

TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA



¿QUÉ SON LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA?

Los **trastornos alimentarios y de la ingesta de alimentos (TCA)** son **alteraciones persistentes** en la conducta de alimentarse, que dan lugar a una **desviación significativa** en el consumo y absorción de los alimentos (no es una racha de comer un poco más o un poco menos) y que provocan un importante **deterioro físico y psicosocial** de las personas que los padecen.

La mayoría de las veces se convierten en **enfermedades mentales**, debido a la psicopatología complicada que complica la vida en general de la persona, definida por el DSM-5 (2013) como:

“Un síndrome caracterizado por una alteración clínicamente significativa en la cognición, la regulación de la emoción, o el comportamiento de un individuo, que refleja una disfunción en los procesos psicológicos, biológicos, o de desarrollo subyacentes al funcionamiento mental. Los trastornos mentales se asocian generalmente a angustia o incapacidad para desarrollar las actividades sociales, ocupacionales, u otras importantes”.

No sería una enfermedad mental si se tratan de **comportamientos aprobados culturalmente o respuestas esperables ante un estresor o una pérdida** (por ejemplo, la muerte de un ser querido) o **comportamientos socialmente desviados** (por ejemplo, por motivos políticos, religiosos o sexuales) que reflejan un conflicto entre el individuo y la sociedad.

Los TCA son, según la clasificación del DSM-5:

- Trastornos básicos: la **anorexia nerviosa**, la **bulimia nerviosa** y el **trastorno por atracones** (nuevo en el DSM-5)
- Más vinculados con el desarrollo, muy infantiles o relacionados con déficits cognitivos (retraso): **pica**, el **trastorno de rumiación**, los **trastornos de evitación/restricción**
- Otros trastornos alimentarios o de la ingesta de alimentos “especificados”: cuando hay trastornos atípicos porque no se cumple un criterio (por intensidad o frecuencia)

Existe un **aumento en la prevalencia** (número total de casos que se desarrollan en una población en un periodo de tiempo determinado, dividido por la población total en ese momento temporal = proporción) de los trastornos alimentarios, especialmente en los países desarrollados o en vías de desarrollo. Este es atribuible al **incremento de la incidencia** (número de nuevos casos de una enfermedad que se desarrollan en una población en un periodo de tiempo determinado), así como a su *larga duración y cronicidad*. Los datos sobre la prevalencia se extraen de

muestras clínicas, por lo que posiblemente la proporción de casos es mayor a esta:

- Mujeres de 12 a 21 años: 4.1% al 6.4%
- Varones adolescentes: 0.27% al 0.90%
- Ratio de prevalencia de 1 a 9 en varones respecto a mujeres
- Aumento claro de varones afectados por estos trastornos
- Edad de inicio cada vez más temprana. También en mujeres mayores

1.1. ANOREXIA NERVIOSA (AN)

Los criterios diagnósticos del DSM-5 son:

- A. **Restricción** de la ingesta alimentaria en relación a los requerimientos, teniendo como consecuencia una significativa **reducción del peso** en relación a la edad, el sexo, el desarrollo evolutivo y la salud física (peso menor que el mínimo normal o, para niños y adolescentes, menor que el mínimo esperado). - Más importante que el IMC actual es el cambio de peso y el tiempo de este, cuánto y con qué ritmo -
- B. **Miedo** intenso a **ganar peso** o llegar a ser obeso, o realizar conductas persistentes que interfieren con la ganancia de peso, incluso cuando ya hay un bajo peso significativo
- C. **Distorsión** perceptiva de la **imagen corporal**

Tipos:

1. **Restrictivo**: Durante los últimos 3 meses, la persona ha realizado dietas, ayunos, y/o ejercicio físico intenso con la consecuente pérdida de peso
2. **Atracón/Purgativo**: Durante los últimos 3 meses, la persona ha tenido episodios recurrentes de atracón o conductas purgativas (vómitos auto-inducidos, mal uso de laxantes, diuréticos o enemas)

Las personas con anorexia reportan tener atracones. Estos **atracones** son **subjetivos**, ya que si los analizamos podemos observar que en la mayoría de casos son carbohidratos (un trocito de chocolate, un vaso de leche, un donut, etc.) que hacen que se sientan mal porque es “algo que no necesita su cuerpo” según ellas, pero que no se pudieron resistir.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) clasifica el peso de las personas según el Índice de Masa Corporal (IMC), que es igual al peso (kg) entre la talla al cuadrado (metros). A pesar de ser una guía sobre un peso adecuado, no tiene en cuenta el peso muscular, ya que no hay forma de hacerlo sin máquinas adecuadas. En el hombre es normal que el peso muscular sea mayor que en la mujer. La clasificación según el IMC es la siguiente:

Clasificación	IMC (kg/m ²)
BAJO PESO	< 18,50
DELGADEZ SEVERA	< 16,00
DELGADEZ MODERADA	16,00 – 16,99
DELGADEZ LEVE	17,00 – 18,49
NORMAL	18,50 – 24,99
SOBREPESO	25,00 – 29,99
OBESIDAD	> 30
OBESIDAD LEVE	30,00 – 34,99
OBESIDAD MEDIA	35,50 – 39,99
OBESIDAD MÓRBIDA	> 40

Atendiendo al IMC, el DSM-5 marca la **severidad** del trastorno:

- **Leve:** IMC ≥ 17 kg/m²
- **Moderada:** IMC 16-16.99 kg/m²
- **Severa:** IMC 15-15.99 kg/m²
- **Extrema:** IMC ≤ 15 kg/m²

Las personas *sienten que tienen sobrepeso general*, pero están especialmente preocupadas por el abdomen, el trasero y las piernas. Las técnicas utilizadas para evaluar el tamaño o el peso son el pesarse frecuentemente, medir obsesivamente las partes de su cuerpo y mirarse al espejo para confirmar las áreas percibidas como “gordas”.

También tienen *síntomas depresivos, expresiones emocionales restringidas, sentimientos de inutilidad, pensamiento inflexible, evitación o reducción de las relaciones sociales y de comer en público, irritabilidad, insomnio y disminución del apetito sexual*.

Las **causas** pueden ser *genéticas* (por ejemplo, parientes de primer grado), *temperamentales* (por ejemplo, rasgos ansiosos y/o obsesivos) y *ambientales* (por ejemplo, deportes o trabajos que valoran la delgadez). Los **déficits nutricionales provocan cambios reversibles** (como la amenorrea) y/o **irreversibles** (como la baja densidad ósea).

1.2. BULIMIA NERVIOSA (BN)

Los criterios diagnósticos del DSM-5 son:

- A. Episodios recurrentes de **atracción** (-estos atracones con respecto a los de la anorexia, son **objetivos**, aunque no hay criterios para ellos en el DSM-5). Un episodio de atracción se caracteriza por:
 1. Ingesta en *corto periodo de tiempo* (menos de 2 horas) de una cantidad de comida definitivamente superior a la que la mayoría de

gente podría comer en ese tiempo y bajo circunstancias similares

2. Sensación de *pérdida de control* durante el episodio (por ejemplo, un sentimiento de que uno no puede para de comer o controlar lo que come)
- B. **Conductas compensatorias** inadecuadas para evitar la ganancia de peso, tales como vómito auto-inducido, abuso de laxantes, diuréticos, u otros medicamentos, ayuno o ejercicio intenso
- C. El atracón y las conductas compensatorias ocurren ambas, como media, **al menos una vez a la semana durante 3 meses**
- D. La **autoevaluación** está excesivamente influida por la **figura** y el **peso corporal**

El DSM-5 mide la **severidad** atendiendo a los episodios de conducta compensatorias inapropiadas por semana:

- **Leve:** 1-3 episodios
- **Moderada:** 4-7 episodios
- **Severa:** 8-13 episodios
- **Extrema:** 14 o más episodios

Los episodios de atracón pueden darse en varios contextos, como comenzar en un restaurante y terminar en casa. El tipo de alimento ansiado e ingerido durante el atracón suele ser “*prohibido*” y referido a un único macronutriente (por ejemplo, los *carbohidratos*). El comer pequeñas cantidades a lo largo del día no se considera un episodio de atracón. La sensación de **pérdida de control** es muy determinante y significativa. Los atracones suelen verse mal socialmente, por lo que se hacen en solitario, por lo tanto, no cuentan eventos como bodas dentro de ellos.

Los **antecedentes del atracón** suelen ser los *estados de ánimo negativos* (por ejemplo, los estresores interpersonales, el aburrimiento...), la *restricción dietética* y los *sentimientos negativos* relacionados con el peso, la figura y la comida (como la insatisfacción corporal).

Existen determinados riesgos para padecer estos trastornos. Las **causas** pueden ser *genéticas* (por ejemplo, obesidad infantil), *temperamentales* (como la baja autoestima, ansiedad o impulsividad, a diferencia de la anorexia) y *ambientales* (por ejemplo, experiencias de abuso sexual en la infancia, más vinculadas a este trastorno que al de anorexia). Las personas con bulimia comienzan su trastorno, por lo general, con una *dieta*, para gustarle a una persona, por un comentario inoportuno o perder un poco de peso, por ejemplo.

Su curso y diagnóstico es posterior al de la anorexia, existiendo en este más casos tempranos. Los **déficits nutricionales provocan cambios reversibles** (como la amenorrea) y/o **trastornos de fluidos y electrolíticos irreversibles** (por ejemplo, patologías cardíacas y

gástricas), además, por los vómitos y los diuréticos, suelen ser hospitalizadas.

1.3. TRASTORNO DE ATRACONES

Los criterios diagnósticos del DSM-5 son:

- A. Episodios recurrentes de **atración**
- B. Los episodios de atracón se asocian con 3 o más de los siguientes **síntomas**:
 - 1) Comer mucho más rápido de lo normal
 - 2) Comer hasta sentirse desagradablemente lleno
 - 3) Comer grandes cantidades de comida cuando no se siente hambre fisiológica
 - 4) Comer a solas por vergüenza por lo mucho que se está comiendo
 - 5) Sentimientos de mucha culpa, disgusto con uno mismo o depresión después del atracón
- C. **Marcado malestar** mientras el atracón está teniendo lugar
- D. Los atracones ocurren, como media, al menos **una vez por semana** durante **3 meses**
- E. Los atracones **no están asociados** con el uso recurrente de **conductas compensatorias inapropiadas** como en bulimia nerviosa y no ocurren exclusivamente durante el curso de bulimia o anorexia nerviosa

El DSM-5 mide la **severidad** atendiendo a los episodios de atracón:

- **Leve**: 1-3 episodios
- **Moderada**: 4-7 episodios
- **Severa**: 8-13 episodios
- **Extrema**: 14 o más episodios

No se dice explícitamente, pero existe una **falta de control**. Las diferencias de género no están claras, el trastorno por atracón pueden sufrirlo personas con normopeso, sobrepeso y obesidad, aunque está asociado más frecuentemente a personas con *sobrepeso y obesidad* que buscan tratamiento. Estas últimas personas, comparadas con las personas con sobrepeso u obesidad sin trastorno por atracón, se ha demostrado que tienen:

- 1. Mayor deterioro funcional
- 2. Peor calidad de vida
- 3. Mayor malestar subjetivo
- 4. Mayor comorbilidad psiquiátrica
- 5. Mayor preocupación por el peso y la figura

No todas las personas con sobrepeso u obesidad sufren trastorno de atracones, lo que provoca que deben tratarse de diferente forma. Quieren también, como los otros trastornos, bajar de peso, pero esto no es el centro de su vida.

1.4. PICA

Los criterios diagnósticos del DSM-5 son:

- A. Ingesta persistente de **sustancias no nutritivas y no alimentarias** durante un periodo mínimo de 1 mes. Varían según la edad y la disponibilidad: papel, jabón, ropa, pelo, cuerda, lana, tierra, talco, pintura, goma, metal, carbón, arcilla, ceniza, almidón
- B. Esta conducta alimentaria es **inapropiada para el nivel de desarrollo** del individuo. Se sugiere un mínimo de 2 años de edad para diagnosticarla, ya que se excluye así la etapa de desarrollo normal de introducción de objetos en la boca de los bebés
- C. Esta conducta alimentaria **no forma parte de una práctica cultural** o socialmente aceptada (por ejemplo, comer tierra puede ser considerado un acto espiritual y medicinal)
- D. Si esta conducta alimentaria ocurre en el contexto de otro trastorno mental (por ejemplo, trastornos del desarrollo intelectual, trastornos del espectro autista, esquizofrenia) u otras condiciones médicas (por ejemplo, el embarazo donde pueden producirse ansias específicas, como el deseo irresistible de comer tiza o hielo), es suficientemente severa para justificar una atención clínica adicional

No se han identificado anomalías biológicas, pero en algunos casos, se han informado deficiencias en vitaminas y minerales (como zinc o hierro). Las **causas** pueden ser *falta de supervisión, negligencia o retrasos del desarrollo*. En algunos casos, puede llevar a complicaciones médicas generales: **problemas intestinales** (por ejemplo, mecánicos, por obstrucción, perforación...), **infecciones como resultado de ingerir suciedad** (por ejemplo, toxoplasmosis, toxocariasis), **envenenamiento** (por ejemplo, pintura a base de plomo), **pérdida de peso aguda**... De hecho, se puede diagnosticar a través de radiografías abdominales, análisis de sangre, etc. *En anorexia nerviosa se puede llegar a comer sustancias no nutritivas, o no alimentarias* (por ejemplo, pañuelos de papel), *como una estrategia de control del apetito*

1.5. TRASTORNO DE RUMIACIÓN

Los criterios diagnósticos del DSM-5 son:

- A. **Regurgitación repetida** de comida durante un periodo mínimo de 1 mes. La comida regurgitada puede ser re-masticada, re-ingerida o escupida. La comida previamente masticada, que puede haber sido parcialmente digerida, es traída a la boca sin náusea aparente, arcadas involuntarias o disgusto. Aunque las personas pueden describir esta conducta como fuera de su control
- B. La regurgitación repetida no es atribuible a una condición médica (por ejemplo, reflujo gastroesofágico, estenosis pilórica...)
- C. Esta conducta alimentaria no ocurre exclusivamente durante el curso de la anorexia o la bulimia nerviosa, del trastorno de atracones o del trastorno de evitación/restricción de la ingesta de alimentos

- D. Si esta conducta alimentaria ocurre en el contexto de otro trastorno mental (como trastornos del desarrollo intelectual u otros trastornos del desarrollo neurológico), es lo suficientemente severa como para justificar atención clínica adicional

La edad de aparición suele situarse *entre los 3 y 12 meses* y suele remitir espontáneamente, aunque puede prolongarse hasta la infancia, la adolescencia o la edad adulta. Los niños con este trastorno muestran una posición característica de forzar un arqueo con la espalda manteniendo la cabeza hacia atrás y haciendo movimientos de succión con la lengua. Parecen obtener satisfacción con esta conducta motora repetitiva como si tuviera una función de auto-consuelo o auto-estimulación (por ejemplo, golpearse la cabeza).

Las **causas** pueden ser *falta de estimulación, negligencia, situaciones estresantes o retrasos del desarrollo*. Como **consecuencia**, pueden producirse *reducciones de peso y/o malnutrición severa*. En anorexia y bulimia nerviosas se puede llegar a regurgitar y escupir la comida, pero como una estrategia de eliminación de las calorías ingeridas por miedo a ganar peso.

1.6. TRASTORNO DE EVITACIÓN/RESTRICCIÓN DE LA INGESTA DE ALIMENTOS

Los criterios diagnósticos del DSM-5 son:

- A. Aparente **falta de interés por comer o alimentarse**; evitación motivada por las características sensoriales de los alimentos; preocupación por las consecuencias desagradables de la acción de comer, que se manifiestan en un fracaso persistente para alcanzar los requerimientos nutricionales y energéticos necesarios, todo ello asociado con una o más de las siguientes condiciones:
1. Pérdida significativa de peso (o no alcanzar el esperado durante el crecimiento)
 2. Deficiencia nutricional significativa
 3. Dependencia de alimentación enteral o suplementos nutricionales orales
 4. Interferencia significativa en el funcionamiento psicosocial
- B. Este trastorno alimentario no puede ser explicado por la falta de disponibilidad de alimentos o por estar asociado a una práctica culturalmente aceptada (por ejemplo, ayuno religioso o dieta restrictiva)
- C. El trastorno no ocurre exclusivamente en el curso de la anorexia o bulimia nerviosas, y no hay evidencia de que se trate de un problema con el peso o la figura
- D. Si este trastorno alimentario ocurre en el contexto de otro trastorno mental o condición médica, es lo

suficientemente severo como para justificar atención clínica adicional

En algunas personas, la evitación o restricción de la ingesta de alimentos puede deberse a las **características sensoriales de los alimentos**, tales como extrema sensibilidad a la apariencia, el color, el olor, la textura, la temperatura o el gusto (características organolépticas de los alimentos). Estas conductas son descritas como *alimentación restrictiva, selectiva, perseverante, o neofóbica* y suelen manifestarse como un *rechazo a la comida* (o hacia marcas particulares de comida). Esta evitación o restricción puede ser una **respuesta condicionada negativa asociada con lo que sucede tras la ingesta o con la anticipación de esas experiencias desagradables**, por ejemplo, ahogo, vómito o una prueba médica traumática como una esofagoscopia.

Las personas que padecen este trastorno suelen estar *irritables y apáticas durante las comidas*. En bebés, puede ocurrir porque estén muy dormidos, estresados o agitados para alimentarse. En niños, puede ocurrir porque no estén apegados al cuidador o que quieren hacer otras cosas en vez de comer. En adolescentes, puede ocurrir porque estas conductas estén asociadas a dificultades emocionales generalizadas (por ejemplo, trastorno emocional de evitación hacia la comida). Las **causas** pueden ser múltiples: *ansiedad, problemas de alimentación o problemas de interacción en la familia* (por ejemplo, los padres pueden interpretar la conducta como un acto de agresión o rechazo).

1.7. OTROS TRASTORNOS ALIMENTARIOS O DE LA INGESTA DE ALIMENTOS “ESPECIFICADOS”

1.7.1. Anorexia nerviosa atípica

Se cumplen todos los criterios para anorexia nerviosa excepto que, a pesar de haber una pérdida significativa de peso, el **peso de la persona está dentro o por encima del rango normal**.

1.7.2. Bulimia nerviosa de baja frecuencia y/o duración limitada

Se cumplen todos los criterios para bulimia nerviosa, excepto que los atracones **y las conductas compensatorias inadecuadas ocurren como media menos de una vez a la semana y/o durante menos de 3 meses**.

1.7.3. Trastorno por atracón de baja frecuencia y/o duración limitada

Se cumplen todos los criterios para trastorno por atracón, excepto que **los atracones ocurren como media menos de una vez a la semana y/o durante menos de 3 meses**.

1.7.4. Trastorno purgativo

Conductas purgativas recurrentes que influyen en el peso o la figura (por ejemplo, vómito autoinducido, mal uso de laxantes, diuréticos, u otra medicación) en ausencia de atracones.

1.7.5. Síndrome de ingesta nocturna de alimentos

Episodios recurrentes de alimentación nocturna caracterizados por:

1. Levantarse para comer cuando se está durmiendo o por el consumo de comida excesivo después de la cena
2. Recuerdo consciente de dicho consumo de alimentos
3. Causan un malestar y/o deterioro en el funcionamiento significativos
4. No son mejor explicados por influencias externas tales como los ciclos de vigilia-sueño o normas sociales locales
5. No son mejor explicados por otros trastornos mentales (como el trastorno de atracones o consumo de sustancias), otras enfermedades físicas o el efecto de la medicación

ETIOPATOGENIA: PRINCIPALES FACTORES DE RIESGO

Los trastornos de la alimentación tienen una etiología **multifactorial** y un tanto incierta (poco conocida). Ningún factor, de manera aislada, puede explicar el desarrollo y mantenimiento de trastornos tan complejos, sino que los trastornos de la alimentación *aparecen como consecuencia de una serie de circunstancias* que activan la **vulnerabilidad** biológica y/o psicológica de las personas. Estos *suelen iniciarse en la adolescencia*, aunque se va observando cada vez con mayor frecuencia su inicio en la edad adulta e infantil. A continuación, se muestran los principales factores etiológicos.

2.1. FACTORES GENÉTICO-BIOLÓGICOS

Existe una mayor prevalencia de trastornos alimentarios entre los familiares de las personas afectadas, lo cual, ¿podría indicar una mayor vulnerabilidad familiar? Los factores genéticos y biológicos parecen explicar entre el **60% y el 70% de la vulnerabilidad en AN**.

Los trastornos alimentarios *no son hereditarios*, si lo fueran, los factores ambientales no intervendrían en absoluto y, en cambio, se sabe que tienen una influencia muy significativa. Sí parece claro que la AN y la BN son trastornos muy predispuestos genéticamente, aunque la potencia de esa predisposición varíe mucho de una persona a otra.

Dentro de las alteraciones genéticas, se ha encontrado una asociación positiva entre la presencia de determinados polimorfismos y una mayor vulnerabilidad a padecer AN.

Los genes implicados son aquellos que producen alteraciones en la disponibilidad de determinados neurotransmisores (principalmente serotonina) en diferentes áreas cerebrales. El *sistema serotoninérgico está implicado en la regulación del apetito, la respuesta al estrés, la conducta sexual, la sintomatología obsesiva y el estado emocional*. Las alteraciones en los sistemas de neurotransmisión producen una mayor predisposición a la disfunción, que se acabará desarrollando en condiciones de **malnutrición o desnutrición**.

Los factores genéticos también influyen en la **susceptibilidad a la malnutrición**, asociándose a una *dieta restrictiva intensa y prolongada* dará lugar a alteraciones por desnutrición más tempranas y/o intensas en personas con alta susceptibilidad. Por otro lado, un IMC elevado (en gran parte determinado genéticamente) es un factor de riesgo específico para la BN (no tan evidente para la AN).

La influencia genética parece materializarse **a partir de la pubertad** (no antes) debido a importancia de los cambios hormonales.

2.2. FACTORES SOCIOCULTURALES

Los factores socioculturales más importantes son la idealización de la delgadez y la presión del grupo de iguales, los cuales también pueden explicar la mayor parte de las recaídas.

En cuanto a la **idealización de la delgadez**, la sociedad presiona a las mujeres para alcanzar un *ideal de belleza* asociado a la delgadez extrema, lo que lleva a la práctica masiva de dietas restrictivas. La delgadez se asocia a atractivo físico y éxito personal, lo que conlleva una insatisfacción con la imagen corporal (80% de nuestras adolescentes). En los últimos años, esta delgadez se acompaña de un voluminoso pecho y culos que con una delgadez general. Esta **insatisfacción corporal** es el antecedente inmediato de la **restricción alimentaria**, y la restricción alimentaria es el antecedente inmediato de los **trastornos de la alimentación**.

El papel de los *medios de comunicación* es muy importante, posiblemente por ser el factor más potente para la difusión del modelo corporal y de los procedimientos para intentar conseguirlo: TV, cine, revistas ilustradas, vallas publicitarias, vídeos musicales, Internet (pro-Ana y pro-Mía).

La práctica de “*deportes estéticos*” como el ballet y la danza, la gimnasia rítmica y la gimnasia deportiva, es otro factor de riesgo. Entre las practicantes de estos ejercicios/deportes, el porcentaje de chicas adolescentes con trastornos de la alimentación se sitúa entre el 30 y el 60%.

En cuanto a la **presión del grupo de iguales**, se conoce que la pubertad y *adolescencia es un momento de mucho aprendizaje por imitación del grupo de iguales*, siendo importantes factores de riesgo:

- Tipos de **dietas restrictivas y conductas purgativas**
- **Actividad física** para controlar el peso
- **Idealización del cuerpo** delgado
- **Valoración** de la apariencia física

El papel del grupo de iguales podría ser, incluso, superior al de los medios de comunicación. Muchas adolescentes “adquieren” la insatisfacción corporal y cómo combatirla en su grupo de iguales.

2.3. FACTORES FAMILIARES

Se han detectado dos mecanismos por los que la familia puede propiciar conductas de riesgo para los trastornos de la alimentación:

1. La **formulación de bromas, burlas o desaprobaciones** referidas al cuerpo, el peso o la forma de comer del hijo/a. Esto provoca directamente insatisfacción corporal.
2. La presencia de **padres**, y especialmente madres, **preocupadas por su figura y que siguen dietas restrictivas** para controlar el peso (sin justificaciones médicas para hacerlo). Es decir, las madres funcionan de modelos.

Estas influencias ejercen sus efectos negativos durante la infancia, a partir de los **5-6 años de edad**.

2.4. FACTORES DE RIESGO INDIVIDUALES

Se encuentran los **relacionados con la personalidad y el carácter**:

- **Baja autoestima**
- **Tendencia al perfeccionismo**
- **Pensamientos obsesivos** en relación a la comida, el peso o la figura
- **Pensamientos rígidos** en los que el peso se relaciona con la autoevaluación personal
- **Insatisfacción corporal**: es el más importante

También están los **relacionados con experiencias particulares**:

- **Abusos físicos y/o sexuales** en la infancia
- **Burlas repetidas** en la infancia a causa del peso o la figura

2.4.1. Insatisfacción corporal

Corresponde a un *conjunto de alteraciones cognitivas, actitudinales y motivacionales que llevan al menosprecio y evitación del propio cuerpo*. En personas con y sin TCA existe un “descontento normativo”, preferentemente femenino, es decir, nos encontramos ante un *problema*

social, donde el 80% de las mujeres no están satisfechas con su cuerpo, lo que genera una sociedad patológica. Es un factor necesario para el desarrollo de los trastornos de la alimentación, pero *no suficiente por sí mismo*. Las chicas vulnerables utilizan el peso y la figura como una *forma de responder a la falta de control en sus vidas*. Posee dos dimensiones:

- **Dimensión cognitiva**: pensamientos y creencias disfuncionales sobre la forma y apariencia corporal
- **Dimensión afectiva**: sentimientos negativos hacia la forma y apariencia corporal (tal vez, esta tiene mayor relevancia)

La **imagen corporal** es la **representación mental** que hemos creado de nuestro propio cuerpo y en la que interrelacionan aspectos cognitivo-emocionales y neurobiológicos. Se configura en la infancia y adolescencia dando una identidad personal. Una buena imagen corporal derivará en una buena autoestima, que va más allá de gustarse físicamente. Sus dimensiones son:

- **Dimensión perceptiva** (agudeza del juicio): tamaño y forma
- **Dimensión cognitiva**: pensamientos y creencias
- **Dimensión afectiva**: sentimientos y emociones
- **Dimensión comportamental**: consecuencias conductuales derivadas de las otras dimensiones

La **distorsión de la Imagen Corporal** corresponde a la **dimensión perceptiva** (disminución de la agudeza del juicio sobre el tamaño, el volumen y el peso corporal), donde la población masculina tiende a verse más delgados y menos definidos y la población femenina suele verse más grande.

Se puede trabajar esta a través del *ejercicio del dibujo de la silueta*. Este ejercicio consiste en que el paciente dibuje la silueta corporal que cree tener para luego tumbarse sobre ella y delimitar con otro bolígrafo la silueta real de la persona. La diferencia entre la silueta imaginada y la real es la distorsión que se tiene sobre el cuerpo.

La distorsión va acompañada de la insatisfacción, pero la insatisfacción no tiene por qué llevar distorsión. Es más fácil modificar la insatisfacción. La distorsión solo ocurre hacia la propia persona, no en los demás.

ACTUACIÓN DE LOS FACTORES IMPLICADOS EN LOS TRASTORNOS DE ALIMENTACIÓN

Los trastornos alimentarios se encuentran parcialmente determinados tanto por **factores socioculturales**, como por **factores genético-biológicos** (especialmente relevantes en AN). Sin embargo, una parte de la varianza no queda explicada ni por unos ni por otros, de ahí que cada vez más estudios analicen la relevancia que tienen los **factores ambientales no compartidos**.

Estos **factores ambientales no compartidos** explicarían por qué hermanos gemelos, que han crecido en un ambiente familiar similar, pueden diferenciarse respecto a su conducta alimentaria, siendo patológica en unos casos mientras que en otros no. Entre ellos encontramos:

- El *trato diferencial* que pueda darse a los hermanos por parte de los padres
- La *personalidad* y el temperamento de cada persona
- Su *estilo relacional*
- Las *situaciones estresantes vividas*

Los factores ambientales no compartidos poseen una mayor relevancia que los factores compartidos. Del **24% al 42% de la varianza en AN** y del **17% al 46% de la varianza en BN**, quedarían explicadas por la influencia de este tipo de factores.

3.1. Modelo de las tres etapas

El **Modelo de las tres etapas** (Cooper, 1995) separa tres etapas en la adquisición de este tipo de trastornos, hablando de la influencia de los factores etiológicos:

- 1) Etapa 1: **Factores predisponentes**. Se inicia con el nacimiento y se prolonga hasta la aparición de los primeros síntomas. Corresponde a “factores predisponentes” o circunstancias que aumentan la probabilidad de padecer un trastorno de la alimentación:
 - a. *Predisposición genético-biológica*
 - b. *Factores familiares*: los padres son quienes le apuntaron a deporte, incitan a comer sano y le dan importancia al aspecto corporal
 - c. *Factores de riesgo individual*: relacionados con el temperamento y la personalidad, como ser autoexigente, perfeccionista o responder a las expectativas de los demás, así como sufrir sobrepeso en la infancia
- 2) Etapa 2: **Factores precipitantes**. Se extiende desde el momento en que aparecen los primeros síntomas hasta que el trastorno está totalmente establecido. Corresponde a “factores precipitantes” o circunstancias que actúan como disparadoras de las primeras prácticas anómalas (cambios corporales, fracaso escolar, pérdida de algún familiar, relaciones con el otro sexo, separación de los padres, etc.). En esta etapa influyen:
 - a. *Medios de comunicación*
 - b. *Grupo de iguales*
 - c. *Insatisfacción con el peso corporal y la silueta*
- 3) Etapa 3: **Factores de mantenimiento**. El trastorno se hace crónico y se prolonga a lo largo del tiempo. Corresponde a “factores de mantenimiento” o circunstancias que perpetúan el trastorno e impiden la desaparición de los síntomas principales:
 - a. *Pensamientos distorsionados* hacia la alimentación o el propio cuerpo
 - b. *Ausencia de relaciones satisfactorias* con la familia o los amigos

- c. La propia *desnutrición* que provoca cambios fisiológicos y psicológicos
- d. La *distorsión de la imagen corporal* No es difícil que se vuelva crónico, lo difícil es que se ponga en tratamiento por los padres, el tratamiento en sí o la ansiedad de dejar las cosas que hacen mal, además de la duración del tratamiento, que es mucha (más si hay comorbilidad con otros trastornos).

COMORBILIDAD

4.1. Consumo de sustancias

Al principio, el uso de **estimulantes**, como las anfetaminas y la cocaína, está relacionado con los intentos para *reducir el apetito*, después se vincula a los cuadros de BN asociada a la impulsividad. Hasta el 40% de las personas diagnosticadas (AN o BN) reconocen que *abusan o dependen de alcohol o sustancias ilegales*, lo que supone un porcentaje elevado, aunque no siempre se encuentra en la práctica clínica.

4.2. Trastornos de ansiedad

Se presentan cuadros fóbicos *relacionados con el trastorno (fobia a ciertos alimentos, miedo fóbico a engordar o fobia social) y no relacionados (fobias simples, claustrofobia y trastorno de pánico)*. Suelen deteriorarse las relaciones sociales, ya que, en nuestra sociedad, nos reunimos en torno a la comida (quedar para unas tapas, conversar mientras se toma algo, etc.), lo cual hace que le pregunten por qué no come y otros comportamientos asociados con el trastorno. La prevalencia es muy variada, puede oscilar *entre el 10% y el 40%*.

4.3. Trastorno obsesivo-compulsivo

Las personas con **Anorexia Nerviosa** suelen ser *rígidas, estrictas, ordenadas, responsables, constantes, intransigentes y poco tolerantes*. Hasta en un 40% de las personas diagnosticadas de AN está presente el trastorno obsesivo-compulsivo.

4.4. Trastornos de la personalidad

Las personas con AN suelen presentar trastornos de la personalidad asociados, especialmente el **trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad**.

Las personas con BN suelen presentar, como trastornos de la personalidad asociado, el **trastorno límite** y el **histriónico**.

Alrededor del 30% de casos de TCA presentan trastornos de la personalidad.

4.5. Trastornos del estado de ánimo

La depresión está también íntimamente relacionada con los TCA, ya que el diagnóstico de AN o BN suele ir asociado a un cuadro de depresión. Ocurre como con la

ansiedad, en unos casos **predispone**, en otros está **ligada a la clínica** de los TCA o se presenta como **entidad comórbida**. La prevalencia de la depresión oscila entre el 40% y el 80%, con mayor presencia en BN.

4.6. Trastornos del control de impulsos

Algunas de las conductas perturbadas de los TCA suponen una **pérdida del autocontrol**, por ejemplo, la *conducta de sobreingesta, conductas de purga o autoagresiones*. En los TCA también se dan otros trastornos del control de los impulsos como la **cleptomanía** o la **tricotilomanía**.

4.7. Diabetes mellitus

La Diabetes Mellitus está presente en la génesis y evolución de los TCA y también en el tratamiento, que deberá ser ajustado a esta condición física. Entre el 0,5% y el 7% de los casos de AN y BN presentan una Diabetes Mellitus tipo 2. Este porcentaje llega hasta el 20% en el conjunto de los trastornos de la alimentación. Hasta el 9% de los diabéticos obesos presentan un TCA.

4.8. Síndromes de mala absorción

Especialmente en la AN, los *síndromes de mala absorción, las intolerancias al gluten o a la lactosa son factores de riesgo* de padecer los TCA. Suele pasar que, al no comer de todo, vuelvan a incluir alimentos en su dieta y no puedan tolerarlos. Además de que, al comer más de nuevo, se notan pesados, les cuesta hacer la digestión. Se les debe aconsejar que salgan a la calle tras comer, donde no pueden vomitar, y caminen para bajar la comida.

Estos son patologías a tener en cuenta a la hora de estructurar un tratamiento dietético de recuperación ponderal. No hay estudios de prevalencia y la literatura sólo refiere descripción y estudio de casos aislados.

PREVENCIÓN Y DETECCIÓN TEMPRANA

Muchas personas con trastornos alimentarios no buscan tratamiento. La recuperación, en muchos casos, es complicada y no existen tratamientos que puedan ayudar a todo el mundo (diferencias individuales), así como no existen especialistas suficientes para tratar todos los casos. Por ello, la prevención no es un lujo, sino un gran desafío.

TIPOS DE ESTRATEGIAS PREVENTIVAS

6.1. Prevención Primaria Universal

Esta prevención, dirigida a amplios grupos de **personas sanas**. Es la *más utilizada* en el ámbito de los trastornos de la alimentación y es aplicada en **contextos escolares** (9-17 años). El objetivo es **impedir que desarrollen el trastorno**:

1. *Informar sobre la naturaleza* de los TCA y sus consecuencias

2. Informar sobre las *consecuencias negativas* de hacer dieta
3. *Entrenar en habilidades* para resistir la presión del grupo: hacer dieta o utilizar otros métodos inadecuados de control del peso

No ha dado los resultados esperados, incluso, en algunos casos **se han obtenido resultados negativos**, ya que hay un *aumento del conocimiento* de niños y adolescentes sobre TCA, pero *no ha ido asociado a la reducción de las conductas y las actitudes incorrectas* sobre la alimentación. Este fracaso puede tener las causas en que:

1. Se ha simplificado un problema que realmente es muy complejo
2. No es adecuado centrarse sólo en no hacer dieta
3. Es mejor focalizarse en la alimentación saludable, el ejercicio físico, la imagen corporal y la autoestima de niños y adolescentes
4. El trabajo preventivo debe comenzar muy pronto (8-9 años) con seguimientos continuados

Sólo la información no sirve, incluso, puede no estar bien recogida para la población diana (va dirigida a niños que no se sabe si están o no en riesgo).

6.2. Prevención Primaria Selectiva

Estas estrategias preventivas se encuentran dirigidas a la **población de alto riesgo** (no sintomáticas) para **impedir que desarrollen el trastorno**. Han producido, en general, **mejores resultados** que las dirigidas a la población general. Los contenidos más frecuentes engloban:

1. *Psicoeducación general*
2. Educación en el *criticismo* hacia los *medios de comunicación*
3. Focalización en *eliminar los factores de riesgo* de los TCA (como cambiar nuestro vocabulario, usando la palabra menú en lugar de dieta)
4. Focalización en *fortalecer los factores de protección* de los TCA

Las características de los programas preventivos que han mostrado **mayor eficacia** se muestran a continuación:

- a. *Programas interactivos y multisesión*, ya que una sola charla no es eficaz
- b. Ofrecidos a *mujeres adolescentes*
- c. Impartidos por *profesionales entrenados*
- d. Con contenidos relacionados con la *aceptación del propio cuerpo*
- e. Con periodos de *seguimiento largos*
- f. Dirigidos tanto a la prevención de los TCA como a la prevención de la Obesidad: programas de **prevención integrada**, debido a que obesidad y TCA pueden estar muy relacionados, asociándose al trastorno por atracón

En resumen, hay que transmitir mensajes a las familias y a los adolescentes sobre pautas que, indirectamente, pueden protegerlos de los trastornos de la alimentación:

- Establecer *hábitos alimentarios sanos*
- Realizar, al menos, *una comida en familia al día*
- Hacer *ejercicio físico de forma regular*
- *Facilitar la comunicación* entre los miembros de la familia
- *Evitar que las conversaciones giren de manera insistente sobre la alimentación y la imagen corporal*
- *Evitar bromas y desaprobaciones* sobre el cuerpo, el peso o la forma de comer
- *No dar demasiada importancia a la apariencia física*
- *Valorar el desarrollo personal y no la perfección*
- *Ayudar a construir la autoestima de los niños y adolescentes*

6.3. Prevención Secundaria / Detección temprana

Esta está dirigida a personas que **han desarrollado el trastorno** (primeras fases) para **impedir que llegue a ser crónico**.

Hay que hacer una detección temprana debido a que los TCA, en su conjunto, representan la *tercera enfermedad crónica más común entre la población adolescente*. Además, el *retraso* en la identificación de las personas afectadas *aumenta la morbilidad* y un *peor pronóstico*. Es muy importante intervenir en las etapas tempranas del trastorno, al detectar los primeros síntomas y signos de alarma, para lo que disponemos de instrumentos de cribado útiles para hacer una detección temprana de los síntomas asociados a los TCA.

También, es muy importante la identificación y la intervención temprana en personas con pérdida de peso **rápida** antes de que desarrollen estados graves de desnutrición, ya que es más importante la tasa o rapidez con la que se pierde el peso que el peso que se pierde, siempre teniendo en cuenta descartar otras posibles causas. Ante la sospecha de AN, se debe prestar atención a la evaluación clínica global, incluyendo el **ritmo de pérdida de peso**, la curva de crecimiento (niños/as), los signos físicos y las pruebas de laboratorio.

Debido a la baja frecuencia de visitas al médico durante la infancia y la adolescencia, se recomienda aprovechar cualquier oportunidad para detectar conductas de riesgo. Las *revisiones odontológicas* permiten detectar conductas de riesgo, tales como vómitos reiterativos, como, por ejemplo, una gran erosión de los dientes por los vómitos.

¿CÓMO SE RECONOCE UN TRASTORNOS DE LA ALIMENTACIÓN?

7.1. Anorexia nerviosa

Una vez iniciado el trastorno, existen una gran cantidad de comportamientos y actitudes característicos de personas con Anorexia Nerviosa que pueden ser detectados en el ámbito familiar:

- **Negación / Ocultación:** Desarrolla una gran habilidad de mentir y disimular la realidad. “Es mi madre la que quiere que coma más, quiere que engorde” “Estoy comiendo sano” Ajustan la realidad a lo que es recomendable y huyen del problema para alargar su descubrimiento
- **Restricción alimentaria:** Falta de límites en los objetivos que quiere alcanzar con la dieta y determinación implacable con la que mantiene su dieta. Pueden estar años sin probar alimentos “deseables”, pero las personas sin AN no son tan implacables y es más fácil que abandonen la dieta
- **Evitación de la comida familiar:** Si no es posible evitar la comida familiar, dará la comida al perro o la guardará en los bolsillos, zapatos...
- **Irritabilidad ante la comida:** Compara su plato con el de los hermanos y cualquier comentario en la mesa acerca de lo que come la pone muy agresiva
- **Manipulación de los alimentos:** Parte la comida en trozos muy pequeños y los esparce por el borde del plato para dejarse más o quita la grasa de los alimentos (real o supuesta) con papel, agua...
- **Cambios en la forma de comer:** El tiempo que tarda en comer se hace interminable, parte la comida en trozos muy pequeños y los comerá muy despacio o aumenta el consumo de infusiones, bebidas light, chicles...
- **Control y supervisión de la comida familiar:** Su estatus de “experta” le permite hacer la lista de la compra e ir a comprar, poco a poco las tareas culinarias pasan a sus manos y alimentar a otros desempeña en ella un papel sustitutivo de su deseo de comer y le crea la ilusión de haber comido
- **Dominio de la cocina:** Vigila la forma de cocinar de la madre para evitar que ponga grasa o aceite a sus platos y le exige pesar los alimentos en su presencia. Muchas madres ceden su puesto en la cocina para evitar peleas, evitar discusiones o “para que coman algo”, lo cual les da un gran poder, por lo que muchas veces se les prohíbe entrar en la cocina durante el tratamiento
- **Sometimiento de la familia a través de la enfermedad:** Su negativa a comer le otorga un gran poder en la familia
- **Rechazo de la comida social y el aislamiento:** Dejará de ir a las celebraciones familiares si la comida está por medio y se negará a comer en lugares públicos (bares, restaurantes...)

- **Pérdida de peso:** Para la chica con AN, la pérdida de peso significa su *triunfo* en la vida, pero el peso perdido nunca le parece bastante para sentirse segura, generándole un *miedo*
- **Obsesión por la báscula:** Puede llegar a pesarse varias veces al día (necesidad control). Un grupo reducido de personas con AN tiene tal fobia a comprobar si ha cogido un gramo, que se niegan a pesarse y no utilizan la báscula jamás. En el tratamiento se pone la báscula al revés para que no puedan verla, incluso, se retiran espejos y básculas en la casa
- **Conductas purgativas:** Algunas personas con AN se provocan el vómito tras ingerir cantidades irrisorias de comida. También abusan de laxantes y diuréticos
- **Adicción al ejercicio físico y a la actividad:** Hiperactividad, dedicando muchas horas al día a hacer ejercicio físico (adicción). El exceso de actividades extraescolares o extralaborales. El objetivo es eliminar la sensación de incapacidad permanente que la embarga
- **Tiempo libre:** Ocupan su tiempo libre estudiando o haciendo ejercicio y las vacaciones son una oportunidad para aumentar su actividad física

La negación del trastorno al principio es mayor que al estar avanzado, debido también a que en un inicio “pueden comerse el mundo” (se sienten bien, hacen mucho ejercicio, etc.), pero después eso se pierde y pierden amigos, ya no pueden hacer tanto o no se concentran tan bien.

7.2. Bulimia Nerviosa

Una vez iniciado el trastorno, existen una gran cantidad de comportamientos y actitudes característicos de personas con Bulimia Nerviosa que pueden ser detectados en el ámbito familiar:

- **Negación / Ocultación:** Puede llevar en secreto su enfermedad durante años. La ocultación y la “mentira” serán habilidades muy bien desarrolladas
- **Comida social:** La comida que realiza en presencia de otros suele ser normal o incluso abundante (aunque algunos días ayune o haga una dieta muy restrictiva). Sorprende el buen tipo que tiene en comparación con lo que come. Hay desapariciones repentinas y visitas al baño después de comer
- **Atracones:** Realiza los atracones siempre de forma secreta. El ansia por la comida y la impulsividad sin freno la dominan. Primero: leche, bollos, cereales, galletas, chocolate... Después: todo lo que encuentre en casa: fiambres, quesos, cena familiar, comida que ella compra... en casos muy graves buscan comida congelada o de la basura
- **Caos alimentario:** En su afán de controlar el peso, evita los desayunos y el almuerzo (o lo reduce a unos pocos alimentos). Trata de *ayunar* durante

todo el día y espera a la noche para comer, cuando “engulle” cualquier alimento. Esta manipulación hace que su comida termine en un caos de restricción – atracón. Se saltan alguna comida, pero dura muy poco. La tarde y la noche las hace más vulnerables para los atracones

- **Conductas purgativas:** Le resulta muy difícil mantener el ayuno o la restricción alimentaria, pero al no poder realizar conductas purgativas, las cuales no les hace sentir bien sino con culpa, daños, preocupación por los vómitos, etc. El vómito es la solución “magistral” que le garantiza el control del peso sin tanto sufrimiento
- **Desaparición de comida en casa:** La familia puede notar que desaparece la comida y aparecen envoltorios de chocolates, galletas, caramelos, chicles... También aumenta de manera inexplicable el gasto de la hija (compra de comida)
- **Indicios de la existencia de conductas purgativas:** Aumento del tiempo en el baño, especialmente después de las comidas; aumento espectacular del consumo de agua en la casa; descubrimiento de laxantes, diuréticos y/o pastillas para adelgazar (envases vacíos o envoltorios); y aumento de la fatiga y el cansancio (dificultades de concentración)
- **Conductas impulsivas en un grupo muy reducido:** Conductas autolesivas, abuso de sustancias (alcohol, anfetaminas, tranquilizantes, marihuana ...), robos (en casa, supermercados, amigos...) o aumentos de las tiradas de la cadena son observables para detectar el problema en casa

7.3. Detección de los TCA

Al **entrevistar** a una persona con posible TCA, especialmente si es AN, es muy importante tener en cuenta:

- ✓ La *falta de conciencia* de la enfermedad, sobre todo en la detección temprana
- ✓ La tendencia a la *negación del trastorno*
- ✓ La *escasa motivación* para el cambio
- ✓ Y que todo esto es **más acusado cuanto más corta es la evolución del trastorno**, más complicado en detección de los primeros síntomas que cuando se encuentra más avanzada

Es fundamental que los diferentes colectivos de profesionales (psicólogos sanitarios, médicos, profesores, psicólogos escolares, farmacéuticos, nutricionistas, etc.) que pueden estar en contacto con la población de riesgo posean la formación adecuada y puedan actuar como agentes de detección de los TCA.

Es más fácil aceptar en BN que hay un problema, ya que están conscientes del daño que se están haciendo a sí mismas, es más visible que en AN. Además de la propia psicopatía, BN tiene cambios más rápidos, confían antes en ti y son más fáciles de tartar, a pesar de ser más difíciles de detectar.

INTRUMENTOS ÚTILES PARA LA DETECCIÓN DE POTENCIALES CASOS

Hay varios instrumentos adaptados y validados en población española.

8.1. TRASTORNOS ALIMENTARIOS EN GENERAL

8.1.1. Encuesta SCOFF

Sick, Control, One, Fat, Food Questionnaire (Morgan et al., 1999 / García Campayo et al., 2004), utilizado a partir de 11 años, es un instrumento de cribado de los trastornos alimentarios, que consta sólo de 5 preguntas dicotómicas (Sí/No) y valora la pérdida de control sobre la ingesta, las purgas y la insatisfacción corporal.

El rango de puntuación oscila entre 0 y 5 puntos (No = 0 y Sí = 1), con una puntuación total de 2 o más puntos podemos detectar a personas de riesgo de TCA. Por lo tanto, permite detectar personas de riesgo de forma rápida y fácil.

8.2. ANOREXIA NERVIOSA (+BN)

8.2.1. EAT – 40

Eating Attitudes Test (Garner & Garfinkel, 1979; Castro et al., 1991) es un cuestionario para adultos de cribado y evaluación de los TCA. Consta de 40 ítems, que evalúan actitudes alimentarias anómalas: miedo a ganar peso, impulso de adelgazar y presencia de patrones alimentarios restrictivos. Es válido para identificar casos incipientes de AN y BN; es fácil de aplicar, con alta fiabilidad, sensibilidad y validez transcultural.

Cada ítem se puntúa en una escala Likert de 6 puntos (Siempre = 3; Casi siempre = 2; Bastantes veces = 1; Algunas veces = 0; Casi nunca = 0; Nunca = 0). El ítem 23 es solo para chicas. Hay 6 ítems indirectos (1, 18, 19, 23, 27 y 39), que se puntúan de forma inversa a los directos (Siempre = 0; Casi siempre = 0; Bastantes veces = 0; Algunas veces = 1; Casi nunca = 2; Nunca = 3). Por tanto, el rango de puntuación es de 0 a 120 puntos, encontrándose el punto de corte en los 30 puntos, aunque los autores de la validación española recomiendan un punto de corte de 20 puntos.

8.2.2. EAT – 26

Esta es la versión abreviada del EAT – 40 (Garner, 1982; Garandillas et al., 2003), también para adultos. Es un cuestionario de cribado de los TCA, útil para detectar posibles casos de AN y BN en la población general, que consta de 26 ítems. Posee tres subescalas: *dieta*, *bulimia* y *preocupación por la comida*.

Cada ítem se puntúa en una escala Likert de 6 puntos (Siempre = 3; Casi siempre = 2; Bastantes veces = 1; Algunas veces = 0; Casi nunca = 0; Nunca = 0). Hay un

único ítem indirecto (25). El rango de puntuación es de 0 a 78 puntos, encontrándose el punto de corte en los 20 puntos.

8.2.3. ChEAT – 26

El Children Eating Attitudes Test (Maloney et al., 1988; Gracia et al., 2008) es un cuestionario de cribado de los TCA, siendo la versión infantil del EAT – 26 (entre 8 y 13 años), que consta de 26 ítems. Se encarga de valorar la preocupación por la comida, los tipos de alimentación y las actitudes ante la comida, siendo útil para detectar posibles casos de AN y BN en la población general.

Cada ítem se puntúa en una escala Likert de 6 puntos (siempre = 3; casi siempre = 2; bastantes veces = 1; algunas veces = 0; casi nunca = 0; nunca = 0). Hay un único ítem indirecto (22). El rango de puntuación es de 0 a 78 puntos, encontrándose el punto de corte en los 20 puntos, aunque se recomienda bajar el punto de corte.

8.3. Bulimia Nerviosa

8.3.1. BULIT

El Bulimia Test (Smith & Thelen, 1984; Vázquez et al., 2007) es un cuestionario de cribado y de evaluación de la BN, útil para detectar posibles casos de BN en la población general adulta y para cuantificar la gravedad de los síntomas bulímicos. Consta de 36 ítems, donde cuatro de ellos sólo tienen carácter informativo sobre el abuso de laxantes, los diuréticos y la amenorrea (7, 33, 34, 36), por lo que no computan. Los 32 ítems que computan están distribuidos en 5 dimensiones: *atracones*, *malestar*, *vómitos*, *tipos de alimentos* y *fluctuaciones en el peso*.

Cada uno de los 32 ítems se puntúa en una escala Likert de 5 puntos (de 5 a 1). Hay 9 ítems indirectos (1, 2, 6, 10, 16, 19, 22, 23, 30), que se puntúan de forma inversa a los ítems directos (de 1 a 5). La suma de los 32 ítems genera una puntuación global entre 32 y 160 puntos, encontrándose el punto de corte de la versión original en 102 puntos. Los autores de la versión española recomiendan bajar el punto de corte a 90 puntos. Además, permite obtener una puntuación para cada una de las 5 dimensiones del cuestionario.

8.3.2. BITE

El Bulimia Investigatory Test Edinburgh (Henderson y Freeman, 1987; Rivas et al., 2004) es un cuestionario de cribado y de evaluación de la BN, útil para detectar posibles casos de BN en la población general adulta. Consta de 33 ítems y su duración es de 10 minutos. Se usa más que el BULIT por ser más corto, aunque hay que tener cuidado que los casos de AN con atracones subjetivos puede dar una alta puntuación. Una puntuación de 25 puntos o más indica BN. Posee dos subescalas:

- La *escala de Síntomas* evalúa el número e intensidad de los síntomas. Consta de 30 ítems. Las preguntas de esta escala se hacen en formato dicotómico (sí/no), poseyendo 5 ítems indirectos (1, 13, 21, 23, y 31). Su puntuación máxima es de 30 puntos, encontrándose el *punto de corte de la escala en los 20 puntos* para indicar una posible BN (en los 10-15 puntos indica patrones alimentarios anormales y en los 15-20 puntos una posible BN subclínica).
- La *escala de Gravedad* evalúa la gravedad del trastorno basada en la frecuencia con que se producen las conductas patológicas. Consta de 3 ítems que se puntúan en una escala tipo Likert y cuyo *punto de corte es de 5 puntos*:
 - ✓ Ítem 6: de 5 (un día sí y otro no) a 1 (una sola vez)
 - ✓ Ítem 7: de 0 (nunca) a 7 (5 o más veces al día)
 - ✓ Ítem 27: de 6 (2-3 veces al día) a 1 (casi nunca)

EVALUACIÓN Y DIAGNÓSTICO

9.1. ¿QUÉ IMPLICA LA EVALUACIÓN Y EL DIAGNÓSTICO?

Es necesario un **equipo multidisciplinar** para el trabajo con esta población, que se compone del **psicólogo**, el **psiquiatra** y **nutricionista**, así como un médico de atención primaria, pediatra y endocrino en los casos que se requiera. El equipo multidisciplinar garantiza mucho más el éxito del tratamiento, aunque también tienen que ser expertos en el campo. Además, estos trastornos queman mucho, por lo que a mayor grupo equipo mejor. La evaluación y el diagnóstico implican los siguientes pasos.

9.1.1. Conciencia de la enfermedad

Valorar si existe o no conciencia de enfermedad (AN y BN), para lo cual hay que analizar las respuestas a preguntas como las siguientes:

1. ¿Viene a la consulta de manera *voluntaria*? La responsabilidad y delicadeza que hay que tener para enganchar a la persona obligada a ir está en la primera entrevista, que será determinante para que vuelva
2. ¿Existe *negación* del trastorno?
3. ¿Qué *actitud* tiene hacia el tratamiento?
4. ¿*Detecta* sus propios síntomas?

Para incrementar la conciencia de enfermedad, ganándonos la confianza de estos pacientes que quieren que les dejen en paz con sus hábitos, debemos:

1. Trabajar las habilidades clínicas, como la **empatía** como la más importante
2. Proporcionar **información sobre los síntomas**, que puede que no hayan verbalizado nunca
3. Involucrar a la paciente en la **toma de decisiones**
4. Mostrar alguna **evidencia de la distorsión de la imagen corporal**

5. **Dar importancia a otros síntomas** (distintos del peso y la comida): autoestima, estudios, amigos, relación con la familia ... Siendo también una forma de engancharlos, ya que hablamos de otras cosas relacionadas, peor que no son su problema, del que no quieren hablar, y que vean que nos importan como personas, no solo su peso
6. Proponer **realimentación gradual** con el compromiso de no hacerle engordar, enseñándoles que, por una tostada, por ejemplo, no van a engordar
7. **Tranquilizar a la paciente y a sus familiares animándolos a iniciar el tratamiento**. La familia si demanda pautas sobre lo que tienen que hacer

9.2. Historia clínica

Para hacer la historia clínica completa, la **empatía**, el **apoyo** y el **compromiso** que perciba la persona afectada durante la entrevista clínica será crucial para que revele el *motivo de la consulta*, sus *conductas alimentarias* y sus *síntomas clínicos*. Por ello, se debe enfatizar la **confidencialidad**, dejando claro a la persona afectada que se hablará con los padres o familiares sobre los temas que se acuerden (excepto cuando haya algún peligro para su integridad física o psicológica). Según la edad y la gravedad influirán en nuestra actuación, lo principal es ayudar a la persona con el trastorno, qué es lo que nos cuenta, prefiriendo que sea ella quien se lo diga a sus padres.

El profesional intentará que no se le identifique como un aliado de la familia, sino como alguien que **cuidará de la salud** de la persona afectada. Así se podrá obtener la información fundamental, que podría llevar hasta 3 entrevistas si fuese necesario:

1. **Descripción del problema** (hay veces que el propio paciente te hace el diagnóstico porque son conscientes de la enfermedad)
2. **Cómo y cuándo** apareció el problema. Los **primeros síntomas**
3. ¿Obesidad infantil? **Recuerdos de la infancia relacionados con el cuerpo**
4. **Evolución del problema** ¿Se han agravado los síntomas con el tiempo?
5. **Etapas en la evolución** del problema
6. ¿**Patologías psicológicas** asociadas? ¿**Tratamientos previos**?
7. **Historia psicosocial** (relaciones familiares, sociales, de pareja ...)

9.3. Sintomatología

Conocer en profundidad la sintomatología que presenta, por un lado, en su **relación con la conducta alimentaria**. Es decir, hay que evaluar si presenta alguno/os de los siguientes **síntomas relacionados** con la conducta alimentaria:

1. *Reduce la espontaneidad y flexibilidad* en la ingesta de alimentos
2. Evita consumir *alimentos específicos*
3. *Pobre variedad* de alimentos
4. Declaraciones acerca de *ser o comer "sano"*
5. *Evita situaciones sociales* con alimentos
6. *Velocidad anormal* de las comidas
7. Intento de *"negociación"* sobre los alimentos
8. *Porciones inusualmente pequeñas*
9. *Incapacidad* para definir o comer una *comida equilibrada*
10. *Dificultad para estimar* correctamente la *ingesta calórica*
11. Corta los alimentos en *trozos muy pequeños* antes de comer
12. *Tiempo desproporcionado pensando* en la comida y el peso corporal
13. *Interés* en las recetas, la preparación de alimentos y las tiendas de comida
14. *Prepara comida para otras personas*
15. Tiene *atracones* objetivos y/o subjetivos
16. *Acumula y esconde* comida
17. Parece estar *enfadada, tensa y hostil* durante las comidas
18. Se muestra *activa e inquieta* durante las comidas
19. *Come más rápido* de lo normal y *más cantidad*
20. Como los alimentos en un *orden determinado*
21. Contrarresta la ingesta de alimentos con *prácticas purgativas*
22. *Selecciona/clasifica* la comida

Más concretamente, hay que evaluar otros parámetros en relación con la conducta alimentaria, la cual es recomendable recoger por medio de **registros**, ya que la información verbal es muy vaga. Tampoco es necesario que sean hiperprecisas, no tienen que contar calorías ni pesar los alimentos. Estos parámetros son:

1. *Tipo y cantidad de alimentos consumidos*
2. *Alimentos prohibidos*
3. *Práctica de atracones*
 - Frecuencia
 - Cantidad y tipo de comida ingerida
 - Lugares donde se producen los atracones
 - Circunstancias previas al atracón (estímulos, estado de ánimo ...)
 - Diferenciación entre atracones subjetivos y objetivos
5. *Distribución de la ingesta a lo largo del día*
6. *Realización de conductas purgativas*
 - Frecuencia
 - Lugar donde se producen
 - Tipos de purga (vómitos, laxantes, diuréticos, enemas)
 - Purga de atracones o de comidas habituales
 - Otros tipos de purga (ayuno, ejercicio físico excesivo, escupir comida)
 - ¿Rituales alimentarios?

Por otro lado, **relacionado con los aspectos psicológicos**, hay que evaluar si presenta alguna/as de las siguientes **alteraciones psicológicas**:

1. *Creencias irracionales* relacionadas con el peso, la comida, la figura ...
2. *Distorsión perceptiva* de la imagen corporal
3. *Trastornos de ansiedad y depresión*
4. *Trastornos de personalidad*
5. *Consumo de sustancias* (fármacos, alcohol, otras drogas...)
6. Falta de *habilidades sociales* y de *resolución de problemas*
7. *Baja autoestima*

9.4. Estado físico

Solicitar una valoración del estado físico, realizada por otros profesionales sanitarios, de forma alarmante si se encuentra un IMC muy bajo, solicitando una analítica y una densitometría entre otras valoraciones. La exploración física debe ir dirigida a **valorar el estado nutricional de la paciente y detectar posibles complicaciones físicas secundarias a la restricción alimentaria y/o las conductas purgativas**:

1. Calcular el **IMC** y el **porcentaje de grasa corporal**
2. **Constantes vitales** (frecuencia cardíaca, tensión arterial, temperatura...)
3. **Exploración de la piel y las mucosas** (deshidratación, pelo, uñas...)
4. **Glándulas submaxilares** (hipertrofia de la garganta)
5. **Signo de Russell** (durezas o heridas en el dorso de la mano por meterse los dedos para vomitar)
6. **Exploración dentaria** (erosiones dentales, caries...)
7. **Densitometría ósea** (osteoporosis)
8. **Analítica completa** (bioquímica, hemograma, niveles hormonales...)

Tener en cuenta que una analítica normal **no descarta nunca un trastorno de la alimentación**.

9.5. Trastornos psicopatológicos asociados

Saber si existen otros trastornos psicopatológicos asociados como **ansiedad, depresión, consumo de sustancias** (más en BN) o **trastornos de personalidad**.

INTRUMENTOS ÚTILES PARA LA EVALUACIÓN Y EL DIAGNÓSTICO

10.1. Entrevista clínica

10.1.1. EDE-17

Cada uno puede hacer su entrevista personal sabiendo la información que necesita recoger, pero si se requiere usar para investigar se usa esta entrevista. Eating Disorder Examination (Fairburn et al., 2014) está basado en los criterios diagnósticos del **DSM-5**, requiriendo

entrenamiento previo y una administración individualizada. Su inconveniente es que no se encuentra aún validada al castellano.

10.2. Cuestionarios autoaplicados

Miden síntomas y conductas de riesgo, pero no



permiten por sí solos hacer un diagnóstico de trastornos de la alimentación. Se recomienda el uso de cuestionarios adaptados y validados en población española.

10.3. Instrumentos específicos

10.3.1. EAT – 40

Eating Attitudes Test (página 16) para la detección.

10.3.2. EDI – 2

Eating Disorder Inventory-2 (Garner et al., 1983; Corral y cols., 1998) es un cuestionario de **evaluación de los TCA**. Consta de **91 ítems** divididos en 11 escalas: **obsesión por la delgadez, bulimia, insatisfacción corporal, ineficacia, perfeccionismo, desconfianza interpersonal, conciencia interoceptiva, miedo a madurar, ascetismo, impulsividad e inseguridad social**.

Cada ítem se puntúa en una escala Likert de 6 puntos (Nunca – Siempre), con ítems directos (Siempre = 3; Casi siempre = 2; A menudo = 1; Algunas veces = 0; Pocas veces = 0; Nunca = 0) y un ítem invertido (27). Cada ítem participa en una sola de las 11 escalas, obteniéndose una puntuación directa de cada escala al sumar los puntos atribuidos a los elementos de la misma. Cada escala presenta una puntuación continua, es decir, *cuanto mayor sea la puntuación obtenida mayor será la manifestación del rasgo evaluado*. Tiene mayor relevancia clínica el valor cuantitativo de cada una de las subescalas que la puntuación global.

Existe una versión posterior del cuestionario, que corresponde a su versión reducida, EDI – 3 [TEA], y que es usada como contrastación de la entrevista.

10.3.3. EDE – Q

Eating Disorders Examination – Questionnaire (Fairburn y Beglin, 1993; adaptación española, Fdez-Santaella et al. 2012) es un cuestionario de **evaluación de los TCA** derivado de la entrevista semiestructurada EDE. Consta de **28 ítems** distribuidos en 4 escalas: *restricción*

alimentaria, preocupación por la comida, preocupación por el peso y preocupación por la figura.

Todos los ítems se evalúan en una escala de 7 puntos, excepto 6 ítems (13-18). *A mayor puntuación total en el cuestionario, mayor severidad del trastorno alimentario*. El margen temporal por el que se pregunta está referido a las últimas 4 semanas aproximadamente (28 días).

10.3.4. BULIT

Bulimia Test (página 17) para la detección.

10.3.5. BITE

Bulimia Investigatory Test Edinburgh (página 18) para la detección.

10.4. Instrumentos útiles para evaluar de aspectos relacionados con los trastornos de la alimentación

10.4.1. BSQ

Body Shape Questionnaire (Cooper et al., 1987; Rivas et al., 2004) es un cuestionario de evaluación de los TCA que evalúa aspectos de la **insatisfacción corporal**. Consta de **34 ítems**

Se puntúan en una escala tipo Likert de 6 puntos (Siempre: 6 – Nunca: 1), con una puntuación mínima de 34 puntos (muy baja insatisfacción corporal) y una puntuación máxima de 204 puntos (muy alta insatisfacción corporal). *El punto de corte es de 105 puntos para detectar insatisfacción corporal y riesgo de desarrollar algún TCA*.

10.4.2. ACQ

Adonis Complex Questionnaire (Pope et al., 2002; no adaptada a población española) es un cuestionario que evalúa el **grado de preocupación por la imagen corporal en varones** (complejo de adonis, no sólo la preocupación desmedida por el desarrollo muscular). Consta de **13 ítems** con 3 alternativas de respuesta (a = 0; b = 1; c = 3). Las puntuaciones obtenidas tienen los siguientes significados:

- 0 – 9 puntos: Preocupación menor por la imagen corporal. No se ve afectada la vida social, académica y/o laboral
- 10 - 19 puntos: Grado medio a moderado del Complejo de Adonis. Puede sentir presión psicológica y/o social en relación a su imagen corporal
- 20 – 29 puntos: Grado comprometido del Complejo de Adonis. Se recomienda tratamiento psicológico
- 30 – 39 puntos: Serio compromiso con la imagen corporal. Todas las áreas afectadas. Necesario tratamiento psicológico

10.4.3. TSA

Test de Siluetas de Adolescentes (Maganto y Cruz, 2008) es una escala visual en la que aparecen por separado 8 figuras de adolescentes jóvenes de ambos sexos,

recogiendo el IMC a través de las imágenes (desde una figura muy delgada-1 con un IMC igual o inferior a 16 hasta una figura gruesa-8 con un IMC igual o superior a 30). Como instrumento no es muy bueno, pero es bueno para iniciar un debate entre adolescentes y comparar lo que les gusta con lo que creen que les gusta.

Consta de 8 ítems (preguntas) que permiten **evaluar las características más relevantes de la imagen corporal en adolescentes (14-18 años)**. En concreto:

- El modelo estético de la persona
- El grado de distorsión corporal
- El grado de insatisfacción corporal
- La persona debe contestar a las siguientes preguntas:
- De las figuras masculinas, ¿cuáles consideras que son normales, delgadas y gruesas?
- De las figuras femeninas, ¿cuáles consideras que son normales, delgadas y gruesas?
- ¿Qué figura representa tu peso actual? > *Grado de distorsión corporal*
- ¿Qué figura te gustaría tener? > *Grado de insatisfacción corporal*
- ¿Qué figura elegirías como pareja?
- ¿Qué figura elegiría el sexo contrario como pareja?
- ¿Qué figura le gustaría a tu madre que tú tuvieras?
- ¿Qué figura le gustaría a tu padre que tú tuvieras?

10.4.4.FCQ – T

CRAVINGS

Traducido al español como ansia en lugar de antojo (más relacionado con las embarazadas) por sus connotaciones negativas. Cepeda-Benito y cols. (2000) los denominan como estados motivacionales (fisiológicos y psicológicos) que promueven la búsqueda de sustancias y la consiguiente realización de conductas de ingesta y consumo de esas sustancias.

Por lo tanto, existen los **Food craving**, que son el *deseo irresistible de comer un determinado alimento o el ansia por la comida*. Este concepto está vinculado a los atracones característicos de Bulimia Nerviosa, Trastorno de Atracones y Obesidad. Se suele desencadenar por la *restricción alimentaria* (aumenta las ansias), los *estados de ánimo negativos* (alimentación emocional, comiendo para sentirse bien o porque se siente mal) y las *atribuciones cognitivas*.

Food Craving Questionnaire – Trait (Cepeda-Benito, Gleaves, Fernández-Santaella, Vila y Reynoso, 2000) es un cuestionario que mide la **intensidad de los deseos de comer característicos de una persona** (cravings de rasgo). Consta de **39 ítems** distribuidos en 9 escalas: *planes, reforzamiento positivo, reforzamiento negativo,*

pérdida de control, pensamientos, hambre, emociones, contexto, y culpabilidad.

Se puntúa en escala tipo Likert de 6 puntos (Nunca: 1 – Siempre: 6), dando un rango de puntuaciones entre 39 y 234 puntos al realizar el sumatorio de las puntuaciones de los ítems. Permite obtener una puntuación total y una puntuación para cada una de las escalas. *A mayor puntuación en el cuestionario significará mayor ansia por la comida (rasgo)*. Las personas con AN puntúan bajo por negar la necesidad de comer.

10.4.5.FCQ – S

Food Craving Questionnaire – State (Cepeda-Benito, Gleaves, Fernández-Santaella, Vila y Reynoso, 2000) es un cuestionario que mide la **intensidad los deseos de comer en el presente inmediato/“en este momento”** (cravings situacionales). Consta de **15 ítems** distribuidos en 5 escalas: *deseo, reforzamiento positivo, reforzamiento negativo, pérdida de control y hambre.*

Se puntúa en escala tipo Likert de 5 puntos (Absolutamente nada de acuerdo: 1 – Muy de acuerdo: 5), dando un rango de puntuaciones entre 15 y 75 puntos al realizar el sumatorio de las puntuaciones de los ítems. Permite obtener una puntuación total y una puntuación para cada una de las escalas. *A mayor puntuación en el cuestionario significará mayor ansia por la comida (estado).*

10.4.6.FCCQ – T

Food Chocolate Craving Questionnaire – Trait (Rodríguez, Moreno, Cepeda-Benito, Gleaves y Fernández-Santaella, 2007) es un cuestionario que mide la **intensidad de los deseos de comer chocolate de una persona** (cravings de rasgo). Consta de **39 ítems** distribuidos en 9 escalas: *planes, reforzamiento positivo, reforzamiento negativo, pérdida de control, pensamientos, hambre, emociones, contexto y culpabilidad.*

Se puntúa en escala tipo Likert de 6 puntos (Nunca: 1 – Siempre: 6), dando un rango de puntuaciones entre 39 y 234 puntos al realizar el sumatorio de las puntuaciones de los ítems. Permite obtener una puntuación total y una puntuación para cada una de las escalas. *A mayor puntuación en el cuestionario significará mayor ansia por el chocolate (rasgo).*

10.5. Instrumentos útiles para evaluar la psicopatología general de los trastornos de la alimentación

1. **Ansiedad:**
 - State-Trait Anxiety Inventory [STAI]
 - Hamilton Anxiety Rating Scale [HARS]
2. **Impulsividad:**
 - Barrat Impulsiveness Scale [BIS-11]
3. **Depresión:**
 - Beck Depression Inventory [BDI]

- Hamilton Depression Rating Scale [HAM-D]
- Children Depression Inventory [CDI]
- 4. **Trastornos de Personalidad:**
 - Millon Clinical Multiaxial Inventory [MCMI-III]
 - Millon Adolescent Clinical Inventory [MACI]
 - Temperament and Character Inventory – Revisado [TCI-R]
 - International Personality Disorder Examination [IPDE]
- 5. **Obsesividad:**
 - Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale [Y-BOCS]

10.6. CRITERIOS CLÍNICOS PARA HACER EL DIAGNÓSTICO

Se recomienda seguir los **criterios clínicos del DSM-5** para hacer el diagnóstico de los trastornos de la alimentación. El diagnóstico de los trastornos de la alimentación debe incluir *historia clínica completa y sintomatología asociada, exploración psicopatológica general y valoración del estado físico* de la persona afectada.

Una vez realizado el diagnóstico, los profesionales de la salud deben saber que muchas personas afectadas de trastornos de la alimentación son *ambivalentes en cuanto al tratamiento*, debido a las demandas y retos que éste supone. Se debe **evitar culpabilizar** a la persona afectada o a su familia. No obstante, se le debe *explicar con claridad que padece una enfermedad, que se puede tratar, pero que para ello es imprescindible su implicación*.

10.7. IMPLICACIONES PARA LA INTERVENCIÓN

Es necesario un equipo multidisciplinar, como ya hemos mencionado, que se compone de forma básica del psicólogo, el psiquiatra y nutricionista, así como un médico de atención primaria, pediatra y endocrino en los casos que se requiera. La evaluación y el diagnóstico implican los siguientes pasos. Estos deben ser **expertos en trastornos de la alimentación**.

10.8. NIVELES ASISTENCIALES DE INTERVENCIÓN: ATENCIÓN PRIMARIA Y ATENCIÓN ESPECIALIZADA

10.8.1. Atención Primaria

La atención primaria se realiza en centro de día, que corresponden a los Centros de Atención Primaria (CAP), siendo estos el **primer nivel de acceso a la asistencia sanitaria**. A estos centros llegan más casos de anorexia que de bulimia, debido a que los padres lo detectan. Sería relevante la presencia de psicólogos en este para realizar un filtrado. Su función consiste en:

- **Identificar/Detectar** personas con riesgo de padecer un trastorno de la alimentación o personas

que ya lo han desarrollado, es decir, el primer diagnóstico

- Evaluar de manera detallada del **estado físico** de la paciente (pruebas)
- Hacer recomendaciones nutricionales (puede que no funcionen por el momento de la enfermedad)
- Dependiendo de la gravedad del caso, derivar a los distintos dispositivos sanitarios para atención especializada (lo cual es complicado)
- Informar de manera clara y veraz a las personas afectadas y a sus familias sobre los trastornos de la alimentación y motivarlos para la intervención

10.8.2. Atención Especializada

La atención especializada es el **segundo y tercer nivel de acceso a la asistencia sanitaria**. La mayoría de los casos de TCA son atendidos en los centros privados, ya que poseen más recursos. Se presta en los siguientes niveles asistenciales:

- *Ambulatorio*
- *Hospital de día*
- *Hospital general*: Conlleva la hospitalización completa, que se hace más necesaria en los casos de anorexia por los momentos críticos de inanición, aunque hay pocas camas y poco tiempo previsto para estos casos en los hospitales
- *Hospital psiquiátrico*: ya no hay en España

Las personas con AN deberían ser tratadas en el nivel asistencial adecuado según su situación clínica:

- **Ambulatorio**: gravedad leve
- **Hospital de día** (hospitalización parcial): realizan la mayoría de las comidas aquí, como el desayuno (puede), el almuerzo (si) y la merienda (puede), con lo cual es negativo para su vida privada y necesitan apoyo educativo
- Hospital general/Hospital psiquiátrico (**hospitalización completa**): en las grandes ciudades suele haber un hospital o una sección dedicada para esto

La mayoría de personas con BN pueden tratarse a nivel **ambulatorio**. Aunque su hospitalización está indicada ante el riesgo de suicidio, autolesiones y complicaciones físicas graves (desequilibrio electrolítico), como la frecuencia y gravedad de vómitos. Por lo que la mayoría de ingresos son por AN, por la pérdida grave de peso.

Los profesionales de la salud sin experiencia en los trastornos de la alimentación deberían derivar los casos de AN y BN a especialistas formados en este tipo de trastornos.

MODALIDADES DE INTERVENCIÓN: MÉDICA, FARMACOLÓGICA Y PSICOLÓGICA

Objetivos generales de la intervención:

- Restaurar/Normalizar el **peso** y el **estado nutricional**
- Tratar las **complicaciones físicas** asociadas
- Conseguir el **apoyo de la familia**
- Proporcionar educación sobre **patrones alimentarios** y nutricionales sanos
- Modificar/Mejorar las **alteraciones psicológicas** previas al TCA o adquiridas como consecuencia del mismo: pensamientos, actitudes, sentimientos y conductas inadecuadas relacionadas con el peso y la comida (lo que lleva mayor tiempo)
- Tratar los **trastornos psicológicos** asociados al TCA: ansiedad, depresión, obsesiones, trastornos de la personalidad, baja autoestima, etc. Si existe un trastorno de la personalidad (u otro), hay que hacer un *diagnóstico adecuado* para ver el peso de cada problema, escuchar la *demand*a del paciente y ver si hay que abordar uno antes que otro (o a la vez) porque pueden influirse mutuamente. También hay que valorar el estado físico
- **Prevención de recaídas**: no hay que dar de alta a la persona antes de tiempo

11.1. Intervención médica

Esta intervención se encuentra dirigida básicamente a la **renutrición**:

- Soporte nutricional **vía oral** (multivitaminas, suplementos minerales...)
- Soporte nutricional con nutrición **artificial** (sólo con criterios médicos estrictos y de duración muy limitada) para la *desnutrición grave*, la *mala evolución* o la *nula colaboración* por parte de la paciente:
 - Enteral oral: sonda nasogástrica
 - Parenteral intravenosa: sólo en caso extremos de AN
- Consejo nutricional
- **Evitar el síndrome de realimentación**: la alimentación tiene que ser muy gradual, progresivamente añadiendo alimentos blandos para que no haya un rechazo físico a la comida

Se recomienda:

- Que la *ingesta calórica al principio* de la intervención esté siempre *por debajo de la habitual en personas sanas*
- Que para la *estimación del consumo de calorías* se utilice el *peso real* y no el peso ideal
- Que, en caso de malnutrición grave, el consumo energético sea de 25 a 30 kcal/kg peso real o kcal totales no superiores a 1.000/día

A veces, ante la resistencia de la paciente con malnutrición moderada a reiniciar una alimentación normal, se recomienda reducir la ingesta a 500-700 kcal y añadir nutrición enteral oral complementaria (se suele

administrar después de las comidas y no en lugar de las comidas).

Se asume que el soporte nutricional oral en personas con TCA hospitalizadas es adecuado si se consigue una ganancia ponderal superior a 0.5 kg/semana (evolución favorable). En AN, se recomienda soporte nutricional con multivitaminas y/o suplementos minerales vía oral tanto en el régimen ambulatorio como en régimen de hospitalización hasta la recuperación de un peso saludable. En BN, cuando se detecta un desequilibrio electrolítico, en la mayoría de los casos es suficiente eliminar la conducta que lo produjo, pero en un pequeño número de casos es necesaria la administración oral de los electrolitos cuyo nivel plasmático es insuficiente.

Hay que vigilar que con el ingreso hospitalario hay una mejora física, pero puede salir peor mentalmente por un estado de enfado o el aumento de conocimiento.

11.2. Intervención farmacológica

- Antidrepresivos: consumidos muy frecuentemente
- Ansiolíticos: consumidos muy frecuentemente
- Antipsicóticos
- Estimulantes del apetito
- Antagonistas opiáceos

11.3. Intervención psicológica

- Terapia cognitivo-conductual
- Autoayuda
- Autoayuda guiada
- Terapia interpersonal
- Terapia familiar (sistémica o no especificada)
- Terapia psicodinámica
- Terapia conductual

11.3.1. Terapia cognitivo-conductual

Los tratamientos son multicomponentes, complejos y largos. Los principales componentes de esta terapia, se muestran a continuación:

1. Normalización de la conducta alimentaria (específica de esta problemática):

- **Educación nutricional**: se creen expertos en nutrición, pero necesitan una reeducación
 1. Eliminación de *mitos y creencias irracionales* en relación con la comida, la cual se ha vuelto el centro de su vida
 2. Adquisición de *conocimientos apropiados* sobre alimentación y nutrición
 3. Eliminación de *comportamientos inapropiados*: Contar calorías, leer material no seleccionado, consultar páginas web, blogs o chats en los que se hace apología de la delgadez y se dan consejos para adelgazar o purgarse. **Algunas ideas erróneas se recogen aquí:**
 - Cualquier grasa en la comida es mala
 - Estar delgada es saludable

Normas a seguir (generales para AN y BN)

Al principio, las formas de cocinado de los alimentos serán: *cocción, plancha y asado*. El objetivo es dar cierto aspecto de “dieta” al menú y disminuir las reticencias de la paciente a seguirlo. Paulatinamente, se irán introduciendo otras formas de cocinado de los alimentos en el menú, empezando con alimentos a la plancha y cocidos.

En las etapas iniciales del tratamiento, no se incluyen “alimentos prohibidos/favoritos” en el menú (siempre y cuando no sean alimentos fundamentales). Se establecen los pesos para cada alimento del menú, salvo aquellos que sean de consumo libre (por ejemplo, ensaladas, y frutas).

Alimentos Prohibidos (AN)

Aquellos que generan elevada ansiedad en la paciente, bien por sus creencias irracionales en relación a él, bien por la forma de preparación. Algunos ejemplos son los siguientes: dulces, bollería, embutidos (morcilla, chorizo, etc.), fritos, salsas, etc.

Alimentos Favoritos (BN)

Aquellos que, habitualmente, están presentes en los episodios de atracón-vómito y que son “atractivos” para la paciente, aunque le generen cierta ansiedad. Algunos ejemplos son los siguientes: dulces, bollería, embutidos, cocinados con salsas, pizzas, hamburguesas, etc.

Las personas con BN deben exponerse a los alimentos preocupantes o favoritos y comprobar que pueden ir metiéndolos en la dieta sin darse un atracón o perder el control. Es menos preocupante que tenga o no forma de dieta.

Alimentos Fundamentales

Aquellos que bajo ningún concepto pueden ser eliminados del menú. Se puede negociar con las pacientes las formas de cocinado, cantidad, frecuencia semanal, etc., pero siempre deben estar presentes en unas cantidades mínimas saludables.

Algunos ejemplos son los siguientes: Carnes, pescados, frutas, legumbres, verduras, hortalizas, azúcar, pasta, pan, leche, cereales, aceite, agua.

- La grasa de una parte concreta del cuerpo se puede reducir (caderas y muslos)
- Ciertos alimentos, o combinaciones de alimentos, pueden activar el metabolismo y acelerar la pérdida de peso
- El agua engorda/el agua adelgaza
- Hacer dieta es saludable

➤ Realimentación gradual

1. Establecimiento de *objetivos claros y pactados* con la paciente
2. Elaboración de un menú a partir de la línea de base de *alimentos seguros*
3. Introducción paulatina de *alimentos prohibidos* (que son muchos). No debe haber alimentos prohibidos, poco a poco se les podrán ir añadiendo
4. No hacer comer, sino *educar sobre comer*. Se refleja el que coman bien no solo a nivel físico sino también mental. Hay que trabajar la distorsión cognitiva al mismo tiempo que se educa
5. Hablar de *menú*, no de dieta
6. No marcar un *peso específico* (siempre un margen)
7. Modificar los hábitos alimentarios alterados a través del uso de *autorregistros*
8. Realizar un menú *junto con* la paciente
9. Establecer *normas* en cuanto a la alimentación
10. Involucrar a la *familia* en la realimentación nutricional

➤ Control estimular

1. No entrar en la cocina y mantener la puerta cerrada
2. No manipular los alimentos
3. No cambiar los alimentos del menú pactados con el terapeuta
4. Ajustar el tiempo de la comida a 45 min
5. No dejar comida en el plato
6. Hacer las comidas acompañada por familiares o amigos
7. Hacer reposo después de las comidas
8. No ir al supermercado, pastelerías...

- Es fácil perder peso
- Se puede perder mucho peso sin riesgo para la salud
- La grasa se puede perder rápidamente
- La grasa de la celulitis está producida por toxinas

9. No quedarse sola en casa
10. No ir al baño después de comer
2. **Modificación de la insatisfacción corporal/distorsión de la imagen corporal** (específica de esta problemática):
 - **Insatisfacción corporal:** conjunto de alteraciones cognitivas, afectivas y motivacionales sobre menosprecio y evitación del propio cuerpo. Se ha encontrado una obsesión social por la delgadez tanto con trastornos de este tipo como sin ellos. No se da TCA sin insatisfacción corporal, pero si puede haber insatisfacción corporal sin TCA
3. **Modificación de las creencias irracionales** (común a otras patologías)
4. **Entrenamiento en habilidades de afrontamiento** (común a otras patologías): aquellas que se vean caso a caso que hay que trabajar (Habilidades sociales, Resolución de Problemas, Autoestima, Relación Interpersonal ...)
5. **Prevención de recaídas** (común a otras patologías)

INFORMACIÓN DE UTILIDAD PARA PACIENTES Y SUS FAMILIAS

En la **Guía de Práctica Clínica sobre los TCA**, obtenemos como información útil:

- ¿Qué son los trastornos de la alimentación?
- ¿Qué es la anorexia nerviosa?
- ¿Qué es la bulimia nerviosa?
- ¿Qué es el trastorno de atracones?
- ¿Cuál es el origen de los trastornos de la alimentación?
- Las señales de alerta
 - o En relación a la alimentación
 - o En relación a la imagen corporal
 - o En relación al ejercicio físico
 - o En relación al comportamiento
- ¿Cuáles son las consecuencias de una conducta alimentaria inadecuada?
 - o En la anorexia nerviosa
 - o En la bulimia nerviosa
- ¿Dónde podemos acudir para buscar ayuda profesional?
- El tratamiento
 - o Tratamiento psicológico
 - o Tratamiento nutricional
 - o Tratamiento farmacológico
- Asociaciones estatales de personas afectadas
 - o Asociación en Defensa de la Atención a la Anorexia Nerviosa y Bulimia [ADANER] <http://www.adaner.org>
 - o Federación Española de Asociaciones de Ayuda y Lucha contra la Anorexia y la Bulimia [FEACAB] <http://www.feacab.org>

Para conocer más acerca de los tratamientos en insatisfacción corporal, leer los siguientes estudios:

Moreno, S., Rodríguez, S., Tuschen-Caffier, B., Jansen, A. y Fernández-Santaella, M.C (2012) Pure versus guided mirror exposure to reduce body dissatisfaction: A preliminary study with university women. *Body Image: An International Journal of Research*, 9, 285-288

Díaz, S., Rodríguez, S., Ortega-Roldán, B., Moreno, S. y Fernández-Santaella, M.C. (2015) Testing the efficacy of pure versus guided mirror exposure in women with bulimia nervosa: A combination of neuroendocrine and psychological indices. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 48, 1-8

En ellos se concluye que puede ser beneficiosa una consecución de una exposición pura y, detrás de esta, una exposición guiada. Los resultados mostraron eficacia en la reducción de la insatisfacción corporal, decrementando la frecuencia de pensamientos negativos, aumentando los sentimientos de belleza y satisfacción y decrementando el malestar subjetivo.

- Exposición pura: exposición del cuerpo a un espejo dejando fluir emociones y pensamientos sobre este
- Exposición guiada: exposición del cuerpo al espejo junto a una descripción neutral del mismo