

Patricio José Ruiz Lázaro<sup>1</sup>, Petra Sánchez Mascaraque<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Pediatra. Master en Nutrición Clínica. Centro de Salud Manuel Merino. Alcalá de Henares (Madrid)

<sup>2</sup>Psiquiatra. Hospital Universitario Gregorio Marañón. Hospital Infantil. Madrid

## RESUMEN

Las experiencias tempranas del niño con la comida, y en especial las prácticas de alimentación utilizadas por los padres, tienen fundamental importancia en los hábitos de alimentación desarrollados por los individuos.

Los principales trastornos del comportamiento alimentario son: anorexia nerviosa (caracterizada por una restricción en los patrones de alimentación junto con pérdida de peso significativa), bulimia nerviosa (caracterizada por ciclos de purga y atragantamiento) y otros trastornos de la alimentación no especificados (que no cumplen los criterios para un trastorno de la alimentación específico). Más raros son la pica y la rumiación.

La anorexia y la bulimia nerviosas están descritas desde el inicio de la medicina, pero su prevalencia ha aumentado en las últimas décadas. Este aumento en la prevalencia se relaciona con el culto al cuerpo de las sociedades occidentales y el aumento del número de personas que hacen dieta. Debutan fundamentalmente en la adolescencia, aunque su edad de debut se está anticipando con el paso del tiempo. La bulimia nerviosa es el trastorno del comportamiento alimentario más frecuente, es tres veces más frecuente que la anorexia nerviosa.

La etiología de la anorexia y la bulimia es multifactorial; el modelo explicativo es el biopsicosocial. El diagnóstico de ambas se hace siguiendo los criterios de los manuales de enfermedades psiquiátricas DSM-IV-TR o CIE10. Clínicamente se caracterizan por un trastorno en la percepción de la propia imagen corporal, que lleva a los pacientes a verse “gordos”, aun estando en situación de bajo peso extremo en algunas ocasiones. Ambas enfermedades comparten la obsesión por adelgazar, lo que motivará una serie de conductas encaminadas a tal fin, que, en algunos casos, pueden llegar a constituir el eje de la vida del paciente. En el terreno de las conductas predominantes, los pacientes con anorexia manifiestan de manera fundamental restricción alimentaria, mientras que en la bulimia, el trastorno gira en torno a la aparición de atracones y purgas diversas.

En la detección precoz, las manifestaciones clínicas que nos guiarán a sospechar la enfermedad son más fácilmente mesurables en la anorexia, en que encontraremos un índice de masa corporal extremadamente bajo, asociado o no con amenorrea, mientras que en la bulimia, al permanecer normal el peso, la detección de las prácticas purgativas por parte de los convivientes directos con el paciente suele ser la primera manifestación de la enfermedad.

El tratamiento más eficaz de la bulimia es el psicológico y farmacológico combinados; en el caso de la anorexia la recuperación nutricional es el primer objetivo terapéutico.

El pediatra juega un importante papel en la prevención y detección precoz de estos trastornos del comportamiento alimentario. Dar información de síntomas es inútil, dura poco y puede ser incluso per-

judicial. Es más eficaz la intervención interactiva intentando, no sólo modificar los comportamientos, sino el cambio de actitudes.

## ADQUISICIÓN DE PAUTAS DE ALIMENTACIÓN EN LOS PRIMEROS AÑOS DE VIDA

Las experiencias tempranas del niño con la comida, y en especial las prácticas de alimentación utilizadas por los padres, tienen fundamental importancia en los hábitos de alimentación desarrollados por los individuos.

La alimentación comprende habilidades motrices y sociales complejas. La alimentación correcta depende, no sólo de las capacidades motrices y digestivas del niño, sino de su relación con otros miembros de la familia, así como de las respuestas de los cuidadores a las indicaciones del niño en relación con el hambre, la saciedad y la preferencia por ciertos alimentos.

Los modos de aprendizaje a través de los cuales se establecen las preferencias o rechazos alimentarios en los niños están asociados a procesos asociativos y no asociativos. Entre los no asociativos está la exposición repetida a un alimento, que es una forma muy efectiva para aumentar la aceptación de nuevas comidas. Algunos estudios muestran que, al exponer repetidamente al niño a comidas novedosas inicialmente rechazadas, éstas fueron finalmente aceptadas al cabo de hasta 10 exposiciones. Entre los procesos asociativos, el comer se da en un contexto social y, de hecho, desde los primeros años de vida, muchos de los encuentros entre padres e hijos se dan en este contexto; los niños aprenden así a asociar comidas con contextos y consecuencias. Este proceso de aprendizaje tiene especial importancia al contribuir al establecimiento de patrones de control de ingesta. Estudios de laboratorio han demostrado que, ya en la edad preescolar, comer no está exclusivamente inducido por señales internas.

Muchas dificultades relacionadas con el consumo de alimentos provienen de unas inadecuadas costumbres adquiridas en los primeros meses de vida. Para los niños de estas edades, la familia es la principal influencia en el desarrollo de los hábitos alimentarios. Los padres y los hermanos de mayor edad son modelos importantes para los pequeños en su aprendizaje e imitación. **No obstante**, pasado el primer año de vida y en cierto modo el segundo, el niño comienza a entrar en contacto con la sociedad en diversos aspectos y, especialmente, en el alimentario. Se producen influencias evidentes por parte de miembros de su familia distintos a sus padres y/o cuidadores, de los amigos del niño y los familiares de éstos, que le ofrecen alimentos, en muchas ocasiones alejados de los patrones alimentarios recomendados (dulces, golosinas...), lo que puede afectar significativamente a su comportamiento alimentario. El comedor de la guardería constituye otro elemento que incide en la alimentación del niño, al constituir una parte importante de la dieta

diaria que se repite cinco días a la semana, durante muchas semanas al año. La atmósfera en torno al alimento y la hora de la comida también es un factor importante que contribuye a las actitudes hacia los alimentos y las comidas. Si el adulto tiene altas expectativas respecto al comportamiento del niño en las comidas y lo amenaza con reprimendas, el niño sentirá temor a la hora de comer. Las discusiones y otras tensiones emocionales ejercen un efecto negativo. Las comidas que se consumen con prisa crean una atmósfera de agitación y refuerzan la tendencia a comer con demasiada rapidez. Un ambiente positivo implica dedicar tiempo suficiente a las comidas, tolerar derrames ocasionales y fomentar la conversación que incluye a todos los miembros de la familia, por pequeños que sean algunos de ellos.

Las necesidades energéticas de los niños pueden variar mucho y es aconsejable respetar, en la medida de lo posible, la sensación de saciedad o de hambre expresada por los propios niños. Es una equivocación querer estandarizar la alimentación en función de la edad, y obligar a todos los niños a tomar la misma cantidad y al mismo tiempo; e igualmente es un error frecuente intentar que los niños terminen los platos cuando se han servido raciones parecidas a las de los adultos. Una ración puede no ser suficiente para unos y, en cambio, ser excesiva para otros. Unos comen poco cada vez y tienen hambre cada dos horas; otros son capaces de deglutir cantidades mayores y esperar plácidamente hasta la siguiente toma. Si se fuerza al niño a aceptar la ración y el ritmo que teóricamente le conviene, se crean conflictos inevitablemente. No olvidar que el acto de comer, al igual que el acto sexual, es un acto voluntario de comunicación y placer; si se obliga a la fuerza pasa a ser una violación de sus derechos personales.

Etiologías potenciales de los trastornos de la alimentación en la infancia, una vez descartadas causas orgánicas y problemas del desarrollo, son:

1. **Ambientales:** dar de comer siguiendo un horario fijo en lugar de a demanda, diversos cuidadores con distintos criterios, ambiente inapropiado a la hora de las tomas, distracciones múltiples...
2. **Transaccionales:** no reconocimiento por parte de los cuidadores de los signos de hambre o saciedad en el niño, forzarle a comer cuando no tiene ganas, no permitirle que toque la comida o que coma solo, hipercontrolarle el orden de las comidas...

## ANOREXIA NERVIOSA

### Introducción

La anorexia nerviosa fue descrita por primera vez por Richard Morton en 1694 y posteriormente, dos siglos después, Gull en Inglaterra y Lassegue en Francia describieron otros casos que correspondían a la enfermedad tal como se reconoce actualmente.

La anorexia nerviosa ha despertado un gran interés tanto entre los profesionales de la salud como en la población general por el aparente aumento de la prevalencia en los últimos 50 años y la presentación, cada día más precoz, de casos (ya no es extraño diagnosticar pacientes de menos de 10 años). Los cambios en los valores estéticos y la equiparación de la delgadez con el éxito y la belleza han hecho que los adolescentes inicien dietas tendientes a conseguir esa "figura ideal" y desarrollen cuadros de anorexia nerviosa. Potenciar hábitos alimentarios saludables desde las consultas de pediatría y trabajar con niños y adolescentes los efectos de la presión social de la obsesión por la delgadez como sinónimo de éxito social son armas importantes para la prevención de este trastorno.

### Epidemiología

Las cifras de prevalencia de este trastorno varían de acuerdo con el método de evaluación que se elija (entrevistas o cuestionarios de autoinforme) y están afectadas por factores como la negación o el secreto del problema. La prevalencia internacional se sitúa entre 0,5 y 1 por cien mil habitantes, pero en determinados estratos socioetarios puede superar el 1-2%. La incidencia ha aumentado a más del doble en las últimas décadas. Es más frecuente en mujeres; la proporción mujer/hombre es de 9/1. La edad media de comienzo es de 14 años, con otro pico a los 18 años. El rango abarca desde los 10 a los 20 años aunque puede existir también fuera de estas edades.

La presencia de problemas con la alimentación que no alcanzan el punto de corte diagnóstico son bastante frecuentes en la comunidad. Se admite que la prevalencia de población con riesgo, es decir, la que presenta varios síntomas pero sin llegar a constituir un caso, se sitúa en torno a un 8%.

### Etiopatogenia

Parece que hay consenso general en no dudar de que la anorexia nerviosa es de etiología multifactorial, que la posibilidad de padecer esta enfermedad nace de la existencia de una combinación de factores generales y específicos que determinan el riesgo. A los riesgos específicos, determinados por las características individuales del sujeto: familia, biografía o genética, se suman los ambientales y culturales. En la tabla I se exponen los factores predisponentes, desencadenantes y mantenedores.

### Clínica

El inicio de la anorexia nerviosa es casi imperceptible y sus primeros síntomas pueden parecer a los ojos de los demás como una forma de autodisciplina y fuerza de voluntad. Por ello es importante conocer sus manifestaciones clínicas:

- a. **Comportamientos en relación con la alimentación:**
  - Cortar la comida en trocitos extremadamente pequeños.
  - Masticar cada bocado durante mucho tiempo.
  - Manosear los alimentos, distribuirlos por todo el plato...
  - Reducir la cantidad de la comida ingerida.
  - Elegir comidas sin grasa o muy bajas en calorías.
  - Eliminar de la dieta ciertos alimentos "autoprohibidos".
  - Irritabilidad ante la comida.
  - Saltarse comidas.
  - Comer en soledad.
  - Mentir sobre lo que se ingiere.
  - Tirar la comida en secreto.
  - Dedicarse a cocinar recetas que luego no come.
  - No salir de tapas/comidas para no exponerse a comer en público.
  - Desaparecer inmediatamente después de la comida y encerrarse en el baño (sospechar conductas purgativas).
  - Pesarse de forma compulsiva (salvo que tenga tal fobia a comprobar si ha cogido un gramo, en cuyo caso se niega a pesarse y no utiliza la báscula nunca).
- b. **Comportamientos en relación con el ejercicio físico:**
  - Realizar ejercicio físico excesivo y de forma compulsiva.
  - Actividad física inmediatamente después de comer o cenar.
  - Elegir ejercicios que queman mucha energía, más que elegir ejercicio por deporte o placer.

**TABLA I.** Factores de riesgo de la anorexia nerviosa

<p><b>Factores predisponentes</b></p> <p><b>Variables personales:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Edad: niñas y adolescentes</li> <li>• Sexo: ser mujer</li> <li>• Predisposición genética</li> <li>• Menarquia con IMC bajo</li> <li>• Tener o haber tenido sobrepeso</li> <li>• Creencias irracionales sobre la apariencia física</li> <li>• Baja autoestima</li> <li>• Rasgos de personalidad: tendencia al perfeccionismo, talante obsesivo</li> <li>• Miedo a madurar</li> <li>• Enfermedades o problemas físicos</li> <li>• Depresión</li> </ul> <p><b>Variables familiares:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Madre obesa o preocupada por cuerpo e imagen</li> <li>• Familias que conceden mucha importancia a la imagen</li> <li>• Con expectativas altas para sus hijos</li> <li>• Malos tratos, abuso sexual o abandono</li> <li>• Familia intrusiva, limitante, sobreprotectora e incapaz de resolver conflictos</li> <li>• Escasez de apoyo, educación y ánimo</li> </ul> <p><b>Variables socioculturales:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Asociar la delgadez con la belleza y la felicidad</li> <li>• La belleza como clave del éxito</li> <li>• Enfatización del ego y del cuerpo.</li> </ul>
<p><b>Factores precipitantes</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Inicio dieta adelgazante estricta</li> <li>• Recibir críticas respecto peso y figura</li> <li>• Aumento de peso</li> <li>• Conflictos entre los padres</li> <li>• Pérdidas familiares</li> <li>• Nacimiento de un hermano</li> <li>• Aparición de las formas corporales en la pubertad</li> <li>• Acontecimientos vitales adversos</li> <li>• Problemas de maduración en la esfera sexual</li> <li>• Actividad física de gran exigencia</li> </ul>
<p><b>Factores de mantenimiento</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Restricción dietética/inanición</li> <li>• La purga</li> <li>• Actitudes de familiares y amigos</li> <li>• Reducción relaciones sociales</li> <li>• Interacciones sociales anómalas</li> <li>• Crisis familiar por causa o no de la enfermedad</li> <li>• Pensamientos erróneos refractarios</li> <li>• Yatrogenia</li> </ul>

- Practicar deporte principalmente sola o en gimnasios especializados.
- c. **Comportamientos respecto a las relaciones familiares y sociales:**
- No mostrar ni expresar sentimientos.
  - Desarrollar la habilidad de mentir y disimular la realidad.
  - Mostrarse más crítica e intolerante con los demás cuando previamente era más dócil.
  - Ejercer un control excesivo sobre la propia conducta.
  - Aislarse de las amigas.
  - Desarrollar una tendencia al perfeccionismo en la mayoría de las cosas.

- Conversaciones focalizadas en la alimentación y las formas del cuerpo.
  - Ser muy crítica y exigente consigo misma.
- d. **Síntomas cognitivos:**
- Negar que se tiene hambre.
  - Decir que está muy gruesa o verse demasiado gorda, cuando es falso (trastorno de la imagen corporal).
  - Preocupación excesiva y constante por el peso y la forma del cuerpo.
  - Extremado temor a la obesidad.
  - Excesiva preocupación por lo que los demás piensen de uno mismo.
  - Encontrarse con frecuencia pensando en la forma y el peso del cuerpo.
  - Creencias irracionales respecto a la imagen corporal, la alimentación, el peso y el ejercicio físico (muchos de estos pensamientos alterados están sustentados por la malnutrición).
- e. **Signos y síntomas físicos:**
- Interrupción del ciclo menstrual.
  - Pelo muy fino.
  - Pérdida del cabello.
  - Hirsutismo o lanugo.
  - Hipertrofia parotídea.
  - Anomalías dentales.
  - Problemas gastrointestinales repetidos.
  - Coloración amarillenta de las palmas o plantas de los pies.
  - Extremidades frías y azuladas.
  - Osteoporosis.
  - Anemia ferropénica.
  - Hipoproteinemia.
  - Alteraciones hidroelectrolíticas.

### Diagnóstico

El diagnóstico de la anorexia nerviosa se hace siguiendo los criterios de los manuales de enfermedades psiquiátricas DSM-IV-TR o CIE10.

El diagnóstico de anorexia nerviosa según la Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE 10) debe realizarse de forma rigurosa, de modo que deben estar presentes todas las alteraciones siguientes:

- Pérdida significativa de peso (IMC inferior a 17,5). Los enfermos prepúberes pueden no experimentar la ganancia ponderal propia del periodo de crecimiento.
- La pérdida de peso está originada por el propio enfermo, a través de la evitación del consumo de “alimentos que engordan” y por uno o más de los síntomas siguientes:
  - Vómitos autoprovocados.
  - Purgas intestinales autoprovocadas.
  - Ejercicio excesivo.
  - Consumo de fármacos anorexígenos o diuréticos.
- Distorsión de la imagen corporal, que consiste en una psicopatología específica, caracterizada por miedo intenso a la gordura o la flacidez de las formas corporales, de forma que el enfermo se impone a sí mismo permanecer por debajo de un límite máximo de peso corporal.
- Trastorno endocrino generalizado que afecta al eje hipotálamo-hipofisario-gonadal, que se manifiesta como amenorrea en la

**TABLA II.** Diagnóstico diferencial de la anorexia nerviosa (principales cuadros)

Cuadros orgánicos	Trastornos psiquiátricos
- Enfermedad celíaca	- Ansiedad
- Enfermedad inflamatoria crónica intestinal	- Fobias hacia alimentos o a tragar o a atragantarse
- Acalasia	- Trastorno obsesivo-compulsivo
- Tumor cerebral/neoplasia	- Histeria de conversión con espasmo esofágico
- Hipopituitarismo	- Trastorno paranoide con temor a envenenamiento
- Diabetes mellitus	- Trastorno afectivo estacional (depresión atípica)
- Hipertiroidismo	- Melancolía
- Enfermedad de Addison	- Dismorfofobia
- Lupus eritematoso sistémico	- Cuadro digestivo somatomorfo por estrés
- Abuso de drogas	- Psicosis monosintomática

mujer (una excepción la constituyen las mujeres anoréxicas que siguen una terapia hormonal, generalmente con anticonceptivos orales) y en el varón como una pérdida de interés y de la potencia sexual. 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 retrasan sus manifestaciones o incluso la pubertad se detiene (cesa el crecimiento, en las mujeres no se desarrollan las mamas y presentan amenorrea primaria; en los varones persisten los genitales infantiles). Si el paciente se recupera de la enfermedad, la pubertad suele completarse, pero la menarquia es tardía.

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

- 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).
- Miedo intenso a ganar peso o a convertirse en obeso, incluso estando por debajo del peso normal.
- 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.
- En las mujeres pospuberales, 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.)

El DSM-IV-TR exige especificar el tipo:

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

### Diagnóstico diferencial

El diagnóstico diferencial de la anorexia nerviosa se debe establecer, por una parte, con trastornos orgánicos que provocan malnutrición, pérdida de peso o anorexia y, por otra parte, con otros trastornos psiquiátricos que presentan alteraciones en la alimentación (Tabla II).

### Tratamiento

La dificultad del tratamiento se debe a la obligación de incluir en el mismo protocolo terapéutico diferentes niveles de intervención: normalización biológica, recuperación ponderal, rehabilitación nutricional, psicoterapia individual o grupal, intervenciones familiares y programas de autoayuda.

El tratamiento sigue tres grandes líneas:

- Tratamiento de la malnutrición, clave para favorecer la intervención psicológica/psiquiátrica. La rehabilitación nutricional y la normalización dietética corrigen las secuelas físicas y psicológicas que la malnutrición perpetúa. Estas secuelas psicológicas pueden tardar bastante tiempo en normalizarse después de haber conseguido el peso normal.
- Psicoterapia individual y/o de grupo. La terapia cognitivo-conductual se ha revelado en la última década como la más efectiva en el tratamiento de la anorexia nerviosa y estudios controlados avalan su eficacia. Hay consenso en que la psicoterapia psicoanalítica es ineficaz en los períodos más graves de la enfermedad, aunque posteriormente se la puede considerar útil en el proceso de maduración de la paciente.
- Psicoeducación del paciente y su entorno que permita su adaptación familiar, educativa y social. La intervención se centra en reinstaurar una vida familiar y social normal tras las crisis provocadas por la enfermedad.

No existe un tratamiento farmacológico eficaz en la anorexia nerviosa. Éste estará indicado cuando esté presente una psicopatología asociada importante, especialmente la depresión.

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 atracciones/vómitos.
- Crisis familiar grave, alteraciones del comportamiento, conflictividad notable.
- Comorbilidad psiquiátrica grave (depresión, ideación autolítica, tóxicos, personalidad).
- Fracaso reiterado del tratamiento ambulatorio.

El paciente se considera curado cuando hay una aceptación del peso idóneo, restauración de la función menstrual, desaparición de alteraciones psicopatológicas y mantenimiento de estos criterios por lo menos durante 4 años.

### Prevención

El pediatra juega un importante papel en la prevención de la anorexia nerviosa. Dar información de síntomas es inútil, dura poco y puede ser incluso perjudicial. Es más eficaz la intervención interactiva intentando, no sólo modificar los comportamientos, sino el cambio de actitudes.

Un programa de prevención primaria completo ha de abordar la sensibilización e información de los sujetos con riesgo y de sus familias en primer lugar y, en segundo, de la población general, modificar las conductas precursoras de la enfermedad (como dietas sin motivo justificado), identificar los grupos de riesgo y trabajar sobre los estereotipos culturales y el “negocio en torno al cuerpo”. Se trataría de actuar tanto en los niños y adolescentes (favorecer su autoestima, autoimagen no perfeccionista, disfrute vital, comunicación interpersonal, integración social, juicio crítico ante los modelos culturales y mensajes de los medios de comunicación) como en la familia (sobre la sobreprotección, comunicación, afectividad-sexualidad, valores y control de medios de comunicación como la televisión), así como formar a los profesionales de la educación sobre los factores de riesgo.

La estrategia es la intervención frente a los factores de riesgo integrada en un conjunto de actividades de educación para la salud (EPS) más global. Se desaconsejan las actividades específicas, que tengan como base la propia enfermedad, para evitar las conductas de emulación que pueden surgir de estas intervenciones.

Se debe incluir a los padres en los programas de prevención para:

1. Aprender y analizar cómo transmitir opiniones, valores y pautas de conducta correctas.
2. Aprender a aceptar los cambios biológicos, psicológicos y sociales de sus hijos.
3. Aceptar los cambios de relación familiar y resolver los conflictos.
4. Ayudar a sus hijos a que tengan autonomía.
5. Evitar la crítica sobre forma, peso o figura.

En la población de riesgo, la acción preventiva se basa especialmente en:

1. Aumentar el conocimiento en la biología y fisiología: diversidad y predisposición del peso y la figura.
2. Los cambios propios de la pubertad, las diferencias entre grasa corporal, sobrepeso y obesidad.
3. Naturaleza y peligros de los TCA.
4. Promover el rechazo de las dietas atípicas, restrictivas, innecesarias e insanas propiciando las dietas sanas.

5. Insistir en los peligros, especialmente en edades muy tempranas de la reducción del peso y la forma.
6. Mejorar y aumentar el conocimiento de los fundamentos de la presión y valores culturales para aumentar la resistencia a la presión de los medios de comunicación.
7. Promocionar la aceptación de sí mismos y desarrollar una percepción positiva del cuerpo.
8. Aumentar la autoestima y mejorar la competencia. Reducir la aceptación y adhesión a la belleza estereotipada de la moda y disminuir la insatisfacción corporal.

## BULIMIA NERVIOSA

### Introducción

La bulimia nerviosa está descrita desde la antigüedad y su prevalencia ha aumentado en las últimas décadas.

La bulimia nerviosa fue descrita como una variante de la anorexia nerviosa en 1979 por Russell. Está descrita desde las edades Antigua y Media. Puede aparecer sola o en el curso de una anorexia nerviosa. Consiste en la existencia de episodios de ingesta voraz, seguidos de vómitos provocados, con sentimientos de culpa posteriormente. Asistimos a un aumento de la incidencia y prevalencia de los trastornos de la conducta alimentaria y, muy especialmente, de las bulimias. Los atracones, vómitos y empleo de laxantes son cada vez más frecuentes en mujeres jóvenes que desean controlar así su peso por pánico a engordar. Asimismo, cada vez es mayor el número de personas que hacen dieta lo que constituye un factor de riesgo para el desarrollo de una bulimia. Potenciar hábitos alimentarios saludables desde las consultas de pediatría y trabajar con niñas y adolescentes los efectos de la presión social de la obsesión por la delgadez como sinónimo de éxito social son armas importantes para la prevención de estos trastornos.

### Epidemiología

La bulimia nerviosa es el trastorno de la conducta alimentaria más frecuente, es tres veces más frecuente que la anorexia nerviosa.

En las últimas décadas ha habido un aumento de los trastornos de la conducta alimentaria. En los últimos 30 años se ha multiplicado por cinco la incidencia de bulimia nerviosa. La prevalencia es del 1-3% y la incidencia del 7-8%. Hay 7-8 mujeres frente a 2-3 varones. El comienzo habitual es entre los 18 y 25 años pero se está adelantando la edad de aparición. Está aumentando el número de cuadros subclínicos que no cumplen todos los criterios diagnósticos y que aparecen en edades escolares.

### Etiopatogenia

La etiología de la bulimia es multifactorial.

El modelo explicativo más aceptado es el biopsicosocial. Hay factores precipitantes, predisponentes y perpetuantes.

#### 1. Factores predisponentes:

- A. *Factores familiares.* Pueden ser de tipo genético, hereditario o educativo. Los estudios en gemelos homocigotos avalan la etiología genética, aunque la influencia es menor que la encontrada en la anorexia nerviosa. En las familias de niñas con bulimia, se encuentra una mayor proporción de patología psiquiátrica en familiares de primer grado, sobre todo consumo de alcohol, adicciones, depresiones y otros trastornos de la conducta alimentaria. Los factores familiares



educativos que se encuentran son desorganización familiar, interacciones de control y dependencia emocional mutuas y escasa empatía entre sus miembros.

**B. Factores individuales:**

- Alteraciones neurobiológicas. Se ha encontrado una disminución de la actividad serotoninérgica y noradrenérgica. La hipofunción serotoninérgica explica la ausencia de saciedad, la termogénesis y el metabolismo basal disminuidos, la alteración en la impulsividad y el aumento de los trastornos afectivos. También se ha encontrado una hipofunción dopaminérgica y niveles inferiores de colecistocinina postprandial que justificarían la disminución de la saciedad en estos pacientes.
- Factores psicológicos. Tienen habitualmente una insatisfacción con su imagen corporal, se ven más gordas de lo que están, tienen miedo a llegar a ser obesas, comparten como rasgo temperamental el perfeccionismo, la inestabilidad emocional y expresan sentimientos de insuficiencia.
- Psicopatología acompañante. Hasta un 25% de las bulimias se acompañan de depresión.

Es frecuente la comorbilidad con trastornos de ansiedad y con abuso de alcohol y otras sustancias. Los trastornos de personalidad que con más frecuencia se diagnostican en esta patología son el límite, el pasivo-agresivo y el de evitación.

- Factores socioculturales. El ideal de mujer basado en la delgadez y la insatisfacción con la imagen que lleva a hacer dieta.

2. **Factores desencadenantes:** tener un sobrepeso previo, hacer dieta y haber tenido una anorexia nerviosa previa.
3. Son **factores perpetuantes** la persistencia y gravedad de todos estos factores.

### Diagnóstico

El diagnóstico se hace siguiendo los criterios de los manuales de enfermedades psiquiátricas DSM-IV-TR o CIE10.

El diagnóstico se hace siguiendo los criterios CIE 10 o DSMIV. Criterios DSMIV para el diagnóstico de bulimia nerviosa:

- A. Presencia de atracones recurrentes. Un atracón se caracteriza por:
  1. Ingesta de alimento en un corto espacio de tiempo (p. ej., en un periodo de 2 h) en cantidad superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en un periodo 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 periodo de tres 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.

Tipo purgativo si se provocan regularmente el vómito o usan laxantes, diuréticos o enemas en exceso. Tipo no purgativo si utilizan otras conductas compensatorias como el ayuno o el ejercicio intenso pero no vomitan.

### Clínica

La clínica se caracteriza por los atracones seguidos del sentimiento de culpa.

La bulimia se caracteriza por un irresistible impulso a la ingesta episódica e incontrolada, compulsiva y rápida, de grandes cantidades de alimentos ricos en calorías durante un periodo de tiempo variable, de unos minutos a horas, durante el cual el paciente experimenta una pérdida de control sobre la conducta alimentaria, viéndose imposibilitado para poder parar de comer durante esos episodios de voracidad. La ingesta desmesurada produce una sensación de distensión-hinchazón-físico en la región abdominal, así como sensaciones nauseosas por la plenitud lo que, junto a los sentimientos de culpa y vergüenza, genera depresión y auto-desprecio y, al final, el vómito provocado para disminuir el malestar físico y evitar la digestión de lo ingerido. Cuando estos pacientes no consiguen vomitar, usan laxantes, diuréticos o ayunan para controlar el peso por miedo a engordar. En el 50% de los casos la bulimia se asocia a la anorexia nerviosa; los síntomas bulímicos aislados no son infrecuentes en la población general. Con frecuencia a la bulimia le acompaña el diagnóstico de depresión, ansiedad, consumo de alcohol u otras adicciones, antecedentes de abusos sexuales en la infancia y la realización de intentos de suicidio.

El peso en las bulímicas puede mantenerse dentro de límites normales, estar ligeramente por encima de la media o haber obesidad. El paciente bulímico come con gran desorden, pasan del atracón a la restricción, son incapaces de diferenciar la sensación de hambre de la de saciedad.

Las complicaciones médicas de la bulimia pueden llegar a ser muy graves. Algunas de ellas son: dilatación o rotura gástrica, hernia de hiato, rotura diafragmática, neumomediastino, pancreatitis, hipotensión, trastornos menstruales, hipocalcemia, hipopotasemia, hipoglucemia, arritmias cardíacas, deshidratación, caries dentales, erosión del esmalte dental, y por el uso de purgantes, esteatorrea, colon irritable o nefropatías, etc.

### Tratamiento

El tratamiento más eficaz es el psicológico y el farmacológico combinados.

El tratamiento más eficaz es el psicológico, combinado con el farmacológico y con carácter ambulatorio. El tratamiento psicológico que ha resultado ser más eficaz es el psicoeducativo y el cognitivo conductual. Las intervenciones pueden ser individuales o grupales. El tratamiento psicoeducativo va encaminado a esclarecer en qué consiste el trastorno, cuáles son sus consecuencias y cuál es el tratamiento.

Tratamiento psicoeducativo (Garner et al., 1985):

1. Causas múltiples de los trastornos alimentarios.
2. El contexto sociocultural de los trastornos alimentarios.
3. Teoría del *set-point* y regulación fisiológica del peso corporal.
4. Repercusiones físicas y psicológicas.
5. Normalización de hábitos alimentarios adecuados.
6. Mecanismos inadecuados para el control del peso como: vómitos, laxantes y diuréticos.

**TABLA III.** Cuestionarios útiles para la detección precoz y evaluación de los TCA

Tipo de cuestionario	Objetivo	Nombre
Cuestionarios de exploración de actitudes y síntomas de TCA	Detectar sintomatología propia de los TCA	- <i>Eating Attitudes Test</i> (EAT) - <i>Eating Disorder Inventory</i> (EDI) - <i>Bulimia Test</i> (BULIT) - <i>Binge Eating and Cognitive Factors Scale</i>
Cuestionarios sobre la imagen corporal	Detectar actitudes, comportamientos e influencias respecto a la imagen corporal	- <i>The Body Esteem Scale</i> (BES) - <i>The Body Self-Relations Questionnaire</i> (BSRQ) - <i>Body Shape Questionnaire</i> (BSQ) - Escalas de siluetas - Subescala del EDI - Cuestionario de Influencia del Modelo Estético Corporal - <i>Body Image Avoidance Questionnaire</i> (BIAQ) - Cuestionario de burlas

7. Determinación de un peso adecuado sano.
8. Complicaciones físicas.
9. Estrategias de prevención de recaídas.

En los pacientes bulímicos la dieta restrictiva antecede en la mayoría de los casos al atracón, por ello es fundamental la normalización de la ingesta como primer paso en el tratamiento. La pauta general es no saltarse ninguna comida y comer en función de un esquema predeterminado y no de la sensación de hambre. Hay que ayudar a los pacientes a identificar qué factores pueden desencadenar el atracón, siendo los más frecuentes la ansiedad, depresión, los alimentos prohibidos o el aburrimiento. El concepto de *set-point* consiste en que el peso corporal viene determinado genéticamente con carácter individual. El organismo emplea diversos mecanismos para mantener su peso dentro de un intervalo con escasas oscilaciones.

Los tratamientos psicológicos especializados empleados son de tipo cognitivo-conductual y terapia de familia.

1. Terapia conductual. Se realiza un tratamiento de exposición con prevención de respuesta. Se expone a la paciente al estímulo desencadenante como puede ser la visualización de alimentos prohibidos y se impide el atracón y el vómito. El estímulo también puede ser interno como confrontar a la paciente con sentimientos negativos que surjan al visualizar su propia imagen.
2. Tratamiento cognitivo conductual. Consiste en corregir las cogniciones irracionales respecto a la propia imagen y el peso. Se realiza lo que se denomina una reestructuración cognitiva.
3. Terapia interpersonal. Este tratamiento no se centra en los síntomas sino en la solución de problemas de fondo en las relaciones interpersonales.
4. Tratamiento farmacológico de las bulimias. Los fármacos que han demostrado ser eficaces son:
  - Los antidepresivos inhibidores de la recaptación de serotonina, a dosis altas.
  - Los antidepresivos inhibidores de la recaptación de serotonina y noradrenalina.
  - Eutimizantes, normotímicos y antiimpulsivos, como el topiramato y la carbamazepina.

El tratamiento hospitalario está indicado si no hay respuesta o en casos de complicaciones médicas graves o necesidad de aislamiento de factores psicosociales que estén impidiendo la buena evolución.

#### DETECCIÓN PRECOZ DE LOS TCA POR EL PEDIATRA

En la tabla III se exponen distintos cuestionarios útiles para la detección precoz y evaluación de los TCA por parte del pediatra. Entre los útiles para la exploración de actitudes y síntomas de TCA está el *Eating Attitudes Test*. Su versión de 26 preguntas (EAT-26) se presenta en la tabla IV.

El estudio de la imagen corporal o como la conceptualiza el individuo es importante, ya que se encuentra ligada a la identidad, sentimiento y conductas del mismo. Asimismo, el tipo de percepción corporal de una persona está relacionada con su autoestima. Son útiles para ello las escalas de siluetas como la de Collins (Fig. 1).

La presencia de conductas de purga en el preadolescente/adolescente se debe confirmar con preguntas indirectas y no con preguntas directas que puedan ser inductoras.

El cuestionario más simple para la detección precoz de TCA es el cuestionario inglés SCOFF (Tabla V).

#### TRASTORNOS DE LA INGESTIÓN Y DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA DE LA INFANCIA O LA NIÑEZ

**La rumiación y la pica son muy poco frecuentes. Se suelen asociar a retraso mental o trastornos generalizados del desarrollo, pero existen algunos casos en niños de inteligencia normal.**

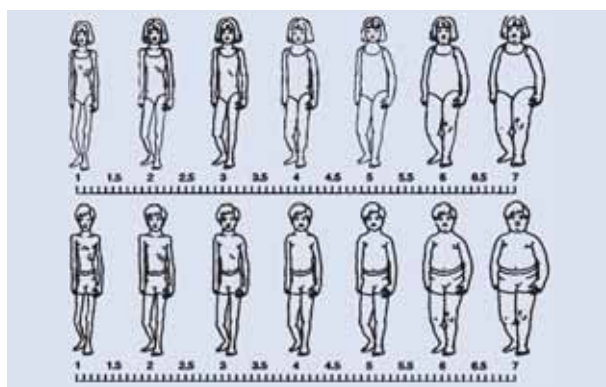
La pica es la ingestión persistente de sustancias no nutritivas durante un periodo de por lo menos un mes, de manera inapropiada para el nivel de desarrollo del niño. El trastorno de rumiación consiste en regurgitaciones y nuevas masticaciones repetidas de alimentos durante un periodo de por lo menos un mes después de un periodo de funcionamiento normal; esta conducta no se debe a una enfermedad gastrointestinal ni a otra enfermedad médica asociada.

El abordaje de la rumiación y la pica por parte del pediatra se muestran en la tabla VI.

**TABLA IV.** *Eating Attitudes Test (EAT-26)*

	Siempre	Muy a menudo	A menudo	Algunas veces	Raramente	Nunca
1 Me da mucho miedo pesar demasiado						
2 Procura no comer aunque tenga hambre						
3 Me preocupo mucho por la comida						
4 A veces me he "atracado" de comida, sintiendo que era incapaz de parar de comer						
5 Corto mis alimentos en trozos pequeños						
6 Tengo en cuenta las calorías que tienen los alimentos que como						
7 Evito, especialmente, comer alimentos con muchos hidratos de carbono (p. ej., pan, arroz, patatas, etc.)						
8 Noto que los demás preferirían que yo comiese más						
9 Vomito después de haber comido						
10 Me siento muy culpable después de comer						
11 Me preocupa el deseo de estar más delgado/a						
12 Hago mucho ejercicio para quemar calorías						
13 Los demás piensan que estoy demasiado delgado/a						
14 Me preocupa la idea de tener grasa en el cuerpo						
15 Tardo en comer más que las otras personas						
16 Procuero no comer alimentos con azúcar						
17 Como alimentos de régimen						
18 Siento que los alimentos controlan mi vida						
19 Me controlo en las comidas						
20 Noto que los demás me presionan para que coma						
21 Paso demasiado tiempo pensando y ocupándome de la comida						
22 Me siento incómodo/a después de comer dulces						
23 Me comprometo a hacer régimen						
24 Me gusta sentir el estómago vacío						
25 Disfruto probando comidas nuevas y sabrosas						
26 Tengo ganas de vomitar después de las comidas						

La puntuación total del EAT-26 es la suma de los 26 ítems. Puntúan 3, 2, 1, 0, 0, 0 en la dirección positiva, asignando 3 a las respuestas que más se aproximan a una dirección sintomática ("siempre" = 3). Únicamente el ítem 25 se puntúa de una manera opuesta, puntuando 0, 0, 0, 1, 2, 3 ("nunca" = 3). Una puntuación por encima del punto de corte de 20 supone la necesidad de una mayor investigación (entrevista por un clínico experimentado). Fuente: Ruiz PM. Guía Práctica. Prevención de los trastornos de la conducta alimentaria. Bulimia y anorexia. Zaragoza: Consejo de la Juventud de Aragón y Grupo Zarima-Prevención de la Unidad Mixta de Investigación del Hospital Clínico Universitario de Zaragoza; 1999.



**FIGURA 1.** Escala de siluetas de imagen corporal de Collins. Una gran diferencia entre la figura que el preadolescente identifica como más parecida a la propia y la que señala como deseable para él sugiere insatisfacción con su imagen corporal.

Fuente: Collins E. Body figure perceptions and preferences among preadolescent children. *International Journal of Eating Disorders* 1991; 10: 199-208.

**TABLA V.** Cuestionario SCOFF (responder a una sola pregunta de forma afirmativa es suficiente para incluir al preadolescente/adolescente en el grupo de riesgo)

Pregunta	Sí	No
1. ¿Te provocas el vómito porque te sientes incómodamente llena/o?		
2. ¿Te preocupas por haber perdido el control sobre la comida?		
3. ¿Has perdido recientemente más de 6 kg en 3 meses?		
4. ¿Te consideras "gorda/o" y los demás te dicen que estás delgada/o?		
5. ¿Crees que la comida domina tu vida?		



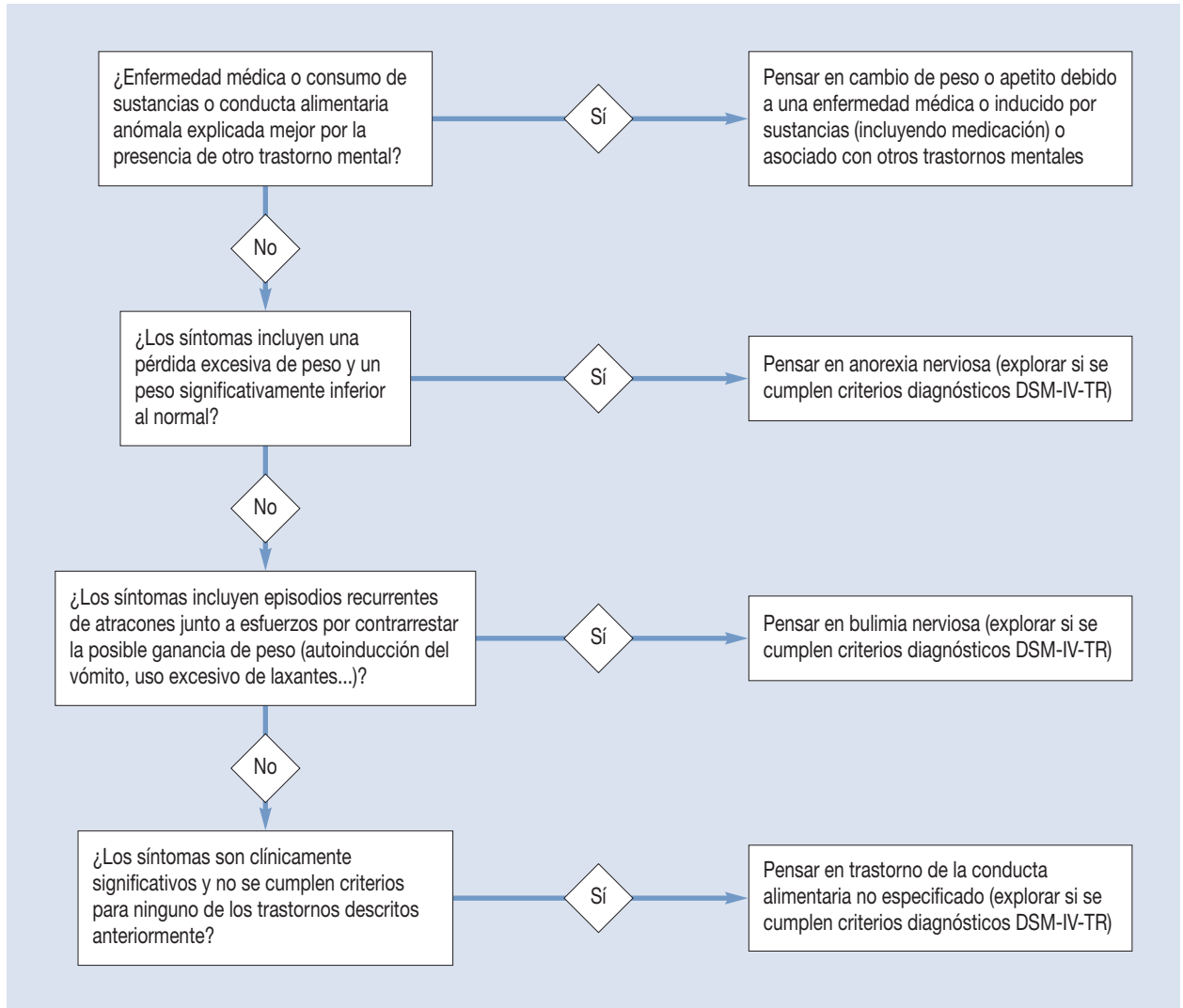
**TABLA VI.** Abordaje de la pica y la rumiación por parte del pediatra (adaptado por Ruiz Lázaro de: Parker S, Zuckerman B. Pediatría del comportamiento y del desarrollo. Barcelona: Masson; 1996)

	Pica	Rumiación
Motivo de consulta	“Come tierra” “Se come el hielo”	“Escupe las tomas” “Vomita con frecuencia”
Hallazgos frecuentes en la historia clínica	Ingestión de tóxicos Saturnismo Anemia ferropénica	Regurgitaciones frecuentes pasados los primeros meses Hogar caótico
Signos y síntomas	Palidez Irritabilidad Retraso del desarrollo	Se atraganta con la lengua o metiéndose la mano en la garganta
Pauta a seguir	Evaluar el desarrollo Determinar los niveles de hierro y plomo Evaluar si el niño recibe la atención adecuada por los padres y si interacciona adecuadamente con éstos	Evaluar el medio psicosocial Limitar las personas que cuidan del niño Espesar las tomas Aumentar el contacto interpersonal durante el día y durante las comidas

## BIBLIOGRAFÍA

- Chinchilla A. Trastornos de la conducta alimentaria. Anorexia y bulimia nerviosas, obesidad y atracones. Barcelona: Ed. Masson; 2003. *\*\*\*Tratado actualizado sobre estos trastornos.*
- Ruiz PM. Bulimia y anorexia: Guía para familias. Zaragoza: Ed. Certeza; 2002. *\*\*\*Excelecete guía para psicoeducación de familias que gustará a los pediatras.*
- Toro J. El cuerpo como delito. Anorexia, bulimia, cultura y sociedad. Barcelona: Ed. Ariel; 1996. *\*\*Un clásico para entender la influencia sociocultural en la génesis de estos trastornos.*
- Ruiz PM. Guía Práctica. Prevención de los trastornos de la conducta alimentaria. Bulimia y anorexia. Zaragoza: Consejo de la Juventud de Aragón y Grupo Zarima-Prevención de la Unidad Mixta de Investigación del Hospital Clínico Universitario de Zaragoza; 1999. *\*\*\*Guía altamente recomendable para trabajar de forma clara y estructurada la prevención.*
- Ruiz PJ. Anorexia y bulimia en la infancia y adolescencia: cuestiones éticas y médico-legales implicadas en su atención. En: Plan de Formación Continuada 2003 para médicos forenses. Madrid: Ministerio de Justicia. CEJAJ; 2004. p. 541-64. *\*\*\*Muy recomendable para conocer las cuestiones éticas y médico-legales a tener en cuenta cuando atendemos a niños y adolescentes con trastornos del comportamiento alimentario.*
- Ruiz PJ. Prevención primaria de los trastornos de la conducta alimentaria en la adolescencia: papel del profesional de Atención Primaria. Atención Primaria 2001; 27: 428-31. *\*\*\*Artículo de máximo interés práctico para el pediatra de atención primaria.*
- Turón Gil VJ, Velilla M, Turón E. ¿Qué son los trastornos de la alimentación? Madrid: AETCA; 2003. *\*\*\*Completo y muy entendible resumen sobre estos trastornos, muy útil para una consulta rápida.*
- Gil-Canalda MI, Candela-Villanueva JP, Cecilia-Rodríguez M. Atención primaria y trastornos de la alimentación: nuestra actitud frente a ellos (I). Aten Primaria 2003; 31: 178-80. *\*\*\*Primera parte de reflexiones de imprescindible lectura por el pediatra de Atención Primaria.*
- Mardomingo, MJ. Psiquiatría para padres y educadores. Madrid: Editorial Narcea; 2002. *\*\*Libro sobre psicopatología en la infancia (incluye trastornos del comportamiento alimentario), dirigido a padres con una profundidad que será de utilidad para el pediatra.*
- Morandé G, Casas J, Calvo R, Marcos, A, Hidalgo I, Lareo J et al. Protocolo de trastornos del comportamiento alimentario. Madrid: Instituto Nacional de la Salud; 1995. *\*\*Guía muy practica en la atención de estos trastornos.*

**ALGORITMO:** Algoritmo diagnóstico del cambio de peso o la conducta alimentaria anómala en adolescentes (adaptado por Ruiz Lázaro de: DSM-IV Atención Primaria. Masson. Barcelona, 1997)



## Caso clínico

---

### MOTIVO DE CONSULTA

Niña de doce años de edad remitida desde la consulta de gastroenterología infantil por dolor abdominal y disminución de la ingesta alimentaria.

### EXPLORACIÓN

La niña se ha quejado de dolor abdominal desde hace cuatro meses, este cuadro se ha acompañado de restricción de múltiples alimentos: legumbres, fritos, pan, dulces y chucherías. Pregunta todos los días a su madre qué hay de comer y protesta siempre en la hora de la comida porque cree que su madre le pone mucha cantidad. Mide con la cuchara la sopa y aparta de las comidas los ingredientes que supone engordan más.

Refiere un intenso dolor de tripa después de comer y sensación de plenitud que le impiden seguir comiendo. Ha perdido en estos

meses 8 kg de peso, lleva 2 meses en amenorrea, tuvo la menarquia hace 7 meses. Se le ha realizado un estudio pediátrico con analíticas normales, y una endoscopia digestiva que ha descartado patología. En los últimos meses la madre la encuentra triste, apática, irritable, han disminuido sus rendimientos escolares y no le apetece salir con sus amigas. Como antecedentes médicos, presenta un hipotiroidismo en tratamiento con Levothroid®. A los siete años de edad estuvo en tratamiento psiquiátrico por un episodio depresivo reactivo debido a que se metían con ella en el colegio y la llamaban gorda, en esa época tenía sobrepeso. Siempre ha sido tímida, inhibida, con dificultad para las relaciones con sus iguales y con gran dificultad para expresar sus emociones. En las primeras entrevistas negó estar preocupada por su peso, para finalmente, admitir que el motivo de no comer es su pánico a engordar. Ella piensa que estando muy delgada tendrá menos problemas con sus compañeras.

## Preguntas de evaluación

### PREGUNTAS SOBRE EL TEMA

1. *En relación con la bulimia nerviosa, ¿cuál de estas afirmaciones es verdadera?:*
  - a) En la bulimia nerviosa es excepcional la comorbilidad con otro trastorno psiquiátrico.
  - b) Se ha encontrado una hiperfunción serotoninérgica.
  - c) El peso en las pacientes bulímicas puede mantenerse dentro de límites normales, estar ligeramente por encima de la media o haber obesidad.
  - d) El tratamiento más eficaz es el exclusivamente psicológico.
  - e) Es un trastorno de la conducta alimentaria muy infrecuente.
2. *En relación con las diferencias entre bulimia y anorexia nerviosa, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es correcta?:*
  - a) Las pacientes bulímicas son mucho más impulsivas.
  - b) Las anoréxicas tienen más psicopatología asociada.
  - c) Las bulímicas tienen menos intentos de suicidio.
  - d) Es infrecuente la asociación entre anorexia y bulimia.
  - e) El uso de laxantes y diuréticos sólo se da en pacientes bulímicas.
3. *¿Cuál de las siguientes afirmaciones es la correcta?:*
  - a) Los trastornos de la conducta alimentaria se han incrementado de forma exponencial en la última década.
  - b) El modelo de belleza actual basado en la delgadez no influye en la etiopatogenia.
  - c) Los trastornos de la conducta alimentaria están debutando cada vez en edades más precoces.
  - d) Hacer dieta no es un factor de riesgo para desarrollar bulimia nerviosa.
  - e) La mayoría de las adolescentes están contentas con su imagen física.
4. *¿Cuál de las siguientes afirmaciones es la correcta?:*
  - a) El tratamiento de los trastornos de la conducta alimentaria es exclusivamente psiquiátrico.
  - b) Los programas psicoeducativos no se han demostrado eficaces en el tratamiento de los trastornos de la conducta alimentaria.
  - c) Es necesario un tratamiento en equipo multidisciplinar entre pediatra, psiquiatra, endocrinólogo y psicólogo.
  - d) El ingreso hospitalario es necesario siempre para recuperar peso.
  - e) Una vez recuperado el peso ideal se puede dar de alta al paciente.

5. *¿Cuál de las siguientes afirmaciones es correcta respecto a la anorexia nerviosa?:*
  - a) El sexo masculino es un factor de buen pronóstico en anorexia nerviosa.
  - b) La presencia de vómitos empeora el pronóstico.
  - c) La edad de aparición temprana empeora el pronóstico.
  - d) Los reingresos no modifican el pronóstico.
  - e) La dinámica familiar alterada no influye en el pronóstico.

### PREGUNTAS SOBRE EL CASO CLÍNICO

1. *¿Cuál de las siguientes afirmaciones es la correcta?:*
  - a) Si una niña en la consulta niega verse gorda queda excluido el diagnóstico de anorexia nerviosa.
  - b) La presencia de dolor abdominal excluye el diagnóstico de anorexia nerviosa.
  - c) Una analítica normal descarta el diagnóstico de anorexia nerviosa.
  - d) La preocupación excesiva por la comida con restricciones de alimentos debe alertarnos sobre la existencia de una posible anorexia nerviosa.
  - e) La anorexia nerviosa no se da en niñas prepúberes.
2. *La actitud ante la situación clínica de esta niña es:*
  - a) Continuar buscando una patología médica que justifique la clínica.
  - b) Ingresar a la niña con carácter urgente en una unidad de psiquiatría.
  - c) Explicar a la niña y a su familia que es una anorexia nerviosa, dar pautas de alimentación, iniciar control de peso y derivar a salud mental.
  - d) Pautar de entrada tratamiento psicofarmacológico.
  - e) Pautar estimulantes del apetito.
3. *En relación con este caso:*
  - a) El caso de esta niña es excepcional porque parte de un sobrepeso previo.
  - b) La dificultad para expresar sentimientos y el hiperperfeccionismo son rasgos temperamentales frecuentes en las niñas con anorexia.
  - c) Los síntomas depresivos no suelen acompañar a la pérdida de peso.
  - d) En este caso no es necesaria una intervención familiar.
  - e) La duración del tratamiento de estos trastornos es breve.