

**RECOMENDACIONES
PARA LA DETECCIÓN Y EL MANEJO INICIAL DE
TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA
EN ATENCIÓN PRIMARIA**

**Patricio Ruíz Lázaro. Pediatra
Eva Legaz Sánchez. Psicóloga**

RECOMENDACIONES PARA LA DETECCIÓN Y EL MANEJO INICIAL DE TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA EN ATENCIÓN PRIMARIA

LOS TRASTORNOS DE CONDUCTA ALIMENTARIA Y LA ADOLESCENCIA

Los trastornos de la conducta alimentaria, incluidos en la Clasificación Internacional de Trastornos Mentales, DSMIV-TR, afectan a un 5% de adolescentes femeninas en nuestro país, encontrándose prevalencias similares en todas las sociedades de mercado. La relación por sexos es de 9 a 1.

Presentan la tasa de mortalidad más elevada de entre todos los trastornos mentales, debido a problemas cardíacos subsecuentes y a suicidios.

Los problemas más fácilmente apreciables por el entorno son la disminución de la ingesta y la preocupación por la figura. Estos síntomas se desarrollan dentro de la *actitud adolescente*, caracterizada por la presencia de conductas de oposición ante las figuras de autoridad y por un aislamiento de la familia, en favor de una integración social con iguales. Estas características son capaces de enmascarar la alteración psicopatológica, confundiéndola entonces con una actitud vanidosa, incluso frívola o caprichosa de la paciente, que se ve influida por el desmesurado culto a la imagen corporal imperante en nuestra sociedad.

Sin embargo, lo que realmente está sucediendo es que la comida es utilizada como forma patológica de resolver los conflictos emocionales (obtener seguridad y autoestima, superar sentimientos de incapacidad o de pérdida de control, manejar la

ansiedad) y, una vez iniciado el ciclo de restricción-ayuno o de atracón-vómito, las pacientes quedan atrapadas en una espiral y la comida pasa a ocupar toda su actividad física y mental. La alteración les ha dado sentido a su vida, por eso continúan sin presentar conciencia de enfermedad.

La alteración en la pauta alimentaria provocará, a su vez, graves consecuencias físicas incrementando la patología y diversificándola notablemente.

En la mayoría de las pacientes se presenta, a su vez, todo un abanico de comorbilidades que hacen más complicado el abordaje terapéutico, como son las alteraciones del estado de ánimo, ansiedad, síntomas obsesivo-compulsivos, abuso de sustancias (alcohol y drogas ilegales) y trastornos de personalidad.

Etiopatogenia

Existen diferentes circunstancias que propician el surgimiento de un TCA y ninguna de ellas es, por sí sola, suficiente. Disfunciones biológicas, psicológicas, familiares y sociales van a sumarse en una ecuación individualizada para cada paciente.

Genética

Es innegable el peso que la predisposición genética aporta al surgimiento de un TCA, especialmente, en las formas más puras y clásicas de anorexia nerviosa, aquellas descritas ya desde la Edad Media.

Factores psicológicos y evolutivos

La vulnerabilidad psicológica contribuye, sin duda, a la eclosión de psicopatología en forma de TCA, de manera concomitante al acceso a la pubertad. Hablamos, entonces, de una persona con una estructura psicológica frágil, con una autoestima deficitaria, un estilo cognitivo demasiado rígido (todo o nada) y con dificultades para expresar sus emociones. Por otro lado, los cambios a los que el púber asiste son múltiples (neurodesarrollo, endocrinos, morfológicos, etc.) y su capacidad de adaptación ante tantos cambios es limitada. Hasta tal punto lo es que, en ocasiones, para conseguir tomar de nuevo el control de su vida acaba por distorsionar su imagen corporal hasta no ver la realidad de su figura incluso delante del espejo, desarrollando un universo que gira en torno al control alimentario. Precisamente,

este control alimentario le hace sentirse orgulloso de sí mismo y le devuelve a la seguridad de la infancia perdida.

Factores familiares

Por último, determinados entornos familiares no ofrecen el camino adecuado para resolver las dificultades emocionales: en ocasiones porque la familia se haya inmersa en sus propios conflictos, en ocasiones porque no se dispone de la habilidad suficiente para afrontar el cambio evolutivo de los hijos.

A menudo encontramos estructuras familiares fusionadas donde los límites en los roles no están claros: niñas que cuidan a la madre, madres a dieta que no asumen el paso del tiempo sobre su cuerpo y entran en rivalidades con las hijas, niñas acostumbradas a agradar al padre más que a ser ellas mismas). O bien, estructuras rígidas donde el cambio no se tolera y, por tanto, no se acepta la individualidad de cada uno de los hijos y su propio camino de progreso y crecimiento

En cualquier caso, hallamos hogares donde existe una deficiencia en la contención emocional del adolescente –tan inestable y, a menudo, desconcertante-, donde se elabora la expresión de las emociones negativas (ira, cólera, tristeza, angustia) de un modo disfuncional: desconfirmándolas (es imposible que tengas problemas, los verdaderos problemas son los de los adultos) o minimizándolas (no tiene importancia, eso son chiquilladas, te estás poniendo histérica, haz el favor de tranquilizarte). En definitiva, la enseñanza de la regulación emocional es precaria y, con frecuencia, la parentalidad se ejerce desde la proyección de expectativas personales sobre los hijos.

Factores socio-culturales

Y, toda esta bola de nieve que cae por la pendiente es empujada fuertemente por el entorno social y cultural: el culto a la delgadez, los estereotipos de género y el materialismo fomentan directamente esta psicopatología.

PREVENCIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA

Es importante transmitir mensajes a los niños, adolescentes y sus familias sobre las pautas que indirectamente son factores de protección de los TCA: alimentación

saludable y realizar al menos una comida en casa al día con la familia, facilitar la comunicación y mejorar la autoestima, evitar que las conversaciones familiares giren compulsivamente sobre la alimentación y la imagen y evitar bromas y desaprobaciones sobre el cuerpo, el peso o la forma de comer de los niños y adolescentes.

DIAGNÓSTICO PRECOZ

Las primeras etapas del trastorno suelen quedar diluidas en un comportamiento de la 'adolescente de hoy en día', sin embargo, es la etapa inicial crucial para el diagnóstico precoz e instauración de tratamiento oportuno, puesto que la eficacia y magnitud del efecto de las terapias, una vez instalada la psicopatología completa, tienen un peso reducido, siendo los TCA trastornos mentales considerados de curso crónico, con recidivas y, tan sólo, relativas mejorías.

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS

ANOREXIA NERVIOSA

Los criterios DSM-IV-TR para el diagnóstico de la anorexia son:

1. Rechazo a mantener el peso corporal igual o por encima del valor mínimo normal considerando la edad y la talla (por ejemplo, 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).
2. Miedo intenso a ganar peso o a convertirse en obeso, incluso estando por debajo del peso normal.
3. 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.
4. En las mujeres pospuberales, presencia de amenorrea (ausencia de, al menos, tres ciclos menstruales consecutivos).

Existen dos subtipos diferenciados clínicamente y que conviene especificar en el diagnóstico ya que, entre otras cosas, cada una de las dos manifestaciones se traduce en programas de tratamiento específicos. Estos subtipos son:

1. Tipo restrictivo: durante el episodio de anorexia nerviosa, el individuo no recurre regularmente a atracones o a purgas (por ejemplo, provocación del vómito o uso excesivo de laxantes, diuréticos o enemas).
2. Tipo compulsivo/purgativo: durante el episodio de anorexia nerviosa, el individuo recurre regularmente a atracones o purgas.

BULIMIA NERVIOSA

Los criterios que el DSM-IV-TR establece para diagnosticar una bulimia nerviosa son:

1. Presencia de atracones recurrentes. Un atracón se caracteriza por:
 - a) ingesta de alimento en un corto espacio de tiempo, (por ejemplo, en un periodo de 2 horas) en una cantidad superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en un periodo de tiempo similar y en las mismas circunstancias;
 - b) sensación de pérdida de control sobre la ingesta del alimento, por ejemplo, sensación de no poder parar de comer o no poder controlar el tipo o la cantidad de comida que se está ingiriendo.
2. Conductas compensatorias inapropiadas, de manera repetida, con el fin de no ganar peso. Pueden ser de dos tipos:
 - a) purgativas: provocación del vómito, uso excesivo de laxantes, diuréticos, enemas u otros fármacos.
 - b) no purgativas: ayuno y ejercicio excesivo

TCANE

Los pacientes que no presenten todos los criterios exigidos por el DSM-IV-TR para el diagnóstico de anorexia nerviosa o bulimia nerviosa (cuadros incompletos) son los que se engloban bajo el epígrafe de TCA No Especificado. Dentro de esta categoría, se incluyen formas subclínicas características de la etapa inicial del trastorno donde la psicopatología no ha acabado de instaurarse.

¿CÓMO SE PUEDE PRESENTAR UN TCA EN ATENCIÓN PRIMARIA?

Habitualmente, el adolescente con TCA no acude a la consulta buscando atención médica, sino que es el principal cuidador o familiar allegado, el que acude relatando el caso.

El familiar suele relatar su preocupación acerca de la clínica siguiente:

- Alteraciones físicas: amenorrea, pérdida de peso, astenia, otras complicaciones.
- Alteraciones psicológicas: estado de ánimo deprimido, irritabilidad, ansiedad, preocupación excesiva en torno a la comida (determinadas 'manías' u obsesiones).
- Alteraciones en las relaciones personales: aislamiento de la familia, reducción de los contactos sociales.

En general, lo que se relata es un miedo ante un posible TCA u otro problema importante de salud, con frecuencia, abuso de tóxicos. Este miedo se expone con frases del tipo: "no come nada, tira el bocadillo, lleva una temporada que no come con nosotros, no parece la misma, no cuenta nada, no sonríe, a menudo la encuentro llorando, está insoportable, ya no puedo con ella".

Por otro lado, el problema puede ser detectado por el profesional de Atención Primaria, en una consulta en la que el adolescente acude por cualquier problema de salud o, tal vez, en las programadas para exámenes de salud. Especialmente si conoce al paciente y aprecia un cambio en su comportamiento habitual. En ese contexto, se pueden formular algunas preguntas abiertas acerca de:

a) su estilo de vida: ¿cómo llevas las comidas?, ¿duermes bien?, ¿qué tal el instituto?, ¿qué tal los exámenes?, ¿qué deporte practicas?, ¿qué te hace más ilusión?

b) del estado de ánimo “¿cómo te encuentras?”, “¿puedo ayudarte en algún problema que tengas?”, empáticas y facilitadoras (“no tienes que contestarme, pero si en algún momento quieres hablar conmigo...”).

EXPLORACIÓN

1. ENTREVISTA

Una vez existe la demanda de atención médica por parte del familiar o bien, el propio profesional aprecia que “algo no marcha”, comienza la exploración con mayor detalle. Para ello, en el Anexo I figura una sugerencia de pauta de entrevista.

En general, se preguntará sobre aspectos físicos (peso, piel y mucosa, menstruación), sobre aspectos emocionales (angustia, depresión, aislamiento social, problemas del sueño), sobre aspectos conductuales (dietas, ejercicio, atracones, extravagancias con la comida, hábitos alimentarios personales y familiares, conductas purgantes –con preguntas indirectas, no inductoras-) y sobre aspectos cognitivos (distorsión de la imagen, conciencia de enfermedad).

Los signos de alarma que deben alertar la exploración son:

- a) El patrón alimentario se encuentra alterado y es un tema muy habitual de conflicto familiar.
- b) Pérdida significativa de peso sin causa que lo justifique.
- c) Preocupación excesiva por la realización de ejercicio físico.
- d) Incremento inusual de la actividad motriz.
- e) Incremento significativo de horas de estudio en detrimento de horas lúdicas.
- f) Falta de concentración y dificultades de aprendizaje, sin historia previa.
- g) Cambios en el carácter: irritabilidad, retraimiento, aislamiento.

Estos signos de alarma son útiles para la detección de un posible TCA y, habitualmente, se emplean en la exploración general sobre salud mental (por ejemplo, para la detección de posibles alteraciones depresivas o fases larvadas pre-psicóticas).

Tras la entrevista, se procederá al pase de un instrumento estructurado de evaluación, a partir de cuyo resultado, se optará, finalmente, por derivar o no el paciente.

2. INSTRUMENTOS ESTRUCTURADOS DE EVALUACIÓN

De los numerosos cuestionarios para el cribado de TCA, por su eficacia demostrada se recomienda el SCOFF (Anexo II), ya que permite de forma rápida y ágil la detección en atención primaria de grupos de riesgo de TCA.

A partir de dos ítems positivos el caso es compatible con un cuadro subclínico, y se recomienda la derivación a las correspondientes instancias especializadas.

3. EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

La exploración física será completa e irá dirigida a valorar el estado nutricional del paciente y a detectar posibles complicaciones físicas secundarias a la restricción alimentaria y/o las conductas purgativas. Incluirá: peso y talla, cálculo de IMC y comparación de percentiles en el caso de niños y adolescentes, frecuencia cardiaca, tensión arterial y temperatura.

En función de la anamnesis y de la exploración física, se realizarán analíticas en sangre:

- Hemograma.
- Proteínas totales
- Albúmina
- Prealbúmina
- Retinol
- Ionograma
- Urea y creatinina
- Pruebas de función hepática
- Calcio
- Magnesio
- Fósforo

- Glucemia)

y orina u otras pruebas complementarias (densitometría, ECG,...), teniendo en cuenta que una analítica normal no descarta nunca un TCA.

4. VALORACIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA DE LA PÉRDIDA DE PESO

La pérdida de peso en la adolescencia puede deberse tanto a problemas orgánicos como a consumo de sustancias o a problemas mentales distintos de los Trastornos de la Conducta Alimentaria.

Si la pérdida de peso es inintencionada se procederá como figura en el Algoritmo 1.

Si la pérdida de peso es intencionada (dieta y/o incremento voluntario de gasto energético), se procederá conforme al Algoritmo 2.

MANEJO DE LA FAMILIA

Para la familia, el inicio de un TCA constituye una situación de crisis imprevisible, produciéndose cambios en las relaciones. Por ello, además de estudiar el entorno familiar de la persona afectada y generar un clima de confianza y confidencialidad, es importante establecer una eficaz comunicación con la familia que posibilite encontrar la calma y sosiego necesarios para buscar las mejores soluciones, evitando alarmismos, culpabilizaciones y recriminaciones.

En caso de confirmarse el diagnóstico de TCA, es útil informar a la familia de la existencia de asociaciones y grupos de ayuda que puedan ser de apoyo.

CRITERIOS DE DERIVACIÓN

- ❖ Los criterios de derivación desde Atención Primaria Unidades de Salud Mental son los siguientes:
 - Diagnóstico provisional o establecido de TCA, sea clínico o subclínico.
 - Pérdida de peso igual o superior al 10%-25% del peso, sin una causa que lo justifique.
 - Presencia de episodios bulímicos regulares, es decir, conductas de sobreingesta alimentaria y/o conductas purgativas persistentes (vómitos autoinducidos, abuso de laxantes y uso de diuréticos).

- Falta de conciencia de enfermedad.
- Ante casos muy leves, si a pesar de seguir las pautas de Atención Primaria no mejoran el peso ni las conductas restrictivas o purgativas.
- ❖ Son criterios de derivación para valoración psiquiátrica urgente los siguientes:
 - Negativa absoluta a comer o beber.
 - Sintomatología depresiva, con riesgo de suicidio.
 - Conductas autolesivas.
- ❖ Los criterios de ingreso hospitalario más habitualmente empleados son:
 - Pérdida ponderal grave: IMC < 15 en mayores de 14 años, pérdida de peso > 25 %.
 - Alteraciones hidroelectrolíticas: hipopotasemia < 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, consumo de tóxicos, trastorno de personalidad).
 - Fracaso reiterado del tratamiento ambulatorio.

ANEXO I. PAUTA DE ENTREVISTA

Sobre el peso

- Adolescente

¿Te parece que tu peso es el adecuado?
¿Has aumentado o disminuido de peso recientemente?

- Familia

¿Ha aumentado o disminuido de peso recientemente?
Si ha perdido: ¿Cuánto?

Sobre la alimentación

- Adolescente

¿Comes todo tipo de alimentos?
¿Crees que la alimentación es importante?

- Familia

¿Excluye algún alimento?
¿Ha mostrado preferencia por alimentos con bajo contenido en calorías y grasa?
¿Se salta alguna comida?
¿Están preocupados por la alimentación de su hijo?

Ejercicio

- Adolescente

¿Haces mucho ejercicio físico?
¿Cuánto tiempo dedicas a practicar deporte/ejercicio físico diariamente, o bien, a la semana?

- Familia

¿Cree que su hijo realiza una práctica de ejercicio excesiva?
¿Su tiempo de descanso es suficiente?

Sobre la autoestima y autoimagen

- Adolescente

¿Te gusta cómo eres físicamente?
¿Crees que el aspecto físico es muy importante?
¿Qué te gustaría cambiar de tu cuerpo?
Y ¿qué te gustaría cambiar en tu interior?

- Familia

¿Cree que su hijo está demasiado preocupado por su aspecto físico?

Sobre la integración familiar y social

- Adolescente

¿Te encuentras a gusto en tu colegio?
¿Tienes buenos amigos?
¿Te gustaría tener otros amigos?
¿Cómo te llevas con tu familia?
¿Encuentras suficiente apoyo en ellos cuando tienes problemas?

- Familia

¿Es sociable?
¿Son positivas sus relaciones sociales?

Sobre aspectos emocionales

- Adolescente

¿Sueles preocuparte mucho?
¿Te sientes nervioso a menudo?
¿Dirías que eres una persona con buen humor?

- Familia

¿A menudo lo ve preocupado, taciturno?
¿Se come las uñas, tiene algún tic, está nervioso a menudo?
¿Tiene una actitud positiva o más bien negativa?

La No Conciencia de Enfermedad suele apreciarse en aspectos tales como:

- cuando hay un problema evidente de pérdida de peso que se niega,
- cuando el/la adolescente se ve muy gorda o gordo pero objetivamente no lo está,
- cuando vomita pero no le concede ninguna importancia a este comportamiento, lo neutraliza con el grupo (mis amigas también lo hacen, todo el mundo lo hace, es normal)

ANEXO II. CUESTIONARIO DE EVALUACIÓN SCOFF

1.- ¿Tienes la sensación de estar enfermo/a porque sientes el estómago tan lleno que te resulta incómodo?

SÍ NO

2.- ¿Estás preocupado porque sientes que tienes que controlar todo cuanto comes?

SÍ NO

3.- ¿Has perdido recientemente más de 6kgs. En un período de tres meses?

SÍ NO

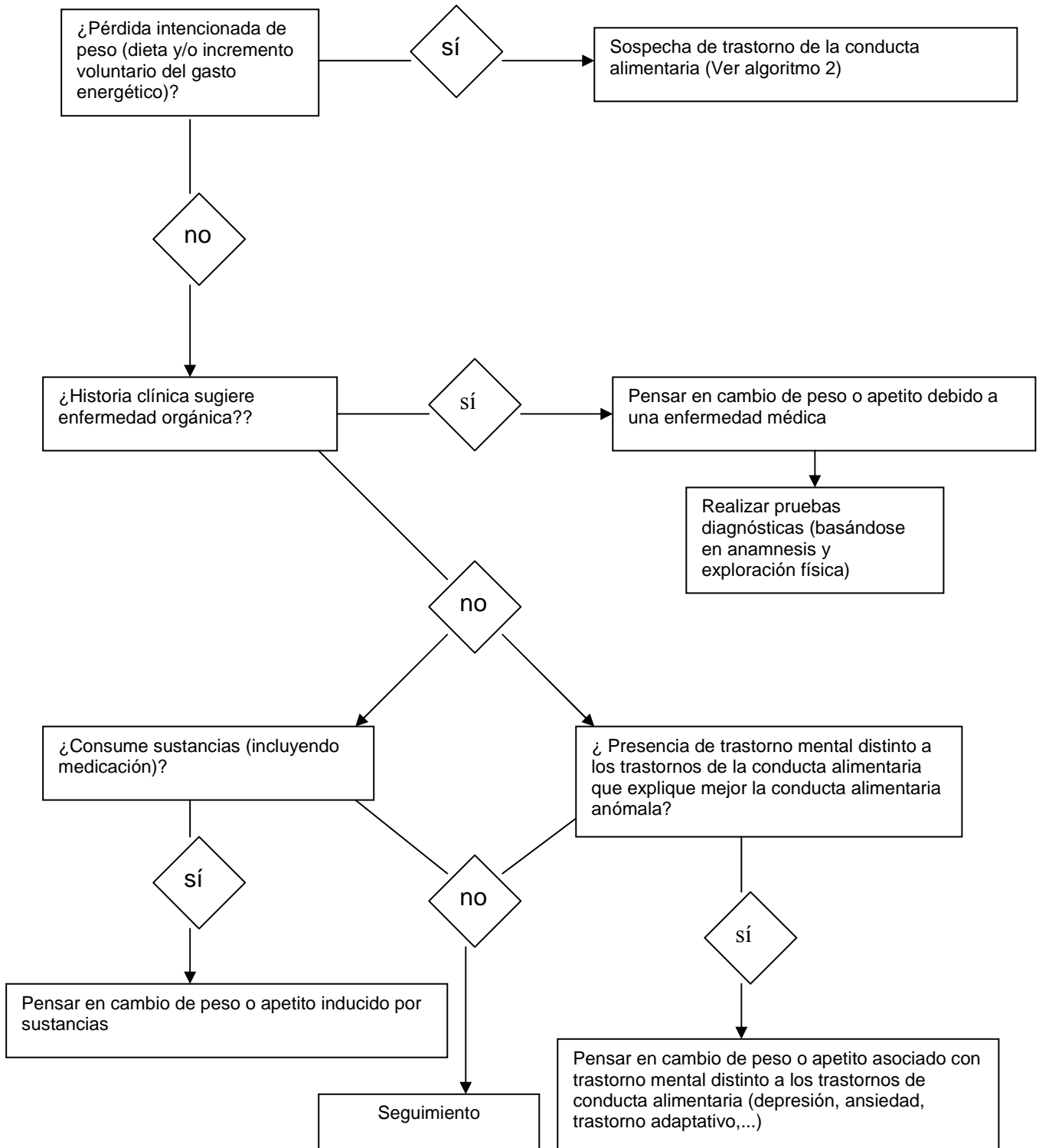
4.- ¿Crees que estás gordo aunque otros digan que estás demasiado delgado?

SÍ NO

5.- ¿Dirías que la comida domina tu vida?

SÍ NO

ALGORITMO 1



ALGORITMO 2

