
- Afectividad
- Valores
- Control de medios de comunicación

◆ ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN

Es de gran utilidad aprovechar el valor terapéutico y de aprendizaje que tiene el trabajo grupal, pues supone compartir preocupaciones, situaciones, experiencias, crea marcos de referencia y sentido de pertenencia, grupos que podrán constituirse en auténticos grupos de autoayuda.

Es una estrategia válida para los tres niveles de prevención pero tienen gran valor en la prevención terciaria de cara a la rehabilitación y reinserción social.

Rosina Crispo plantea un trabajo con 6 a 12 participantes de 5 a 8 semanas de duración (una hora y media a la semana) aunque se puede prolongar en el tiempo. Se realiza al comenzar un contrato verbal que implica no faltar a ningún encuentro y guardar reserva sobre lo que se comparta en el grupo.

Una de las dificultades es la baja motivación de estas personas para intentar solucionar su problema. Es útil intentar sensibilizar a partir de dar una información acerca de su problema y de cómo éste influye en su estado anímico, hacerle entender que los efectos se desencadenan más allá de la voluntad del que lo padece. También hacerle entender que uno sabe los sufrimientos y los miedos por los que está pasando y hablarle de cómo se va a sentir cuando supere los inconvenientes. Es fundamental para que nos vea como aliados.

Ya sea con objeto de prevención secundaria o terciaria, es generalizable el primer escalón de la prevención primaria, pues son aspectos a trabajar con cualquier individuo, pues partimos del concepto de EpS como un **proceso facilitador de la maduración y desarrollo personal** que conduce a la configuración de un talante personal independiente, autónomo, seguro, crítico con el entorno, solidario, tolerante y miembro activo de una sociedad.

Los trastornos del comportamiento alimentario es un problema de salud pública con un pronóstico de incrementarse en el tiempo si persisten los patrones culturales, lo que exige un **esfuerzo preventivo** importante.

Aunque la planificación de estrategias corresponde a la política sanitaria, es imprescindible una adecuada **coordinación interinstitucional e interprofesional por su base educativa** y por tanto su vulnerabilidad desde la EpS.

Educación para la Salud

Tema 6. Anorexia nerviosa y bulimia. Un problema de salud en crecimiento.