

Evaluación y tratamiento de la anorexia y bulimia. Práctica clínica

Montserrat Graell Berna

Unidad Trastornos de Alimentación

Servicio de Psiquiatría y Psicología del Niño y el Adolescente

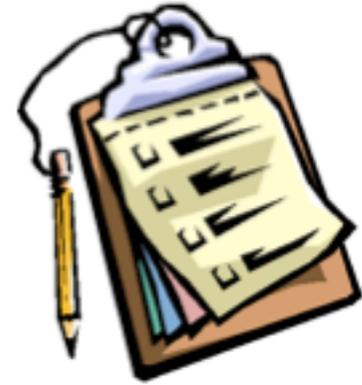
montserrat.graellsalud.Madrid.org



**Hospital Infantil Universitario
Niño Jesús**



Agenda



- Cuestiones básicas
- Signos de Alarma de Trastornos de Alimentación.
- Evaluación y diagnóstico.
- Principios de tratamiento.
- Tratamiento específico.

El hoy de los TCA en niños y adolescentes

- **Estabilidad de incidencia y prevalencia *general* de AN y BN** desde los 90 - 7,4-7,7 y 8,6-9/100.000 año y 1% y 3% respectivamente- (*Smink et al 2012*)
- **Incremento prevalencia en edades de 15 a 19 años**
 - **Diagnóstico precoz:** cuadros clínicos en curso
 - **Inicio más precoz** del TCA (*Favaro et al 2013*):
- **Más atención a TCA de la edad escolar: T.E.R.I.**
- **Tratamientos con evidencia científica:**
 - Intervención familiar para primer episodio de Anorexia nerviosa
 - Psicoterapia Cognitivo-conductual para Bulimia nerviosa
 - ISRS para Bulimia nerviosa

Cuestiones básicas

Hitos evolutivos de la ingesta

- **1º año:** lactancia y **paso a la cuchara**, alimentos sólidos: texturas, sabores. Reflujo. Vómitos. Se establece “Estilo alimentario”: voraz, inapetente...
- **2º año:** ritual de comida. El “no”: **Neofobia**.
- **3- 6 años (Pre-escolares):** Adquisición de autonomía. **Comida selectiva**.
- **6-13 años (Escolares):** Autonomía en la conducta alimentaria. Conductas desafiantes o retadoras. Corporalidad: adquisición **imagen corporal**. Miedos: **disfagia**. **Síntomas digestivos como expresión malestar psicológico**.
- **14 a 18 años (Adolescencia):** **Corporalidad**. Socialización. Identidad.



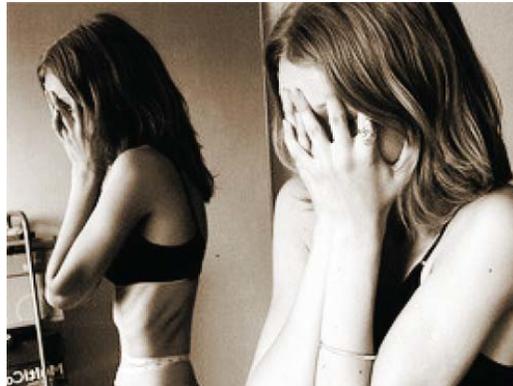
Cuestiones básicas

Evolutiva de la ingesta

Todas las edades:

Alimentación y cuerpo como expresión de:

- *Malestar psicológico y relacional (vincular)*
- *Dificultades de auto-regulación y afrontamiento del stress.*



Cuestiones básicas

Tipos de trastornos de alimentación en infancia

ORGÁNICO

- Enfermedad orgánica en la etiopatogenia y presente

PSIQUIÁTRICO

- Trastorno vincular específico
- Sin trastorno vincular

MIXTO

- Presencia de enfermedad orgánica en el origen o evolución pero no en la actualidad.

Definiciones Básicas

Clínica del trastorno de la Ingesta/ alimentación “Psiquiátrico” en la infancia, edad escolar y (adolescencia)

- Niños que no comen suficiente / escaso interés por la comida: ANOREXIA NERVIOSA
- Niños que sólo aceptan una dieta limitada por unas características sensoriales: COMEDORES SELECTIVOS
- Niños que rechazan la comida en relación a una experiencia aversiva: DISFAGIA FUNCIONAL

Alteración del desarrollo físico y funcionamiento psicosocial.

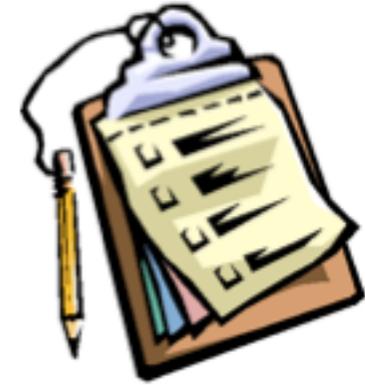
Definiciones Básicas

Trastorno de alimentación en edad escolar y adolescencia

Trastorno mental de origen bio-psico-social que cursa con:

- **Conducta alimentaria alterada** –**restricción ingesta y/o atracones**-con/sin conductas compensatorias de la ingesta calórica (ejercicio, purgas –vómitos, laxantes, diuréticos-, productos adelgazantes).
- **Pérdida de peso o no ganancia** del peso esperado por edad y etapa de desarrollo que provoca **estado de malnutrición**.
- Síntomas cognitivos y emocionales: *edad pre-puberal y adolescencia*
 - Sobre-estimación o distorsión de la **auto-imagen corporal**
 - Dificultad para **percibir y atribuir** adecuadamente las **propias señales corporales** como hambre, sed, volumen corporal, fatiga: escasa conciencia de estado de enfermedad
 - **Preocupación, obsesividad y miedo al peso y la comida**

Agenda



- Definiciones Básicas
- **Signos de alerta de Trastornos de Alimentación.**
- Evaluación y diagnóstico.
- Principios de tratamiento.
- Tratamiento específico.

¿Qué son los SIGNOS DE ALERTA....?

- **FACTORES DE RIESGO**

- Incrementan probabilidad de padecer la enfermedad

Ej: Enfermedades perinatales, perfeccionismo, dietas

- **PRODROMOS**

- Síntomas tempranos que marcan el inicio inminente de la enfermedad

Ej: saltarse comidas, interés excesivo por el peso

- **SINTOMAS INICIALES**

- Primeros signos/síntomas

Ej: no progresión de peso

Signos de alerta en edad infantil

- *Presencia de enfermedades orgánicas: FACTOR DE RIESGO*
 - Complicaciones perinatales: C.I.R., prematureidad, R.N. bajo peso.
 - Alteraciones neurológicas, orofaríngeas.
 - Enfermedades digestivas: reflujo GE
 - SNG
- **PRODROMOS Y SINTOMAS INICIALES**
 - **Dificultad manifiesta para alimentar al niño**
 - **No progresión en el aumento de peso**
 - Alteración en la homeostasis: ritmos biológicos
 - **Trastornos del sueño moderado-severo**
 - A partir de los 24 meses: **Persistencia en la comida selectiva o Neofobia evolutiva**



Signos de alerta en edad infantil

Dificultades vinculares: Fallo de medro primeros días, semanas...

- Asincronía de la díada
- CUIDADOR:
 - Insensibilidad a estilo alimentario del niño
 - Enfermedad cuidador:
 - enfermedad mental o trastorno de personalidad, ej.depresión post-parto.
- OFERTA VINCULAR DEL NIÑO alterada:
 - Pasividad
 - Irritabilidad
 - Inapetencia extrema



Edad Escolar



Signos de alerta en edad escolar

CAMBIOS EN LA CONDUCTA ALIMENTARIA



- **Negativa / evitación** a la ingesta de **algunos** alimentos o **texturas**.
- **Acumular comida en la boca**
- **Evitar tragar**
- **Intentar saltarse comidas**
- **Comida en secreto: picoteo, atracón**
- **Esconder comida o restos de comida**
- **Tirar comida**
- **Regurgitación, Vómitos**



Signos de alerta en edad escolar

QUEJAS SOMATICAS sin correlato orgánico:

- **Dolor abdominal** difuso post-prandial, continuo
- Dificultad o dolor al tragar
- Náuseas
- Sensación de plenitud gástrica
- Inapetencia
- Estreñimiento



Primero: Descartar enfermedad orgánica!!!

Signos de alerta en edad escolar

CAMBIOS FISICOS



- **Detección** curva de peso y altura o del desarrollo puberal.
- **RAPIDA** pérdida de peso (sin llegar al 15% de pérdida), incluido desde sobrepeso.
- **Problemas de sueño: Insomnio, Parasomnias.**

CAMBIOS EN ACTIVIDAD FISICA

- **Aumento de actividad física** especialmente después de comer

Signos de alerta en edad escolar

CAMBIOS EN LA PREOCUPACION POR PESO Y FIGURA

- **Obsesividad:** verbalización de preocupaciones corporales.
- **Egosintónico**

CAMBIOS EN ESTADO DE ANIMO

- **Irritabilidad, rabietas, ataques de ira.**
- Tristeza, pasividad
- Tozudez, oposicionismo.
- Incontinencia emocional: incremento frecuencia del llanto
- **Miedos diversos:** quedarse solo, oscuridad, dormir solo, a la enfermedad y a la muerte.
- Preocupación por la salud y seguridad de los padres
- **Incremento o re-aparición de Ansiedad de separación**
- Actitud Omnipotente o tiránica



Signos de alerta en edad escolar

- FUNCIONAMIENTO FAMILIAR:
 - DIFICULTAD PARA ALIMENTAR AL NIÑO
 - Reacción de la familia a los síntomas: negación, inconsistencia...
- AISLAMIENTO SOCIAL
- CAMBIO EN RENDIMIENTO ESCOLAR
 - Incremento del rendimiento por más horas de dedicación al estudio
 - Dificultades en la atención/concentración

Signos de alerta en edad escolar

CLAVES

- Problemas de alimentación como expresión del malestar psicológico, familiar y/o social (Acoso!!!).
- Ansiedad generalizada o específica
- Problemas vinculares



y en la adolescencia???



Signos de alerta en adolescencia

- PATRONES ALTERADOS DE ALIMENTACION Y PESO
 - **Negativa / evitación** a la ingesta de algunos alimentos
 - Sobre-ingesta
 - **Intentar saltarse comidas**, Comida en secreto, Esconder o tirar comida o restos de comida
 - **Detección curva de peso y altura**: Percentiles
 - Pérdida de peso rápida o insidiosa (sin llegar al 15% de pérdida, aún desde sobrepeso)
 - **Pérdida de peso no justificable tras enfermedad física** (ej. Mononucleosis infecciosa). Desencadenante físico.
 - **Vómitos** sin atracones y sin causa orgánica.
- CAMBIOS EN ACTIVIDAD FISICA
 - **Incremento o interés nuevo** -Incluidos deportistas-

Signos de alerta en adolescencia

- CAMBIOS EN LA PREOCUPACION POR PESO Y FIGURA
 - Hablar con frecuencia e intensidad de **comida, calorías, peso** – **OBSESIVIDAD**- aún sin pérdida de peso.
 - **EGOSINTONICO: MOTIVACION AL CAMBIO ESCASA.**

Consultar en pediatría, atención primaria o endocrino por dietas sin necesitarlas!!!

- CAMBIOS EN ESTADO DE ANIMO
 - Irritabilidad, inestabilidad emocional.
 - Tristeza, pasividad, apatía
 - Incontinencia emocional con llanto frecuente

Signos de alerta en adolescencia

- **FUNCIONAMIENTO FAMILIAR:**

- Niño o adolescente en medio familiar: irritabilidad, ira,
- Reacción de la familia a los síntomas: negación, inconsistencia...
- **ALERTA DE LA FAMILIA POR LAS CONDUCTAS OBSERVADAS**

- **AISLAMIENTO SOCIAL**

- Rechazo a socializar, sentirse diferente
- Competitividad
- **COMPARACION EXAGERADA** (no solo corporal)

“No estoy gorda, lo estoy en comparación con ellas”

- **CAMBIO EN RENDIMIENTO ESCOLAR**

- Incremento del tiempo dedicado al estudio o del rendimiento

Signos de alerta en adolescencia

SIGNOS FISICOS:

- **Cambios en el peso: pérdida u oscilaciones**
- **AMENORREA**
 - Secundaria: a veces sin pérdida de peso importante (8%).
 - Primaria tras una Telarquia prolongada: detención desarrollo
Aunque haya antecedentes en la familia de menstruación tardía
- **Pérdida de peso tras enfermedad que no se recupera.**
 - Ej: tras mononucleosis infecciosa
- **Quejas somáticas inespecíficas que justifican la alteración de la ingesta:** pirosis, estreñimiento, dolor abdominal, sensación de plenitud.

Signos de alerta en adolescencia

SIGNOS FISICOS:

- **Diabéticos con escasa adherencia al tratamiento y mal control**
 - TCA dos veces más frecuentes que en otros adolescentes.
 - Práctica más habitual: **Omisión de insulina para perder peso**
 - 30% diabéticos conductas purgativas
 - **Más frecuente la Bulimia Nerviosa**
 - Factores de vulnerabilidad: restricción de la dieta, aumento de peso al inicio tratamiento con insulina, control de insulina, enfermedad crónica en adolescencia, compromiso en la autonomía.
 - **Descartar TCA en casos de: Signos Alarma**
 - DM inestable -hiperglucemias, aumento Hb glicosilada-,
 - preocupación por peso y comida –solicita cambios dieta, ejercicio excesivo-.
 - inestabilidad psicosocial –no revisiones, síntomas depresivos-.
 - Diabetes Eating Problems Survey (DEPS-R)
 - Consecuencias:
 - Incremento de Hb glicosilada
 - Patología microvascular: retinopatía, nefropatía.

Olmsted MP et al. Prediction of the onset of disturbed eating behavior in adolescent girls with type 1 diabetes. [Diabetes Care](#) 2008;31:1978-1982.

Signos de alerta en adolescencia

- ◆ **Analítica normal** en mujer que pierde peso o con estilo alimentario alterado según observación familiar.
- ◆ **Negación manifiesta y con gran carga emocional** por parte del adolescente de la conducta alimentaria observada por los padres.
- ◆ Conducta alimentaria o síntomas compensatorios (vómitos, ejercicio excesivo) alterada referida por los **profesores, compañeros**.

Signos de alerta en adolescencia

- Interés creciente (compulsión) en webs específicas o redes sociales de:
 - Dietas
 - Imagen corporal
 - Trastornos de alimentación: “ana y mia”
 - Autolesiones
- Consultar por dietas sin sobrepeso



Signos de Alerta en la Adolescencia

CUESTIONARIOS DE SCREENING

SCOOF

Sensibilidad 81,9% y Especificidad 78,7%

- **2 respuestas positivas (2 puntos)** punto de corte en versión española
- Para detección de TCA en Atención Primaria, tanto Anorexia nerviosa, Bulimia nerviosa como Trastornos del Comportamiento Alimentario No Especificado.

Validación española por Garcia-Campayo et al. Psychosomatic Res.2003

TABLA 1. Test de SCOFF. Test de cribado para la detección del riesgo de trastornos de la conducta alimentaria

1. Do you make yourself sick because you feel uncomfortably full?

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

2. Do you worry that you have lost control over how much you eat?

¿Estás preocupado/a porque sientes que tienes que controlar todo lo que comes?

3. Have you recently lost more than one stone (6,3 kg) in a 3 month period?

¿Has perdido recientemente más de 6 kg en un período de 3 meses?

4. Do you believe yourself to be fat when others say you are too thin?

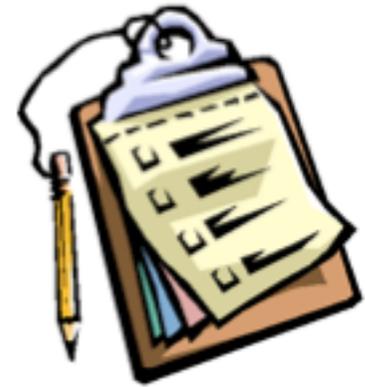
¿Crees que estás gordo/a aunque otros digan que estás demasiado delgado/a?

5. Would you say that food dominates your life?

¿Dirías que la comida domina tu vida?

Cada «sí» = 1 punto. Una puntuación ≥ 2 puntos indica un probable caso de trastorno de la conducta alimentaria.

Agenda

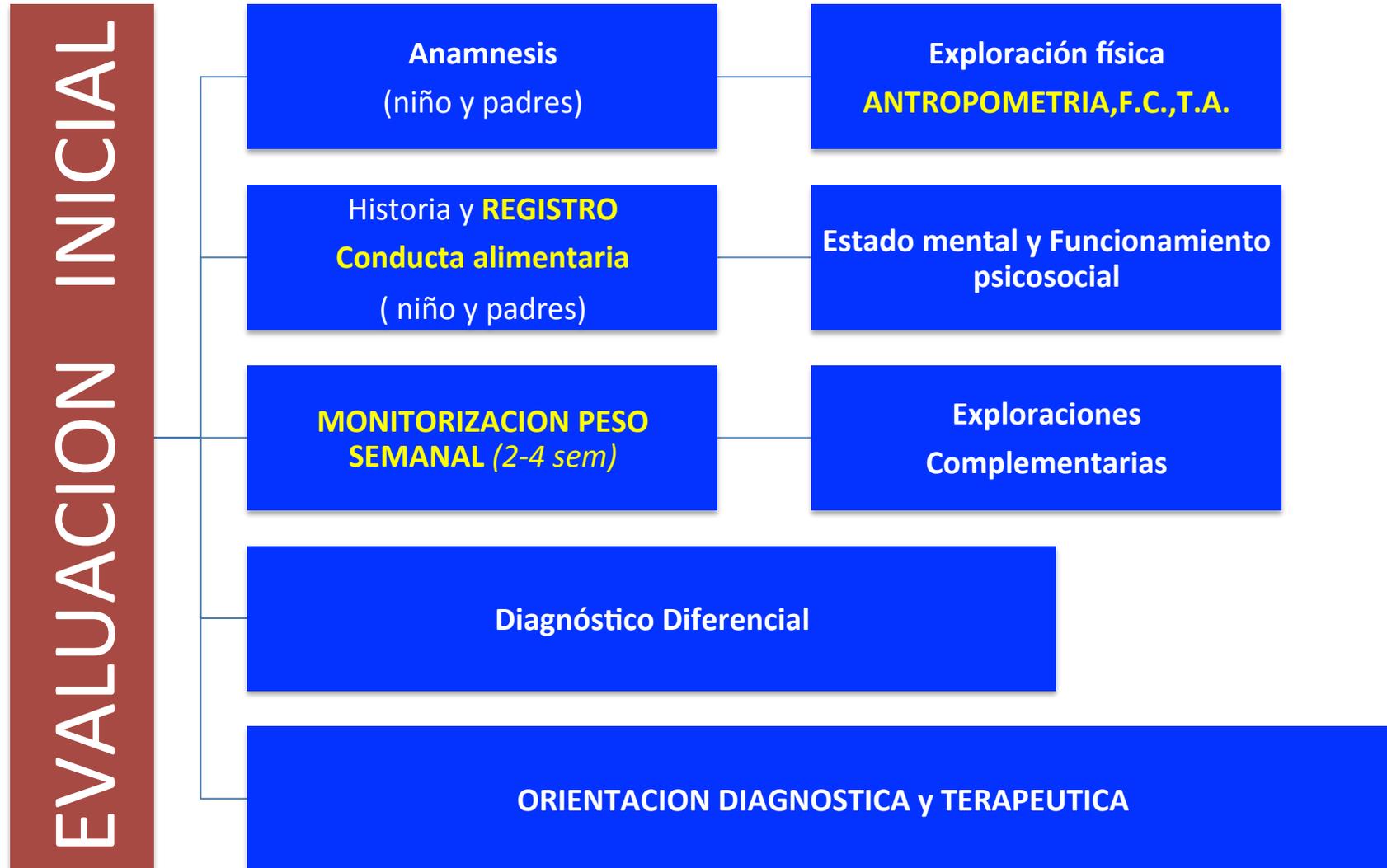


- Definiciones Básicas
- Signos de Alarma de Trastornos de Alimentación.
- **Evaluación y diagnóstico.**
- Principios de tratamiento.
- Tratamiento específico.

¿Qué hacer cuando se sospecha TCA?

- **EVALUACIÓN INICIAL: CLINICA (niño y padres)**
 - Establecer **orientación clínico-diagnóstica** : Alerta cumplimiento criterios*
 - Severidad de síntomas: **establecer estado nutricional**
 - Evaluación psicosocial inicial
 - **Registro de comidas y actividad física al menos 1 semana**
 - **Obtener historia de hábitos alimentarios de padres o A.B.O.S. *Los informantes son bastante certeros***
- **MONITORIZAR PESO SEMANAL (dos veces semana) durante al menos 1 mes. CRITERIO DIAGNOSTICO EVOLUTIVO**

Evaluación como proceso terapéutico: *alianza terapéutica* con niño y padres



Clínica de los TCA

Expresión sintomática esta mediada por:

✓ Los ***estadios de neurodesarrollo o evolutivos***

- Capacidad verbal, abstracción, modulación de las emociones, insight, “conducta antes que pensamiento”
- Retraso del crecimiento y de la pubertad

✓ ***Factores temperamentales*** del niño o adolescente

- Irritabilidad, pasividad, impulsividad, evitación

✓ ***Los padres/familia son los informantes principales***

- Acomodación sintomática

✓ La ***detección precoz en estadios iniciales*** del trastorno da lugar al diagnóstico de síndromes incompletos o en evolución

Curso clínico de los TCA

- **Factores de riesgo**

Síntomas tempranos,
Signos de alerta

- **Pródromos**

- **Síntomas iniciales**

- **Síntomas completos**

AN a BN 40% a 6 años

- **Viraje diagnóstico**

- **Remisión parcial**

- **Remisión total**

- **Recaída**

- **Cronicidad**

Factores
mantenimiento
Resistencia al
cambio

Factores de Protección



- Educación en **hábitos de salud**
- Alimentación sana familiar: **Modelamiento**
- Comidas regulares con la familia, convivencia.
- **Transmisión de valores culturales**
- **Alfabetización** en medios
- **Límites y seguridad**
- Implicación familiar en detección y tratamiento
- Deporte

Academy For Eating Disorders Position Paper: The Role Of The Family In Eating Disorders. Le Grange D., Lock J., Loeb K., Nicholls D. Int J Eat Disord 2010

Factores de Riesgo

- **Vulnerabilidad genética:** HEREDABILIDAD 50-60%
 - Psicológica: rasgos de temperamento
 - Vulnerabilidad neuropsicológica
 - Vulnerabilidad familiar
 - Regulación de la ingesta: sobrepeso
- **Neurodesarrollo:**
 - Factores perinatales
 - Enfermedades orgánicas
 - Vínculo
 - Adversidad psicosocial
- **Valores culturales y familiares**
 - Imagen corporal/peso
 - Alimentación
 - Estilo de vida
- **Conductas de riesgo:**
DIETA (+ insatisfacción + emoción negativa)



Curso clínico de los TCA

- **Factores de riesgo**

Síntomas tempranos,
Signos de alerta

- **Pródromos**

- **Síntomas iniciales**

- **Síntomas completos**

AN a BN 40% a 6 años

- **Viraje diagnóstico**

- **Remisión parcial**

- **Remisión total**

- **Recaída**

- **Cronicidad**

Factores
mantenimiento
Resistencia al
cambio

Manifestaciones clínicas de los TCA

TCA tienen dos componentes

1.- Alteración **conductual y psicopatológica** asociada con los problemas psicológicos.

2.- Alteraciones **físicas** : epifenómenos resultado de la malnutrición y de las conductas patológicas.

Evaluación TCA niños y adolescentes

- **Varios informantes:** niño, padres, escuela
- Entrevista/exploración conjunta
- Entrevista individual: dar voz al niño, relación terapéutica.
- **Exploración específica OBLIGATORIA:**
 - Física: ANTROPOMETRIA, EXPLORACION POR APARATOS... alerta a los signos de desnutrición/deshidratación!!!
 - Psicométrica: EAT-Ch (niños) ; SCOFF , EAT (adolescentes); ABOS (padres)
- Diferentes etapas de neuro-desarrollo: diferente expresión sintomática

Evaluación TCA niños y adolescentes: Entrevista

- *“¿Por qué CREES que estamos aquí?”* Motivo de consulta: específico o general.
- Observación de su aspecto y actitud
- Psicopatología específica:
 - “Hablemos de tus comidas”*
 - Frecuencia , cantidad, tipo (selección de alimentos), ritmo.
 - Sentimientos después y antes de comer: preocupación por la comida o por estar demasiado lleno, pérdida de placer y de significado social
 - Conductas después de comer: ejercicio, purgas
 - Alteración de la percepción de hambre-saciedad
 - “¿Cómo te sientes con tu cuerpo?”*:
 - Imagen corporal: deseo de delgadez, preocupación por la corporalidad, dismorfofobia, intelectualidad de figura, ascetismo.

Evaluación TCA niños y adolescentes: Entrevista

- “¿Cómo te sientes, piensas?” : Exploración psicopatológica
 - Atención y Concentración . Rigidez cognitiva
 - Ansiedad y miedos y en relación a qué: corporalidad, social, familia, escuela...
 - Sentimientos depresivos: cronología, reactividad, inestabilidad emocional, irritabilidad.
 - Alexitimia: dificultad para expresar sentimientos y emociones
 - Rumitaciones, Obsesividad y rituales
 - Compulsiones
 - Impulsividad
 - Pensamientos de muerte y/o suicidas
 - Estilo cognitivo: dicotómico, mágico, abstracción selectiva, magnificación, generalización, autorreferencial, defectos de self (autoestima)

Hablemos de lo impensable: abuso, maltrato



Hospital Infantil Universitario
Niño Jesús

Comunidad de Madrid

Evaluación TCA niños y adolescentes: Exploración Física y Complementarias



- Exploración Física por aparatos. **OBLIGATORIA**
- **Peso, talla –pliegues- y Constantes:** FC, TA, Temperatura **OBLIGATORIA**
- **Analítica general:** hemograma, electrolitos, función renal y hepática, lípidos, Hierro, hormonas tiroideas. **OBLIGATORIA**
Marcadores nutricionales: C3, C4, Proteínas séricas (transferrina, albúmina, PTR) colinesterasa, 25-OH vitamina D.
- EKG y (Ecocardiograma): adaptación cardiovascular a la malnutrición **OBLIGATORIA**
- TAC/RMN: Vómitos nocturnos, signos neurológicos
- ORL/ DIGESTIVO: Disfagia, Reflujo
- PSICOMETRIA: Ch EAT, EAT, SCOFF

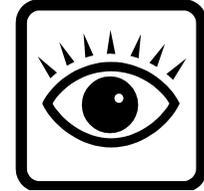
Evaluación familiar

- Historia clínica del paciente: **hábitos alimentarios pasados y actuales y ABOS: CAMBIOS ????**
- Estilo de Apego
- Estilo Educativo
- Comunicación familiar
- Emoción Expresada
- Patología padres
- Capacidad para el cuidado.
- Estrategias de afrontamiento



Los informantes son bastante certeros

No debe hacer descartar anorexia nerviosa.....



- Sexo masculino, edad < 12 años
- Negativa a deseo de perder peso o verse obeso
- AUSENCIA de alteraciones analíticas de malnutrición
- Sintomatología depresiva
- Trastorno orgánico o estrés al inicio de la pérdida de peso
- No dieta, pero presencia de ejercicio exagerado o compulsivo (incluidos profesionales)

DIAGNÓSTICO según edad inicio CICLO VITAL

TRASTORNOS DE ALIMENTACION INICIO EN LA INFANCIA:

TRASTORNO DE LA INGESTA EVITATIVO/ RESTRICTIVO (DSM-5):

- ANOREXIA INFANTIL
- TRASTORNO DE LA REGULACION ALIMENTARIA
- T.C.A. DEL VINCULO
- COMEDORES SELECTIVOS
- T.C.A. POST-TRUMATICO
- T.C.A. ASOCIADO ENFERMEDADES ORGANICAS

PICA
RUMIACION

TRASTORNOS DE ALIMENTACION PRE-PUBERALES/INICIO TEMPRANO

• TRASTORNO DE LA INGESTA EVITATIVO/RESTRICTIVO (DSM-5):

- COMEDORES SELECTIVOS
- DISFAGIA FUNCIONAL
- RECHAZO EMOCIONAL DE COMIDA
- T.A. INICIO INFANTIL

- ANOREXIA NERVIOSA (PRE-PUBERAL)
- BULIMIA NERVIOSA
- TRASTORNO POR ATRACON

Nacimiento

6 años

13 años

TRASTORNOS DE ALIMENTACION INICIO EN LA ADOLESCENCIA

- ANOREXIA NERVIOSA
- BULIMIA NERVIOSA
- T.C.A.N.E.
- TRASTORNO POR ATRACON

18 años

-Vómitos Cíclicos / Psicógenos ?
- Hiperfagias asociadas a Obesidad

Cambios DSM-5 (y CIE 11^a)

Trastornos de la nutrición y la alimentación agrupados **para todas las edades**.

- **Anorexia Nerviosa** : peso en relación a momento evolutivo, se ha eliminado el requerimiento de amenorrea, y el criterio B no sólo incluye miedo a ganar peso o alteración de la imagen corporal sino también **conductas persistentes que interfieren con la ganancia o mantenimiento de peso**. Evita estigmatización.

- **Bulimia Nerviosa y Trastorno por Atracón** : en el DSM5 la frecuencia requerida de atracones y conductas compensatorias baja de dos a la semana durante 6 meses, a una a la semana durante tres meses.

- Introducción de una nueva categoría diagnóstica: **Trastorno evitativo /restrictivo de la ingesta (TERI)**.

- Tanto la **Pica y Ruminación** como el Trastorno de evitación/restricción de ingesta de alimentos como los Trastorno de eliminación, se pueden diagnosticar a cualquier edad en el DSM-5.

- Eliminación del trastorno de alimentación de inicio en la infancia

TRASTORNO DE LA INGESTA EVITATIVO/RESTRICTIVO (DSM-5)

A. Alteración en comer o alimentarse (incluyendo pero no limitado a una aparente falta de interés en la comida; evitación basada en las características sensoriales de los alimentos; o la preocupación por las consecuencias aversivas de comer) que se manifiesta por el **fracaso persistente para satisfacer las necesidades nutricionales y / o energéticas adecuadas asociadas con uno o más de los siguientes:**

1. Pérdida significativa de peso (o la falta de aumento de peso o retraso en el crecimiento en los niños);
2. Deficiencia nutricional significativa
3. Dependencia de alimentación enteral o suplementos nutricionales;
4. Interferencia marcada con el funcionamiento psicosocial.

TRASTORNO DE LA INGESTA EVITATIVO/RESTRICTIVO (DSM-5)

B. No hay evidencia de que la falta de alimento disponible o una práctica sancionada culturalmente asociada sea suficiente para explicar el trastorno.

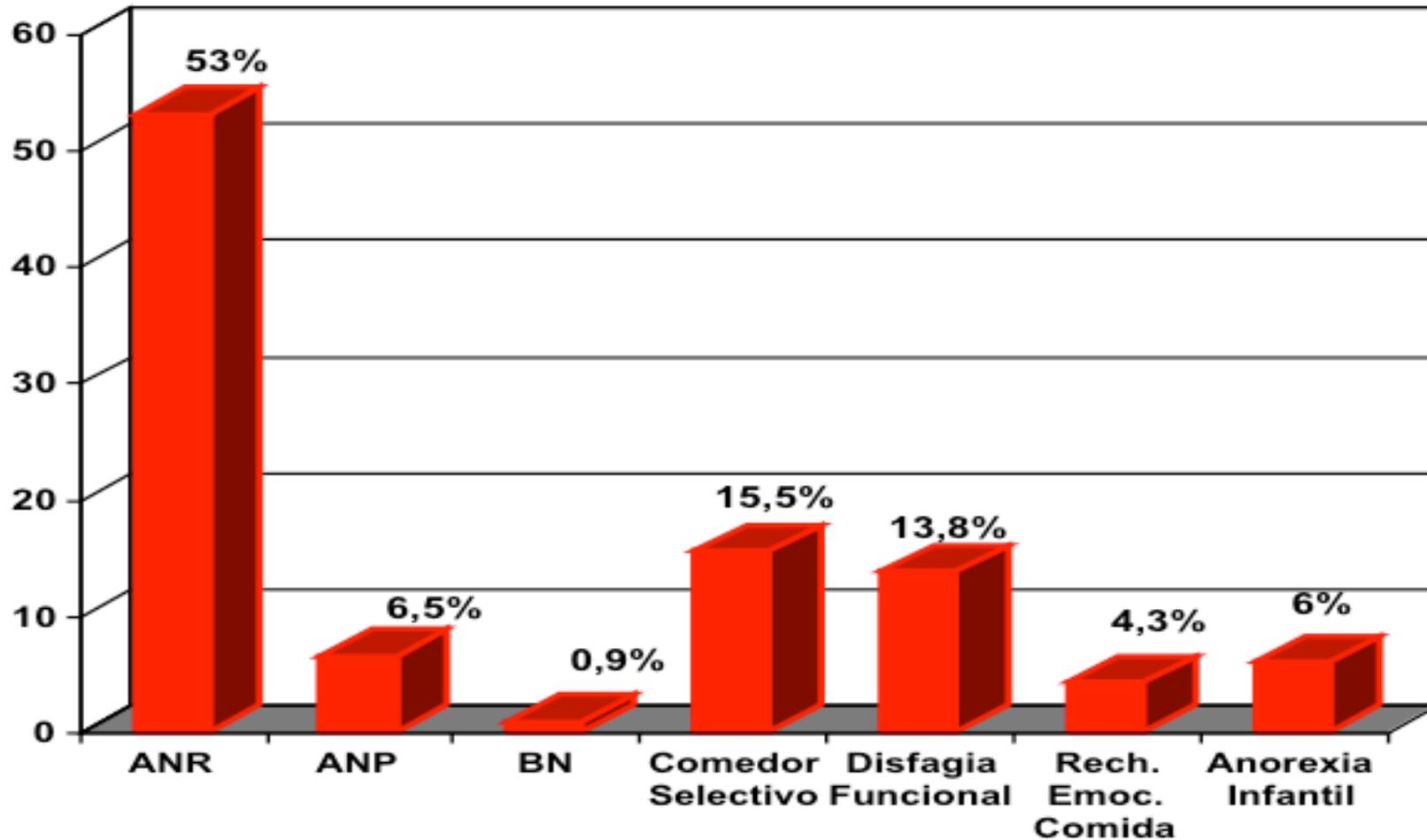
C. La alteración alimentaria ***no se produce exclusivamente durante el curso de la anorexia nerviosa o bulimia nerviosa***, y no hay evidencia de una alteración en la forma en la que se experimenta el propio peso o figura corporal.

D. El trastorno alimentario **no se explica mejor por una condición médica concurrente u otro trastorno mental**. Cuando se produce en el contexto de otra condición o trastorno, la gravedad del trastorno alimentario supera lo habitualmente asociado con la afección o trastorno y justifica atención clínica adicional

Nota: El texto incluirá la descripción de tres subtipos principales:

- *personas que no comen lo suficiente / muestran poco interés en la alimentación;*
- *personas que sólo aceptan una dieta limitada en relación con las características sensoriales;*
- *y, las personas cuyo rechazo a la comida se relaciona con una exper*

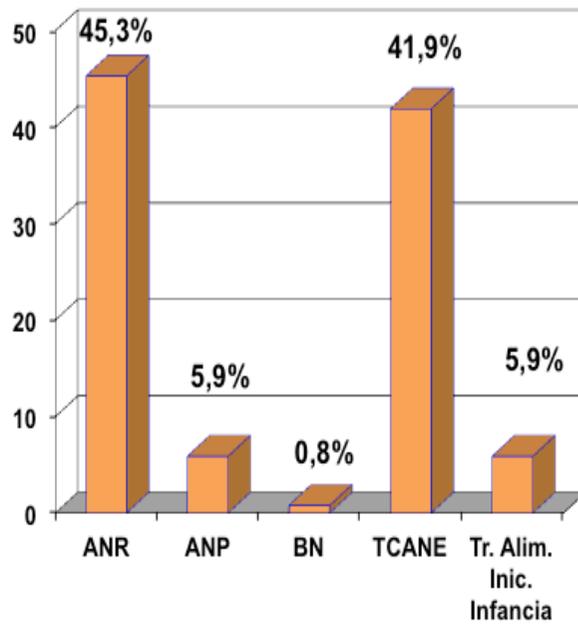
ESTUDIO TAIT: Diagnóstico TCA edad escolar según GOSH (Lask&Bryant-Waugh, 1997)



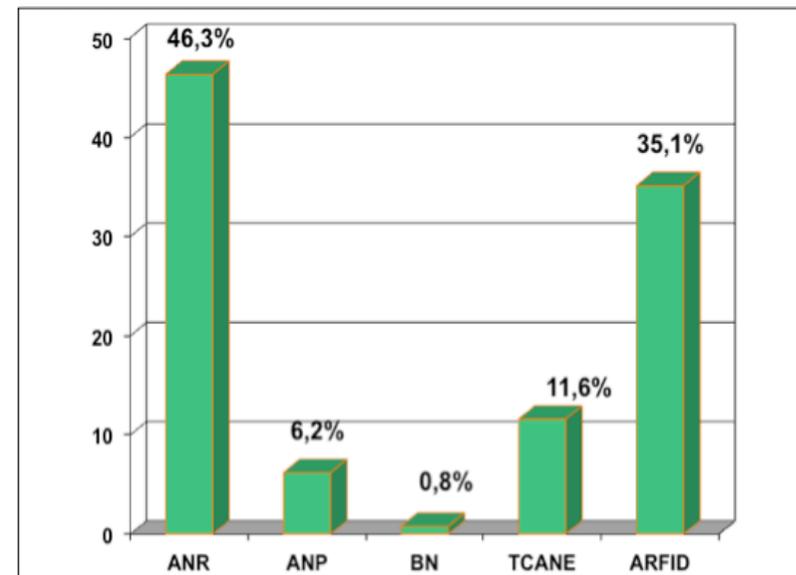
N=250

Estudio TAIT: Diagnóstico DSM

DSM-IV-TR



DSM-5



n=250

Estudio TAIT

Trastorno Evitación/Restricción de Ingesta vs. Anorexia Nerviosa

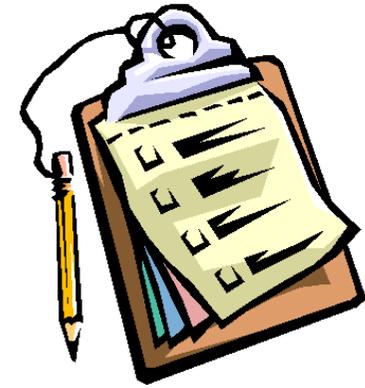
	A.N. (n=128)	T.E.R.I. (n=84)	t Student Chi Cuadrado (p)
Edad	12,07 (d.t.:0,99)	9,75 (d.t.1,71)	p=0.001
	<12a.: 33/128 (25,7%)	<12a:70/84 (83,3%)	p=0.001
	12-13 a.:95/128 (74,2%)	12-13 a: 14/84 (16,6%)	
Género	M: 113/128 (88,2%) H: 15/128 (11,7%)	M:55/84 (65,4%) H: 29/84 (24,52%)	p=0.001
Duración Trastorno (meses)	x: 10,5 (d.t.:9,3)	x: 32,9 (d.t.: 42,6)	p=0,001
I.M.C. Kg/m2	x=15,7 (d.t.:2,1)	x=15,1 (d.t.:2,10)	p=0.04
Z score I.M.C.	x= -0,95 (d.t.: 0,61)	x=-0,82 (d.t.:0,73)	n.s.
% Peso Perdido	x= 20,7 (d.t.:7,29)	x=12,8 (d.t.:6,7)	p=0,001
Ejercicio físico excesivo	83/112 (74,1%)	3/70 (4,2%)	p=0,001
Hx. Vómitos	11/120 (9,1%)	16/67 (23,8%)	p=0,001
Probl Aliment Tempranos	22/109 (20,18%)	24/64 (56,2%)	p=0,001

Estudio TAIT

Trastorno Evitación/Restricción de Ingesta vs. Anorexia Nerviosa

Motivo alter. alimentación	A.N. (n=100)	T.E.R.I. (n=83)	Chi Cuadrado (p)
Adelgazar	52/100 (52%)	0	
Inapetencia	14/100 (14%)	21/83 (25,3%)	
Molestias Físicas	5/100 (5%)	12/83 (14,4%)	
Miedo atragantarse	0	31/83 (37,3%)	
Miedo a engordar	19/100 (19%)	0	X:130,9 gl6 p=0,001
Insatisfacción corporal	10/100 (10%)	0	
Aversión sensorial	0	18/83 (21,6%)	

Agenda



- Definiciones Básicas
- Signos de Alarma de Trastornos de Alimentación.
- Evaluación y diagnóstico.
- **Principios y proceso de tratamiento.**
- Tratamiento específico.

Principios generales de tratamiento

Tratamiento efectivo atiende **A LA VEZ:**

- Estado Físico

Alimentación
Peso
Estado metabólico

- Estado Psicológico

Vínculo y familia
Cogniciones
Emociones
Socialización
Escolarización

INTERDISCIPLINAR

Principios generales de tratamiento en niños y adolescentes

- **Restablecer el estado nutricional** (Percentil IMC) **saludable:**
 - INDICACION NUTRICIONAL
 - PSICOLOGIA CONDUCTUAL
 - INTERVENCION FAMILIAR
- GARANTIZAR el crecimiento y desarrollo físico y psicológico normales en niños y adolescentes.
- Tratar las **complicaciones físicas:**
 - TRATAMIENTO MEDICO
- Incrementar la **motivación al tratamiento:**
 - PROGRAMA CONDUCTUAL
 - ENTREVISTA MOTIVACIONAL

Principios generales de tratamiento en niños y adolescentes

- Cambiar **pensamientos, actitudes y sentimientos** disfuncionales relacionados con el TCA: PSICOTERAPIA
- Tratar la **comorbilidad** asociada.
PSICOFARMACIOLOGIA
PSICOTERAPIA
- Proporcionar **apoyo familiar, asesoramiento y terapia familiar** apropiados: INTERVENCION FAMILIAR
- **Prevenir recaídas:** SEGUIMIENTO INTERVENCIONISTA

Principios generales de tratamiento en niños y adolescentes

Decidir contexto de tratamiento

- **Pediatra de Atención primaria** (+ nutricionista + profesional salud mental)
 - Casos leves-moderados
- **Programa de TCA en Centro Salud Mental + revisión médica**
 - Síntomas mentales muy prominentes: comorbilidad psiquiátrica
 - Pediatra no se siente comfortable con estos síndromes
- **Unidad especializada** (+ continuar seguimiento caso)
 - Casos graves que precisan tratamiento intensivo

Proceso Terapéutico interdisciplinar en TA

Evaluación como proceso terapéutico

- Alianza terapéutica con el paciente y la familia
- Descartar enfermedad orgánica y diagnóstico diferencial

Tratamiento de las complicaciones médicas: Renutrición

Factor de mantenimiento esencial (Silber, , 2013)

Psico-educación paciente y familia e Intervención con padres

- Comprensión del trastorno. Atribución/Acomodación de los síntomas
- Repercusión en el desarrollo psico-social-familiar

Manejo de conductas alimentarias y actividad física

- **Aprender y mantener conducta alimentación:** tragar, comer con ritmo normal, cantidad adecuada, evitar atracón y purga
- **Normalizar actividad física**

Factor de mantenimiento esencial (Silber, , 2013)

Con el **PLAN DE VIDA:** indicaciones médico-conductuales

Plan de Vida: Instrumento esencial en proceso terapéutico interdisciplinar

Tabla 18.4-2. Ejemplo de plan de vida de un hospital de día para adolescentes con trastornos de la conducta alimentaria*		
Alimentación		
Menú:	Suplemento:	Líquidos:
<ul style="list-style-type: none"> • En comedor acompañado • Debe tomar todo • No debe intervenir en la preparación de la comida • No debe acudir al baño hasta una hora después de las comidas 		
Reposos		
<ul style="list-style-type: none"> • Una hora después de comer y cenar; media hora después del desayuno y la merienda 		
Horario escolar		
<ul style="list-style-type: none"> • Completo, parcial, tiempo de estudio, evaluaciones escolares 		
Actividades		
<ul style="list-style-type: none"> • Paseos, deportes, gimnasia escolar, otras actividades... 		
Medicación		
Otra		

Morandé G., Graell M., Blanco A.: Trastornos del comportamiento alimentario y obesidad: un enfoque integral . Ed. Panamericana, 2014.

Proceso Terapéutico interdisciplinar en TA

- **Tratamientos psicoterapéuticos**
- **Psicofármacos y tratamiento complicaciones médicas**
- **Seguimiento y estrategias de prevención de recaídas**

Proceso terapéutica: Intervenciones eficaces

- Alianza terapéutica (*Oyer et al 2015*;
- Intervención interdisciplinar coordinada
- Intervención precoz:
 - Diagnóstico precoz
 - Tratamiento intensivo al inicio!!!
- Rehabilitación nutricional (*Marzola et al 2013*) y **Plan de VIDA** (*Morandé 2014*)
- Intervención basada en la familia: Adolescentes y Adultos
- Terapia Cognitivo-Conductual (*Schmidt 2009; Zipfel et al 2014*)
- Terapia Psicodinámica Focal (*Zipfel et al 2014*)
- TCC y Exposición in vivo con Prevención de Respuesta en BN (*Fairburn et al 1998; Martinez-Mallen et al 2007*)
- ISRS en BN (*NICE*)

Específicos, prolongados, intensivos, multidisciplinares.

(*Halmi K., World Psychiatry 2009; Herpertz-Dahlmann et al 2015*)

Modelo de Intervención Familiar de Unidad TCA Hospital Niño Jesús



- La familia debe aprender cómo es el trastorno, cómo afrontarlo y cómo tratarlo, también los límites (salud, sus problemas): **COMPRESION**
TAMBIÉN....nuestra comprensión y ayuda.

- Familia colabora en el proceso de evaluación y tratamiento. **COLABORACION**

- La familia “es o va a estar” capacitada para ayudar en el tratamiento. (Re) Aprenderán a cuidar a su hijo. Mejorarán el clima emocional familiar. **CAPACITACION**

- La familia aprenderá: **CRECIMIENTO**
 - Reconocer, promover y aceptar el desarrollo del adolescente,
 - Un estilo de comunicación adecuado
 - Regular las emociones
 - Roles familiares
 - Cuidarse

Más intervenciones terapéuticas eficaces....

- **Terapia Conductual Dialéctica (DBT)** (*Halmi 2009*)
- **Aceptación emocional (Mindfulness)** (*Hartmann et al 2015*)
- **Remediación-rehabilitación cognitiva** (*Tchanturia &Lock , 2011*)
- **Orientada en la pareja (adultos)** (*Bodell & Keel, 2010*)
- **Intervenciones psicológicas basadas en la tecnología:** chat de apoyo a padres (*Binford Hopf et al 2013*); Realidad virtual (*Perpiña et al 1999, 2012 Pla-Sanjuelo et al 2015; Gutierrez-Maldonado 2013*); podcast.
Para revisión Schlegl et al 2015

Específicos, prolongados, intensivos, multidisciplinares. Con fuerte alianza terapéutica



Hospital Infantil Universitario
Niño Jesús

Comunidad de Madrid

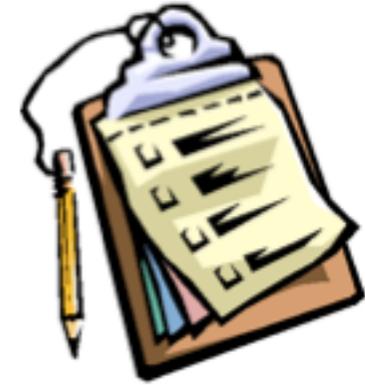
Programas asistenciales eficaces...

- **Hospital de Día tras hospitalización breve en adolescentes** (*Herpetz-Dahmann et al , 2014*)
- **Hospital de Día = Hospitalización** (*Madden et al 2015*)
- **Tratamiento ambulatorio:** una o dos sesiones / semana (*Hay 2013*)
- **Tratamientos residenciales** en transición desde hospitalización o resistentes a tratamiento

Ordenar las intervenciones terapéuticas como una orquesta interpretando una sinfonía.....



Agenda



- Definiciones Básicas
- Signos de Alarma de Trastornos de Alimentación.
- Evaluación y diagnóstico.
- Principios de tratamiento.
- **Tratamiento específico.**

Intervenciones terapéuticas ESPECIFICAS según EDAD

TRABAJO VINCULAR

INTERVENCIÓN CON PADRES

LOGOPEDA

INTERVENCION FAMILIAR

TRABAJO VINCULAR

COGNITIVO-CONDUCTUAL- EMOCIONAL

LOGOPEDA

PSICOFARMAOLOGÍA

Nacimiento

6 años

13 años

INTERVENCION FAMILIAR

**PSICOTERAPIA COGNITIVO-
CONDUCTUAL,INTERPERSONAL
, DINAMICO**

PSICOFARMACOLOGIA

18 años

**PSICOTERAPIA COGNITIVO-CONDUCTUAL ,
REGULACION EMOCIONAL y ORIENTACION**

PSICODINAMICA

INTERVENCION FAMILIAR

PSICOFARMACOLOGICO

**REHABILITACION COGNITIVA,PSICOSOCIAL
y LABORAL**

Intervenciones terapéuticas ESPECÍFICAS según ESTADÍO CLÍNICO

<ul style="list-style-type: none">-Monitorización-Atención Primaria-Intervención familiar	<ul style="list-style-type: none">-Diagnóstico precoz*-A. Especializada-Alianza terapéutica-Plan de Vida	<ul style="list-style-type: none">-Diagnóstico-Renutrición-Plan de Vida-Psicoterapia**-Criterios de tto intensivo	<ul style="list-style-type: none">-Mantenimiento estado nutricional-Psicoterapia-Seguimiento médico-psicológico prolongado
---	---	---	--

Pródromos

Síntomas
iniciales

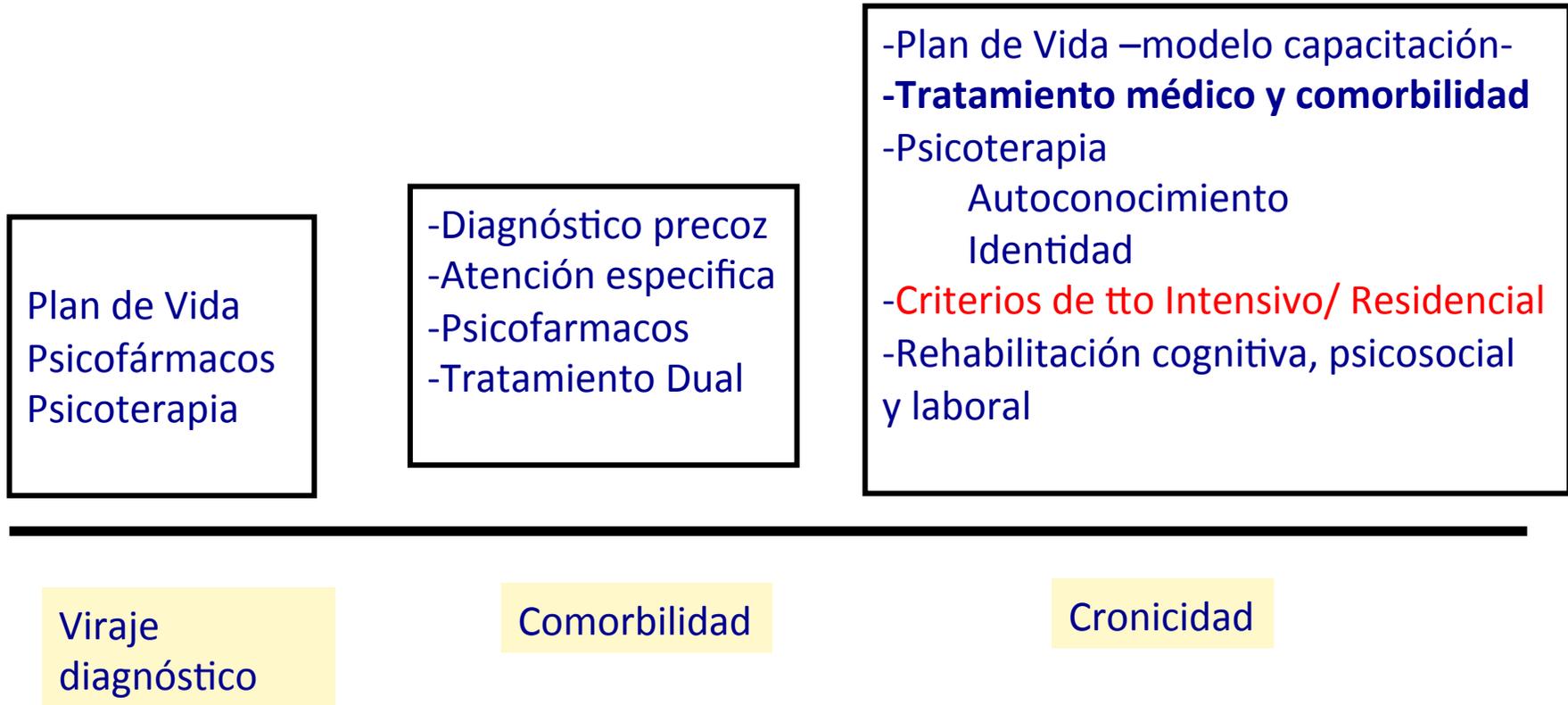
Síntomas
Completos

Remisión parcial
Remisión total

*Focker et al 2014

**Zipfel et al: Focal psychodynamic therapy, cognitive behaviour therapy, and optimised treatment as usual in outpatients with anorexia nervosa (ANTOP study): randomised controlled trial. *Lancet*. 2014 Jan 11;383(9912):127-37.

Intervenciones terapéuticas ESPECÍFICAS según ESTADÍO CLÍNICO



¿Cómo podemos cambiar el curso clínico de los TCA?

- **Prevención Primaria:** familia, colegio, instituciones
 - Disminuir la probabilidad de expresar el fenotipo (heredabilidad: 50% de varianza): **evitar factores de riesgo y potenciar factores de protección.**
- **Prevención Secundaria: Diagnóstico precoz**
 - Sensibilidad en familias y colegios a los signos de alarma de los TCA
 - Formación en Atención Primaria y otros especialistas en detección

¿Cómo podemos cambiar el curso clínico de los TCA?

- **Prevención Secundaria: Tratamiento eficaz y precoz**
(Russell & Treasure, 2011)
 - Intervenciones terapéuticas:
 - Accesibles
 - Precoces: antes de 3 años de inicio de TCA
 - Eficaces
 - Coordinadas.
 - Evitar las recaídas: seguimiento adecuado en tiempo y tipo.
 - Gestión adecuada de recursos

¿Cómo podemos cambiar el curso clínico de los TCA?

- **Prevención Terciaria: Rehabilitación**
 - Intervenciones terapéuticas:
 - Accesibles y disponibles
 - seguras
 - eficaces (específicas y comorbilidad)
 - coordinadas.
 - Rehabilitación laboral
 - Gestión adecuada de recursos

Tareas del Pediatra de Atención Primaria en la atención a TCA

- Evaluación y Diagnóstico precoz
- Diagnóstico diferencial médico
- Psico-educación nutricional familiar
- Indicación nutricional inicial
- Criterios de derivación a Salud Mental general
- Criterios de derivación a Unidad TCA
- Monitorización y seguimiento médico de pacientes en seguimiento

Edad Infantil/Escolar

¿Cuándo derivar a Unidad TCA infantil o atención especializada?

- **Desnutrición o carencias nutricionales específicas**
- **Patrón alimentario muy inadecuado (horario, cantidad, frecuencia)**
- **Dificultades manifiestas de la familia para alimentar al niño**
- **Desarrollo motor, emocional o social alterado**
- **Aversiones sensoriales graves**

Adolescencia

¿Cuándo derivar a Unidad TCA o atención especializada?

- Desnutrición o carencias nutricionales específicas
- Patrón alimentario muy inadecuado (horario, cantidad, frecuencia) que no responde a indicación nutricional.
NO MANTENER DESNUTRICION!!!! Es factor de mantenimiento de la enfermedad
- Dificultades manifiestas de la familia
- **Psicopatología específica moderada/severa** que requiere intervención psiquiátrico/psicológica específica
- Comorbilidad psiquiátrica

CONCLUSIONES

- **Pediatras de AP situación privilegiada para detección precoz de TCA.**
- **Existen signos de alarma:** factores de riesgo, pródromos, síntomas iniciales según la etapa evolutiva
- **Protocolización y coordinación de la atención en pediatría de atención primaria**



GRACIAS POR SU ATENCIÓN!!