

Trastornos del comportamiento alimentario

**Criterios de ordenación
de recursos y actividades**



MINISTERIO
DE SANIDAD
Y CONSUMO



Trastornos del comportamiento alimentario

**Criterios de ordenación
de recursos y actividades**



Edita:

© Instituto Nacional de la Salud
Subdirección General de Coordinación Administrativa
Área de Estudios, Documentación y Coordinación Normativa
Alcalá, 56
28014 Madrid

ISBN: 84-351-0335-8

Depósito legal: M. 39.693-2000

NIPO: 352-00-033-5

Núm. de publicación INSALUD: 1.766

Imprime: Closas-Orcoyen, S. L.

Polígono Igarza. Paracuellos de Jarama (Madrid)

MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO
INSTITUTO NACIONAL DE LA SALUD
Subdirección General de Atención Especializada

Trastornos del comportamiento alimentario

INSTITUTO NACIONAL DE LA SALUD
Subdirección **General de Coordinación Administrativa**
Madrid, 2000

GRUPO DE TRABAJO

REPRESENTANTES DEL INSALUD

Coordinación General:

Leticia Moral Iglesias
Subdirectora General de Atención Especializada

Coordinadora del Grupo de Trabajo:

Inmaculada de la Serna de Pedro
Psiquiatra. Psicólogo Clínico. Hospital Ramón y Cajal. Madrid

Representante de Psicología:

Rosa Calvo Sagardoy
Psicólogo Clínico. Hospital La Paz. Madrid

REPRESENTANTES DE LAS SOCIEDADES CIENTÍFICAS

Sociedad Española de Endocrinología y Nutrición

Pilar García Peris
Hospital Gregorio Marañón. Madrid

Asociación Española de Neuropsiquiatría

Francisco J. Vaz Leal
Universidad de Extremadura. Badajoz

Sociedad Española de Pediatría

Alfonso Delgado Rubio
Hospital de Basurto. Bilbao
José Casas Rivero
Hospital de Móstoles. Madrid

Sociedad Española de Psiquiatría

Salvador Cervera Enguix
Clínica Universitaria. Universidad de Navarra. Pamplona
Pilar Gual García
Clínica Universitaria. Universidad de Navarra. Pamplona

Sociedad Española de Psiquiatría Infanto-Juvenil

Ana Bielsa Carrafa
Hospital Materno-Infantil Vall D'Hebron. Barcelona
José Luis Pedreira Massa
Centro de Salud Mental 1 (SESPA). Avilés

ÍNDICE

	<u>Págs.</u>
1. INTRODUCCIÓN	9
2. PREVENCIÓN DE LOS TRASTORNOS DEL COMPORTAMIENTO ALIMENTARIO.....	11
2.1. Prevención primaria.....	13
2.1.1. En niños.....	15
2.1.2. En la adolescencia temprana.....	15
2.1.3. En la adolescencia media.....	16
2.1.4. En la adolescencia tardía.....	16
2.1.5. En los jóvenes.....	16
2.1.6. En los mayores.....	17
2.2. Prevención secundaria.....	17
2.3. Prevención terciaria.....	18
3. ASISTENCIA DE LOS TRASTORNOS DEL COMPORTAMIENTO ALIMENTARIO.....	19
3.1. Atención Primaria.....	19
3.2. Atención Especializada.....	21
3.2.1. Consulta externa.....	21
3.2.1.1. Evaluación psicológica.....	22
3.2.1.2. Evaluación familiar.....	23
3.2.1.3. Información al paciente y a la familia.....	24
3.2.2. Hospitalización.....	24
3.2.3. Hospital de día.....	26
3.3. Medidas terapéuticas generales.....	27
3.3.1. Anorexia Nerviosa.....	27
3.3.2. Bulimia Nerviosa.....	29
3.4. Abordaje psicoterapéutico.....	30

3.4.1. Consideraciones generales	30
3.4.2. Medidas psicoterapéuticas.....	31
3.4.2.1. Intervenciones individuales	32
3.4.2.2. Intervenciones grupales	36
3.4.2.3. Intervenciones familiares	36
3.5. Medidas psicofarmacológicas	37
3.5.1. Anorexia nerviosa	37
3.5.2. Bulimia nerviosa	37
3.6. Otras intervenciones	38
3.7. Evolución	38
3.7.1. Factores pronósticos	39
3.7.2. Factores de cronicidad y resistencia al tratamiento	40
3.7.2.1. Características de la enfermedad.....	41
3.7.2.2. Proceso terapéutico	41
4. PROGRAMAS ASISTENCIALES. ORGANIZACIÓN DE RECURSOS	55
4.1. Supuestos básicos.....	55
4.2. Hospitalización	56
4.3. Hospitales de Día	57
4.4. Programa ambulatorio en Centros de Salud Mental	58
4.5. Programa de Atención Primaria.....	58
5. FORMACIÓN DE LOS PROFESIONALES.....	59
5.1. Objetivos	59
5.2. Contenido del plan de formación	59
5.3. Población diana.....	59
5.4. Desarrollo	60
6. BIBLIOGRAFÍA	69

1. INTRODUCCIÓN

Los Trastornos del Comportamiento Alimentario (TCA) tienen una gran relevancia sociosanitaria por su peculiaridad, su gravedad, su interés social, su complejidad y sus dificultades de diagnóstico y tratamiento.

En los últimos diez años, puede decirse que estos trastornos están constituyendo un auténtico fenómeno social en todos los sentidos con un incremento de la prevalencia. La media de las tasas de incidencia anual entre 10 y 30 años es de 17-19/100.000 en Anorexias Nerviosas (AN); la incidencia de Bulimia Nerviosa (BN) en el mismo rango de edad se ha multiplicado por tres en los últimos 10 años, alcanzando una tasa del 50/100.000, considerándose en la actualidad que la prevalencia para la anorexia nerviosa (AN) es del 1% y para la bulimia nerviosa (BN) del 1-3%, siendo similares estas cifras en casi todos los países desarrollados. Teniendo en cuenta los síndromes parciales, los TCA alcanzarían al 4,7% de las mujeres y al 0,9% de los varones.

En este aumento de la prevalencia pueden haber influido muchos factores. Entre ellos estaría la tendencia social actual a realizar dietas, los problemas existenciales de los adolescentes, la mayor divulgación de estas patologías a través de los medios de comunicación y el hecho de que hoy los profesionales, no sólo de psiquiatría y psicología clínica sino también de los equipos de atención primaria, detectan antes estos trastornos.

Son enfermos que por regla general no piden inicialmente ayuda de forma voluntaria, sino que llegan a la consulta del profesional cuando el proceso ya está instaurado y a veces pueden morir por las complicaciones que presentan.

Son entidades íntimamente relacionadas con el cuerpo y el significado social del mismo, con los hábitos y costumbres alimentarias, y con las consecuencias de la desnutrición.

El culto al cuerpo, la equiparación de autocontrol y delgadez, la identificación entre autoestima y aceptación social del propio cuerpo en función de unos cánones arbitra-

riamente fijados, constituyen un contexto que favorece el desarrollo de costumbres insanas frente a la propia imagen corporal.

La mayoría de los casos de anorexia se inician entre los 12 y 18 años. En la bulimia, la edad prevalente de inicio es posterior, entre los 16 y los 25 años. Sin embargo, el momento de la demanda asistencial se demora entre 1 y 3 años de media.

Hacer dietas es un logro asociado a las virtudes de control sobre los deseos del propio cuerpo y puede hacer sentir a la mujer que también controla otras áreas de la vida. Las presiones que sufren éstas para realizarse, ser útiles, independientes y competitivas, a la vez que conservan su tradicional papel de esposa, madre, y amas de casa, crean un ambiente propicio para la expresión de estos trastornos, en caso de existir una predisposición individual. Sin embargo, no debemos olvidar que los TCA no son exclusivos del sexo femenino pues existe un número de varones afectados.

Todo esto supone un papel patógeno importante. La Anorexia y la Bulimia son algo más que la adaptación homeostática del individuo al ambiente psicosocial y que sólo afecta a una pequeña parte de todas las mujeres y hombres sometidos a su influjo.

En relación a la etiopatogenia, durante las últimas décadas la hipótesis de un solo factor ha sido sustituida por hipótesis multifactoriales. La sintomatología clínica representa el final de la interacción de tres tipos de factores:

- Factores predisponentes: individuales, familiares y culturales.
- Factores precipitantes: situaciones de crisis como pérdidas afectivas, o inicio de dieta estricta por insatisfacción corporal.
- Factores perpetuantes: clínica de desnutrición y clínica asociada.

Respecto al pronóstico no se debe hablar de curación antes de los 4 años de evolución. Es una patología con una morbimortalidad asociada importante, habiéndose demostrado en estudios de seguimiento a largo plazo una mortalidad de hasta el 20% en AN a los 20 años, y de un 5% a los 5 años en BN, con una cronificación del 20-25% en los mismos periodos.

2. PREVENCIÓN DE LOS TRASTORNOS DEL COMPORTAMIENTO ALIMENTARIO

Los trastornos del comportamiento alimentario han llegado a ser una preocupación de Salud Pública en todos los países occidentalizados, por lo que se han sugerido programas de educación para prevenir el desarrollo de estas conductas y promover prácticas saludables de alimentación en niños y adolescentes.

La prevención de los TCA es necesaria y dificultosa por tratarse de adolescentes en los que es fácil crear necesidades e inducir al consumo. Es difícil diferenciar entre información preventiva y propagación de conductas. Las intervenciones preventivas que tienen como base el sistema escolar podrían incrementar los riesgos y producir más daños que beneficios. Dichas intervenciones deben ser cuidadosamente diseñados, realizados por profesionales adecuados y coordinados por las instituciones con el fin de unificar criterios.

Cuatro son los factores que hacen necesario pensar en términos de programas de prevención en los TCA en adolescentes:

- **Los datos de prevalencia e incidencia.** Señalan hacia un posible incremento sostenido en las últimas dos décadas de prevalencia, hasta afectar una parte significativa de la población femenina en un continuo que va desde la normalidad a la población de riesgo y de ella a quienes padecen síndromes parciales que en porcentaje importante termina en cuadros completos.
- **La gravedad de las patologías y su impacto sobre las familias.** Los TCA cursan con severa comorbilidad médica y psiquiátrica. En la AN la mortalidad es cercana al 5% y una tendencia a la cronicidad que en algunas series supera el 20-30%. El impacto sobre todos los miembros del grupo familiar es intenso y prolongado, favoreciendo el desarrollo de nueva patología alimentaria en las hermanas.
- **El mejor conocimiento de la población de riesgo.** La mujer joven, la adolescente, aquella que hace dieta para adelgazar, (la principal conducta de riesgo), más aun, si realiza otras actividades de riesgo y se le suman elementos desencadenantes que condicionan un estado emocional negativo.
- **Patologías contagiosas.** La enfermedad parece transmitirse entre las niñas, actuando algunas de ellas como vectoras y pone a prueba la capacidad de la familia para cortar el circuito de propagación adolescente. La enorme presión social para adelgazar y huir de la obesidad actúa como factor patogénico permanente.

El abordaje preventivo de los TCA puede ser integrado en el esquema tradicionalmente asumido por las ciencias de la salud, de acuerdo con el cual distinguimos los siguientes niveles:

Nivel de prevención	Objetivos	Método
Primario	Reducir la incidencia del trastorno (prevenir la aparición de nuevos casos).	Actuar sobre vulnerabilidad y los factores de riesgo.
Secundario	Reducir la prevalencia (acortar la duración del trastorno y el tiempo que media entre su aparición y la búsqueda de tratamiento).	Detección precoz. Tratamiento precoz.
Terciario	Reducir las consecuencias del trastorno.	Evitar la aparición de complicaciones. Tratamiento adecuado de las complicaciones.

Los tres niveles se encuentran interrelacionados, de modo que la necesidad de poner en marcha estrategias preventivas a uno de los niveles no es otra cosa que el reflejo del fracaso total o parcial de las medidas adoptadas en el nivel anterior.

No existen hasta el presente estudios suficientemente documentados que demuestren la eficacia de este tipo de intervenciones. El único factor de riesgo aislado es la dieta, de modo que se han realizado algunos programas destinados a reducir la tendencia de la población a hacer dietas o a desarrollar comportamientos potencialmente peligrosos en relación con el control del peso, dirigidos sobre todo a escolares. También se han desarrollado intervenciones destinadas a poblaciones de riesgo (sujetos que realizan actividades en las que el aspecto físico es importante), pero tienen el inconveniente de que estas poblaciones contribuyen globalmente muy poco a la incidencia global del trastorno.

En relación con este punto, las actividades a realizar deberían inscribirse en las siguientes **líneas básicas**:

- Valorar el impacto real de las intervenciones, mediante estudios clínicos adecuadamente contrastados.
- Dirigir preferentemente las intervenciones a poblaciones de riesgo (deportistas, bailarinas, modelos, gimnastas) y a las personas con capacidad de influir sobre las mismas (profesores, entrenadores, etc.).
- Desechar la idea de que el simple hecho de proporcionar información a la población joven tiene un efecto positivo sobre la reducción de la incidencia de los TCA, ya que, de acuerdo con algunos estudios, en ciertos casos se obtienen resultados completamente opuestos a los que se pretende conseguir.
- Controlar los contenidos de los programas dirigidos a la población, evitando la alarma social y la implicación en los mismos de profesionales sin experiencia, sugiriéndose que este proceso se realice de forma coordinada y bajo control de las

instituciones responsables de la planificación sanitaria a nivel de las comunidades autónomas.

- Actuar a nivel social (publicidad, moda, medios de comunicación, etc.) para intentar modificar las actitudes de la población en relación con el peso y el aspecto corporal, basándolo en la salud y no en un ideal físico a menudo inalcanzable.

2.1. Prevención Primaria

Los esfuerzos realizados en prevención primaria en diferentes grupos de edad y población de riesgo, han producido resultados limitados. Como base de actuación:

- Tener en cuenta los factores del desarrollo a lo largo de las diferentes etapas de la vida.
- Utilizar estrategias que impliquen algo más que mera información, promoviendo prácticas de alimentación saludables y hábitos físicos adecuados.

El pediatra es el primer profesional que entra en contacto con el niño y su familia, y puede marcar las pautas de alimentación y sueño que indirectamente protegerá de los TCA, aconsejando:

- a) Cuidado y estímulo de la alimentación natural o lactancia materna.
- b) Cuidado y manejo de las alteraciones de la interacción madre-hijo que surgen de la dificultad para alimentarlo o se expresan como problemas alimentarios.
- c) Trabajo conjunto con el psiquiatra o psicólogo infantil en las anorexias de la infancia.
- d) Atención a la modulación del apetito, ingestión de alimentos y búsqueda de saciedad en niños voraces y comedores emocionales.
- e) Seguimiento de la interacción vincular y conducta alimentaria en niños hijos de pacientes con TCA.
- f) Seguimiento de las niñas con desarrollo precoz y aparente superautonomía, modulando el refuerzo indiscriminado de los padres y su tentación de inscribir las en mil actividades en lugar de estar con ellas.
- g) Enseñar un uso saludable de la televisión.
- h) Atender a la adolescente en su desarrollo y maduración sexual. Es conveniente hacer un seguimiento del proceso puberal con visitas semestrales que incluyan

exploración física, antropometría y explicación de los cambios físicos y mentales. Si es posible, algunas indicaciones en lo referente a: sueño, alimentación, ejercicio físico, y formas saludables de vestir.

- i) Cuidado especial de las niñas que tienen la menarquia estando un poco gorditas, realizando visitas trimestrales y con indicaciones claras en alimentación, ejercicio y entrenamiento en autoestima y habilidades sociales.

Algunas intervenciones en el desarrollo psicosocial mejoran el funcionamiento vincular y las conductas de apego, y secundariamente, protegen de los TCA en los programas de desarrollo y crecimiento del niño sano.

Se deben transmitir los mensajes de:

- La alimentación infantil es algo más que el mero balance calórico-protéico correcto.
- Introducir el aspecto relacional, interactivo y cultural en las consultas por alimentación, desde la etapa de bebés.
- Evitar las normas rígidas en torno a la alimentación infantil, (horarios, dieta estricta, etc.), con el fin de favorecer la interacción.
- Huir de los alarmismos y exageraciones (anemias, raquitismos, etc.) ante cualquier rechazo alimenticio.
- No amenazar ni a la madre/padre ni al niño/a. Tolerar las desviaciones culturales y corregirlas con suavidad, con el fin de conseguir la colaboración.
- Escuchar y contener las ansiedades de las familias en torno a la alimentación. El desarrollo de la función materna está muy ligado a la alimentación, ya que la madre es la que compra los alimentos, los prepara, cocina o distribuye, empleando buena parte de su tiempo y sus energías en este menester.
- Evitar tópicos y fórmulas hechas en torno a la alimentación, individualizar lo más posible, con el fin de que se contextualicen nuestras orientaciones.
- Regular racionalmente la composición y duración de cada comida y la distribución de ella (p. ej. evitar las comidas interminables, cancelar la tentación de dejar para otra hora lo que no quiera, etc.).
- Señalar que los caprichos alimenticios son efecto de la comodidad de las familias y fuente de obtención de beneficios secundarios para los niños/as; es decir, el gusto alimenticio es educable.
- Los domicilios familiares no deben ser ni restaurantes (no se come a la carta), ni las madres son cocineras (aunque hagan la comida, pero sólo una y para todos, al menos a partir de determinada edad).
- Evitar las fijaciones alimentarias (p. ej. señalar que cada etapa en la infancia tiene unas características y los componentes regresivos como biberón, papillas, dar de comer, etc. son sólo de las primeras etapas del desarrollo humano).

- El acto de la comida no debe ser un martirio (evitar el martilleo y la vivencia de suplicio tanto en las madres como en los niños/as, huir de los chantajes afectivos, la comida no es recorrer pasillos tras el niño, evitar la televisión).
- Dar tiempo al niño/a y darse tiempo para los cambios y acomodaciones (p. ej. el apetito no tiene por qué ser constante y puede que exista alguna época con más o menos apetito, valorar las épocas de mayor tensión como son los exámenes u otro tipo de variaciones por pequeñas que nos parezcan a los adultos como cambio de casa, colegio o compañeros).
- No iniciar el tratamiento farmacológico de entrada ante cualquier trastorno de alimentación (p. ej. evitar los estimulantes del apetito, o los polivitamínicos de complacencia).

2.1.1. *A los niños se les debe:*

- Enseñar a aceptar un amplio rango de siluetas corporales.
- Guiar el desarrollo de intereses y habilidades tendentes al éxito sin basarse en su imagen corporal.
- Enseñar alimentación saludable y hábitos de ejercicio, enfatizando los efectos negativos de las dietas.
- Enseñar modos de resistir bromas sobre su peso o las presiones para ponerse a dieta.
- Informar sobre los distintos aspectos del desarrollo, para aliviar ansiedades sobre la pubertad y enfatizando que la ganancia de peso es normal y necesaria en el desarrollo.

2.1.2. *En la adolescencia temprana, entre los 11 y 13 años, la mayoría de las chicas están insatisfechas con sus cuerpos y quieren adelgazar. Surgen actitudes y conductas alimentarias no saludables que van a ir aumentando, por lo que este periodo es crítico para la prevención.*

Se debe trabajar sobre el desarrollo puberal. La maduración temprana es un factor de riesgo provocando mayor insatisfacción con el peso y el incremento de la independencia, y se puede actuar sobre los siguientes puntos:

- Los padres y sus hijos necesitan comprender y aceptar el aumento de la necesidad de independencia.
- Informar sobre los cambios de la pubertad, incremento de la grasa corporal como algo normal y sobre los componentes psico-sociales (relaciones con chicos, problemas con los padres).
- Aprender a afrontar las burlas de los otros con entrenamiento asertivo.
- Relajación para regular emociones.

- Educar sobre conductas inadecuadas para afrontar las emociones, incluyendo el uso de comida, drogas y alcohol.
- Entrenar en habilidades de manejo del tiempo, para resistir presiones académicas.
- Proporcionar información comprensible sobre alimentación saludable y ejercicio físico, efectos de las restricciones y dietas crónicas, y peligros físicos y psicológicos de las pérdidas drásticas de peso.

2.1.3. *En la adolescencia media, entre 14 y 16 años, existe más evidencia sobre dietas, vómitos provocados, uso de laxantes y diuréticos, atracones, sentimientos de sobrepeso e insatisfacción de la imagen corporal, que precisan intervenciones preventivas seleccionando a la población de mayor riesgo. Son importantes los déficit de autoestima, los problemas de autocontrol y la regulación emocional. También la elección de estudios o carrera y el surgimiento del ideal de «supermujer».*

Las estrategias preventivas deben atender a la alimentación, la autorregulación y las relaciones con los iguales utilizando:

- Estrategias cognitivo-conductuales para el manejo de emociones, ayudando a establecer conexiones entre emociones y uso de alimentos o sustancias para evaluar alternativas saludables en el manejo del afecto negativo.
- Cuestionar y discutir los valores personales, con ejercicios que faciliten una autovaloración diferente al éxito académico o profesional.
- Las imágenes de mujeres en medios de comunicación pueden usarse como punto de partida para discutir el papel femenino. Se pueden usar ejercicios, fotos, dibujos o simular pasarelas, para mejorar la imagen corporal.
- Discusión y confrontación con habilidades de resolución de problemas para conseguir soluciones constructivas frente a las dificultades de relación entre padres e hijos.

2.1.4. *En la adolescencia tardía, de 17 a 20 años, las áreas a trabajar son:*

- Aumento de la independencia y de las relaciones de grupo. Son importantes las bromas y burlas sobre el peso y más para las que están algo obesas. También aumentan las citas y la importancia del atractivo para el otro sexo.
- Logro de un sentimiento integrado del «yo».

2.1.5. *En los jóvenes de 21 a 25 años con trastornos alimentarios solemos encontrar excelentes habilidades para desarrollar relaciones que parecen sinceras, pero*

que realmente están vacías. Las que valoran el éxito intelectual y profesional pero no el ser esposa o ama de casa tienen doble probabilidad de atiborrarse incontroladamente de comida o bien intentar controlar su peso con laxantes, diuréticos o provocándose vómitos.

Pueden ser factores de riesgo:

- Cambios frecuentes de relaciones, trabajo o domicilio.
- Vivir en un colegio mayor por la competitividad en los logros o las citas.
- Participar en deportes de competición.
- Como estrategias preventivas pueden servir:
- Educar en grupos centrándose en el crecimiento de las relaciones para evitar el aislamiento.
- Manejar el estrés generado por los cambios y los diferentes roles.
- Presentaciones educativas en colegios mayores o similar, sobre factores de riesgo y el efecto contagioso de las dietas y los atracones, así como enseñar a manejar situaciones cuando se observan estas conductas.
- Prevenir entre atletas con discusiones sobre factores de alto riesgo, manejo del estrés, así como cuidar los comentarios personales sobre tallas por entrenadores, padres o compañeros.

2.1.6. *En los mayores de 25 años*, entre los factores de riesgo, aparte los ya comentados como burlas y bromas sobre silueta o peso, estrés por los estudios o trabajo y los problemas familiares, se pueden añadir problemas maritales, muerte del esposo o padres, nacimiento de un hijo, rupturas matrimoniales o temor a envejecer.

Las estrategias preventivas se dirigen a:

- Informar sobre los mecanismos de «pesimismo», como una forma de prejuicio similar al racismo y al sexismo.
- Crear grupos de mujeres que exploren los efectos de los conflictos del rol femenino sobre la salud.

2.2. Prevención secundaria

Hasta el presente, parece ser éste el nivel preferente al que se han dirigido los esfuerzos, siendo posible reducir el tiempo que media entre la aparición del trastorno y la puesta en marcha de un tratamiento eficaz con de las siguientes estrategias:

- Formación adecuada de diferentes colectivos de profesionales que pueden estar en contacto con la población de riesgo y actuar como elementos de detección de los TCA (maestros, profesores, psicólogos escolares, farmacéuticos, etc.).
- Formación adecuada de los médicos de atención primaria, para que sean capaces de diagnosticar lo más precozmente posible, y, en consecuencia, tratar o derivar los casos que llegan a sus consultas.
- Desarrollo de los dispositivos asistenciales necesarios en el segundo y tercer nivel para proporcionar un tratamiento adecuado a los casos que han sido identificados. (ver apartado 2. Asistencia de los trastornos de la conducta alimentaria).

2.3. Prevención terciaria

Como se ha señalado anteriormente, un tratamiento rápido y adecuado es el elemento principal capaz de reducir la aparición de secuelas asociadas a los TCA y evitar la cronificación de los pacientes.

El curso natural de los TCA es variable pero como media se demora 4-5 años, llegando a la recuperación en aproximadamente el 65% de los casos. El trabajo interdisciplinario entre médicos de cabecera, pediatras, psiquiatras y unidades de hospitalización:

- Favorece la continuidad del tratamiento.
- Disminuye las hospitalizaciones.
- Reduce la estancia media.
- Actúa sobre los factores que provocan o mantienen el cuadro.
- Evalúan las necesidades asistenciales.

Por otra parte, el desarrollo de dispositivos capaces de seguir la evolución de los mismos, de proporcionar tratamientos a largo plazo y de brindar el apoyo social necesario es imprescindible de cara a reducir la discapacidad futura.

3. ASISTENCIA DE LOS TRASTORNOS DEL COMPORTAMIENTO ALIMENTARIO

3.1. Atención Primaria

Generalmente será el pediatra o médico de atención primaria quien recibirá en primer lugar al paciente y captará los primeros síntomas de la enfermedad, siendo muy importante la detección precoz. En la primera entrevista es importante llevar a cabo una adecuada valoración del cuadro que incluirá:

Historia clínica completa:

- Sintomatología actual: pérdida de peso, demanda de dietas de adelgazamiento o laxantes sin causa justificada, cambios en los hábitos alimentarios, signos de ansiedad frente a la comida, preocupación excesiva por el peso y la figura, presencia de atracones, de ejercicio excesivo o hiperactividad.
- Historia menstrual.
- Tiempo de evolución del trastorno.
- Presencia de complicaciones médicas.
- Conciencia de enfermedad y grado de colaboración del paciente.
- Apoyo familiar y social.

En ocasiones para recoger toda esta información será necesaria la colaboración de algún familiar.

Exploración física:

- Peso, talla, e índice de masa corporal (IMC).
- Constantes vitales.
- Grado de deshidratación, pliegue cutáneo, sequedad de mucosas y presencia de edemas.
- Valoración del estado nutricional.

Exploraciones complementarias

(variarán según el estado orgánico y el estado de nutrición)

Hemograma, proteínas totales, albúmina, prealbúmina, retinol, ionograma, urea, pruebas de función hepática, calcio, magnesio, fósforo, creatinina, glucemia, análisis de orina y ECG. Opcionalmente, hormonas tiroideas y radiología.

Algunas preguntas que nos orientan sobre el diagnóstico son: ¿qué comen, a qué horas, qué le gusta o no le gusta, qué manías tiene con las comidas?. Respecto a su imagen corporal preguntarle ¿cómo se ve, qué no le gusta de su cuerpo?. También investigar acerca de cambios de carácter, ejercicio físico excesivo, si hace dieta y el tipo de dieta, si vomita o se da atracones, si toma fármacos no prescritos.

A. Signos y síntomas físicos de alarma:

- Pérdida de peso de origen desconocido en jóvenes, sobre todo chicas.
- Fallo en el crecimiento normal para la edad y peso del paciente.
- Irregularidades de la menstruación y/o amenorrea.
- Complicaciones médicas por ejercicio físico abusivo.
- Osteoporosis en jóvenes.
- Hirsutismo o lanugo.
- Anomalías dentarias.
- Hipertrofia parotídea.
- Callosidades en los nudillos de las manos.

B. Signos y síntomas conductuales de alarma:

- Desaparecer inmediatamente después de las comidas y encerrarse en el baño.
- Creciente interés en temas gastronómicos, ropa y modas. Uso de pantalones de manera exclusiva y tendencia a ocultar ciertas partes del cuerpo.
- Evitación de alguna comida o alimento de forma frecuente.
- Retraimiento de amistades y compañeras/os.
- Aumento de actividades «útiles» y horas de estudio. Miembros de un subgrupo vulnerable de población (bailarinas, modelos, gimnastas, actrices, etc.).

En caso de resultar positivos varios de estos signos y síntomas de alarma se procederá a una exploración más exhaustiva, que se describe a continuación.

La conducta a seguir ante la sospecha de TCA es:

- Informar al paciente y a la familia de las alteraciones observadas en anamnesis y exploración, y de su carácter de enfermedad.

- Derivación al especialista.
- Si la situación es grave: remitir directamente para ingreso hospitalario.
- Descartar siempre patología orgánica.
- No banalizar el cuadro atribuyéndolo a «Cosas de la edad», «o moda», «o capricho».
- Evitar culpabilizar a nadie.

3.2. Atención Especializada

3.2.1. Consulta externa

Debe realizarse la historia clínica que incluya los apartados habituales: motivo de consulta, enfermedad actual, historia biográfica, antecedentes personales incluyendo la exploración del desarrollo y los procesos vinculados médicos y psiquiátricos, antecedentes familiares, exploración psicopatológica, juicio diagnóstico, pronóstico y recomendaciones terapéuticas (Tabla I).

La exploración psicopatológica nos permitirá precisar la gravedad del cuadro así como los diagnósticos asociados. Se deben por tanto valorar los siguientes aspectos:

- Grado de conciencia de enfermedad: los TCA se caracterizan por la negación de la enfermedad o una aceptación parcial de la misma.
- Alteraciones del pensamiento: los pacientes presentan variadas distorsiones cognitivas. En algún momento de su evolución, coincidente con una mayor gravedad, puede aparecer una actividad deliroide en relación con el propio cuerpo. Debe diferenciarse de otros cuadros delirantes.
- Distorsión de la imagen corporal: caracterizada por una percepción alterada de la totalidad o de partes de su propio cuerpo, distorsión que se da en la mayoría de los casos, y no se extiende a la apreciación del cuerpo de otras personas.
- Manifestación de ansiedad y angustia: la ansiedad es frecuente en los TCA, especialmente en la BN. No es excepcional la comorbilidad con trastornos de angustia y crisis de pánico, así como con trastorno obsesivo-compulsivo, éste último con mayor frecuencia en la anorexia restrictiva. La fobia a la gordura y a perder el control al inicio de la realimentación no es sinónimo de distorsión de la imagen corporal y aparece prácticamente en todas las pacientes.
- Alteraciones del estado de ánimo: dos terceras partes de las pacientes presentan sintomatología depresiva, en unas de carácter melancólico y en las más de naturaleza distímica. Los síntomas desaparecerán en una tercera parte de los casos con la realimentación y en el resto puede ser necesario un tratamiento específico. Las oscilaciones, a veces bruscas, del estado de ánimo son muy fre-

cuentas en la BN. La ideación suicida, en diferente grado y riesgo está presente en la BN y en menor grado en la AN.

- Observaciones complementarias: en la AN, la pérdida de apetito no aparece hasta que el proceso de inanición está muy avanzado o bien si ayuna totalmente y aparece cetosis. La percepción de las sensaciones de hambre/saciedad está muy distorsionada, presentando una sensación de plenitud, náuseas y distensión abdominal después de comer pequeñas cantidades de alimento. En lugar de sentirse agotadas, gozan de una energía sin límites hasta fases muy avanzadas de la enfermedad.
- Conductas asociadas: hiperactividad y ejercicio compulsivo. En la AN pueden aparecer conductas obsesivo-compulsivas en forma de rituales de comprobación, lavado personal, orden, coleccionismo (recetas, libros). En la BN, es frecuente el descontrol de impulsos, que puede manifestarse en forma de abuso de alcohol y/o de otros tóxicos, cleptomanía, compras compulsivas, autolesiones, promiscuidad sexual, sensación de desorden y caos.

3.2.1.1. Evaluación psicológica

Permite valorar las características de la personalidad de cada paciente, confirmar el diagnóstico y ayuda a realizar un pronóstico sobre la posible evolución de cada caso. También permitirá reevaluarle periódicamente.

- En cuanto a los cuestionarios específicos los más utilizados en nuestro país son:
- EAT (Eating Attitudes Test). Se trata de un cuestionario autoaplicado que permite confirmar el diagnóstico, salvo en aquellos casos que niegan toda sintomatología.
- EDI I y II (Eating Disorder Inventory). Es un cuestionario autoaplicado diseñado para evaluar los rasgos psicológicos y de comportamiento comunes a la AN y BN.
- BITE (Self rate Scale for Bulimia). Es un cuestionario autoaplicado que permite identificar a las pacientes que presentan síntomas bulímicos.
- ABOS (Anorectic Behavior Observation Scale for Parents). Es un cuestionario autoaplicado que permite obtener información de los padres de pacientes con TCA. También puede emplearse para la detección precoz, ya que las pacientes suelen negar o disminuir la sintomatología de los trastornos, y la observación externa y objetiva puede ser de gran ayuda.
- COOPER. Cuestionario de cogniciones asociadas a la silueta corporal (Body Shape Questionnaire). Es un cuestionario autoaplicado, diseñado por Cooper y cols. (1997) que permite obtener información del propio paciente sobre la percepción de sus pautas alimentarias y su silueta.

3.2.1.2. Evaluación familiar

Siempre importante, e imprescindible en el caso de los adolescentes.

Aunque la familia no es la causa del problema, la aparición de un TCA altera en gran medida su dinámica y funcionamiento. Por ello será necesario evaluar y trabajar con la familia para conseguir que sea un elemento de apoyo y no de perpetuación de la conducta patológica.

En el grupo familiar se valorarán los componentes de la misma y la calidad de las relaciones y alianzas entre ellos, la de los padres entre sí y las de los hermanos. Se estudiarán los modelos de comunicación y la respuesta que recibe el paciente con la enfermedad. Nivel de preocupación de la familia por la patología y el conocimiento que tienen sobre la misma. Tendremos que conocer la historia y los acontecimientos del pasado que puedan estar influyendo en el problema actual.

- Se debe realizar o completar la analítica ya referida: fórmula y recuento, urea, glucosa, creatinina, GOT, GPT, cinc, triglicéridos y colesterol, calcio, fósforo, magnesio, hierro, ácido fólico y vitamina B12. Rayos X de Toráx y ECG. En ocasiones, densitometría ósea o función tiroidea.
- Se trabajará en colaboración con especialistas de nutrición para establecer pautas alimentarias y control de peso.
- Se establecerán programas psicoterapéuticos individuales, grupales y/o familiares, en función de disponibilidad de recursos y de las características etiopatogénicas que generaron o mantienen el cuadro.
- Se programarán consultas periódicas, semanales o quincenales, según la gravedad.

Cuando el grado de colaboración de la paciente es adecuado, su evolución es positiva, existe apoyo familiar, no presenta vómitos frecuentes y la situación somática no es grave, puede mantenerse el tratamiento de forma ambulatoria.

Es conveniente mantener una buena coordinación con el equipo de atención primaria que conllevará:

- Intercambio de información.
- Valoración conjunta a la vista de los datos obtenidos.
- Planificación del tratamiento y seguimiento del paciente. Es importante delimitar y clarificar qué debe hacer cada profesional.
- Responder por escrito el informe de interconsulta.

3.2.1.3. Información al paciente y a la familia

La información debe incluir:

- Nuestra opinión general sobre el caso.
- Diagnóstico e información general del trastorno.
- Una valoración del pronóstico.
- Información sobre el plan de tratamiento (técnicas a utilizar, tiempo, profesionales implicados).
- Solicitar el compromiso de la familia en el tratamiento. La familia no es la causa del trastorno, pero con su ayuda la evolución será más favorable.

3.2.2. Hospitalización

La hospitalización es una fase más del tratamiento de los TCA y puede ser o no necesaria al inicio o a lo largo de la evolución del trastorno. La indicación de ingreso puede partir tanto desde Atención Primaria como desde Salud Mental, aunque se debe realizar siempre de acuerdo con el médico del equipo de Atención Primaria, Salud Mental y con el Servicio Hospitalario que vaya a hacerse cargo del paciente. Es conveniente que mientras dure la hospitalización se mantenga un contacto fluido y frecuente con los profesionales del tratamiento hospitalario, de tal forma que estemos informados de la evolución del paciente y se haga una planificación conjunta previa al alta hospitalaria.

El ingreso se realizará en unidades de psiquiatría, medicina interna o nutrición, en función de los recursos disponibles, o en pediatría en menores de 18 años.

Criterios de ingreso:

Los criterios que a continuación se señalan son orientativos y deben ser aplicados de forma flexible en el contexto de cada paciente.

A) Anorexia Nerviosa:

- Desnutrición severa (pérdida de más del 30% del peso previo, pérdida acelerada de peso o IMC menor de 17) (-2 desviaciones estándar).
- Graves desequilibrios electrolíticos.
- Constantes biológicas muy inestables (tensión arterial, pulso, temperatura).
- Complicaciones orgánicas graves: diabetes, alteraciones cardíacas, deshidratación, hipotensión, bradicardia.

- Vómitos incoercibles.
- Dificultades de diagnóstico diferencial.
- Conducta suicida.
- Comorbilidad psiquiátrica importante: depresión mayor, TOC (Trastorno obsesivo compulsivo), abuso de tóxicos.
- Falta de respuesta al tratamiento ambulatorio.
- Situación familiar o social muy alterada.

B) Bulimia Nerviosa:

- Alteraciones orgánicas graves.
- Severos desequilibrios hidroelectrolíticos.
- Ciclos incoercibles de atracones/vómitos.
- Conducta suicida.
- Aislamiento social extremo secundario a la BN.
- Grave descontrol de impulsos (cleptomanía, ludopatía, compras, etc.)
- Psicopatología reactiva grave.
- Adicciones.
- Falta de respuesta al tratamiento ambulatorio.
- Situación sociofamiliar muy alterada.

Durante el ingreso, el equipo terapéutico debe plantearse objetivos concretos y pautas de actuación individualizadas incluido un plan de alimentación. Debe hacerse de forma consensuada por todos los integrantes del equipo para evitar manipulaciones o interpretaciones discrepantes. Se debe realizar:

- Control del estado orgánico nutricional del paciente valorando las posibles complicaciones.
- Establecer un programa de alimentación y reposo, control de la hiperactividad o conducta purgativas.
- Apoyar a la familia, facilitando la comunicación y la expresión de los sentimientos.
- Favorecer las relaciones interpersonales que mejoren la autoestima y la confianza.
- Fomentar una percepción realista del propio cuerpo.
- Estimular el interés por otras actividades.

Deben participar psiquiatras, psiquiatra de infancia y adolescencia, psicólogos clínicos, ATS especializado y especialista en nutrición.

Se precisarán comedores donde el equipo de enfermería pueda prestar una atención adecuada a los hábitos alimentarios, salas comunes de actividades que fomenten

las relaciones interpersonales y medidas de seguridad para prevenir y controlar las conductas autolesivas o las fugas.

Reposo absoluto domiciliario: en pérdidas importantes de peso, puede evitar la hospitalización.

En el momento del alta se elegirá una de estas opciones:

- Seguimiento en las consultas del propio hospital del ingreso.
- Seguimiento periódico en el centro de salud mental.
- Hospital de Día.

3.2.3. Hospital de Día

Los programas de tratamiento de día, pueden proporcionar una estructura alrededor de las comidas y a la vez una terapia intensiva, sin que el paciente se aísle totalmente del apoyo y los retos que tiene en su medio habitual. Ello puede facilitar la transición entre los ingresos y el tratamiento ambulatorio, sin perder los beneficios obtenidos y atenuando el riesgo de la puerta «giratoria», que fomenta las ideas de cronicidad y la desesperanza.

Los pacientes tienen que afrontar todos los días aquellas áreas trastornadas: *relaciones interpersonales, situación educativa y laboral, impulsividad* mientras tratan de normalizar tanto las pautas alimentarias como el peso. Esta doble actividad facilita el difícil proceso de integración interna de los controles externos. Dado que los pacientes no son, ni pueden ser totalmente controladas de forma externa, es menos probable que se opongán al tratamiento y que la relación con el equipo se viva de forma empática y no punitiva. El tratamiento en hospital de día interfiere menos psicológicamente que el ingreso hospitalario y permite a las pacientes continuar en contacto con las personas allegadas mientras está recibiendo el tratamiento.

El programa de terapia de grupo en hospital de día integra intervenciones terapéuticas biológicas, psicológicas y socio-culturales, durante un período de 6 a 12 semanas.

Los objetivos terapéuticos tienen que estar claramente definidos:

- Cambios conductuales para normalizar las pautas alimentarias.
- Rehabilitación nutricional mediante la ingesta calórica adecuada y el consiguiente aumento de peso.
- Identificación de los procesos patológicos subyacentes, tanto psicológicos como de las relaciones familiares.

Los grupos pueden dividirse en aquellos que tratan de forma directa las conductas y actitudes distorsionadas, referentes a la comida y el peso, y aquellos que se enfocan a áreas más generales de disfunción.

Existen indicaciones específicas para la admisión en el hospital de día. Incluyen la presencia de un trastorno alimentario grave de acuerdo a criterios DSM-IV, CIE-10, que hallan fracasado en el tratamiento ambulatorio, que tenga una alta probabilidad de fracasar debido al grado de cronicidad, frecuencia de atracones o purgaciones y/o emaciación. Tanto paciente como familia deben estar suficientemente motivadas para seguir un programa tan intensivo y deben aceptar mutuamente las expectativas de cambio en la sintomatología: incremento de peso, descenso de atracones, purgas, etc. El paciente debe tener una capacidad, aunque en ese momento sea muy limitada, de tolerar la situación de grupo y la relación con otros pacientes.

Existen contraindicaciones específicas para admitir a un paciente: riesgo agudo de suicidio, riesgo agudo médico (p. ej. hipocalcemia con alteraciones electrocardiográficas, o emaciación muy grave) y abuso grave de sustancias que claramente interfieran con la normalización del peso, el apetito y la comida.

3.3. Medidas terapéuticas generales

Entre las medidas terapéuticas a desarrollar por los diferentes profesionales están:

3.3.1. *Anorexia Nerviosa:*

A) Reeducación y normalización de los hábitos alimentarios

- La prescripción calórica se realizará de forma individual. Se puede iniciar, siempre que el paciente se sienta capaz, con una dieta de 1000-1500 kcal/día que progresivamente se va aumentando hasta cubrir las necesidades calóricas (100-200 calorías cada 3-7 días). Las necesidades calóricas varían mucho entre los pacientes y según el momento de evolución. Un rango normal de ganancia de peso puede ser de 250-500 grs/semana.
- Hay que establecer una alianza con el paciente asegurándole que no se le va a engordar, sólo se trata de obtener una nutrición adecuada y equilibrada, recuperando el mínimo peso para llevar una vida normal. Una alimentación adecuada y la restauración ponderal van a mejorar muchas alteraciones (físicas y/o mentales) que facilitarán el abordaje psicológico posterior.

- Se deben explicar los requerimientos nutricionales necesarios para el mantenimiento del organismo, el crecimiento, la actividad física, y la ganancia de peso, ya que en general los pacientes no tienen una noción clara de sus necesidades.
- La obtención de energía se realizará a través de dietas equilibradas. Los hidratos de carbono aportarán el 55-60% de las calorías totales, las proteínas el 15% y las grasas menos del 30%.
- Cuando se va llegando al peso acordado es esencial que el paciente se adhiera a la dieta prescrita para evitar el descontrol. Progresivamente van siendo capaces de comer sin la «guía de la dieta», admitiendo alimentos no incluidos en ella, hasta llegar a comer con normalidad.
- Es el médico el que debe organizar la alimentación de acuerdo con el paciente, así se evitan las tensiones familiares. El uso de dietas preestablecidas evita dichas tensiones. Según la evolución se va modificando la dieta, liberalizándose cuando el paciente mejora, hasta comer sin ella e integrarse en la comida habitual de la familia.
- Los padres deben asegurar la disponibilidad de la comida, pero es el paciente el que tiene la responsabilidad de alimentarse para mejorar su salud.

Nadie de la familia debe controlar la comida, ni el peso, ni hacer comentarios sobre la apariencia personal del paciente.

- Los pacientes no intervendrán en la preparación de las comidas.
- Se deben regularizar los horarios de comidas (4-5 al día), con el orden adecuado. A veces serán aconsejables periodos de reposo tras la comida.
- No realizar otras actividades mientras se come.
- Comer sentado con mantel y cubiertos.
- Vigilancia a distancia durante y después de las comidas.
- Marcarse objetivos realistas esperando un cambio lento, pero progresivo en los hábitos alimentarios.

B) Control de peso:

- A veces es útil pactar un peso mínimo.
- Al principio se las explora y pesa una vez por semana, desnudas o en ropa interior (para evitar los intentos de engaño de la paciente) y luego según la evolución.
- Pueden ser útiles las hojas de registro de las comidas y gráficos de peso.

C) Ejercicio físico: restricción inicial y regulación posterior en función de la evolución.

D) Control de constantes y analíticas: según evolución.

E) Tratamientos sintomáticos:

- En general, se evitará la administración de cualquier fármaco, salvo que éste sea necesario, priorizándose siempre las medidas dietéticas.
- Administración de vitaminas y minerales: a pesar de la desnutrición son raros los déficits. El más preocupante después del potasio, es el de calcio que junto con la amenorrea y alteraciones hormonales contribuye a la osteoporosis.
- En la osteoporosis deben aportarse las RDA de Calcio (1200 mg/día y vitamina D (400 UI/día). El tratamiento con estrógenos no parece mejorar la aposición de calcio óseo, y no debe utilizarse en pacientes que no han completado su desarrollo óseo, ya que los estrógenos aceleran el cierre epifisario.
- Aquellos pacientes que presentan distensión abdominal, flatulencia y reflujo, pueden beneficiarse con el uso de estimulantes de la motilidad intestinal (cisapride y eritromicina -2 mg/kg-, ésta última actuaría como análogo de la motilina) y antiácidos.
- Para el estreñimiento se puede utilizar fibra, técnicas de relajación y masaje y, lo más importante, una nutrición adecuada.
- No deben emplearse los estimulantes del apetito ni antieméticos dadas las características de estos cuadros.
- En pacientes sexualmente activas, debe advertirse del riesgo de embarazo, ya que pueden quedarse embarazadas a pesar de la amenorrea.

3.3.2. *Bulimia Nerviosa*

Muchas de las recomendaciones dadas para la AN son igualmente válidas en el caso de la BN. En este sentido tendremos en cuenta:

A) Reeducación y normalización de los hábitos alimentarios:

- El objetivo más inmediato suele ser controlar los episodios bulímicos y regular la ingesta. Al principio puede ser útil adaptar una dieta para normalizar su alimentación.
- Se irán introduciendo de forma paulatina las comidas evitadas en la dieta.
- Prescripción de una pauta de comidas regulares (restringir la comida a determinados momentos planificados y con un intervalo superior a 3 horas).
- Intentar no saltarse comidas ni comer entre horas.
- Limitar la comida disponible mientras se come.
- Planificar el dejar comida en el plato y tirar las sobras.
- Tener en casa limitada la comida «peligrosa».

- Identificar los momentos más propicios para los atracones y planificar actividades incompatibles con dichos atracones.

B) Control de peso:

- Pesarse en la consulta, al principio una vez por semana, y luego según evolución.
- Pueden ser útiles las hojas de registro (cantidad y calidad de la comida) y gráficos de peso.

C) Ejercicio físico: regulación en función del estado físico.

D) Control de constantes y analíticas: según evolución.

E) Tratamientos sintomáticos: al igual que en la AN, se evitará la administración de cualquier fármaco en general; se preferirán las medidas dietéticas, excepto que sea necesario.

No olvidar que el tratamiento es largo, entre 2 y 4 años como mínimo y que debe continuar más allá de la mejoría sintomática y de la recuperación de un peso adecuado.

Tener en cuenta que en adolescentes aplicar estrictamente los criterios diagnósticos puede hacer que en algunos casos subclínicos o en evolución hacia la enfermedad dejen de ser identificados, por lo que posiblemente su inclusión podría ser más amplia.

3.4. Abordaje psicoterapéutico

3.4.1. Consideraciones generales:

La planificación es similar a otra planificación psicoterapéutica, que de forma aplicada se basa en:

- Fomentar la participación en tareas.
- Dividir la jornada en partes (estudio, ejercicio, trabajo, nuevas habilidades, etc.). Estar lo más ocupados posible, con actividades que fomenten las relaciones interpersonales y sociales.
- Ocupar el ocio con objetivos sencillos y posibles. Búsqueda de nuevos intereses.
- Evitar el postergar las cosas.
- Fomentar la autonomía y la toma de decisiones.
- Aprender a verbalizar e identificar problemas.

- Estimular la reflexión sobre las conductas y actitudes y su repercusión en los demás.
- Potenciar la espontaneidad y hablar de emociones.
- Fomentar unas reglas y creencias propias más flexibles.
- Evitar las manipulaciones y mentiras inútiles como modo de relación.
- Evitar los «prontos» y las posturas del «todo o nada».
- Fomentar los balances (cosas positivas conseguidas y cosas negativas que todavía persisten).
- Fomentar el abandono del papel de enfermos y asumir las responsabilidades propias de su edad.

3.4.2. *Medidas psicoterapéuticas*

El tratamiento psicológico junto con la reeducación y normalización de los hábitos alimentarios es la piedra angular de un buen programa de tratamiento en anorexia y bulimia. El objetivo del tratamiento psicológico tiene que enfocarse a conseguir unos cambios duraderos en los pensamientos y emociones relacionados con el peso corporal, la silueta y el tamaño del cuerpo, de forma que se disminuya la importancia que la delgadez tiene para el paciente, y la comida deje de ser la respuesta cuasi universal ante todos los retos y problemas que plantea la vida (regulación del estado de ánimo, identidad, estabilidad familiar), temas que deben afrontarse con otras respuestas más apropiadas. Sin embargo, las intervenciones psicoterapéuticas deben posponerse en los periodos más graves de la enfermedad, cuando el tratamiento de las complicaciones médicas y la restauración ponderal es lo primordial y las pacientes se muestran muy reacias a colaborar en su curación.

En los momentos iniciales, la intervención psicológica comienza por:

- a) Colaborar con otros profesionales del equipo (médicos, ATS,) para potenciar las posibilidades de aceptación de los cuidados médicos y la restitución de la salud de los pacientes (incremento de peso, descenso de conductas purgativas) mediante la implementación de técnicas psicológicas basadas en el aprendizaje operante: reorganización ambiental, control estimular, utilización de refuerzos y establecimiento de compromisos terapéuticos.
- b) Dar apoyo y sostén, aportando información sobre la enfermedad a paciente y familia, estableciendo de esta manera una relación de ayuda.

Existen diferentes modelos de psicoterapia que están basados en las distintas orientaciones teóricas. Mencionaremos las más utilizadas:

3.4.2.1. Intervenciones individuales

- a) La **terapia cognitivo-conductual** ha sido utilizada en las últimas 3 décadas como un arma terapéutica eficaz en las fases inicial y media del tratamiento.

Este modelo asume que la psicopatología fundamental es el intento de compensar unos déficits en autoestima mediante la definición y evaluación del yo en términos del peso y la talla. De acuerdo a esta teoría, la búsqueda de la delgadez llega a ser el principio alrededor del cual se organiza el individuo que tiene un trastorno de la conducta alimentaria. Las actitudes, creencias, y los supuestos que sobrevaloran el sentido de la apariencia domina el sentido del «yo». Tal esquema le sirve para organizar y simplificar el mundo del individuo, y proporciona un sistema para las conductas que realizan las pacientes con anorexia o bulimia.

Los pacientes afectados son más introvertidos, sensitivos, perseverantes, aislados y desarrollan la idea de que la pérdida de peso les aliviará del malestar, los sentimientos de inseguridad y la disforia. El realizar dieta y buscar la delgadez llega a ser la forma en que consiguen ejercer un control tanto de su mundo externo como interno.

El tratamiento tiene que ayudar a los pacientes a reconocer y cambiar los esquemas tan rígidos que tienen para definir su autovalía. *Establecer unos esquemas y metas de logro razonables, adecuados, pero no perfectos, y aprender a aceptar estar en «el promedio».*

La negación de la enfermedad o de las posibles consecuencias que pueda tener sobre su salud, junto con el apego a los síntomas, produce dificultades de relación terapéutica, necesitando dedicar una parte del tratamiento a incrementar la colaboración del paciente. Habitualmente se realiza identificando los objetivos de la terapia como una ayuda para recuperar la salud y proporcionando información sobre las posibilidades de incrementar su autoconocimiento, calidad de vida, autoestima, flexibilidad mental y atenuación o disminución de sus obsesiones.

Además de la existencia de cogniciones distorsionadas y creencias irracionales que deben cambiarse mediante reestructuración cognitiva, el modelo asume que las cogniciones son variables mediadoras de las emociones y sentimientos desadaptados que presentan los pacientes.

Todo paciente con un trastorno alimentario tiene dificultades para conocer, aceptar y tolerar muchos de sus sentimientos. A veces son sentimientos que pueden considerarse como negativos, como la agresividad o la instrumentalización de los otros, o decepciones. En ocasiones pueden ser sentimientos positivos, como la efectivi-

dad, anhelos y dependencias que causan problemas con la intimidad. En ocasiones son sentimientos contradictorios y conflictivos: como querer crecer y seguir siendo niño al mismo tiempo. A veces el problema se tiene porque los sentimientos son muy intensos, y el paciente tiene miedo a que le inunden y sobrepasen o incluso peor, que inunde a los demás. El miedo a estos sentimientos pueden llevar al paciente al pánico y refugiarse en la comida. Comer es la única cosa que les hace el pensar y sentir.

El paciente cree que estos pensamientos y sentimientos nunca se irán por si mismos y que no puede hacerse nada al respecto. Este miedo a que no se pueda hacer nada y que el dolor se mantenga para siempre, manteniendo su sentido de indefensión, les impide dar los pasos necesarios para buscar soluciones alternativas y aliviar su malestar.

El incremento de la conciencia de las emociones se realiza de forma progresiva, proporcionando al paciente información sobre las incongruencias y lo inapropiado de sus reacciones ante los acontecimientos de cada día.

Los pacientes pueden reconocer, que de forma hipotética, algunas emociones pueden existir y ser aceptables, pero solo en otros y no en ellos. Se les debe apoyar para que identifiquen sus emociones de forma definida y fiable y las exprese, especialmente las emociones «inaceptables». El terapeuta puede actuar de modelo y así aprender que las emociones expresadas abiertamente, no tienen porqué producir rechazo o descontrol. Para pacientes muy inmaduros, algunos autores sugieren la utilización de métodos indirectos tales como escribir y leer poesía.

Es necesario también cambiar las atribuciones sobre las sensaciones corporales que se interpretan de forma incorrecta: el exceso de actividad que desarrollan lo interpretan como signo de salud. La sensación de plenitud gástrica después de comer, como signo de que la comida es algo extraño e impuesto y por tanto inadmisibles; la pérdida de apetito, (que puede ocurrir en estadios avanzados), como no necesitar comida; la ausencia de ciclos menstruales como algo sin importancia e incluso beneficioso, al no tener las molestias y «suciedad» inherentes a ellas.

Los pacientes con trastornos de la conducta alimentaria tienen un sin fin de temas que les produce ansiedad y que se encuentran casi universalmente en todos en mayor o menor grado; por ejemplo, miedo a: que le influyan; al contagio físico y emocional; a cometer errores si ha tomado las decisiones, (recordemos que las pautas de relación familiar se estructuran de forma que cada miembro consigue hacer las cosas que quiere sin haberse responsabilizado de ellas); al fracaso en sus rendimientos escolares y/o profesionales.

Cuando están mejor de salud: miedo a posibles secuelas físicas, bien por lo lejos que han llegado (28-30 Kg), bien por castigo de la vida por haberlo hecho porque querían adelgazar; miedo a sentir calor; a que nos les venga la menstruación.

El miedo a la gordura suele estar articulado en cada paciente según unas características idiosincrásicas que describen con enorme colorido. Por ejemplo: «voy a estar muy gorda, con las carnes colgando, me van a llamar gorda, no voy a caber por las puertas, los brazos muy gordos, fofos», etc., o bien: «me voy a poner como un botijo, redondo, sin formas, como mi abuela, con las grasas de mi padre». Son imágenes de un cuerpo distorsionado y gordo que tienen continuamente en su mente.

La distorsión y la insatisfacción de la imagen corporal deben ser incluidas en el tratamiento para estabilizar la mejoría y prevenir recaídas. La corrección de su percepción mediante aproximaciones sucesivas, la desensibilización sistemática, las técnicas de relajación y distensión y la aceptación de límites en la perfección son las estrategias terapéuticas que se han revelado más eficaces.

La atención a su conducta alimentaria y a su aspecto corporal contribuye también al mantenimiento del trastorno. La familia y allegados, especialmente los padres, debido a la situación de delgadez extrema comienzan una vigilancia continua de la comida, tratando de presionar al hijo para que coma, consiguiendo que se extreme aún más el límite al que ellas tienen que llegar para no sentirse influidas. La atención dada a las conductas negativas perpetúa una vez más la conducta anoréxica.

b) La **terapia psicoanalítica** en la actualidad se considera útil en el proceso de maduración global del paciente.

Desde la perspectiva de la psicoterapia de orientación analítica el abordaje actual se centra en contenidos aplicados bastante alejados de los planteamientos teóricos iniciales. Interesa el proceso terapéutico con continuidad y accesibilidad, por ello se habla de la «toma a cargo» de los pacientes y sus familias, por lo que tiene los siguientes contenidos básicos.

1. No permitir que este tipo de pacientes se encierren en la conducta adictiva del TCA.
2. Importancia de reinvestir la función narcisista, elaborando la aceptación de la inexistencia de un modelo ideal de persona.
3. Trabajar con las figuras parentales y la ambivalencia que representa el proceso de dependencia/autonomía de los hijos, sobre todo en la adolescencia.

Las técnicas de base psicoanalítica insisten en la importancia de evitar dar una única respuesta terapéutica. Se resalta el trabajo en equipo con el fin de evitar la posible manipulación de las prescripciones. Así se entiende la importancia de simultanear las psicoterapias individuales con tratamientos psicofarmacológicos o de otra índole.

Los trabajos grupales con profesionales sanitarios, tipo grupo Balint o grupo operativo, son de extraordinario interés sobre todo para elaborar la difícil relación médico-paciente-familia en estos procesos.

En la concepción dinámica clásica, la lucha establecida entre la incorporación y el rechazo está en el núcleo de los trastornos de la alimentación y se pone de manifiesto en mecanismos de defensa introyectivos y proyectivos. Los problemas específicos que conducirán ulteriormente a la anorexia, se iniciarían en la primera infancia, en situaciones de alimentación en las que la figura materna no reaccionaría coherentemente a los estados de privación o de saciedad del bebé, impidiéndole una correcta discriminación de sensaciones internas, como el hambre, pudiendo inducir una distorsión perceptiva de confusión hambre-dolor o la autosatisfacción del hambre.

El sentimiento de ineficacia personal, estrechamente relacionado con la falta subjetiva de autocontrol puede, según esta teoría, preceder a otras anomalías. A lo largo de la terapia se irán analizando los conflictos internos que han favorecido la aparición o el mantenimiento del trastorno alimentario.

c) La **terapia Interpersonal**

Es una técnica psicoterapéutica que se basa en abordar el aquí y el ahora de los problemas desde una perspectiva del sujeto y con una proyección hacia la relación cotidiana. Tiene un encuadre preciso de trabajo que responde a objetivos, y se va superando en base a las prioridades que va eligiendo el propio sujeto.

La técnica intenta agrupar intervenciones múltiples de forma complementaria para el beneficio del paciente, y consta de tres fases:

- La fase inicial pretende explicar de forma fácil y accesible el proceso evitando la culpabilización del joven o de la familia; simultáneamente se intenta aliviar los síntomas: reacciones de duelo, disputas interpersonales del rol social y familiar, o déficit en la relación interpersonal. En esta fase es capital obtener la confianza del paciente en el psicoterapeuta.
- La fase intermedia abarca unas veinte sesiones e intenta focalizar el área elegida para abordar y comprender el trastorno. Consiste en buscar y elaborar estrategias de afrontamiento y resolución de los problemas, así como las opciones alternati-

vas. Es el momento de retirar de forma paulatina el rol enfermo rompiendo los círculos viciosos patogénicos y las pautas repetitivas. Termina con la consolidación de conductas más positivas.

- La fase final consiste en preparar a paciente y familia para el abandono del tratamiento. En ella se resume el proceso realizado y el trabajo desarrollado y finaliza alentando todo el sistema a continuar el proceso emprendido, consolidando la mejoría, los nuevos mecanismos aprendidos frente a los ámbitos de la vida del sujeto e incluyendo el reconocimiento del proceso de autonomía.

3.4.2.2. Intervenciones grupales

La terapia grupal provee de un contexto social que puede facilitar la salida de su aislamiento, ayuda a desarrollar estrategias interpersonales y a compartir experiencias. El tratamiento en grupo, en sus diferentes orientaciones teóricas, puede realizarse como tratamiento único o complementario a la psicoterapia individual. Los grupos pueden ser homogéneos o heterogéneos. En caso de ser heterogéneos se evitará introducir más de dos o tres pacientes con trastorno de la conducta alimentaria.

En cuanto a las psicoterapias grupales, en la AN, al menos en las primeras fases pueden no ser las técnicas más pertinentes. En las BN el agrupamiento puede ser posible, pero preferiblemente con grupos heterogéneos. Se puede desarrollar alguna técnica de psicoeducación o grupos de apoyo aunque sus resultados son menos patentes.

Los **grupos de psicoeducación** son especialmente útiles al inicio del tratamiento. En ellos se trata de dar información acerca de la enfermedad y su evolución.

3.4.2.3. Intervenciones familiares

Los **Grupos de padres** ofrecen la oportunidad de intercambiar experiencias, contrastar estrategias y su operatividad, reducen los sentimientos de aislamiento y culpa y permiten un mayor conocimiento de la enfermedad.

Cuando se evalúa el funcionamiento familiar y se ponen de manifiesto problemas familiares graves se puede plantear la necesidad de una terapia familiar.

Este abordaje puede realizarse desde distintas perspectivas teóricas. Dentro del enfoque sistémico la idea común es que el TCA es una manifestación de las alteraciones del sistema familiar, desempeñando un papel homeostático en la familia, lo que a su vez sirve de refuerzo para el mantenimiento del trastorno. Estas familias se caracterizan por relaciones en exceso estrechas, sobreimplicación en los problemas de los otros

miembros, sobreprotección, rigidez, dificultades en la resolución de conflictos e implicación del paciente en los problemas maritales. En la terapia se procurará la modificación de las interacciones y la comunicación entre los miembros de la familia, analizando las alianzas, permitiendo la individuación, el crecimiento de sus miembros y la asunción de responsabilidades.

Todos los modelos de intervención psicoterápica obtienen logros y tienen sus limitaciones, por lo que la aplicación de uno u otro dependen de la etapa de la enfermedad, de las características individuales y familiares de cada paciente, y de las posibilidades prácticas de aplicación: formación del terapeuta, volumen de la demanda, tiempo disponible, etc. En ocasiones, pueden darse combinadas distintas modalidades (individual-grupal, individual-familiar, etc.) o pueden alternarse y sucederse. La flexibilidad y la cooperación entre los distintos terapeutas implicados en el tratamiento es, en estos casos, imprescindible para una buena evolución del paciente: la resistencia que oponen al tratamiento, los sentimientos contratransferenciales que pueden provocar y su estilo de relación, pueden a menudo provocar situaciones de confusión y malos entendidos entre los distintos profesionales que atienden al paciente (médicos, psicoterapeutas, enfermeras, trabajadores sociales, etc.), de los que el mayor perjudicado es él mismo.

3.5. Medidas psicofarmacológicas

3.5.1. Anorexia nerviosa

El tratamiento farmacológico puede estar indicado como coadyuvante de las técnicas psicoterapéuticas y como tratamiento de la psicopatología asociada, en especial de la depresión, aunque a veces ésta revierte con las medidas dietéticas.

Los fármacos indicados son:

- Antidepresivos: mejoran el estado de ánimo y la obsesividad.
- Benzodiacepinas: si insomnio o ansiedad intensa riesgo de dependencia y de abstinencia.
- Neurolépticos: por su efecto sedante y ansiolítico.
- Otros fármacos empleados: clonidina, antagonistas opiáceos.

3.5.2. Bulimia nerviosa:

- Antidepresivos: los antidepresivos tricíclicos, son efectivos a corto plazo en la reducción de atracones y vómitos. Los inhibidores de la recaptación de serotonina

son los que han obtenido mejores resultados hasta la actualidad, en especial si se valora la efectividad, la menor incidencia de efectos secundarios y la calidad de vida. Han demostrado ser efectivos en la reducción de las conductas y cogniciones relacionadas con la bulimia, incluida la apetencia por los hidratos de carbono. Su acción no está relacionada con la presencia de depresión y la reducción de las conductas patológicas es posible que se deba a una acción específica sobre las convicciones se requieren dosis más altas a las recomendadas en la depresión.

- **Neurolépticos:** por su efecto sedante y ansiolítico.
- **Benzodiazepinas:** riesgo de dependencia y de abstinencia (preferible las de vida media larga). Administrar si insomnio o ansiedad elevada.
- Deben evitarse los estimulantes del apetito.

3.6. Otras intervenciones

- **Relajación:** favorece la distensión mental y corporal e incrementa la percepción del cuerpo.
- **Psicomotricidad**

3.7. Evolución

El diagnóstico e inicio del tratamiento de forma precoz es básico para un mejor pronóstico.

- 1/3 de buena evolución, de buen pronóstico, curación completa.
- 1/3 con mejoría parcial, persiste una gran fragilidad que se manifiesta a través de:
 - recaídas más o menos graves
 - crisis y conductas bulímicas
 - trastornos sexuales
 - sentimientos hipocondriacos
- 1/3 cursan con mal pronóstico
 - mantenimiento en peso muy bajo y con conductas purgativas más o menos severas.
 - psicosis aguda delirante
 - forma de entrada en una esquizofrenia
 - conductas graves con riesgo de óbito (3-5%)

Según los distintos cuadros, la evolución es diferente:

Factores para un pronóstico de la anorexia nerviosa	
Buen pronóstico	Mal pronóstico
— Presencia de un desencadenante claro — Aparición precoz (inicio adolescencia)	— Aparición tardía (al final de la adolescencia)
	— Enfermedad crónica con hospitalizaciones repetidas
— Incremento ponderal al inicio de tratamiento	— Fluctuaciones ponderales — Conductas bulímicas — Conductas purgativas
— Manifestaciones de tipo histriónico	— Rasgos y síntomas obsesivos (TOC)
— Estado de sufrimiento depresivo	— Desconocimiento masivo de la enfermedad
— Pequeños fracasos sentimentales anteriores	— Dificultad sentimental grave
— Brusco incremento de la actividad antes del tratamiento	— Apragmatismo
— Reconocimiento de la sensación del hambre	— Negación de la sensación de hambre
— Trastornos menores del tránsito Intestinal	— Estreñimiento permanente
	— Sentimiento y preocupación hipocondriaca y/o dismorfofobia
— Ausencia de ant. psicopat. fam.	— Depresión en los padres, agravada por la anorexia de la hija
	— Conflictos conyugales parentales
— Buena cooperación de los padres — Aceptan la existencia de la enfermedad y son comprensivos	— Rechazo de la enfermedad por parte de los padres — Quejas somáticas en la madre — «Paso al acto» del padr
— Fratría escasas	— Fratría numerosa, con hermanos varones
— Buena inserción social.	— Mala inserción social.
— Diagnóstico y tratamiento precoz	— Diagnóstico y tratamiento tardío

La evolución puede, al mejorar el TCA, desenmascarar otras psicopatologías subyacentes.

3.7.1. Factores pronósticos:

Los intentos actuales para comprender los factores pronósticos que determinan el curso de los TCA han proporcionado información sobre varios predictores que pueden agruparse en los siguientes factores:

- Contexto social en el que aparecen, lo que ha propiciado el estudio y puesta en marcha de programas preventivos.
- Características del desarrollo de la enfermedad, destacando la edad de comienzo (un comienzo precoz presenta con mayor frecuencia comorbilidad), duración de la enfermedad. El valor predictivo de que la anorexia sea restrictiva o purgativa no es concluyente. Existencia de pesos mínimos muy bajos.
- Factores biológicamente condicionados.
- Factores cognitivos y aptitudinales de las pacientes: sentimiento de falta de valía personal, baja autoestima, necesidad de verificación externa, extremada sensibilidad a la crítica o gran reactividad ante la aprobación social. Los rasgos obsesivos y la búsqueda de la perfección es el factor predisponente más frecuentemente reflejado en los estudios. La necesidad de certeza les impide iniciar o avanzar en el proceso terapéutico, exigiendo una predicción de resultados o control total ante cualquier cambio que se les proponga. La constricción emocional. Los trastornos de imagen corporal: distorsión y/o insatisfacción. La identidad con la enfermedad y el sentido de competencia derivado de su éxito para obtener y mantener la delgadez. El apego a los síntomas cuya solución percibe como pérdida de atributos valiosos. El mayor deseo e impulso a la delgadez. El rechazo al rol femenino.
- La comorbilidad con otros trastornos psíquicos.
- Las características de las relaciones familiares.
- Las posibilidades de apoyo afectivo y social.
- La forma de realizarse el proceso terapéutico: objetivos propuestos, toma de decisiones, duración y periodicidad, lugar y tiempo idóneos para llevarlo a cabo, o temas incluidos en el tratamiento.
- Las características del terapeuta y del equipo.

3.7.2. Factores de cronicidad y resistencia al tratamiento

Todo clínico tendrá que afrontar a algunos pacientes, que a pesar de los mejores intentos terapéuticos y de los enormes esfuerzos y cuidados realizados, permanecen in-cambiables, atrapados en sus obsesiones y rituales, con una calidad de vida deplorable semejante a la de cualquier paciente crónico de otras patologías psiquiátricas e incluso médicas.

Dado que su resistencia al cambio provoca sentimientos de nihilismo en el clínico que los lleva, es fundamental conocer y aceptar los límites de las intervenciones terapéuticas, pero también la necesidad de realizar los cuidados continuados que necesitan.

3.7.2.1. Características de la enfermedad

El impacto físico-cognitivo-emocional y familiar que ha tenido y sigue teniendo la enfermedad, sitúa a estos pacientes en una posición de exclusión en todos los ámbitos de la vida.

Socialmente llega un momento en que está totalmente aislado, sin amigos ni relaciones relevantes. La enfermedad produce un detenimiento de su desarrollo personal que impregna de sentimientos de vacío toda su existencia. Puede darse también una pérdida o no adquisición de cualificación laboral y aunque algunos logran mantener su status laboral, a pesar de sus condiciones físicas, la mayoría tiende a una posición de invalidez permanente. Con una nula capacidad de autonomía psíquica y financiera dependen de los recursos económicos de su familia o de alguna magra pensión que vuelve a limitar sus recursos e integración en este mundo.

La posición de cronicidad conlleva algunas variantes en los objetivos terapéuticos, siendo necesario definir algunos criterios que limiten y hagan optar por unas u otras alternativas de tratamiento.

Los estudios de seguimiento más largos, que comprenden períodos de 20 a 30 años, nos indican que la posibilidad de mejorar y cumplir criterios de buen pronóstico se alargan hasta los 15 años de evolución. Otros seguimientos representativos, sitúan la posibilidad de recuperación entre los 9 y 12 años de evolución.

Por tanto, es conveniente que al menos durante un periodo de seis-siete años se considere al paciente con posibilidad de cambio y se hagan todos los intentos terapéuticos necesarios. Pasado este largo tiempo no se le debe abandonar a su suerte, sino establecer unos objetivos de cuidados y atención que la preserven y/o atenúan los efectos de esta enfermedad tan devastadora.

3.7.2.2. Proceso terapéutico

Las experiencias previas de tratamiento colocan a paciente y familia en una situación de indefensión, sensación de incapacidad e incompetencia.

Las primeras entrevistas no deberán servir sólo para obtener información sino también para ayudarles a aliviar su angustia, manteniendo no obstante una posición realista sobre los resultados y duración del tratamiento, sin hacer promesas que luego no puedan cumplirse. Entre todos (familia, paciente y clínico) deben llegar a un acuerdo sobre cuáles son las metas apropiadas, sin sobrestimar lo que puede conseguirse pero sin subestimar el potencial de cambio.

Mientras el paciente considere que incrementar el peso y/o cambiar sus rituales de comida es algo coercitivo y si se le fuerza le va a llevar a la huelga de hambre, el abandono y la pérdida de los cuidados que necesita, es posible e incluso moralmente necesario admitir como meta de tratamiento el mantenimiento de un peso mínimo de seguridad en el que no peligre su vida de forma inminente y ayudar a mejorar su calidad de vida sin que se restaure el peso a su nivel normal.

No obstante, que no pudieran lograrse un peso normal y unas pautas de comida adecuadas, no significa que también sea inalcanzable la restitución de un peso parcial y una dieta estructurada, estereotipada, que le dé seguridad y permita mejorar algo su precaria salud. Paciente y familia deben de conocer cuáles son las señales corporales de gravedad y poder acudir a urgencias ante cualquier signo de peligro. Cuando es capaz de mantener el peso de seguridad, conviene que ningún miembro del equipo terapéutico la atosigue para incrementarlo.

Es preciso evaluar las creencias del paciente sobre el futuro tratamiento: si cree que le puede servir o no y porqué. Tratar de organizar el tratamiento lo más cercano a sus deseos. Escuchar cuales son sus metas respetando sus creencias y a la vez tratando de evaluar si dichas metas se basan en distorsiones depresivas o percepciones realistas. Conocer la vida tan constreñida que han vivido año tras año, bajando nuestras expectativas y dando limitadísimas sugerencias de cambio.

En el área nutricional y de salud, el equipo médico puede beneficiarse con un enfoque cognitivo-conductual, que facilite algunos cambios mediante aproximaciones sucesivas (moldeamiento):

- Reducir la sintomatología física: por ejemplo los problemas gastro-intestinales que pueden mejorar con la aceptación de algunos cambios en la dieta.
- Cambios de una alimentación asistida a una alimentación más variada.
- Cambios en algunos rituales en la forma de comer, potenciando una comida más social.
- Ayudar en el descenso de consumo de laxantes y otros purgantes, y en el número de atracones.
- Ayudar a que descendan los auto-castigos y lesiones debido a transgresiones mínimas en la dieta.
- Cambios en la intensidad de la gravedad a la que llegan: descender los ingresos en UVI; ampliar los períodos que logran mantenerse en casa con un peso de seguridad y distanciar la necesidad de los ingresos.

En el área psicológica, el cambio hacia la mejoría se da con el surgimiento del más mínimo deseo, pero hasta que esto aparezca se les puede ayudar con algunas intervenciones que lo favorecen y atenúan su auto-decepción y el riesgo de abandono.

- Incrementar su motivación para mejorar. Si la relación coste-beneficio de la enfermedad es un factor de motivación al cambio, ninguna paciente habrá perdido su vida si el tratamiento es la oportunidad para incrementar su auto-conocimiento.
- Enseñarles a observar y establecer las relaciones que existen entre sus acontecimientos vitales externos, sus atribuciones internas y las respuestas.
- Aminorar su sufrimiento. Tratar de que se sientan bien incluso emaciados y que el instrumento para conseguirlo sea ese cuerpo tan negado y agredido. Las técnicas de relajación les ayudarán a aliviar tanta tensión y será el comienzo de su aceptación personal.
- Incrementar la auto-conciencia que permita discriminar sensaciones corporales, cogniciones y emociones.
- Ayudar a afrontar los miedos que paralizan la decisión de mejorar. El miedo más invalidante es el de perder el control al iniciarse la mejoría y aceptar comer normal.
- El reconocimiento de que el tiempo ha pasado y el enfrentamiento a todo lo que ha perdido puede producir una gran ansiedad y potenciar los auto-castigos y las auto-lesiones. Así que se le debe proteger de la depresión y trascender los objetivos de un logro exclusivamente material como la finalidad en la vida.
- Facilitar la socialización: que tenga acceso a periódicos y noticias actuales, la música del momento, los libros, la moda, los lugares de ocio. Después de tantos años de aislamiento pueden estar totalmente desconectados del momento en el que viven. Encontrar un guía que les lleva varias veces a los lugares de reunión (cafeterías, discotecas, tiendas, museos, librerías), les permite un mayor acceso a dichos lugares y la posibilidad de integración.

LINEAS DE ACTUACION Y COORDINACION EN T.C.A.

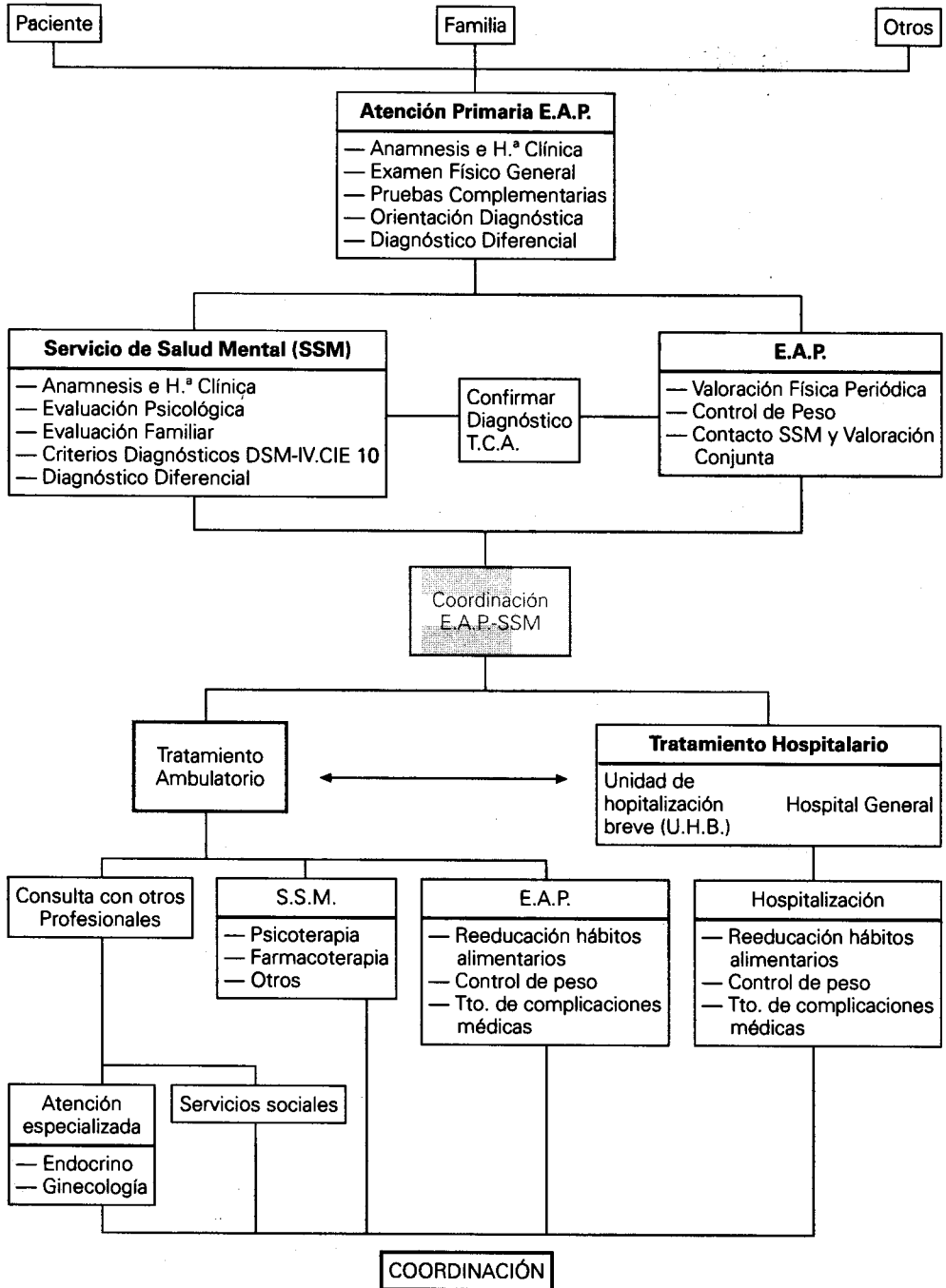


Tabla I. Historia clínica

La Recogida de información incluirá aspectos físicos, psicológicos y sociales. Es conveniente obtener información de distintas fuentes (familia, profesores, etc.).

Durante la realización de la entrevista es importante transmitir una voluntad de ayuda y escucha, evitando realizar juicios sobre la conducta del paciente.

Los distintos modelos de entrevista, según el profesional que la realiza, deberán incluir datos básicos sobre la conducta y hábitos de alimentación:

- Cuándo y cómo se inició el trastorno. Posibles factores desencadenantes: enfermedades, acontecimientos vitales. Tratamientos previos (duración y motivos de la interrupción).
- Pérdida de peso desde el inicio del problema. Dietas realizadas. Métodos utilizados para perder peso: diuréticos, laxantes, ejercicio excesivo, medicamentos, vómitos, restricción dietética.
- Alimentación actual: especificar la ingesta a lo largo del día: horario, tipo y cantidad de alimentos, número de comidas, toma de líquidos, presencia de atracones. Interesa conocer los hábitos familiares de alimentación.
- Conductas anómalas en relación a la comida: rituales, manipulaciones, almacenarla y tirarla, etc.
- Actitud ante el peso: sensación de triunfo ante la pérdida de peso, insatisfacción permanente con el peso alcanzado.
- Distorsión de la imagen corporal: cómo se ve, si hay alguna parte de su cuerpo que no le guste, etc.
- Historia menstrual: fecha de la menarquia, trastornos menstruales, última regla, uso de anticonceptivos, actividad sexual.
- Relaciones interpersonales: familia, escuela, trabajo, amigos, pareja.
- Repercusiones sociales de la enfermedad: absentismo escolar/laboral, aislamiento y restricción de actividades habituales.

En la exploración psicopatológica se debe prestar especial atención a la valoración del estado de ánimo, ansiedad, ideación suicida y grado de conciencia de enfermedad. No centrarse sólo en la sintomatología relacionada con la alimentación.

Tabla II. Hallazgos físicos

- Aspecto triste y ojeroso.
- Atrofia muscular y aumento de los relieves óseos.
- Piel seca agrietada, pérdida del tejido celular subcutáneo, a veces aumento de la pigmentación, carotinemia, acrocianosis con frialdad de manos y pies.
- Pelo seco, áspero y frágil, uñas quebradizas.
- Lanugo
- Atrofia mamaria y vaginitis atrófica por disminución de estrógenos.
- Edemas en extremidades.
- Fragilidad capilar y hematomas.
- En la auscultación cardiaca: tonos apagados, bradicardia sinusal, arritmia, soplo cardiaco (prolapso mitral).
- En el abdomen es frecuente palpar masas fecales en FII y distensión abdominal.
- Disminución de reflejos, parestesias.
- Signo de Russell (callosidades en los nudillos de las manos por los vómitos autoprovocados).
- Lesiones en paladar, erosiones dentarias por el repetido contacto con el jugo gástrico.
- Hipertrofia parotídea.

Tabla III. Alteraciones posibles en las pruebas complementarias

A) HEMOGRAMA

- Suele ser normal, con alteraciones mínimas.
- Leucopenia en el 23% de los pacientes que presentan ayuno, aunque la mayoría no muestran riesgo de infección.
- Los niveles de hemoglobina pueden estar falsamente elevados como resultado de la deshidratación.
- En vegetarianos y en ingresos bajos de hierro puede observarse una anemia microcítica.
- La VSG es normal o baja, ante un valor elevado debe descartarse una causa orgánica.

B) BIOQUÍMICA

- Tendencia a la hipoglucemia.
- Aunque la función renal suele estar normal puede observarse una urea alta por deshidratación o baja si hay escaso ingreso proteico.
- Alteraciones hidroelectrolíticas debido a los vómitos, y al uso de laxantes y/o diuréticos siendo la hipotasemia una de las complicaciones más graves. El bicarbonato suele estar elevado en los que se purgan.
- Los niveles de colesterol (CT) pueden estar falsamente elevados debido a los niveles bajos de T3 que afecta a la eliminación de colesterol, niveles bajos de la globulina transportadora del CT y la infiltración grasa hepática.
- La hipoproteinemia es rara. La albúmina se altera en déficits nutricionales mayores de 4 semanas, puede estar falsamente elevada en fases de deshidratación.
- Las proteínas de vida media corta transferrina (9 días), prealbúmina (2 días) y proteína transportadora del retinol (12 horas) se afectan más por la privación calórica que proteica.
- Transaminasas normales o elevadas.
- La amilasa suele estar elevada en los vomitadores y rumiadores.

Tabla III. Alteraciones posibles en las pruebas complementarias (cont.)

C) ANÁLISIS DE ORINA

- Un Ph elevado sugiere la posibilidad de medidas purgativas.
- Se puede ver una pseudoproteinuria en orinas alcalinas.
- La densidad ayuda a valorar la hidratación, si es menor de 1005 pensar en una ingesta excesiva de líquidos, si es elevada pensar que restringen líquidos.
- En situaciones de deshidratación puede aparecer piuria y hematuria, aunque se deben descartar otros problemas.

D) ESTUDIO HORMONAL

- La función tiroidea puede revelar un síndrome eutiroideo con disminución periférica de conversión de T4 en T3, normalidad o aumento de la T3 reversa y TSH normal. Esto probablemente representa una respuesta adaptativa al ayuno para disminuir el metabolismo.
- Niveles bajos de FSH, LH, estrógenos con un patrón de secreción prepuberal y respuesta anormal al test de estimulación de LHRH.
- Hipercolesterolemia con pérdida del ritmo diurno.
- GH basal elevada con disminución del IGF-1.

E) ALTERACIONES ELECTROCARDIOGRÁFICAS

- Bradicardia sinusal por restricción calórica. Debe realizarse ECG en todas las pacientes con una frecuencia cardiaca menor de 50 latidos/minuto.
- Amplitud del QRS, alteraciones propias de la hipopotasemia, arritmias ventriculares, prolongación del espacio Qtc (mayor de 0.44 riesgo de parada cardiaca).

F) ESTUDIO RADIOLÓGICO

- La edad ósea se realiza en los más jóvenes para valorar su evolución y la aparición de osteoporosis.
- La ecografía abdominal y pélvica para descartar tumoraciones y valorar la hipoplasia del aparato genital.
- Con el Ecocardiograma se valora la hipoplasia de las paredes cardiacas, la contractilidad, y la presencia del prolapso mitral.
- La densitometría ósea se realizará en pacientes con amenorrea mayor de 12 meses para ver la afectación de la masa ósea.
- El TAC y/o Resonancia Magnética si existe historia de cefalea, signos neurológicos y en varones con sospecha de TCA.

Tabla IV: Criterios diagnósticos para la AN: DSM IV

- 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 esperado, o fracaso en conseguir el aumento de peso normal durante el periodo 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 a 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).

Tabla V. Criterios diagnósticos para la AN: CIE 10

- A. **Pérdida significativa de peso** (índice de masa corporal o de Quetelet de menos de 17,5). Los enfermos prepúberes pueden no experimentar la ganancia de peso propia del periodo de crecimiento.
- B. **La pérdida de peso está originada por el propio enfermo**, a través de: 1) evitación del consumo de «alimentos que engordan» y por uno o más de uno de los síntomas siguientes: 2) vómitos autoprovocados, 3) purgas intestinales autoprovocadas, 4) ejercicio excesivo y 5) consumo de fármacos anorexígenos o diuréticos.
- C. **Distorsión de la imagen corporal** que consiste en una psicopatología específica caracterizada por la persistencia, con el carácter de idea sobrevalorada intrusa, de pavor ante la gordura o la flacidez de las formas corporales, de modo que el enfermo se impone a sí mismo el permanecer por debajo de un límite máximo de peso corporal.
- D. **Trastorno endocrino generalizado que afecta al eje hipotalámico-gonadal** manifestándose en la mujer como amenorrea y en el varón como una pérdida de interés y de la potencia sexuales (una excepción aparente la constituye la persistencia de sangrado vaginal en mujeres anoréxicas que siguen una terapia hormonal de sustitución, por lo general con píldoras contraceptivas). También pueden presentarse concentraciones altas de hormona del crecimiento y de cortisol, alteraciones del metabolismo periférico de la hormona tiroidea y anomalías en la secreción de insulina.
- E. **Si el inicio es anterior a la pubertad, se retrasa la secuencia de las manifestaciones de la pubertad, o incluso ésta se detiene** (cesa el crecimiento; en las mujeres no se desarrollan las mamas y hay amenorrea primaria; en los varones persisten los genitales infantiles). Si se produce una recuperación, la pubertad suele completarse, pero la menarquia es tardía.

Se utiliza el diagnóstico de Anorexia Nerviosa atípica para los casos en los que falta una o más de las características principales de la AN, como amenorrea o pérdida significativa de peso, pero que por lo demás presentan un cuadro clínico bastante característico.

Tabla VI. Criterios diagnósticos para la BN: DSM IV

A. **Presencia de atracones recurrentes.** Un atracón se caracteriza por:

- Ingesta de alimento en un corto periodo de tiempo (p. ej., en un periodo de dos horas) en cantidad superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en un periodo similar y en las mismas circunstancias.
- 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 provocación del vómito, uso excesivo de laxantes, diuréticos, enemas u otros fármacos; ayuno, y ejercicio excesivo.

C. Los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas tienen lugar, como promedio, al menos **dos veces a la semana durante un periodo de 3 meses.**

D. **La autoevaluación está exageradamente influida por el peso y la silueta corporal.**

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 provocarse el vómito ni usa laxantes, diuréticos o enemas en exceso.

Tabla VII. Criterios diagnósticos para la BN: CIE 10

- A. **Preocupación continua por la comida**, con deseos irresistibles de comer, de modo que el enfermo termina por sucumbir a ellos, presentándose episodios de **polifagia** durante los cuales consume grandes cantidades de comida en periodos cortos de tiempo.
- B. El enfermo intenta contrarrestar el aumento de peso así producido mediante uno o más de uno de los siguientes métodos: **vómitos autoprovocados, abuso de laxantes, periodos intercalares de ayuno, consumo de fármacos tales como supresores del apetito, extractos tiroideos o diuréticos**. Cuando la bulimia se presenta en un enfermo diabético, éste puede abandonar su tratamiento con insulina.
- C. La psicopatología consiste en **un miedo morboso a engordar**, y el enfermo se fija de forma estricta un dintel de peso muy inferior al que tenía antes de la enfermedad, o al de su peso óptimo o sano. Con frecuencia pero no siempre, existen antecedentes previos de anorexia nerviosa con intervalo entre ambos trastornos de varios meses o años. Este episodio precoz puede manifestarse de una forma florida o por el contrario adoptar una forma menor larvada, con una moderada pérdida de peso o una fase transitoria de amenorrea.

Al igual que ocurre con la AN, se utiliza el diagnóstico de Bulimia Nerviosa atípica para los casos en los que faltan una o más de las características principales de la BN.

Tabla VIII. Diagnóstico diferencial

I. CON TRASTORNOS PSIQUIATRICOS:

- Trastorno por ansiedad, que puede cursar tanto con incremento del apetito como con anorexia.
- Fobias hacia algunos alimentos o bien a tragar o a atragantarse.
- Trastorno obsesivo-compulsivo, cuando los rituales se centran en los alimentos.
- Histeria de conversión, con espasmo esofágico y dificultad para tragar.
- Trastornos paranoides, que no comen por desconfianza o temor a que la comida pueda estar envenenada.
- Melancolía, con pérdida de apetito.
- Depresión atípica, que se acompaña de aumento del apetito y del sueño (trastorno afectivo estacional).
- Dismorfofobia, se centra sólo en su aspecto físico, y generalmente en una parte del mismo.
- Trastorno digestivo somatomorfo: náuseas y vómitos en situaciones de tensión y/o estrés.
- Psicosis monosintomática.
- Trastorno del control de los impulsos, fundamentalmente en la bulimia nerviosa.

II. CON TRASTORNOS ORGÁNICOS:

- Tumor cerebral.
- Hipopituitarismo.
- Problemas gastrointestinales
 - Enfermedad inflamatoria crónica (Crohn, colitis ulcerosa)
 - Acalasia
 - Enfermedad celiaca
- Patología endocrina
 - Diabetes mellitus
 - Hipertiroidismo
 - Enfermedad de Addison
- Cualquier cáncer
- Lupus eritematoso
- Abuso de drogas

Tabla IX. Criterios diagnósticos de exclusión comunes para los sistemas de clasificación DSM-IV y CIE-10

- Son criterios de exclusión de tipo general para poder aplicar los criterios de inclusión diagnóstica contemplados en las tablas IV-VIII.
- 1. Quedan excluidos de aplicar los criterios expresados en las tablas anteriores cuando un trastorno mental es debido a una enfermedad médica, la cual es responsable de alguno o todos los síntomas expresados.
- 2. Cuando un trastorno mental más generalizado incluye entre sus síntomas definitorios o asociados los síntomas que se expresan en cualquiera de los criterios expresados en las tablas IV-VIII, debe primar el trastorno mental más generalizado sobre el menos generalizado.
- 3. Cuando existen límites diagnósticos particularmente difíciles o sutiles, entonces debe primar el juicio clínico sobre el criterio descriptivo expresado en las tablas IV-VIII.
- Por todo lo cual el empleo de interconsulta y enlace entre los niveles de atención primaria y especializada podrá aclarar las dudas que pudieran existir en la aplicación de los criterios diagnósticos.

Tabla X. Complicaciones médicas de los T. C. A.

METABÓLICAS:

- Hipotermia, deshidratación.
- Alteraciones electrolíticas (hipocaliemia, hipomagnesemia, hipocalcemia e hipofosfate-mia).
- Hipercolesterolemia e hipercarotenemia.
- Hipoglucemia y elevación de las enzimas hepáticas.

CARDIOVASCULARES:

- Hipotensión, bradicardia, intervalo QT prolongado, arritmia.
- Disminución del tamaño cardíaco.
- Respuesta al ejercicio alterada.
- Derrame pericárdico.
- Fallo cardíaco congestivo.
- Síndrome de la arteria mesentérica superior.
- Prolapso de la válvula mitral.

NEUROLÓGICAS:

- Atrofia cerebral (TAC; RNN).
- EEG anormal.
- Neuritis periférica.

Tabla X. Complicaciones médicas de los T. C. A. (cont.)

- Convulsiones.
- Actividad autonómica alterada.

HEMATOLÓGICAS:

- Anemia: normocrómica, normocítica o ferropénica.
- Leucopenia, linfocitosis relativa, trombocitopenia.
- Médula ósea hipocelular.
- Disminución de proteínas plasmáticas.
- Disminución de la VSG

RENALES:

- Azotemia pre-renal.
- Fallo renal crónico o agudo.

ENDOCRINOLÓGICAS:

- Retraso del crecimiento y desarrollo puberal (adolescentes).
- Disminución de gonodotrofinas, estrógenos y testosterona.
- Síndrome eutiroideo.
- Aumento de cortisol.
- Aumento de la hormona del crecimiento.

MÚSCULO-ESQUELÉTICAS:

- Calambres, tétanos, debilidad muscular, miopatía.
- Osteopenia, fracturas por stress.

GASTROENTEROLÓGICAS:

- Hinchazón de glándulas salivares, caries dental y erosión de esmalte (con vómitos).
- Retraso de vaciamiento gástrico, estreñimiento agudo y obstrucción intestinal.
- Esofagitis, reflujo gastroesofágico.

INMUNOLÓGICAS:

- Infección bacteriana (estafilococos con accesos en pulmón y tuberculosis).

DERMATOLÓGICAS:

- Acrocianosis.
- Pelo y uñas quebradizas, pérdida de pelo.
- lanugo.
- Signo de Russell (callosidades sobre nudillos de manos).
- Edemas.

4. PROGRAMAS ASISTENCIALES. ORGANIZACIÓN DE RECURSOS

La propuesta de modelo de organización de recursos para el tratamiento de los Trastornos del Comportamiento Alimentario (TCA) que a continuación se expone, es el resultado del consenso de dos posiciones claramente definidas existentes en los miembros del grupo: la creación de unidades específicas de TCA y la integración asistencial con delimitación etárea de la atención. En ambos modelos existen ventajas e inconvenientes por lo que se propone un modelo consensuado.

4.1. Supuestos básicos

- a) En todas las Areas Sanitarias debe existir un Protocolo de manejo de los TCA que debe cumplir los siguientes requisitos:
 - Estar basado en la evidencia científica disponible sobre el tratamiento de los TCA.
 - Explicitar claramente las actuaciones de las instancias implicadas en la asistencia a estos trastornos, Atención Primaria y Atención Especializada (y dentro de ésta, las diversas unidades asistenciales), así como la colaboración de ambos niveles con asociaciones de pacientes y familiares.
 - Identificar los dispositivos asistenciales existentes en el Area, y los accesibles, con especificación de los criterios de acceso y coordinación entre los mismos: Centros de Salud, Unidades/Centros de Salud Mental, Hospitales de día y Unidad de Hospitalización de referencia. La necesaria búsqueda de la eficiencia en la utilización de los recursos hace que no todos los dispositivos vayan a existir en todas las Areas Sanitarias, por lo que de no existir un dispositivo en el Area, deberá disponerse de acceso a uno de referencia para aquellos casos que lo precisen en un momento dado.

- b) El tratamiento de los TCA requiere un abordaje multidisciplinar. El equipo facultativo debe contar con la participación (con diferente grado de implicación en cada paciente y o momento evolutivo) de: psiquiatras, psicólogos, psiquiatras de la infancia-adolescencia, especialistas en endocrinología y nutrición y pediatras. En el tratamiento de los TCA en menores de 16-18 años, los psiquiatras y psicólogos deben tener formación y experiencia en trastornos mentales de la infancia y adolescencia.
- c) El equipo de profesionales debe tener una composición estable y estar altamente coordinado para garantizar la continuidad de cuidados, en el tratamiento de unos trastornos que, como otros procesos mentales, tienen una clara tendencia a la evolución crónica con lo que comporta de persistencia en el tiempo, posibilidad de recaídas o reagudizaciones y necesidad de cambios en los dispositivos asistenciales al incrementarse la edad (pasan de la adolescencia a juventud o madurez).

4.2. Hospitalización

La creación de unidades específicas para TCA con pocas camas puede resultar de baja eficiencia y elevado coste de mantenimiento. La recomendación más general podría ser disponer de camas integradas en los servicios de hospitalización general, según edad de los pacientes y disponibilidades en cada centro, para lo que se reforzaría el trabajo de interconsulta y enlace de psiquiatría con otros servicios como pediatría, medicina interna, endocrinología y nutrición, incluyendo siempre contenidos conjuntos de formación, investigación y asistencia. De esta manera la eficiencia sería mayor constituyéndose «unidades específicas funcionales», término que hace referencia más al equipo terapéutico que a la ubicación física propiamente dicha.

Estas unidades son el medio de garantizar una atención adecuada al ciudadano, aprovechar la experiencia acumulada, formar profesionales, investigar nuevas terapias y concentrar recursos asistenciales.

Las características que definen a una «unidad específica funcional» para el tratamiento de los TCA son:

- Las camas para ingreso deben estar en una unidad de enfermería concreta, que reúna condiciones de seguridad adecuadas, y disponga de un comedor terapéutico. La ubicación idónea a priori es la unidad de psiquiatría (para adultos), si bien en ocasiones puede ser conveniente una cierta separación de otros pacientes psiquiátricos, y la de pediatría, insertas en un programa de adolescencia (para niños y adolescentes). La dotación mínima de camas por unidad se sitúa en dos a cuatro, con una previsión de ocupación media del 80%.

- El personal de enfermería responsable de las camas debe estar motivado y capacitado.
- El protocolo de actuación durante el ingreso debe incorporar procedimientos diagnósticos, según criterios internacionales, estancias medias homologables y pautas de recuperación nutricional acordes con la literatura.
- El protocolo de actuación debe incluir, ineludiblemente, un programa al alta sistematizado para la prevención de recaídas que se prolongue al menos durante 6-9 meses y criterios explícitos de derivación para psicoterapia en la red ambulatoria.
- El consentimiento informado para el ingreso y los informes de alta deben cumplir los criterios de calidad del hospital.

Además de lo anterior, para acreditarse como «unidad específica funcional» de TCA es necesario documentar la atención de suficiente número de casos (unos 30-40 casos al año).

Las Bulimias multi-impulsivas y los trastornos con severa comorbilidad psiquiátrica, si requieren ingreso, debe hacerse en unidades de psiquiatría de agudos.

4.3. Hospitales de Día

Los hospitales de día constituyen tanto una alternativa como un complemento a las unidades de internamiento, y pueden constituir el núcleo de la Unidad de Trastornos Alimentarios, según la planificación de cada área. Sus indicaciones son:

- Pacientes que han estado hospitalizados y su evolución es inestable.
- Pacientes sin apoyo familiar suficiente para tratamiento ambulatorio.
- Pacientes que necesiten un tratamiento intensivo pero no es indispensable el ingreso.

Podrán ser monográficos o compartir espacio con los hospitales de día psiquiátricos o de adolescentes con patologías somáticas. En el primer caso, deberá garantizarse un volumen mínimo de pacientes que garantice la eficiencia del dispositivo. El Hospital de día puede estar ubicado en el propio centro hospitalario o en otro edificio con uso sanitario del Área, según la planificación local. En cualquier caso el equipo facultativo deberá ser multidisciplinar y el personal de enfermería deberá estar entrenado en el manejo de los TCA, entre otros aspectos en la alimentación y el control de conductas compensatorias. Las exigencias de control de calidad serán las mismas señaladas anteriormente para las unidades de hospitalización.

La infraestructura y equipamiento de los Hospitales de día tendrá como referencia la *Guía para la gestión del hospital de día psiquiátrico* (INSALUD 1999).

4.4. Programa ambulatorio en Centros de Salud Mental

Los Centros de Salud Mental de Areas deben tener un programa para TCA que abarque y se desarrolle según protocolos, incluyendo:

- Tratamiento psicoterapéutico y psiquiátrico ambulatorio de los TCA.
- Criterios de ingreso en hospitalización y hospital de día.
- Asesoría Familiar y grupos de padres o parejas
- Técnica psicoeducativas.
- Programas de prevención.

El equipo de profesionales responsable del programa debe responder a los criterios de estabilidad, motivación y capacitación recogidos en los supuestos básicos.

4.5. Programa de Atención Primaria

Se debe incidir básicamente en la formación en TCA, incluso de forma monográfica, con dos objetivos fundamentales: detección precoz y derivación a Atención Especializada. Asimismo, manejo de casos y seguimiento longitudinal en conexión con los especialistas y dando especial énfasis a la interconsulta. Por lo tanto las actividades básicas a realizar en los Centros de Atención Primaria en relación con los TCA son:

- Detección y diagnóstico precoz a través de entrevista al paciente y su familia.
- Arbol de decisiones y derivación a centros especializados.
- Seguimiento médico, con especial atención a las oscilaciones inexplicables de peso (bulimias), alteraciones hidroeléctricas, caquexia, hipoglucemia, hipotensión o fallos cardíacos.

5. FORMACIÓN DE LOS PROFESIONALES

Facilitar una formación adecuada sobre los Trastornos del Comportamiento Alimentario (TCA) a distintos niveles puede favorecer una intervención precoz y un adecuado tratamiento de estas patologías.

5.1. Objetivos

- Sensibilizar al personal sanitario de la importancia de no trivializar estos trastornos sabiendo que una intervención precoz puede frenar su desarrollo.
- Conocer mejor las características médicas, psicopatológicas y psicológicas de estas patologías, actuaciones a seguir ante la sospecha de un posible TCA y cómo afrontar el tratamiento.
- Sensibilizar a otros profesionales así como a padres, profesores o medios de comunicación, de la importancia de la prevención de estos trastornos, favoreciendo una actitud crítica ante los mensajes de exaltación del cuerpo delgado. Reforzar valores positivos más acordes a la realidad y necesidades de los adolescentes.

5.2. Contenido del plan de formación

- Características clínicas de estos trastornos.
- Conducta a seguir ante la sospecha de un TCA.
- Posibilidades de tratamiento.
- Conocer las características de la evolución de estos trastornos.
- Factores de riesgo y medidas preventivas.

5.3. Población diana

- Pediatras y Médicos de Atención Primaria.

- Médicos y psicólogos en formación (especialmente Residentes de Psiquiatría y Psicología).
- Médicos especialistas.
- Personal de enfermería.
- Padres y profesores.

5.4. Desarrollo

- Programas de formación específicos para cada colectivo a los que vaya dirigido (pediatras, médicos de atención primaria, psicólogos clínicos, psiquiatras, ATS.).
- Elaboración de protocolos de actuación tanto a nivel de atención primaria como para especialistas; tanto en régimen ambulatorio como de hospitalización.
- Formación acerca de estas patologías desde las Facultades, Escuelas de Enfermería, Programas de Formación de Médicos Residentes, PIR y Atención Primaria.
- Publicaciones de divulgación.
- Campañas de prevención.
- Equipos multidisciplinares: psiquiatras, psiquiatras de la infancia y de la adolescencia, psicólogos clínicos, y especialistas en nutrición.

En Atención Primaria es esencial promover la capacidad para la detección precoz, derivación rápida y vigilancia de su evolución por los signos y síntomas que detecta en sus pacientes.

A médicos generales y pediatras les ayudaría a entender el proceso psicopatológico conocer el valor psicológico y vincular de la alimentación y su importancia en el proceso del desarrollo humano:

- Concepto de vínculo y conducta de apego. La importancia de la alimentación en el establecimiento vincular y de dichas conductas de apego.
- Perspectiva evolutiva de la alimentación. Crisis de apetito evolutivas y sus modificaciones en base a procesos intercurrentes (por ejemplo: enfermedades crónicas, cambios dietéticos o acontecimientos vitales estresantes).
- Lo normal y lo patológico en la alimentación. Mecanismos de afrontamiento.
- Conceptos básicos de psicopatología aplicados a los TCA. Reactividad y expresividad emocional, alexitimia, mecanismo psicósomáticos, psicopatología del desarrollo y sus signos de alarma.

Los profesionales de salud mental cubren el tratamiento ambulatorio de los TCA. Para su formación puede ser de gran utilidad el paso periódicamente por los servicios o unidades con más experiencia en esta patología ya que han de ser también formativas y multidisciplinarias.

Un modelo de programa psicoeducativo útil para los padres y responsables de estos pacientes sería a partir de las siguientes **nociones generales**:

a) Diferencias entre Anorexia y Bulimia nerviosas

Anorexia Nerviosa

- Deseo intenso de pesar menos, intenso miedo a la gordura-obesidad, y trastorno del esquema corporal (les hace verse más gruesas/os de lo que están en realidad).
- Para conseguir una progresiva pérdida de peso hacen: intensa restricción alimentaria, ejercicio físico y conductas de purga.

Bulimia Nerviosa

- Pérdida de control sobre la conducta alimentaria y aparición de episodios de ingesta voraz (consumo de una gran cantidad de comida en un corto período de tiempo).
- Conductas compensatorias para evitar el aumento de peso: ayuno, vómito autoinducido, abuso de laxantes, uso de diuréticos y ejercicio físico intenso.

b) Factores que pueden predisponer al trastorno

Individuales

- Sobrepeso.
- Perfeccionismo y autocontrol.
- Miedo a la maduración, problemas para ser autónomo.
- Baja autoestima.

Socioculturales

- Ideales de delgadez y prejuicios contra la obesidad.
- Ciertas profesiones y deportes.

Familiares

- Malos hábitos alimentarios.
- Preocupación excesiva de los padres por la figura.
- Conflictos (separación de los padres, historia de depresión y alcoholismo).
- Otros rasgos comunes: baja resolución de conflictos, poca comunicación, sobreprotección, rigidez, mezcla de roles familiares.

c) Factores que pueden desencadenar el trastorno

- Pubertad (cambios físicos y emocionales).
- Dieta restrictiva.
- Ejercicio físico excesivo.
- Mala valoración del propio cuerpo.
- Insatisfacción personal.
- Situación personal estresante.
- Trastornos emocionales.
- Anorexia nerviosa previa (en el caso de la BN).

d) Factores perpetuadores comunes

- Valoración negativa de la imagen corporal.
- Presión social.
- Reparación de situaciones estresantes.

e) Factores perpetuadores específicos

Anorexia Nerviosa:

- Complicaciones de la desnutrición.
- Aislamiento social.
- Miedos: comida, peso, figura, ciertos alimentos, etc.

Bulimia Nerviosa:

- Ciclo atracón-conductas de purga.
- Reparación de la ansiedad.
- Otras conductas anómalas (abuso de sustancias, autolesiones).

f) Alteraciones físicas causadas por la Anorexia y la Bulimia nerviosas

- Alteraciones endocrinológicas.
- Alteraciones cardiovasculares.
- Síntomas pulmonares y mediastínicos,
- Alteraciones neurológicas.
- Alteraciones del aparato digestivo.
- Alteraciones dentales.
- Desequilibrio electrolítico.
- Problemas hematológicos
- Alteraciones del tejido óseo.

g) Anomalías de la conducta en la Anorexia y Bulimia nerviosas

- Dieta restrictiva y/o presencia de atracones.
- Conductas de purga (vómitos, laxantes y diuréticos).
- Alteraciones en la forma de comer y rechazo de tipos de alimentos.
- Conductas obsesivas y realización de rituales.
- Conductas impulsivas (mienten, ocultan) y autolesiones.
- Aislamiento social y familiar.

h) Cambios en la forma de pensar que se dan en la Anorexia y Bulimia nerviosas

- Excesiva preocupación ante la posibilidad de engordar.
- Constantes pensamientos erróneos sobre la comida, peso y figura
- Sobrestimación de su peso y dimensiones.
- Empobrecimiento de la fantasía y la creatividad.
- Confusión con las sensaciones de saciedad/ plenitud.
- Dificultades de concentración y fallos de memoria.
- Pensamientos incorrectos de generalización, dicotomía, etc.

i) Cambios emocionales en la Anorexia y Bulimia nerviosas

- Cambios en el carácter.
- Características depresivas:
 - Inestabilidad emocional (llanto, insomnio).
 - Ideas suicidas.

- Ansiedad:
 - Raramente está relajada o cómoda.
 - Puede aparecer fobia generalizada o fobia social.

j) Complicaciones de los vómitos

- Deshidratación.
- Hipopotasemia.
- Alteraciones mediastínicas
- Hernias hiatales.
- Deterioro del esmalte dental.
- Esofagitis.
- Perforación esofágica.

k) Complicaciones del abuso de laxantes y diuréticos

- Estreñimiento.
- Deshidratación.
- Complicaciones electrolíticas.
- Alteraciones del contenido y ritmo de las deposiciones.
- Pérdidas proteicas.
- Hipopotasemia.

l) Complicaciones derivadas de la dieta restrictiva

- Alteraciones menstruales.
- Estreñimiento.
- Aparición de atracones:
 - Dilatación gástrica.
 - Riesgo de muerte por rotura del estómago.

m) Nociones básicas de Nutrición

n) Teoría del Set-Point

Peso Biológico es el que tiene una persona debido a sus características físicas individuales, genéticamente determinadas, cuando mantiene unos hábitos alimentarios correctos.

- El peso está predeterminado y no es posible modificarla sin forzar el organismo.
- Si una persona trata de cambiar su peso biológico mediante restricción alimentaria permanente puede ocurrir que:
 - Aparecen trastornos físicos.
 - Aparecen trastornos psicológicos.
 - Aparecen atracones.
 - Disminuye la tasa de su metabolismo.
 - Al volver a la dieta normal se restablecen las constantes y el peso normal.

ñ) Que les ocurre a las Anoréxicas y Bulímicas

- Las personas con un trastorno de la alimentación han aprendido a usar como mecanismo de reducción de la ansiedad estrategias perjudiciales: dietas, atracón-vómito, etc.
- Estas estrategias son una forma de evitar o escapar de los problemas inmediatos.
- Pero éstos no «desaparecen» sino que se van añadiendo nuevas problemas.
- Se pueden aprender nuevas estrategias de afrontamiento de los problemas.

o) ¿Cómo ayudarles?

- Sabemos que no todos los problemas tienen solución y que no toda solución es satisfactoria, pero el desarrollar estrategias ayuda a aumentar un sentimiento de control, abordando estas situaciones con mayor eficacia.
- Pasos a seguir para la resolución de problemas:
 - Identificarlo y definirlo.
 - Buscar nuevas alternativas para afrontarlo.
 - Tomar una decisión.
 - Llevar a cabo una solución.
 - Evaluar su efectividad.

Ayudarles a cambiar las actitudes y los pensamientos.

Pensamientos erróneos más frecuentes:

- Polarización: «*si no estoy muy delgada, estaré muy gorda*».
- Abstracción selectiva: «*si me dicen que estoy más guapa por que he aumentado de peso, es que estoy gorda*».
- Atribución de pensamiento, «*si la gente me mira es por que piensa que estoy gorda*».
- Personalización: «*después de comer pienso que todos me miran y ven que he engordado*».
- Sobregeneralización: «*todas las grasa engordan*», «*como me lo pasé mal en la fiesta, siempre me lo pasaré mal en todas las fiestas*».
- Catastrofismo: «*no he mantenido la dieta, no hago nada bien*».
- Pensamiento mágico: «*delgadez es igual a felicidad y éxito*».

Las personas con un trastorno de la alimentación presentan pensamientos y creencias erróneas respecto a varias áreas:

- Pensamientos de control/descontrol: «*Tengo que controlar todo lo que como, si no me descontrolaré*»
- Pensamientos sobre comida y peso: «*la comida engorda*», «*hay alimentos buenos y malos*», «*si aumento de peso, aunque sean unos pocos gramos, no pararé de engordar nunca más*».
- Pensamientos sobre la imagen corporal, «*mi cuerpo no es como yo deseo*», «*tengo que conseguir la figura que yo quiero*».
- Pensamientos de baja autoestima: «*si mantengo el peso que yo quiero podré tendrá la seguridad suficiente en mi misma para tomar decisiones importantes en mi vida*», «*si cambio mi figura volveré a confiar de nuevo en mi misma*».

p) Camino hacia la recuperación

- Lo primero que hay que hacer es restablecer unos hábitos alimentarios normales.
 - Como sean han perdido los mensajes corporales de saciedad y hambre, se debe «comer de forma mecánica»:
1. Desayunar no más tarde de una hora después de levantarse.
 2. No dejar pasar más de 3-4 horas entre el desayuno y la comida.
 3. Comer en función de un esquema predeterminado (1º, 2º plato y postre, en comida y cena).

4. Merendar algo ligero.
 5. Cenar no muy tarde (entre 20-21 horas).
 6. La comida, en este caso, es como una medicina. Primera prioridad.
 7. No saltarse comidas.
- La alimentación debe incluir todo tipo de alimentos, en cantidades suficientes (normales).
 - Abandonar la zona de comida al finalizar la alimentación.
 - Buscar alternativas que distraigan para realizar después de las comidas.
 - Introducir gradualmente alimentos «autoprohibidos».
 - Tirar los productos dietéticos.
 - Reducir tu conducta purgativa.
 - No pasarse. Recordar que el peso no se «disparará» sino que se mantendrá estable.
 - No utilizar la ropa como «báscula».

6. BIBLIOGRAFIA

1. Allison DB. Handbook of assesment methods for eating behaviors and weight-related problems: measures, theory, and research. Thousand Oaks, CA: SAGE Publications, 1995.
2. American Psychiatric Association. Directrices para la práctica clínica en los trastornos de la conducta alimentaria. Barcelona. EDIKA MED, 1995.
3. Bakan R, Birmingham C y Goldner E. Cronicity in Anorexia Nervosa: Pregnancy and Birth Complications as Risk Factor. *Int. J. Eat Disord* 1991; 10, n° 6: 631-645.
4. Ben-tovim DI, Walker MK, Fok D. y Yap E. An adaptation of the Stroop test for measuring shape and food concerns in eating disorders: A quantitative measure of psychotherapy?. *Int. J. Eat Disord* 1989; 6: 681-687.
5. Beaumont PJU, Russell JD, Touyz SW. Treatment of anorexia nervosa *Lancet* 1993; 341: 1635-1640.
6. Bruch H. *Les yeux et le ventre*. París: Payot, 1975.
7. Bruch H. *The golden cage: the enigma of anorexia nervosa*. Cambridge. MA: Harvard University Press, 1978.
8. Brusset B. *L'assiette et le miroir* (4 éd.). Toulouse: Privat, 1991.
9. Bulik C, Sullivan PF, Fear J, Pickering A. Predictors of the development of bulimia nervosa in women with anorexia nervosa. *J Nerv Ment Dis* 1997; 185: 704-707.
10. Calvo R, et al. Between 5 and 9 Year's Follow-up in the Treatment of Anorexia Nervosa. *Psychotherapy and Psychosomatics* 1989; 52: 133-139.
11. Calvo Sagardoy R. «Cronicidad en los trastornos de la alimentación: anorexia nerviosa». Editado en *Revista de AETCA*. Vol I N° 2, octubre 1998.

12. Carter JC, Stewart DA, Dunn VJ y Fairburn, CG. Primary Prevention of Eating disorders: Might it do more harm than good?. *Int J Eat Disord* 1997; 22: 167-72.
13. Casper, R. Some provisional ideas concerning the psychologic structure in anorexia nervosa and bulimia: En, Darby P, Garfinkel P, Garner D. and Coscina D. (Eds), *Anorexia nervosa: Recent developments in research*. N.Y.: A.P. Liss, 1983.
14. CIE-10. Trastornos mentales y del comportamiento. Madrid: Editorial Meditor, 1992.
15. Cooper PJ y cols. The development and validation of the Body Shape Questionnaire. *Int. J. Eat Disord* 1987; 6 (4): 485-494.
16. Cooper PJ, Fairburne CG. The depressive symptoms of bulimia nervosa. *Br J. Psychiatry* 1986; 148: 268-274.
17. Crisp AH. *Anorexia nervosa: Let me be*. London: Academic Press, 1980.
18. Crisp A, Callender JS, Hale K C, Hgo LKG. Long term mortality in anorexia nervosa. *Br. J. Psychiatr* 1992; 161: 104-107.
19. Deter H y Herzog W (1994). Anorexia Nervosa in a Long-Term Perspective: Results of the Heidelberg-Mannheim Study. *Psychomatic Medicine* 1994; 56: 20-27.
20. DSM-IV. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Barcelona: editorial Masson, 1983.
21. Eckert E, Halmi K y cols. Ten-year follow-up of anorexia nervosa: clinical course and outcome. *Psychol Med* 1995; 25: 143-156.
22. Fairburne CG. A cognitive behavioral approach to the treatment of bulimia. *Psychol Med* 1981; 11: 707-711.
23. Fairburne CG, Welch ST, Doll HA y cols. Risk factors for bulimia nervosa. *Arch yeu Psychiatr* 1997; 54: 509-517.
24. Fombonne E. Anorexia Nervosa: No evidence of an increase. *Br J Psychiatry* 1995; 166: 462-471.
25. Garner DM y Garfinkel PE. *Handbook of psychotherapy for anorexia and bulimia*. New York-Londres, Guilford Press, 1985.
26. Garner DM y Bemis A. Cognitive therapy for anorexia nervosa. En Garner DM y Garfinkel P. (Eds.) *Handbook or psychotherapy for anorexia nervosa and bulimia*. N. Y: Guilford Press, 1985.

27. Garner DM. Pathogenesis of anorexia nervosa. *Lancet*, 1993; 341: 1631-1635.
28. Guidano V. and Liotti G. *Cognitive processes and emotional disorders: A structural approach to psychotherapy*. N.Y: Guilford Press, 1983.
29. Hamburg P, Herzog D and Brotman A. «Treatment Resistance in Eating Disorders: Psychodynamic and Pharmacologic Perspectives», en Pollack, M. Otto, M. and Rosebaum: *Challenges in Clinical Practice*. N.Y: The Guilford Press 1996.
30. Hamburg P, How-Long Is Long-Term Therapy for Anorexia Nervosa en Werne, J: *Treating Eating Disorders*. San Francisco: Jossey-Bass Publishers, San Francisco, 1996.
31. Hsu LKG. Epidemiology of the Eating disorders. *Psychiatric Clin North Am* 1996; 19 (4), 681-700.
32. Jeammet P, Gorge A, Zweifel F. & Flavigny H. Étude des interrelations familiales de l'anorexique mental et d'un groupe de psychothérapie de parents. *Rev Neuropsychiat Inf* 1971; 19: 691-708.
33. Jeammet P. *L'anorexie mentale*. Paris: Douin, 1985.
34. Jones R, Peveler RC, Hope RA and Fairburn CG. Changes during treatment for bulimia nervosa: a comparison of three psychological treatments. *Behavior Res Ther* 1993; 31: 479-485.
35. Kaplan A.S. Day Hospital treatment for anorexia and bulimia nervosa. *Eat Dis Rev* 1991; 2: 1-3.
36. Kestemberg E, Kestemberg J. & Decobert S. *La faim et le corps*. Paris: PUF, 1974.
37. Leitenberg H, Rosen J, Gross J, Nudelmans B. & Vara L.S. Exposure plus response – prevention treatment of bulimia nervosa. *J Consult Clin Psychol* 1988; 56: 535-541.
38. Leon G, Lucas A, Colligan R, Ferdinande R. and Kamp, J. Sexual, body-image and personality attitudes in anorexia nervosa. *J. Abnorm Child Psychol* 1985; 13: 245-258.
39. Lucas AR. The Eating Disorders «epidemic»: More apparent than real?. *Pediatric Annals* 1992; 21: 746-751.
40. Mardomingo M.J. Trastornos de la conducta alimentaria. Anorexia y bulimia. En *Psiquiatria del niño y del adolescente* Mardomingo M.J. Madrid: Ed. Díaz de Santos, 1994.
41. Menéndez Osorio F y Pedreira JL. Trastornos de la conducta alimentaria en niños y adolescentes. *Rev Asoc Esp Neuropsiquiatr* 1999; XIX, 1: 7-22.
42. Minuchin S, Rosman B. y Baker L. *Psychosomatic families. Anorexia nervosa in context*. Cambridge: Harvard University Press 1978.

43. Morandé G, Celada J, Casa J. Prevalence of Eating Disorders in a Spanish School-Age Population. *J Adolescent Health* 1999; 24 (3): 212-219.
44. Morandé G, Casa J, Calvo R, Marcos A, Hidalgo I, García Alba C, Eisman G. Protocolo de Trastornos del Comportamiento Alimentario. Madrid: Instituto Nacional de la Salud, 1995.
45. Pedreira JL. Protocolos de Salud Mental Infantil para Atención Primaria. Madrid: ARAN, 1995.
46. Pedreira JL. Trastornos de la Conducta Alimentaria. Barcelona: Olalla, 1999.
47. Sullivan PF. Mortality in anorexia nervosa. *Am J Psychiatry* 1995; 152: 1073-1074.
48. Russel G. Bulimia nervosa: an ominous variant of anorexia nervosa. *Psychol Med* 1979; 9: 429-448.
49. Russell GFM. General management of anorexia nervosa and difficulties in assessing the efficacy of treatment. In: *Anorexia Nervosa*. Edited by Vigershyra. New York: Raven Press, 1977.
50. Sánchez-Cardenas M. Le comportement boulimique. París: Masson, 1991.
51. Serna de Pedro I. de la, Moreno I, Viñas R. Estudio comparativo de la anorexia nervosa entre un grupo de varones y hembras. *Actas Luso-Esp Neurol Psiquiatr* 1990; 18 (5): 332-338.
52. Serna de Pedro I. de la. Aspectos clínicos de la Anorexia nervosa en el varón. *Actas Luso-Esp Neurol Psiquiatr* 1996; 24 (2): 67-73.
53. Serna de Pedro, I. de la. Trastornos de la conducta alimentaria. *Medicina General*, 1996; 2: 25-29.
54. Serna de Pedro I. de la, Moreno I, Viñas R. Anorexia nervosa en el varón: *Anales de Psiquiatría* 1988; (supl. 1): 113-121.
55. Serna de Pedro I. de la, Viñas R. Moreno I, Aspectos clínicos de la anorexia nervosa. *Anales de Psiquiatría* 1990; 6 (supl. 1): 30-36.
56. Serna de Pedro, I. de la. Aspectos clínicos diferenciales de la bulimia. *Psiquis*, 1998; 19 (5): 201-207.
57. Serna de Pedro, I. de la. «Comer no es un placer: Anorexia, Bulimia, Obesidad». Madrid: editorial Litofinter, 1998.
58. Simon C, Sánchez-Cardenas M, Venisse JI & Lopes P. Intérêt et limite de l'induction d'ovulation dans l'anorexie mentale. *Sem. Hôp (París)*, 1994; 3-4: 108-110.

59. Strober M. Disorders of the self in anorexia nervosa: en Johnson CL. (Ed), Psychodynamic treatment of anorexia nervosa and bulimia. N.Y.: Guilford Press, 1991.
60. Theander S. Outcome and prognosis in anorexia nervosa and bulimia: Some results of previous investigations, compared with those of a Swedish long-term study. *Psychiatr J Res* 1985; 19: 493-508.
61. Treasure J. Long-term management of eating disorders. *Int. Rev. Psychiatry* 1991; 3: 43-58.
62. Tomás J. (Ed.): *Anorexia y otras alteraciones de la conducta en la infancia y la adolescencia*. Barcelona: Laertes, 1998.
63. Toro J. Anorexia nervosa y Bulimia nervosa. *Form Med Cont*, 1995; 2: 20-80.
64. Toro J, Castro J. Detección Precoz de la anorexia nerviosa. *Jano*, 1996; 1156: 608-613.
65. Tresaure JL, Troop NA. & Ward, A. An approach to planning Services for Bulimia Nervosa. *Br J Psychiatr*, 1996; 169: 551-554.
66. Turnbull S, Ward A, Tresaure JL, Hersel J. & Derby, L. The demand for Eating Disorders Care: An Epidemiological Study using the General Practice Research Database. *Br J Psychiatr* 1996; 169: 705-712.
67. Venisse JI. Les traitements de l'anorexie mentale. *Neuropsychiat Enf* 1993; 41 (5-6): 351-355.
68. Vitousek K. and Hollon SD. The investigation of schematic content and processing in eating disorders. *Cognitive Ther Res* 1990; 14: 191-214.
69. Williams P y King M. The «epidemic» of Anorexia Nervosa: Another medical myth?. *Lancet*, 1998; (january), 205-208.
70. Williamson y cols. *Anorexia and Bulimia Nervosa*, en Goreczny, A.: *Handbook of Health and Rehabilitation Psychology* Plenum Press, NY: Plenum Press, 1995.
71. Williamson DA. *Assessment of Eating Disorders: obesity, anorexia, and bulimia nervosa*. N.Y: Plenum Press, 1990.
72. Woolston JL. *Eating and Growth Disorders in infant and children*. London: Sage, 1991.
73. Yager J. Patients With Chronic Recalcitrant Eating Disorders en Jager J, Gwirtsman H. and Edelstein C. *Special problems in managing eating disorders*, 1992; pp: 205-231.

