

## 2. Trastornos de la conducta alimentaria: detección precoz, aspectos médicos y abordaje multidisciplinar

### EATING DISORDERS: EARLY DETECTION, MEDICAL ASPECTS AND MULTIDISCIPLINARY APPROACH

**Alejandro E. Sirvent Segovia**

Médico Especialista en Endocrinología y Nutrición. Trabaja en el Hospital General de Almansa (Albacete) y en la Unidad de Trastornos de la Conducta Alimentaria del Complejo Hospitalario Universitario de Albacete.

#### RESUMEN

Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) no son patologías tan modernas como creemos. No son problemas nuevos, sino que los problemas actuales son la gran incidencia de estos trastornos y el cambio de actitudes respecto a la salud y a los ideales estéticos en nuestra sociedad.

Los TCA constituyen un grupo de patologías que comparten una preocupación excesiva por el peso y la imagen corporal, con una percepción distorsionada de la misma. Esto conduce a una serie de comportamientos alterados con consecuencias biológicas, psicológicas y sociales. Podemos decir que en los últimos años los TCA se han convertido en un problema de Salud Pública por su prevalencia, tendencia a la cronicidad y necesidad de tratamiento especializado.

Hace años que existe consenso en que el tratamiento óptimo de los TCA debe realizarse en dispositivos específicos y con equipos multidisciplinarios expertos en este ámbito. Además, el tratamiento nutricional se erige como uno de los pilares fundamentales.

A pesar de lo anterior, las tasas de curación son relativamente bajas, con altos porcentajes de comorbilidad, cronicidad y con la tasa más elevada de mortalidad de entre todas las enfermedades mentales. Por todo ello, podemos afirmar que nos encontramos ante un problema de Salud Pública y, por esto mismo, deberíamos desarrollar e implementar estrategias de prevención, primero, para evitar que los TCA tengan lugar; pero también estrategias de detección precoz, para, en el caso de que se den, se realice una intervención lo más precoz posible.

**Palabras clave:** Trastornos de la conducta alimentaria (TCA), diagnóstico, clasificación, tratamiento, prevención, nutrición.

#### ABSTRACT

*Eating disorders (ED) are not as modern pathologies as we think. These are not new problems, but the current problems are the high incidence of these disorders and the change in attitudes regarding health and aesthetic ideals in our society.*

*ED constitute a group of pathologies that share an excessive concern for weight and body image, with a distorted perception of it. This leads to a series of altered behaviors with biological, psychological and social consequences. We can say that in recent years eating disorders have become a Public Health problem due to their prevalence, tendency to become chronic and the need for specialized treatment.*

*For years there has been a consensus that the optimal treatment of eating disorders should be carried out using specific devices and with multidisciplinary teams that are experts in this field. In addition, nutritional treatment stands as one of the fundamental pillars.*

*Despite the above, cure rates are relatively low, with high percentages of comorbidity, chronicity, and the highest mortality rate of all mental illnesses. For all these reasons, we can affirm that we are facing a Public Health problem and, for this very reason, we should develop and implement prevention strategies, first, to prevent eating disorders from taking place; but also early detection strategies, so that, in the event that they occur, an intervention is carried out as early as possible.*

**Key words:** *Eating disorders (ED), diagnosis, classification, treatment, prevention, nutrition.*

#### INTRODUCCIÓN

La realización de este trabajo responde a un especial interés personal por el estudio de los trastornos de la conducta alimentaria (TCA), ya que, si bien son clasificados como trastornos mentales (campo que también despierta en mí un gran interés), involucran una serie de aspectos médicos que no podemos olvidar, tanto a nivel de diagnóstico, como de complicaciones médicas, tratamiento, seguimiento y pronóstico.

Como veremos en el desarrollo del texto, gran parte de la psicopatología que se presenta en los TCA es consecuencia, y no causa, de la desnutrición (uno de los diversos aspectos médicos que vamos a estudiar). Esta sola idea ya resulta fascinante.

Además, el propio estudio de los TCA integra, en su complejidad, una gran cantidad de elementos socioculturales. Es evidente cómo la influencia sociocultural va a formar parte de la enfermedad, participando en su desarrollo; pero también es curioso cómo la propia enfermedad pasa a ser parte del imaginario colectivo, contribuyendo también a conformar nuestra cultura.

Otro de los factores socioculturales que vamos a destacar en el estudio de los TCA es el género. Si bien haremos

distintas puntualizaciones más adelante, existen múltiples manifestaciones culturales, asociadas a los TCA, que afectan de forma específica a la mujer, como los ideales estéticos o los cánones de belleza femenina impuestos por la moda.

Los TCA no son trastornos de reciente descubrimiento, tienen una larga historia; pero son, de forma destacada, parte de nuestra historia reciente y actual. Vamos a intentar, con este trabajo, estudiarlos más en profundidad.

## HISTORIA DE LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA (TCA)

Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) no son patologías tan modernas como creemos actualmente. No son problemas nuevos, sino que los problemas actuales son la gran incidencia de estos trastornos y el cambio de actitudes respecto a la salud y a los ideales estéticos en nuestra sociedad (Sirvent, 2016).

Los TCA (principalmente anorexia y bulimia nerviosas inicialmente, aunque, como veremos más adelante, el espectro de los TCA ha ido creciendo y las definiciones y clasificaciones, modificándose) son conocidos y descritos desde la Antigüedad. Existen descripciones de autores clásicos como Hipócrates, Soranos o Galeno que hablan de cuadros de emaciación, con regímenes debilitantes en los que el enfermo no era capaz de comer por sí mismo (Almenara, 2003).

En este punto, al referirnos a la restricción alimentaria pura, parece que, a lo largo de la historia, quizá el TCA más documentado sea la anorexia nerviosa.

Continuamos con los también llamativos indicios de sospecha de TCA que levantan los ayunos ascéticos que, durante la Edad Media, practicaron mujeres santas como Catalina de Siena o Juana de Arco, con el supuesto objeto de alcanzar, al desvincularse de sus atributos físicos, una conexión mística (Reda, 1997).

Más adelante, entre los siglos XVI y XIX, la restricción alimentaria continuó siendo considerada como un fenómeno milagroso y atrayendo la atención pública. Sin embargo, a partir del siglo XVII, la visión social de estas mujeres -sobre todo, jóvenes y adolescentes- fue modificándose paulatinamente debido a la progresiva penetración de los conocimientos científicos en el ámbito de la Medicina y a un cambio en el modo en que la Iglesia consideraba estos comportamientos. El ayuno fue despojándose de su trasfondo religioso y las *doncellas milagrosas* acabaron convertidas en simples *muchachas ayunadoras*. Fue en ese siglo cuando los médicos comenzaron a interesarse por estudiar estos casos y cuando el médico inglés Richard Morton ofreció en su obra *A Treatise on Consumptions* (1689) la primera descripción clínica del trastorno (Toro, 2008).

A lo largo del siglo XVIII y parte del XIX fue creciendo el interés de la Medicina por los casos de restricciones alimentarias, que no siempre estuvieron protagonizados por mujeres: Por ejemplo, en el siglo XVIII, los *artistas del hambre o esqueletos vivientes*, habitualmente hombres, que exhibían su capacidad para resistir con vida durante largos períodos de ayuno, constituyendo un auténtico espectáculo circense (Toro, 2008).

En este momento, los términos y definiciones se fueron sucediendo: atrofia nerviosa, sitiophobia, asociaciones con la histeria...; hasta que, a finales del XIX, gracias a las aportaciones del francés Ernest Charles Lasègue y del inglés William Withey Gull, la anorexia nerviosa acabó configurándose como un cuadro psicopatológico individualizado y el concepto quedó definitivamente establecido dentro de la medicina científica oficial (Ruiz, 1999).

Durante el siglo XX, fueron diversos los análisis e interpretaciones de estos trastornos: desde la perspectiva psicodinámica, pasando por diversos intentos de explicaciones organicistas (San Sebastián, 1999), hasta el abordaje actual de los TCA, desarrollado a partir de la Segunda Guerra Mundial, con observaciones más rigurosas y explicaciones etiopatogénicas menos reduccionistas y simplistas. En 1952 se publicaba el primer *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-I), siendo la anorexia nerviosa era el primer trastorno de la alimentación incluido en el manual (Toro, 2008).

No obstante, es algo más tarde, cuando -relacionado con un aumento evidente de la incidencia- el interés (científico y social) se dispara y se produce una reconstrucción de la patología (Sirvent, 2016):

- En primer lugar, se da la reconstrucción científica de la enfermedad, que comienza a mediados de los años 80, momento en que aparecen las primeras publicaciones científicas sobre el trastorno. Estas publicaciones van aumentando su número de forma progresiva a lo largo de los años 90. Los médicos son los primeros en alarmarse por el problema y los que proporcionan el primer acercamiento a la enfermedad, aportando el concepto médico de la misma.
- El inicio del interés mediático por la patología es algo posterior (inicios de los 90), y también se va incrementando a lo largo de la década. Los medios de comunicación van a ser a la vez factores causales, mantenedores e informadores del problema.

Por último, situados ya en la actualidad, podemos asistir a la diversificación de los TCA, con la aparición y descripción de nuevos trastornos, que, si bien no están todos ellos recogidos o codificados en los manuales oficiales, forman ya parte de nuestro imaginario colectivo: vigorexia, ortorexia... y que, a su manera, modulan también nuestro modelo de sociedad.

## ETIOLOGÍA DE LOS TCA

Ante la complejidad etiológica de los TCA y las dificultades para identificar las causas que pueden interferir en el desarrollo de estos trastornos, tradicionalmente se han definido tres grupos de factores de riesgo: *predisponentes* (los que configuran una predisposición previa individual), *precipitantes* (que desencadenan el inicio del cuadro) y *perpetuadores o de mantenimiento* (los que, una vez iniciado el cuadro, contribuyen al mantenimiento y agravamiento progresivo del mismo). Estos factores se retroalimentan entre sí, siendo necesario que actúen factores de los tres grupos para que se desarrolle un TCA. Hemos de tener en cuenta que, repartidos en estos grupos, habrá

factores genéticos, biológicos y psicológicos; pero también familiares y socioculturales.

A continuación, siguiendo el texto de Sirvent (2016), algunos ejemplos para los tres grupos de factores de riesgo.

#### *Factores predisponentes:*

- Factores individuales:
  - Posible predisposición genética.
  - Falta de autonomía.
  - Necesidad de satisfacer al entorno.
  - Baja autoestima.
  - Tendencia al perfeccionismo.
  - Miedo a madurar, crecer, y a manejar la independencia que esto implica.
- Factores familiares:
  - Escasa comunicación familiar.
  - Incapacidad de resolución de conflictos.
  - Sobreprotección por parte de los padres.
  - Familias con excesivo cuidado de su imagen externa.
  - Expectativas demasiado altas de los padres respecto a los hijos.
  - Antecedentes familiares de depresión y/o alcoholismo.
  - Antecedentes de anorexia en hermanas/os.
  - Abusos sexuales o malos tratos.

#### *Factores precipitantes:*

- Inicio de una dieta para perder peso (destaca este como el factor precipitante más frecuente e importante).
- Cambios físicos y psicológicos propios de la pubertad.
- Incremento rápido de peso, seguido de comentarios de la familia y/o los amigos.
- Enfermedad somática previa.
- Exceso de ejercicio físico.
- Acontecimientos vitales estresantes (como, por ejemplo: cambio de casa o centro académico, enfermedad importante o muerte de un familiar, separación o conflictos con amigos...).
- Las primeras relaciones sexuales.
- Nacimiento de una hermana o hermano.
- Separación de los padres.

#### *Factores mantenedores:*

- Las consecuencias psicológicas de la inanición.

- La propia purga (conocer que puede deshacerse de los efectos engordantes después de la ingesta proporciona la seguridad necesaria para llevarla a cabo).
- La reducción progresiva de las relaciones sociales (que facilita pensar solamente en la comida, el peso y la belleza).
- El medio social, que valora la delgadez.

#### **Factores genéticos de los TCA**

Una vez repasados estos grupos de factores clásicos y que, no podemos olvidar, incluyen entre ellos agentes genéticos, biológicos, psicológicos, familiares y socioculturales, vamos a incidir en algo relativamente novedoso, que es el estudio genético de los TCA. Si bien desde hace años está consensuada la idea de que el componente genético o los antecedentes familiares son un factor predisponente para sufrir un TCA, cada vez podemos estudiar y definir mejor esta contribución genética, incluso con asociación de genes concretos a los distintos TCA.

Según recogen Mories et al (2018), los estudios en gemelos homocigotos muestran un grado de concordancia variable que se sitúa en torno al 55%, lo que parece indicar una cierta susceptibilidad genética a padecer la enfermedad. Por otra parte, algunos estudios epidemiológicos han demostrado que el riesgo de padecer un TCA en los familiares de primer grado de los afectados es del 6% frente al 1% de los familiares de controles sanos. Trabajos recientes de genética molecular apuntan a que probablemente estos factores genéticos actuarían provocando alteraciones de la maduración hipotalámica y de ciertas vías de transmisión neuronal, así como de la actividad cerebral de algunos neurotransmisores. A continuación, siguiendo a estos autores, enumeramos algunos de los genes estudiados:

- *5-HTTLPR (polimorfismo ligado a la región promotora del gen del transportador de serotonina, variante alelo corto):*
  - Efecto significativo: Asociado con bulimia nerviosa y trastorno por atracón versus controles sin TCA.
  - Sin efecto demostrado: No efecto en anorexia nerviosa y formas incompletas de TCA.
- *DRD4 (gen del receptor de dopamina tipo 4):*
  - Efecto significativo: Asociado con el subtipo de anorexia nerviosa compulsivo-purgativa versus controles sin TCA.
  - Sin efecto demostrado: No efecto en subtipo restrictivo de anorexia nerviosa.
- *DRD2 (gen del receptor de dopamina tipo 2):*
  - Efecto significativo: Asociado con trastorno por atracón versus controles sin TCA.
  - Sin efecto demostrado: No efecto en controles obesos sin TCA.

Por último y siguiendo también a Mories et al (2018), recogemos la contribución genética de los distintos trastornos:

- *Anorexia nerviosa, completa y parcial*: 22-76%.
- *Bulimia nerviosa, completa y parcial*: 55-62%.
- *Trastorno por atracón*: 57%.
- *Morbilidad psiquiátrica en familiares*: En familiares de pacientes con trastorno por atracón hay mayor frecuencia de anorexia nerviosa, trastorno por atracón, cualquier TCA, depresión, ansiedad, trastorno bipolar, fobias y trastorno obsesivo-compulsivo (TOC).

## DEFINICIÓN, CLASIFICACIÓN Y DIAGNÓSTICO DE LOS TCA

Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) constituyen un grupo de patologías que comparten una preocupación excesiva por el peso y la imagen corporal, con una percepción distorsionada de la misma. Esto conduce a una serie de comportamientos alterados con consecuencias biológicas, psicológicas y sociales. Podemos decir que en los últimos años los TCA se han convertido en un problema de Salud Pública por su prevalencia, tendencia a la cronicidad y necesidad de tratamiento especializado (Mories et al, 2018).

En 1874 el médico británico Sir William Gull acuñó el término anorexia nerviosa. Desde entonces, se han sucedido diversas clasificaciones, constituyendo una categoría propia para estas patologías e incluyendo nuevas entidades y subtipos (Sirvent, 2016). En 2013, la Asociación Americana de Psiquiatría (APA) publicó la última actualización del Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM), en su quinta edición (DSM-5), con la clasificación recogida en la Tabla 1.

A continuación, se exponen los criterios diagnósticos del DSM-5 para cada uno de los trastornos codificados en la tabla previa, según ese orden (con excepción de la pica,

que revisaremos en un apartado conjunto, para niños y adultos). Finalizaremos mencionando otros TCA que, si bien no están codificados en el DSM-5 o en otras guías de referencia, son de elevada importancia por su relevancia clínica y social.

### **Anorexia nerviosa**

El código de anorexia nerviosa según CIE-10-MC es F50.0; según CIE-9-MC es 307.1. Los criterios diagnósticos de anorexia nerviosa según el DSM-5 (2013) son los siguientes:

- Restricción de la ingesta energética en relación con 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, inferior al mínimo esperado.
- Miedo intenso a ganar peso o a engordar, o comportamiento persistente que interfiere en el aumento de peso, incluso con un peso significativamente bajo.
- Alteración en la forma en que uno mismo percibe su propio peso o constitución, influencia impropia del peso o la constitución corporal en la autoevaluación, o falta persistente de reconocimiento de la gravedad del peso corporal bajo actual.

*\*Nota de codificación:* El código CIE-9-MC para la anorexia nerviosa es 307.1, que se asigna con independencia del subtipo. El código CIE-10-MC depende del subtipo (véase a continuación).

*Especificar si:*

- (F50.01) *Tipo restrictivo*: Durante los últimos tres meses, el individuo no ha tenido episodios recurrentes de atra-

<b>Tabla 1. Clasificación de los trastornos alimentarios y de la ingestión de alimentos. DSM-5. Fuente: Mories et al (2018).</b>
F50.0 Anorexia nerviosa (AN)
50.01 Tipo restrictivo
50.02 Tipo con atracones/purgas
F50.2 Bulimia nerviosa (BN)
F50.8 Trastorno de atracones (BED)
F50.8 Otro trastorno alimentario o de la ingestión de alimentos especificado (OSFED)
- Anorexia nerviosa atípica
- Bulimia nerviosa de frecuencia baja/duración limitada
- Trastorno por atracón de frecuencia baja/duración limitada
- Trastorno por purgas
- Síndrome de la ingesta nocturna de alimentos
- Trastorno de evitación/restricción de la ingestión de alimentos
- Pica en adultos
F50.9 Trastorno alimentario o de la ingestión de alimentos no especificado (UFED)
F98.3 Pica en niños
F98.21 Trastorno por rumiación

cones o purgas (es decir, vómito autoprovocado o utilización incorrecta de laxantes, diuréticos o enemas). Este subtipo describe presentaciones en las que la pérdida de peso es debida sobre todo a la dieta, el ayuno y/o el ejercicio excesivo.

- (F50.02) *Tipo con atracones/purgas*: Durante los últimos tres meses, el individuo ha tenido episodios recurrentes de atracones o purgas (es decir, vómito autoprovocado o utilización incorrecta de laxantes, diuréticos o enemas).

*Especificar si:*

- *En remisión parcial*: Después de haberse cumplido con anterioridad todos los criterios para la anorexia nerviosa, el Criterio A (peso corporal bajo) no se ha cumplido durante un período continuado, pero todavía se cumple el Criterio B (miedo intenso a aumentar de peso o a engordar, o comportamiento que interfiere en el aumento de peso) o el Criterio C (alteración de la autopercepción del peso y la constitución).
- *En remisión total*: Después de haberse cumplido con anterioridad todos los criterios para la anorexia nerviosa, no se ha cumplido ninguno de los criterios durante un período continuado.

*Especificar la gravedad actual:*

La gravedad mínima se basa, en los adultos, en el índice de masa corporal (IMC) actual (véase a continuación) o, en niños y adolescentes, en el percentil del IMC. Los límites siguientes derivan de las categorías de la Organización Mundial de la Salud para la delgadez en adultos; para niños y adolescentes, se utilizarán los percentiles de IMC correspondientes. La gravedad puede aumentar para reflejar los síntomas clínicos, el grado de discapacidad funcional y la necesidad de supervisión.

- *Leve*:  $IMC \geq 17 \text{ kg/m}^2$
- *Moderado*:  $IMC 16-16,99 \text{ kg/m}^2$
- *Grave*:  $IMC 15-15,99 \text{ kg/m}^2$
- *Extremo*:  $IMC < 15 \text{ kg/m}^2$

### **Bulimia nerviosa**

El código de bulimia nerviosa según CIE-10-MC es F50.2; según CIE-9-MC es 307.51. Los criterios diagnósticos de bulimia nerviosa según el DSM-5 (2013) son los siguientes:

- Episodios recurrentes de atracones. Un episodio de atracón se caracteriza por los dos hechos siguientes:
  1. Ingestión, en un periodo determinado (p. ej., dentro de un período cualquiera de dos horas), de una cantidad de alimentos que es claramente superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en un período similar en circunstancias parecidas.
  2. Sensación de falta de control sobre lo que se ingiere durante el episodio (p. ej., sensación de que no se puede dejar de comer o controlar lo que se ingiere o la cantidad de lo que se ingiere).

- Comportamientos compensatorios inapropiados recurrentes para evitar el aumento de peso, como el vómito autoprovocado, el uso incorrecto de laxantes, diuréticos u otros medicamentos, el ayuno o el ejercicio excesivo.
- Los atracones y los comportamientos compensatorios inapropiados se producen, de promedio, al menos una vez a la semana durante tres meses.
- La autoevaluación se ve indebidamente influida por la constitución y el peso corporal.
- La alteración no se produce exclusivamente durante los episodios de anorexia nerviosa.

*Especificar si:*

- *En remisión parcial*: Después de haberse cumplido con anterioridad todos los criterios para la bulimia nerviosa, algunos, pero no todos los criterios no se han cumplido durante un período continuado.
- *En remisión total*: Después de haberse cumplido con anterioridad todos los criterios para la bulimia nerviosa, no se ha cumplido ninguno de los criterios durante un período continuado.

*Especificar la gravedad actual:*

La gravedad mínima se basa en la frecuencia de comportamientos compensatorios inapropiados (véase a continuación). La gravedad puede aumentar para reflejar otros síntomas y el grado de discapacidad funcional.

- *Leve*: Un promedio de 1–3 episodios de comportamientos compensatorios inapropiados a la semana.
- *Moderado*: Un promedio de 4–7 episodios de comportamientos compensatorios inapropiados a la semana.
- *Grave*: Un promedio de 8–13 episodios de comportamientos compensatorios inapropiados a la semana.
- *Extremo*: Un promedio de 14 episodios de comportamientos compensatorios inapropiados a la semana.

### **Trastorno de atracones**

El código de trastorno de atracones según CIE-10-MC es F50.8; según CIE-9-MC es 307.51. Los criterios diagnósticos de trastorno de atracones según el DSM-5 (2013) son los siguientes:

- Episodios recurrentes de atracones. Un episodio de atracón se caracteriza por los dos hechos siguientes:
  1. Ingestión, en un periodo determinado (p. ej., dentro de un período cualquiera de dos horas), de una cantidad de alimentos que es claramente superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en un período similar en circunstancias parecidas.
  2. Sensación de falta de control sobre lo que se ingiere durante el episodio (p. ej., sensación de que no se puede dejar de comer o no se puede controlar lo que se ingiere o la cantidad de lo que se ingiere).

- B. Los episodios de atracones se asocian a tres (o más) de los hechos siguientes:
1. Comer mucho más rápidamente de lo normal.
  2. Comer hasta sentirse desagradablemente lleno.
  3. Comer grandes cantidades de alimentos cuando no se siente hambre físicamente.
  4. Comer solo debido a la vergüenza que se siente por la cantidad que se ingiere.
  5. Sentirse luego a disgusto con uno mismo, deprimido o muy avergonzado.
- C. Malestar intenso respecto a los atracones.
- D. Los atracones se producen, de promedio, al menos una vez a la semana durante tres meses.
- E. El atracón no se asocia a la presencia recurrente de un comportamiento compensatorio inapropiado como en la bulimia nerviosa y no se produce exclusivamente en el curso de la bulimia nerviosa o la anorexia nerviosa.

*Especificar si:*

- *En remisión parcial:* Después de haberse cumplido con anterioridad todos los criterios para el trastorno por atracón, los atracones se producen con una frecuencia media inferior a un episodio semanal durante un período continuado.
- *En remisión total:* Después de haberse cumplido con anterioridad todos los criterios para el trastorno de atracones, no se ha cumplido ninguno de los criterios durante un período continuado.

*Especificar la gravedad actual:*

La gravedad mínima se basa en la frecuencia de los episodios de atracones (véase a continuación). La gravedad puede aumentar para reflejar otros síntomas y el grado de discapacidad funcional.

- *Leve:* 1–3 atracones a la semana.
- *Moderado:* 4–7 atracones a la semana.
- *Grave:* 8–13 atracones a la semana.
- *Extremo:* 14 o más atracones a la semana.

**Otro trastorno alimentario o de la ingestión de alimentos especificado**

El código para otro trastorno alimentario o de la ingestión de alimentos especificado en CIE-10-MC es F50.8; según la codificación CIE-9-MC es 307.59. Las especificaciones de esta categoría y los criterios diagnósticos de las distintas entidades englobadas en la misma según el DSM-5 (2013) son los siguientes:

Esta categoría se aplica a presentaciones en las que predominan los síntomas característicos de un trastorno alimentario o de la ingestión de alimentos que causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u

otras áreas importantes del funcionamiento, pero que no cumplen todos los criterios de ninguno de los trastornos de la categoría diagnóstica de los trastornos alimentarios y de la ingestión de alimentos. La categoría de otro trastorno alimentario y de la ingestión de alimentos especificado se utiliza en situaciones en las que el clínico opta por comunicar el motivo específico por el que la presentación no cumple los criterios para un trastorno alimentario y de la ingestión de alimentos específico. Esto se hace registrando otro *trastorno alimentario y de la ingestión de alimentos especificado* seguido del motivo específico (por ejemplo, *bulimia nerviosa de frecuencia baja*).

Algunos ejemplos de presentaciones que se pueden especificar utilizando la designación *otro especificado* son los siguientes:

- *Anorexia nerviosa atípica:* Se cumplen todos los criterios para la anorexia nerviosa, excepto que el peso del individuo, a pesar de la pérdida de peso significativa, está dentro o por encima del intervalo normal.
- *Bulimia nerviosa (de frecuencia baja y/o duración limitada):* Se cumplen todos los criterios para la bulimia nerviosa, excepto que los atracones y los comportamientos compensatorios inapropiados se producen, de promedio, menos de una vez a la semana y/o durante menos de tres meses.
- *Trastorno por atracón (de frecuencia baja y/o duración limitada):* Se cumplen todos los criterios para el trastorno por atracones, excepto que los atracones y los comportamientos compensatorios inapropiados se producen, de promedio, menos de una vez a la semana y/o durante menos de tres meses.
- *Trastorno por purgas:* Comportamiento de purgas recurrentes para influir en el peso o la constitución (por ejemplo, vómito autoprovocado; uso incorrecto de laxantes, diuréticos u otros medicamentos), en ausencia de atracones.
- *Síndrome de ingestión nocturna de alimentos:* Episodios recurrentes de ingestión de alimentos por la noche, que se manifiesta por la ingestión de alimentos al despertarse del sueño o por un consumo excesivo de alimentos después de cenar. Existe consciencia y recuerdo de la ingestión. La ingestión nocturna de alimentos no se explica mejor por influencias externas, como cambios en el ciclo de sueño-vigilia del individuo o por normas sociales locales. La ingestión nocturna de alimentos causa malestar significativo y/o problemas del funcionamiento. El patrón de ingestión alterado no se explica mejor por el trastorno por atracón u otro trastorno mental, incluido el consumo de sustancias, y no se puede atribuir a otro trastorno médico o a un efecto de la medicación.
- *Trastorno de evitación/restricción de la ingestión de alimentos:* Este trastorno ya tiene una entidad propia en el DSM-5, con código según CIE-10-MC F50.8 y según CIE-9-MC 307.59. Los criterios para el diagnóstico son los siguientes:
  - A. Trastorno alimentario o de la ingestión de alimentos (p. ej., falta de interés aparente por comer o alimen-

tarse; evitación a causa de las características organolépticas de los alimentos; preocupación acerca de las consecuencias repulsivas de la acción de comer) que se pone de manifiesto por el fracaso persistente para cumplir las adecuadas necesidades nutritivas y/o energéticas asociadas a uno (o más) de los hechos siguientes:

1. Pérdida de peso significativa (o fracaso para alcanzar el aumento de peso esperado o crecimiento escaso en los niños).
  2. Deficiencia nutritiva significativa.
  3. Dependencia de la alimentación enteral o de suplementos nutritivos por vía oral.
  4. Interferencia importante en el funcionamiento psicosocial.
- B. El trastorno no se explica mejor por la falta de alimentos disponibles o por una práctica asociada culturalmente aceptada.
- C. El trastorno alimentario no se produce exclusivamente en el curso de la anorexia nerviosa o la bulimia nerviosa, y no hay pruebas de un trastorno en la forma en que uno mismo experimenta el propio peso o constitución.
- D. El trastorno alimentario no se puede atribuir a una afección médica concurrente o no se explica mejor por otro trastorno mental. Cuando el trastorno alimentario se produce en el contexto de otra afección o trastorno, la gravedad del trastorno alimentario excede a la que suele asociarse a la afección o trastorno y justifica la atención clínica adicional.

*Especificar si:*

- *En remisión:* Después de haberse cumplido con anterioridad todos los criterios para los trastornos de la ingestión de alimentos, los criterios no se han cumplido durante un período continuado.

### **Trastorno alimentario o de la ingestión de alimentos no especificado**

El código para otro trastorno alimentario o de la ingestión de alimentos no especificado en CIE-10-MC es F50.9; según la codificación CIE-9-MC es 307.50. La definición de esta categoría según el DSM-5 (2013) es la siguiente:

Esta categoría se aplica a presentaciones en las que predominan los síntomas característicos de un trastorno alimentario o de la ingestión de alimentos que causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento, pero que no cumplen todos los criterios de ninguno de los trastornos en la categoría diagnóstica de los trastornos alimentarios y de la ingestión de alimentos. La categoría del trastorno alimentario o de la ingestión de alimentos no especificado se utiliza en situaciones en las que el clínico opta por no especificar el motivo de incumplimiento de los criterios de un trastorno alimentario y de la ingestión de alimentos

específico, e incluye presentaciones en las que no existe suficiente información para hacer un diagnóstico más específico (por ejemplo, en servicios de urgencias).

### **Pica (en niños y en adultos)**

Los criterios diagnósticos, codificación y especificaciones para pica según el DSM-5 (2013) son los siguientes:

- A. Ingestión persistente de sustancias no nutritivas y no alimentarias durante un período mínimo de un mes.
- B. La ingestión de sustancias no nutritivas y no alimentarias es inapropiada al grado de desarrollo del individuo.
- C. El comportamiento alimentario no forma parte de una práctica culturalmente aceptada o socialmente normativa.
- D. Si el comportamiento alimentario se produce en el contexto de otro trastorno mental (por ejemplo, discapacidad intelectual [trastorno del desarrollo intelectual], trastorno del espectro del autismo, esquizofrenia) o afección médica (incluido el embarazo), es suficientemente grave para justificar la atención clínica adicional.

*\*Nota de codificación:* El código CIE-9-MC para pica es 307.52 y se utiliza en niños o adultos. Los códigos CIE-10-MC para pica son (F98.3) en niños y (F50.8) en adultos.

*Especificar si:*

- *En remisión:* Después de haberse cumplido todos los criterios para la pica con anterioridad, los criterios no se han cumplido durante un período continuado.

### **Trastorno de rumiación**

El código de trastorno de rumiación según CIE-10-MC es F98.21; según CIE-9-MC es 307.53. Los criterios diagnósticos de trastorno de rumiación según el DSM-5 (2013) son los siguientes:

- A. Regurgitación repetida de alimentos durante un período mínimo de un mes. Los alimentos regurgitados se pueden volver a masticar, a tragar o se escupen.
- B. La regurgitación repetida no se puede atribuir a una afección gastrointestinal asociada u otra afección médica (por ejemplo, reflujo gastroesofágico, estenosis pilórica).
- C. El trastorno alimentario no se produce exclusivamente en el curso de la anorexia nerviosa, la bulimia nerviosa, el trastorno de atracones o el trastorno de evitación/restricción de la ingestión de alimentos.
- D. Si los síntomas se producen en el contexto de otro trastorno mental (por ejemplo, discapacidad intelectual [trastorno del desarrollo intelectual] u otro trastorno del desarrollo neurológico), son suficientemente graves para justificar atención clínica adicional.

*Especificar si:*

- *En remisión:* Después de haberse cumplido con anterioridad todos los criterios para el trastorno de rumiación, los criterios no se han cumplido durante un período continuado.

**Otros trastornos no incluidos en las clasificaciones oficiales, pero de especial relevancia en la actualidad***Vigorexia*

Debido a su complejidad, la vigorexia no goza aún de definición ni clasificación en los manuales científicos y guías oficiales. Siguiendo la contribución para el diagnóstico del trastorno de González-Martí et al (2012), podemos decir que la *dismorfia muscular o vigorexia* es un trastorno mental cuyo foco de preocupación es la subestimación del tamaño y forma muscular, como consecuencia de la distorsión en la imagen corporal que padecen las personas afectadas. Un punto a destacar es que, en este caso, los mayoritariamente afectados son los hombres.

Uno de los motivos por los que el trastorno no se encuentra aún en las clasificaciones oficiales es la falta de acuerdo entre autores sobre la consideración del mismo: unos proponen clasificarlo como un Trastorno de la Conducta Alimentaria (TCA), otros como un Trastorno Dismórfico Corporal (TDC), o, incluso, se ha justificado su clasificación como un Trastorno Obsesivo-Compulsivo (TOC).

Si bien los autores referidos optan por considerarlo como un TDC, existen algunas características por las que consideramos que merece la pena comentarlo entre los TCA; impresiona de cierto solapamiento con estos, al estar también afectada de forma relevante la conducta alimentaria (así como las ideas sobrevaloradas sobre el peso y la imagen corporal).

Este trastorno se caracteriza por la distorsión en la imagen corporal de la persona afectada, y, más específicamente, en relación con su tamaño muscular. Esta percepción distorsionada, con subestimación de su musculatura, hace que el paciente se sienta insatisfecho y poco atractivo.

En consecuencia, la persona que sufre el trastorno realiza ejercicios de musculación de forma compulsiva con el fin de aumentar su masa muscular (creándose en muchos casos una dependencia al fisioculturismo), entrenando incluso con lesiones.

Además, el individuo afectado presenta continuas conductas de verificación de su estado físico, ya sea controlando su peso, mirándose al espejo, o preguntando a familiares y/o compañeros de gimnasio.

En cuanto al tema de la alimentación, estos sujetos suelen seguir dietas estrictas para ganancia de masa muscular (lo más habitual: períodos de *volumen* para ganar peso y masa muscular, seguidos de períodos de *definición* para perder grasa y lucir su hipertrofia muscular de forma más definida).

Añadido al tema de la alimentación, las personas afectadas suelen hacer uso de suplementación deportiva (como el uso de suplementos de proteína en polvo, creatina, u otros

preparados). Un punto más de peligrosidad es que en muchos casos no se recurre solo a estas *ayudas ergogénicas* de uso legal (algunas de las cuales tienen incluso evidencia científica); sino que también se llega al uso y abuso de sustancias ilegales (y potencialmente peligrosas) para mejorar el rendimiento deportivo y/o la hipertrofia muscular, por ejemplo: uso de hormonas (evidentemente, sin prescripción médica), como esteroides anabolizantes u hormona del crecimiento, entre otras sustancias.

*Ortorexia*

La ortorexia nerviosa se ha definido -siguiendo a Ruiz y Quiles (2021)- como una obsesión patológica por llevar una nutrición sana o *pura*, y del establecimiento de una relación emocionalmente perturbada y *autocastigadora* con la alimentación, que conduce a una dieta restrictiva, atención focalizada en la preparación de los alimentos y el surgimiento de patrones ritualizados con la comida. Los pacientes afectados se preocupan sobre todo por la calidad, y no tanto por la cantidad, de los productos ingeridos, priorizando la ingesta de alimentos integrales, orgánicos, libres de hormonas y antibióticos.

El seguimiento estricto de estos patrones conlleva un gasto considerable del tiempo de la persona en la investigación de los alimentos (origen, procesado, envasado, etiquetado...), así como a su consideración por parte de la persona, medición y planificación de comidas.

Lo paradójico de este trastorno es que originalmente surge con la intención del paciente de mejorar la salud y evitar enfermedades, si bien termina en un cuadro patológico en el que la alimentación se convierte en el tema central de la vida de la persona; donde sus ideas obsesivas, rituales y control de la alimentación le protegen de la ansiedad y le proporcionan autoestima.

No obstante, a largo plazo, este trastorno provoca un deterioro progresivo de distintas áreas de la vida del sujeto, como en los otros TCA: aislamiento social, problemas emocionales, o incluso déficits nutricionales por la omisión de grupos de alimentos concretos.

*Diabulimia*

La diabulimia es un TCA que pueden sufrir personas diagnosticadas de Diabetes Mellitus tipo 1 (DM1). Este trastorno se caracteriza, principalmente, por la restricción y/u omisión, de forma deliberada, de la administración de insulina, lo que resulta en una importante pérdida de peso (pero también en hiperglucemia y mal control metabólico, con las potenciales y graves complicaciones -agudas y crónicas- que esto conlleva).

Como el resto de los trastornos tratados en este apartado, la diabulimia actualmente no tiene unos criterios diagnósticos estandarizados ni está categorizada en los manuales oficiales; no obstante, en los últimos años, ha ganado reconocimiento (tanto a nivel científico como social) y se está manifestando su importancia como entidad patológica.

Siguiendo ahora a Coleman y Caswell (2020), podemos decir que en la literatura existe consenso en que los TCA son más prevalentes en pacientes con DM1, especialmente en mujeres.

Es más frecuente que los TCA en personas con DM1 adopten las formas de los *TCA tradicionales*, como restricción alimentaria, atracones, vómitos y otras conductas de purga, o ejercicio excesivo; no obstante, todo esto puede ocurrir con o sin la presencia del mal uso de la insulina, antes referido.

Además, hay aspectos del manejo de la diabetes que pueden incrementar el riesgo de TCA, como un mayor IMC, preocupaciones sobre el peso, dificultades de afrontamiento de una enfermedad crónica (y que, además, suele diagnosticarse a edades tempranas), y el efecto de la diabetes en la autoimagen y las interacciones familiares.

A causa del tratamiento con insulina, los adolescentes con DM1 a menudo ganan peso, lo que puede exacerbar la insatisfacción corporal y llevar al desarrollo de un TCA. Añadido a lo anterior, las personas con DM1 en muchas ocasiones se pueden sentir sobrepasadas por la atención constante en la nutrición, el ejercicio físico y la medicación.

## ASPECTOS MÉDICOS DE LOS TCA

### **Epidemiología. Relevancia**

Para empezar este apartado, debemos hacerlo hablando de las cifras que suponen los TCA en la sociedad actual, que los convierten en trastornos especialmente relevantes y preocupantes.

Siguiendo a Mories et al (2018) debemos destacar que, en cuanto a su frecuencia, los TCA en su conjunto suponen la tercera enfermedad crónica en adolescentes (y la primera en frecuencia entre las enfermedades mentales). Como enfermedad crónica más frecuente en este grupo etario tendríamos el asma bronquial; y, en segundo lugar, paradójicamente, la obesidad.

Por otra parte, y siguiendo a estos mismos autores, los TCA en su conjunto constituyen la tercera causa en frecuencia de mortalidad juvenil (por detrás de los accidentes de tráfico y las relacionadas con drogas), ya sea por las complicaciones médicas de los trastornos o por suicidio.

Otro punto relevante para destacar de este grupo de trastornos es que suelen presentar una alta comorbilidad, tanto con otros trastornos psiquiátricos como con afecciones médico-somáticas. Además, los TCA presentan una gran tendencia a la cronicidad y una importante resistencia al tratamiento.

Es por todos conocido el *perfil típico* de los pacientes afectados por TCA: Suelen ser mujeres (ratio tradicional mujeres:hombres 10:1, si bien la proporción está disminuyendo en los últimos tiempos). Además, las edades de presentación típicas son especialmente vulnerables: entre los 15 y los 25 años (aunque en la actualidad, la presentación en grupos de edad se está dispersando, afectando tanto a personas más jóvenes -también niños pequeños- como a personas adultas -pasada la madurez o incluso entrando en

la vejez-). No obstante, pese a estos matices y evolución de los TCA en nuestra sociedad actual, el *perfil típico* sigue siendo el de la chica adolescente, de clase media-alta, con un nivel de autoexigencia elevado... y que quiere alcanzar ciertos cánones estéticos impuestos culturalmente. No podemos olvidar, igualmente, la existencia de ciertos contextos o *grupos de riesgo*, como las personas dedicadas a el deporte profesional o de élite, el baile o la moda, entre otras ocupaciones.

Por todo lo expuesto, podemos concluir que los TCA suponen un problema de Salud Pública, y, por ello, debemos desarrollar dispositivos específicos para su abordaje y tratamiento; pero también para su detección precoz e, idóneamente, para su prevención.

### **Manifestaciones clínicas de los TCA**

Cuando hablamos de los TCA, en general, tenemos que hablar de una *constelación de síntomas*, ya que en estos pacientes veremos alteraciones en distintas dimensiones. Esto es:

- Existen *síntomas psicológicos*, como la preocupación por el peso o la imagen corporal.
- Que provocarán *cambios comportamentales*, como las alteraciones de la conducta alimentaria, las conductas compensatorias o las purgativas.
- Y estas producirán *cambios físicos*, como la pérdida de peso marcada, con desnutrición; o otras complicaciones asociadas a las maniobras para perder peso.

Lo interesante de lo anterior es que, además, estos síntomas que se presentan en las distintas dimensiones mencionadas (psicológica, conductual, física) se retroalimentan entre sí. Por ejemplo: sabemos que gran parte de la clínica de los TCA es consecuencia, y no causa, de la desnutrición (Mehler y Brown, 2014). Es decir, la propia desnutrición es culpable de la acentuación de la clínica psicológica de los trastornos. Igualmente, la clínica concreta dependerá del tipo y/o subtipo del trastorno y del tiempo de evolución del mismo.

### **Complicaciones médicas de los TCA**

Las complicaciones médicas de los TCA, que pueden ser muchas y muy diferentes, van a ser consecuencia, principalmente, de 3 aspectos clave:

- La *desnutrición*.
- Las *conductas alteradas con el fin de controlar el peso*, entre las que encontraremos conductas compensatorias (por ejemplo, saltarse tomas para compensar ingestas o realizar ejercicio físico compulsivo) y conductas purgativas (destacan los vómitos autoprovocados, pero también categorizaríamos aquí el uso inadecuado de laxantes o diuréticos).
- Los *efectos secundarios de fármacos* (especialmente, de psicofármacos que se puedan usar en casos seleccionados de TCA, o que se usen para tratar otros trastornos comórbidos).

A continuación, describiremos de forma pormenorizada las posibles complicaciones médicas de los TCA, clasificándolas por sistemas. Para finalizar el repaso de las complicaciones, hablaremos de otras relacionadas más específicamente con la bulimia nerviosa (o, más en concreto, con la conducta de vómito autoprovocado) y de otras complicaciones relacionadas con los efectos secundarios de fármacos y con la clínica psicológica presente en estos trastornos. Nos basaremos en dos textos de referencia (Mories et al, 2018; Mehler y Brown, 2015) para realizar una revisión lo más completa posible.

#### *Manifestaciones generales y dermatológicas*

- Pérdida de tejido graso y muscular (hasta caquexia).
- Alteración de la termorregulación.
- Piel seca y pajiza, tinte carotínico.
- Pelo seco y quebradizo, con tendencia a caer. Uñas frágiles.
- Lanugo generalizado.
- Signos de deshidratación.
- Edemas (por hipoproteinemia o si hay síndrome de realimentación).
- Atrofia mamaria (si desnutrición intensa).
- Acrocianosis, hematomas...
- Signo de Russell (callosidades en los nudillos de las manos en pacientes que se provocan el vómito).

#### *Manifestaciones cardiovasculares*

Observaremos manifestaciones cardiovasculares hasta en un 80% de los pacientes con TCA:

- Bradicardia (baja frecuencia cardíaca; lo más habitual). Taquicardia (elevada frecuencia cardíaca, habitualmente refleja).
- Hipotensión arterial (muy frecuente; se relaciona con episodios típicos de síncope, especialmente con ejercicio físico).
- Alteraciones en el electrocardiograma (en relación con trastornos hidroelectrolíticos, como hipopotasemia o hipomagnesemia; que pueden desencadenar arritmias potencialmente graves/mortales).
- Atrofia cardíaca (en casos de desnutrición grave).
- Insuficiencia cardíaca (grave y potencialmente letal si tiene lugar el síndrome de realimentación, que explicaremos más adelante).

#### *Manifestaciones digestivas.*

Son también muy frecuentes. Entre ellas, destacan:

- Dolor abdominal: En especial relación con la distensión gástrica posprandial (a tener en cuenta que los pacientes

cuando comienzan a recibir el tratamiento nutricional suelen llevar largo tiempo con una conducta alimentaria muy restringida, acostumbrados a ingerir cantidades mínimas de alimento).

- Retraso en el vaciamiento gástrico y dilatación gástrica: En relación con la baja ingesta mantenida en el tiempo, los rituales de ingesta de alimentos con la aerofagia consecuente...).
- Estreñimiento: Prácticamente universal en estos pacientes (baja ingesta alimentaria y a veces también baja ingesta hídrica con deshidratación; dismotilidad intestinal secundaria a la desnutrición...).
- Alteraciones en las pruebas de función hepática (con esteatosis y pancreatitis durante la realimentación).
- Clínica digestiva secundaria a los vómitos autoprovocados (en la que incidiremos más adelante, en su apartado concreto).

#### *Manifestaciones neurológicas*

- Cefaleas (muy frecuentes; en relación con la desnutrición y con el deterioro generalizado).
- Atrofia cerebral (hasta en el 50% de los casos): Evidentemente, no están indicadas las pruebas de imagen cerebral en estos pacientes, pero así se ha observado en estudios revisados con TC y/o RM.
- Convulsiones; espasmos musculares; neuropatía periférica y autonómica... (se han descrito estas alteraciones en relación con trastornos hidroelectrolíticos).

#### *Manifestaciones nefro-uroológicas*

En este subapartado debemos destacar que, ya sea de forma individual o conjunta, las complicaciones a este nivel pueden tener como consecuencia la insuficiencia renal, ya sea crónica o aguda. Algunas alteraciones relacionadas con la afectación renal y que pueden actuar de forma conjunta y causar fallo renal son:

- Trastornos hidroelectrolíticos (principalmente relacionados con las conductas purgativas).
- Deshidratación (por baja ingesta, diuréticos o laxantes...) o edemas (por desnutrición con hipoproteinemia; o si hay síndrome de realimentación).
- Abuso crónico de diuréticos (con la deshidratación consecuente, así como diversas alteraciones hidroelectrolíticas y daño renal).
- Litiasis (por deshidratación y depósito de oxalatos).
- Infecciones del tracto urinario (por la inmunodepresión relacionada con la desnutrición; además, las infecciones del tracto urinario son más frecuentes en mujeres con vida sexual activa).

#### *Manifestaciones hematológicas*

- Anemia normocítica (de trastorno crónico y/o por menor demanda metabólica); microcítica (por ferropenia)

o macrocítica (por déficit de ácido fólico y/o vitamina B12). También pueden darse anemias de mecanismo mixto, por presentarse varios de los factores causales enumerados.

- Leucopenia y alteraciones de la inmunidad celular (en casos de desnutrición grave, con la consecuente inmunodepresión y susceptibilidad a infecciones).

#### *Manifestaciones musculoesqueléticas*

- Osteopenia y osteoporosis (con el riesgo de fracturas asociado): Secundarios al hipogonadismo.
- Retraso del crecimiento óseo (en los casos en los que el TCA se presenta en la etapa prepuberal). En muchas ocasiones, incluso recuperado el TCA antes de finalizar el crecimiento, no se llega a alcanzar la talla diana por el efecto deletéreo de la desnutrición previa.
- Debilidad, calambres, miopatía: Relacionados con la desnutrición y con las alteraciones iónicas.

#### *Manifestaciones respiratorias*

- Susceptibilidad a infecciones respiratorias (por la inmunodepresión secundaria a la desnutrición).
- Enfisema pulmonar: En casos de desnutrición grave, disminuye la masa muscular diafragmática y se puede alterar el surfactante pulmonar, dando lugar a enfisema.

#### *Manifestaciones endocrinológicas*

Aquí veremos alteraciones especialmente importantes, tanto por su relevancia clínica como por su importancia como marcadores de gravedad y su uso para monitorización (por ejemplo, la amenorrea, que, si bien no es un hallazgo constante, su aparición nos alerta de la gravedad del cuadro; igualmente, la recuperación de ciclos menstruales de forma espontánea tras el tratamiento nutricional es un signo positivo en cuanto a la recuperación orgánica).

- Amenorrea (por hipogonadismo hipogonadotropo): Hasta la publicación del DSM-5 en 2013, la amenorrea se consideraba un síntoma fundamental de la anorexia nerviosa, constituyendo uno de los criterios diagnósticos. Este criterio ha cambiado con el DSM-5, no considerándose una condición necesaria para el diagnóstico. Igualmente, existe una importante variabilidad interindividual y muchas mujeres con clínica psiquiátrica de TCA y un peso muy bajo pueden seguir teniendo menstruaciones. Cuando se da la amenorrea suele ser tras la pérdida de peso, aunque hasta en un 20% de los casos la precede (relacionada con la pérdida ponderal y el estrés subyacente a enfermedad). La amenorrea puede ser secundaria o primaria (en el caso de pacientes que inician la clínica en la etapa prepuberal). Por otra parte, de forma superponible, en los varones aparece disminución de la libido y de la potencia sexual.
- Descenso de conversión de T4 en T3: A nivel tiroideo hay una disminución de la conversión de tiroxina (T4) en triyodotironina (T3), para disminuir el gasto metabólico. El descenso de T3 explica la bradicardia, la sequedad cutá-

nea, la intolerancia al frío, la hiporreflexia y la hipercarotenemia. (En casos de desnutrición grave pueden descender también los niveles de T4).

- Hipercolesterolemia: Relacionada, básicamente, con el estrés.
- IGF-1 disminuye, GH aumenta: La producción hepática del factor de crecimiento insulínico tipo 1 (IGF-1) disminuye a causa de la desnutrición; y aumentan, de forma secundaria, los niveles de hormona de crecimiento (GH), como fenómeno adaptativo. En pacientes prepuberales tiene lugar un retraso pondoestatural.
- Alteraciones de la hormona antidiurética (ADH): La secreción de ADH también se ve afectada, en relación tanto con los cambios en el estado de hidratación como con los cambios iónicos (especialmente, con el estado del sodio).

#### *Manifestaciones metabólicas*

- Alteraciones de la tolerancia a la glucosa: Por dismotilidad intestinal unida a cierta resistencia a la insulina.
- Hipoglucemias: Debidas a la disminución de las reservas de glucógeno hepáticas y por la falta de sustratos para la neoglucogénesis.
- Hipercolesterolemia: Llama la atención el perfil de dislipemia aterogénica que aparece en pacientes con cuadros especialmente evolucionados, con elevación del colesterol LDL.
- Alteraciones hidroelectrolíticas.
  - Alcalosis hipopotasémica, hipomagnesemia: Muy frecuentes, secundarias a maniobras purgativas, (especialmente en el caso de vómitos autoprovocados).
  - Hipofosfatemia: Puede aparecer en cualquier caso de desnutrición; además, es el marcador analítico más relevante como predictor de riesgo de síndrome de realimentación.
- Déficit de hierro y zinc (entre otros): Por ingesta insuficiente.

#### *Manifestaciones típicamente relacionadas con la bulimia nerviosa*

Si bien en los anteriores subapartados hemos mencionado complicaciones médicas que pueden tener lugar en cualquier TCA, como grupo de entidades, en este nos referiremos en concreto a manifestaciones más típicas de la bulimia nerviosa; sobre todo, por la relación de la mayoría con las conductas purgativas.

Un punto importante que destacar en cuanto a la bulimia nerviosa como TCA es que muchos de estos pacientes pueden presentar un peso bajo y estados carenciales; pero es bastante frecuente que encontremos pacientes con normopeso o incluso con sobrepeso/obesidad.

A continuación, enumeramos algunas complicaciones médicas típicas de este trastorno, la mayoría, como hemos dicho, relacionadas con las conductas purgativas:

- Signo de Russel (callosidades en los nudillos de las manos, por la provocación del vómito).
- Petequias en cara/paladar (por sofocación tras el vómito).
- Alteraciones orales, erosiones dentales (producidas por los ácidos gástricos). En muchas ocasiones, es el dentista el que sospecha un TCA al encontrar erosiones dentales inexplicadas.
- Hipertrofia de las glándulas salivares (sobre todo de las, parótidas, por la hipersalivación por vómitos repetidos). Esta situación, en muchas ocasiones, convierte la conducta de vómito en un círculo vicioso, al verse el paciente más gordo, con la cara más hinchada.
- Hiperamilasemia (de origen salivar): Siguiendo el punto previo, en relación con la hipersalivación por los vómitos repetidos.
- Dilatación gástrica. Esofagitis, erosiones esofágicas... incluso rotura esofágica y síndrome de Mallory-Weiss.
- Alteraciones hidroelectrolíticas: hipopotasemia (que puede causar alteraciones electrocardiográficas, arritmias potencialmente graves, alteraciones renales...); hiponatremia (que se puede presentar con letargia, convulsiones, incluso coma); hipomagnesemia (con manifestaciones clínicas como espasmos musculares o arritmias); alcalosis metabólica hipoclorémica.
- Alteraciones renales (por abuso crónico de diuréticos).
- Neuropatías (secundarias a las alteraciones hidroelectrolíticas y/o a los déficits vitamínicos).
- Alteraciones menstruales: Aunque gran parte de las pacientes con bulimia nerviosa no presentan amenorrea, sí son frecuentes las alteraciones menstruales. Además, existen diversos estudios que revelan una posible relación bidireccional entre la bulimia nerviosa y el síndrome de ovario poliquístico.

#### Otras manifestaciones clínicas de los TCA

- Efectos secundarios de fármacos.
  - Efectos metabólicos: Tenemos que tener en cuenta que muchos fármacos, especialmente algunos psicofármacos que pueden prescribirse en el tratamiento de estos pacientes, pueden tener efectos a nivel metabólico. Por ejemplo: aumentar o disminuir el apetito, contribuir a la ganancia o pérdida de peso...
  - Efectos hormonales: Igualmente, varios psicofármacos pueden producir alteraciones a nivel hormonal. Destacaremos la hiperprolactinemia, que es una de las alteraciones hormonales en relación con fármacos más frecuente. En casos de hiperprolactinemia importante, se puede producir también amenorrea (*síndrome amenorrea-galactorrea*), por lo que será fundamental que tengamos este dato en cuenta en el diagnóstico diferencial de la amenorrea que pueden presentar nuestras pacientes con TCA.

- Clínica psicológica.
  - Ansiedad, depresión; labilidad emocional, irritabilidad...: Todos estos cambios en relación tanto con la clínica psicológica propia del TCA como secundarios al estado de la desnutrición.
  - Cambios en la personalidad: Superponible a lo dicho más arriba; además, el carácter de la persona se centra en el control de su peso y de su alimentación; se produce un aislamiento social (también, en gran medida, por evitar las situaciones relaciones que implican comida), etc.
  - Acentuación de la ideación en relación con el TCA: Como apuntamos ya previamente, gran parte de la clínica psicopatológica está en relación con la desnutrición. Como veremos en el tratamiento, es fundamental la rehabilitación nutricional, pues es imposible seguir las estrategias psicoterapéuticas si no corregimos la desnutrición.

#### PRONÓSTICO DE LOS TCA

Revisando los estudios más recientes, recogidos en el documento de consenso para prevención de los TCA (coordinadores: Gómez et al, 2022), que además agrupa a distintas sociedades científicas españolas (SENPE, SENC, SEPEAP, SEMERGEN), podemos decir que el pronóstico de los TCA no es especialmente alentador. A pesar de los tratamientos en dispositivos específicos y con equipos multidisciplinarios, las tasas de curación son relativamente bajas, con altos porcentajes de comorbilidad, cronificación y con la tasa más elevada de mortalidad de entre todas las enfermedades mentales (destacando, dentro de los TCA, la anorexia nerviosa, con la tasa de mortalidad más alta).

Tradicionalmente, a pesar de que los números exactos varían entre los estudios y metaanálisis, se habla de la *regla de los tres tercios*: un tercio de los pacientes se recuperan totalmente; un tercio experimentan una mejoría parcial (en la mayoría de los casos, estos pacientes pueden llegar a llevar una *vida normal*, ya sea con el TCA *integrado* en su funcionamiento, o con relativas recaídas y recuperaciones a lo largo del tiempo); y un tercio no se cura o se cronifica (dentro de este último grupo estarían los pacientes que fallecen, que llegan hasta un 5%, según en algunos estudios, para los pacientes con anorexia nerviosa).

Recordemos, además, que la mortalidad por estos trastornos puede deberse a las complicaciones médicas, ampliamente explicadas previamente, o también al suicidio. Un dato especialmente preocupante es que hasta un tercio de los pacientes con TCA presentan ideación suicida.

Otra cuestión importante es que es bastante frecuente que los pacientes con TCA evolucionen de una categoría a otra, siendo el cambio más típico el paso de anorexia nerviosa a bulimia nerviosa.

Si bien es difícil predecir la evolución de un TCA al diagnóstico, sí que disponemos de ciertos *predictores*. Se consideran habitualmente factores de riesgo de mala evolución los siguientes:

- Tiempo prolongado evolución de la enfermedad antes de su diagnóstico y tratamiento: Por este motivo, en cuanto exista la sospecha de TCA, se debe intervenir.
- Pacientes con anorexia nerviosa subtipo compulsivo/purgativo.
- Índice de Masa Corporal (IMC) muy bajo al diagnóstico.
- Ganancia de peso inadecuada durante las primeras fases de tratamiento.
- Varones: Como en la mayoría de las patologías, habitualmente el grupo estadísticamente menos frecuentemente afectado suele presentar formas más graves.
- Problemas psicológicos o sociofamiliares severos: Definitivamente, el contexto de la persona ejerce una influencia importante en el desarrollo y evolución del TCA (así como en la recuperación).

Sin embargo, la edad de instauración del TCA, que años atrás ha sido objeto de diversos estudios como factor de

riesgo (considerándose en algunos momentos como de mayor riesgo la presentación en edades más jóvenes, y en otros, en edades más adultas), finalmente, parece no influir de forma decisiva en el pronóstico.

### **Medición de la gravedad de los TCA: evaluación de la clínica**

Para establecer un pronóstico va a ser fundamental conocer o medir la gravedad del TCA, especialmente en el momento del diagnóstico. Igualmente, será necesario medir la gravedad de forma seriada más adelante, para valorar los resultados del tratamiento (que también nos dará una idea del pronóstico).

Además, el disponer de un índice de gravedad o que categorice la clínica del TCA nos permitirá, de nuevo, medir la expresión del TCA en el caso de recaídas o complicaciones.

Por este motivo, se expone en la tabla a continuación un índice compuesto, de creación propia, para categorizar

**Tabla 2. Índice compuesto, de creación propia, para categorizar la clínica del TCA. Fuente: Sirvent, 2023.**

#### **\*Consta de la valoración de tres de los profesionales del equipo multidisciplinar:**

- *Psicólogo* (categorías excluyentes, solo puede puntuar en una):

- o No presenta ideas relativas al TCA, o estas han desaparecido (0 puntos).
- o Presenta ideación leve relativa al TCA (1 punto).
- o Presenta ideación moderada relativa al TCA (2 puntos).
- o Presenta ideación grave relativa al TCA (3 puntos).

- *Psiquiatra* (categorías excluyentes, solo puede puntuar en una):

- o No precisa tratamiento farmacológico (0 puntos).
- o Precisa tratamiento farmacológico; presenta buena adherencia al mismo y este produce los efectos deseados (1 punto).
- o Precisa tratamiento farmacológico; no presenta buena adherencia al mismo y/o este no presenta los efectos deseados (2 puntos).

- *Médico Especialista en Endocrinología y Nutrición* (las 3 primeras categorías son excluyentes entre sí, solo puede puntuar en una de ellas; las 3 siguientes son sumatorias y no excluyentes ni entre sí ni con ninguna de las 3 primeras):

- o Normopeso o sobrepeso para edad, sexo y talla (0 puntos).
- o Infrapeso para edad, sexo y talla (1 punto).
- o Obesidad para edad, sexo y talla (1 punto).
- o Amenorrea de más de 3 meses de evolución (1 punto).
- o Conductas compensatorias, como, por ejemplo: saltarse tomas o realizar ejercicio físico compulsivo (1 punto).
- o Conductas purgativas, como, por ejemplo: vómitos autoprovocados o uso de fármacos como laxantes o diuréticos (1 punto).

**\*Cálculo del índice compuesto: se suman las puntuaciones otorgadas por cada uno de los profesionales. Con esta puntuación total, se estimará la gravedad del TCA en dicho momento de la evaluación como:**

**- Gravedad subíndices:**

*o Psicólogo:*

- TCA resuelto: 0 puntos.
- TCA leve: 1 punto.
- TCA moderado: 2 puntos.
- TCA grave: 3 puntos.

*o Psiquiatra:*

- TCA resuelto/leve: 0 puntos.
- TCA moderado: 1 punto.
- TCA grave: 2 puntos.

*o Médico Especialista en Endocrinología y Nutrición:*

- TCA resuelto: 0 puntos.
- TCA leve: 1 punto.
- TCA moderado: 2 puntos.
- TCA grave: 3-4 puntos.

**- Índice compuesto (puntuación total gravedad TCA):**

- 0) TCA resuelto: 0 puntos.
- 1) TCA Leve: 2 puntos.
- 2) TCA Moderado: 3-5 puntos.
- 3) TCA Grave: 6-9 puntos.

la clínica del TCA (Sirvent, 2023). El índice ha sido extraído de un trabajo propio de publicación reciente; este índice se usó para medir la clínica del TCA (esperando mejoría) tras la intervención con un tratamiento psicológico.

## TRATAMIENTO DE LOS TCA

### **Tratamiento multidisciplinar de los TCA**

Hace años que existe consenso en que el tratamiento óptimo de los TCA debe realizarse en dispositivos específicos y con equipos multidisciplinarios expertos en este ámbito. Además, el tratamiento nutricional se erige como uno de los pilares fundamentales.

A continuación, basándonos en estudios y recomendaciones recientes (Loria et al, 2021; Gómez et al, 2022), así como tomando como base la experiencia propia, se detallarán las características necesarias para un tratamiento óptimo de los TCA.

En primer lugar, como ya hemos mencionado, el tratamiento debe ser *multidisciplinar*. Esto supone la existencia de un equipo de distintos profesionales, además, especializados en TCA, que se coordinen para trabajar de forma conjunta. Profesionales imprescindibles en estos equipos serían los psicólogos (para el tratamiento psicoterapéutico), psiquiatras (para prescripción y control del tratamiento psicofarmacológico, pero también psicoterapéutico) y también médicos especialistas en Endocrinología y Nutrición (para el tratamiento nutricional, pero también para el control, tratamiento y monitorización de las distintas complicaciones médicas que hemos repasado). En este punto, no podemos olvidar la figura del dietista-nutricionista, imprescindible para, junto al endocrinólogo, adecuar la dieta de los pacientes a sus necesidades y proporcionar la educación nutricional que requieren estos pacientes (ya que suelen tener unas ideas equivocadas sobre la nutrición y el peso, *falsos mitos*...). Otros

profesionales que, de forma idónea, deberían formar parte de estos equipos son, entre otros: personal de enfermería especializado en Salud Mental; terapeutas ocupacionales; profesores (existen profesores específicos para pacientes hospitalizados, para poder asegurar la continuidad de la educación de los pacientes a pesar de la necesidad de estar en el hospital), etc.

Por otra parte, tenemos que tener en cuenta los distintos contextos en los que se puede llevar a cabo el tratamiento de los TCA. El contexto va a depender, por supuesto, de la gravedad del cuadro y del perfil del paciente; pero también van a ser puntos decisivos su estructura sociofamiliar y su accesibilidad al centro. Por tanto, podemos realizar la atención de estos pacientes en los siguientes contextos:

- **Atención ambulatoria:** Cuando realizamos un seguimiento en consultas externas del paciente en concreto. Habitualmente, cada profesional del equipo en su propia consulta, aunque coordinado con el resto (con reuniones periódicas, por ejemplo); o, en otras ocasiones, en consultas conjuntas con los distintos profesionales.
- **Hospital de día:** Se denomina así cuando el paciente acude al centro sanitario a realizar ciertas actividades, muchas veces durante todo el día (y otras veces con horarios predefinidos, dependiendo de la situación). En el caso concreto de los TCA, las comidas y la educación nutricional en relación con las mismas van a ser uno de los puntos clave del tratamiento en este ámbito.
- **Hospitalización completa:** En este caso, el paciente está hospitalizado como cualquier otro paciente lo está en el hospital. Idóneamente, debería disponerse de una unidad específica de TCA. En algunos centros con unidad específica se comparte espacio (y actividades) entre pacientes hospitalizados y pacientes que acuden a Hospital de Día.

Una vez definidos los distintos ámbitos de tratamiento, debemos definir las *fases* del mismo. A grandes rasgos, podemos enumerar tres fases:

- **Rehabilitación nutricional:** Como hemos repetido ya en varias ocasiones, la recuperación nutricional va a ser fundamental para mejorar la clínica psicológica. Es por ello que la normalización de la conducta alimentaria y la recuperación ponderal constituyen el primer escalón del tratamiento.
- **Estabilización:** Una vez recuperado el peso y en proceso de mejorar la clínica psicológica, cada vez con una mayor estabilidad y normalización (tanto a nivel orgánico como psicológico).
- **Consolidación:** De cara a la recuperación y al mantenimiento de los resultados y logros del tratamiento a largo plazo.

Por último, y antes de entrar en concreciones sobre el tratamiento nutricional, estableceremos los *objetivos del tratamiento*, que, básicamente, serán:

- **Recuperación de un peso saludable:** Como venimos diciendo, la rehabilitación nutricional es el primero de los objetivos. Por otra parte y en relación tanto con la edu-

cación nutricional como con el abordaje psicológico, la forma en la que hablamos es muy importante, por lo que con estos pacientes siempre vamos a usar el concepto de *recuperar un peso saludable*: así, insistimos en la idea de recuperar la salud y no utilizamos palabras sesgadas y que en estos pacientes pueden causar un especial daño como *engordar*, por ejemplo.

- **Alivio del sufrimiento psicológico:** Evidentemente, este objetivo va de la mano con el anterior, si bien en la mayoría de las ocasiones va a ser difícil trabajar a nivel psicoterapéutico si no hay cierta mejoría nutricional. Objetivos secundarios concretos, dentro de la clínica del TCA, serían, entre otros: combatir la preocupación por la alimentación y el peso, mejorar el estado anímico, superar el aislamiento social...

### **Tratamiento nutricional de los TCA**

Aprovechando que acabamos de mencionar los distintos contextos de tratamiento, vamos a proceder a detallar unas directrices del tratamiento nutricional en cada uno de estos ámbitos.

#### *Tratamiento nutricional en ámbito hospitalario*

En este subapartado nos vamos a referir al ámbito hospitalario, especialmente en el contexto de pacientes en régimen de hospitalización completa; no obstante, se puede aplicar también, hasta cierto punto, a pacientes que acuden a Hospital de Día (dado que, en muchas ocasiones, estos pacientes comparten espacios y recursos). Así, disponemos de las siguientes opciones para la rehabilitación nutricional:

- **Dieta adaptada por dietista-nutricionista:** Lo idóneo es que, al ingreso, la dieta esté adaptada por un dietista-nutricionista experto. Además, debe existir una progresión en los aportes según vaya evolucionando la ingesta, para evitar el síndrome de realimentación\*. El objetivo de recuperación ponderal inicial será de, aproximadamente, 500 g a la semana.

- *\*¿Qué es el síndrome de realimentación?:* El síndrome de realimentación puede definirse como el conjunto de alteraciones metabólicas desencadenadas tras la rápida reintroducción del soporte nutricional (ya sea oral, enteral o parenteral) en pacientes con malnutrición calórico-proteica y/o disminución de la ingesta previas. Puede causar, entre otros cambios metabólicos, alteraciones iónicas graves (con las posibles complicaciones secundarias, como arritmias potencialmente letales) y edemas de rápida instauración, con insuficiencia cardíaca grave. Es un cuadro potencialmente mortal, y la mejor forma de prevenirlo es el inicio del soporte nutricional con aportes pequeños que han de ir aumentándose lenta y progresivamente. En muchas ocasiones, será necesaria la reposición de iones y/o vitaminas previamente al inicio de la nutrición y durante la progresión de esta. Es un cuadro peligroso, pero, desgraciadamente, su riesgo está infravalorado y su aparición infradiagnosticada fuera del campo de la Nutrición Clínica.

- **Dieta adaptada por dietista-nutricionista + suplementos nutricionales orales:** Los suplementos nutricionales orales son fórmulas de nutrición elaboradas por laboratorios farmacéuticos y que tienen una composición con aporte calórico y de macro y micronutrientes conocida; suelen estar saborizados y se utilizan como aportes extra en estos pacientes (lo idóneo es además de las comidas, no sustituyendo las comidas). Recordemos que en estos pacientes buscamos normalizar su conducta alimentaria, por lo que en la mayoría de los casos no los utilizaremos, salvo situaciones concretas, por ejemplo: casos en los que deseemos acelerar la recuperación ponderal, cuando esta es lenta, o para intentar así una intervención psicoterapéutica precoz en casos en los que existe mayor resistencia al tratamiento psicológico (en probable relación con el estado de desnutrición).
- **Nutrición enteral por sonda nasogástrica:** De forma general, no utilizaremos este soporte nutricional, salvo en casos de negativa a la ingesta.
- **Nutrición parenteral:** La nutrición parenteral nunca está indicada en TCA, salvo complicaciones intestinales. Un ejemplo de caso excepcional en el que deberíamos usar nutrición parenteral podría ser en el caso de una hemorragia digestiva alta tras un desgarro esofágico por vómitos autoprovocados.

#### Tratamiento nutricional en consultas externas

Para finalizar el tema del tratamiento nutricional, nos referiremos al realizado en un contexto ambulatorio, en el ámbito de las consultas externas. Igualmente, aquí deberíamos contar no solo con un endocrinólogo, sino también con un dietista-nutricionista, y que ambos trabajen de forma coordinada en el tratamiento y seguimiento de estos pacientes. En las consultas ambulatorias, algunos puntos imprescindibles son:

- Realización de encuesta dietética y diario de hábitos: Para monitorizar el patrón alimentario del paciente, tanto cualitativa como cuantitativamente. Al hilo de este registro dietético, podemos aprovechar para realizar *educación nutricional*, que, como ya hemos mencionado, es fundamental en estos pacientes. Debemos intentar que los pacientes tengan una conducta alimentaria normalizada, esto es, una alimentación saludable, pero que también puedan permitirse eventualmente alimentos que les previamente les produjeran malestar psicológico (por ejemplo, por ser especialmente calóricos).
- Control de peso, IMC y otros parámetros antropométricos: Evidentemente, esto es algo que debemos realizar en todos los pacientes, sea cual sea el contexto de tratamiento y seguimiento. En el ámbito ambulatorio, el objetivo es que los pacientes se mantengan en normopeso; no deberíamos tener pacientes con bajo peso (esto es, con IMC <18.5 kg/m<sup>2</sup>).
- Cuando realicemos recomendaciones dietéticas debemos informar adecuadamente al paciente, haciendo un *pacto* con el mismo para su cumplimiento. Igualmente, se han de adecuar las recomendaciones respecto al ejercicio físico (así como su reducción o suspensión, si se considerase).

- En el caso de los suplementos nutricionales orales, como hemos dicho previamente, solo se utilizarán en casos seleccionados; más aún en un contexto ambulatorio. Esto es así por varios motivos: en primer lugar, por la búsqueda de un patrón alimentario normalizado de alimentación (y no depender del suplemento), y, en segundo, por no estar estos financiados para dispensación ambulatoria (sí en ámbito hospitalario).
  - Hemos de tener en cuenta que los suplementos nutricionales orales son calificados como *productos dietoterápicos* y, tanto en la teoría como en la práctica, su prescripción y uso es como el de cualquier otro fármaco. En nuestro país, aunque existe la venta libre de los mismos, para su compra financiada por el Sistema Nacional de Salud precisan de receta y visado (para revisión por la Inspección de Farmacia), ya que solo unos diagnósticos determinados, por ley, cumplen las condiciones para su financiación (y entre estos diagnósticos no se encuentran los TCA).

#### PREVENCIÓN E IDENTIFICACIÓN PRECOZ DE LOS TCA

Para terminar esta revisión de los TCA, destacamos que son trastornos especialmente complejos, potencialmente graves, muy frecuentes y que además afectan a población joven. Con todo ello, podemos afirmar que nos encontramos ante un problema de Salud Pública y, por esto mismo, deberíamos desarrollar e implementar estrategias de prevención, primero, para evitar que los TCA tengan lugar; pero también estrategias de detección precoz, para, en el caso de que se den, se realice una intervención lo más precoz posible. Vamos a desarrollar algunas ideas sobre estas estrategias, según las recomendaciones de Martínez et al (2022), trabajo que también se recoge en el documento de consenso coordinado por Gómez et al (2022).

#### ¿En qué situación nos encontramos? ¿Qué podemos hacer?

Sabemos que la adolescencia constituye el momento de mayor riesgo para el inicio y desarrollo de un TCA. Durante la infancia, desde Pediatría de Atención Primaria se realizan las *revisiones del niño sano*. Sin embargo, los adolescentes no se controlan de forma programada en los centros de salud al dejar la atención pediátrica (entre los 14 y los 16 años, según las distintas comunidades autónomas).

Entonces, si nuestro objetivo es realizar una intervención temprana en el caso de la detección de un TCA, es imprescindible que se realice, desde Atención Primaria de Salud (esto es, por los médicos especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria, pero también por los médicos especialistas en Pediatría de Atención Primaria y el resto de los profesionales que constituyen la Atención Primaria de Salud) una *evaluación oportunista* (esto es, una búsqueda activa de hábitos sospechosos en consultas ocasionales). Además, se debe prestar una *atención informada* a las preocupaciones referidas por los padres o tutores.

Para ello, es imprescindible la *formación de los profesionales*, fundamentalmente y para su detección precoz, cono-

ciendo las diferentes variantes y formas de presentación de los TCA en adolescentes y adultos jóvenes. También deberá formarse a estos profesionales sobre el abordaje y manejo iniciales de los casos, hasta su derivación a un dispositivo específico.

### ¿Son prevenibles los TCA?

Esta es una respuesta difícil de responder. Existen tantos factores que inciden en su desarrollo que no podemos controlarlos todos. No obstante, y sobre todo en la actualidad, los factores socioculturales son muy potentes (como el ideal de belleza o los cánones estéticos) y quizá incluso sean necesarias medidas políticas o legales para regular algunas situaciones de especial riesgo, como ya se hizo en el pasado con la publicidad, o las tallas y peso de las modelos para ciertos desfiles (Sirvent, 2016).

Ante esta dificultad para su prevención (aunque eso no quita que como sociedad debamos llevar a cabo las medidas necesarias para intentar prevenir estos trastornos), destaca la importancia de realizar una *detección precoz* de los TCA. Está demostrado que la detección de los TCA en sus etapas iniciales mejora su pronóstico (ello implica una evaluación y tratamiento precoces, lo que, lógicamente, supone un pronóstico mejor).

La relevancia de realizar una detección precoz pone de manifiesto la necesidad de *mejorar el acceso a los servicios asistenciales*, teniendo en cuenta además que, en un gran número de ocasiones, estos pacientes estarán en situación de vulnerabilidad, por el estigma y vergüenza asociados a los trastornos. Por otra parte, siempre se deberá informar a los pacientes y realizar intervenciones adaptadas a sus antecedentes, edad y/o nivel de desarrollo.

### Signos de alerta y factores de riesgo para la detección precoz de TCA

En este subapartado, nos referiremos a distintos signos de alerta y factores de riesgo que nos permitirán sospechar y detectar de forma precoz un posible TCA. Los médicos de Atención Primaria especialmente, pero también otros médicos especialistas y profesionales sanitarios, deben ser especialmente formados para desarrollar un buen ojo clínico y sospechar esta patología cuando se den los indicios suficientes (pudiendo así realizar una intervención precoz).

Procedemos, a continuación, a enumerar, separados por apartados temáticos, estos *signos de sospecha*:

#### Alteraciones en el peso y en la alimentación

- Restricción dietética.
- Pérdida de peso y/o incapacidad para restaurarlo; temor sobre su incremento.
- Alteración de la imagen corporal.
- Atracones con purgas (vómitos autoprovocados) o ejercicio físico excesivo.
- Saciedad precoz.

- Estreñimiento y uso de laxantes, diuréticos o medicamentos para perder o mantener el bajo peso.
- Conductas alimentarias alteradas: comer aparte de los demás y con patrones rituales, tiempos de comida prolongados y división de alimentos en trozos muy pequeños.

#### Otros antecedentes relevantes

- Desmayos, debilidad.
- Palpitaciones.
- Edemas maleolares.
- Amenorrea o menstruaciones irregulares.

#### Factores precipitantes y predisponentes

- Antecedentes familiares de TCA.
- Dificultades en el desarrollo.
- Problemas interpersonales.
- Obesidad premórbida.
- Inicio de dietas para perder peso.
- Actividades de alto riesgo (deporte profesional, baile, moda).

#### Puntos relevantes a tener en cuenta en la sospecha de un TCA

- Su presentación es multidimensional, podemos sospecharlos y detectarlos en una gran variedad de entornos: sanitario, social, académico/laboral...
- Se pueden presentar a cualquier edad, aunque debemos incidir en que en la adolescencia se presenta un pico de mayor riesgo (grupo de población especialmente vulnerable entre los 13 y los 17 años).

### Especial formación e implicación de los profesionales de la salud

Precisamente por la complejidad que entrañan los TCA, así como por la importancia de su detección precoz, los profesionales de la salud (especialmente los de Atención Primaria de Salud, que pueden ocupar la primera línea para sospecha y detección de estos trastornos) deben estar especialmente formados e implicados en esta materia. Así, es necesario que estos profesionales:

- Estén capacitados para trabajar con estos pacientes, así como con sus familiares y cuidadores.
- Conozcan como realizar un adecuado intercambio de información con los pacientes y su entorno, además de con otros profesionales, siempre con la adecuada confidencialidad.
- Se coordinen con los equipos multidisciplinares especializados en TCA, en sus dispositivos específicos.

- Asistan, como alumnos y también como formadores, a actividades divulgativas y de educación comunitaria sobre TCA.

### **¿Cómo se debe proceder en el ámbito de la Atención Primaria de Salud ante la sospecha de un TCA?**

En este punto, describiremos cómo se debería actuar en el nivel primario de atención sanitaria cuando nos encontremos ante la sospecha de un TCA, antes de derivar al equipo multidisciplinar en su dispositivo específico.

Así, a continuación, desarrollaremos en primer lugar un *protocolo general*; seguidamente, uno algo más dirigido a la sospecha de bulimia nerviosa (para detectar y manejar inicialmente las posibles complicaciones de las conductas purgativas); y, para finalizar, algunas puntualizaciones para la actuación inicial en sospecha de TCA en niños y adolescentes.

#### *Procedimiento y plan de actuación general en el primer nivel asistencial*

- Identificación oportunista (como hemos dicho, no existe un programa de cribado específico, por lo que debemos realizar una evaluación oportunista, con detección de hábitos sospechosos en consultas ocasionales).
- Entorno de privacidad y confidencialidad (algo que siempre se debe proporcionar a nuestros pacientes, más si cabe en este tipo de patologías, con su complejidad; además de la vulnerabilidad de los afectados, que incluso pueden llevar asociados la marca del estigma y la vergüenza).
- Encuesta nutricional breve (para conocer los estilos de vida y los hábitos alimentarios, así como su patrón, a nivel cualitativo y cuantitativo).
- Complicaciones médicas y nivel actual de riesgo (para evaluar las posibles complicaciones médicas y el riesgo actual, además de la anamnesis, debemos completar la historia clínica con):
  - Exploración física (básica, pero completa; y que en estos casos siempre debe incluir):
    - » Datos antropométricos: Peso, talla; IMC.
    - » Constantes vitales: Tensión arterial, frecuencia cardíaca, temperatura.
  - Analítica (que al menos incluya):
    - » Hemograma.
    - » Bioquímica, con: glucemia, perfil lipídico, iones, función renal, función hepática...
  - Electrocardiograma (a criterio médico, si bien debería realizarse siempre en casos de desnutrición grave y/o en casos de sospecha de alteraciones iónicas -sobre todo, si existen o se sospechan conductas de purga-).
- Evaluar comorbilidad psiquiátrica (que va a existir en muchas ocasiones; debemos prestar especial atención a):

- Trastornos de ansiedad (los más frecuentes).
- Depresión.
- Abuso de sustancias.
- Trastornos de personalidad.
- Trastorno obsesivo compulsivo.
- Ideación suicida y/o autolesiones.

- Evaluar los posibles cambios cognitivos debidos a la inanición (gran parte de la clínica psicológica puede aparecer o exacerbarse por la desnutrición, por lo que es importante que observemos en la entrevista o valoremos con el paciente y su familia los siguientes puntos):

- Procesamiento lento.
- Memoria a corto plazo deteriorada.
- Dificultades de atención y concentración.
- Rigidez cognitiva.

#### *Puntos concretos que evaluar si sospechamos bulimia nerviosa y/o TCA con conductas de purga*

- Identificar:
  - Atracones (ingestión, en un período determinado, de una gran cantidad de alimentos, especialmente si son alimentos especialmente calóricos y si se presenta sensación de pérdida de control).
  - Conductas compensatorias (por ejemplo, saltarse otras comidas para compensar los excesos, o hacer ejercicio físico de forma compulsiva) y/o conductas purgativas (como vómitos autoprovocados; pero también uso inadecuado de productos para perder peso, laxantes o diuréticos).
  - Otras conductas (por ejemplo: diabulimia, uso inadecuado u omisión de dosis de insulina en pacientes con diabetes mellitus tipo 1).
- Valorar posibles antecedentes de otros TCA.
  - Especialmente: anorexia nerviosa (un porcentaje relativamente importante de pacientes con anorexia nerviosa, en su evolución, pasan a cumplir criterios de bulimia nerviosa o presentan conductas de atracón y/o purga).
- Buscar otras comorbilidades psiquiátricas comunes (teniendo en cuenta el *perfil psicológico* de la bulimia nerviosa, destacan):
  - Trastornos de ansiedad.
  - Trastornos del estado de ánimo.
  - Trastornos del control de impulsos.
  - Trastornos por uso/abuso de sustancias.
- Exploración física (además de la anamnesis, ha de realizarse una exploración física básica, pero completa, en la que no pueden faltar):

- Datos antropométricos: Talla y peso; cálculo de IMC.
- Constantes vitales: Tensión arterial y frecuencia cardíaca.
- \*Es importante que tengamos en cuenta que estos pacientes presentan un mayor riesgo de obesidad, diabetes mellitus tipo 2 e hipertensión arterial.
- Exploraciones complementarias (prestando mayor atención a):
  - Analítica con bioquímica sérica: valorar hipopotasemia y deshidratación (por las conductas de purga).
  - Electrocardiograma (para descartar posibles arritmias ante las alteraciones iónicas relacionadas con la purga: hipopotasemia -especialmente-, hipomagnesemia).

### **Puntos concretos que evaluar en el caso de sospecha de TCA en niños y adolescentes**

- Signos físicos y síntomas psicológicos.
  - Debemos realizar una exploración física y psicopatológica basándonos en los puntos previamente referidos, pero adaptándonos al niño o adolescente que estemos evaluando. Dada la potencial gravedad que puede suponer un TCA en estas edades, la revisión debe ser exhaustiva, desde una perspectiva multidimensional.
- Hitos del desarrollo.
  - Debemos realizar un registro de estos y de su momento de aparición (para comprobar si el desarrollo está siendo el adecuado y en los tiempos previstos, para descartar complicaciones como retrasos o trastornos del desarrollo).
- Involucrar tanto a los niños como a sus familiares o cuidadores.
  - Siempre, salvo que exista contraindicación de involucrar a sus familiares por preocupaciones de seguridad (por ejemplo: sospechas de abuso o violencia doméstica).
- Debemos descartar (o buscar más, si sospechamos) maltrato infantil y/o *bullying* (acoso escolar):
  - Indagar por datos de intimidación, burlas...
  - Investigar si existen sospechas de abuso (emocional, físico y/o sexual).
  - Observar si existen signos de sospecha de negligencia en los cuidados.

### **Derivación a atención especializada**

Ante la sospecha fundada o establecido el diagnóstico de TCA en Atención Primaria de Salud o en otro dispositivo no específico, el paciente debe derivarse para ser atendido en su unidad de referencia lo antes posible.

En muchos casos, la derivación inicial (sobre todo en el caso de adultos) suele realizarse al servicio de Salud Mental (de

forma genérica); en otros casos (especialmente en el caso de menores, niños/adolescentes) se puede derivar directamente a unidades específicas para abordaje de TCA, con equipos multidisciplinares. No obstante, esto dependerá de la organización sanitaria a nivel autonómico; y, finalmente, sea como sea derivado el caso y sea cual sea el perfil del paciente, la atención óptima será la realizada por un equipo multidisciplinar especializado en TCA, como venimos diciendo a lo largo de esta revisión.

### **PREVENCIÓN DE RECAÍDAS Y COMPLICACIONES**

Como ya sabemos, los TCA presentan una gran tendencia a la cronicidad y una importante resistencia al cambio (y, por tanto, al tratamiento). Por esto mismo, encontraremos con relativa frecuencia pacientes que sufren recaídas y complicaciones.

Desde la atención especializada a los TCA tendremos que intentar prevenir, evitar o minimizar estos sucesos, sobre todo, con una *fase de consolidación* fuerte (recordemos que esta constituye la última fase del tratamiento). No obstante, si se produce la recaída, será determinante su detección precoz para realizar, de nuevo, una intervención precoz. Igualmente, con las complicaciones, que incluso podrían precisar atención urgente.

Pero un punto muy importante para la prevención de recaídas y complicaciones va a ser la participación del nivel primario de atención sanitaria, como desarrollamos a continuación.

### **Participación desde el nivel primario en la prevención de recaídas y complicaciones**

La mayor ventaja que presenta la Atención Primaria en este punto es el *acceso inmediato* del paciente y su familia a la consulta.

Entonces, si sospechésemos una recaída o complicación del TCA, el profesional formado podría *manejar inicialmente al paciente y derivar* a la unidad especializada si así se requiriera.

De especial importancia es el criterio de gravedad del clínico, que debería considerar incluso la *remisión al servicio de urgencias* (o de forma urgente a la unidad específica) si la salud física del paciente está comprometida y/o existe riesgo de suicidio.

A continuación, extraída del texto de Martínez et al (2022), se adjunta una tabla con los criterios recomendados de atención urgente y de envío a unidad de referencia.

### **PAPEL DE LAS ASOCIACIONES DE AUTOAYUDA**

En España existen diversas asociaciones creadas en torno a los TCA. Quizá una de las pioneras es ADANER, que define su concepto y labor de la siguiente forma, según indican en su página web (Asociación en Defensa de la Atención a la Anorexia Nerviosa y la Bulimia [ADANER], s.f.): *ADANER es una organización no gubernamental sin ánimo de lucro, declarada de Utilidad Pública en 1998, compromete-*

**Tabla 3. Criterios de atención urgente y de envío a la unidad de referencia. Fuente: Martínez et al, 2022.**

- *IMC* o peso corporal inusualmente bajo o alto para su edad.
- Pérdida de peso rápida.
- Dieta o prácticas alimentarias restrictivas (como hacer dieta cuando tienen bajo peso) que les preocupan a ellos, a sus familiares o cuidadores, o a los profesionales.
- Si los familiares o cuidadores informan de un cambio en la conducta alimentaria.
- Retraimiento social, particularmente con situaciones que impliquen comidas.
- Aparición de otros problemas de salud mental.
- Preocupación desproporcionada por el peso.
- Problemas para manejar una enfermedad crónica que afecta a la dieta, como la diabetes o la enfermedad celíaca.
- Trastornos endocrinológicos (menstruales) o síntomas gastrointestinales inexplicables.
- Signos físicos de desnutrición, como mala circulación, mareos, palpitaciones, desmayos o palidez.
- Comportamientos compensatorios, incluido el uso indebido de laxantes o suplementos nutricionales sustitutivos de alimentos, vómitos o ejercicio excesivo.
- Dolor abdominal asociado a vómitos o restricciones de la dieta, y que no puede explicarse completamente por una afección médica.
- Inexplicable desequilibrio hidroelectrolítico o hipoglucemia.
- Desgaste dental atípico (como erosión).

*tida con los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) y que realiza su trabajo a través de actividades de apoyo al tratamiento, investigación, formación, reivindicación, prevención y sensibilización.*

*Desde su creación en 1991, ADANER ha dirigido su lucha tanto por contribuir a mejorar la calidad de vida relacionada con la salud de las personas afectadas por anorexia nerviosa y bulimia como a sensibilizar a la población general acerca de este problema.*

Como vemos, las asociaciones de autoayuda persiguen:

- Mejorar la atención y la calidad de vida de los pacientes afectados y de sus familiares.
- Difundir información y sensibilizar a la sociedad en todos los aspectos relacionados con estas patologías.
- Apoyar la investigación.

En las asociaciones de autoayuda se agrupan personas que comparten circunstancias vitales y/o problemas comunes, y se unen con el fin de apoyarse entre ellas, compartiendo sus experiencias y recursos, fruto del aprendizaje de su vivencia.

Desde las asociaciones se pone una especial dedicación a los aspectos emocionales, familiares y socioculturales del trastorno (siempre como complemento a los tratamientos por los profesionales previamente mencionados). Para ello, suelen realizar actividades en las que participan pacientes, familiares y amigos; y también lideran procedimientos divulgativos para la población general, intentando una sensibilización social respecto a estos trastornos.

## REFLEXIONES FINALES SOBRE LOS TCA

Después de esta exhaustiva revisión sobre los trastornos de la conducta alimentaria, queremos incidir en las conclusiones más relevantes, pero también tomar una actitud reflexiva. Destacan, especialmente, los siguientes aspectos:

- Los TCA son las enfermedades mentales con mayor mortalidad, ya sea por complicaciones médicas o por suicidio.
- Son un problema de salud pública; y afectan especialmente a población joven.
- Presentan una gran tendencia a la cronicidad, así como a presentar una importante comorbilidad.
- El manejo adecuado requiere la actuación de equipos multidisciplinarios especializados en estos trastornos y que trabajen en unidades específicas.
- Y un punto clave desde la perspectiva médica: Gran parte de la psicopatología que observamos en los TCA es consecuencia, y no causa, de la desnutrición.
- Si no corregimos la desnutrición, los pacientes no podrán seguir las estrategias psicoterapéuticas. Es por ello que la rehabilitación nutricional constituye el primer escalón del tratamiento de los TCA.
- Además, no solo el tratamiento nutricional, también la educación nutricional será fundamental en el tratamiento médico de los TCA.

Por otra parte, teniendo en cuenta la importancia de la prevención en cualquier patología y, en concreto, en este grupo de trastornos que nos preocupan, destacan estas ideas:

- La prevención de los TCA debe plantearse en toda su amplitud:
  - PREVENCIÓN PRIMARIA: Evitando factores favorecedores para la aparición de los TCA (evitando su aparición).
  - PREVENCIÓN SECUNDARIA: Logrando su identificación temprana, para conseguir un diagnóstico y tratamiento precoces (y así, un mejor pronóstico).
  - PREVENCIÓN TERCIAARIA: Limitando o minimizando la aparición de complicaciones y secuelas (para minimizar los daños a largo plazo o secuelas).
- Existe consenso general sobre que la identificación de los TCA en sus etapas iniciales mejora su pronóstico, por lo que debemos trabajar teniendo en cuenta su posible aparición, para detectarlos de forma oportunista.
- La actitud preventiva de los profesionales debe basarse en una información de calidad, actualizándose su formación periódicamente. Puntos clave en la formación de los profesionales para la prevención y detección precoz de los TCA son:
  - Evaluación detallada de la sintomatología central y su inicio.
  - Determinar la posibilidad de otros diagnósticos psiquiátricos comórbidos.
  - Realizar exámenes físicos y de laboratorio orientados.
  - Y, si tras su intervención inicial sospecha TCA, debe consultar/derivar a un servicio especializado.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Asociación en Defensa de la Atención a la Anorexia Nerviosa y la Bulimia [ADANER]. (s.f.). Inicio: Asociación en Defensa de la Atención a la Anorexia Nerviosa y la Bulimia. <http://adaner.org/>
2. Almenara, C. (2003). Anorexia nerviosa: una revisión del trastorno. *Revista de Neuropsiquiatría*; 66, 52-62.
3. American Psychiatric Association. (2013). DSM-5. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Editorial Médica Panamericana.
4. Coleman, S.E., & Caswell, N. (2020). Diabetes and eating disorders: an exploration of 'Diabulimia'. *BMC Psychology*; 8(101), 1-7. DOI: <https://doi.org/10.1186/s40359-020-00468-4>
5. Gómez, C., Pérez, C., y Campos, R. (coords). (2022). Guía para la prevención de los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA). Documento de consenso para la prevención de los Trastornos de la Conducta Alimentaria SENPE-SENC-SEPEAP-SEMERGEN. *Nutrición Hospitalaria*; 39(Nº Extra 2), 1-149. DOI: <http://dx.doi.org/10.20960/nh.04171>
6. González-Martí, I., Fernández, J.G., y Contreras, O.R. (2012). Contribución para el criterio diagnóstico de la Disformia Muscular (Vigorexia). *Revista de Psicología del Deporte*; 21(2), 351-358.
7. Loria, V., Campos, R., Valero, M., Mories, M.T., Castro, M.J., Matía, M.P., Gómez, C., y Grupo de Trastornos Alimentarios de la Sociedad Española de Nutrición Clínica y Metabolismo (SENPE). (2021). Protocolo de educación nutricional en el tratamiento de los trastornos de la conducta alimentaria en el ámbito clínico y asistencial. *Nutrición Hospitalaria*; 38(4), 857-870. DOI: <http://dx.doi.org/10.20960/nh.03617>
8. Martínez, V., Suárez, F., y López, M. (2022). Prevención de los trastornos de la conducta alimentaria en Atención Primaria. *Nutrición Hospitalaria*; 39(Nº Extra 2), 112-120. DOI: <http://dx.doi.org/10.20960/nh.04186>
9. Mehler, P.S., & Brown, C. (2015). Anorexia nervosa – medical complications. *Journal of Eating Disorders*; 3(11), 1-8. DOI 10.1186/s40337-015-0040-8
10. Mories, M.T, Delgado, M. y Sánchez, A.I. (2018). Trastornos alimentarios y de la ingestión de alimentos. En Sociedad Española de Endocrinología y Nutrición (Ed.), *Manual de Endocrinología y Nutrición de la Sociedad Española de Endocrinología y Nutrición*. <https://www.seen.es/portal/manual>
11. Reda, M.A. (1997). Anorexia y santidad en Santa Catalina de Siena. *Revista de Psicoterapia*; VIII (30/31), 153-160.
12. Ruiz, P.M. (1999). Historia de los trastornos de la conducta alimentaria. *Anales de Psiquiatría*; 15(8), 361-365.
13. Ruiz, A., y Quiles, Y. (2021). Prevalencia de la Ortorexia Nerviosa en estudiantes universitarios españoles: relación con la imagen corporal y con los trastornos alimentarios. *Anales de Psicología*; 37(3), 493-499. DOI: <https://doi.org/10.6018/analesps.449041>
14. San Sebastián, J. (1999). Aspectos históricos en la medicina sobre trastornos alimentarios. *Estudios de Juventud*; 47, 17-22.
15. Sirvent-Segovia, A.E. (2016). Anorexia nerviosa: reconstrucción científica y emergencia social en España (1985-2000). Trabajo de Fin de Grado en Medicina. Facultad de Medicina de Albacete; Universidad de Castilla-La Mancha (UCLM).
16. Sirvent-Segovia, A.E. (2023). Trastornos de la conducta alimentaria y actitudes hacia la imagen corporal: Propuesta de intervención con tratamiento/entrenamiento en técnicas de autopersuasión. Trabajo de Fin de Grado en Psicología. Facultad de Psicología; Universidad Nacional de Educación a Distancia (UNED).
17. Toro, J. (2008). El cuerpo como delito. Anorexia, bulimia, cultura y sociedad. (3ª reimpresión). Madrid: Ariel.