

Trastornos del comportamiento alimentario

P.M. Ruiz Lázaro

Jefe de Sección de Psiquiatría Infanto-Juvenil HCU Lozano Blesa de Zaragoza. Profesor asociado médico de Psiquiatría. Universidad de Zaragoza. I+CS. Coordinador ZARIMA y ZARIMA-Prevención. Vocal ARBADA, AEETCA. UTCA Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa de Zaragoza



Resumen

Los trastornos del comportamiento alimentario (TCA) en niños y adolescentes son trastornos mentales multifactoriales, graves y frecuentes, con repercusión en la salud física, desarrollo y funcionamiento psicosocial. Y pueden tardar en ser detectados, con retraso en su diagnóstico y tratamiento. Ante su sospecha, se recomienda utilizar instrumentos de criba, que no diagnostican, pero ayudan. El tratamiento principal es una terapia psicoconductual específica ambulatoria, con hospitalización parcial o total en los casos más graves. Además, se debe abordar las comorbilidades nutricionales, físicas y de salud mental por un equipo interdisciplinar. La terapia cognitivo-conductual (TCC) transdiagnóstico mejorada es de primera línea para todos los TCA. Un tratamiento ateorico basado en la familia (FBT) se recomienda en niños y adolescentes. La psicoterapia focal para adolescentes puede usarse. El uso de psicofármacos se limita a formas graves, con agitación, hiperactividad y/o intensa rumiación que interfieren en la rehabilitación nutricional e intervención psicoterapéutica. O para tratar la comorbilidad. En la bulimia nerviosa (BN) está indicada fluoxetina, asociada a TCC e intervención familiar, y topiramato y zonisamida. La FDA ha aprobado la lisdexanfetamina para tratar el trastorno por atracones. Y hay pruebas de que es posible suprevención primaria con programas, como el *Body Project* o ZARIMA.

Abstract

Eating disorders (ED) in children and adolescents are severe, frequent and multifactorial mental disorders, with an impact on physical health, development and psychosocial function. They can take time to be detected, hence the delay in their diagnosis and treatment. If suspected, the use of screening instruments is recommended, which do not diagnose, but aid in the process. The main treatment is specific outpatient psycho-behavioral therapy, with partial or total hospitalization in the most severe cases. In addition, nutritional, physical and mental health comorbidities must be addressed by an interdisciplinary team. Enhanced transdiagnostic cognitive behavioral therapy (CBT-E) is the first-line treatment for all EDs. A family-based atheoric treatment (FBT) is recommended in children and adolescents. Focal adolescent psychotherapy can be used. The use of psychotropic drugs is limited to severe forms, with agitation, hyperactivity and / or intense rumination that interfere with nutritional rehabilitation and psychotherapeutic intervention. Or to treat comorbidity. In bulimia nervosa (BN), fluoxetine is indicated, associated with CBT and family intervention, as well as topiramate and zonisamide. The FDA has approved lisdexamfetamine to treat binge eating disorder. There is evidence that its primary prevention is possible with programs such as the Body Project or ZARIMA.

Palabras clave: Trastornos de conducta alimentaria; Atención primaria; Niños; Adolescentes.

Key words: *Eating disorders; Primary care; Children; Adolescents.*

OBJETIVOS

- Comprender que los TCA en niños y adolescentes son multifactoriales, graves y frecuentes, con repercusión en la salud, desarrollo y funcionamiento.
- Aprender a utilizar instrumentos de criba para ayudar a diagnosticar un TCA.
- Conocer que el tratamiento principal es psicoconductual específico ambulatorio, cognitivo-conductual (TCC) transdiagnóstico o terapia basada en la familia (FBT), con hospitalización parcial o total en los casos más graves.
- Aprender que es posible su prevención primaria con programas como el *Body Project* o ZARIMA.

Introducción

Los trastornos del comportamiento alimentario (TCA) en niños y adolescentes son trastornos mentales multifactoriales, graves y frecuentes.

Son costosos, discapacitantes y potencialmente mortales; pueden repercutir de forma considerable en la salud física y perturbar la funcionalidad psicosocial⁽¹⁻³⁾; y afectar a los individuos a lo largo de su vida, con impacto particular en el desarrollo físico y psicológico de niños y adolescentes⁽²⁾. Los pacientes presentan comorbilidades psiquiátricas, médicas y posibles secuelas psicológicas⁽⁴⁾. Se reconocen seis trastornos principales de la conducta alimentaria y la alimentación en las clasificaciones diagnósticas actuales: anorexia nerviosa (AN), bulimia

nerviosa (BN), trastorno por atracón (TA), trastorno por evitación-restricción de la ingesta de alimentos (ARFID o TERIA), pica y trastorno de rumiación (TR)⁽³⁾. Tres tipos de TCA (AN, BN y TCA no especificado o TCANE) están entre los tres diagnósticos psiquiátricos más habituales entre la población femenina adolescente⁽⁵⁾, ya que la atención en la infancia y la adolescencia de los TCA puede ser compleja y los recursos son a menudo limitados, es posible que se solicite a los pediatras que no solo proporcionen supervisión médica a sus pacientes con TCA, sino que también coordinen la atención y defiendan servicios adecuados⁽²⁾.

Epidemiología

Los TCA en conjunto representan la tercera enfermedad de larga evolución o crónica más frecuente entre la población de pacientes adolescentes⁽⁵⁾.

Pueden afectar a personas de todas las edades, géneros, orientaciones sexuales, etnias y geografías. Los adolescentes y adultos jóvenes, especialmente del género femenino, están particularmente en riesgo, ya que la AN comienza antes que la BN o el TA. La edad de inicio de la AN parece estar disminuyendo^(3,6). Los grupos de riesgo lo son por edad (adolescencia), género (mujeres) o por la participación en actividades de ocio o profesionales (gimnastas, atletas, modelos, bailarines, patinadores, deportistas de élite)⁽⁷⁾. La epidemiología de los TCA en nuestro país es un área de investigación con considerables avances. Existe variedad en la metodología y edad poblacional de las investigaciones, pero se pueden admitir unas horquillas de prevalencia de riesgo entre el 4 y el 12%, y de prevalencia de TCA entre el 1 y el 5% en mujeres. Y menor del 1% en hombres⁽⁸⁾. Se estima una prevalencia vital en la adolescencia de AN del 0,5-1%. La de BN del 2-4% en mujeres jóvenes, con inicio en etapas algo posteriores que la AN⁽⁹⁾.

Etiología y fisiopatología

Los TCA son trastornos multifactoriales⁽⁶⁾. Influyen factores biológicos, psicológicos y ambientales socioculturales, que los precipitan y mantienen⁽⁴⁾.

Factores biológicos (genéticos, con un 60% de varianza, y trauma temprano, durante el desarrollo) y culturales, contribuyen a incrementar el riesgo para el desarrollo de un TCA⁽⁶⁾. Se confirma el papel de rasgos psicológicos de vulnerabilidad, como perfeccionismo, neuroticismo y baja autoestima⁽⁶⁾. También, de determinantes ambientales familiares (antecedentes TCA, estado civil, familia monoparental, padres separados o divorciados, viudos, madres solteras, conflictos familiares, percepción de funcionamiento disfuncional, que el adolescente coma solo). Y las influencias a través de la exposición a medios de comunicación, pantallas y redes sociales. El estrés crónico y la comorbilidad psiquiátrica (mediador parcial) se asocian fuertemente con el inicio de TCA⁽⁶⁾. Las complicaciones neonatales y perinatales, obstétricas (anemia materna, diabetes mellitus, preeclampsia, infarto placentario, cardiopatías neonatales, hiporreactividad, dificultades en alimentación temprana y bajo peso para la edad gestacional) incrementan el riesgo para AN, TCA. Los problemas del neurodesarrollo también se pueden implicar en su patogénesis⁽⁶⁾. La internalización del ideal de delgadez, presión percibida para adelgazar, preocupación por el peso e insatisfacción corporal, sobrepeso y conducta de dieta restrictiva para perder peso, son predictores del riesgo de iniciar un TCA⁽⁶⁾. También afectos negativos y uso de sustancias⁽⁶⁾. Las bromas familiares acerca del peso, la preocupación personal por él y la conducta de dieta y otras no saludables para intentar controlarlo (vómitos, píldoras adelgazantes, laxantes y diuréticos) predicen sobrepeso, alimentación compulsiva con pérdida de control y conductas extremas de control de peso a cinco años⁽⁶⁾. El abuso sexual infantil parece un factor inespecífico para desarrollar síndromes bulímicos, no necesariamente mediado por morbilidad psiquiátrica o dietas graves⁽⁶⁾. Entre los hombres adolescentes y jóvenes, ciertos factores aumentan el riesgo de TCA, incluidas las preocupaciones sobre la imagen corporal centrada en la musculatura y la orientación sexual⁽¹⁰⁾.

Como consecuencia de la pérdida ponderal, aparecen signos/síntomas de desnutrición y adaptación a la misma.

Cuando la malnutrición está instaurada, especialmente si es grave o rápida, los cambios fisiopatológicos en la AN son parecidos a otros estados de inanición. En ayuno prolongado tienen lugar mecanismos adaptativos para mantener la vida. Las funciones «no vitales» (crecimiento, reproducción) pasan a segundo plano. Hay un hipogonadismo hipogonadotrófico adaptativo, entre otros. Tales adaptaciones producen deterioro funcional en otros sistemas que limitan la capacidad para realizar actividades físicas y mentales⁽¹¹⁾. En AN no se produce cetoadaptación y las reservas de glucosa, proteínas y micronutrientes se conservan a expensas de utilizar solo depósitos grasos. Al mismo tiempo existe descenso de insulina, IGF-1, catecolaminas y T3, T4 e incremento de cortisol, glucagón y GH. Estas alteraciones hacen comprender signos y síntomas como: intolerancia al frío, disminución de frecuencia cardíaca, respiratoria, estreñimiento etc.⁽¹¹⁾. Cambios de semiinanición similares a los de la AN se observan en pacientes con BN.

Clínica

Se consideran TCA a una serie de entidades nosológicas diferenciadas que tienen como nexo común una alteración continuada en la ingesta o bien en la conducta relacionada con la alimentación, con posible distorsión en la imagen corporal.

Dentro de su clasificación destacan los siguientes trastornos: AN y BN y TCANE^(4,9). La AN es un trastorno de curso crónico con malnutrición, caracterizado principalmente por una negativa, restricción o disminución de la ingesta, acompañada de una distorsión de la imagen corporal, con el consecuente miedo intenso a la ganancia de peso, temor extremo a engordar, con negativa a mantener un mínimo peso normal^(4,9,11). Dentro de la AN encontramos dos subtipos: restrictivo, sin atracones ni purgas; y purgativo, donde encontramos atracones y/o conductas purgativas. En la BN, la presencia de atracones de comida y la posterior conducta compensatoria (vómitos autoprovocados, ejercicio intenso, laxantes, diuréticos...) es lo que prima en el paciente, junto a marcadas alte-

Tabla I. Población con alto riesgo de presentar un trastorno del comportamiento alimentario (TCA)

- Adolescentes con índice de masa corporal (IMC) bajo en comparación con los valores de referencia según edad
- Los pacientes que consultan por problemas de peso que no tienen sobrepeso
- Pacientes con cambios bruscos de peso y oscilaciones ponderales relevantes habituales
- Pacientes con sobrepeso y obesidad con alimentación emocional
- Mujeres con trastornos menstruales o amenorrea
- Pacientes con síntomas gastrointestinales, signos físicos de inanición o vómitos repetidos sin explicación somática clara
- Niños con retraso o estancamiento en el crecimiento
- Practicantes de deportes de riesgo para padecer un TCA (atletismo, bailarinas, gimnasia rítmica, natación sincronizada, etc.)
- Antecedentes de obesidad o restricción en infancia o adolescencia⁽¹⁾

raciones emocionales con relación a la evaluación de la imagen corporal. Se considera atracción al consumo, durante un periodo corto de tiempo, de una cantidad excesiva de comida, superior a la que la mayoría de individuos comerían, con sensación de pérdida de control^(4,12). Los TCANE serán aquellos que, compartiendo características clínicas con los anteriores, no cumplen todos los criterios de los manuales al uso, como el DSM-5^(4,9). El ARFID o TERIA, la pica y el TR se agregaron al capítulo revisado del DSM-5 TCA y de la ingestión de alimentos en 2013⁽¹³⁾. Los TCA en el niño han sido objeto de numerosos intentos de clasificación, desde que, en 1994, se introdujeran por primera vez como categoría diagnóstica psiquiátrica en el DSM-IV, como: TCA del lactante y el niño, posteriormente en el DSM-5, como ARFID o TERIA. Más completa y utilizada ha sido la clasificación de Chatoor con seis tipos de TCA: 1) alteración del estado de regulación; 2) reciprocidad inadecuada (vínculo madre-hijo); 3) anorexia infantil; 4) aversión alimentaria sensorial; 5) alteración asociada a patología orgánica; y 6) alteración postraumática. Kerzner establece tres categorías: niños con poco apetito, con ingesta selectiva y con miedo a comer⁽¹⁴⁾. El ARFID o TERIA categoriza a pacientes con patrones de alimentación selectivos y/o restrictivos en ausencia de cognición distorsionada en relación con el peso, la comida y la imagen corporal. Es grave, con impacto significativo en la salud física y mental de la población pediátrica. Problemas de

atención y miedos clínicos en ARFID, y mayor presencia de síntomas internalizados en AN, son las principales diferencias encontradas en los perfiles psicopatológicos⁽¹⁵⁾. La pica es una forma peligrosa de comportamiento potencialmente mortal, con ingesta de sustancias no nutritivas, que ocurre en personas con discapacidades del desarrollo, en ocasiones, con deficiencias nutricionales (hierro, zinc)⁽¹³⁾. El TR o mericismo es un TCA DSM-5 y un trastorno funcional gastroduodenal⁽¹³⁾ en que la comida se regurgita y pasa a la boca, se mastica y luego se expulsa.

Todos los TCA presentan importantes repercusiones orgánicas (tasas de mortalidad de hasta 5,1 muertes/1.000 personas en AN), entre las que destacan: caquexia, alteraciones cardíacas, digestivas, metabólicas o neuropsiquiátricas⁽⁹⁾. Dentro de los factores de mal pronóstico se encuentran, un inicio de tratamiento más tardío y una mayor gravedad de síntomas en el diagnóstico (peso más bajo para AN y mayor intensidad de atracones y conductas compensatorias de purga en la BN)⁽¹⁾.

Diagnóstico

El retraso en el diagnóstico e identificación parece conllevar mayor morbilidad y peor pronóstico. La Atención Primaria (AP) es clave en su detección⁽¹⁾.

Pueden tardar en ser detectados meses o años. La media de tiempo transcurrido entre el inicio de los síntomas y la solicitud de ayuda se estima

en un año para AN y de cuatro para BN⁽¹⁾. Hay resultados significativamente mejores para los que son identificados y tratados tempranos y se evita la evolución a formas crónicas⁽¹⁾.

Signos y síntomas de detección de TCA

Restricción alimentaria sin control médico: saltarse comidas, ayunos, disminuir raciones, evitar alimentos “que engordan”, comer solo alimentos dietéticos, hipocalóricos, bajos en grasas, “light” o “diet”^(1,11); adelgazamiento; cambios en hábitos alimentarios: prolongar el tiempo para realizar comidas, rituales (“marear” alimentos, jugar con ellos, quitarles la grasa, trocearlos, esparcirlos, esconderlos bajo el plato o servilleta, tirarlos, elevada ingesta de agua); síntomas y signos físicos de malnutrición: alopecia, sensación de frialdad, mareos, alteraciones menstruales, amenorrea; atracones; vómitos autoprovocados; empleo de laxantes; ejercicio físico con exageración, hiperactividad; preocupación excesiva por la gordura; no se ve cómo es, se ve gordo/a (dismorfofobia); irritabilidad, inestabilidad emocional^(1,11).

Sospecha de TCA

En la tabla I se recogen algunas características que nos deben llevar a sospechar un posible riesgo de TCA.

Ante la sospecha de un posible caso, se aconseja la utilización de instrumentos de cribado. *The Eating Attitudes Test*, EAT-26 y el *Eating Disorders Inventory* (EDI) son los cuestionarios de detección más utilizados, pero hay muchos otros: *Short Evaluation of Eating Disorders* (SEED), *SCOFF Questionnaire* y otros muchos⁽¹⁾. Se aconseja pasar el Cuestionario SCOFF (*Sick, Control, One, Fat, Food questionnaire*)⁽¹⁾ (Tabla II).

Manejo del caso

En AN, el peso y el índice de masa corporal (IMC) no son los únicos indicadores de riesgo físico, siendo recomendable una anamnesis y exploración física exhaustiva, y pruebas complementarias para un correcto diagnóstico etiológico⁽¹⁾. Debido a la baja frecuencia de visitas de los adolescentes, se recomienda aprovechar cualquier oportunidad (visita programada, consulta por problemas menores) para ofrecer una

Tabla II. Versión española de la encuesta SCOFF⁽¹⁾

Nombre:		
Sexo:		
Edad:		
1. ¿Tiene la sensación de estar enfermo/a, porque siente el estómago tan lleno que le resulta incómodo?	SÍ	NO
2. ¿Está preocupado, porque siente que tiene que controlar cuánto come?	SÍ	NO
3. ¿Ha perdido recientemente más de 6 kg en un periodo de tres meses?	SÍ	NO
4. ¿Cree que está gordo/a, aunque otros digan que está demasiado/a delgado/a?	SÍ	NO
5. ¿Diría que la comida domina su vida?	SÍ	NO

Tabla IV. Exploración psicopatológica mínima recomendada

- SCOFF
- *Eating Attitudes Test* (EAT-26)
- *Eating Disorder Inventory* (EDI-3)
- Test de Bulimia de Edimburgo (BITE)
- Cuestionario de influencias sobre el modelo estético corporal (CIMEC)
- Dibujo de figura humana (autorretrato, modelo ideal)⁽¹⁾

atención integral, con detección temprana de hábitos de riesgo o trastornos ya establecidos (prevención secundaria)⁽¹⁾. Al entrevistar a un adolescente con sospecha de TCA, es importante conocer que les caracteriza la falta de conciencia de enfermedad, tendencia a la negación y escasa motivación de cambio, siendo esta más acusada cuanto menor es la evolución del trastorno⁽¹⁾. A la hora de hacer el diagnóstico, se debe tener en cuenta que, en fases iniciales, los adolescentes pueden no presentar todos los síntomas necesarios para cumplir criterios diagnósticos según las clasificaciones internacionales en vigor (IMC < 17,5 kg/m² o distorsión de imagen corporal), pero sus síntomas les pueden generar alteraciones conductuales o de

funcionamiento significativas (v. criterios diagnósticos CIE-10 y DSM 5)⁽¹⁾.

Pruebas médicas

En la tabla III se indican las pruebas médicas más recomendadas.

Exploración psicopatológica

La exploración psicopatológica mínima recomendada se detalla en la tabla IV.

Diagnóstico diferencial (Tabla V)

Incluye enfermedades consuntivas no neoplásicas (digestivas, endocrinas, infecciosas, hematológicas, reumatológicas, neurológicas, renales), neoplásicas y trastornos psiquiátricos.

Tratamiento

Para todos los trastornos alimentarios (incluido ARFID o TERIA), el tratamiento principal de elección es una terapia psicoconductual, por lo general, ambulatoria^(3,11).

Las personas con TCA, a menudo, no reciben un tratamiento basado en pruebas científicas. Las nueve guías clínicas actuales respaldan los principales enfoques de tratamiento validados empíricamente con un acuerdo considerable⁽¹⁷⁾. Las terapias psicológicas efectivas son la primera línea en la atención y la mayoría de las personas se recuperan a medio y largo plazo⁽¹⁸⁾. Para todos los TCA, el tratamiento principal de elección, según las guías nacionales e internacionales

Tabla III. Pruebas médicas recomendadas

- Medidas antropométricas talla y peso, cálculo del IMC o *Quetelet* (kg/m²)
- Electrolitos y minerales en suero: bicarbonato, calcio, sodio, potasio, fósforo y zinc
- Hemograma y análisis de orina
- Ácido fólico, B12, ferritina, fosfatasa alcalina, aspartato transaminasa (AST), creatinfosfokinasa (CPK), creatinina, T3, T4, TSH y amilasa fracción salivar
- Electrocardiograma
- Densitometría ósea, TAC cerebral y composición corporal por bioimpedancia eléctrica^(1,11)

Tabla V. Diagnóstico diferencial de los trastornos del comportamiento alimentario (TCA)

- Enfermedades consuntivas no neoplásicas:
- Digestivas: disfagias, hepatopatías, enfermedad por hipersecreción ácida (*Helicobacter pylori* positivo o negativo), pancreatitis, enfermedad inflamatoria intestinal crónica, Crohn, síndromes de malabsorción y enfermedad celiaca
 - Endocrinas: diabetes mellitus, hipertiroidismo, síndromes de neoplasia endocrina múltiple. Panhipopituitarismo, insuficiencia suprarrenal y Addison
 - Infecciosas: tuberculosis pulmonar, intestinal o peritoneal, HIV/SIDA, infecciones abdominales y parasitosis
 - Hematológicas: síndromes mieloproliferativos, anemia megaloblástica y anemia ferropénica
 - Reumatológicas: artritis reumatoide, vasculitis, sarcoidosis y otras conectivopatías
 - Neurológicas: neuralgias, polineuritis y miopatías
 - Renales: glomerulonefritis y pielonefritis crónicas
 - Enfermedades neoplásicas y carcinomas
 - Dependencia de alcohol, otras sustancias (p. ej., estimulantes), otras enfermedades o trastornos psiquiátricos (p. ej., trastornos afectivos, obsesivos y dismórficos)⁽¹⁶⁾

Tabla VI. Signos y síntomas de derivación de los trastornos del comportamiento alimentario (TCA) a Unidad de TCA especializada

- Pérdida de peso con IMC <16 kg/m² (o equivalente según tablas percentiladas). Haber sufrido una importante pérdida de peso (igual o superior al 10-25% del peso) no justificada médicamente por ninguna enfermedad física, con el fin de realizar un diagnóstico diferencial
- Pérdida ponderal que no remite
- Pérdida ponderal acelerada de más de 1 kg por semana
- Amenorrea de más de 3 meses en relación con el TCA
- Presencia de episodios bulímicos regulares, conductas de atracón alimentario y/o conductas purgativas persistentes (vómitos autoinducidos, abuso de laxantes y uso de diuréticos)
- Comorbilidad psiquiátrica: ansiedad, depresión, obsesividad y trastorno de personalidad
- ECG alterado con QTc mayor de 450 ms, ritmo anormal o disritmia ventricular
- Deficiencia de potasio, magnesio o fósforo
- Baja albúmina sérica (prealbúmina baja con albúmina normal indica restricción reciente)
- Temperatura menor de 36°C
- Azotemia
- Tratamiento ambulatorio sin éxito tras tres meses de activo tratamiento en Atención Primaria^(1,11)

actuales, es una terapia psicoconductual, por lo general, ambulatoria^(18,19). Las terapias psicológicas específicas, como la terapia cognitivo-conductual transdiagnóstico mejorada (TCCT-M, CBT-E), son el tratamiento de primera línea para todos los TCA, con el mayor impacto en reducción de síntomas⁽¹⁸⁾.

Los pacientes con síntomas más graves o sin mejora ambulatoria, con una atención menos restrictiva, pueden ser tratadas en un programa hospitalario especializado parcial (Hospital de día) o completo en unidad de corta estancia. Las terapias basadas en pruebas administradas por médicos, psicólogos y terapeutas formados sobre TCA, se consideran las más eficaces y son las preferidas por las personas con TCA. Este enfoque también puede ser más rentable y reducir hospitalizaciones⁽¹⁸⁾. Además de terapia psicológica específica, el tratamiento debe abordar comorbilidades nutricionales, físicas y de salud mental por el equipo interdisciplinar con, como mínimo, un terapeuta psicológico y un pediatra o médico de familia. En casos más complejos de TCA, como la mayoría de personas con AN, casos más graves de BN y TA, y aquellos que requieren atención hospitalaria, se requieren apoyos interdisciplinarios adicionales en unidad específica (Tabla VI) (psiquia-

tra, enfermero(s), nutricionista, médico/pediatra, trabajador social o terapeuta familiar y terapeuta ocupacional y de ejercicio físico)⁽¹⁸⁾.

El tratamiento hospitalario implica apoyo nutricional que, en una proporción de pacientes con AN, puede implicar alimentación nasogástrica. Una revisión sistemática del tratamiento nutricional en adolescentes, encontró una gran variación en los protocolos de realimentación, que van desde los cautelosos (por síndrome de realimentación) hasta aquellos que respaldan una resolución más rápida de la desnutrición. Una revisión sistemática posterior sugirió que algunos enfoques podrían ser demasiado conservadores⁽³⁾. La hospitalización breve de adolescentes con AN (para estabilización médica) seguida de tratamiento familiar o diurno, tuvo resultados similares a la más prolongada (hasta recuperación del peso)⁽³⁾. El tratamiento hospitalario es eficaz para mejorar la salud nutricional, pero en una proporción hay recaídas. Se han añadido modificaciones para reducir la tendencia a recaer tras el alta, como intervenciones digitales y fomentar el apoyo de cuidadores⁽³⁾.

La intervención temprana mejora los resultados. Es esencial el inicio rápido del tratamiento y atención especializados

para TCA, en lugar de la espera vigilante. Para casos leves o moderadamente graves, el primer paso es el tratamiento psicológico ambulatorio que involucre a la familia de una manera apropiada para la edad. Si el riesgo médico o psicológico es alto o existe falta de respuesta a la atención ambulatoria, se puede brindar una atención más intensa diurna u hospitalaria. Alrededor del 20-35% de los pacientes necesitarán este nivel más alto de atención. Para pacientes con trastorno del espectro compulsivo, es posible secuenciar tratamientos que pueden comenzar con autoayuda guiada y ser seguidos por TCC o tratamiento farmacológico, o ambos. La recuperación es posible para más del 60% de pacientes tras 9 años de enfermedad⁽³⁾.

Un tratamiento ateórico basado en la familia (FBT) es la principal modalidad de atención en niños y adolescentes. La psicoterapia focal para adolescentes puede usarse para personas más jóvenes con AN^(18,19). En adolescentes con BN, la TCC es una terapia alternativa y, administrada en forma de autocuidado guiado, produce mejora más rápida en atracones que la FBT, y como ventaja el manual se puede compartir con los padres⁽³⁾. Una buena descripción de todas las terapias psicológicas se encuentra en las pautas de la Guía NICE⁽²⁰⁾, desarrolladas para la atención ambulatoria individual durante 8 meses o más. La TCC se ha adaptado para su administración en entornos grupales, habitual en los programas hospitalarios. Todos cuentan con manuales para orientar las terapias que se utilizan en la formación. Y tienen niveles moderados de abandono⁽¹⁸⁾.

La mayoría de los usos de psicofármacos son "no autorizados" (*off label*). El uso de psicofármacos en AN, TCANE y ARFID estaría limitado a formas graves con agitación, hiperactividad y/o intensa rumiación, que interfieren en la rehabilitación nutricional e intervención psicoterapéutica, o para el tratamiento de los trastornos comórbidos. En AN se usa olanzapina. En BN está indicado el uso de antidepresivos, como fluoxetina, asociada a TCC e intervención familiar. En TA se emplea zonisamida y topiramato (este menos por sus efectos adversos), y se ha estudiado atomoxetina. La FDA ha aprobado la lisdexanfetamina para

tratar el TA en adultos moderado a grave y bajo control por un psiquiatra especializado^(3,18,19).

Prevención

El paradigma de la promoción de la salud se muestra hasta la fecha como la fórmula más eficaz para favorecer una adecuada prevención de los TCA^(6,7).

El objetivo es modificar conocimientos, actitudes y conductas. Para ello es preciso el empleo de técnicas de implicación, una metodología pedagógica activa, participativa y experiencial, que responda a contenidos de procedimientos y actitudinales. Los estudios que producen mayores beneficios se dirigen a participantes con un riesgo relativo mayor para desarrollar TCA, son selectivos, interactivos, multisesión, dirigidos a mujeres mayores de 15 años, sin contenido psicoeducativo, llevados a cabo por profesionales de la intervención entrenados, con contenidos de aceptación corporal o inducción de disonancia cognitiva, evaluados con medidas validadas y con periodos de seguimiento más cortos^(6,7). La mitad de las intervenciones preventivas en los TCA (un 51%) reducen los factores de riesgo para los TCA y más de un cuarto (29%) reduce la patología alimentaria actual o futura. Algunos programas interesantes con buenos resultados son: *The Body Project*, *Sorority Body Image Program*, *Student Bodies* o el currículo manualizado ZARIMA (Fig. 1) y el DITCA en España^(6,7). En los últimos años, se han desarrollado programas de prevención dirigidos a abordar de forma conjunta e integrada el amplio espectro de los denominados “problemas relacionados con el peso y la alimentación (PRAP)”. En España, el currículo manualizado ZARIMA (Fig. 1) aplicado en Santander por el grupo SANTUCA, ha demostrado su efecto positivo preventivo sobre el sobrepeso. Otra intervención exitosa española, una aproximación integrada a la prevención de los PRAP, es el proyecto MABIC^(6,7,20).

Función del pediatra de Atención Primaria

Detección temprana, prevención primaria y secundaria, supervisión médica



Figura 1. Guía Programa ZARIMA.

de pacientes con TCA diagnosticado, coordinación de la atención y defensa de servicios adecuados⁽²⁾.

Conflicto de intereses

No hay conflicto de interés en la elaboración del manuscrito. Declaración de intereses: ninguno.

Bibliografía

Los asteriscos muestran el interés del artículo a juicio del autor.

- Ruiz-Lázaro PM. Guía de actuación ante los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) en la adolescencia en Atención Primaria. *Adolescere*. 2020; VIII; 63-9.
- ** Hornberger LL, Lane MA, Committee on Adolescence. Identification and Management of Eating Disorders in Children and Adolescents. *Pediatrics*. 2021; 147: e2020040279. doi: 10.1542/peds.2020-040279.
- ** Treasure J, Antunes Duarte T, Schmidt U. Eating disorders. *Lancet*. 2020; 395: 899-911.
- Salmerón MA, Román C, Casas J. Trastornos del comportamiento alimentario. *Pediatr Integral*. 2017; XXI: 82-91.
- Blanco MA. Detección precoz en población adolescente y adulto joven. En: Morandé G, Graell M, Blanco A, eds. *Trastornos de la conducta alimentaria y obesidad. Un enfoque integral*. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2014. p. 105-13.
- Ruiz-Lázaro PM. Prevención de los trastornos de la conducta alimentaria y obesidad. En: Ruiz-Lázaro PM, Velilla M, González E, coordinadores. *Buenas prácticas en prevención de trastornos de la conducta alimentaria*. Madrid: ediciones Pirámide; 2017. p. 25-53.
- Ruiz-Lázaro PM. Prevención de los trastornos de la conducta alimentaria y los diversos ámbitos de actuación. En: Martínez MA, ed. *Todo sobre los trastornos de la conducta alimentaria. Una visión multidisciplinar desde la experiencia y la evidencia científica*. Tarragona: Publicaciones Altaria; 2015. p.431-76.
- Ruiz-Lázaro PM, Calvo D, Pérez J, Gómez del Barrio JA, Calado M. Prevención secundaria de los trastornos de la alimentación en adolescentes escolarizados del norte de España. En: Ruiz-Lázaro PM, Velilla M, González E, coordinadores. *Buenas prácticas en prevención de trastornos de la conducta alimentaria*. Madrid: Pirámide; 2017. p. 267-83.
- Díaz-Marsá M, Alberdi-Páramo I, Niell-Galmés LL. Suplementos nutricionales en trastornos de la conducta alimentaria. *Actas Esp Psiquiatr*. 2017; 45: 16-36.
- Gorrell S, Stuart B Murray SB. Eating Disorders in Males. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*. 2019; 28: 641-51. doi: 10.1016/j.chc.2019.05.012. Epub 2019 Jul 11.
- Faya M, Graell M, Plana MT. Anorexia nerviosa. En: Lázaro L, Moreno D, Rubio B. *Manual de Psiquiatría de la infancia y la adolescencia*. Barcelona: Elsevier España; 2021. p. 336-44.
- Plana MT, Graell M, Faya M. Bulimia nerviosa y trastorno por atracón. En: Lázaro L, Moreno D, Rubio B. *Manual de Psiquiatría de la infancia y la adolescencia*. Barcelona: Elsevier España; 2021. p. 345-52.
- Bryant-Waugh R, Micali N, Cooke L, Lawson EA, Eddy KT, Thomas JJ. Development of the Pica, ARFID, and Rumination Disorder Interview, a multi-informant, semi-structured interview of feeding disorders across the lifespan: A pilot study for ages 10-22 *Int J Eat Disord*. 2019; 52: 378-87.
- Campuzano SH. Trastornos de la conducta alimentaria en el niño pequeño. *Pediatr Integral*. 2020; XXIV: 108-14.
- Cañas L, Palma C, Molano AM, Domene L, Carulla-Roig M, Cecilia-Costa R, et al. Avoidant/restrictive food intake disorder: Psychopathological similarities and differences in comparison to anorexia nervosa and the general population.

- Eur Eat Disord Rev. 2020. doi: 10.1002/erv.2815.
16. AEPNYA. Protocolos clínicos AEPNYA Asociación Española Psiquiatría del Niño y del Adolescente; 2008.
 17. Hilbert A, Hoek HW, Schmidt R. Evidence-based clinical guidelines for eating disorders: international comparison Curr Opin Psychiatry 2017; 30: 423-37. doi: 10.1097/YCO.0000000000000360.
 18. Hay Ph. Current approach to eating disorders: a clinical update. Intern Med J. 2020; 50: 24-9. doi: 10.1111/imj.14691.
 19. Klein DA, Sylvester JE, Schvey NA. Eating Disorders in Primary Care: Diagnosis and Management Am Fam Physician. 2021; 103: 22-32. PMID: 33382560.
 20. Ruiz-Lázaro PM. Obesidad. En: Lázaro L, Moreno D, Rubio B. Manual de Psiquiatría de la infancia y la adolescencia. Barcelona: Elsevier España; 2021. p. 511-20.
- Bibliografía recomendada**
- Morandé G, Graell M, Blanco A, eds. Trastornos de la conducta alimentaria y obesidad. Un enfoque integral. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2014. El manual de referencia en este momento en lengua española.
 - Martínez MA, ed. Todo sobre los trastornos de la conducta alimentaria. Una visión multidisciplinar desde la experiencia y la evidencia científica. Tarragona: Publicaciones Altaria; 2015. Un libro interesante, con una visión multidisciplinar de los TCA.
 - Ruiz-Lázaro PM, Velilla M, González E, coordinadores. Buenas prácticas en prevención de trastornos de la conducta alimentaria. Madrid: ediciones Pirámide; 2017. Se recopilan en este texto todos los programas de prevención primaria y secundaria españoles. Imprescindible, si se desea realizar prevención de los TCA.

Caso clínico

Mujer de 16 años y 10 meses de edad que, durante el confinamiento por COVID-19, presenta conducta restrictiva adelgazante con ingesta muy reducida, con pérdida ponderal grave en tres meses, con IMC muy bajo de 15,5 kg/m², con 40,4 kg, sin mejoría ambulatoria. Dieta vegetariana flexible, con alimentación extremadamente lenta hasta 120 minutos por comida con pantallas. Bajo estado anímico, ansiedad con amenorrea primaria, miedo morboso a engordar, dismorfofobia de abdomen, muslos y piernas (se medía la tripa), y con consecuencias físicas de su extrema malnutrición, como: alopecia, lanugo, mareos, estreñimiento, dispepsia y frialdad. Hipercolesterolemia en bioquímica. Con rasgos caracteriales premórbidos (sensible, perfeccionista).



Cuestionario de Acreditación

Los Cuestionarios de Acreditación de los temas de FC se pueden realizar en “on line” a través de la web: www.sepeap.org y www.pediatruiintegral.es.

Para conseguir la acreditación de formación continuada del sistema de acreditación de los profesionales sanitarios de carácter único para todo el sistema nacional de salud, deberá contestar correctamente al 85% de las preguntas. Se podrán realizar los cuestionarios de acreditación de los diferentes números de la revista durante el periodo señalado en el cuestionario “on-line”.



Cuestionario de Acreditación

A continuación, se expone el cuestionario de acreditación con las preguntas de este tema de *Pediatría Integral*, que deberá contestar “on line” a través de la web: www.sepeap.org.

Para conseguir la acreditación de formación continuada del sistema de acreditación de los profesionales sanitarios de carácter único para todo el sistema nacional de salud, deberá contestar correctamente al 85% de las preguntas. Se podrán realizar los cuestionarios de acreditación de los diferentes números de la revista durante el periodo señalado en el cuestionario “on-line”.

Trastornos del comportamiento alimentario (TCA)

9. Si hablamos de la valoración de los TCA mediante test y cuestionarios, señale la respuesta CORRECTA:
- Instrumentos de criba, como el *Eating Attitudes Test* y EAT-40, proporcionan un diagnóstico acertado de los TCA.
 - El SCOFF es un instrumento de criba de TCA validado en español, que consta solo de 6 preguntas dicotómicas (Sí/No).
 - El EAT-36 tiene versión española.
 - Para la anorexia nerviosa (AN) purgativa, los cuestionarios autoaplicados BITE y BULIT son los más adecuados.
 - Ante la sospecha de un posible caso, se aconseja la utilización de instrumentos de criba que no diagnostican, pero ayudan.
10. A propósito del tratamiento recomendado de los TCA, señale la respuesta CORRECTA:
- La recuperación es posible para más del 90% de los pacientes tras 9 años de enfermedad.
 - La primera línea en la atención son las terapias psicológicas efectivas, y la mayoría de las personas se recuperan a medio y largo plazo.
 - En la anorexia nerviosa, entre los factores que afectan a la planificación de la atención y el pronóstico, no se incluye la edad de inicio.
 - Se pueden definir como “tratamientos establecidos”, a los que se utilizan ampliamente, recomendados por expertos o probados en, al menos, un ensayo controlado aleatorizado, con un tamaño de muestra mínimo de 10 participantes.
11. El tratamiento interdisciplinar de los TCA basado en pruebas, señale la respuesta CORRECTA:
- La intervención temprana mejora los resultados; por lo tanto, es esencial un inicio rápido del tratamiento y una atención especializada.
 - Se ha descubierto que no es beneficioso aumentar el tratamiento hospitalario mediante intervenciones digitales y fomentar el apoyo de los cuidadores.
 - Las seis guías clínicas actuales respaldan los principales enfoques de tratamiento validados empíricamente con un acuerdo considerable.
 - Alrededor del 45% de los pacientes necesitarán un nivel más alto de atención, más intensa diurna u hospitalaria.
 - Un tratamiento atóxico basado en la familia (FBT) es la principal modalidad de atención en adultos.
12. En los tratamientos farmacológicos de los TCA, señale la respuesta CORRECTA:
- La mayoría de los usos también son “no autorizados” (“off label”), con la excepción de la atomoxetina, que está aprobada por la FDA para el trastorno por atracón (TA) moderado a grave y bajo control por un psiquiatra especializado.
13. En la prevención de los TCA, señale la respuesta CORRECTA:
- El paradigma de la promoción de la salud se muestra, hasta la fecha, como la fórmula menos eficaz para favorecer una adecuada prevención de los TCA.
 - El currículo manualizado ZARIMA no tiene buenos resultados.
 - Se han desarrollado programas de prevención dirigidos a abordar de forma conjunta e integrada los “problemas relacionados con el peso y la alimentación (PRAP)”.
- b. Hay numerosos ensayos con amplias muestras de antipsicóticos de segunda generación, como la olanzapina, con resultados mixtos.
- c. En la bulimia nerviosa (BN) está indicado el uso de fluoxetina, asociada a la terapia cognitivo-conductual y a la intervención familiar.
- d. Zonisamida y atomoxetina no parecen ser nada efectivas en el TA.
- e. El uso de psicofármacos en anorexia nerviosa (AN), TCA no especificado (TCANE) y trastorno por evitación-restricción de la ingesta de alimentos (ARFID) no estaría limitado a las formas graves con agitación, hiperactividad y/o intensa rumiación, o para la comorbilidad.

- d. Los programas que producen mayores beneficios son: selectivos, interactivos, multisesión, dirigidos a mujeres menores de 15 años y con contenido psico-educativo.
- e. Un cuarto de las intervenciones preventivas en los TCA reducen los factores de riesgo para los TCA y más de la mitad reduce la patología.

Caso clínico

14. Respecto al caso clínico, es criterio de derivación a unidad especializada, señale la respuesta CORRECTA:

- a. Una pérdida de peso con IMC $<17 \text{ kg/m}^2$ (o equivalente según tablas percentiladas).
- b. Tratamiento ambulatorio sin éxito tras seis meses de activo tratamiento en Atención Primaria.
- c. Amenorrea de más de 9 meses en relación con el TCA.
- d. Pérdida ponderal acelerada de más de 1 kg por semana.
- e. Temperatura menor de 35°C .

15. Respecto al caso clínico, son posibles factores de riesgo para su TCA, señale la respuesta CORRECTA:

- a. Confinamiento por COVID-19.
- b. Perfeccionismo.
- c. Género femenino.
- d. Uso de pantallas.
- e. Todas las anteriores.

16. Respecto al caso clínico, NO son posibles consecuencias de la malnutrición, señale la respuesta correcta:

- a. Bajo estado anímico y ansiedad.
- b. Alopecia y lanugo.
- c. Amenorrea primaria.
- d. Hipocolesterolemia.
- e. Estreñimiento y dispepsia.