DIARIO DE SESIONES

DEL

PARLAMENTO DE NAVARRA

IV Legislatura | Pamplona, 13 de abril de 1999 | NÚM. 26

COMISIÓN DE SANIDAD

PRESIDENCIA DEL ILMO. SR. D. FÉLIX ARMAÑANZAS ECHARRI

SESIÓN CELEBRADA EL DÍA 13 DE ABRIL DE 1999

ORDEN DEL DÍA

—— Comparecencia, a instancia de la Junta de Portavoces, del Consejero de Salud, para informar sobre la atención a personas con trastornos alimentarios.

SUMARIO

Comienza la sesión a las 16 horas y 36 minutos.

Comparecencia, a instancia de la Junta de Portavoces, del Consejero de Salud, para informar sobre la atención a personas con trastornos alimentarios.

Abre la sesión el Vicepresidente de la Comisión, señor Armañanzas Echarri, y cede la palabra a la señora Arboniés Bermejo (G.P. «Izquierda Unida-Ezker Batua de Navarra»), a quien contesta el Consejero de Salud, señor Cervera Soto (Pág. 2).

Se suspende la sesión a las 17 horas y 23 minutos.

Se reanuda la sesión a las 17 horas y 32 minutos.

En el turno de intervenciones toma la palabra la señora Arboniés Bermejo, a quien responde el Consejero (Pág. 11).

Se levanta la sesión a las 17 horas y 44 minutos.

(COMIENZA LA SESION A LAS 16 HORAS Y 36 MINUTOS.)

Comparecencia, a instancia de la Junta de Portavoces, del Consejero de Salud, para informar sobre la atención a personas con trastornos alimentarios.

SR. VICEPRESIDENTE (Sr. Armañanzas Echarri): *Buenas tardes, señorías. Damos comienzo a la Comisión de Sanidad, con un único punto en el orden del día: comparecencia, a instancia de la Junta de Portavoces, del Consejero de Salud, a quien damos la bienvenida, para informar sobre la atención a personas con trastornos alimentarios. Para dar introducción al tema tiene la palabra la representante de Izquierda Unida, señora Arboniés. Cuando usted desee.*

SRA. ARBONIÉS BERMEJO: *Gracias, señor Presidente. Buenas tardes, señor Consejero, señorías. Izquierda Unida-Ezker Batua ha solicitado la comparecencia del Consejero de Salud para informar sobre la atención dispensada en Navarra a las personas afectadas por anorexia y bulimia, dos trastornos alimentarios graves de origen psíquico, emergentes, complejos y multicausales, que han irrumpido con fuerza en las sociedades más desarrolladas y afecta mayoritariamente a adolescentes y jóvenes.*

El denominador común de estos dos trastornos es el desarrollo de conductas alimentarias anómalas para no engordar. Cambia el método empleado para alcanzar el objetivo común de la delgadez: la anorexia nerviosa se caracteriza por la pérdida de peso inducida por la propia persona, que deja de alimentarse deliberadamente desde la obsesión de no engordar, con una distorsión de su propia imagen, además de otros síntomas visibles y detectables; la bulimia es más fácil de ocultar al principio, ya que no produce alteraciones de peso tan marcadas, porque las personas que desarrollan este trastorno alternan la ingestión de comida de forma compulsiva con la provocación de vómitos posteriores, consumo de laxantes y otros fármacos.

Como se ha dicho anteriormente, estamos ante un problema multicausal, se habla de los efectos de la cultura social, de la delgadez, de la presión ejercida sobre las mujeres con la promoción de una determinada imagen estética que exige mujeres físicamente perfectas, la disminución de las tallas de ropa femenina, el empleo de modelos adolescentes, pero existen también otros factores de índole personal, como la vulnerabilidad emocional, la edad, la aceptación del entorno, y otros que, sin duda, al confluir han generado un problema sanitario y social muy importante, para cuya solución es necesario articular diferentes actuaciones.

Los datos y las cifras dicen por sí mismas la gravedad de la situación: el índice de mortalidad es del 6 por ciento en la anorexia y el 3 por ciento en la bulimia. Hablamos de una población juvenil entre los doce y veinticinco años, aunque la media de edad está descendiendo y ya se habla de edades entre ocho y nueve años. Hablamos de un perfil femenino en un 95 por ciento de los casos. Según la Fundación Española de Nutrición, existen en nuestro país aproximadamente 500.000 personas afectadas por este tipo de trastornos. En Navarra, sólo la unidad de dietética del Hospital de Navarra atendió 45 casos en el 94, 51 en el 95, 53 en el 96, 49 en el 97 y 66 en el 98, todos ellos considerados graves.

Todos sabemos que la anorexia y la bulimia son enfermedades psíquicas, como hemos dicho anteriormente, que tienen una repercusión sobre el organismo muy importante que debe ser tratada sobre todo y en un primer paso desde los aspectos nutricionales. Los trastornos alimentarios exigen la asistencia multidisciplinar tanto de psiquiatras y

nutricionistas como también de pediatras, que pueden desempeñar un papel importante. Pero también es necesaria la intervención de otros profesionales, como psicólogos y ginecólogos, ya que las secuelas psíquicas y físicas son muy importantes a largo plazo.

En estos momentos este tipo de trastornos exige tratamientos entre cuatro y cinco años, con un índice de curación en torno al 50 o 60 por ciento, y un 30 por ciento de personas que no se recuperan y arrastran importantes secuelas físicas y psíquicas. En el ámbito estatal se habla de un crecimiento anual que se duplica y que ha pillado al sistema sanitario por sorpresa. En estos momentos el Ministerio de Sanidad y otros organismos están trabajando de forma conjunta para desarrollar un plan multiprofesional integral dirigido a las personas afectadas que intervengan en el entorno familiar, para activar precisamente este soporte de tratamiento, además del entorno social. Se busca una respuesta global a la llamada epidemia que provoca un contagio social de conductas alimentarias anómalas, que está exigiendo en algunos casos también la intervención judicial.

En Navarra se han tratado en los centros de salud mental 263 casos en el 96, 293 en el 97 y 276 en el 98, y, según el Instituto Navarro de la Mujer, se habla de 300 adolescentes y de un aumento entre esta población del 70 por ciento.

Por todo ello, y desde el conocimiento de esta realidad, que puede en casos extremos llegar a provocar la muerte, que crece de forma alarmante entre la población adolescente y que tiene una repercusión muy negativa en el entorno familiar y social que ha llevado también a la movilización de familias de afectados en varias comunidades, reclamando medidas de prevención, detección y asistencia, es por lo que hemos considerado la necesidad de que el Consejero acudiera a esta Cámara para informar a la Comisión de Sanidad de todos los aspectos que estime oportunos sobre la materia objeto de esta comparecencia.

Nos parece, además, importante conocer qué medidas concretas se están llevando a cabo en estos momentos en prevención, detección y tratamiento de las personas afectadas, especialmente de los adolescentes; si existe una coordinación o un sistema de información y puesta en marcha de medidas basadas en estudios y experiencias, tanto en relación con lo que se está desarrollando en nuestro país como en relación con estudios y tratamientos adoptados en otros países y que pueden ser de utilidad para nuestra Comunidad; si Navarra participa de los fondos distribuidos por el Ministerio de Sanidad para consolidar sistemas de información de enfermedades emergentes, qué recursos soporta en Navarra este sistema de información.

Interesa también saber si se va a desarrollar un plan integral específico para abordar la bulimia y la anorexia, qué programas, actuaciones u otras medidas se van a adoptar para mejorar la respuesta que, de momento, no está siendo satisfactoria. También nos interesaría saber si se va a habilitar alguna unidad especial para el tratamiento de los trastornos alimentarios y el desarrollo de programas multiprofesionales, enfocados al abordaje de estas enfermedades emergentes. Nada más. Muchas gracias.

SR. VICEPRESIDENTE (Sr. Armañanzas Echarri): *Gracias, señora Arboniés. Señor Consejero, desde su ubicación temporal, cuando lo desee, tiene la palabra.*

SR. CONSEJERO DE SALUD (Sr. Cervera Soto): *Muchas gracias, señor Presidente. Efectivamente, las circunstancias de utilización de las salas de este Parlamento han hecho que ésta, que es la última sesión de esta Comisión de Sanidad del Parlamento de Navarra, tenga que ofrecer este curioso aspecto del Consejero situado en los bancos habitualmente asignados a la oposición. En cualquier caso, como yo creo, y al final seguramente tendremos ocasión de reconocer el trabajo de esta Comisión, que es un trabajo que en su caso incluso ha podido llegar a establecer algunos vínculos de tipo personal entre todos nosotros, pues tampoco es, ni mucho menos, una disposición inadecuada en este momento.*

Pero, efectivamente, quisiera, para dar cuenta del motivo que solicita esta comparecencia, no solamente traer una comparecencia al uso, es decir, con un relato más o menos sumario de las cuestiones que están contempladas en la petición, sino fundamentalmente tratar de encontrar en esta comparecencia y en esta Comisión, en este foro, pues un ámbito general de reflexión, donde, evidentemente, la información que se pueda trasladar a través de la pantalla pueda ser relevante.

Atendiendo, efectivamente, a lo que ha comentado la señora Arboniés, como portavoz del grupo que ha solicitado esta comparecencia, haré una mención, dentro de lo que les quiero relatar esta tarde, de los recursos de tipo asistencial a las personas con trastornos alimentarios, pero me ha parecido adecuado y conveniente circunscribir este elemento concreto de lo que se solicita a otros elementos más generales en torno a los trastornos de la alimentación. Así, esta comparecencia vendrá estructurada, en primer lugar, por una introducción y cierta conceptuación clínica de los trastornos de la alimentación, que me parece muy importante hacer en estos momentos.

Posteriormente, daré cuenta, de forma más concreta y específica, de los recursos asistenciales con los que cuenta la Comunidad Foral en la materia, y

también de cuál es en estos momentos la tendencia que se detecta de asistencia a este tipo de trastornos, para posteriormente darles, diría que incluso en primicia, un estudio que se ha elaborado, del que ha tenido conocimiento el Departamento de Salud, que, por cierto, va a constituir una tesis doctoral que próximamente se va a defender en la Universidad de Navarra, sobre los rasgos epidemiológicos de los adolescentes navarros, a través de una encuesta que se ha realizado de acuerdo con un método científico exhaustivo en los centros escolares de la Comunidad Foral. Creo que ésta es una encuesta interesante y que puede constituir también una información valiosa para todos ustedes.

Posteriormente, les diré cuáles son en estos momentos las principales líneas de trabajo del Departamento de Salud en el campo de la prevención. Y, finalmente, haremos una reflexión de tipo social, puesto que éste es también un asunto que, como bien saben todos ustedes, y la señora Arboniés lo decía hace unos minutos, no solamente tiene una trascendencia de tipo clínico, sino que, evidentemente, está teniendo ya una consideración social de la que todos debemos saber dar cuenta.

Quería, por tanto, iniciar esta comparecencia hablando de esos conceptos clínicos, de la introducción a lo que son los trastornos de la alimentación, porque me parece que es muy necesario en este momento saber definir exactamente qué entendemos por anorexia, qué entendemos por bulimia, cuál es, por tanto, el problema que ahora mismo nos ocupa.

Cualquier clínico, del tipo que sea, ve que no es infrecuente en la práctica clínica diaria encontrarse con un elevado número de pacientes que refieren presentar cambios en sus hábitos alimentarios. Algunos pacientes, ante situaciones estresantes o de ansiedad, no cesan de picar comida, otros ingieren alimentos en exceso y a deshora, y otros incluso dejan de comer como consecuencia de un determinado patrón patológico no específico de lo que es un trastorno de la alimentación.

En general, los pacientes que muestran este tipo de circunstancias no están en absoluto preocupados por la repercusión que estos comportamientos puedan tener en su propia imagen corporal. Sin embargo, estas conductas pueden llegar a convertirse en patológicas, concretándose en atracones seguidos de vómitos, para evitar la ganancia de peso, o también en graves restricciones dietéticas con adelgazamiento progresivo que se inician a raíz de una preocupación excesiva por el peso y la imagen corporal.

En nuestra sociedad realmente hay que reconocer que se está prestando cada vez más atención a la alimentación y la dieta. Se habla de la importancia de seguir una dieta sana, entendiendo como tal una dieta baja en calorías, pobre en grasas y en azúcares y sin condimentos. Por otra parte, también en el ámbito social más general se sobrevalora la figura y la delgadez. Estar delgado y tener una figura estilizada se consideran en nuestro medio valores personales muy positivos. De ahí que con este fin muchos adolescentes, principalmente mujeres, luego veremos exactamente cuál es la incidencia en el sexo masculino y en el sexo femenino, sigan en algunas ocasiones una dieta que puede llevarles en no pocos casos al desarrollo de conductas alimentarias patológicas.

Por otra parte, y esto también hay que reconocerlo como introducción, el ser humano, como sabemos, se alimenta en primer lugar por necesidad biológica, pero no sólo lo hace por necesidad biológica. Es evidente que el organismo requiere una determinada cantidad de nutrientes para desarrollar sus actividades, pero también es por todos conocido que el acto de comer tiene otras muchas implicaciones de tipo social y de tipo cultural. La familia o un grupo de amigos se reúnen en torno a una mesa no sólo para alimentarse, sino también para fortalecer lazos de amistad o favorecer la comunicación. Los colegas o los compañeros de trabajo habitualmente convocan comidas, las fiestas se suelen celebrar en nuestro entorno específicamente a cargo de un buen banquete, etcétera. No cabe duda, por tanto, que comer supone también un fenómeno de comunicación social y que las actitudes patológicas en torno a la comida repercuten, por tanto, en estos aspectos relacionales de la conducta de las personas.

Se calcula que aproximadamente el 10 por ciento de la población femenina de menos de 30 años presenta algún problema alimentario a título genérico. Aunque la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa son las entidades diagnósticas más importantes y mejor delimitadas, la clasificación de las enfermedades mentales actualmente vigente incluye dentro de los trastornos del comportamiento alimentario otras alteraciones más leves o menos específicas pero que son, a su vez, cada vez más frecuentes.

Otros trastornos de la alimentación, como los que hacen referencia a problemas de manducación –el mericismo o la rumiación– o a la cualidad de lo ingerido, como es el caso de la pica, son mucho menos frecuentes y aparecen fundamentalmente en la infancia.

Por anorexia nerviosa se definen una serie de conceptos que tienen un origen histórico en la medicina bastante claro. La primera descripción médica de este trastorno se debe a Richard Morton, quien estudió varios casos de una patología que él denominó "consunción nerviosa". Asimismo, en 1873 el internista inglés William Gull, por una parte, y el neurólogo francés Ernest Laségue,

por otra, publicaron sendos artículos sobre una enfermedad que el primero denominó "anorexia nerviosa" y el segundo "anorexia histérica". Sin existir entre ellos en su momento ninguna relación de tipo personal, ambos autores describieron una serie de observaciones sobre el cuadro clínico de la enfermedad con tal precisión que todavía hoy permanecen vigentes. Ambos, en su caso, consideraban que se trataba de una enfermedad psicógena.

Esta enfermedad consiste, y me parece útil contar esto, puesto que creo que hay que distinguir lo que es la enfermedad anorexia nerviosa de lo que es el síndrome anorético, que en alguna ocasión puede aparecer de forma aislada, como digo, este trastorno consiste en una caracterización de la considerable pérdida de peso originada por el propio enfermo, quien rehúsa mantener un peso corporal normal para su talla y edad a través de la restricción voluntaria de la ingesta por un temor fóbico a engordar. Por otra parte, el paciente para conseguir esa disminución ponderal puede también realizar ejercicio físico excesivo –es la hiperactividad clásica en estos cuadros–, usar o abusar de laxantes, diuréticos o anorexígenos, incluso provocarse el vómito.

Existe, además, y esto es algo fundamental, una distorsión de la imagen corporal con dismorfofobia y un miedo morboso a engordar. Para la mayoría de los autores este trastorno de la vivencia corporal es el factor nuclear de la anorexia nerviosa, y esto es precisamente lo que caracteriza a la anorexia nerviosa frente a síndromes de anorexias temporales o la anorexia como tal síntoma. Por tanto, hemos de sospechar un cuadro de anorexia nerviosa ante una mujer, habitualmente joven, con amenorrea y bajo peso corporal, preocupada excesivamente por la alimentación y o con sobreingesta de laxantes.

Por otra parte, la bulimia nerviosa también tiene un referente histórico bastante definido. A lo largo de la historia el significado de la palabra bulimia ha seguido trayectorias diversas. Brenda Parry-Jones, en su trabajo de revisión sobre la terminología histórica de los trastornos de la alimentación, refiere cómo el término remonta de la antigua Grecia, derivado del griego bous, *que significa buey, y* limos, *que significa hambre. A lo largo del periodo medieval y moderno se ha servido de este término para designar episodios de "voracidad insaciable", "voracidad mórbida" o incluso "apetito canino", con o sin vómitos y acompañado de otros síntomas y a veces con el deseo de ingerir sustancias dañinas, incluso no alimentos.*

Rusell, en el año 1979, definió tres características fundamentales: los pacientes sufren impulsos imperiosos e irresistibles de comer en exceso, buscan evitar el aumento de peso con vómitos o abuso de laxantes y presentan un miedo morboso a engordar. En 1983 Rusell añadió otro criterio diagnóstico, decía que se exige además la presencia de un episodio anterior, manifiesto o críptico, de anorexia nerviosa. Se plantea entonces una nueva cuestión, que sigue siendo muy debatida en la actualidad, la posible relación entre los distintos trastornos de la alimentación. No es raro, por tanto, que un paciente con anorexia nerviosa evolucione en un futuro a una bulimia nerviosa, y, de hecho, incluso hay autores que hablan de una fase continua entre ambas entidades.

Sobre aspectos epidemiológicos, quisiera indicarles que existen pocos estudios todavía hoy acerca de los trastornos de la conducta alimentaria y los resultados de los mismos son dispares. Esto se debe, entre otros motivos, a la diversidad de criterios diagnósticos seguidos, por tanto, a que no tienen una completa comparación y al amplio espectro de lo que consideramos como trastornos de la conducta alimentaria.

Se considera, en cualquier caso, que la prevalencia entre mujeres adolescentes de países occidentales es del 1 por ciento para la anorexia nerviosa y entre el 2 y el 4 por ciento para la bulimia nerviosa. La cifra es mucho menor en el caso de los varones, un 0'2 por ciento, por tanto, podemos decir que prácticamente un 90 por ciento de los casos son en mujeres, por cada nueve mujeres que padecen anorexia nerviosa o bulimia nerviosa sólo hay un hombre que la presenta, aunque, dicho sea de paso, habitualmente en los hombres esta entidad tiene un pronóstico muchísimo peor.

Así pues, es el sexo femenino el más afectado. El inicio del trastorno suele ocurrir en la adolescencia temprana, en el caso de la anorexia nerviosa, y es un poco más tardío para la bulimia nerviosa, al final de la adolescencia o al inicio de la edad adulta temprana. Se considera que un 50 por ciento de pacientes con bulimia nerviosa tienen también antecedentes de anorexia nerviosa, y en relación con la raza, se sabe que los trastornos de la conducta alimentaria son más frecuentes en blancos, así como en los países occidentales.

Habría, también, mucho que decir sobre lo que es estrictamente la etiopatogenia de la enfermedad, de cuáles son los agentes o los principales elementos que podemos identificar como causas remotas de este grupo de enfermedades, pero, en cualquier caso, quiero decirles que para comprender mejor la etiopatogenia de los trastornos de la conducta alimentaria es necesario tener en cuenta aspectos, por una parte biológicos, como alteraciones endocrinas perfectamente definidas y perfectamente establecidas, trastornos también de tipo de personalidad, trastornos de orden psicológico, también algunos rasgos que existen en el ámbito familiar, y otros rasgos que existen también en el ámbito social, que

pueden todos ellos, en conjunto, incidir en el desarrollo y mantenimiento de estas patologías.

Por cierto, luego, cuando veamos cuáles son las actitudes de tipo social de enfrentamiento a este tipo de enfermedades, realmente haré de nuevo mención de que no podemos hablar de una única causa o de un único elemento desencadenante de estas enfermedades, y eso nos hará también reflexionar sobre cuál es el alcance de las actividades o de las actuaciones de tipo social que nos pueden permitir abordar de forma coordinada este tipo de trastornos.

Quiero repetirles, por tanto, que hay aspectos biológicos, aspectos psicológicos, aspectos familiares y aspectos también sociales que pueden incidir en el desarrollo y mantenimiento de estas patologías.

Por último, quiero hacerles en esta introducción una mención de esos aspectos de tipo sociocultural, que posiblemente sean los más interesantes de cara a la opinión pública y al trabajo de este Parlamento, puesto que, como bien saben todos ustedes, en nuestra sociedad se está imponiendo cada vez con más fuerza la moda de la delgadez. Se le presenta a la mujer como un ideal estético difícil de alcanzar, antinatural, el término de la belleza se identifica con delgadez extrema, se ha generado un modelo de figura andrógina, con caderas, hombros y pecho según el propio modelo masculino, en la que apenas se marcan las diferencias entre el perímetro pectoral, el abdominal y el pélvico y que podríamos definir como modelo tubular.

En la prensa de hoy mismo nos podemos encontrar con este ejemplo, donde llama la atención precisamente este modelo presente, y no sólo llama la atención este modelo presente, sino que además se estructura, como ven, bajo un epígrafe que dice: moda, belleza y salud, como si fueran, efectivamente, términos perfectamente comparables.

El modelo de belleza, y esto no es más que un ejemplo recogido de la prensa de hoy pero que puede aparecer en cualquier otro momento, aparece continuamente en los medios de comunicación, que intentan imponer la idea de que el éxito, el triunfo, la valía humana vienen dados por un cuerpo delgado, estilizado y dinámico.

Se puede hablar, por tanto, de la existencia de presiones sociales para mantenerse delgado, esto es obvio, pero también se puede hablar de que la sociedad tiende a rechazar a los obesos. Incluso en el ámbito laboral juega un papel preponderante la figura, no sólo para aquellas actividades que requieran de por sí un cuerpo delgado, como bailarinas o gimnastas, sino también para el resto de profesiones.

Y también trayendo otro ejemplo de la prensa de nuestro entorno, nos podemos encontrar con que en una oferta de empleo de hace poco tiempo se dice que se necesitan azafatas de imagen para promoción de cerveza y se dice que tienen que tener una altura mínima de 1'70 y una talla de 38 o 40. Es decir, ya existe, como ven ustedes, la plasmación gráfica de que tenemos incluso en el ámbito laboral un papel preponderante de la figura no sólo para aquellas actividades que requieren de por sí un cuerpo delgado, como podría parecer obvio, sino también en el resto de profesiones. Como ven, para promocionar cerveza, por cierto, consumo que no es precisamente anorexígeno sino más bien todo lo contrario, precisamente se exige este tipo de cualificación de personas de 1'70 con estas características.

Quisiera continuar en el siguiente capítulo hablando de lo que es estrictamente la actividad asistencial del Servicio Navarro de Salud. Como saben ustedes, la atención sanitaria a la anorexia, la bulimia y otros trastornos alimentarios relacionados con preocupaciones patológicas acerca del peso y o una percepción distorsionada de la imagen corporal, se facilita en Navarra a través de diversos centros del Servicio Navarro de Salud que, en su mayoría, forman parte de la red de salud mental.

Aunque es cierto que los centros de salud de atención primaria ejercen tareas de detección del problema y consejo, tanto a los pacientes como a sus familias, el tratamiento propiamente dicho tiene carácter especializado y se facilita en los centros de la red de salud mental.

En los centros de salud mental se han atendido en el año 1998 un total de 345 personas por este tipo de trastornos, de los que 161 casos corresponden a anorexias, 115 a bulimias y 69 a trastornos alimentarios mixtos, no específicos o de otra naturaleza. De estas 345 personas, 101 son casos nuevos, es decir, tratamientos iniciados stricto sensu *en el año 98, y respecto a la distribución por sexos, 312 casos, es decir un 90'4 por ciento, son mujeres. Hay que decir que la proporción disminuye ligeramente de ese 90'4 por ciento a un 89'1 entre los casos nuevos. Podemos decir, por tanto, desde el punto de vista de la atención clínica, que el perfil es de un adolescente o mujer joven, aunque aumenta ligeramente cada vez más el porcentaje de hombres, y que el porcentaje de hombres es cada vez más importante en el capítulo de otros trastornos alimentarios, donde alcanzó el 17'4 por ciento en el año 98. Además, se detectan también casos entre preadolescentes y mujeres adultas.*

De hecho, la red informa que se están detectando casos de mujeres que han superado la treintena y que han permanecido hasta este momento silentes al diagnóstico durante años o que incluso han podido recibir tratamiento incompleto desde servicios de medicina interna, dietética o nutrición y que sólo recientemente acuden a la red de salud

mental, donde puede tratarse el problema básico que habitualmente es de tipo psicológico-comportamental.

Los ocho centros de salud mental de Navarra, como es obvio, están ofertando ya tratamiento, como lo han hecho desde hace años, a los trastornos alimentarios. Su naturaleza es multidisciplinar, con un peso importante de los procedimientos psicoterápicos, individuales y de grupo, y de intervención familiar.

Estos ocho centros de salud mental distribuidos en Navarra reciben en esta tarea el apoyo de otros centros más especializados, según las circunstancias.

Como saben ustedes, por un reciente decreto foral, y digo reciente hablando de aproximadamente un año, se creó el Hospital de Día Infanto-Juvenil Natividad Zubieta. Este centro, que está todavía sin terminar, falta alguna obra, no ha sido inaugurado pero se inaugurará próximamente en la parte de las obras que se han realizado, está situado en el antiguo centro de salud de la Chantrea y es un centro específico especializado, que, por cierto, responde a una de las inquietudes de las que proponía en la comparecencia la portavoz de Izquierda Unida, Isabel Arboniés, sobre el hecho de que haya un centro especializado en Navarra desarrollando los tratamientos que corresponden a los casos de aparición precoz o de peor pronóstico, con un tratamiento que se ocupa específicamente del ámbito infanto-juvenil.

Este centro está registrando ya casos de inicio precoz, que van incluso desde personas de hasta doce años –un único caso conocido en los últimos años– hasta personas de dieciséis o diecisiete años. En 1998, en la última parte del año, cuando este centro se puso a funcionar, se atendieron diecisiete casos con cuatro nuevos inicios de tratamiento, de los cuales cinco eran chicos y doce eran chicas.

Asimismo, los hospitales de día de salud mental ofertan un tratamiento intensivo, en régimen de hospitalización parcial, para aquellos casos que a juicio de los facultativos de los centros de salud mental así lo requieran. Atendieron a nueve pacientes el año pasado.

Finalmente, el recurso al sistema hospitalario, unidades de hospitalización psquiátrica fundamentalmente, se realiza cuando hay un impacto importante sobre el deterioro corporal, como disminución de peso, etcétera. En 1998 se atendieron veintidós pacientes en este régimen estricto de hospitalización.

Todos estos casos se incorporan, tras un periodo variable de tratamiento, que suele ser, evidentemente, más breve en las unidades de hospitalización y más dilatado en los hospitales de día, a los centros de salud mental, que es donde se les asegura un tratamiento básico y la continuidad de los cuidados.

Los servicios de dietética y nutrición del Hospital de Navarra y de Virgen del Camino colaboran, a demanda de los centros de salud mental, en los aspectos propios de su disciplina.

En resumen, quiero decirles que se trata de cifras en aumento en estos últimos años, aunque relativamente estables, también es cierto, en los dos últimos. Sirva como ejemplo decir que si entre 1987 y 1993 se atendieron un total de 201 casos de trastornos alimentarios, sólo en 1998 se atendieron los citados 345 casos. Es cierto que aquí hay una incidencia acumulada, hay, por tanto, una prevalencia bastante alta que se va acumulando, pero realmente las cifras de la asistencia son las que les he comentado.

No obstante, en 1997 se atendieron en los centros de salud mental 364 personas, de las cuales un 91'2 por ciento eran mujeres, y en el año 1996 fueron 327 las personas atendidas, de nuevo con un 91'4 por ciento de mujeres.

Esta estabilización es mayor en lo que se refiere a los casos nuevos, cuyas cifras han tenido escasa variación en los últimos años, salvo en lo que se refiere al apartado de otros trastornos alimentarios, que han visto un mayor aumento proporcional.

La estabilización del número de casos nuevos, el amplio abanico de edades y la aparición de casos subclínicos, que también se empiezan a detectar, como se comentará más adelante, son indicadores indirectos de que la prevalencia administrativa, es decir, el número de casos registrados y tratados que constan, por tanto, con historia clínica en nuestros centros, no está muy alejada de lo que es la prevalencia real, es decir, el número de casos realmente existentes en nuestra Comunidad. Creo que esto es uno de los principales y primeros éxitos del sistema sanitario, en el sentido de que es capaz de aflorar la casuística patológica existente y, por tanto, incorporarla a la red asistencial del sistema.

No obstante, el Servicio Navarro de Salud prevé un posible aumento de estas cifras en años venideros, no tanto por razones epidémicas, como también comentaba antes la portavoz que me ha precedido en el uso de la palabra, sino fundamentalmente por un aumento en la detección precoz debido a las campañas de sensibilización y a la concienciación social, de la que en este momento esta Comisión se hace eco. Pero tampoco se excluye por nuestra parte la existencia de falsos positivos, incluso de temores irracionales por parte de padres y madres en estos temas.

Cada vez son más frecuentes los casos mixtos, de difícil filiación, o subclínicos, es decir, que no cumplen todos los criterios clínicos exigidos para

el diagnóstico y que aparecen en los registros habitualmente encasillados en el capítulo de otros trastornos, con lo que esto supone, por una parte, de positivo, porque, evidentemente, estamos actuando en detección precoz y en buen pronóstico, pero, por otra parte, también tiene una parte indeseable, cual es el hecho de que existe una atención negativa, preocupaciones exageradas, excesivo control parental, incluso obstáculos en el proceso de individualización y de emancipación juvenil, con el consiguiente riesgo de aparición de otro tipo de trastornos psicológicos y comportamentales.

En previsión de este aumento que hace el Servicio Navarro de Salud de este tipo de asistencia merecida por estos casos, se ha decidido incluir los trastornos alimentarios en el programa de "Trastornos mentales severos" de los centros de salud mental de la red, no por su peso epidemiológico –comparemos estos 345 casos de trastornos alimentarios que les decía con el total de los 17.000 usuarios registrados en los centros de salud mental en el año 98–, sino por el carácter dramático de algunos casos y por la citada alarma social, que, desde luego, merece todos los respetos y toda la consideración desde el ámbito sanitario. Esta inclusión supone un esfuerzo en la priorización de estos casos, la atención individualizada y el diseño de programas específicos. Se ha previsto, asimismo, un seguimiento por parte del sistema de información de salud mental, que incluirá en sus memorias anuales a partir de este año datos de anorexias, bulimias y otros trastornos de la alimentación.

Para continuar, señoras y señores Parlamentarios, quisiera darles información de un estudio del que ha tenido conocimiento el Departamento de Salud; es un estudio epidemiológico titulado "Hábitos alimentarios y características de personalidad en la población juvenil navarra", y se ha realizado a través de una encuesta, sobre cuyas características ahora daré algún dato. Este estudio ha sido llevado a cabo por el departamento de psiquiatría y psicología médica de la Clínica Universitaria, junto con el resto de departamentos afectados, ha sido financiado y becado por la Fundación Echébano y ha tenido la colaboración desde hace dos años de los Departamentos de Salud y de Educación del Gobierno de Navarra, puesto que se ha basado en unas encuestas que se han desarrollado en todos los centros docentes de la red.

En cualquier caso, quiero decirles que éste es un trabajo hecho por la iniciativa privada pero del que hemos tenido información y que, desde luego, creemos que es algo importante para conocer cuáles son principalmente los rasgos epidemiológicos de los adolescentes navarros en estos momentos. Éste es un estudio que también está dando trabajo para la investigación, de hecho, el proximo sábado se va a defender una tesis doctoral sobre este tipo de circunstancias en la Comunidad Foral, que creo que es también digna del interés de todos nosotros.

Este estudio, como les digo, se ha llevado a cabo con una muestra desarrollada en 39 centros educativos de la red pública y privada de Navarra, que ha afectado al final a 4.962 adolescentes que han rellenado una serie de cuestionarios, aunque la población con posibilidad de ser estudiada era algo superior, pero ha habido cuatro o cinco colegios que se han negado por distintas razones a realizar estos cuestionarios y, al final, encontramos esta muestra, donde se incorporan personas de edades entre doce y veintiún años.

Quiero hacerles además la indicación de que, evidentemente, se ha tratado por igual a hombres y mujeres, niños y niñas, adolescentes masculinos y adolescentes femeninos, pero los datos que ahora les voy a extraer son la primera oleada de datos que se refieren estrictamente a las personas de sexo femenino, porque, como hemos visto anteriormente, es donde más incidencia encuentran estos trastornos. No quiero, en ningún caso, cualificar este tipo de trastornos como unos trastornos estrictamente femeninos; son eminentemente femeninos, no solamente femeninos, como todos podemos ver.

Se ha encontrado en este estudio que el peso medio de todos estos adolescentes de entre estas edades es de 55'83 kilos, tienen una talla media de metro sesenta exactamente y tienen un índice de masa corporal de 21'64 kilogramos por metro cuadrado. Son detalles antropométricos, posiblemente los menos relevantes, pero sí que encontramos una mayor relevancia en otras cuestiones detectadas en este estudio.

Se les ha solicitado información sobre cuáles eran sus hábitos alimentarios y en esta estadística se encuentra que el 95'3 por ciento de los adolescentes de estas edades declaran que todos los días hacen una comida, el desayuno solamente lo realizan, de acuerdo con lo que ellos declaran, el 81'7 por ciento, la cena solamente el 79'5 por ciento, meriendan aproximadamente el 30 por ciento de los adolescentes, y, al final, se ha hecho un cálculo del promedio de las ingestas calóricas de este grupo estudiado, que es aproximadamente de 1.939 kilocalorías a lo largo de una jornada de veinticuatro horas.

En este estudio, además, se ha podido encontrar una cualificación del componente calórico de la dieta, y se sabe que aproximadamente la mitad se corresponde de hidratos de carbono, el 23'3 por ciento de lípidos, y un 26'8 por ciento de proteínas. Hay también un desarrollo mayor del tipo de grasas, si son insaturadas o poliinsaturadas, etcétera, que también forman parte de esta investigación.

Este dato que les voy a presentar es realmente significativo. Por parte de quienes rellenaban los cuestionarios se declara que el 38 por ciento ha realizado dietas durante el último año y las han realizado para perder peso, es decir, casi un 40 por ciento de los adolescentes entre estas edades declaran que durante el último año han hecho dieta. El 27'5 por ciento la hicieron de una a cuatro veces a lo largo del año; un 4'2 por ciento la hacen de cinco a diez veces; el 2'5 por ciento la han hecho diez veces al año; y el 2'8 por ciento dicen que están en dieta de forma permanente a lo largo de todo el año.

Yo creo que éste es un dato realmente significativo, porque es un dato que, además, se complementa con el que ahora les presento sobre el origen de esa voluntad de ponerse a dieta. Nos encontramos con que dentro de los motivos para la realización de las dietas, el 84'2 por ciento lo hacen por iniciativa propia, sin que medie ningún tipo de consejo de orden sanitario ni de orden familiar, un 7'4 por ciento hacen dieta por recomendación del médico, un 2'5 por ciento lo hacen por recomendación o por presión de los padres, un 3 por ciento alegan otros motivos, y un 0'5 por ciento, aunque es una cifra evidentemente poco significativa, lo hacen porque dicen que son las amigas las que están también a dieta.

Se ha preguntado sobre una gran variedad de asuntos relacionados, y se ha establecido también que aproximadamente casi un 3 por ciento de las personas en estas edades están ya, y recordemos que son edades de la adolescencia, usando productos adelgazantes, y luego, en cuanto a la actividad física, un 92'7 por ciento realiza ejercicio físico ligero, lo cual está en todos los planes de estudio y es algo absolutamente saludable y habitual en nuestro entorno, pero un 81'5 por ciento realiza ejercicio intenso, e incluso el 46 por ciento está realizando un ejercicio de mayor exigencia a través de alguna competición en la que participe.

Por último, quisiera indicarles que este cuestionario no solamente ha servido de título descriptivo, sino que además se le ha intentado dar un cierto valor pronóstico, puesto que se ha incorporado uno de los tests que nos puede marcar algunos rasgos de posible aparición de patologías en las conductas alimentarias. Es uno de los muchos tests que existen, aunque es uno de los de más fácil aplicación y puede perfectamente ser autoevaluado, es el Eating Attitudes Test –EAT–. La misma persona puede perfectamente valorar, de acuerdo con un cuestionario que se le presenta, puesto que es un test de autovaloración.

Nos encontramos con que en este grupo 319 personas de las 2.862 que fueron validadas dentro de este test puntuaron por encima del 30, que es el límite de la escala de este test y que ya indica que hay una cierta alarma en cuanto a la posibilidad de desarrollo de alguna característica patológica en cuanto a la alimentación, y el 11'1 por ciento de la muestra se considera como grupo de riesgo en trastornos de la alimentación. No quiere decir que estas personas estén ya incursas en alguna determinada situación sindrómica de algún trastorno de la alimentación, pero sí que muestran unos rasgos de peligro, unos rasgos de preocupación. Por cierto, también se facilitó a estas personas que fueron detectadas una posterior asistencia, un posterior consejo, se pudo, por tanto, también aflorar algún tipo de circunstancia de estas personas.

Nos encontramos, por tanto, con que estamos dentro de los límites de lo que más o menos en estos momentos está establecido como estándar general dentro de los principales indicadores en el mundo occidental, incluso con una situación de cierta inferioridad. En cualquier caso, se diagnosticó a todo este grupo de personas 9 casos completos de anorexia nerviosa, que fueron detectados a través de este estudio, un 0'31 por ciento; 22 casos completos de bulimia nerviosa, un 0'76 por ciento; 88 síndromes incompletos de los que antes hacía mención, esos síndromes que cada vez se caracterizan más, con un mayor porcentaje, del 3'1 por ciento; y, por tanto, se puede contar con una prevalencia global de todos estos tipos de trastornos en toda esta población de adolescentes de los centros sanitarios de Navarra del 4'1 por ciento, que está dentro de los límites que más o menos da como estables la American Psychiatric Association, por tanto, estamos dentro de unos estándares más o menos normales dentro de lo que son las curvas de normalidad, estadísticamente hablando, de las principales sociedades que en este tipo de asuntos han tenido algo que decir.

Éste es, como digo, un estudio al que hemos tenido acceso y que, desde luego, valoramos como muy interesante, precisamente porque no existía en Navarra un estudio que nos pudiera indicar exactamente cuál era la situación y cuáles eran las percepciones de los adolescentes de Navarra en estas materias. Este estudio tiene una posibilidad casi infinita de nuevas aportaciones de hallazgos, puesto que también ha correlacionado, por ejemplo, este tipo de actitudes con otro tipo de rasgos de tipo psicológico de la autopercepción corporal, e incluso también nos ha dado información valiosa y nos la va a seguir dando sobre cuál es el aspecto de correlato entre este tipo de actitudes y otros consumos, como los consumos tabáquicos, los consumos del alcohol, etcétera.

Quisiera ir finalizando esta parte de la intervención indicándoles fundamentalmente cuáles son en estos momentos las líneas de prevención que el Departamento de Salud desarrolla en la materia.

Desde un punto de vista de la prevención, los programas de prevención inespecífica y de promoción de la salud dirigidos a la población escolar preadolescente, que se realizan por el Instituto de Salud Pública de Navarra en colaboración con el Departamento de Educación y las asociaciones de padres y madres de Navarra, vienen incorporando ya desde hace años material referido a las preocupaciones corporales y a los hábitos de la nutrición. Es el caso, por ejemplo, de los programas "Guía de salud y desarrollo personal para trabajar con adolescentes", editado por el Departamento de Salud en el año 1995, y también la "Guía de educación parental", editada en esa misma fecha, que facilitan material con información diversa que incluye, por ejemplo, en la "Guía de la educación parental" casos figurados de adolescentes con preocupaciones corporales exageradas. Se trata de un material diseñado para su fácil incorporación al curriculum escolar y a las actividades de las escuelas de padres. Actualmente se está trabajando en colaboración con el INAM –Instituto Navarro de la Mujer–, el Departamento de Educación y la Asociación de Educación Haurride en el programa de Escuela de Familias, que incorpora un módulo de trastornos alimentarios y cuya aparición es inminente.

Desde hace un año, además, existe en Navarra un programa de prevención específica llamado "Campaña de sensibilización y prevención de los trastornos de la alimentación", derivado de un acuerdo formalizado el día 27 de marzo del año pasado entre el Instituto Navarro de la Mujer y el Departamento de Salud del Gobierno de Navarra, por el que se establece la colaboración entre éstos y el Instituto Navarro de Deporte y Juventud en la planificación y el desarrollo de actividades para la prevención de los trastornos alimentarios. Para el desarrollo de este programa se constituyó en su día un grupo técnico interdepartamental y una comisión de seguimiento del acuerdo, y se ha contado con el asesoramiento de otras instituciones, como el Consejo Navarro de la Juventud, y la ayuda de los centros de apoyo al profesorado, dependientes del Departamento de Educación, que han resultado, además, claves para el acceso al mundo educativo.

La primera fase de esta campaña, que se desarrolló entre marzo del año 98 y marzo del año 99, se ha realizado mediante diversas actividades con los siguientes objetivos genéricos. En primer lugar, informar a los estudiantes de ESO y a sus familias de los trastornos de la alimentación. Se han editado 27.500 trípticos informativos en castellano y en euskera y se han reeditado y distribuido folletos de salud sobre anorexia y bulimia. Se ha realizado también la proyección, con charla coloquio entre adolescentes y profesionales de salud mental, en cines de Pamplona de un filme, "La boda de Muriel", con envío de cartas acerca de la proyección y charla a todos los colegios e institutos de Navarra. También se ha trabajado en la preparación del profesorado para actividades en el aula con charlas y entrevistas con profesorado de la ESO de los colegios, que han completado, por tanto, una serie de actividades en este ámbito que les digo de información en el ámbito escolar de la ESO y en los entornos familiares.

En segundo lugar, el segundo objetivo de este programa era informar a la población adolescente de Navarra de los trastornos de la alimentación, con proyección de la película antes citada, charlas coloquio y distribución de folletos con jóvenes de Pamplona, Carcastillo, Tudela, Estella, Leitza, Roncal, Elizondo y Vera de Bidasoa.

En tercer lugar, se ha trabajado también en la sensibilización a los medios de comunicación de Navarra, con la elaboración de mensajes informativos, ruedas de prensa y colaboración en programas de salud de radio y televisión.

En cuarto lugar, se ha trabajado también en la coordinación de los recursos sanitarios y sociales, con acuerdos de colaboración y trabajo interdisciplinar entre profesionales del Instituto Navarro de la Mujer, el Instituto Navarro de Deporte y Juventud y también del Departamento del Salud, fundamentalmente a cargo de profesionales de salud mental.

En quinto lugar, se ha impulsado también la creación de asociaciones de familiares, que es un objetivo cumplido en octubre del año 1998, con la constitución de la Asociación ABAN, Asociación de la anorexia y la bulimia de Navarra. Posteriormente se ha trabajado, como ahora veremos, en la coordinación y colaboración con la misma asociación.

Y en sexto y último lugar, se ha introducido la perspectiva de género, que es introducir y difundir en medios de comunicación y profesionales de la educación la noción de factores socioculturales y educativos que inciden en que estos trastornos afecten mayoritariamente a las mujeres.

Como decía, las actividades se han desarrollado entre marzo del año 98 y febrero del año 99 y cuentan ya con diversos indicadores susceptibles de evaluación, como son el número de participantes –jóvenes, padres, educadores–, el impacto en los medios de comunicación, el impacto también en los grupos de discusión, etcétera. En general, el Departamento de Salud estima que se han alcanzado los objetivos previstos y se han observado efectos no esperados, entre otros, la alta demanda de charlas e información por parte de las familias, la implicación del profesorado y el interés de los medios de comunicación nacionales por una campaña que muchos calificaron de novedosa. Incluso el Senado español se ha interesado por este pro-

grama, a través de la senadora navarra doña Rosa López.

En la segunda fase de la campaña, la que va desde marzo del 99 a diciembre del 99, se han realizado intervenciones en Tafalla y Vera de Bidasoa, y está prevista la extensión de la campaña a Tudela, Tafalla, Sangüesa, Peralta, Marcilla, Corella, Cintruénigo, Lodosa, San Adrián y Mendavia.

Está previsto que este mismo año, en diciembre del 99, finalice esta campaña en esta fase, con una evaluación general de las dos fases habidas.

Asimismo, existe información disponible en Internet acerca de las bases conceptuales del programa, material de introducción y presentación de los trastornos de la alimentación, así como un calendario actualizado de las actuaciones que se van a realizar, accesible en la dirección web del Gobierno de Navarra, y más concretamente en el subdirectorio del Instituto Navarro de la Mujer.

Por último, por mi parte en esta fase, señor Presidente, señoras y señores Parlamentarios, quisiera hacer unos pequeños puntos de reflexión, de acuerdo con lo que podríamos considerar la valoración social de lo que en estos momentos estamos recibiendo como información y como exigencias sobre el abordaje político y sanitario de estos temas.

Quisiera poner de relevancia, desde el punto de vista de la prevención social y de la conformación y confrontación de opiniones al respecto, la multicausalidad en el problema de los trastornos de la alimentación. Quiero reiterarles que estos trastornos no dependen únicamente de factores asociados a la moda y a los estilos estéticos de la delgadez; hay un conjunto de factores de otro tipo, biológico, psicológico, de tipo familiar, que son relevantes en el desarrollo de estas enfermedades. Por tanto, estimamos que a los factores estrictamente asociados a la moda y a los estilos estéticos de la delgadez tal vez se les esté dando en estos momentos una importancia cuantitativa que no tienen, al menos en la dimensión que algunos creen. Desde el punto de vista sanitario, los trastornos de la alimentación no están causados exclusivamente por la estereotipación de un modelo de delgadez, aunque esto es indudablemente un factor predisponente de tipo social.

Es especialmente importante conocer las posibles dimensiones sociales de estos problemas, esto es obvio, evaluar su auténtico relieve en términos epidemiológicos y propiciar la movilización social al respecto, cuando ésta sea necesaria, dado que para sus aspectos principales no caben medidas coercitivas.

El Departamento de Salud del Gobierno de Navarra mantiene su colaboración con las autoridades sanitarias españolas en el avance hacia estas medidas. Participamos de una dinámica de acuerdos voluntarios en el ámbito de las agencias de publicidad y los confeccionistas de ropa para publicitar las tallas adecuadas a características morfológicas normales en nuestro entorno, y no sólo las tallas pequeñas. Quiero decirles que ya se ha podido dar un acuerdo en el ámbito nacional entre las agencias de publicidad y también entre algunos confeccionistas y distribuidores mayoristas de ropa, precisamente para que ellos incorporen en su publicidad algunos rasgos efectivamente reivindicadores de que la moda y las tallas deben ser adecuadas a las características morfológicas normales de nuestro entorno. Incluso, está en marcha ya una campaña de las propias agencias de publicidad, precisamente para causar algún tipo de acto de prevención en este caso.

De hecho, yo creo que estas labores que se están desarrollando en estos momentos desde el Ministerio, en las que el Gobierno de Navarra también trabaja y, evidentemente, participa, realmente se están viendo incluso reconocidas. Aquí tienen ustedes la edición del British Medical Journal de esta misma semana, donde, efectivamente, se encuentra ese referente sobre la situación que ahora mismo hay en España, en el que se dice que, efectivamente, España ya está atacando y atajando los trastornos de la alimentación.

Y por último, por nuestra parte saludamos, como antes les decía, la aparición del asociacionismo sanitario en esta materia, a través de la Asociación contra la bulimia y la anorexia nerviosa de Navarra –ABAN–, con la que el Departamento de Salud ya ha establecido cauces de cooperación.

Muchas gracias, señor Presidente, señoras y señores Parlamentarios.

SR. VICEPRESIDENTE (Sr. Armañanzas Echarri): *Gracias, señor Consejero. Vamos a suspender la sesión cinco minutos para que sus señorías preparen las oportunas preguntas. Se suspende la sesión.*

(SE SUSPENDE LA SESION A LAS 17 HORAS Y 23 MINUTOS.)

(SE REANUDA LA SESION A LAS 17 HORAS Y 32 MINUTOS.)

SR. VICEPRESIDENTE (Sr. Armañanzas Echarri): *Señorías, se reanuda la sesión. En primer lugar, tiene la palabra la señora Arboniés, para la continuación de su exposición o preguntas complementarias.*

SRA. ARBONIÉS BERMEJO: *Gracias, señor Presidente. En primer lugar, respecto a esa reflexión que aludía el Consejero, yo creo que, de alguna manera, tanto en su intervención como en la mía, cifrábamos un panorama que es el que es, no hay muchas más variantes: la multicausalidad. Los factores sociales, que no son los únicos, son desen-*

cadenantes. La consideración y la reflexión que creo que debemos hacer no es solamente el enfoque sanitario de la enfermedad, sino, además, el enfoque social de algo que es sintomático en los países occidentales. El desarrollo de trastornos mentales, trastornos que a veces son severos, va a ser el tipo de enfermedad que más problemas va a causar, por lo menos en el siglo XXI, a la sociedad occidental, la salud psíquica de los ciudadanos y ciudadanas.

Como preguntas o cosas que hayan quedado por responder, o tal vez consideraciones que hayan quedado por hacer, le diría, en cuanto a las campañas de prevención, que es evidente que una campaña social tiene su impacto social, pero no es solamente en el ámbito de la prevención, o sea, solamente con las campañas, como vamos a alcanzar el objetivo. Quizás aquí la exposición da lo que da y en las posteriores preguntas pueden salir cosas.

En la atención primaria, en cuanto a pediatras, médicos de cabecera, que es tal vez el primer sitio donde acudimos los ciudadanos cuando tenemos algún tipo de duda en lo referente a nuestra salud, me gustaría saber qué se ha hecho, si ha habido alguna indicación o algún tipo, digamos, de llamada a la atención sobre un aspecto, que no es el único, pero sí necesario: incidir en la detección, teniendo en cuenta más que nada que el grueso de la población afectada son los adolescentes, con lo que implica de secuelas de por vida, que son como para tener en cuenta.

Me gustaría también saber, aparte del ámbito de la atención primaria, lo que sería la hospitalización. He querido entender que la unidad infanto-juvenil va a tratar específicamente este tipo de trastorno, pero además tenemos ocho centros de salud mental, y en el resto del Estado, algunas comunidades, y yo quiero preguntar al señor Consejero cuál es su opinión, están valorando el hecho de tener unidades de atención específicas en salud mental para el tratamiento de trastornos alimentarios, que antes, en los datos que yo he dado, faltaba ese tipo de trastornos mixtos, que no son calificados ni como anoréxicos ni como bulímicos, pero sí son otro tipo de trastornos alimentarios. Se está considerando en otras comunidades la posibilidad incluso de tener unidades de tratamiento específico, y, además, la asociación ABAN, en lo que nos ha enviado, también reclama este tipo de unidades específicas tanto para hospitalización como para atención diurna de estas personas. Entonces, me gustaría saber si en Navarra, que hablamos de 343 personas, alrededor de 350, sería conveniente contar con este tipo de atención específica tanto para hospitalizaciones como para atención diurna.

En cuanto a los trastornos alimentarios, en lo que se refiere a la parte física, tenemos dos unidades, una en el Hospital de Navarra, con dos médicos, y otra en Virgen del Camino me parece que con uno, después ya me corregirá, pero, dado que el Hospital de Navarra, por ejemplo, entre el 96 y el 97 tuvo un aumento del 68 por ciento de pacientes, quisiera preguntarle, si debido a esa demanda de necesidad de atención de trastornos alimentarios, de alguna manera, se prevé que estas dos unidades, tanto en Virgen del Camino como en el Hospital de Navarra, tengan un aumento de personal, o si no es necesario, porque aquí la espera suele ser en torno a dieciocho meses y en algún caso más, no tanto para la anorexia y la bulimia, porque son de los casos prioritarios, hablamos de espera global, pero hay que tener en cuenta que son dos servicios que probablemente tendrían que tener aumento.

También, en el ámbito nacional se habla de un plan específico para el tratamiento de estos trastornos alimentarios, y sí que nos ha hablado de programas específicos, nos ha dado algunas medidas que se pretenden instaurar, nos ha hablado de la inclusión a partir de ahora en las memorias de salud mental de las cifras que vaya arrojando este tipo de trastornos, que se han calificado, no tanto por el número pero sí por la gravedad, porque son graves, como trastornos mentales severos.

Éstas eran las preguntas, aparte de si hemos recibido algún fondo, que luego ya me contestará, preguntas un poco al hilo de lo que ha quedado aquí de su intervención. Muchas gracias.

SR. VICEPRESIDENTE (Sr. Armañanzas Echarri): *Muchas gracias, señora Arboniés. ¿Algún portavoz desea intervenir? Señor Consejero, tiene usted la palabra.*

SR. CONSEJERO DE SALUD (Sr. Cervera Soto): *Gracias, señor Presidente. De forma sumaria intentaré dar respuesta a lo que solicitaba la portavoz que me ha precedido en el uso de la palabra.*

Efectivamente, con campañas solamente no se puede atajar la incidencia de este tipo de trastornos. Lo hemos comentado anteriormente tanto usted como yo, la multicausalidad, el hecho de que no solamente tenemos que incidir sobre aspectos de tipo social, de tipo cultural, sino que también tenemos que tener el dispositivo sanitario adecuado como para poder dar una respuesta cuando estas circunstancias mórbidas aparezcan. En ese sentido, quiero decirle que, efectivamente, uno de los factores fundamentales es el hecho de que el sistema de salud mental no funcione aislado del resto de dispositivos de la red ni de los dispositivos de tipo hospitalario, a los que ahora me referiré en respuesta a su pregunta, ni tampoco al ámbito concreto de la atención primaria.

Quiero decirle que dentro de las líneas de formación de los profesionales de la atención prima-

ria, porque antes comentaba que precisamente son estos profesionales los que en muchas ocasiones se encargan de detectar los casos, se encargan de darles la cualificación clínica de merecer una atención especializada, una atención específica de salud mental en este caso, como digo, dentro del campo de la capacitación permanente y de la formación permanente de los profesionales de atención primaria figura específicamente este campo de actuación. De hecho, quiero recordar que, por ejemplo, el año pasado, en la jornada anual que se desarrolla en el ámbito de la atención primaria –todos los años a mitad de primavera aproximadamente hay una jornada específica donde los propios profesionales se reúnen y eligen un tema cada año, hace dos años fue el ámbito de la tercera edad–, el tema fue precisamente éste, el ámbito estricto de la atención primaria para los adolescentes y para los jóvenes.

Recuerdo que hubo una jornada muy interesante, solamente pongo esta jornada como botón de muestra de lo que es una labor de formación continuada, pero lo que sí quiero decirles es que estas jornadas son habitualmente autogestionadas por parte de la atención primaria, es, por tanto, la atención primaria la que detecta un ámbito concreto de inquietud y solicita una formación específica en la materia, y, como digo, recuerdo que en la jornada del año pasado, que tuvo lugar en el INAP durante un fin de semana, precisamente se trataron estos temas. Es cierto que a nivel mediático estos temas parecieron importar muy poco, se habló muchísimo más de todo eso de los preservativos y de este señor que enseñaba a ligar y todas estas cuestiones de tipo de desarrollo de la sociabilidad intersexual, pero realmente también se trató de esto, y fue uno de los asuntos que más importancia mereció por parte de los propios profesionales de atención primaria.

Como digo, éste es solamente un botón de muestra de lo que ha sido un trabajo permanente de capacitación y de formación de los profesionales de atención primaria, que son en muchas ocasiones quienes saben detectar un caso concreto de estas características y saben remitirlo a un recurso especializado. Pero, asimismo, tenemos que trabajar en el ámbito de la coordinación asistencial también en el campo de la atención especializada. Yo no le sé decir, señora Arboniés, si realmente vamos a necesitar o no más recursos sanitarios en el ámbito estricto de las camas hospitalarias para este tipo de trastornos, lo que sí le puedo decir es que hay una actitud permanente de disponer, evidentemente, de los medios que sean necesarios en cada momento, según se detecte la incidencia de la morbilidad.

Y lo que también le diré es que, en nuestra opinión, descartamos completamente la creación de unidades específicas, como han hecho en otras comunidades autónomas, por una razón fundamental, y es que el desarrollo de la red de salud mental de Navarra no es comparable, de ninguna manera, al que tienen en otras comunidades autónomas. Otras comunidades autónomas están dando soluciones de emergencia a un problema que ven de emergencia; aquí realmente creemos que no hace falta contingentar este tipo de patologías, no hace falta crear unidades específicas, hace falta especializar las unidades que tenemos pero no crear unidades específicas, como parece ser que tienen que hacer en otras comunidades autónomas. Pero, como le digo, la situación de partida es completamente distinta y nuestra red, como antes comentaba en la intervención inicial, es perfectamente capaz no sólo de detectar sino de tratar y de considerar los casos que aparecen, y además tenemos una cierta garantía de que todos los casos que son están, es decir, que aparecen en el ámbito asistencial todos los casos que tienen presencia en nuestra sociedad.

Por tanto, en principio descartamos la creación de estas unidades específicas porque creemos que no tienen sentido dentro de nuestra red. En cualquier caso, valoraremos siempre cuál es la necesidad concreta de camas hospitalarias, si es que fueran necesarias, para este tipo de patologías. Lo que sí quiero indicarle es que estamos trabajando, y por cierto, ha sido una sugerencia de la asociación ABAN, en que estas camas tengan una cierta separación, una cierta independencia del resto de camas de hospitalización psiquiátrica, porque, efectivamente, no parece que haya mucha razón para que este tipo de personas, que efectivamente se tienen que considerar como personas enfermas –ellas y ellos, en el que caso de que aparezcan, tienen que tener esa sensación de ser personas enfermas, de no creer que no tienen ningún tipo de patología–, estén encamadas o asistidas en pabellones o en unidades donde existe otro tipo de enfermos con otra patología también mental pero desde luego de una sintomatología completamente distinta.

Por mi parte, quisiera acabar por indicarle, señora Arboniés, el tema de los fondos que usted mencionaba anteriormente, la asignación por parte del Ministerio de fondos adicionales para el control y para los programas sobre enfermedades emergentes y reemergentes. Realmente, ayer en el Consejo Interterritorial del sistema nacional de salud, uno de los puntos era precisamente el reparto de estos fondos. Son unos fondos que no vienen a Navarra porque no tienen que venir a Navarra, ni a Navarra ni al País Vasco, porque por nuestra financiación a cargo de nuestros propios Presupuestos de nuestra capacidad impositiva y de aportación al Estado a cargo de cupo o de aportación económica, no estamos dentro del ámbito de repar-

to de estos fondos y, por tanto, no tenemos estos fondos de transferencia corriente por parte de la Administración central del Estado, porque, evidentemente, los tenemos incorporados a nuestros Presupuestos desde la propia capacidad presupuestaria e impositiva de la Comunidad Foral. No tenemos, por tanto, una dedicación específica con ese origen, pero sí que hay unas dedicaciones habituales dentro de los presupuestos del Departamento de Salud.

SR. VICEPRESIDENTE (Sr. Armañanzas Echarri): *Muchas gracias, señor Consejero. Agotado el único punto del orden del día, agradecemos al señor Consejero la información aportada y, como última sesión de esta Comisión de Sanidad y de esta eventual Presidencia, felicitamos a todos los grupos por la labor realizada a lo largo de esta legislatura. Señorías, se levanta la sesión.*

(SE LEVANTA LA SESION A LAS 17 HORAS Y 44 MINUTOS.)