



LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA (TCA)

María Angustias García Herraiz

Psiquiatra de la Unidad de Trastornos Alimentarios de Badajoz (UTA)
Psicoterapeuta de familia

Cuando hablamos de trastornos de la conducta alimentaria (TCA) nos referimos a Anorexia Nerviosa (AN), Bulimia Nerviosa (BN) y Trastornos no especificados de la alimentación (TCANE) donde incluiremos al trastorno por atracón. Son enfermedades psiquiátricas, que afectan a mujeres (9/1) jóvenes, aunque en los últimos años, ha aumentado en varones. Van a provocar complicaciones físicas y psicológicas graves (depresión, ansiedad, impulsividad con un 25% tasas de intentos de suicidio) y una mortalidad aproximada del 4%.

En los últimos años hay una cierta estabilización de los casos, aunque está aumentando en rangos de edad precoz (8 a 14 años) y tardía (por encima de 30 años) e incrementándose la prevalencia en países en vías de desarrollo. Los casos actualmente son más complicados y graves, asociados a trastornos de personalidad, consumo de tóxicos, cleptomanía y otras adicciones.

El aumento de los TCA desde décadas anteriores, se debe a diferentes factores como la presión social por la imagen corporal, el aumento de la industria dedicada al cuerpo, las estructuras familiares diferentes, la pérdida de valores y de jerarquía, el fácil acceso a internet y redes sociales, el proceso de globalización con deseo de identificación con nuestros modelos.

La población de mayor riesgo se sitúa entre los 12-21 años, pero en la actualidad preocupa la el incremento enfermedad en niñas muy jóvenes 8-14 años, con la dificultad que supone el tratamiento en estas edades y la necesidad de intervención familiar.

En España, en la población de mayor riesgo, mujeres en la franja de edad de 12 a 21 años, se obtiene una prevalencia del 0,14% al 0,9% para la AN, del 0,41% al 2,9% para la BN y del 2,76% al 5,3% en el caso de los TCANE. En total, estaríamos hablando de unas cifras de prevalencia de TCA del 4,1% al 6,41%. En el caso

de varones adolescentes, aunque existen menos estudios, obtenemos una prevalencia de cercana al 0% para la AN, del 0% al 0,36% para la BN y del 0,18% al 0,77% para los TCANE, con una prevalencia total de 0,27 a 0,90. Es importante que más del 30% de adolescentes hayan utilizado algún método inadecuado para disminuir el peso. El síntoma nuclear es el deseo de perder peso.

Lo importante, para poder acercarse a los pacientes, es reconocer los TCA con precocidad, realizar un correcto diagnóstico, determinar la derivación y el tratamiento más adecuado. Poner en marcha lo más rápidamente posible los recursos a nuestro alcance, así como facilitar el trabajo a las familias.

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

¿CÚALES SON LOS TCA?

En el actual Manual Diagnóstico (DSM IV o 5 y su relación con los códigos CIE 10) los trastornos que aparecen son los siguientes:

- Pica (niños F98.3, adultos F50.8)
- Trastorno por rumiación (307.53-F98.21)
- Trastorno de evitación/restricción de la ingestión de alimentos (307.59-F50.8).
- Anorexia Nerviosa (307.1) Restrictiva (F50.01) y purgativa (F50.02).
- Bulimia Nerviosa (307.51-F50.2).
- Trastorno de atracones (307.51-F50.8).
- Otro trastorno alimentario o de la ingestión de alimentos no especificado (no cumplen todos los criterios) (307.59).



- Trastorno alimentario o de la ingestión de alimentos no especificado (no suficiente información) (307.50-F50.9).
- Otros TCA no codificados: obesidad, vigorexia y ortorexia.

Trabajamos en las Unidades de Trastornos Alimentarios, sobretodo AN y BN, también casos parciales y trastorno de atracones. Aunque cada vez están apareciendo más casos de trastorno por evitación o restricción de alimentos. Con los que se trabaja de forma estrecha con los padres.

MODELO ETIOPATOGÉNICO DE LOS TCA

No tiene un TCA quien quiere sino quien puede, necesitamos varios factores para que aparezca esta patología, nos apoyamos en un modelo etiopatogénico de los TCA biopsicosocial, que nos explique la génesis y el mantenimiento de los TCA, importantísimo para trabajar todos los factores posibles en la psicoterapia, es un modelo basado en los factores precipitantes, predisponentes y mantenedores de la enfermedad, así como factores de riesgo y el curso de la misma.

Características individuales, familiares y socioculturales que hacen ser más vulnerable a desarrollar estas patologías y no otras.

No existe un solo factor que explique estos trastornos, sino un conjunto de situaciones que aparecen juntas (modelo biopsicosocial), factores predisponentes.

ETIOPATOGENIA:

1.-Factores Individuales:

Existe una vulnerabilidad biológica, hay alteraciones del eje hormonal hipotálamo hipofisario y de algunos neurotransmisores, activación de los receptores serotoninérgicos, se asocia a disminución de la ingesta (hidratos de carbono) y su bloqueo el efecto opuesto, y los atracones podrían ser consecuencia de hiperactividad alfa-2-noaradrenérgica hipotalámica. Genética (**concordancia 55% monocigotos; 10% dicigotos**), antecedentes familiares de trastornos mentales.

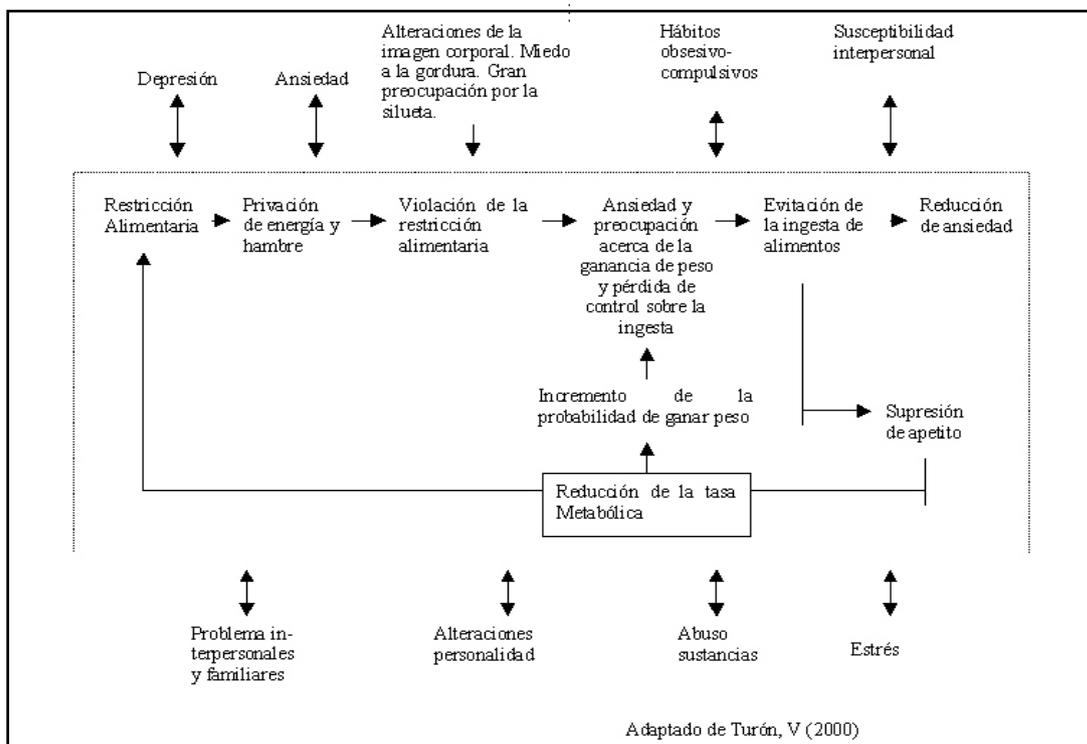
El sexo femenino y la edad juvenil. La existencia de sobrepeso previo.

Desde el punto de vista psicológico: alteraciones de la personalidad, baja autoestima, inseguridad, miedo a la madurez, dificultad para la independencia y autonomía. **Baja autoestima, pensamientos dicotómicos todo-nada, miedo a madurar** a la autonomía e independencia. Valorarse a través de los demás.

Posibilidad de abusos sexuales hasta en 20% de las pacientes (más en BN), malos tratos en la infancia.

En AN perfeccionismo, obsesividad, valoración por los logros, necesidad de aprobación, autocontrol, auto exigencias.

En BN impulsividad, ausencia de normas, hábitos desestructurados.





2.- Factores Familiares:

Se observan claramente disfunciones familiares importantes en los TCA. Organización familiar disfuncional. Eludir continuamente el conflicto, no asumir el rol que le corresponde. Malos hábitos alimentarios o elevada preocupación por los alimentos. **Problemas conyugales, generalmente no reconocidos. Dificultad para asumir la autonomía y la independencia de los hijos.** Gran preocupación de los padres por la figura, valor a lo externo. Familias **sobreprotectoras** y estrictas, de forma soterrada se desanima a la independencia. Creándose relaciones dependientes y enfermizas. **Exigencias máximas en estudios, deportes, trabajo.** Valorar a los hijos a través de los logros.

3.-Factores Socioculturales

Aparecen más TCA en sociedades occidentales, que dan mucha más importancia a la figura delgada como criterio de belleza y éxito. Son de gran importancia: Ideales de delgadez. Prejuicios contra la obesidad. Patrones estéticos predominantes en su grupo de pares. La moda que se impone a través de la Publicidad (revista, cine, anuncios, moda). Éxito y prestigio social asociado a delgadez. Dificultad para encontrar ciertas tallas en tiendas de jóvenes. Grandes intereses económicos en productos para "adelgazar", productos light, gimnasios... Transmisión oral de dietas, y querer perder con rapidez. Ciertas profesiones y deportes (gimnastas, modelos, azafatas, bailarinas...). Exigencia de estar delgada para ciertas profesiones. Ejercicio de forma compulsiva para perder peso y no para disfrutar. Prejuicio contra la obesidad. Sociedad del bienestar, abundancia de comida. Contradicciones publicitarias.

Factores precipitantes o desencadenantes:

Al observar los TCA de forma cronológica se observa previo a la aparición de la enfermedad una serie de desencadenantes como: Cambios físicos en la pubertad y emociones asociadas: identidad, ansiedad, depresión, fobias. Situación personal estresante: desengaño amoroso, contacto sexual, separación de los padres, muerte de algún ser querido. Críticas respecto al cuerpo, incremento rápido de peso.

Otros: Realización de dietas, es el precipitante más importante sobre todo en BN conflictos familiares, cambios de colegios, amistades..., cambios corporales importantes en

la adolescencia, críticas respecto al cuerpo, también elogios a la pérdida de peso, alguna enfermedad adelgazante, incremento de la actividad física, acontecimientos vitales importantes, separaciones, cambios de casa, ciudad, colegio..., enfermedad física, embarazo o tener amigas con el mismo problema.

Factores mantenedores, Factores que se ponen en marcha una vez que se inicia el trastorno y lo mantienen.

Hay una serie de acontecimientos que van a mantener o aumentar la patología como: propia negación de la enfermedad, la desnutrición y sus consecuencias tanto físicas como psicológicas, los refuerzos positivos por parte de familiares o amigos, el bajo peso y las dietas, los trastornos de personalidad y conductas adictivas.

En cuanto a las intervenciones, la enfermedad se va a perpetuar si las decisiones son inconsistentes, si no hay límites o desacuerdos. Si hay pobre soporte familiar o social. Minimizar los problemas o falta de resolución de conflictos o negarlos. No tener en cuenta que esta enfermedad existe y es grave. Tener una clara identidad con "ser anoréxica"

DIAGNÓSTICO:

Nos vamos a apoyar en los criterios diagnósticos DSM IV y CIE 10, aunque ya actualmente en uso DSM 5, con criterios más abiertos, lo que ha incrementado los diagnósticos de AN y BN, disminuyendo lo que se llamaban no especificados.

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DSM-5 PARA ANOREXIA NERVIOSA (AN)

A. Restricción de la ingesta energética en relación a las necesidades, que conduce a un *peso* corporal significativamente bajo con relación a la edad, el sexo, el curso del desarrollo y la salud física. *Peso* significativamente bajo se define como un peso que es inferior al mínimo normal o en niños y adolescentes, al mínimo esperado.

B. *Miedo* intenso a ganar peso o a engordar, o comportamiento persistente que interfiere en el aumento de peso, incluso con un peso significativamente bajo.

C. Alteración de la *forma* en la que uno mismo percibe su propio peso o constitución corporal, influencia impropia del peso o la constitución corporal en la autoevaluación, o falta persistente de



reconocimiento de la gravedad del peso corporal bajo actual.

- **Tipo restrictivo:** Durante el episodio de AN, el individuo no recurre regularmente a atracones o purgas.
- **Tipo con atracones/purgas:** Durante el episodio de AN, en los últimos tres meses *atracones o purgas*.
- Especificar si: en remisión parcial o total.
- Especificar la gravedad actual:
 - Leve IMC > 17
 - Moderado IMC 16-16,99
 - Grave IMC 15-15,99
 - Extremo IMC < 15

Son pacientes muy perfeccionistas, autoexigentes, con muy buen rendimiento en los estudios, con deseos de agradar a los demás.

SÍNTOMAS FÍSICOS:

La sintomatología de la AN va a depender del grado de malnutrición y de los hábitos de purgas. Los síntomas físicos que aparecen en general, van a depender de la desnutrición o las purgas. Aparece una gran sensibilidad al frío, temperatura corporal más baja. Palidez y sequedad de piel, caída de cabello y aparición de lanugo. Hipotensión, bradicardia, mareos, edemas. Alteraciones analíticas con anemia, leucopenia, alteraciones hepáticas, renales... Alteraciones gastrointestinales, más asociadas a las purgas, hemorragias, gingivitis, hipertrofia de parótidas, estreñimiento. Alteraciones en hormonas tiroideas y sexuales con amenorrea y la posibilidad de osteoporosis.

ALTERACIONES PSICOLÓGICAS:

Pensamientos obsesivos sobre el cuerpo, peso, comida, gordura, que se van acentuando según continúa la enfermedad. Distorsión de la imagen corporal. Tendencia al perfeccionismo. Gran autodisciplina, rigidez. **Baja autoestima.** Cambios bruscos de humor. Irritabilidad. Aislamiento familiar y social. Estado de ánimo depresivo. Alteraciones cognitivas Ansiedad con comida, ropa, acumulan recetas, cuentan calorías, se pesan continuamente. Realizan conductas compensatorias continuadas como ejercicio excesivo.

BULIMIA NERVIOSA

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DSM-5 PARA BULIMIA NERVIOSA (BN)

A. Episodios recurrentes de *atracones*. Un episodio de atracón:

ATRACÓN:

A. Ingestión en un periodo determinado (p ej. dentro de 2 horas) de una cantidad de alimentos que claramente es superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en un periodo similar en circunstancias parecidas.

B. Sensación de falta de control sobre lo que se ingiere durante el episodio (no puede dejar de comer).

B. *Comportamientos compensatorios inapropiados y recurrentes* para evitar el aumento de peso (*provocación del vómito; uso excesivo de laxantes, diuréticos, enemas u otros F; ayuno, y ejercicio excesivo*).

C. Atracones y conductas compensatorias promedio: al menos 1 veces a la semana durante un periodo de 3 meses.

D. *La auto evaluación* está indebidamente influida por el *peso* la *constitución* corporales.

E. La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de la AN.

● **Especificar si:**

- En remisión parcial
- En remisión total

● **Especificar la gravedad actual:**

- Leve 1-3 a la semana
- Moderada 4-7
- Grave 8-13 a la semana
- Extremo más de 14 episodios a la semana.

LA BULIMIA ES: un trastorno complejo de la conducta alimentaria. Con:

SÍNTOMAS FÍSICOS: van a depender sobre todo de las purgas.

Alteraciones digestivas: aftas bucales, caries dental, gingivitis, esofagitis, gastritis, úlceras, hemorragias, hernia de hiato, hinchazón de las glándulas salivares. Signo de Russell Alteraciones neuromusculares: parestesias, calambres... Alteraciones cardíacas por la pérdida de potasio, arritmias, taquicardias, es la situación más temida.



Edemas y sobrecarga cardiaca que pueden aparecer cuando dejan de vomitar. Alteraciones menstruales, también pueden aparecer. Deshidratación, desnutrición. Alteraciones hidroelectrolíticas y analíticas

ALTERACIONES PSICOLÓGICAS: Más impulsividad. Menos autocontrol, cambios de humor. Baja autoestima, ansiedad por comida, peso, obsesividad y síntomas de Trastorno Obsesivo-Compulsivo, síntomas depresivos, cleptomanía, compras compulsivas, abuso de alcohol y drogas, conductas autolesivas, irritabilidad, aislamiento social, cleptomanía, consumo de tóxicos.

TRASTORNO DE ATRACONES (DSM-5)

- A. Episodios recurrentes de atracones. Igual que en BN.
- B. Los episodios de atracones se asocian a 3 o más de los hechos siguientes:
 - Comer mucho más rápidamente de lo normal.
 - Comer hasta sentirse desagradablemente lleno.
 - Comer grandes cantidades de alimentos cuando no se siente hambre físicamente.
 - Comer solo debido a la vergüenza que se siente por la cantidad que se ingiere.
 - Sentirse luego a disgusto con uno mismo, deprimido o muy avergonzado.
- C. Malestar intenso respecto a los atracones.
- D. Atracones al menos 1 vez semana tres meses.
- E. No hay comportamientos compensatorios como en BN, y no en ella.

Hay que tener en cuenta la posibilidad de muerte súbita, por malnutrición crónica, por trastornos hidroelectrolíticos, por iatrogenia (fármacos que alargan QT), prolapso de válvula mitral, suicidio, atragantamientos graves y sus consecuencias.

SOBREPESO Y OBESIDAD

Por el alarmante aumento en nuestra población de la obesidad en los niños y adolescentes creo que es importante hacer algunas consideraciones. Hay una serie de factores por lo que está en aumento, engullir en lugar de comer, abundante oferta de miles de productos con exceso de grasas o

azúcares, se come cada vez menos en familia, publicidad engañosa. Asociación de cualquier emoción a la ingesta de alimentos.

LOS SIGNOS DE ALARMA Y GRUPOS DIANAS:

Es importante la identificación, así como la intervención precoz de las personas con pérdida de peso antes que desarrollen graves estados de desnutrición. Y que son los que pueden alertar a las familias, pediatras, profesores o amigos.

- Cambios de la conducta en la comida.
 - Rechazo de grasas y de hidratos de carbono.
 - Cambios de horario para evitar comer acompañados, alargar el tiempo de las comidas.
 - Tras las comidas acudir de forma rápida al WC.
 - Desmenuzar, trocear, esconder la comida, irritabilidad a la hora de comer, calentar en exceso.
- Cambios en los hábitos generales:
 - Cambio en la elección de ropa, ancha, ocultando.
 - Abrir las ventanas, intentar pasar frío.
 - Disminución en el rendimiento escolar.
 - Visitas continuas a internet y grupos ANA-MIA
 - Niños/as, adolescentes y jóvenes que realizan deportes de riesgo de padecer TCA (atletismo, danza, natación sincronizada, etc.).
- Cambios físicos:
 - Jóvenes con un índice de masa corporal (IMC) bajo en comparación con los valores de referencia según edad, personas que consultan por problemas de peso sin estar en sobrepeso o personas con sobrepeso, mujeres con trastornos menstruales o amenorrea, pacientes con síntomas gastrointestinales, pacientes con signos de inanición o vómitos repetidos y niños con retraso o detención en el crecimiento, caída del pelo, piel seca, infecciones, mareos, alteraciones neurológicas, renales, endocrínicas, hematológicas, cardiovasculares, en relación a la malnutrición o a las purgas.
- Cambios psicológicos:
 - Cambios en las relaciones interpersonales, aislamiento, cambios de amigos, disminución apetito sexual, paranoia, irritabilidad, mayor distorsión corporal, depresión, ansiedad, alteraciones cognitivas, aislamiento.



ENTREVISTAS Y EVALUACIÓN DE LOS TCA

Es de gran importancia la detección precoz de los TCA ya que de ello va a depender la evolución. La confirmación diagnóstica es a cargo de psiquiatra o psicólogo.

Ante la sospecha de AN, se debería prestar atención a la evaluación clínica global (repetida en el tiempo), incluyendo el ritmo de pérdida de peso, curva de crecimiento en niños, signos físicos objetivos y pruebas de laboratorio apropiadas. En las entrevistas se debe tener un clima de confianza empático y activo, con gran seguridad, sin engaños, sensibilizarse con el problema, evitar que se identifiquen como "anoréxicas", evitar los moralismos y la culpabilización. No alarmar pero ser realista. Son pacientes muy difíciles, evitar hablar de comidas, imagen corporal de forma directa.

Se recomienda el uso de cuestionarios adaptados y validados en población española para la identificación de casos (cribado) de TCA.

Se sugiere utilizar los siguientes instrumentos:

- TCA en general: SCOFF (a partir de los 11 años).
- AN: EAT-40, EAT-26 y ChEAT (este último entre los 8 y los 12 años).
- Bulimia nerviosa (BN): BULIT, BULIT-R y BITE (los tres a partir de los 12-13 años).

Se considera fundamental la formación adecuada de los médicos de AP y pediatras para que sean capaces de diagnosticar lo más precozmente posible y, en consecuencia, tratar o derivar los casos de TCA que lo requieran.

VALORACIÓN CLÍNICA

La exploración y la historia clínica de un caso sospechoso de TCA va a tener que ser muy exhaustiva de tal forma que vamos a incidir sobre: aspectos de la alimentación, alteraciones emocionales y otras a nivel psicológico, cognitivas, alteraciones físicas generales, endocrinológicas y metabólicas, alteraciones hematológicas.

EVALUACIÓN

- **Patología alimentaria**, Existencia o no de la patología alimentaria.
 - Diagnóstico del trastorno alimentario.
 - Factores predisponentes.

-Factores precipitantes.

-Factores de mantenimiento de la enfermedad.

-Diagnóstico CIE 10 y DSM IV o 5.

• Psicopatología:

-Diagnósticos psiquiátricos asociados.

-Factores psicopatológicos que estén influyendo en el TCA.

-Trastornos de la personalidad.

-Comorbilidad.

• Estado físico:

-Evaluación del estado nutricional.

-Evaluación de enfermedades asociadas.

-Evaluación de situaciones de riesgo.

-Evaluación de la necesidad de hospitalización

EXPLORACIÓN FÍSICA

IMC peso (Kg.)/altura (m) al cuadrado, $IMC = Kg/m^2$, índice de Quetelet < de 17,5 se valora como malnutrición, o evaluación por impedancia.

Estudio antropométrico: pliegues cutáneos, tricipital, bicipital, subescapular y suprailíaco; perímetro cintura, caderas y brazo.

Signos vitales: frecuencia cardíaca (EKG), tensión arterial, frecuencia respiratoria, temperatura y tolerancia al frío. Una exploración física general. Observación de la curva de crecimiento. Ritmo de pérdida de peso.

PRUEBAS QUE SE DEBEN REALIZAR

ANALÍTICA: Hemograma, bioquímica perfil hepático y renal, hormonas tiroideas y sexuales, vitaminas, cortisol, hormonas sexuales, proteínas: albúmina, transferrina, ferritina. Colesterol, amilasa. Iones. Una analítica normal no descarta patología alimentaria. Suele aparecer alcalosis metabólica (vómitos), acidosis metabólica (laxantes).

Radiografías: Tórax si se sospecha de alteraciones, Densitometría (tras 8 meses - 1 año de amenorrea). Es imprescindible en todos los casos un electrocardiograma. Otras pruebas a tener en cuenta: Mantoux, intolerancias sospechadas.



Exploraciones ginecológicas, TAC, RMN ya en casos avanzados o sospecha para descartar otras patologías.

CRITERIOS DE DERIVACIÓN A UNIDAD DE TRASTORNOS ALIMENTARIOS (UTA), A EQUIPOS DE SALUD MENTAL (ESM) O PSIQUIATRÍA INFANTOJUVENIL (ESMIJ)

La derivación al UTA o ESM por parte del médico de familia o del pediatra debería ser una asistencia integrada con responsabilidades compartidas. Se deben evitar las recaídas, las complicaciones y la cronicidad. Durante el tratamiento se establece colaboración con pediatras y con el entorno escolar. Al alta se pedirá seguimiento de paciente por parte de su pediatra.

UNIDAD DE TRASTORNOS ALIMENTARIOS (UTA): Es una unidad de atención terciaria, provincial, a la que deberían llegar pacientes cribados por el especialista, salvo pacientes muy graves, que deberían ser remitidos de forma más precoz. Tras derivación se debe establecer una colaboración continuada de ambos servicios. Los criterios para derivar a pacientes con TCA son:

1. Pacientes con criterios claros de Anorexia Nerviosa o Bulimia Nerviosa.
2. Pacientes con sintomatología grave psicológica o física, aunque no cumplierse los criterios.
3. Pacientes cuya evolución de su TCA en ESM no ha sido satisfactoria.
4. Paciente que por su gravedad sociofamiliar no puede ser atendida en ESM.
5. Casos parciales pero con complicaciones físicas, psicológicas o familiares.
6. TCA comorbidos con otros trastornos.
7. Niñas con TCA mayores de 12 años. Hemos establecido este límite con la Unidad de psiquiatría Infanto Juvenil, siendo este un criterio flexible.

La familia y personas cuidadoras deberían ser informadas de la existencia de asociaciones y grupos de ayuda relacionados con TCA (ADETAEX).

CRITERIOS DE INGRESO URGENTE ANTE LA SOSPECHA DE TCA, en Extremadura está elaborado, pendiente de publicación un Proceso de Hospitalización en las Unidades de Hospitalización de Psiquiatría (UHB), teniendo en cuenta que para menores de edad deberíamos contar con unidades específicas. Por lo que se realizarán canalizaciones en Centros adecuados y específicos. Se realizará ingreso urgente en los siguientes casos:

- IMC < de 14, o pérdida de peso superior a 50% en 6 meses o 30% en los últimos 3 meses. Malnutrición proteica calórica grave.
- Negativa absoluta a comer y beber en relación con su imagen corporal.
- Trastornos hidroelectrolíticos: hipopotasemia (Potasio < 3 mEq / L), hiponatremia (sodio < 130 o > 145), hipomagnesemia, hipoglucemia graves.
- Trastornos neurológicos severos, miopatías, convulsiones, alteraciones de la conciencia.
- Deshidratación importante.
- Arritmia cardíaca, bradicardia < 40 u otros trastornos del electrocardiograma, alteraciones en el ECG en intervalo QT, segmento ST y onda T, teniendo en cuenta situaciones previas. Otros trastornos cardiovasculares: frecuentes síncofes, ICC grave, hipotensión.
- Hipotermia, hipotensión severa o síncofes.
- Alteraciones hepáticas y renales graves (hipoalbuminemia, edemas severos).
- Alteraciones hematológicas graves: Erupción petequiral, supresión plaquetaria, leucopenia, linfopenia < de 900.
- Pancreatitis.
- Hemorragia digestiva aguda: Hematemesis o rectorragias.
- Dilatación gástrica aguda.
- Rechazo manifiesto a alimentarse, negativismo ante la ingesta, no haber ingerido absolutamente nada en los días previos.
- Vómitos auto-inducidos continuados muy descontrolados.
- Abuso grave de laxantes / diuréticos, que hayan provocado alteraciones iónicas.
- Cuadros psicóticos o depresivos importantes.



- Trastorno psiquiátrico que requiera ingreso urgente: intento de autolisis, psicosis agudas, o agresividad.

En casos de problemas físicos graves, el ingreso en UHB de psiquiatría se hará con el paciente estabilizado a nivel orgánico, después de ser visto en urgencias y tratado por los especialistas que correspondan. En caso de menores se comunica al Juzgado. Trataremos de remitirlos a una Unidad de TCA Infantil.

Criterios de Ingreso Programado de pacientes con diagnóstico de TCA.

- Pérdida de peso persistente hasta alcanzar el 25-30% del peso ideal o IMC <de 17,5 o ritmos de pérdidas de 1 kg por semana, en los que no haya respuesta al tratamiento ambulatorio.
- No se consiguen los incrementos de peso pautados en el tratamiento ambulatorio que requieren mayor control.
- No hay respuesta al tratamiento ambulatorio mediante la hospitalización domiciliaria.
- La conflictividad familiar es tan manifiesta que impide la mejoría clínica.
- La psicopatología del paciente es tan manifiesta que impide la mejoría clínica.
- Intervenciones en crisis y recaídas graves.

ABORDAJE TERAPÉUTICO:

El abordaje de un TCA lo inicia el médico de atención primaria o pediatra, tras alarma de amigos, familiares o el colegio. Es importante tener en cuenta que hay casos autolimitados, y que en muchas ocasiones la reposición del peso hace que desaparezcan la mayor parte de los síntomas.

Si cumple criterios para ser atendido en Equipos de Salud Mental o Unidad de Trastornos Alimentarios (UTA) se derivará a las mismas. Desde las UTA se realizará principalmente atención ambulatoria con el equipo terapéutico (psiquiatra, enfermera, psicólogo, trabajadora social), si no es posible se realiza Hospitalización domiciliaria, en casos graves hospitalización en Hospital de Día o completa UHB o Unidades específicas. Los tratamientos son individualizados. El abordaje ambulatorio en casos graves debe ser semanal, hasta que desaparezca la desnutrición y pueda comenzar el tratamiento

psicoterapéutico, siempre las entrevistas van a ir encaminadas hacia aumentar la motivación.

Los objetivos del tratamiento son:

- Tratar la desnutrición y la depresión son las dos entidades determinantes para valorar la evolución de la AN.
- Evaluar el estado nutritivo del paciente a fin de planificar las necesidades correctas energéticas y la renutrición, supresión de los hábitos de purgas.
- Alcanzar y mantener y el peso mínimo para tratamiento ambulatorio, desaparición de la amenorrea.
- Conseguir el crecimiento y desarrollo adecuado en infancia y pubertad.
- Iniciar/reiniciar la educación nutricional. Potenciar la motivación de los pacientes para cooperar en el restablecimiento de patrones de alimentación normales y participación en el tratamiento.
- Ayudar a los pacientes a reevaluar y modificar sus cogniciones, actitudes, motivos, conflictos y sentimientos disfuncionales en relación al TCA.
- Tratar las complicaciones físicas.
- Conseguir el apoyo de la familia y proporcionar orientación psicopedagógica y terapia familiar.
- Evitar recaídas y tratar los trastornos psiquiátricos asociados.
- Es muy importante la atención conjunta psiquiatra y pediatra en los casos especiales como pacientes con diabetes.

El tratamiento va a ser Endocrino Nutricional, farmacológico y psicoterapéutico. En pediatría y atención primaria se pueden atender casos leves e iniciar tratamientos hasta ser visto por psiquiatría.

TRATAMIENTO ENDOCRINO-NUTRICIONAL

Debemos conocer las necesidades individuales energéticas. Debemos tender a la alimentación tradicional y equilibrada. Valor especial a la dieta mediterránea. No es una lucha contra el paciente, por lo que debe ser progresiva.

Saber qué es una alimentación equilibrada, a la que debemos tender siempre. Los incrementos de peso deben ser muy lentos para ayudar a modificar la imagen corporal.

Los objetivos de la rehabilitación nutricional son:



- Restablecer el peso.
- Normalizar los patrones alimentarios.
- Percibir con normalidad hambre/saciedad.
- Reparar las secuelas físicas y psíquicas de la malnutrición.

Los tipos de nutrición son: nutrición parenteral, nutrición enteral por sonda, nutrición con apoyo energético, alimentación hipercalórica, alimentación balanceada u otras.

- Es muy importante contar con otros apoyos como:
 - Son importantes los autorregistros sobre todo en pacientes bulímicas, pero también en paciente con AN, con ellos obtenemos mucha información y podemos ir regulando la dieta según veamos los registros.
 - Es importante conocer los hábitos. Ayudarles con lecturas apropiadas.
 - En paciente con purgas el objetivo es disminuir el número de purgas en primer lugar y no tanto corregir una dieta, así como establecer vínculos entre los atracones y determinadas circunstancias o sentimientos.

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

Gran parte de los síntomas desaparecen con la renutrición sin necesidad de otro tipo de intervención en ocasiones. Conocemos factores que suprimen la ingesta; glucagón, colesterol, calcitonina, CRT, somatostatina, bombesina, neurotensina y factores que aumentan la ingesta: betaendorfinas, neuropéptido Y, péptido YY, déficit de serotonina, noradrenalina o dopamina.

Los neuropéptidos implicados en los TCA son: serotonina, noradrenalina, colecistocinina y péptido Y. La serotonina parece tener un papel fundamental, visto como posible marcador, parece estar implicado en la etiopatogenia de TCA y otros trastornos que son comórbidos. Hay respuesta eficaz a fármacos Inhibidores de recaptación de serotonina, mejor respuesta en Bulimia Nerviosa, mala respuesta a estos fármacos cuando el peso es muy bajo.

FARMACOS ÚTILES EN LOS TCA

ANTIDEPRESIVOS: más eficaces en BN, poco eficaces en bajo peso. Controlan la ansiedad, los atracones y purgas, los síntomas obsesivos.

En menores el único que aparece en ficha técnica aprobado es Fluoxetina (dosis entre 40 - 60 mg diarios), aunque podríamos utilizar otros Inhibidores de recaptación de serotonina (ISRS). Se evitarán tricíclicos por los efectos adversos, en caso de depresión grave se pueden usar otros. Siempre coadyuvantes de la terapia. Fluoxetina tiene la indicación como antibulímico.

ANTIPIPSICÓTICOS: el primer fármaco utilizado fue la clorpromacina. Útiles en la distorsión corporal. Mejoran la capacidad de reposo y facilitan la tranquilidad para ayudar a aumentar el peso. Generalmente a dosis bajas, los que menos efectos adversos tiene, preferible por la noche para facilitar el sueño, mejor los atípicos (risperidona, olanzapina, quetiapina...). No tienen indicación en TCA. Tener en cuenta el perfil de seguridad y la edad de los pacientes así como los trastornos que aparece en EKG. Generalmente más apropiados cuando hay un trastorno grave de la personalidad.

ANTIIMPULSIVOS: Mejoran el estado de ánimo. Eficaces cuando existen trastornos del control de los impulsos. Evitan la hiperactividad y la impulsividad Disminuyen el círculo atracón purgas. Muy útiles en el control de los atracones y la obesidad. Los más utilizados topiramato, zonisamida.

ANSIOLÍTICOS: en pacientes jóvenes se deben evitar siempre, o limitar su tiempo de uso. Los utilizamos para disminuir la ansiedad frente a las comidas. Utilizar los de vida media o larga.

HORMONAS, CORRECTORES METABÓLICOS, VITAMINAS Y MINERALES: solo en caso de deficiencias. Los estimulantes del apetito se utilizaran en caso de pérdida de apetito (recordar que es una huelga de hambre) y con colaboración de las pacientes (ciproheptadina). Mucha atención a la posibilidad de osteopenia y osteoporosis.

TRATAMIENTO PSICOTERAPÉUTICO

Es el tratamiento fundamental para estos trastornos. La psicoterapia debe ser individualizada para cada paciente. Según las posibilidades realizaremos terapia individual, grupal, y en menores es obligatoria las intervenciones o la terapia familiar. La psicoterapia más eficaz es la cognitivo conductual, interpersonal y terapia familiar sistémica. Necesitando también los grupos psicoeducativos de apoyo para familiares.



Con niños y adolescentes, son de gran utilidad los cuentos terapéuticos, con finales felices, de los que se pueda extraer un fácil aprendizaje, así como las metáforas, que nos servirán para desarrollar un vínculo con la enfermedad contra el que posteriormente puedan luchar.

FASES TERAPIA

1. Creación de un contexto de confianza y colaboración.
2. Motivación al cambio.
3. Fase Psico-educativa
4. Fase de cambio de conducta
5. Fase de cambios emocionales y cognitivos.
6. Fase de prevención de recaídas

TERAPIA FAMILIAR

La terapia familiar es imprescindible en pacientes menores, por varios motivos, por estar implicados en la etiopatogenia del problema, por ser necesarios para el trabajo psicoterapéutico y nutricional, y porque van a ser nuestros coterapeutas en el domicilio sobretodo en periodos de hospitalización domiciliaria.

Se debe evitar la culpabilización, debemos intervenir para cambiar los juegos familiares patológicos, debemos seguir dando la jerarquía a los padres.

Debemos transmitir mensajes de protección como pautas de alimentación correcta, que al menos hagan una comida juntos, facilitar la comunicación y mejorar la autoestima. Que eviten que su comunicación gire en torno a la comida, imagen desaprobaciones al cuerpo,

INGRESO HOSPITALARIO

En paciente de corta edad el seguimiento debe de ser muy cercano, pues es fácil la progresión hacia un deterioro psico-físico grave. Los objetivos del ingreso hospitalario son:

- Evitar la muerte del enfermo por descompensación o deshidratación.
- Estabilización médica y psicopatológica pero no la curación.
- Establecer desde el principio una alianza terapéutica con el paciente incrementando la motivación al cambio.
- Identificación y tratamiento de la comorbilidad.
- Rehabilitación nutricional.
- Interrupción de las conductas compensatorias.
- Romper el círculo atracón-vómito.
- Muy importante conocer los factores mantenedores: psicológicos, familiares, sociales, académicos que subyacen al TCA.
- Iniciar tratamiento psicoterapéutico.
- El posibilitar un análisis más profundo de las relaciones familiares y sociales y las dificultades en las actividades diarias.
- Psicoeducación nutricional del trastorno del comportamiento alimentario.
- Prevención de recaídas.



BIBLIOGRAFIA

1. Trastornos de la Conducta Alimentaria. Clinical Psychiatry. Self Assessmente Program Edit Medical Trens 2007. Bulimia Nerviosa. Perspectivas clínicas actuales. Francisco J Vaz Leal. Edit Ergón. 2006.
2. Braun DL, Sunday Halmi K. Psychiatric comorbidity in patients with eating disorders. Psychol Med 1994, 24: 859-867.
3. Calvo Sagardoy, R. Anorexia y Bulimia: Guía para padres, educadores y terapeutas. Ed. Planeta, Barcelona, 2002.
4. Cecile Rausch Herscovici y Luisa Bay. Anorexia Nerviosa y bulimia. Amenazas a la autonomía. Edit Paidós. Terapia de Familiar 2000.
5. Chinchilla A. Trastornos de la conducta alimentaria. Anorexia y bulimia nerviosas, obesidad y atracones. Edit Masson 2003
6. Chinchilla Moreno, A. Trastornos de la conducta alimentaria. Anorexia y bulimia
7. Chistopher Fairburn. La superación de los atracones de comida. Edit paidós. 1998.
8. Cowen PJ, Smith K. Serotonin, dieting and bulimia nerviosa. Adv Exp Med Biol 1999; 467; 101-4.
9. Díaz Atienza J, Torres Salvador A, Hernández Carrillo I. La anorexia nerviosa en niños y adolescentes. <http://www.paidopsiquiatria.com/anorexia/intro/intro1.pdf>.-Herrero Marfil J.M. A propósito de un caso clínico de Anorexia Nerviosa. Revista de psiquiatría y Psicología del Niño y del Adolescente, 2002; 2(2): 157-159
10. Fairburn C. La superación de los atracones de comida. Paidós Edit, 1998.
11. García-Camba E. Avances en trastornos de la conducta alimentaria. Anorexia Nerviosa, bulimia nerviosa, obesidad. Edit Masson, Psiquiatría Médica, 2001.
12. Guía de práctica clínica sobre trastornos de la conducta alimentaria. Ministerio de Sanidad y Consumo 2009
13. Holland AJ, Sicotte N, Treasure J. Anorexia Nervosa evidence for a genetic basis. J Psychosom Res 1998; 32: 561-571.
14. Muñoz Perea M, Turón Gil V. Factores mantenedores de los trastornos de la conducta alimentaria. Revista de Psiquiatría y Psicología del Niño y del Adolescente, 2002; 1(2): 33-41.
15. Oldham J y cols. Trastornos de Personalidad . Edit Elsevier Masson. 2007.
16. Raich RM, Anorexia, bulimia y otros trastornos alimentarios. Edit Pirámide 2011.
17. Selvini Palazzoli M y cols. "Invención de la prescripción invariable", Los Juegos Psicóticos de la Familia. Edit Paidós, Barcelona 1990..
18. Selvini M, Crónica de una investigación. La evolución de la terapia familiar en la obra de Mara Selvini Palazzoli. Edit Paidós, Buenos Aires 1990.
19. Selvini Palazzoli M, Cecchin G, Prata G, Boscolo C. "Hypothesizing-circularity-neutrality : Three guidelines for the conductor of session". Family Process 1980; 19: 3-12.
20. Selvini M "The anorectic process in the family: a six stage model a guide for individual therapy" Family Process, 1988, 27, 2: 129-148.
21. Selvini Palazzoli M., Cirilo S, Selvini M, Sorrentino AM. Muchachas anoréxicas y Bulímicas. Edit Paidós Terapia Familiar, Barcelona 1999.
22. Toro J y Vilardell. Anorexia nerviosa. Barcelona: Martínez Roca, 1998.-Turón Gil V. Trastornos de la alimentación: Anorexia nerviosa, bulimia nerviosa y obesidad. Masson, 1997.
23. Turón V. Trastornos de Alimentación. Anorexia , bulimia y obesidad. Masson, 1997
24. Vaz Leal. Bulimia Nerviosa. Perspectivas Clínicas actuales. Ergón 2006.
25. Vandereycken W, Prednia C. "La participation de la famille dans un traitement residential de l'anorexie mentale". Psychoterapies 1986, 4: 191-195.
26. Vandereycken W, Castro J, Vanderlinden J. Anorexia y Bulimia. La familia en su génesis y tratamiento. Edit Martínez Roca 1991.
27. Viaro M. "Session-intersession sequences in the treatment of chronic anorexic-bulimic patients: Following the model of family games". Family Process, 1990, 29: 289-296.
28. Zimmerman JL, Dickerson VC. "Using a narrative metaphor: Implications for theory and clinical practice". Family Process, 1994, 33: 233-245.