



**DETECCIÓN PRECOZ DE LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA  
ALIMENTARIA EN ATENCIÓN PRIMARIA**

**Grupo de Salud Mental del PAPPS**

**Autores:**

**Carmen Montón Franco, Javier García Campayo, Francisco Buitrago Ramirez,  
Ramón Ciurana Misol, Levy Chocrón Bentata, M<sup>a</sup> del Carmen Fernández Alonso ,  
y Jorge Tizón García**

# DETECCIÓN PRECOZ DE LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

Los trastornos de la conducta alimentaria (T.C.A.) constituyen en la actualidad un problema importante de salud, debido a la eventual gravedad con que pueden evolucionar algunos casos y a la necesidad de un tratamiento especializado y multidisciplinar, a menudo complejo. Además los medios de comunicación han creado en la población general una preocupación, a veces en exceso alarmista.

Conscientes de la importancia que el Médico de Familia y Pediatra tienen en la identificación y detección temprana de los T.C.A., tratamos de analizar el problema en su justa medida y elaborar unas recomendaciones de actuación oportunas para llevar a cabo desde el contexto de Atención Primaria.

## **1. CONCEPTO y ETIOPATOGENIA**

Las modernas clasificaciones psiquiátricas CIE-10 y DSM-IV incluyen dos trastornos específicos: la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa y además la categoría de trastorno de la conducta alimentaria no especificado para los TCA que no cumplen todos los criterios diagnósticos de TCA específico (DSM-IV) (1, 2)(Anexo I)

***La anorexia nerviosa (AN) es la pérdida significativa de peso*** (índice de masa corporal de menos de 18), a través de la evitación de alimentos que engordan y por uno o más de los síntomas siguientes:

- Vómitos autoprovocados
- Purgas intestinales
- Ejercicio excesivo
- Consumo de fármacos (diuréticos y/o anorexígenos)

A esto hay que añadir *una distorsión de la imagen corporal*.

También existe un trastorno endocrino caracterizado en la mujer por amenorrea y en el varón por una pérdida de interés y potencia sexuales.

**La bulimia nerviosa (BN)** es una preocupación continua por la comida, con deseos irresistibles de comer, de modo que el enfermo termina por sucumbir a ellos, presentando episodios recurrentes de ingesta voraz (atracones) seguidos por conductas compensatorias inapropiadas como el ayuno, el vómito provocado, el abuso de laxantes, diuréticos u otros fármacos adelgazantes o el ejercicio excesivo.

De uno y otro cuadro es fácil encontrar síndromes parciales, es decir procesos que no cumplen todos los criterios de AN o BN, lo que se denomina **Trastorno de la conducta alimentaria no especificado** y que constituyen la mayoría de los trastornos. En estos casos hay que mantener una vigilancia discreta sin preocupar a la paciente innecesariamente.

**Etiopatogénicamente son trastornos complejos**, influidos por múltiples factores (3):

- Genéticos. La herencia juega un papel en la susceptibilidad para desarrollar este tipo de trastorno.

- Biológicos. Se han detectado anomalías en la neurotransmisión cerebral, así como disfunciones en el eje hipotálamo-hipofisario y gonadal que no son totalmente atribuibles a la pérdida de peso.
- Psicológicos. Existen desencadenantes de orden psicológico.
- Socioculturales. Nuestra sociedad, apoyada por la publicidad hace una sobrevaloración de los cuerpos delgados y esto hace que para muchas adolescentes solo haya autoestima con delgadez. La delgadez como modelo estético corporal y valor de éxito social, el rechazo de la obesidad y la presión mediática a favor del cuerpo delgado (moda, productos para adelgazar, gimnasios...etc) son aspectos que tienen gran importancia y que han causado en los últimos años un aumento de casos claramente relacionados con estos factores
- Familiares. La fragmentación de la familia tradicional y los cambios en los hábitos y estilos de alimentación de las familias parecen tener gran influencia. Existen varios tipos de familias que interactúan en el desarrollo de estos trastornos. (Tabla I)

## **2. EVIDENCIA CIENTIFICA**

### **2.1. Magnitud del problema**

#### **2.1.1. Epidemiología**

En el mundo occidental las alteraciones del comportamiento alimentario constituyen la tercera causa de enfermedad crónica en adolescentes.

La mayoría de los estudios epidemiológicos (4,5,6,7), tanto los nacionales como los internacionales, concluyen que alrededor de **un 4% de la población femenina joven sufre algún tipo de Trastorno de conducta alimentaria.**

Las edades más afectadas están entre **los 12 y 25 años**, siendo el grupo de mayor riesgo el de 14 a 18 años. Sin embargo últimamente la edad de aparición se está adelantando, de modo que cada vez es más frecuente que estos trastornos debuten en la **preadolescencia**.

Afecta fundamentalmente al **sexo femenino** en una proporción varón/mujer de 1/9-10.

Son más frecuentes en la clase social media y alta.

### **Situación en España**

En nuestro país se han hecho tres estudios epidemiológicos en adolescentes, con muestras suficientemente amplias. La prevalencia de Trastornos de la Conducta Alimentaria (T.C.A.) encontrada en **Madrid por Morandé (8)**, en una muestra representativa de adolescentes madrileñas de 15 años, fue del 0.69% de AN, del 1.24% de BN y del Trastorno de Conducta Alimentario No Especificado (TCANE) del 2,76%. **En Navarra(9)** en el año 2000 en una muestra representativa de población femenina entre 12 y 21 años obtienen una prevalencia de AN del 0.3%, de BN del 0.8% y de TCANE del 3.1% y en **Zaragoza (10)** también en el año 2000 **Ruiz Lázaro** analiza una muestra amplia de mujeres jóvenes entre 12 y 18 años, obteniendo una prevalencia de AN del 0.14%, de BN del 0.55% y de TCANE del 3.83%. (Tabla II). La importancia del problema no radica en la prevalencia que como se puede apreciar no es muy elevada, sino en las repercusiones que el trastorno puede llegar a tener.

## **2.2. Repercusiones**

Los TCA tienen *consecuencias importantes* para la salud (11,12). Desde el punto de vista **orgánico** todas **las alteraciones derivadas de la malnutrición**

(alteraciones hormonales, amenorrea, osteoporosis, fracturas, anemia, deshidratación, alteraciones electrolíticas...) y desde el punto de vista **psicológico** (depresión, ansiedad, obsesividad, aislamiento social y problemas familiares...). Se ha comprobado que la mortalidad es mayor que en la mayoría de los trastornos psiquiátricos; *en la AN fallecen un 5-10%*, lo que da idea de la importancia del trastorno.

Se recuperan entre el 40-50%, *el 25 % tienden a la cronicidad e invalidez y un 25-30% alternan mejorías y empeoramientos(13)*.

## **2.3. Eficacia de la intervención**

### **2.3.1. Prevención primaria**

Existen opiniones dispares; los hay partidarios de realizar programas de prevención primaria dirigidos a todas las mujeres adolescentes(13,14), mientras que otros consideran que esto podría resultar contraproducente. Los fenómenos de emulación son muy frecuentes en la adolescencia; por ello conviene evitar el mito de considerar la anorexia nerviosa como una “enfermedad” de moda, lo que podría hacerla atractiva a algunos adolescentes. Dar información sensacionalista puede resultar nocivo y ocasionar un semillero de nuevos casos.

Existe el riesgo de proporcionar información sin modificar actitudes; los resultados de algunos de estos programas han sido decepcionantes, sin cambios en las conductas, pero sí en los conocimientos.

Para que realmente sea efectiva la prevención primaria se debe conocer exactamente la causa del trastorno y en el caso de los T.C.A. la etiología es multifactorial lo que complica las actuaciones preventivas primarias. Además

las actividades preventivas tienen mayor probabilidad de ser eficaces cuando no dependen de la modificación de la conducta de los individuos(13).

Hay que tener en cuenta el enorme peso reconocido por todos los autores de la influencia del contexto sociocultural en los trastornos alimentarios. De ahí la importancia de persuadir a los medios de comunicación, en especial a los destinados a la mujer, para que incluyan otros modelos corporales entre sus contenidos y transmitan que un amplio rango de formas y tallas es aceptable y deseable en nuestra sociedad.

No obstante, sin que esté documentada la eficacia, si parece existir un cierto consenso en **el papel del profesional de atención primaria para *transmitir mensajes a la familia y al adolescente sobre pautas que indirectamente protejan de los TCA (alimentación saludable, realizar al menos alguna comida diaria con la familia, facilitar la comunicación y fomentar la autoestima.)*** La estrategia es la intervención dentro de un plan de educación para la salud más global, desaconsejando actividades específicas que tengan como base el propio trastorno para evitar las conductas de emulación que puedan surgir.

De igual forma, el profesional de atención primaria puede ser un pilar importante **en la identificación de grupos de riesgo y modificación de conductas precursoras de trastorno, particularmente el inicio de dietas restrictivas o uso de laxantes (14, 15).**

### **2.3.2. Prevención secundaria**

Según la mayoría de los autores, la detección precoz seguida del tratamiento en personas con trastornos de la conducta alimentaria se asocia con buenos

resultados evolutivos. **Cuanto más tiempo pasa entre el inicio del trastorno y el tratamiento, peor es el resultado en la evolución y el pronóstico. Es importante identificar a las personas de alto riesgo de desarrollar trastorno de conducta alimentario, para poder incidir en las etapas tempranas del trastorno y hacer una intervención precoz. Esto hace imprescindible la intervención de los médicos de Atención Primaria en la detección de los síntomas y signos de alarma.**

**Existen pocos estudios sobre la detección y diagnóstico de los T.C.A en Atención Primaria. Se apunta una situación de infradiagnóstico, debida a varios motivos: la escasa concienciación de los profesionales ante estos problemas hasta hace pocos años, la falta de tiempo real por la gran presión asistencial, que impiden profundizar en la atención integral de los pacientes y en la realización de actividades preventivas, la baja frecuentación de los adolescentes a las consultas de atención primaria y su falta de “conciencia de enfermedad”**

**La intervención precoz ha sido considerada por la mayoría de los autores como un importante factor de buen pronóstico en la evolución de los T.C.A.(16,17,18,19,20,21,22,23,24,25). Sin embargo algunos estudios publicados en la literatura que evalúan la influencia de la intervención precoz como factor pronóstico, no han sido considerados suficientemente válidos desde el punto de vista metodológico; sería recomendable realizar estudios que incluyan análisis multivariantes para poder validar y demostrar dicha afirmación (26).**

**Hay un acuerdo unánime en focalizar la atención en la población de riesgo y en la detección de síntomas y signos de alarma.**



Para ayudar a realizar esta detección precoz, se han desarrollado cuestionarios para administrar a la población adolescente o preadolescente, como el Eating Attitudes Test: EAT-26 (Anexo II) que permitan la valoración sistemática del comportamiento alimentario(27)

Otro cuestionario que puede ser útil en la detección de T.C.A. en Atención Primaria es el SCOFF que consta de cinco preguntas, es sencillo y de fácil interpretación (28) y cuya versión española recientemente ha sido validada en nuestro país (Anexo III).  
(Comunicación personal)

\*Hay unos *signos de alarma* (tabla III) que no deben pasarnos desapercibidos como pueden ser: una excesiva preocupación por la ganancia ponderal, la realización de dietas hipocalóricas, la obsesión por el ejercicio físico, la demanda de laxantes o diuréticos y la presencia de amenorrea.

En la población de riesgo es importante investigar sobre:

- Cambios en el peso (pérdida ó incremento)
- Cambios en el patrón de la alimentación
- Si hay vómitos puede haber signos indirectos (alteraciones dentales o signo de Russell, sofocación del rostro y/o petequias en cara y paladar e hipertrofia de glandulas salivares).
- Realización de ejercicio físico excesivo y obsesivo
- Historia menstrual (amenorrea)
- Aspectos relacionados con la autoestima y la autoimagen
- Integración familiar y social

Antes de comenzar cualquier actuación debemos realizar un **diagnóstico diferencial** para descartar otras causas orgánicas de desnutrición (neoplasias, diabetes, hipertiroidismo, enfermedad inflamatoria intestinal, celiacuía) ó

psiquiátricas (depresión, ansiedad, psicosis, abuso de drogas) y realizar un diagnóstico correcto según los criterios del DSM IV y de la CIE-10.

### **3. RECOMENDACIONES PARA ATENCIÓN PRIMARIA**

**3.1 Transmitir mensajes a la familia y al adolescente sobre pautas que indirectamente protejan de los TCA** (*alimentación saludable, realizar al menos alguna comida diaria con la familia, favorecer la comunicación y fomentar la autoestima, no facilitar que las conversaciones familiares giren compulsivamente sobre la alimentación y la imagen....*)

#### **3.2 Detección temprana orientada especialmente a población de riesgo**

3.2.1. Es recomendable hacer una **búsqueda activa de casos en la población más vulnerable**. En la tabla IV se muestra la población de riesgo sobre la que hay que invertir mayor esfuerzo.

3.2.2. **Atención a los “síntomas y signos de alarma**. Estos se mencionan en la tabla III.

**3.3- Medición del peso y talla**, con lo que se obtiene el índice de masa corporal (IMC). Un *IMC<18 en un adolescente* nos obliga a *descartar la existencia de un cuadro de AN*; esto no sucede tanto en la BN, ya que el IMC puede ser normal o incluso puede haber sobrepeso.

### 3.4 - Entrevista

Al entrevistar a un paciente con sospecha de TCA es importante considerar que una de las características de estos pacientes es *la falta de conciencia de enfermedad, la tendencia a la negación del trastorno y la escasa motivación de cambio*, siendo esta más acusada cuanto menor es la evolución del trastorno.

También es importante tener presente que en las fases iniciales del T.CA., que son las que debemos esforzarnos por detectar en Atención Primaria, suelen ser las familias las que observan conductas alimentarias anómalas por parte del paciente. Esto conduce a *los familiares a consultar con el médico* y a ejercer presión sobre el paciente para que modifique su conducta. Esta presión suele ir aumentando progresivamente, lo que empeora el ambiente familiar. Estos aspectos condicionan la entrevista con el afectado.

-De entrada debemos de tratar de **entrevistar al paciente solo, intentando crear un clima de confianza y de respeto** para evitar que se ponga a la defensiva. En segundo lugar y siempre habiéndoselo comunicado al paciente, se entrevistará a sus familiares.

- **Aprovechar cualquier oportunidad**, es otra premisa básica en la atención a los adolescentes. Si una visita programada puede ser muy rentable en algunos casos, cualquier entrevista es una oportunidad- a veces única- para detectar hábitos de riesgo o trastornos ya establecidos. Sus visitas son infrecuentes, la mayoría de las veces por problemas menores como infecciones respiratorias, traumatismos, acné. Es en estas ocasiones cuando debemos ofrecer una atención integral, detectando riesgos asociados a conductas, a veces todo un reto.

- En las niñas o adolescentes del sexo femenino, debemos interrogar sobre : la edad de la menarquia, fecha de la última regla y ciclos menstruales.
- En muchos casos el motivo de consulta es la **amenorrea**. En general, este trastorno es dependiente del peso , y con la recuperación del peso corporal dentro de los valores mínimos normales y el establecimiento de la alimentación reaparecen los ciclos menstruales en la mayoría de casos. Este dato debe ser considerado por el médico de familia o pediatra al abordar a una adolescente con amenorrea. Si se administran terapias hormonales sustitutivas para inducir los ciclos menstruales se consigue suprimir un signo objetivable de la disfunción hormonal, retrasando el diagnóstico y por tanto también el tratamiento. Además, se suprimiría un signo que puede ser fundamental para la adquisición de conciencia de enfermedad de la paciente, que como ya se ha expuesto suele ser deficiente. En la tabla V se muestran algunas preguntas guía para la entrevista

### **3.5. Exploraciones complementarias**

Nos permiten hacer un diagnóstico diferencial con cuadros de anorexia de origen orgánico y valorar el grado de afectación del trastorno.

Es interesante realizar una **analítica básica con hemograma, bioquímica, proteínas totales, albúmina, Fe, hormonas tiroideas TSH e iones, así como un electrocardiograma.**

Hay que tener en cuenta que **un resultado normal en las determinaciones analíticas básicas no excluye el diagnóstico.** Un error relativamente frecuente es que el médico suele tranquilizar a la familia cuando se descarta

una anemia o cualquier alteración analítica. También se puede actuar de forma iatrogénica si se realiza una interpretación errónea de un resultado. Es el caso de indicar de entrada y sin suficiente atención integral del paciente, una dieta pobre en grasas si la analítica muestra una hipercolesterolemia, dato frecuente en la anorexia nerviosa.

Los pacientes con anorexia o bulimia severa pueden tener alteraciones analíticas importantes (Tabla VI), así como signos evidentes en la exploración física (Tabla VII), pero esto no es así en los estadios iniciales, que es donde debemos esforzarnos en identificarlos.

En el ECG podemos encontrar bradicardia sinusal, disminución de la amplitud del QRS y en etapas avanzadas alteraciones propias de la hipokaliemia, arritmia ventricular y prolongación del QT.

Un exceso de exploraciones para confirmar, evaluar el diagnóstico o controlar el tratamiento puede ser contraproducente.

### **3.6.- ¿Qué hacer desde APS si se detecta un TCA**

El profesional debe demostrar al paciente su interés por ayudarlo y no juzgar su conducta, con su gesto debe transmitir que se está ante una situación potencialmente muy grave y que precisa tratamiento.

- Cuando se detecte un TCA bien delimitado, debemos **transmitir la necesidad de contactar con un especialista en Salud Mental y derivar a la Unidad de Salud Mental del área.**

Estos pacientes a veces se muestran reacios a aceptar un tratamiento; de ahí que, será necesario ayudarles a comprender que el tratamiento se orientará al restablecimiento de su salud y a la **adquisición de un estado nutricional adecuado**, que *les liberará progresivamente de la esclavitud que supone estar permanentemente pendientes del peso y la comida.*

- En el caso de que en la primera visita se identifiquen **criterios de gravedad** se procederá a una remisión urgente al centro hospitalario de referencia (tabla VIII).

-El objetivo primordial del tratamiento es **la normalización y regulación de la ingesta alimentaria y la corrección del estado de malnutrición** (29). Los tratamientos alternativos a una dieta saludable (vitaminas, orexígenos) son ineficaces y peligrosos.

Se deben regularizar los horarios y hábitos de comidas, la paciente debe comer sentada en la mesa con la familia y a veces es aconsejable instaurar periodos de reposo tras la comida.

- Desde la APS es imprescindible intentar **mantener una buena relación con la familia y el paciente.** Entre otras cosas porque, por la propia naturaleza del trastorno, los conflictos entre el paciente, la familia y los equipos especializados son frecuentes. Por eso es recomendable mantener desde APS la relación, incluso cuando el paciente haya sido remitido estar atentos, **colaborando con la USM en el seguimiento** e incluso una vez que se produzca la mejoría **estar alerta para detectar precozmente las posibles recaídas.** Ante la sospecha

de recaída el médico de familia o pediatra remitirá de nuevo al paciente a la Unidad de Salud mental.

- Además es importante la **atención a la familia**; por una parte soportan un gran sufrimiento y necesitan de nuestro apoyo y por otra parte nos aportan una información fiable, pueden colaborar en el tratamiento y favorecer la continuidad del mismo (Anexo IV). Hay que ayudar a que la familia pueda comunicarse con el médico, con la enfermera y entre ellos, sin centrarse obsesiva ni compulsivamente en lo referente a la comida y la alimentación

### **Tabla I**

### **Tipos de familias que interaccionan en los T.C.A.**

- Desorganizadas
- Conflictivas
- Críticas
- Poco cohesionadas
- Con poca capacidad de establecer relaciones de confianza y ayuda entre sus miembros
- Con baja tolerancia hacia el sufrimiento familiar
- Madres que se sienten insatisfechas respecto al grado de cohesión familiar y tendencia a muchas críticas en el aspecto físico



**Tabla II**

	<b>ANOREXIA NERVIOSA</b>	<b>BULIMIA NERVIOSA</b>	<b>TRASTORNOS DE CONDUCTA ALIMENTARIA NO ESPECIFICADA</b>
<b>Madrid</b> <i>(Morandé)</i>	0.69%	1.24%	2.76%
<b>Navarra</b> <i>(Pérez Gaspar)</i>	0.3%	0.8%	3.1%
<b>Zaragoza</b> <i>(Ruiz Lazaro)</i>	0.14%	0.55%	3.83%

Estudios epidemiológicos de los trastornos de conducta alimentaria en España  
(datos de prevalencia en población adolescente)

**Tabla III**

**Síntomas y signos de alarma:**

### **De la Anorexia nerviosa**

- Adelgazamiento
- Amenorrea
- Lanugo
- Actividades para adelgazar (ejercicio, dieta...)
- Historia familiar de Trastorno Obsesivo Compulsivo (T.O.C.)
- Demanda de diuréticos y laxantes
- Vómitos (Signo Russell, petequias cara, hipertrofia salivares)

### **De la Bulimia**

- Intentos fallidos de perder peso
- Historia familiar de depresión
- Vómitos (Edemas cara, manos y pies, erosión en esmalte dental, hipertrofia de glándula parótida)
- Reflujo gastroesofágico
- Ejercicio obsesivo y excesivo
- Disforia (ansiedad, tristeza)

## **Tabla IV**

### **Población de riesgo:**

- Preadolescentes y adolescentes del sexo femenino.
- Bailarinas, gimnastas, modelos, atletas... Cualquier práctica en que el aspecto físico esté especialmente valorado.
- Homosexualidad en varones
- Problemas médicos crónicos que afectan a la autoimagen: diabetes, obesidad.
- Antecedentes familiares de obesidad y T.C.A
- Conflictividad familiar
- Acontecimientos vitales estresantes en los últimos años.

## **Tabla V**

### **Preguntas guía para la Entrevista**

#### **-Sobre el peso:**

*¿Te parece que tu peso es adecuado?*

*¿ Ha aumentado o disminuido tu peso últimamente*

#### **- Sobre la alimentación**

*¿Comes todo tipo de alimentos?*

#### **-Sobre el ejercicio**

*¿Haces mucho ejercicio?*

#### **- Sobre la autoestima y autoimagen**

*¿Te gusta como eres físicamente*

#### **-Sobre la integración familiar y social**

*¿Te llevas bien con tu familia?*

*¿Tienes buenos amigos?*

#### **- Sobre aspectos psicológicos**

*¿Cómo estás de ánimo?*

*¿Te sientes nerviosa o irritable?*

#### **- Sobre la Historia menstrual**

*¿Cuándo tuviste la regla por primera vez?*

*¿ Cuando has tenido la última regla?*

**Tabla VI**

**DATOS DE LABORATORIO en pacientes con anorexia nerviosa**

- Anemia, leucopenia, trombocitopenia.
- Transaminasas normales o elevadas.
- La hipoproteinemia es excepcional
- Urea elevada o normal.
- Puede haber hipercolesterolemia
- Hiponatremia, hipokaliemia, hipocloremia, alcalosis metabólica, hipocalcemia (sobre todo si hay vómitos ó uso crónico de laxantes)
- T4 bajo/TSHnormal.
- FSH/LH:bajo/normal,bajo
- Hematuria.niuria.proteinuria.

**Tabla VII**

<b>EXPLORACION FISICA</b>	
<b>ANOREXIA</b>	<b>BULIMIA</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Hipotermia, hiperactividad o letargia</li> <li>- Piel seca, pérdida de grasa subcutánea, pelo quebradizo, lanugo</li> <li>- Lesiones inducidas por vómitos</li> <li>- Hipotensión, bradicardia</li> <li>- Debilidad muscular, reflejos tendinosos disminuidos</li> <li>- Pies y manos frías y moteados</li> <li>- Mucosa vaginal atrófica</li> <li>- Osteopenia, fracturas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Cara hinchada</li> <li>- Ulceraciones o callos en el dorso de las manos (nudillos)</li> <li>- Caries dental, erosiones en el esmalte o decoloración.</li> <li>- Hipertrofia de las glándulas parótidas</li> <li>- Arritmias</li> <li>- Debilidad muscular, reflejos tendinosos disminuidos</li> <li>- Distensión abdominal, ileo</li> <li>- Edemas en los pies</li> </ul>

### **Tabla VIII**

### **CRITERIOS DE INGRESO DE PACIENTES CON ANOREXIA NERVIOSA**

1. Fallo en el tratamiento ambulatorio.
2. Cronicidad
3. Estado físico grave:
  - Pérdida rápida de peso
  - Peso extremadamente bajo
  - Desnutrición grave
  - Graves desequilibrios electrolíticos
  - Complicaciones orgánicas importantes
  - Vómitos repetidos o intratables
4. Necesidad de aislamiento familiar en grandes disfunciones familiares que pueden complicar el cuadro
5. Necesidad de medios asistenciales adecuados para garantizar el cumplimiento terapéutico si la gravedad del cuadro lo requiere.
6. Comorbilidad psiquiátrica con ideas autolíticas ó síntomas psicóticos.

## Anexo 1

### **Criterios DSM IV para el diagnóstico de Anorexia nerviosa (F50.0)**

- A. Rechazo a mantener el peso corporal igual o por encima del valor mínimo normal considerando la edad y la talla (p.ej. pérdida de peso que da lugar a un peso inferior al 85% del esperable, o fracaso en conseguir el aumento de peso normal durante el período de crecimiento, dando como resultado un peso corporal inferior al 85% del peso esperable).
- B. Miedo intenso a ganar peso o a convertirse en obeso, incluso estando por debajo del peso normal.
- C. Alteración de la percepción del peso o la silueta corporales, exageración de su importancia en la autoevaluación o negación del peligro que comporta el bajo peso corporal.
- D. En las mujeres pospuberales, presencia de amenorrea: por ejemplo, ausencia de al menos tres ciclos menstruales consecutivos. ( Se considera que una mujer presenta amenorrea cuando sus menstruaciones aparecen únicamente con tratamientos hormonales, p ej., con la administración de estrógenos).

Especificar el tipo:

**Tipo restrictivo:** durante el episodio de anorexia nerviosa, el individuo no recurre regularmente al uso de atracones o a purgas (p ej., provocación del vómito o uso excesivo de laxantes, diuréticos o enemas).

**Tipo compulsivo/purgativo:** durante el episodio de anorexia nerviosa, el individuo recurre regularmente a atracones o purgas (p ej., provocación del vómito o uso excesivo de laxantes, diuréticos o enemas).

### **Criterios DSM IV para el diagnóstico de Bulimia nerviosa (F50.2)**

- A. Presencia de atracones recurrentes. Un atracón se caracteriza por:
  - (1) ingesta de alimento en un corto espacio de tiempo (p ej., en un período de 2 horas) en cantidad superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en un período de tiempo similar y en las mismas circunstancias.
  - (2) Sensación de pérdida de control sobre la ingesta del alimento (p ej. Sensación de no poder parar de comer o no poder controlar el tipo o la cantidad de comida que se está ingiriendo).
- B. Conductas compensatorias inapropiadas, de manera repetida, con el fin de no ganar peso, como son la provocación del vómito, el uso excesivo de laxantes, diuréticos, enemas u otros fármacos y el ayuno o ejercicio excesivo.
- C. Los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas tienen lugar, como promedio, al menos dos veces a la semana durante un período de 3 meses.
- D. La autoevaluación está exageradamente influida por el peso y la silueta corporales.
- E. La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de la anorexia nerviosa.

Especificar tipo:

**Tipo purgativo:** durante el episodio de bulimia nerviosa, el individuo se provoca regularmente el vómito o usa laxantes, diuréticos o enemas en exceso.

**Tipo no purgativo:** durante el episodio de bulimia nerviosa, el individuo emplea otras conductas compensatorias inapropiadas, como el ayuno o el ejercicio intenso, pero no recurre regularmente a provocarse el vómito ni usa laxantes, diuréticos o enemas en exceso.



### **Criterios CIE-10 para el diagnóstico de Anorexia nerviosa (F50.0)**

- A. Pérdida de peso o, en niños, ausencia de ganancia, que conduce a un peso corporal de al menos un 15% por debajo del peso normal o del esperado por la edad y altura.
- B. La pérdida de peso es autoinducida por evitación de “alimentos que engordan”
- C. Distorsión de la imagen corporal
- D. Trastorno endocrino generalizado que afecta al eje hipotálamo-hipófiso-gonadal, que se manifiesta en mujeres por amenorrea, y en hombre por pérdida de interés por la sexualidad e impotencia. (Una excepción aparente es la persistencia de sangrado vaginal en mujeres anoréxicas bajo terapia de sustitución hormonal, cuya forma más frecuente es la toma de píldoras contraceptivas).
- E. El trastorno no cumple los criterios diagnósticos A y B de bulimia nerviosa (F50.2).

### **Criterios CIE-10 para el diagnóstico de Bulimia nerviosa (F50.2)**

- A. Presencia de episodios repetidos de sobreingesta (al menos dos por semana en un periodo de tres meses) en los que se ingiere grandes cantidades de comida en un corto periodo de tiempo.
- B. Presencia de una preocupación constante por la comida y un fuerte deseo o una sensación de compulsión por comer.
- C. El paciente intenta contrarrestar los efectos de la comida por uno o más de los siguientes:
  - 1. Vómitos autoinducidos
  - 2. Purgas autoinducidas
  - 3. Periodos de ayuno alternantes
  - 4. Consumo de sustancias anorexigemas, preparados tiroideos o laxantes; cuando la bulimia se produce en pacientes diabéticos pueden escoger omitir su tratamiento con insulina
- D. Autopercepción de estar demasiado obeso, con ideas intrusivas de pavor a la obesidad (que normalmente conduce a un bajo peso).

EAT - 26

	Nunca	Casi Nunca	Algunas veces	Bastantes veces	Casi siempre	siempre
1. Me da mucho miedo pesar demasiado.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Procuro no comer aunque tenga hambre.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Me preocupo mucho por la comida.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. A veces me he atracado de comida, sintiendo que era incapaz de parar de comer.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Corto mis alimentos en trozos pequeños.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Tengo en cuenta las calorías que tienen los alimentos que como.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Evito, especialmente, comer alimentos con muchos hidratos de carbono (pan arroz patatas.....)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Noto que los demás preferirían que comiese más..	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Vomito después de haber comido.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Me siento muy culpable después de comer.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Me preocupa el deseo de estar más delgado/a.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Hago mucho ejercicio para quemar calorías.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Los demás piensan que estoy demasiado delgado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Me preocupa la idea de tener grasa en el cuerpo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Tardo en comer más que las otras personas.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Procuro no comer alimentos con azúcar.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Como alimento de régimen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Siento que los alimentos controlan mi vida.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Me controlo en las comidas.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Noto que los demás me presionan para que coma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Paso demasiado tiempo pensando y ocupándome de la comida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Me siento incomodo/a después de comer dulces..	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Me comprometo a hacer régimen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Me gusta sentir el estómago vacío.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Disfruto probando comidas nuevas y sabrosas.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Tengo ganas de vomitar después de las comidas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**La puntuación total es la suma de los 26 ítems. Puntúan 3,2,1,0,0,0 en la dirección positiva asignando el 3 a las respuestas que más se aproximan a una dirección**

*sintomática ("siempre" =3). Únicamente el ítem 25 se puntúa de una manera opuesta puntuando 0,0,0,1,2,3 (nunca=3)*

*Una puntuación por encima del punto de corte de 20 supone la necesidad de una mayor investigación (exploración por su médico de atención primaria o por un clínico experimentado) y el/la adolescente se considerará como población de riesgo, lo cual no quiere decir que tenga o vaya a tener el trastorno*

## **Anexo III**

### **SCOFF**

1.- ¿Tiene la sensación de estar enfermo/a porque siente el estómago tan lleno que le resulta incómodo?

SI

NO

2.- ¿Está preocupado/a porque siente que tiene que controlar cuanto come?

SI

NO

3.- ¿Ha perdido recientemente más de 6 Kg en un periodo de tres meses?

SI

NO

4.- ¿Cree estar gordo/a aunque otros digan que está delgado?

SI

NO

5.- ¿Diría que la comida domina su vida?

SI

NO

*Se considera positivo si existen 2+ contestaciones afirmativas*

*Se trata de un instrumento de detección y como tal precisa de una evaluación más exhaustiva para poder llegar a un diagnóstico*

## Anexo IV

### Recomendaciones a la Familia

- **Si está preocupado** por los problemas que su hijo/a muestra en su alimentación **dígaselo abiertamente** de forma descriptiva, sin indirectas ni rodeos, por ejemplo:
  - "Me doy cuenta que cada vez comes menos, has perdido mucho peso y estoy preocupada por tu salud"
  - "He observado que compro dulces, chocolate y desaparece de repente, pero los envoltorios están en la basura"...
  - "He notado que el baño huele a vómito"...
- Hacerle ver que puede tratarse de un **problema serio, evitar minimizar** la situación cuando hay elementos que indican el trastorno.
- **Ofrecer la ayuda de un profesional.**
- **Mejorar hábitos** alimenticios y potenciar **una alimentación correcta.**
- Realizar **tres comidas al día** (desayuno, comida y cena) y sentarse a comer en la mesa acompañados.
- Instaurar un tiempo de reposo después de comer.
- En las horas de las comidas **no focalizar la atención sobre la alimentación**, hablar de otras cosas. Interesarse por la vida de esa persona en áreas que no sean la alimentación o la imagen corporal.
- **No culpabilizarse.**
- **Fomentar la autoestima en los hijos**, reconocimiento de conductas adecuadas.
- **Favorecer la comunicación**, estimular la expresión de sus ideas, no ridiculizarlos.

- **Evitar la sobreprotección y reforzar su responsabilidad.**
- **No utilizar tácticas alarmistas**, no son apropiadas y no funcionan (cancer...)
- No desanimarse si hay días difíciles, no esperar una rápida curación y **CONFIAR en que la curación es posible**

## **Bibliografía**

1. DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. American Psychiatric Association. Mason. Barcelona 2002.
2. CIE-10. Clasificación de los Trastornos Mentales y del Comportamiento. Panamericana 2000.
3. Trastorns del comportament alimentary. Guía per a l'atenció primària de salut. Catsalut . Barcelona 2003.
4. Lucas A.R., Beard C.M., O' Falon W, Kurland L.T. 50 years trends in the incidence of anorexia nervosa in Rochester, Minn: A population-based study. Am J Psychiatry 1991; 148: 917-922.
5. Hsu L.K. Epidemiology of the eating disorders. Psychiatr lin North Am 1996; 19: 681-700.
6. Hsu L.K. Eating disorders. Guilford, Nueva York. 1990
7. Toro J. Trastornos de la conducta alimentaria. En: Planificación terapéutica de los trastornos psiquiátricos del niño y del adolescente. Madrid 2000
8. Morandé G, Casas J. Trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes. Anorexia nerviosa, bulimia y cuadros afines. Pediatr. Integral 1997; 2(3): 243-260.
9. Pérez Gaspar M, Gual P, de Irala Estévez J, Martínez Gonzalez MA, Lahortiga F, Cervera S. Prevalencia de los trastornos de la conducta alimentaria en las adolescentes navarras. Med Clin (Barc) 2000; 114:481-162.
10. Ruiz PM, Alonso JP, Velilla JM, Lobo A, Martín A, Paumard C, Calvo AI. Estudio de prevalencia de los trastornos de conducta alimentaria en adolescentes de Zaragoza. Rev Psiquiatría Infanto Juvenil 1998, 3:148-162.

11. Toro J, Farré C. Trastornos de la conducta alimentaria: anorexia y bulimia nerviosa. Programa de formación continuada en pediatría Práctica. Barcelona 2000
12. De la Serna I. Comer no es un placer. Litofinter Madrid. 1998
13. Ruiz Lazaro P Guía práctica de prevención de los trastornos de la conducta alimentaria. Grupo Zarima. Zaragoza 1998.
14. Ruiz Lázaro P.J. Prevención primaria de los trastornos de conducta alimentaria en la adolescencia: papel del profesional de atención primaria. Atención Primaria 2001; 27: 428-431.
15. Ruiz Lázaro P.J. Prevención de los factores de riesgo de los trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes: un reto para la atención primaria. Atención Primaria 2003; 32: 408-409.
16. Martinez A, Menendez D, Sánchez M J, Seoane M, Suarez P. Conductas anoréxicas en la población de estudiantes de secundaria en una area sanitaria. Atención Primaria 2000; 25: 313-319.
17. Moraleda S, Gonzalez N, Casado JM, Carmona de la Morena J, Gómez R. Trastornos del comportamiento alimentario en una población de estudiantes de enseñanza media. Atención Primaria 2001; 28: 463-467.
- Casado I. Tratando (con) adolescentes. Atención Primaria 2000; 26: 137-138.  
Ministerio de Sanidad y Consumo. Protocolo de Atención a pacientes con trastornos del comportamiento alimentario dirigido a médicos de atención primaria. Madrid 2000. .
20. Walsh J.M., Weat M.E., Freund K. Detection, evaluation and treatment of eating disorders the role of the primary care physician. J.gen intern Med 2000; 15: 577-590.



21. Powers P.S., Santana C.A. Eating disorders: a guide for the primary care physician. *Prim Care* 2002; 29: 81-89

Mehler P.S. Diagnosis and care of patients with anorexia nervosa in primary care settings. *Ann Intern Med* 2001; 134: 1048-1459

23. Batal H., Johnson M., Lehman D., Steele A., Mehler P.S. Bulimia: primary care approach. 1998; 7: 211-220.

24. Velilla J.M., Ruiz P., Labia M., Membrado J., Moros M. Trastornos de la conducta alimentaria. Actitud del pediatra. Bases para su diagnóstico temprano. Necesidad de colaboración institucional. *Boletín de la Sociedad de Pediatría de Aragón, La Rioja y Soria*. 2001; 31: 67-82.

25. Guidelines for adolescent Preventive Services (GAPS). Recommendations Monograph. AMA's program on child and adolescent health

26. Schoemaker C. Does early intervention improve the prognosis in anorexia nervosa? A systematic review of the Treatment-outcome literature. *International Journal of eating disorders*. 1997; 1: 1-15.

27. Guimera E, Torrubia R. Adaptación española del Eating Disorders Inventory (EDI) en una muestra de pacientes anoréxicas. *An Psiquiatría* 1987; 3: 185-190.

28. Morgan J.F., Reid F., Lacey H.. The SCOFF questionnaire: assessment of a new screening tool for eating disorders. *BMJ*. 1999; 319: 1467-1468.

29. Toro J. Anorexia nerviosa y bulimia nerviosa. Formación médica continuada 1995; 2: 20-36.



# DETECCION DE LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

## FACTORES DE RIESGO

- Preadolescentes y adolescentes
- Sexo femenino
- Antecedentes familiares y personales de obesidad.
- Práctica de determinados deportes o actividades: ballet, gimnasia, atletas, modelos...
- Homosexualidad en varones
- Dependencia excesiva, inmadurez del desarrollo y aislamiento
- Acontecimientos vitales estresantes en los últimos años.
- Conflictividad familiar.

## ATENCION ESPECIAL

## SÍNTOMAS Y SIGNOS ALARMA

### ANOREXIA

- Adelgazamiento
- Amenorrea
- Lanugo
- Actividades adelgazar ejercicio, dieta
- Demanda de diuréticos O laxantes

### BULIMIA

- Intentos fallidos de perder peso
- Depresión en la familia
- Edemas cara
- Erosión dental
- Hipertrofia parótida
- Ejercicio obsesivo
- Vómitos
- Disforia (Ansiedad, tristeza)

## ENTREVISTA

- Entrevistar al paciente solo, clima de confianza y respeto.
- ¿Te parece que tu peso es adecuado?
- ¿Comes todo tipo de alimentos?
- ¿Haces mucho ejercicio?
- ¿Te gusta como eres físicamente?
- ¿Cómo van las cosas en casa?
- ¿Cómo estás de ánimo?
- ¿Cuándo tuviste la última regla?

## EXAMEN FISICO

- Índice de masa corporal (pérdida significativa de peso si <18).
- Inspección y Exploración por aparatos
- En fases iniciales puede no haber signos físicos llamativos.

## EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS

- Hemograma, bioquímica, proteinograma, iones, hormonas tiroideas
- ECG
- En fases iniciales puede no haber alteraciones.

## CRITERIOS DSM IV /CIE-10

Anorexia nerviosa

Bulimia

TCA no especificado

DERIVAR A SALUD MENTAL

VIGILANCIA APS

Empeoramiento

Mejoría

## OTROS DIAGNOSTICOS

- Anomalías hipotalámicas (tumor cerebral).
- Enfermedad de Addison, DM, hipertiroidismo.
- Enfermedad inflamatoria intestinal, acalasia, síndromes malabsortivos.
- Lupus eritematoso sistémico.
- Depresión, anomalías del pensamiento.
- Neoplasias, abuso de drogas

ALTA

