

INTRODUCCIÓN

Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) son desórdenes biopsicosociales con una etiopatogenia marcada por la influencia de los factores culturales. Estos trastornos, a pesar de haber sido ya señalados por Galeno, han eclosionado en los últimos 50 años, posiblemente como consecuencia de los cambios en los patrones de belleza ocurridos en la cultura occidental.

CONCEPTO, CLASIFICACIÓN Y FUNDAMENTOS

La anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa son los principales trastornos de TCA. Se caracterizan por la presencia de alteraciones de la conducta de ingesta alimentaria, con una intensa preocupación por el peso y por la imagen corporal.

Los TCA específicos incluidos en undécima edición de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-11) son: anorexia nerviosa, bulimia nerviosa, trastorno por atracón, trastorno de la ingesta evitativo-restrictivo, pica y trastorno por rumiación-regurgitación.

La quinta edición del *Diagnostic and Statistical Manual* (DSM-5) de los trastornos mentales incluye: anorexia nerviosa, bulimia nerviosa, trastorno de atracones, trastorno de evitación/restricción de la ingesta de alimentos, pica, trastorno de rumiación, otro trastorno de la conducta alimentaria o de la ingesta de alimentos especificado, trastorno de la conducta alimentaria o de la ingesta de alimentos no especificado.

Tal y como describen algunos autores, una piedra angular para el desarrollo de un nuevo tratamiento psicológico es poseer una comprensión de los factores que aumentan el riesgo de desarrollar un trastorno alimentario (factores de riesgo) y aquellos factores que contribuyen a mantenerlo una vez iniciado (factores de mantenimiento). El tratamiento se dirige entonces a intentar cambiar alguno de esos factores que puedan ser modificados.

En la mayoría de las conductas psiquiátricas alteradas, los factores de riesgo incluyen una serie de factores genéticos que pueden no ser fácilmente modificables. Muchos de los riesgos ambientales también forman parte de la historia y son difíciles de cambiar. Más aún, las interacciones entre riesgos genéticos y ambientales en un período crítico del desarrollo, como la infancia o la adolescencia, pueden modificar el modo de lectura del código de ácido desoxirribonucleico (cambios epigenéticos). Por lo tanto, desenmarañar y apuntar hacia los factores predisponentes puede ser difícil.

Por otra parte, es posible incidir en algunos de los factores secundarios de mantenimiento que se mantienen activos a lo largo del tiempo. Para ello, es importante que no se considere solo el pasado (qué inició la enfermedad), sino que se piense en qué la ha hecho mantenerse.

Ha habido importantes avances en nuestra comprensión de algunos de los factores genéticos que sustentan el riesgo de desarrollar problemas en el apetito, la regulación ponderal y los trastornos alimentarios. Por ejemplo, parece haber una continuidad entre apetito y conducta alimentaria, que es mensurable desde el nacimiento y altamente hereditaria. Los rasgos de acercamiento a la comida (gran apetito) predisponen al individuo a la obesidad. Inversamente, los rasgos de evitación de la comida, incluyendo el escaso apetito y la fuerte predisposición a la saciedad, predisponen al individuo a tener un bajo peso. Algo de esta disimilitud se relaciona con variantes del gen *FTO*, un gen que tiene el mayor impacto sobre las variaciones del peso corporal.

TRASTORNO POR EVITACIÓN O RESTRICCIÓN DE LA INGESTA

Este trastorno constituye una ampliación y extensión del que ocurre en la infancia.

Etiopatogenia

Los factores de riesgo relacionados con este trastorno tienen un importante solapamiento con los de la anorexia nerviosa. En el trastorno por evitación de la ingesta es frecuente que existan situaciones de ansiedad familiar, y no es infrecuente que pueda haber una respuesta a enfermedades gastrointestinales ocurridas durante la infancia, como el reflujo gastroesofágico.

Manifestaciones clínicas

Se caracteriza por ingerir muy poca cantidad de alimento y/o evitar el consumo de algunos de ellos. Pueden no comer porque pierden interés en la comida, o porque temen que comer conlleve consecuencias perjudiciales, como asfixia o vómitos. Es posible que eviten ciertos alimentos, debido a sus características sensoriales (por ejemplo, color, olor y consistencia). No hay una imagen corporal distorsionada ni existe preocupación por la imagen corporal, como ocurre en la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa.

Como consecuencia de estas conductas, se provoca un déficit nutricional y/o energético que se constata por algunos de los siguientes elementos: pérdida significativa de peso o falta de ganancia ponderal en el caso de los adolescentes; deficiencia nutricional significativa; dependencia de suplementos orales o de nutrición enteral para evitar complicaciones, y una marcada interferencia con el funcionamiento psicosocial. Es un trastorno típico de edades tempranas de la vida.

El diagnóstico diferencial entre la anorexia nerviosa y este trastorno puede ser muy complicado de llevar a cabo durante la adolescencia. Las claves están en que en la anorexia nerviosa, existe un temor a engordar y una distorsión de la imagen corporal, mientras que esto no ocurre en el trastorno por evitación de la ingesta. De hecho, a estos pacientes se les ha llegado a diagnosticar de «anorexia nerviosa sin fobia a engordar».

Tratamiento

El tratamiento de este trastorno debe realizarse por equipos multidisciplinares, y se siguen las mismas directrices que en el caso de la anorexia nerviosa.

ANOREXIA NERVIOSA

La anorexia nerviosa se caracteriza por una distorsión de la imagen corporal y la búsqueda de delgadez, que a menudo llega a la inanición. Hay que señalar que el término anorexia (pérdida de apetito) es erróneo, porque la pérdida de apetito rara vez ocurre en los estadios tempranos del trastorno.

Epidemiología

La frecuencia de la anorexia nerviosa ha aumentado en las últimas décadas, incrementándose también el trastorno en los jóvenes en edad prepuberal y en varones. La edad más común de inicio de la anorexia nerviosa se sitúa alrededor de los 15 años. Se estima que la anorexia nerviosa se presenta en aproximadamente el 0,5-1 % de las chicas adolescentes. Es más frecuente en mujeres que en hombres.

Aunque inicialmente el trastorno se detectó más a menudo en las clases sociales altas, estudios epidemiológicos recientes demuestran que este trastorno no es exclusivo de dicho estrato social. Parece ser más común en los países desarrollados, y puede observarse con mayor frecuencia entre aquellas mujeres jóvenes cuyas profesiones requieren estar delgadas, como modelos y bailarinas.

Etiopatogenia

En la etiopatogenia de la anorexia nerviosa se diferencian los factores genéticos y los factores neurobiológicos que se describen a continuación.

Factores genéticos

Los trastornos alimentarios y ciertos rasgos asociados a ellos se acumulan en familias. La heredabilidad de las formas completas es superior a la de las formas parciales, y parece existir

una transmisión cruzada entre anorexia nerviosa, bulimia nerviosa y otros trastornos alimentarios, sugestivo de una susceptibilidad familiar compartida. Existe evidencia de agregación familiar de anorexia y rasgos de personalidad de tipo obsesivo y perfeccionista. Algunos de los estudios de genética molecular se han centrado en la asociación de la enfermedad con el funcionalismo de la serotonina y con el del factor neurotrófico derivado del cerebro.

Un sorprendente hallazgo precoz relacionado con la genética de la anorexia nerviosa es que, aunque hay una conexión con los genes relacionados con el trastorno obsesivo compulsivo y otros trastornos psiquiátricos (algo esperable), también hay asociaciones con factores metabólicos e inmunitarios, tales como la sensibilidad a la insulina y el metabolismo del colesterol.

Por tanto, los factores somáticos, aquellos relacionados con el cuerpo, podrían ser tan importantes como los factores psicológicos y sociales en las causas de la anorexia nerviosa y otros trastornos alimentarios. Además de estas vulnerabilidades genéticas, pueden existir adversidades del entorno, tales como el estrés durante el embarazo, las burlas y el acoso sobre temas de silueta y peso.

Factores neurobiológicos

En muchos casos, es difícil saber qué alteración neurobiológica es primaria o secundaria a la desnutrición. A continuación, se recogen las alteraciones más relevantes y el significado clínico que pueden tener en los pacientes con anorexia nerviosa (**Tabla 13-1**).

Neurotransmisión noradrenérgica

El estudio de la *noradrenalina* y de su metabolito (3-metoxi-4-hidroxifenilglicol) en distintos fluidos (plasma, orina y líquido cefalorraquídeo), así como el estudio de los niveles plasmáticos de noradrenalina en respuesta a distintos estímulos (ortostatismo, alimentos, ejercicio, actividad mental) parecen indicar una disregulación de la actividad noradrenérgica en la anorexia y en la bulimia nerviosa.

Neurotransmisión serotoninérgica

La función serotoninérgica también parece estar disminuida en la mayoría de los pacientes con anorexia nerviosa, aunque algunos datos sugieren que la hipofunción podría estabilizarse con la recuperación del peso. No obstante, se han observado también niveles elevados de ácido 5-hidroxiindolacético (metabolito de la serotonina) en el líquido cefalorraquídeo, que responderían a la existencia de una hiperfunción serotoninérgica y que podrían explicar la falta de apetito de estas pacientes y la presencia de rasgos anoréxicos típicos, como el perfeccionismo o la obsesividad.

Neurotransmisión dopaminérgica

La alteración de la respuesta hedónica a la ingesta, característica tanto de la anorexia como de la bulimia nerviosa, podría ser consecuencia de una disfunción del sistema dopaminérgico.

Tabla 13-1. Alteraciones biológicas más significativas encontradas en pacientes con anorexia nerviosa

Neurotransmisor u hormona	Efectos sobre la conducta de la ingesta	Estado funcional en la anorexia nerviosa	Manifestación clínica
Noradrenalina	Inhibe el factor liberador de corticotropina	↓	Disminuye la ingesta
Serotonina	Estimula la saciedad	↑	Genera saciedad
Dopamina	Media el refuerzo	↓	Altera la respuesta hedónica a la ingesta
Factor liberador de corticotropina	Disminuye la ingesta y activa la conducta motora	↑	Disminuye la ingesta y aumenta la conducta motora
Neuropéptido Y	Aumenta la ingesta	↑	Aunque debería estimular la ingesta, en estos pacientes dicho incremento resulta ineficaz
Colecistocinina	Disminuye la ingesta	↑	Disminuye el volumen de la ingesta
Grelina	Aumenta la ingesta	↑	Se cree que existe una resistencia a la grelina

Otros sistemas de neurotransmisión

Por último, es conocido el aumento de ingesta que producen los *opioides*, una disregulación en este sentido podría contribuir a la negación del hambre en estos pacientes. Continúan siendo objeto de estudio en la actualidad el neuropéptido Y, la *leptina*, la *colecistocinina* y la *grelina*.

Factores neurofisiológicos

Utilizando técnicas como potenciales evocados o neuroimagen, se ha puesto de relieve que los pacientes con anorexia nerviosa tienen una mayor *reactividad* a señales de estímulos relacionados con la comida o con la imagen corporal. Al visualizarlos, tanto en fases agudas como tras la recuperación de la enfermedad, se activan de forma significativa regiones como la *amígdala*, la corteza *prefrontal* medial y la corteza *cingulada* anterior (marcador de rasgo). Por el contrario, la corteza

prefrontal lateral se activa de forma significativa solamente en pacientes recuperadas, pero no en las fases agudas (marcador de estado). Cuando se han utilizado otros estímulos como el reconocimiento facial o la exposición a señales no relacionadas con la comida, hay datos que sugieren que estas pacientes tienden a reaccionar con mayor temor/ansiedad a las señales positivas y exhiben respuestas de escasa reactividad a las señales aversivas.

Alteraciones neonatales y del neurodesarrollo

Hay evidencias de la influencia de las complicaciones neonatales (prematuridad, cefalohematoma, anemia materna, diabetes *mellitus* materna, preeclampsia, infarto placentario, alteraciones cardíacas neonatales) en el incremento del riesgo para el desarrollo ulterior de anorexia nerviosa.

Factores psicológicos

La teoría psicológica específica de mayor relevancia, dadas sus implicaciones terapéuticas, es la de *orientación cognitivo-conductual*. Según esta, la restricción de las ingestas, que caracteriza el inicio de los trastornos alimentarios, tiene dos orígenes. El primero es la necesidad de sentir que controlan su vida, lo que incluye el hecho de controlar la alimentación. El segundo es la sobrevaloración de la silueta y el peso.

Los individuos con rasgos de perfeccionismo y baja autoestima serían especialmente vulnerables al desarrollo de TCA y así lo ponen de manifiesto de manera sistemática los estudios sobre factores de riesgo de estas patologías. Posteriormente, otros procesos comenzarían a operar como factores de mantenimiento del trastorno: el retraimiento social, la aparición de atracones secundarios a dietas extremadamente restrictivas, y el efecto negativo tanto en la silueta como en la sensación de pérdida de control.

En los últimos años, se ha considerado que este tipo de trastorno podría considerarse una conducta adictiva. La ingesta (el atracón) sería el elemento adictivo, y el temor a que esto ocurriese llevaría a los pacientes a extremar y evitar todas aquellas situaciones de riesgo que pudiesen propiciarlos (por ejemplo, los llevaría a elegir alimentos bajos en calorías).

En estos pacientes, también se ha constatado la existencia de importantes rasgos de *alexitimia*, lo que conlleva una importante dificultad para reconocer sus emociones y a comportarse en función de las señales que se han condicionado durante el proceso de la enfermedad.

Factores ambientales

En las primeras formulaciones teóricas, se consideraba que la *familia* era el núcleo en el que se gestaba el trastorno alimentario, a través de las dificultades en el proceso de individuación-separación o de autonomía de los pacientes. En los últimos años, se tiende a considerar que la familia, más que causar el trastorno alimentario, es el contexto donde este se desarrolla, se le atribuye un papel central como transmisora del modelo corporal de delgadez. El estilo de crianza, especialmente la falta de afecto y el rechazo parental, y otras adversidades precoces, también parecen vincularse con estos trastornos.

Los *modelos socioculturales* de la anorexia nerviosa ponen el acento etiológico en el papel que desempeña el actual ideal de belleza de las culturas occidentales y la «cosificación» del cuerpo. Los medios de comunicación contribuyen de manera evidente en la transmisión de los estereotipos de belleza.

Estos modelos consideran las siguientes etapas en el desarrollo de la enfermedad: exposición al ideal de delgadez; internalización del ideal de belleza; experimentación de discrepancias entre el propio cuerpo y el ideal, con la consiguiente insatisfacción corporal; y aparición de restricciones dietéticas y conductas inapropiadas de control de peso.

Estas hipótesis se sustentan en evidencias tales como: prevalencia más alta de anorexia y bulimia en las mujeres, incremento en su incidencia coincidente con la disminución de la talla femenina ideal, diferencias transculturales de la prevalencia de los TCA y la relación significativa entre internalización del ideal de delgadez y los trastornos alimentarios. La mayor incidencia en sujetos de nivel socioeconómico alto es un tema aún sin esclarecer.

Otros factores de riesgo

La comorbilidad psiquiátrica constituye uno de los factores de riesgo de TCA más reseñados, especialmente los trastornos de ansiedad y los depresivos. Otros factores de riesgo de naturaleza psicosocial pueden incrementar el riesgo de TCA,

debido a su capacidad para facilitar el desarrollo de trastornos emocionales. Esto es aplicable al caso de los estilos de crianza anómala, a la experiencia de abusos emocionales o físicos en la infancia o al papel de las burlas o del estrés sufridos durante la infancia-adolescencia como desencadenante de la anorexia nerviosa.

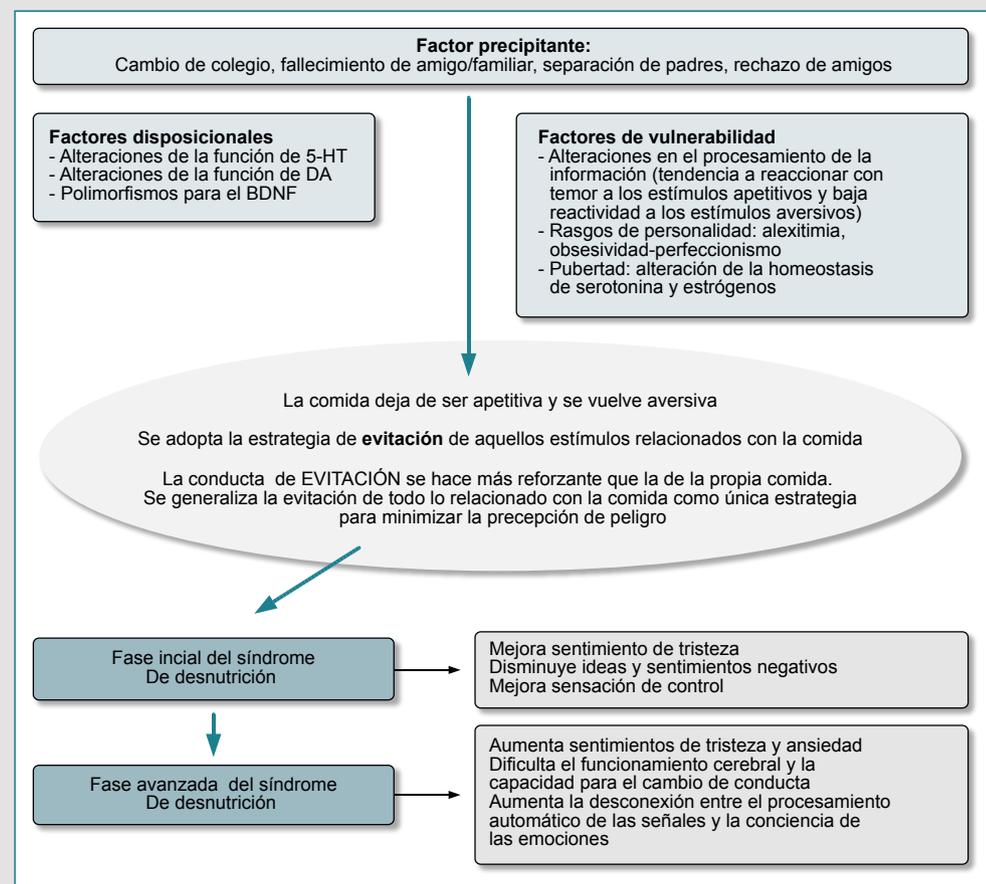
Modelos psicofisiológicos basados en la autorregulación

La mayor parte de hallazgos biopsicosociales señalados en apartados anteriores pueden integrarse en modelos en los que se pone el acento en el fracaso de los mecanismos de autorregulación (**Recuadro 13-1**).

Los factores disposicionales y de vulnerabilidad propiciarían que el paciente tuviera un sesgo atencional hacia aquellas señales que le hacen sentirse más amenazado, como sería la comida y otros estímulos apetitivos. Tras un factor desencadenante de características estresantes, y si este ocurre en una época de importante desequilibrio serotoninérgico, como es la adolescencia, estas conductas se exacerban, ya que el individuo se siente expuesto a las amenazas propias del estrés.

De no corregirse esta estrategia de afrontamiento, fallan los mecanismos de autorregulación y puede llegarse a un momento crítico en el desarrollo de la anorexia nerviosa: *la conducta de evitación se encuentra más reforzada que la conducta de la ingesta*.

RECUADRO 13-1



Representación esquemática de los mecanismos etiopatogénicos implicados en el desarrollo de la anorexia nerviosa. Los factores disposicionales y de vulnerabilidad pueden favorecer que el procesamiento de los estímulos apetitivos sean percibidos como amenazantes y peligrosos. La aparición de factores estresantes en un momento de máxima vulnerabilidad, como es la época de la adolescencia, puede llevar al fracaso de los mecanismos de autorregulación, de forma que el paciente adopta como única estrategia de afrontamiento la evitación de aquellos estímulos relacionados con la comida. El punto clave para el desarrollo de la enfermedad ocurre cuando la conducta de evitación es más reforzante que la comida. Posteriormente, las consecuencias del síndrome de desnutrición sobre el sistema nervioso favorecerán la cronificación del trastorno.

Cuando se alcanza esta situación, el paciente consigue disminuir su estrés evitando la comida, y con cada evitación, se refuerza mucho más dicha conducta. Tras un período de semanas o meses, se alcanza la fase inicial del síndrome de desnutrición, que paradójicamente se asocia con una mejoría del estado de ánimo, de la ansiedad y con un aumento en la sensación de control. Esto también facilita el mantenimiento de las conductas anoréxicas. Posteriormente, cuando la desnutrición es importante (fase avanzada de desnutrición), la presencia de alteraciones cerebrales y psicológicas derivadas del déficit nutricional dificultarán que el paciente cambie su conducta, lo que favorece la cronificación del trastorno.

Manifestaciones clínicas

La anorexia nerviosa debuta normalmente en un adolescente con sobrepeso o que se ve a sí mismo con sobrepeso. Un factor estresante, como comentarios críticos sobre su aspecto/peso, la pérdida de un amigo o familiar o el cambio a un nuevo colegio, puede precipitar el inicio de la anorexia nerviosa.

Las distintas manifestaciones pueden dividirse en conductuales, cognitivas y las derivadas de las complicaciones médicas y psiquiátricas.



Una dieta sin control clínico y sin el conocimiento de su familia, realizada por una adolescente, no debe ser pasada por alto en la consulta del médico.

Alteraciones de conducta

Un comentario sobre el peso puede llevar a un joven a iniciar una dieta que le lleve a la inanición y a obsesionarse con la delgadez. Esta persona podría perder peso *limitando su ingesta calórica, purgándose* (mediante vómitos o tomando laxantes o diuréticos) y haciendo excesivo *ejercicio*. Estos pacientes normalmente no solo limitan la cantidad que comen, sino también los tipos de alimentos que contienen grasas o hidratos de carbono.

Con frecuencia, los pacientes anoréxicos pueden presentar *hiperactividad*, teniendo que moverse y caminar constantemente e implicarse en múltiples actividades. Normalmente *niegan sus síntomas*, aunque tengan aspecto emaciado.

La mayoría de las *conductas aberrantes* dirigidas a perder peso se realizan en secreto. Los enfermos con anorexia nerviosa suelen rehusar comer con sus familiares o en lugares públicos. La pérdida de peso se produce mediante la reducción drástica del total de la ingesta, con un descenso desproporcionado de hidratos de carbono y alimentos grasos. Los pacientes están constantemente pensando en la comida (coleccionan recetas de cocina y les gusta preparar comidas para los demás). Algunos pacientes no pueden mantener continuamente el control sobre la restricción voluntaria de alimentos y entonces comen grandes cantidades de una vez (*atracones de comida*). Estos atracones suelen realizarse a escondidas y, a menudo, por la noche, y frecuentemente se siguen de vómito autoinducido.

Los pacientes con este trastorno exhiben un *comportamiento peculiar* acerca de la comida. Esconden alimentos durante las comidas, intentan deshacerse del alimento poniéndolo en las servilletas o escondiéndolo en los bolsillos. Cortan la comida

en pequeños trozos y pasan mucho tiempo reordenándolos en el plato. Si se les confronta con su peculiar comportamiento, a menudo niegan que sea inusual, o bien evitan terminantemente hablar sobre ello.

Los pacientes con frecuencia abusan del ejercicio, y los casos de subtipo purgativo pueden abusar de laxantes y/o diuréticos para perder peso.

Alteraciones cognitivas

La alteración cognitiva más relevante es la *distorsión de su imagen corporal*, llegando a verse gordos aun en estados de adelgazamiento extremo. En muchos momentos de su evolución, suelen llevar tallas de ropa ajustada, que les sirve para no subir de peso, pero cuando alcanzan situaciones de gran delgadez, pueden llevar varias capas de ropa para disimular y dar la apariencia de que no están perdiendo peso.

Por lo general, presentan síntomas *obsesivo-compulsivos* respecto a la comida. Los pacientes con anorexia nerviosa suelen tener características de perfeccionismo, rigidez, obsesividad, cumplimiento, dependencia y competitividad en su personalidad.

Complicaciones médicas

Deben tenerse en cuenta las complicaciones del ayuno y los vómitos (**Tabla 13-2**). En los períodos iniciales, las más frecuentes son las endocrinológicas. Debido a su escasa grasa corporal, los pacientes con anorexia nerviosa suelen tener reducida la secreción de gonadotropina, lo que da lugar a anovulación, amenorrea, déficit de estrógenos e infertilidad. También pueden aparecer irregularidades menstruales en las pacientes con bulimia nerviosa.

A causa de la pérdida de peso, el metabolismo de los pacientes anoréxicos se ralentiza (para disminuir el consumo de energía). Esto se produce por la conversión preferente de la tiroxina en triyodotironina inversa inactiva, en lugar de en triyodotironina activa. No aumenta la hormona estimulante del tiroides.

Los pacientes con anorexia nerviosa pueden tener reducida la secreción de vasopresina en la hipófisis posterior, produciéndose poliuria. En los pacientes más graves, la hipoglucemia puede originar un coma o la muerte.

Complicaciones psiquiátricas

Los trastornos cognitivos y conductuales de la anorexia nerviosa van unidos, casi de forma inseparable, a *trastornos de ansiedad*, a trastornos *afectivos* de tipo depresivo y a trastornos *obsesivos*. Los efectos de la desnutrición y de la pérdida de peso pueden contribuir y acrecentar los trastornos psicopatológicos concomitantes.

Trastornos de ansiedad

La *ansiedad* constituye un factor emocional constante que se manifiesta desde el inicio del cuadro anoréxico y que tiende a incrementarse paralelamente a la evolución de la enfermedad. Entre los factores ansiógenos, se encuentra el miedo

Tabla 13-2. Complicaciones médicas de los trastornos de la alimentación**Cardiovasculares**

- Bradicardia
- Hipotensión, hipotensión ortostática
- Arritmias
- Miocardiopatía por ipecacuana
- Insuficiencia cardíaca congestiva (al realimentar a las pacientes con anorexia)

Dentales

- Caries (en quienes se purgan)
- Perimólisis (en quienes se purgan)

Dermatológicas

- Lanugo (en restrictivas)
- Signo de Russell (abrasión del área maticarpofalángica por introducirse los dedos para vomitar)
- Piel amarillenta (carotenémica)

Endocrinas/metabólicas

- Anomalías electrolíticas, incluida la hipopotasemia
- Amenorrea (en anoréxicas)
- Infertilidad (en anoréxicas)
- Irregularidades menstruales (en anoréxicas)
- Elevación del cortisol sérico
- Síndrome del enfermo eutiroideo
- Hiperamilasemia (en quienes se purgan)

Digestivas

- Retardo del vaciado gástrico
- Estreñimiento
- Elevación de enzimas hepáticas
- Dilatación o rotura gástrica
- Esofagitis
- Desgarros de Mallory-Weiss

Hematológicas

- Anemia
- Leucopenia
- Trombocitopenia

Hipotálamicas

- Hipotermia

Renales

- Cálculos renales

Esqueléticas

- Osteoporosis (en las pacientes con amenorrea)

a engordar, la valoración crítica de la imagen corporal, la disminución de la autoestima, la presión familiar, la amenaza del descontrol, el temor a las complicaciones físicas y a las intervenciones médicas y la coacción sociocultural en favor de la delgadez.

Esta ansiedad puede manifestarse de forma generalizada, o puede focalizarse como una auténtica fobia a engordar, provocando actitudes de tipo fóbico respecto a la alimentación (miedo a comer), la imagen corporal (temor a mirarse en el espejo, aversión a algunas partes específicas del cuerpo) o a personas y situaciones relacionadas con su psicopatología (cocina, padres, salidas con amigos). Progresivamente, pueden aparecer ciertos rasgos de tipo fóbico social que conducen incluso a comportamientos evitativos, desarrollando miedo a ser observados o a comer en público.

Trastornos depresivos

En los pacientes con anorexia nerviosa, se detecta una elevada comorbilidad con *trastornos del estado de ánimo*: hasta el 50 % de estos presentan depresión mayor o distimia. La tristeza, la anhedonia, el insomnio, los sentimientos de baja autoestima, de culpa y desesperanza y el aislamiento social, son algunos de los síntomas depresivos que de forma característica acompañan al cuadro de anorexia nerviosa.

La tasa de suicidio es mayor en los pacientes anoréxicos del tipo compulsivo-purgativo que en aquellos de tipo restrictivo.

Trastornos obsesivos

Frecuentemente se han observado en la anorexia nerviosa conductas *obsesivo-compulsivas*. El pensamiento de los pacientes anoréxicos es de tipo obsesivoide. De hecho, los pensamientos relativos a la imagen corporal, a la comida o al peso, son reiterativos e intrusivos, ocupan la mayor parte del tiempo y se viven con ansiedad.

Por otra parte, el cálculo continuo de calorías, la verificación repetida del peso, los rituales en la preparación e ingestión de alimentos, constituyen actos reiterativos y uniformes que, practicados con escaso grado de libertad, asemejan auténticas compulsiones (**Caso 13-1**).

Diagnóstico y diagnóstico diferencial

Los criterios diagnósticos para la anorexia nerviosa se sustentan en el rechazo de mantener el peso corporal en el mínimo o por encima del mínimo esperado y en el temor a engordar, incluso teniendo un peso inferior al deseado, lo cual pone de relieve la distorsión de su imagen corporal (**Tabla 13-3**).

Caso 13-1**Anorexia nerviosa**

Una paciente de 16 años es derivada al centro de salud mental por su médico de atención primaria. No tiene antecedentes médicos relevantes ni consume tóxicos, y es muy buena estudiante. Su familia está preocupada porque, en los últimos meses, ha ido perdiendo peso progresivamente. Han observado que come bastante menos de lo habitual, y cuando se lo señalan, la paciente se molesta. Dice que está llenísima.

Su madre la ha sorprendido varias veces llorando en su habitación; dice que «se ve horrible en el espejo, que tiene las caderas demasiado anchas, el culo demasiado gordo...», y que no quiere salir a la calle así».

Pidió por Navidad una bicicleta estática, y la encontraban a menudo haciendo ejercicio, incluso por la noche, por lo que han acabado por quitarle la bicicleta.

Aunque siempre ha sido delgada, la última vez que su madre la vio en ropa interior se asustó de que se le notasen todos los huesos; aún así, ella parece constantemente agobiada por si gana peso. En los dos últimos meses, no ha tenido la menstruación. Se muestra huraña con la familia y triste, y su rendimiento en el colegio está empeorando.

Tabla 13-3. Criterios diagnósticos de anorexia nerviosa

Criterios	CIE-10 y CIE-11	DSM-5
Rechazo a mantener el peso corporal igual o por encima del valor mínimo normal, considerando la edad y la talla (por ejemplo, índice de masa corporal inferior a 17,5, o peso por debajo del 85 % de lo esperado)	X	X
Miedo intenso a ganar peso o a convertirse en obeso, incluso estando por debajo del peso normal	—	X
Alteración en 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	X	X
La pérdida de peso está originada por el propio paciente, ya sea evitando alimentos que engordan, con conductas purgativas, o con ejercicio excesivo	X	-
Trastorno endocrino que afecta al eje hipotálamo-hipófisis-adrenal. En las mujeres pospuberales, presencia de amenorrea (por ejemplo, ausencia de al menos tres ciclos menstruales consecutivos)	X	X

CIE-10: décima edición de la Clasificación Internacional de Enfermedades; CIE-11: undécima edición de la Clasificación Internacional de Enfermedades; DSM-5: quinta edición del *Diagnostic and Statistical Manual*.

La anorexia puede subdividirse en dos tipos:

- **El tipo restrictivo:** en el cual las personas restringen la ingesta, pero no se dan atracones ni realizan purgas mediante el vómito o usando laxantes o diuréticos. Los pacientes con anorexia nerviosa de este tipo limitan mucho el tipo de alimentos que ingieren, toman el menor número de calorías posibles y, a menudo, tienen rasgos obsesivos con respecto a la comida y otros aspectos.
- **El tipo con atracones/purgas:** en el cual se producen atracones o purgas por medio del vómito autoinducido o el uso de laxantes o diuréticos. Este último es común entre los pacientes con anorexia nerviosa y se desarrolla hasta en el 50 % de los casos. Los que practican el atracón y la purga comparten muchas características con las personas que padecen bulimia nerviosa sin anorexia.

También es más probable que estas personas presenten abuso de sustancias, trastornos del control de los impulsos y trastornos de la personalidad.

En ambos tipos, el paciente se preocupa por el peso y la imagen corporal, practica ejercicio durante varias horas cada día y observa conductas alimentarias extrañas. Los dos grupos pueden estar aislados socialmente y presentar síntomas depresivos y disminución del interés sexual. Algunas personas con anorexia nerviosa se purgan sin darse atracones.

Como criterio de gravedad, se incluye el índice de masa corporal (IMC):

- Anorexia nerviosa leve: ≥ 17 kg/m².
- Anorexia nerviosa moderada: 16-16,9 kg/m².
- Anorexia nerviosa grave: 15-15,9 kg/m².
- Anorexia nerviosa extrema: < 15 kg/m².

Diagnóstico diferencial

El diagnóstico diferencial no suele ser complicado, se cuenta con información adicional por parte de las familias. Hay que realizarlo con entidades clínicas médicas y psiquiátricas.

Patologías médicas

Es preciso realizar una anamnesis y una exploración física exhaustivas, debiendo descartarse cualquier etiología médica del trastorno alimentario. El diagnóstico diferencial ha de comprender lo siguiente:

- Tumores cerebrales que afecten al eje hipotálamo-hipofisario: por las alteraciones ponderales presentes en estas patologías.
- Enfermedad de Addison: puede haber importantes alteraciones ponderales, pero no distorsión de la imagen corporal.
- Diabetes mellitus: la pérdida de peso y de apetitivo se relacionan con el desequilibrio glucémico.
- Trastornos neurológicos con síntomas parecidos a los de la bulimia nerviosa, como el síndrome de Klüver-Bucy (caracterizado por agnosia visual, chupeteo y mordisqueo compulsivos, placidez, hipersexualidad e hiperfagia) y el síndrome de Kleine-Levin (caracterizado por episodios de hipersomnia e hiperfagia).
- El síndrome de la arteria mesentérica superior (caracterizado por vómitos posprandiales secundarios a una obstrucción intermitente del vaciamiento gástrico) tiene que diferenciarse de la anorexia nerviosa, aunque este síndrome aparece algunas veces en individuos que presentan aquella (debido a su emaciación).

Trastornos psiquiátricos

- Depresión mayor: aunque los pacientes con anorexia nerviosa puedan tener muchos de los síntomas depresivos incluidos en la depresión mayor, en los trastornos afectivos, no aparecen las conductas de evitación o purgativas de la comida ni la distorsión de la imagen corporal.
- Trastornos psicóticos en los que puede haber delirios sobre la comida: las características delirantes asociadas a la comida son la clave para el diagnóstico. Además, no hay distorsión de la imagen corporal.
- Trastorno obsesivo-compulsivo: algunos pacientes pueden obsesionarse con los alimentos, lo que les lleva a rituales en su preparación o manipulación, pero no están presentes las conductas como los vómitos, ni la distorsión de la imagen corporal.
- Trastorno por consumo de sustancias: en ocasiones, los pacientes con anorexia nerviosa también pueden tener de forma comórbida trastornos por abuso alcohol o tranquilizantes. La situación más complicada puede darse en sujetos dependientes de opiáceos o de cocaína, ya que en ellos puede haber una importante falta de apetito y de peso, pero no tienen distorsionada su imagen corporal.

- Trastorno dismórfico: los pacientes pueden estar muy preocupados por un defecto corporal imaginario, relacionado con su silueta, pero no están presentes otros síntomas como la evitación de alimentos o las conductas restrictivas y/o purgativas.
- Trastornos de ansiedad como la fobia social: aunque estos pacientes pueden sentirse incómodos cuando comen en público, como en el caso de la anorexia nerviosa, sin embargo, no se dan los demás síntomas relacionados con la ingesta.
- Bulimia nerviosa: los individuos con bulimia nerviosa presentan atracones recurrentes y conductas encaminadas a no ganar peso, y se encuentran excesivamente preocupados por la silueta y el peso corporales. Sin embargo, a diferencia de los enfermos con anorexia nerviosa (tipo compulsivo/purgativo), las personas con bulimia nerviosa son capaces de mantener el peso igual o por encima de un nivel normal mínimo.

Curso y pronóstico

El curso de la anorexia nerviosa es variable, aunque es característico que tenga una tendencia a la cronicidad con fluctuaciones. Los trastornos de conducta alimentaria no muestran mucha estabilidad diagnóstica, ya que existe una gran migración o trasvase de diagnósticos a lo largo del tiempo entre distintas categorías, cifras que alcanzan hasta casi un 50 %.

La muerte puede ser debida a las complicaciones de la emaciación (hasta el 5 % de los pacientes con anorexia nerviosa mueren de esta enfermedad al cabo de 10 años de evolución, muchos de ellos por suicidio). Se consideran indicadores de buen pronóstico el hecho de que el paciente sea capaz de reconocer que pasa hambre, la menor negación e inmadurez y la mayor autoestima. Por el contrario, el mal pronóstico se asocia a los conflictos parentales, la coexistencia de bulimia nerviosa y la presencia de conductas purgativas y comorbilidad psiquiátrica.

Tratamiento

Una base importante para el tratamiento de los pacientes con anorexia nerviosa es el apoyo que se debe recibir tanto de los equipos de atención primaria como de los de salud mental. El soporte debe incluir psicoeducación sobre el trastorno, el control del peso, la evaluación de la salud física y mental, así como la presencia de equipos multidisciplinarios que involucren a pacientes y a familias.

Al tratar a pacientes con la anorexia nerviosa, se recomienda tener en cuenta que ayudar a las personas a alcanzar un peso corporal saludable o un IMC para su edad es un objetivo fundamental, y el aumento de peso es clave para apoyar otros aspectos psicológicos, físicos y de calidad de vida, cambios necesarios para mejorar o recuperarse.

En el control de peso de las personas con anorexia nerviosa, hay que meditar a la hora de compartir los resultados con familiares y cuidadores, ya que un exceso de atención a ese dato puede retrasar la recuperación.

Los objetivos del tratamiento de pacientes con anorexia nerviosa son: la estabilización médica; la recuperación ponderal y

la corrección de los patrones comportamentales y emocionales; y el tratamiento de la comorbilidad médica y psiquiátrica.

Estabilización médica

Se comprobarán otras posibles causas de fluctuación ponderal o purgas y se valorará el grado de malnutrición, deshidratación y anomalías electrolíticas para determinar si es necesario ingresar al paciente por motivos médicos y esbozar las directrices generales del tratamiento ambulatorio.

En estas directrices, deben incluirse: el peso mínimo aceptable, el objetivo ponderal y el ritmo recomendable de aumento de peso (de 0,5 a 1 kg por semana) para los pacientes con bajo peso, así como el mantenimiento de niveles electrolíticos seguros. Se prescribirán suplementos diarios multivitamínicos, de calcio y vitamina D, cuando sea necesario. Si hay bajo peso y amenorrea, está indicada la densitometría.

Recuperación del peso y corrección de patrones psicológicos anómalos

Tratamiento psicológico

En los pacientes adultos, suelen estar indicadas las siguientes técnicas de psicoterapia: terapia cognitivo-conductual centrada en el trastorno de la alimentación individual; tratamiento de la anorexia nerviosa de Maudsley para adultos; y manejo clínico de apoyo especializado. En el caso de que las tres primeras no sean aceptadas por el paciente, estaría indicada la terapia psicodinámica focal centrada en el trastorno de la alimentación.

Cuando el paciente es un niño o un adolescente, el tratamiento de elección es la terapia familiar, y en caso de no conseguir los resultados esperados, se debe intentar la terapia cognitivo-conductual individual o la terapia centrada en el adolescente con anorexia nerviosa.

Como puede observarse, la terapia cognitivo-conductual se usa para reducir los errores cognitivos y perceptivos del paciente, que provocan las actitudes distorsionadas y las conductas del trastorno de alimentación. El paciente practica nuevas formas de revisar las cogniciones y autocontrolar sus comportamientos.

La terapia psicodinámica explora los fundamentos y conflictos que pueden estar en la base del trastorno.

La terapia de grupo ofrece apoyo a los pacientes con trastornos de la alimentación que se sienten aislados, al tiempo que les aporta un escenario distinto en el que explorar el trastorno.

La terapia de familia es especialmente eficaz en la anorexia de comienzo temprano y corta evolución. Los expertos en nutrición pueden ayudar al paciente a que poco a poco aprenda hábitos alimentarios más sanos.

Las técnicas psicoeducativas son imprescindibles tanto para los pacientes (explicar los riesgos de sus conductas) como para los familiares.

Tratamiento farmacológico

El tratamiento farmacológico debe usarse con cuidado en los pacientes con trastornos de la alimentación. La deshidratación/desnutrición y las fluctuaciones electrolíticas, que son

frecuentes en estos pacientes, pueden hacer que la medicación afecte peligrosamente al sistema de conducción cardíaco.

La psicofarmacoterapia no está recomendada como medida única de abordaje.

En los pacientes en los que no se obtiene ganancia ponderal con el tratamiento estándar (psicoterapia y rehabilitación nutricional), son candidatos a farmacoterapia adyuvante. En estos enfermos, existen estudios que encuentran diferencias estadísticamente significativas a favor de la olanzapina en la recuperación ponderal. La dosis propuesta es de 2,5-10 mg al día.

En relación a la comorbilidad depresiva o ansiosa, si no existe respuesta al tratamiento estándar, sería razonable el uso de inhibidores de la recaptación de serotonina (ISRS). No deben usarse los antidepresivos tricíclicos (potencial cardiotoxico) ni bupropión (disminución del umbral convulsivo).

Por último, hay que tener en cuenta ciertas características especiales de estos pacientes antes de iniciar tratamiento con psicofármacos: el riesgo de efectos secundarios está incrementado y han de considerarse también las complicaciones médicas asociadas a la enfermedad. En este sentido, sería conveniente indicar dosis iniciales bajas y aumentos progresivos.

BULIMIA NERVIOSA

La bulimia nerviosa es un trastorno consistente en atracones de comida y métodos compensatorios inapropiados para evitar la ganancia de peso. Los episodios recurrentes de bulimia se acompañan de sentimientos de estar fuera de control, finalizan bien porque haya gente delante o malestar físico (dolor abdominal o náuseas) y se siguen de sentimientos de culpa, depresión o auto-desprecio. Las personas con bulimia nerviosa muestran también conductas recurrentes compensatorias, como la purga (autoinducción del vómito, uso repetido de laxantes o diuréticos), el ayuno o el ejercicio excesivo para prevenir la ganancia de peso.

Epidemiología

La prevalencia de la bulimia nerviosa es mayor que la de la anorexia nerviosa. Se ha detectado del 1 al 3% de las mujeres jóvenes. La bulimia nerviosa es más frecuente entre mujeres que en varones, y su inicio se produce durante la adolescencia, aunque es algo más tardío que en la anorexia nerviosa. Puede ocurrir incluso al inicio de la madurez. Se han observado síntomas ocasionales de bulimia nerviosa, como episodios aislados de atracones o purga, hasta en el 40% de las mujeres universitarias. Aunque la bulimia nerviosa suele presentarse en mujeres con un peso normal, a veces se acompaña de una historia de obesidad.

Etiopatogenia

A continuación, se diferencian los factores genéticos y los factores neurobiológicos dentro de la etiopatogenia de la bulimia nerviosa.

Factores genéticos

Los estudios de gemelos y de agregación familiar demuestran una incidencia superior de bulimia en las familias de estos pacientes, sugiriéndose la existencia de una vulnerabilidad

genética que predispone a padecer el trastorno. Del mismo modo, una historia familiar de depresión aumentaría la predisposición para desarrollar este cuadro.

Factores neurobiológicos

Los estudios con neurotransmisores se han centrado en aquellos que están relacionados con la regulación de la conducta alimentaria, con la afectividad y con la impulsividad. Algunos investigadores han intentado asociar los ciclos de sobreingesta y purga con varios neurotransmisores, siendo la serotonina el que parece más implicado.

Neurotransmisión serotoninérgica

Se ha visto que la hiperfunción serotoninérgica disminuye la cantidad de alimento ingerido, la duración de la ingesta y la apetencia por los hidratos de carbono. Las pruebas de función serotoninérgica en la bulimia nerviosa parecen sugerir la existencia de una disfunción serotoninérgica en estos pacientes (generalmente una hipofunción). La eficacia de fármacos antidepresivos, principalmente ISRS, en la disminución del número de conductas bulímicas apoya también la probable existencia de una alteración de la serotonina en la bulimia.

Neurotransmisión noradrenérgica

Diversos estudios parecen indicar una disminución de su actividad, y que probablemente, en pacientes con bulimia nerviosa, sea producto de la restricción dietética existente entre los atracones.

Neurotransmisión dopaminérgica

Se ha encontrado también una disminución de los metabolitos de la dopamina que podrían explicar la alteración de la respuesta placentera a la comida y el desarrollo de una conducta semejante a una adicción por la comida.

Otros

Los *neuropéptidos* desempeñan un papel importante en la regulación de la conducta alimentaria, pero los resultados encontrados en bulimia nerviosa sobre el papel de estas sustancias son contradictorios. Entre otras alteraciones, se han encontrado niveles plasmáticos de *endorfinas* elevados, lo cual sugiere la posibilidad de que la sensación de bienestar experimentada tras el vómito puede estar mediada por este incremento en los niveles de endorfinas.

Factores psicológicos

Los pacientes con bulimia nerviosa se caracterizan por ser más extrovertidos, irritables e impulsivos. Una de las características psicológicas más relacionadas con la bulimia nerviosa es la dificultad para *controlar los impulsos*, que se manifiestan, entre otros, por la dependencia de sustancias y las relaciones sexuales de riesgo, además de atracones y purgas, que son sus elementos característicos.

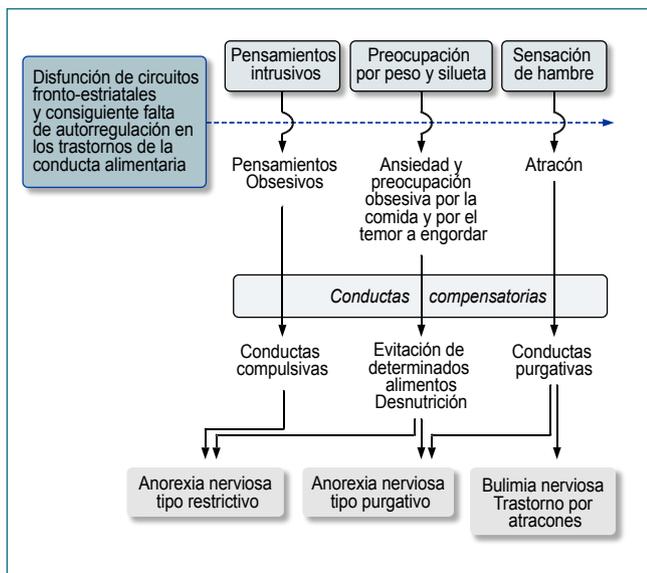


Figura 13-1. Fisiopatología de los trastornos de la conducta alimentaria basada en el deterioro de los mecanismos de autorregulación como consecuencia de la disfunción de los circuitos cerebrales frontoestriatales. El mal funcionamiento de estos provocaría la aparición de preocupaciones de tipo obsesivo relacionadas con los alimentos y la silueta, lo que conllevaría la generación de conductas compensatorias, también patológicas, como la evitación de los alimentos, los vómitos u otras.

Factores sociales

Los pacientes con bulimia nerviosa, al igual que aquellos con anorexia nerviosa, tienden a responder a la presión social en torno a la delgadez, adquiriendo una excesiva preocupación por el peso y la silueta corporal.

Modelos psicofisiológicos

En estos pacientes, los factores disposicionales y de vulnerabilidad hacen presuponer que sus mecanismos para el control de la saciedad y de la impulsividad estén alterados, lo que conllevaría, en situaciones de restricción dietética, un descontrol de la ingesta en forma de atracón. De hecho, se sabe que la dieta rígida es el desencadenante más frecuente del atracón y que el atracón es el precipitante del vómito.

Las teorías basadas en la falta de autorregulación (Fig. 13-1) hipotetizan que las alteraciones en los circuitos frontoestriatales encontradas en pacientes con anorexia nerviosa y bulimia nerviosa podrían explicar las preocupaciones obsesivas de estos pacientes, así como las conductas compensatorias desarrolladas para contrarrestarlas. En condiciones no patológicas, los pensamientos obsesivos podrían ser afrontados de forma eficaz, y no se generarían conductas contrarreguladoras anómalas (compulsión, evitación), pero la disfunción de estos circuitos provoca el mantenimiento de estos pensamientos y de las conductas.

En el caso de la bulimia nerviosa, el atracón conlleva un alivio de la ansiedad/preocupación, lo que aumenta la probabilidad de que se vuelva a repetir. Pero también genera importantes sentimientos de culpa y de pérdida de control, lo que facilita la aparición de conductas purgativas como el vómito (Fig. 13-2). A su vez, el vómito alivia la ansiedad por

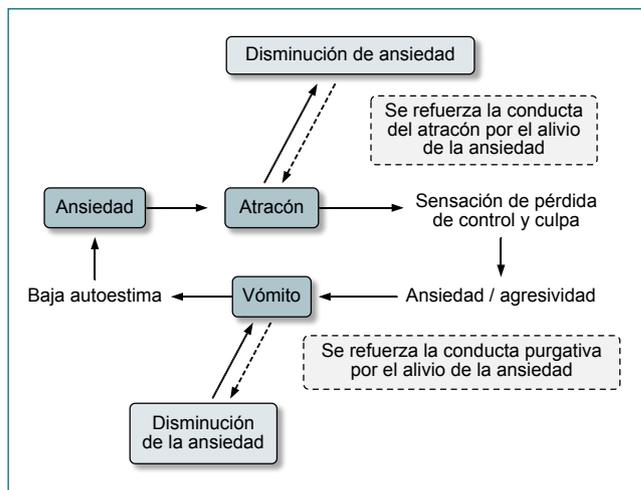


Figura 13-2. La ansiedad inicial puede llevar al atracón, y tanto este como el vómito la alivian, de forma que se refuerzan ambas conductas. Las terapias de prevención de respuesta animan a los pacientes a que, aunque se hayan dado un atracón, no se provoquen el vómito, en un intento de romper el círculo vicioso que se describe en la figura.

el temor a engordar y también refuerza la utilización de esta conducta en futuros atracones.

Manifestaciones clínicas

Los pacientes con bulimia suelen acudir a consulta tras un período de latencia, no infrecuentemente de años, y alrededor del 50 % de los pacientes poseen antecedentes de anorexia nerviosa. El inicio de la patología, como en la anorexia, habitualmente se relaciona con una conducta de dieta.

Los síntomas característicos de la bulimia nerviosa son los siguientes: episodios recurrentes de atracones de comida; sentimiento de pérdida de control sobre la comida durante el atracón; autoinducción del vómito, abuso de laxantes o diuréticos, ayuno o excesivo ejercicio para evitar el aumento de peso; y autoevaluación influenciada por la silueta corporal y el peso.

Estas manifestaciones puede agruparse en alteraciones de la conducta, cognitivas y las derivadas de las complicaciones médicas y psiquiátricas.

Alteraciones conductuales

En la bulimia nerviosa, *el atracón* es la conducta predominante asociada a las conductas de purga que constituyen el medio para eliminar lo ingerido en el atracón, reduciendo así la ansiedad asociada a la inaceptable posibilidad de ganar peso y mitigando el temor a engordar por la ingesta.

Los atracones se definen como la ingesta de alimentos durante un período de tiempo corto en cantidad superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en un tiempo similar y en las mismas circunstancias, y con sensación de pérdida de control.

Los *vómitos autoinducidos* constituyen una práctica habitual y normalmente se inducen introduciéndose los dedos en la garganta, aunque algunos pacientes son capaces de vomitar espontáneamente. El vómito disminuye el dolor abdominal y el sentimiento de estar lleno, y permite a los pacientes conti-

nuar comiendo sin miedo a ganar peso. Tanto el atracón como el vómito provocan un cierto alivio de la ansiedad, por lo que ambas conductas se ven reforzadas (v. Fig. 13-2). *La culpa y los sentimientos depresivos* suelen seguir al episodio bulímico.

Durante los atracones, los pacientes *prefieren alimentos ricos en grasas e hidratos de carbono*, altos en calorías, y generalmente de textura suave, como dulces y bollería. Algunos prefieren comidas muy voluminosas sin importarles el sabor, ingiriendo aquellos alimentos de los que se privan habitualmente. Suelen comer rápido y a escondidas y, muchas veces, sin masticar y con los alimentos sin preparar.

La mayoría de los pacientes entran en el *círculo de dieta-atracón-maniobras compensatorias*, en este orden cronológico, y las circunstancias desencadenantes suelen ser los estados disfóricos, las situaciones de frustración y aquellas relacionadas con la comida (estar rodeado de «alimentos prohibidos»). El sentimiento de pérdida de control contribuye a que los pacientes tengan baja autoestima y al aislamiento social.

La mayoría de los pacientes con bulimia nerviosa tienen un peso dentro de la normalidad, pero algunos pueden estar por encima. Estos pacientes se *preocupan por su figura* corporal y su apariencia, de forma que comienzan a utilizar mecanismos compensatorios a sus atracones para mantener el peso adecuado. La autoinducción del vómito es el método más frecuente, aunque el uso de laxantes y diuréticos no es inhabitual.

Otras conductas compensatorias son el *ayuno* casi total durante gran parte del día, el uso de *anorexígenos y el ejercicio físico* exagerado.

Alteraciones cognitivas

Las alteraciones cognitivas de los pacientes bulímicos son similares a las que existen en la anorexia. Existe un temor a ser obeso, una preocupación por el peso, una distorsión de la percepción de la imagen corporal, un deseo de delgadez y unas cogniciones erróneas dietéticas.

Complicaciones médicas

Las complicaciones médicas, por lo general, son consecuencia de las conductas de purga y atracones y, por lo tanto, pueden presentarse de modo imprevisible y agudo, pudiendo ser mortales (v. Tabla 13-2).

Alteraciones del equilibrio hidroelectrolítico

Suelen estar presentes en el 50% de los pacientes y están relacionadas con los vómitos y el abuso de laxantes y diuréticos. La *hipopotasemia* es una de las complicaciones médicas más graves que suele estar en relación con las conductas purgativas diarias y puede producir debilidad muscular, alteraciones de la *conducción cardíaca*, nefropatía tubular y rabdomiólisis. El abuso de laxantes puede producir, a su vez, *acidosis metabólica* debido a la pérdida de bicarbonato por las deposiciones.

Alteraciones gastrointestinales

Destacan las *erosiones en el esmalte dental*, las callosidades en el dorso de las manos y la hipertrofia de las *glándulas parótidas*

como resultados de la provocación del vómito. Además, los vómitos repetidos pueden producir *esofagitis o hernias esofágicas* y, ocasionalmente, a consecuencia de los esfuerzos para vomitar, pueden presentarse complicaciones más graves, como una *perforación esofágica o el neumomediastino*, que pueden terminar en *shock*. Otra complicación grave secundaria a ingestas masivas es la *dilatación aguda y la rotura gástrica*.

El estreñimiento es otra constante en estas pacientes, por la restricción de productos ricos en fibras, por la deshidratación y por el efecto rebote tras el abuso de laxantes. El masivo abuso de laxantes puede provocar, por otra parte, esteatorrea y grandes pérdidas proteicas.

Alteraciones cardiovasculares

Son secundarias a la hipopotasemia, que puede producir *arritmias y muerte súbita*.

Alteraciones neurológicas

Las más habituales consisten en la disminución del umbral *convulsivo* en relación con las alteraciones electrolíticas y en relación con la dilatación ventricular y el ensanchamiento de los surcos secundario a la deshidratación.

Comorbilidad psiquiátrica

La bulimia nerviosa aparece en personas con tasas elevadas de trastornos del *estado de ánimo y del control de los impulsos*. También se observan trastornos relacionados con el *abuso de sustancias y los trastornos de personalidad*, así como elevados niveles de ansiedad, trastornos disociativos e historia de abuso sexual (Caso 13-2).

Caso 13-2 Bulimia nerviosa



Una mujer de 22 años es acompañada a urgencias por su compañera de piso, quien se la ha encontrado en el baño con bajo grado de consciencia. La compañera de piso refiere que la paciente «toma pastillas», y que a veces vomita después de las comidas.

En la analítica, se objetivan alteraciones hidroelectrolíticas importantes, y los tóxicos en orina resultan negativos. En la exploración, muestra una excoriación en el dorso de la mano derecha.

Una vez recuperada, la paciente reconoce que lleva años provocándose el vómito si siente que se «ha pasado» comiendo; al principio era solo ocasionalmente, pero esto ha ido a más, y últimamente sucede casi a diario.

Lo de «pasarse comiendo» significa que, a veces, «asalta la nevera» y puede pasarse media hora o más comiendo sin poder parar, todo lo que haya, hasta que acaba con toda la comida. Cuando termina, se siente tan culpable que va inmediatamente al baño y vomita.

Hace poco se enteró de que los diuréticos podían hacer que «no retuviese líquidos» y ayudarla a adelgazar, por lo que se hizo con una caja y ha empezado a tomarlos. Se muestra llorosa, sabe que si sigue así puede pasarle algo grave, pero dice que su aspecto físico es lo más importante para ella y que no sabe cómo controlarse.

Tabla 13-4. Criterios diagnósticos de la bulimia nerviosa

Criterios	CIE-10	DSM-5
Presencia de atracones recurrentes y sensación de pérdida de control sobre la ingesta del alimento (sensación de no poder parar de comer o no poder controlar el tipo o la cantidad de comida que se está ingiriendo)	X	X
Conductas compensatorias inapropiadas, de manera repetida, con el fin de no ganar peso, como son la provocación del vómito, el uso excesivo de laxantes, diuréticos, enemas u otros fármacos, ayuno y/o ejercicio excesivo	X	X
Los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas tienen lugar, como promedio, al menos, dos veces por semana durante un período de 3 meses	X	X
La autoevaluación está muy influida por el peso y la silueta corporales	X	X

CIE-10: décima edición de la Clasificación Internacional de Enfermedades; DSM-5: quinta edición del *Diagnostic and Statistical Manual*.

Diagnóstico

Los atracones de comida y los métodos compensatorios deben aparecer al menos una vez por semana durante 3 meses, según el DSM-5 (Tabla 13-4). Además, estas personas se valoran a sí mismas en función, básicamente, de la forma de su cuerpo y su peso.

El diagnóstico de bulimia nerviosa no puede establecerse si los atracones aparecen únicamente en el contexto de una anorexia nerviosa, en este caso, el diagnóstico sería el de anorexia tipo con atracones/purgas. Se pueden usar especificadores de remisión y gravedad para perfilar con mayor precisión el diagnóstico.

Curso y pronóstico

El curso de la bulimia nerviosa a largo y a corto plazo es variable. En principio, parece tener un pronóstico mejor que la anorexia nerviosa. En los 5-10 años posteriores al inicio de la enfermedad, el 50 % de los pacientes presentaba remisión completa de su cuadro, mientras que aproximadamente el 20 % seguía cumpliendo criterios diagnósticos de bulimia nerviosa. El 30 % restante se caracteriza por un curso con remisiones y recaídas. Se consideran factores de mal pronóstico: la presencia de impulsividad; el diagnóstico de trastorno límite de la personalidad; un peor ajuste social; la presencia de conductas autodestructivas; y la gravedad de las secuelas de las conductas purgativas.



El diagnóstico de bulimia nerviosa en una mujer joven requiere que se evalúe el consumo de drogas, como el alcohol o la cocaína.

Tratamiento

El tratamiento de la bulimia nerviosa se basa en varios tipos de intervenciones: médicas, psicoeducativas, psicote-

rapéuticas, farmacológicas y familiares. La mayoría de los pacientes con bulimia nerviosa no complicada no requieren hospitalización.

Los objetivos del tratamiento son: la restauración de un patrón alimentario normal con eliminación del ciclo atracón-vómito; la corrección de los patrones cognitivos y de las alteraciones emocionales que mantienen el trastorno; el tratamiento de las complicaciones médicas y de la comorbilidad psiquiátrica (véase lo que se ha señalado en el apartado de la anorexia nerviosa).

Tratamiento psicológico

Para el abordaje psicoterapéutico de pacientes adultos, se recomiendan como tratamiento de primera elección los programas de autoayuda guiados con material cognitivo-conductual para los trastornos alimentarios, que pueden completarse con breves sesiones de apoyo.

Si la autoayuda guiada centrada en la bulimia nerviosa no es aceptada, está contraindicada o es ineficaz después de 4 semanas de tratamiento, se considera la terapia cognitivo-conductual individual centrada en el trastorno alimentario.

En el caso de niños y jóvenes, se recomienda la terapia familiar centrada en la bulimia nerviosa durante 6 meses. Los objetivos son establecer una buena relación terapéutica con la persona y la familia y fomentar su implicación en la recuperación del ser querido. No se ha de culpar, hay que incluir información sobre cómo regular el peso corporal, los efectos adversos de intentar controlar el peso con restricción, los vómitos autoinducidos, los laxantes u otros comportamientos compensatorios.

Es preciso utilizar un enfoque de colaboración entre los padres y el enfermo para establecer patrones de alimentación saludables y minimizar las conductas compensatorias. Conviene establecer reuniones periódicas con el paciente de forma individual durante todo el tratamiento. Si esta técnica no es aceptada, está contraindicada o no es eficaz, hay que considerar la posibilidad de terapia cognitivo-conductual centrada en el trastorno de la alimentación.

Tratamiento farmacológico

Se ha demostrado que los medicamentos antidepresivos, principalmente los ISRS son eficaces en la bulimia nerviosa, disminuyendo el número de atracones y purgas, haya o no comorbilidad depresiva o de ansiedad. En general, la dosis de ISRS necesarias para disminuir los atracones suelen ser más altas que las utilizadas para tratar el trastorno depresivo. La fluoxetina a dosis de 60 mg al día disminuye la frecuencia de los atracones y las conductas purgativas de manera significativa.

Para los pacientes con bulimia nerviosa que no toleran o no responden a la fluoxetina, se ha propuesto farmacoterapia de segunda línea con otro ISRS, como la sertralina, escitalopram o fluvoxamina. La paroxetina no se utiliza en la bulimia nerviosa, debido a la potencial ganancia ponderal. Dadas las alteraciones hidroelectrolíticas por purgas que se dan en estos pacientes y la potencial afectación cardíaca de estas, el citalopram no se usa en la bulimia nerviosa.

Para los pacientes que no responden o no toleran los ISRS, se ha sugerido como intervención de tercera línea los anti-depresivos tricíclicos (ATC), nortriptilina y desimipramina, el antidepressivo trazodona y el antiepiléptico topiramato. La elección entre ellos debe hacerse conforme a la presencia de comorbilidades asociadas. Así, se preferirán los ATC si existe un peso normal bajo (índice de masa corporal de 18,5-22 kg/m²) y los pacientes presentan síntomas de ansiedad y/o depresión, siendo el topiramato mejor opción en caso contrario. El bupropión está contraindicado al disminuir el umbral convulsivo y ser pacientes de riesgo epileptógeno.

La recaída de la bulimia nerviosa ocurre en un 30 % de los pacientes. Para aquellos que han respondido o remitido con tratamiento psicofarmacológico, se ha sugerido farmacoterapia de mantenimiento, durante al menos 6-12 meses después de la respuesta o la remisión.

TRASTORNO DE ATRACONES

Dentro del apartado sobre el trastorno de atracones, a continuación se abordan la epidemiología, la etiopatogenia, las manifestaciones clínicas y el tratamiento.

Epidemiología

La prevalencia del trastorno de atracones presenta una gran variación, afectando aproximadamente del 2 al 5 % de la población general, es más frecuente en las mujeres que en los hombres, y se estima que, aproximadamente, el 30 % de las personas que participan en programas de control de peso lo padecen.

Se estima una prevalencia a los 12 meses del 1,6 % en mujeres y de 0,8 % en varones, siendo las diferencias de género menos pronunciadas que en la bulimia y la anorexia nerviosas. Las tasas de prevalencia son similares en distintos países industrializados.

Etiopatogenia

Aunque se ha determinado un componente hereditario, sus factores etiopatogénicos parecen tener importantes áreas de solapamiento con la bulimia nerviosa.

Manifestaciones clínicas

Es un trastorno caracterizado por la existencia de episodios de atracones, que vienen determinados por la ingesta de importantes cantidades de comida realizadas en períodos inferiores a 2 horas y con sensación de falta de control sobre la ingesta. Los pacientes suelen referir que comen más de lo normal, o que lo hacen hasta sentirse desagradablemente llenos. También puede ocurrir que coman cuando no tienen hambre.

Tras el atracón, sienten un importante sentimiento de culpa. La repetición de estos episodios genera en los pacientes una importante ansiedad por evitarlos. No utilizan mecanismos compensatorios inmediatos para controlar el peso, tendiendo lógicamente a la obesidad. A diferencia de la bulimia nerviosa, estos pacientes no están especialmente preocupados con la figura corporal y el peso (**Caso 13-3**).

Caso 13-3

Trastorno de atracones



Acude a la consulta de endocrinología una mujer de 50 años con obesidad importante. En la entrevista, la paciente refiere que, en los últimos años, tiene momentos en los que siente la necesidad irrefrenable de comer, habitualmente dulce. Entonces come todo el dulce que haya en casa, o baja a la panadería y compra grandes cantidades de bollos.

Refiere angustiada que le da vergüenza, en la tienda dice que es para sus hijos. Come a escondidas, pero con una sensación de pérdida de control que la supera, hasta que no queda nada. Después se siente muy llena y muy culpable. Aunque no come cantidades excesivas habitualmente y sigue una dieta aparentemente equilibrada, la paciente ha ido aumentando de peso progresivamente, pues estos episodios le suceden hasta 2-3 veces por semana. Quiere hacer una dieta que le ayude a bajar de peso y controlar este apetito.

La frecuencia semanal de los atracones sirve para determinar la gravedad del trastorno:

- Leve: 1-3 atracones por semana.
- Moderado: 4-7 atracones por semana.
- Grave: 8-13 atracones por semana.
- Extremo: 14 o más atracones semanales.

Tratamiento

Tratamiento psicológico

El tratamiento estándar en adultos es la psicoterapia cognitivo-conductual, ya sea en formato grupal o individual, y los programas de autoayuda basados en material cognitivo-conductual.

Tratamiento farmacológico

El tratamiento psicofarmacológico de este trastorno es eficaz. Se recomiendan los ISRS, como por ejemplo, sertralina, citalopram y escitalopram, con buena relación riesgo-beneficio. Otro fármaco recomendado es el topiramato. La eficacia de la lisdexanfetamina ha sido confirmada a dosis de 50-70 mg. En el caso de niños y jóvenes, se recomiendan las mismas estrategias psicoterapéuticas, y en cuanto al tratamiento psicofarmacológico, se propone que no se utilice en niños y adolescentes como única intervención.

OTROS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

Dentro de los trastornos de la conducta alimentaria, existen dos categorías para aquellos que no reúnen criterios para un trastorno específico.

En el caso de que el clínico opte por comunicar el motivo específico por el que la presentación no cumple los criterios de trastorno de conducta alimentaria específico, se trataría de *otro trastorno de conducta alimentaria o de la ingesta de alimentos*

especificado. Aquí se encuadrarían: la anorexia nerviosa atípica, la bulimia nerviosa de frecuencia baja y/o duración limitada, el trastorno de atracones de frecuencia baja y/o duración limitada, el trastorno por purgas y el síndrome de la ingesta nocturna de alimentos.

Si por el contrario el clínico decide no comunicar el motivo por el que la presentación no cumple los criterios de trastorno de conducta alimentaria específico, se estaría hablando de *trastorno de conducta alimentaria o de la ingesta de alimentos no especificado*.

MANEJO DE LOS PACIENTES CON TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

Los pacientes con TCA suponen un importante reto, no solo para los médicos de atención primaria, sino también para el resto de especialistas implicados en el tratamiento.

Las claves para un correcto abordaje pasan por practicar una exhaustiva exploración médica y realizar una intervención multidisciplinar que abarque las complicaciones médicas y de salud mental que puedan estar presentes.

Evaluación de pacientes con trastornos de alimentación

La evaluación pasa por llevar a cabo una exhaustiva historia clínica, una exploración física orientada a determinar el estado nutricional y las complicaciones

Historia clínica

El médico debe hacer preguntas concretas, pues los pacientes con trastornos de la alimentación saben esconder muy bien sus síntomas y conductas. Además, su percepción de lo que es una ingesta y un peso normales está distorsionada, por lo que los detalles de la anamnesis son importantes. Se debe incluir:

- Duración del proceso.
- Antecedentes ponderales.
- Historia de la ingesta alimentaria.
- Recuentos calóricos.
- Antecedentes de purgas.
- Uso de medicamentos tales como diuréticos, laxantes, ipecacuana y pastillas para adelgazar.
- Antecedentes de ejercicio físico.
- Historia menstrual.

A diferencia del paciente caquéctico que tiene una enfermedad orgánica, el paciente con anorexia nerviosa niega la intensidad y el significado de su delgadez y normalmente se refuerza con la pérdida de peso.

La revisión por aparatos suele revelar fatiga, letargia, molestias abdominales, distensión abdominal, estreñimiento, intolerancia al frío, poliuria, hiperactividad e insomnio.

Deben recopilar los historiales médicos y consultar con otros profesionales sanitarios para esclarecer el diagnóstico y la evolución del trastorno de la alimentación.

Hacer una anamnesis adicional a familiares y amigos también ayuda a clarificar el diagnóstico y la evolución de los trastornos de la alimentación.

Exploración del paciente

Es preciso registrar el peso, el pulso y la tensión arterial. Los dos últimos valores revelan si el corazón es suficientemente fuerte para bombear la sangre por el cuerpo. Se recomienda medir la tensión arterial sentado y de pie, para chequear cómo el corazón responde a los cambios posturales, ya que estos aumentan la demanda cardíaca. También debe medirse la temperatura, que muestra si el cuerpo tiene suficiente para mantener el calor. Estas constantes vitales se toman a los pacientes con TCA en todas las visitas. También debe registrarse la estatura basal y, en el caso de los niños y adolescentes, controlarse en cada visita. Cuando tarda en detectarse el caso, el paciente que acude será probablemente una persona caquéctica escondida dentro de muchas capas de ropa suelta, con piel seca, pálida o amarillenta, lanugo (vello fino en la cara y los brazos), bradicardia, hipotensión e hipotermia.

Pruebas complementarias

De forma rutinaria, se debe incluir lo siguiente:

- Electrolitos, nitrógeno ureico en sangre, creatinina y glucemia en ayunas.
- Pruebas de la función tiroidea.
- Recuento hemático completo.
- Pruebas de la función hepática.
- Un electrocardiograma.
- Como estudios adicionales, puede realizarse una densitometría ósea en las pacientes con amenorrea, para evaluar una posible osteoporosis. Debe pensarse en hacer pruebas de imagen cerebral y un electroencefalograma si la evaluación neurológica es anormal.

Dónde llevar a cabo el tratamiento

La mayor parte del tratamiento se llevará a cabo de forma ambulatoria en el centro de salud mental, con la participación de distintos profesionales de otras especialidades, el médico de atención primaria, el endocrino nutricionista y de salud mental.

Se recurrirá a la hospitalización cuando los pacientes se encuentren en alguna de estas situaciones:

- Si el paciente está médicamente inestable (por ejemplo, hipopotasemia, alteraciones electrocardiográficas, bradicardia intensa, hipotensión o hipotermia).
- Si el paciente tiene riesgo por algún trastorno psiquiátrico (por ejemplo, depresión con ideación suicida).
- Si fracasa el tratamiento ambulatorio y los síntomas empeoran rápidamente (por ejemplo, pérdida de peso muy rápida o atracones muy frecuentes).

Durante el ingreso, el clínico debe vigilar si aparecen signos del síndrome de realimentación, capaz de producir insuficiencia y parada cardíaca. El riesgo de este síndrome es máximo en las primeras 3 semanas de realimentación.

Al alta de la unidad hospitalización breve, en función de la gravedad, se valorará el recurso de derivación:

- Si la gravedad de la *clínica es leve* y teniendo en cuenta sus necesidades asistenciales individuales, la indicación de tratamiento puede ser el *centro de salud mental*, donde

la atención sería realizada por equipos multidisciplinares compuestos por profesionales de la psiquiatría, psicología clínica, enfermería y trabajo social.

- Si la gravedad de la *clínica es moderada, grave o extrema*, es indicación de inclusión en el *programa de continuidad de cuidados de TCA*, compuesto por:
 - Clínicas ambulatorias de TCA: son dispositivos ambulatorios que ofrecen tratamiento y cuidados específicos y constituyen un apoyo y un complemento al tratamiento en el centro de salud mental. Las clínicas de TCA ofrecen un tratamiento individualizado, con opciones de terapia individual, grupal y familiar, comedor terapéutico y seguimiento médico. El paciente acude de forma puntual a las distintas terapias que se consideran más indicadas según las necesidades de la situación clínica en la que se encuentra.
 - *Hospital de Día* con comedor terapéutico de una comida al día (comida o cena): se derivará en los casos en los que haya un riesgo vital nutricional o conductual. Se ofrece intervención con tratamiento nutricional y psicoterapéutico grupal intensivo, en jornada de mañana o tarde.
 - *Subunidad de hospitalización breve de TCA*: en el Hospital Universitario Ramón y Cajal de Madrid. Es una subunidad compuesta por cuatro camas, anexa al servicio de psiquiatría, para pacientes mayores de 18 años.
 - *Unidad hospitalaria de media estancia de TCA*: serán potencialmente usuarios de este servicio los pacientes mayores de 12 años y menores de 60 años diagnosticados de trastornos de la conducta alimentaria grave, que presenten estabilidad somática. Los pacientes pueden beneficiarse de intervención psicoterapéutica individual, grupal y familiar intensiva con comedor terapéutico y supervisión continuada 24 horas. Se pretende la rehabilitación y la integración en la comunidad de estos pacientes.

INTERVENCIÓN DE LOS EQUIPOS DE ATENCIÓN PRIMARIA EN EL MANEJO DE PACIENTES CON TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

La atención primaria tiene un papel importante en la prevención. En la prevención primaria, que tiene como finalidad reducir la incidencia de la enfermedad, a pesar de que la etiología es multifactorial, se proponen varias estrategias no excluyentes. Una *estrategia de tipo universal* (dirigida a la población general y cuyo fin es reducir el riesgo promedio de esta patología) y otra *estrategia de alto riesgo* (dirigida a grupos más vulnerables por presentar determinados factores de riesgo, como edad, sexo, profesión).

La eficacia de los programas de prevención ha sido mayor cuando han ido dirigidos a grupos de alto riesgo, cuando se incluían varias sesiones, para programas interactivos que incluían ejercicios centrados en los factores de riesgo frente a los programas didácticos y aquellos que iban dirigidos a mujeres de edad superior o igual a 15 años.

Respecto a la prevención secundaria, el diagnóstico precoz de la enfermedad seguida del tratamiento se asocia a mejores resultados. Es necesario identificar a los individuos en riesgo para poder realizar una intervención precoz. El profesional de

atención primaria tiene una posición privilegiada para realizar una detección precoz que facilite una intervención rápida.

Las primeras consultas

Ante una primera demanda relacionada con un TCA, se asegurará que la consulta se desarrolle en un entorno de confidencialidad, manifestando una actitud que permita expresar las demandas del paciente y los padres. En caso de ser un familiar quien realiza la demanda, se buscará entrevistar al paciente. Se recomienda seguir las técnicas de la entrevista que generen un clima de confianza, dada la falta de consciencia de enfermedad, la tendencia a la negación del trastorno y la escasa motivación de cambio que las personas con TCA pueden presentar.

El profesional de atención primaria deberá tener en cuenta que la anorexia nerviosa debuta normalmente en un adolescente con sobrepeso o que se ve a sí mismo con sobrepeso. Un factor estresante o una pérdida, como la pérdida de un amigo o familiar, o el cambio a un nuevo colegio, puede precipitar el inicio de la anorexia nerviosa.

Se recomienda su detección en cualquier contacto del paciente con el sistema sanitario, por ejemplo, en las revisiones de los programas de prevención y promoción de salud de adolescentes o de los programas de salud infantil. En la cartera de servicios de atención primaria, y dentro del servicio de promoción de la salud en adolescentes, se incluye específicamente la detección de alteraciones de la conducta alimentaria.

Al ser la familia la que acude a la consulta con el problema, se puede iniciar la entrevista con esta y el adolescente. Hay que abordar los criterios de sospecha (cambios bruscos de peso, cambios en el patrón de alimentación, ejercicio físico excesivo, alteración de la autoestima y autoimagen, mala integración familiar y social, amenorrea reciente, preguntar si se encierra en el baño después de comer, tendencia a comer de pie o a esconder alimentos, rituales obsesivos, uso de ropa demasiado grande, etcétera).

Posteriormente, hay que entrevistar al adolescente por separado, manteniendo una postura de acercamiento, sin buscar en las primeras visitas un cambio de actitud, ya que este negará su trastorno e inicialmente no tendrá motivación para el cambio. Se recomienda iniciar la entrevista hablando de otros temas, como amigos, estudios, y no directamente sobre el TCA.

Cuando parezca que la relación con el adolescente es buena, se podrán investigar los puntos clave para la anamnesis de los TCA:

- Autoimagen y autoestima: ¿crees que el aspecto físico es muy importante?, ¿cuál es para ti tu peso ideal?, ¿cómo te ves físicamente?, ¿cómo te ven tus amigos y tu familia?, ¿tienes amigos, sales con ellos?, ¿estás contento contigo mismo?, ¿te sientes culpable?
- Encuesta dietética: principios inmediatos y cantidades + encuesta de 24 h.
- Purgas: bulimias: atracones; preguntar frecuencia de vómitos: con o sin atracones; frecuencia semanal.
- Fármacos: laxantes, diuréticos, anfetaminas, «hierbas», etcétera.
- Ejercicio: tipo de ejercicio y tiempo dedicado a la semana.
- Amenorrea: número de meses.

Tabla 13-5. Versión española del cuestionario SCOFF para la detección de trastornos de la conducta alimentaria

- Pregunta 1. ¿Tiene la sensación de estar enfermo porque siente el estómago tan lleno que le resulta incómodo?
 Pregunta 2. ¿Está preocupado porque tiene que controlar cuánto come?
 Pregunta 3. ¿Ha perdido recientemente más de 6 kg en un período de 3 meses?
 Pregunta 4. ¿Cree que está gordo, aunque otros digan que está demasiado delgado?
 Pregunta 5. ¿Diría que la comida domina su vida?

SCOFF: acrónimo inglés de inducirse el vómito (*sick*), control sobre la ingesta (*control*), pérdida de peso (*out weight*), sentirse gordo (*fat*) y la comida domina la vida (*food*).

En este contexto, se puede utilizar un instrumento de cribaje sencillo como el SCOFF, acrónimo inglés de: inducirse el vómito (*sick*), control sobre la ingesta (*control*), pérdida de peso (*out weight*), sentirse gordo (*fat*) y la comida domina la vida (*food*) (Tabla 13-5). Evalúa de forma rápida y eficaz el riesgo de presentar un TCA.

Cada pregunta positiva vale un punto, y en la población española, un valor superior a 2 implica riesgo de TCA. Posteriormente el médico deberá hacer el diagnóstico diferencial con trastornos psiquiátricos como depresión, ansiedad, trastornos psicóticos, fobias y consumo de tóxicos; y con enfermedades orgánicas como neoplasias e infecciones crónicas.

Finalmente, cuando existan datos de riesgo, se descarten esas patologías y el cuestionario SCOFF de un resultado positivo, el paciente debería ser evaluado como de riesgo de padecer TCA, con una entrevista estructurada a realizar por profesionales de salud mental.

Recomendaciones para los equipos de atención primaria

Se propone que, desde atención primaria, se debe colaborar en las siguientes estrategias:

- Identificar a las personas con riesgo.
- Realizar anamnesis, exploración y pruebas complementarias.
- Ante la sospecha de anorexia nerviosa, se ha de informar al paciente sobre su enfermedad y el plan de actuación, y se derivará al equipo de salud mental.
- Si se detectan criterios de gravedad, se derivará al centro hospitalario de referencia.
- Tiene que realizarse un seguimiento compartido con el equipo de salud mental que permita la detección de posibles recaídas y una nueva derivación si estas se producen.
- Evaluación y tratamiento de las posibles complicaciones médicas.
- Mantener una buena relación con el paciente y su familia, ya que por la propia naturaleza de la anorexia nerviosa los conflictos entre el paciente, la familia y los equipos especializados son frecuentes.
- Atención a la familia: debido al sufrimiento que soportan, necesitan apoyo por parte de los profesionales sanitarios, pudiendo colaborar en el tratamiento y el seguimiento.

Cuándo derivar desde atención primaria al especialista en salud mental

Siempre debe derivarse a salud mental para comenzar cuanto antes el tratamiento psicológico. No obstante, los cuadros mínimos o incipientes pueden solventarse a veces en el ámbito primario mediante una terapia de apoyo y control. Esta consiste en la reeducación de la relación alimentaria para que la familia pueda iniciar un entorno normativo en la alimentación (higiene, dieta, horario, utillaje, etc.), así como en el resto de los ámbitos.

El paciente deberá ser respetado, en cuanto a la cantidad que come de cada plato, pero deberá respetar la única oferta de comida de la familia y sus horarios. Hay que evitar la violencia o las maniobras de distracción: televisión, juegos, explicar cuentos, premios por comer/castigos por no comer. El uso de placebos, orexígenos y suplementos está generalmente contraindicado.

No obstante, los cuadros sin recuperación de peso en un período de 3 meses a pesar de la intervención o que sean graves (con un déficit de peso superior a un 15-20 % en relación con la talla) deben derivarse al psiquiatra. Si la desnutrición es grave, también precisará derivación a la unidad de nutrición de referencia.

Independientemente de la edad del paciente, se derivará al equipo de salud mental y a endocrinología simultáneamente, dentro de los 15 días siguientes, cuando:

- Exista un diagnóstico de anorexia nerviosa o bulimia nerviosa establecido.
- Pérdida de peso igual o superior al 10-25 % secundaria a restricción alimentaria y/o conductas purgativas.
- Presencia de episodios bulímicos regulares, es decir, conductas de sobreingesta alimentaria y/o conductas purgativas persistentes (vómitos autoinducidos, abuso de laxantes y uso de diuréticos).
- Presencia de alteraciones psicopatológicas asociadas a la conducta alimentaria.
- Falta de consciencia de la enfermedad.
- Si a pesar de seguir las pautas terapéuticas prescritas no mejora el peso ni las conductas restrictivas o bulímicas.

El seguimiento en atención primaria

En la anorexia nerviosa, la restauración del peso y la menstruación son un primer paso que indica la mejoría clínica en estos pacientes. Debe preverse un seguimiento prolongado, durante años, ya que las recidivas y cronicidad son frecuentes. Los síntomas persistentes pueden permanecer 20 años después del diagnóstico en un tercio de los casos.

El curso de la bulimia nerviosa es variable. Parece tener un pronóstico mejor que la anorexia nerviosa. En los 5-10 años posteriores al inicio de la enfermedad, el 50 % de los pacientes presentan una remisión completa del cuadro, mientras que, aproximadamente, el 20 % seguían cumpliendo los criterios diagnósticos de la bulimia nerviosa. El 30 % restante se caracteriza por un curso con remisiones y recaídas o por un síndrome persistente pero más leve.

Por todo ello, el papel del médico de atención primaria es clave para evitar recaídas. Se recomienda realizar revisiones periódicas, consistentes en anamnesis, control de peso, búsqueda de criterios de gravedad y complicaciones.



PUNTOS CLAVE

- Los trastornos de la conducta alimentaria tienen en común la dificultad de los pacientes para autorregular su ingesta.
- La anorexia nerviosa es un trastorno crónico que requiere un tratamiento intensivo donde intervienen los médicos de atención primaria y los distintos especialistas que tratan las múltiples complicaciones que pueden estar presentes en estos pacientes.
- La terapia familiar es aconsejable para mejorar la evolución de los pacientes.
- En el caso de la bulimia nerviosa, suele ser eficaz el tratamiento con ISRS para mejorar los atracones, y la terapia cognitivo-conductual es considerada el abordaje más eficaz.
- El trastorno por atracones, debido a su prevalencia en la población general, debe ser objeto de atención por parte de los clínicos para evitar sus posibles complicaciones.

BIBLIOGRAFÍA

- Asociación Americana de Psiquiatría. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. DSM-5. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2014.
- Dold M, Aigner M, Klabunde M, Treasure J, Kasper S. Second-Generation Antipsychotic Drugs in Anorexia Nervosa: A Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. *Psychother Psychosom*. 2015;84:110-6.
- García-Campayo J, Sanz-Carrillo C, Ibañez JA, Lou S, Solano V, Alda M. Validation of the Spanish version of the SCOFF questionnaire for the screening of eating disorders in primary care. *J Psychosom Res*. 2005;59:51-5.
- Klein DA, Sylvester JE, Schvey NA. Eating Disorders in Primary Care: Diagnosis and Management. *Am Fam Physician*. 2021;103:22-32.
- Langley J, Tood G, Treasure J. Caring for a Loved One With an Eating Disorder. *The New Maudsley Skills- Based Training Manual*. Routledge; 2018.
- Luque A, Aguilar M, Barrera C, Fernández C, Hernández M, Leiva M, et al. Proceso asistencial Integrado: Trastornos de la Conducta Alimentaria. [Internet]. 2ª ed. Junta de Andalucía Consejería de Salud; 2018. Disponible en: https://www.juntadeandalucia.es/export/drupaljda/salud_5af19571591d0_00_indice_2018_new.pdf
- National Institute for Health and Care Excellence. Eating disorders: recognition and treatment. NICE guideline [NG69]. NICE; 2017. [Actualizado 16 Dic 2020]. Disponible en: www.nice.org.uk/guidance/NG69
- Organización Mundial de la Salud. Clasificación Internacional de Enfermedades. 11ª revisión. [Internet]. OMS. Disponible en: <https://icd.who.int/es>
- Pérez Martín PS, Martínez JA, Valecillos AJ, Gainza García L, Galán Berasaluce M, Checa Díaz P. Detección precoz y prevalencia de riesgo de trastorno de la conducta alimentaria en Atención Primaria en Guadalajara capital. *Semergen*. 2021;47:230-9.
- Rubio Valladolid G. Fundamentos de Psiquiatría: Bases científicas para el manejo clínico. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2015.
- World Health Organization. ICD-11 International Classification of Diseases-Mortality and morbidity statistics. 11th revision. Geneva: WHO; 2018.