

## **TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA (TCA)**

### **DEFINICIÓN Y CONCEPTO**

Las modernas clasificaciones nosológicas (DSM-IV-TR, CIE-10) incluyen dentro de este apartado de TCA fundamentalmente dos trastornos específicos: la anorexia nerviosa (AN) (F50.0, 307.1) y la bulimia nerviosa (BN) (F50.2, 307.51).

Los criterios de la. CIE-10 (Organización Mundial de la Salud, 1992) son los siguientes:

<b>F50.0 ANOREXIA NERVIOSA</b>
a) Pérdida significativa de peso (índice de masa corporal o de Quetelet de menos de 17,5). Los enfermos prepúberes pueden no experimentar la ganancia de peso propia del período de crecimiento.
b) La pérdida de peso está originada por el propio enfermo a través de: 1) evitación de consumo de "alimentos que engordan" y por uno o más de uno de los síntomas siguientes: 2) vómitos autoprovocados, 3) purgas intestinales autoprovocadas, 4) ejercicio excesivo y 5) consumo de fármacos anorexígenos o diuréticos.
c) Distorsión de la imagen corporal que consiste en una psicopatología específica caracterizada por la persistencia con el carácter de idea sobrevalorada intrusa, de pavor ante la gordura o la flacidez de las formas corporales, de modo que el enfermo se impone a sí mismo el permanecer por debajo de un límite máximo de peso corporal.
d) Trastorno endocrino generalizado que afecta al eje hipotálamo-hipofisario-gonadal manifestándose en la mujer como amenorrea y en el varón como una pérdida del interés y de la potencia sexuales (una excepción aparente la constituye la persistencia de sangrado vaginal en mujeres anoréxicas que siguen una terapia hormonal de sustitución, por lo general con píldoras contraceptivas). También pueden presentarse concentraciones altas de hormona del crecimiento y de cortisol, alteraciones del metabolismo periférico de la hormona tiroidea y anomalías en la secreción de insulina.
e) Si el inicio es anterior a la pubertad, se retrasa la secuencia de las manifestaciones de la pubertad, o incluso ésta se detiene (cesa el crecimiento; en las mujeres no se desarrollan las mamas y hay amenorrea primaria; en los varones persisten los genitales infantiles). Si se produce una recuperación, la pubertad suele completarse, pero la menarquia es tardía.
<b>F50.1 ANOREXIA NERVIOSA ATÍPICA</b>
Este término debe ser utilizado para los casos en los que faltan una o más de las características principales de la AN (F50.0), como amenorrea o pérdida significativa de peso, pero que por lo demás presentan un cuadro clínico bastante característico. Este tipo de enfermos es más frecuente en psiquiatría de interconsulta y enlace y en atención primaria. También pueden incluirse aquí enfermos que tengan todos los síntomas importantes de la AN, pero en grado leve.
<b>F50.2 BULIMIA NERVIOSA</b>
a) Preocupación continua por la comida, con deseos irresistibles de comer, de modo que el enfermo termina por sucumbir a ellos, presentándose episodios de polifagia durante los cuales consume grandes cantidades de comida en períodos cortos de tiempo.
b) El enfermo intenta contrarrestar el aumento de peso así producido mediante uno o más de uno de los siguientes métodos: vómitos autoprovocados, abuso de laxantes, períodos intervalares de ayuno, consumo de fármacos tales como supresores del apetito, extractos tiroideos o diuréticos. Cuando la bulimia se presenta en un enfermo diabético, éste puede abandonar su tratamiento con insulina.
c) La psicopatología consiste en un miedo morboso a engordar, y el enfermo se fija de forma estricta un dintel de peso muy inferior al que tenía antes de la enfermedad, o al de su peso óptimo o sano. Con frecuencia, pero no siempre, existen antecedentes previos de AN con un intervalo entre ambos trastornos de varios meses o años. Este episodio precoz puede manifestarse de una forma florida o por el contrario adoptar una forma menor o larvada, con una moderada pérdida de peso o una fase transitoria de amenorrea.
<b>F50.3 BULIMIA NERVIOSA ATÍPICA</b>
En casos en los que faltan una o más de las características principales de la BN (F50.2), pero que por lo demás presentan un cuadro clínico bastante típico. Los enfermos tienen con frecuencia un peso normal o incluso superior a lo normal, pero presentan episodios repetidos de ingesta excesiva seguidos de vómitos o purgas. No son raros síndromes parciales acompañados de síntomas depresivos (si estos síntomas satisfacen las pautas de un trastorno depresivo debe hacerse un doble diagnóstico).

Otros trastornos relacionados incluidos en la CIE-10 son: F50.4 Hiperfagia en otras alteraciones psicológicas, F50.5 Vómitos en otras alteraciones psicológicas, F50.8 Otros Trastornos de la conducta alimentaria, y F50.9 Trastorno de la conducta alimentaria no especificado.

Los criterios del (DSM-IV-TR) (American Psychiatric Association, 2000) son los siguientes:

<b>CRITERIOS PARA EL DIAGNÓSTICO DE F50.0 ANOREXIA NERVIOSA [307.1]</b>
A. Rechazo a mantener el peso corporal igual o por encima del valor mínimo normal considerando la edad y la talla (p. ej., pérdida de peso que da lugar a un peso inferior al 85 % del esperable, o fracaso en conseguir el aumento de peso normal durante el período de crecimiento, dando como resultado un peso corporal inferior al 85 % del peso esperable).
B. Miedo intenso a ganar peso o a convertirse en obeso, incluso estando por debajo del peso normal.
C. Alteración de la percepción del peso o la silueta corporales, exageración de su importancia en la autoevaluación o negación del peligro que comporta el bajo peso corporal.
D. En las mujeres postpuberales, presencia de amenorrea; por ejemplo, ausencia de al menos tres ciclos menstruales consecutivos. (Se considera que una mujer presenta amenorrea cuando sus menstruaciones aparecen únicamente con tratamientos hormonales, p. ej., con la administración de estrógenos.)
Especificar el tipo: <b>Tipo restrictivo:</b> durante el episodio de AN, el individuo no recurre regularmente a atracones o a purgas (p. ej., provocación del vómito o uso excesivo de laxantes, diuréticos o enemas). <b>Tipo compulsivo/purgativo:</b> durante el episodio de AN, el individuo recurre regularmente a atracones o purgas (p. ej., provocación del vómito o uso excesivo de laxantes, diuréticos o enemas).
<b>CRITERIOS PARA EL DIAGNÓSTICO DE F50.2 BULIMIA NERVIOSA [307.51]</b>
A. Presencia de atracones recurrentes. Un atracón se caracteriza por: (1) ingesta de alimento en un corto espacio de tiempo (p. ej., en un período de 2 horas) en cantidad superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en un período de tiempo similar y en las mismas circunstancias (2) sensación de pérdida de control sobre la ingesta del alimento (p. ej., sensación de no poder parar de comer o no poder controlar el tipo o la cantidad de comida que se está ingiriendo).
B. Conductas compensatorias inapropiadas, de manera repetida, con el fin de no ganar peso, como son provocación del vómito; uso excesivo de laxantes, diuréticos, enemas u otros fármacos; ayuno, y ejercicio excesivo.
C. Los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas tienen lugar, como promedio, al menos dos veces a la semana durante un período de 3 meses.
D. La autoevaluación está exageradamente influida por el peso y la silueta corporales.
E. La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de la anorexia nerviosa.
Especificar tipo: <b>Tipo purgativo:</b> durante el episodio de BN, el individuo se provoca regularmente el vómito o usa laxantes, diuréticos o enemas en exceso. <b>Tipo no purgativo:</b> durante el episodio de BN, el individuo emplea otras conductas compensatorias inapropiadas, como el ayuno o el ejercicio intenso, pero no recurre regularmente a provocarse el vómito ni usa laxantes, diuréticos o enemas en exceso

## EPIDEMIOLOGÍA

Su prevalencia puede oscilar entre el 1 y 4% de las adolescentes y mujeres jóvenes. El 1% de las mujeres entre 15 y 30 años tiene conductas del espectro de la AN y el 5% del espectro de la BN. En el mundo occidental las alteraciones del comportamiento alimentario constituyen la tercera causa de enfermedad crónica en niños y adolescentes (en las chicas adolescentes sobre todo). La prevalencia

estimada de TCA entre las mujeres adolescentes escolarizadas en los estudios españoles es de un 4-5%, con predominio de los cuadros atípicos.

Los estudios de prevalencia realizados entre chicas adolescentes y jóvenes adultas revelan un porcentaje del 0,5-1% para los cuadros clínicos que cumplen todos los criterios diagnósticos de la AN. La prevalencia media es de 1/100.000 en población general y de 1 por 200 en adolescentes de raza blanca occidentales. La BN tiene una prevalencia entre adolescentes y jóvenes adultas del 1-3%. La incidencia para la AN es de 5-10/100.000 de la población mundial.

### **POBLACIÓN/EDADES DE RIESGO-DIANAS**

Grupos especialmente vulnerables, como ciertas atletas, deportistas de disciplinas que ponen especial énfasis en la delgadez para mejorar el rendimiento o la apariencia, bailarinas de ballet, danza, patinadoras y gimnastas, corredores de fondo, modelos, azafatas, etc., poseen un riesgo incrementado para la AN y otros TCA.

El cuadro clínico clásico de la AN es el de una adolescente entre 12 y 20 años que presenta la tríada sintomática de adelgazamiento, anorexia y amenorrea.

Sólo un 3 a 10% de los pacientes con AN son varones (en la BN del 2 al 20%). En la AN la relación mujeres-hombres es de 9 a 1, y de 5 a 1 en la BN. Estudios con criterios estrictos dan bajos porcentajes de varones con TCA. Se encuentran patrones de alteración alimentaria en un 2% de los adolescentes estudiados.

Entre las mujeres, más de la mitad de los casos comienzan antes de los 20 años, y en aproximadamente tres cuartos de los casos antes de los 25 años. Menos del 10% tienen un inicio en la premenarquia. El inicio del cuadro coincide con la adolescencia en un 80% de los casos, y ocurre habitualmente entre los 10 y 30 años. A partir de los 13 años la frecuencia se incrementa rápidamente hasta una máxima frecuencia de comienzo a los 17 ó 18 años. La edad promedio de inicio es a los 16 ó 17 años. La franja cronológica de riesgo se sitúa entre los 10 y 24 años. El 85% desarrollan la AN entre los 13 y 20 años.

Contrariamente a la opinión popular, que la ha limitado a las clases altas, la AN ocurre a lo largo de un espectro socioeconómico y rural/urbano. En el momento actual no se aceptan diferencias por clases sociales.

La BN se asocia también principalmente al género femenino. Generalmente se presenta en mujeres mayores que las que tienen AN. Normalmente aparece hacia la mitad y el final de la adolescencia. Su edad de comienzo es entre los 15 y 20 años. La media de edad de aparición está situada alrededor de los 17 años. Es más frecuente entre los 15 y 30 años.

## NECESIDAD DE UNIDAD DE CRITERIOS

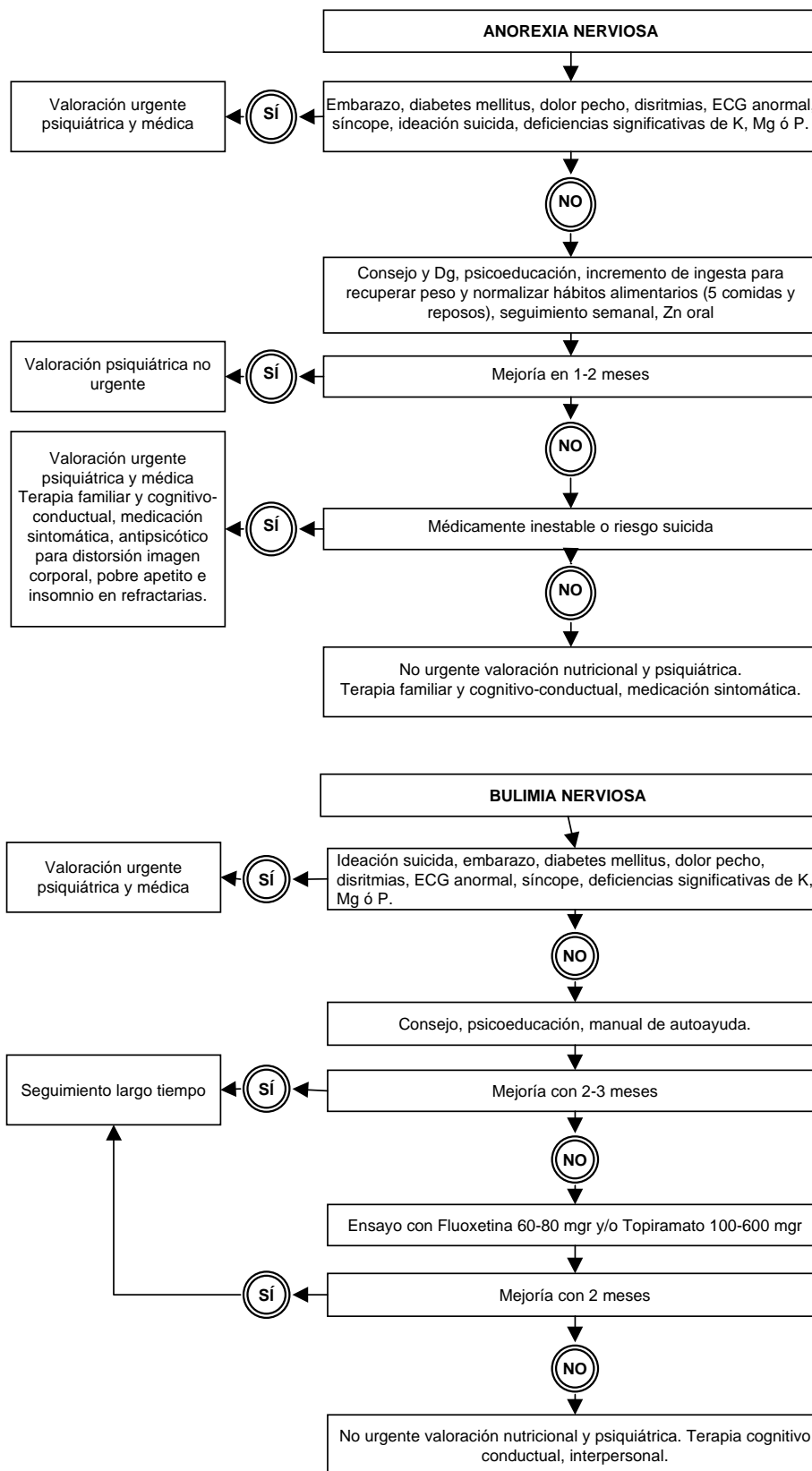
El unificar criterios en la detección, derivación, diagnóstico y tratamiento permite conocer la epidemiología y mejorar la eficacia, eficiencia y efectividad en la atención a los TCA.

<b>Tabla 1. Signos y síntomas de detección y/o derivación</b>
<b>Signos y síntomas de detección de TCA</b>
Restricción alimentaria sin control médico: saltarse comidas, disminuir las raciones, evitar alimentos "que engordan", comer sólo alimentos "light" o "diet"
Adelgazamiento
Cambios en hábitos alimentarios: prolongar el tiempo para realizar comidas, rituales: marear los alimentos, jugar con ellos, quitarles la grasa...
Síntomas y signos físicos de malnutrición: alopecia, sensación de frialdad, mareos, alteraciones menstruales
Atracones
Vómitos autoprovocados
Empleo de laxantes
Ejercicio físico con exageración
Preocupación excesiva por la gordura; no se ve cómo es, se ve gordo/a (dismorfofobia)
Irritabilidad, inestabilidad emocional
<b>Signos y síntomas de derivación de TCA</b>
Pérdida de peso con I.M.C. < 16 Kgr/m <sup>2</sup> (o equivalente según tablas percentiladas)
Pérdida ponderal que no remite
Pérdida ponderal acelerada de más de 1 kgr por semana
Comorbilidad psiquiátrica: ansiedad, depresión, obsesividad, trastorno de personalidad
E.C.G. anormal con QTc mayor de 450ms, ritmo anormal o disritmia ventricular
Deficiencia de potasio, magnesio o fósforo
Baja albúmina sérica
Temperatura menor de 36°
Azotemia
Tratamiento ambulatorio sin éxito tras tres meses de activo tratamiento en A.P.
<b>Criterios para ingreso hospitalario de TCA</b>
Pérdida ponderal grave: IMC < 15 en mayores de 14 años, pérdida de peso > 20-25%
Alteraciones hidroelectrolíticas: hipokaliemia < 3 mEq/L, hiponatremia < 125 mEq/L
Alteraciones hemodinámicas graves: bradicardia < 40 p.m., arritmias
Otras complicaciones médicas graves
Abuso incontrolado de laxantes/diuréticos, descontrol atracones/vómitos
Crisis familiar grave, alteraciones del comportamiento, conflictividad notable
Comorbilidad psiquiátrica grave (depresión, ideación autolítica, tóxicos, personalidad)
Fracaso reiterado del tratamiento ambulatorio especializado

<b>Tabla 2. Protocolo diagnóstico</b>	
<b>Pruebas médicas</b>	
Medidas antropométricas talla y peso, cálculo del I.M.C o Quetelet (Kgr/m <sup>2</sup> )	
Electrolitos y minerales en suero: bicarbonato, calcio, sodio, potasio, fósforo y zinc	
Hemograma	
Ácido fólico, B 12, ferritina, fosfatasa alcalina, aspartato transaminasa (AST), creatinfosfokinasa (CPK), creatinina, TSH	
Electrocardiograma	
Densitometría ósea, TAC cerebral, composición corporal por bioimpedancia eléctrica	
<b>Exploración psicopatológica</b>	
SCOFF	
Eating Attitudes Test (EAT-26)	
Eating Disorder Inventory (EDI-II)	
Test de Bulimia de Edimburgo (BITE)	
Cuestionario de influencias sobre el modelo estético corporal (CIMEC)	
Dibujo de figura humana (autorretrato, modelo ideal)	

<b>Tabla 3 Diagnóstico diferencial</b>	
<b>Enfermedades consuntivas no neoplásicas</b>	
<b>Digestivas</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Disfagias</li> <li>• Hepatopatías</li> <li>• Enfermedad por Hipersecreción ácida: Helycobacter pylori positivo o negativo</li> <li>• Enfermedad inflamatoria intestinal crónica, Crohn</li> <li>• Pancreatitis</li> <li>• Síndromes de malabsorción</li> <li>• Enfermedad celiaca</li> </ul>
<b>Endocrinas</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Diabetes mellitus</li> <li>• Hipertiroidismo</li> <li>• Síndromes de neoplasia endocrina múltiple</li> <li>• Panhipopituitarismo</li> <li>• Insuficiencia suprarrenal, Addison</li> </ul>
<b>Infeciosas</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tuberculosis pulmonar, intestinal o peritoneal</li> <li>• HIV/SIDA</li> <li>• Infecciones abdominales</li> <li>• Parasitosis</li> </ul>
<b>Hematológicas</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Síndromes mieloproliferativos</li> <li>• Anemia megaloblástica</li> <li>• Anemia ferropénica</li> </ul>
<b>Reumatológicas</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Artritis reumatoide</li> <li>• Vasculitis</li> <li>• Sarcoidosis</li> <li>• Otras Conectivopatías</li> </ul>
<b>Neurológicas</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Neuralgias</li> <li>• Polineuritis</li> <li>• Miopatías</li> </ul>
<b>Renales</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Glomerulonefritis</li> <li>• Pielonefritis crónicas</li> </ul>
<b>Enfermedades neoplásicas, carcinomas</b>	
<b>Dependencia a alcohol, otras sustancias psicoactivas (p. ej. estimulantes)</b>	
<b>Otras enfermedades o trastornos psiquiátricos (p. ej. afectivos, obsesivos, dismórficos)</b>	

**Tabla 4.- Algoritmo terapéutico**



**BIBLIOGRAFÍA**

- American Psychiatric Association (2000), *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4<sup>th</sup> edition TR (DSM-IV-TR)*. Washington DC: American Psychiatric Association.
- Birmigan CL, Beaumont P (2004), *Medical management of Eating Disorders*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Castro J, Toro J, Salamero M, Guimerá E (1991), The “eating attitudes test”: validation of the Spanish version. *Psychol Assess* 7 (2): 175-190.
- Cheng K, Myers KM (2005), *Child and Adolescent psychiatry. The essentials*. Philadelphia: Lippincot Williams & Wilkins.
- Fairburn CG, Harrison PJ (2003), Eating disorders. *The Lancet* 1 (361): 407-416.
- Garner DM, Garfinkel PE (1979), The Eating Attitudes Test: an index of the symptoms of anorexia nervosa. *Psychol Med* 9: 273-279.
- Garner DM, Olmstead MP, Polivy J (1983), Development and validation of a multidimensional Eating Disorder Inventory for Anorexia Nervosa and Bulimia. *Int J Eat Disord* 2 (2): 15-34.
- Guimerá E, Torrubia R (1987), Adaptación española del Eating Disorder Inventory (EDI) en una muestra de pacientes anoréxicas. *An Psiquiatría* 3 (5): 185-190.
- Halmi K (1995), Changing Rates of eating Disorders: What Does It Mean? (editorial). *Am J Psychiatry* 152 (9): 1256-1257.
- Henderson M, Freeman CP (1987), A self-rating scale for bulimia. The BITE. *Br J Psychiatry*, 150:18-24.
- Hoek HW, Treasure JL, Katzman MA (1998), *Neurobiology in the treatment of eating disorders*. Chichester: John Wiley & Sons.
- Lask B, Bryant-Waugh R (2000), *Anorexia Nervosa and Related Eating Disorders in Childhood and Adolescence. 2<sup>nd</sup> ed*. Hove: Psychology Press.
- Pérez M (2004), *Trastornos de la alimentación. Claves para identificarlos y prevenirlos*. Málaga: Editorial Argual.
- Rojo L, Livianos L (2003), Epidemiología de los trastornos de la conducta alimentaria. En: *Anorexia nerviosa*, Rojo L, Cava G, editores. Barcelona: Editorial Ariel, pp 29-52.
- Ruiz-Lázaro PM (2002 a), Trastornos alimentarios y género: una visión feminista. En: *El rostro de la Violencia*, Elósegui M, González Cortés MT, Gaudó C, editoras. Barcelona: Icaria Editorial, pp 145-181.
- Ruiz-Lázaro PM (2002 b), *Bulimia y Anorexia: Guía para familias*. Zaragoza: Libros Certeza.
- Ruiz-Lázaro PM (2003), Epidemiología de los trastornos de la conducta alimentaria en España. *Actas Esp Psiquiatría* 31 (2): 85-94.
- Ruiz-Lázaro PM (2005), *Guía Práctica. Prevención de los trastornos de la conducta*

*alimentaria. Bulimia y Anorexia. 3ª ed.* Zaragoza: Grupo Zarima-Prevención de la Unidad Mixta de Investigación del Hospital Clínico Universitario de Zaragoza. Consejo de la Juventud de Aragón. Gobierno de Aragón. Arada.

- Stice E, Shaw H (2004), Eating Disorder Prevention Programs: A Meta-analytic Review. *Psychol Bull* 130 (2): 206-227.
- Toro J, Salamero M, Martínez E (1994), Assessment of sociocultural influences on the aesthetic body shape model in anorexia nervosa. *Acta Psychiatr Scand* 89: 147-151.
- Vitiello B, Lederhendler I (2000), Research on eating disorders: current status and future prospects. *Biol Psychiatry* 47 (9): 777-786.
- World Health Organization (1992), *The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: clinical descriptions and diagnostic guidelines*. Geneva: World Health Organization.

#### **BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA**

- Castro J, Toro J (2004), *Anorexia nerviosa. El peligro de adelgazar*. Barcelona. Morales i Torres.
- Rojo L, Cava G, editores. (2003), *Anorexia nerviosa*. Barcelona: Editorial Ariel.
- Ruiz-Lázaro PM (2002), *Bulimia y Anorexia: Guía para familias*. Zaragoza: Libros Certeza.
- Miján A (2004), *Nutrición y metabolismo en Trastornos de la Conducta Alimentaria*. Barcelona: Editorial Glosa.
- Thompson JK, editor (2004), *Handbook of Eating Disorders and Obesity*. Hoboken, New Jersey: John Wiley & Sons.