

Título: Diagnóstico y tratamiento de los trastornos de la conducta alimentaria.

Autor:

MsC. Wilfredo Pérez Rodríguez

Licenciado en Psicología, Especialista en Psicología de la Salud, Máster en Bioética, Profesor Auxiliar

Departamento de Psicología

Email: psico@hha.sld.cu

Introducción

Los Trastornos del Conducta Alimentaria constituyen unos de los problemas de salud de los adolescentes y jóvenes más relevantes en la época actual en numerosos países del mundo. El número de personas que de una u otra manera están descontentas con su figura y se someten a regímenes, supervisados o no médicamente, es elevadísimo. La alimentación y el peso, tanto por exceso como por defecto están muy presentes en los problemas de salud y en las preocupaciones de los individuos de todas las edades en la sociedad actual

Los trastornos de la conducta alimentaría tienen una etiología bio- psico-socio-cultural, es decir que factores biológicos, psicológicos y sociales y culturales Contribuyen al surgimiento, desarrollo y mantenimiento de la enfermedad.

Existen unos factores predisponentes para desarrollar estos trastornos, sobre los que actuarían unos factores precipitantes de la enfermedad y finalmente serían unos factores de mantenimiento los que perpetuarían el cuadro clínico.

Entre los predisponentes tenemos el sexo femenino, edad entre 14 y 19 años, antecedentes de trastornos afectivos y obesidad entre otros. Sobre estos actúan acontecimientos precipitantes que modifican bruscamente la situación

personal o social del individuo, como son la aparición de la pubertad, alteración de la estructura familiar, etc. Una vez instaurada la enfermedad, se ve mantenida por la presencia de malnutrición – energética - proteica con consecuencias muy negativas para el estado psicológico y físico del individuo.

Si a todo lo descrito unimos un ambiente sociocultural favorable para el desarrollo de la enfermedad, motivado por la presencia de unos valores estéticos en los que la delgadez y el culto al cuerpo dominan la esfera de la relación social, obtendremos un panorama o diagnóstico muy aproximado de la situación actual.

Los dos tipos principales de trastornos de la conducta alimentaria son la anorexia y la bulimia nerviosa.

ANOREXIA NERVIOSA

Se define a la anorexia nervosa como un síndrome que afecta generalmente a las mujeres adolescentes pero también prepúberes, mujeres mayores y, en menor medida a hombres, caracterizado por una pérdida de peso autoinducida por medio de la restricción alimentaria y o el uso de laxantes y diuréticos, provocación de vómito o exceso de ejercicio físico; miedo a la gordura, y amenorrea en la mujer o pérdida de interés sexual en el varón.

CIE 10. Criterios diagnósticos de anorexia nerviosa:

a) Pérdida de peso significativo (índice de masa corporal o de Quetelet inferior a 17,5).

- b) La pérdida de peso está originada por el propio enfermo, por medio de:
- Evitación del consumo de «alimentos que engordan» y por uno o más de uno de los síntomas siguientes:
 - Vómitos autoprovocados.
 - Purgas intestinales autoprovocadas.
 - Ejercicio excesivo.
 - Consumo de fármacos anorexígenos o diuréticos.
- c) Distorsión de la imagen corporal.
- d) Trastorno endocrino generalizado que afecta al eje hipotálamo-hipofisario-gonadal manifestándose en la mujer como amenorrea y en el varón por pérdida del interés y la potencia sexuales.
- e) Si el inicio es anterior a la pubertad, se retrasa la secuencia de las manifestaciones de la pubertad, o incluso esta se detiene.

BULIMIA NERVIOSA

CIE 10. Criterios diagnósticos de bulimia nerviosa

- a) Preocupación continuada por la comida, con deseos irresistibles de comer, de modo que el enfermo termina por sucumbir a ellos, con episodios de polifagia durante los cuales consume grandes cantidades de comida en períodos cortos de tiempo.
- b) El enfermo intenta contrarrestar el aumento de peso así producido mediante vómitos autoprovocados, abuso de laxantes, períodos de ayuno, anorexígenos, extractos tiroideos o diuréticos.

Cuando la bulimia se presenta en un enfermo diabético, éste puede abandonar su tratamiento con insulina.

c) El trastorno psicopatológico básico de la bulimia consiste en un miedo morboso a engordar. El enfermo se fija de forma estricta un dintel de peso muy inferior al que tenía antes de la enfermedad, o al de su peso óptimo o sano. Con frecuencia, pero no siempre, existen antecedentes previos de anorexia nerviosa con un intervalo entre ambos trastornos de varios meses o años. Este episodio precoz de anorexia puede manifestarse de una forma florida o por el contrario adoptar una forma menor o larvada, con una moderada pérdida de peso o una fase transitoria de amenorrea.

Estos trastornos tienen una baja incidencia en Cuba, aunque se está observando en los últimos tiempos un crecimiento en determinados grupos de riesgo entre los cuales tenemos:

- Preadolescentes y adolescentes del sexo femenino.
- Bailarinas, gimnastas, modelos, atletas. Cualquier práctica en que el aspecto físico esté especialmente valorado.
- Homosexualidad en varones
- Problemas médicos crónicos que afectan a la auto imagen: diabetes, obesidad.
- Antecedentes familiares de obesidad y TCA.
- Conflictividad familiar.
- Acontecimientos vitales estresantes en los últimos años.

La sola ocurrencia de un caso desorganiza los modos tradicionales de abordaje de un paciente que asiste a recibir ayuda médica, debido a que los síntomas físicos enmascaran a profundos trastornos psicológicos que subyacen en los

mismos, por lo que un inadecuado o parcializado tratamiento puede llevar al empeoramiento de sus síntomas, trayendo como resultado el fallecimiento del paciente.

Desde el año 1999 un equipo multidisciplinario del Hospital Clínico Quirúrgico “Hermanos Ameijeiras” comenzó a trabajar con pacientes extranjeras y cubanas portadoras de esta patología, en el área de hospitalización y de Consulta Externa, con resultados positivos en su tratamiento y recuperación, se han atendido un total de 20 pacientes.

Con el presente protocolo se prevé asistir entre 4- 5 pacientes cubanas al año, pero es posible una cifra mayor si se pueden detectar más casos en la atención primaria.

Objetivos

✓ Reeducación y normalización de hábitos alimentarios

Para la anorexia nerviosa:

- Lograr un rango normal de ganancia de peso entre 250-500 grs/semana a partir de una dieta de 1000 -1500 kcal/día hasta cubrir las necesidades calóricas individuales.
- Llegar a un acuerdo con la paciente para lograr un peso mínimo que le permita llevar una vida normal.
- Regularizar los horarios de comida (4-5 al día), con un orden adecuado.

Para la bulimia nerviosa:

- Controlar los episodios bulímicos y regular la ingesta.
- Prescripción de una pauta de comidas regulares con un intervalo superior a 3 horas.

- Identificar los momentos más propicios para los atracones y planificar actividades incompatibles con dichos atracones.
- ✓ Rehabilitación psicológica
 - a- Lograr la autonomía y la toma de decisiones.
 - b- Conseguir cambios duraderos en los pensamientos y emociones relacionados con el peso corporal, la silueta y el tamaño del cuerpo.
 - c- Lograr la participación en actividades que fomenten las relaciones interpersonales y sociales.
 - d- Aprender a verbalizar e identificar problemas.
- ✓ Rehabilitación nutricional.
 - a- Lograr una ingesta calórica adecuada.
 - b- Lograr un aumento de peso adecuado a su talla.
 - c- Lograr una nutrición adecuada y equilibrada.
- ✓ Rehabilitación menstrual.
 - a- Lograr el cese de la amenorrea.

Desarrollo

ESTRUCTURA ASISTENCIAL

Recursos humanos: Licenciados en Psicología con entrenamiento en trastornos de la alimentación.

Recursos materiales:

- Pruebas psicológicas.
- Abastecimiento regular de hojas y lápices.

- Local que reúna condiciones adecuadas de privacidad, iluminación y temperatura.
- Computadora o acceso a ella para el manejo de las bases de datos y documentos, con posibilidad de incorporar Diagnóstico Psicológico por Computadora.

Participación del Psicólogo

Actividades generales:

1. Participación en los pases de visita.
2. Participación en las discusiones de casos colectivas.

Actividades específicas:

1. Atender, evaluar y dar seguimiento a los pacientes en estudio por los miembros del grupo multidisciplinario.
2. Aplicar las pruebas psicológicas, evaluarlas y elaborar informe.
3. Evaluar y dar seguimiento asistencial a todos los pacientes tributarios del protocolo.
4. Acercamiento diagnóstico y terapéutico a los grupos.
5. Atención e intervención en la dinámica del funcionamiento del equipo asistencial ante dilemas grupales o personales.

Procedimientos y herramientas de trabajo:

Universo: Pacientes con Trastornos de la conducta alimentaria.

Procedencia de los pacientes:

Pacientes con Trastornos de la conducta alimentaria que acuden a la consulta del Grupo Multidisciplinario de Anorexia y Bulimia de nuestro centro remitidos del área de salud o de otras fuentes autorizadas al efecto.

Criterios de admisibilidad: Trastornos de la conducta alimentaria en sus dos formas de manifestación:

- Anorexia Nerviosa.
- Bulimia Nerviosa.

Criterios de inclusión:

- Pacientes con Anorexia Nerviosa y Bulimia Nerviosa.
- Pacientes mayores de 12 años de edad.

PROCEDERES A REALIZAR

1. Entrevista donde se recojan:

- Datos de identidad personal:

Nombres y apellidos, dirección completa y número del carnet de identidad (que corresponde al número de la Historia Clínica del hospital)

- Historia clínica completa:

i. Motivo de consulta,

ii. Historia de la enfermedad actual:

Cómo y cuando se inicio el trastorno. Posibles factores desencadenantes.

Tratamientos previos (duración y motivos de la interrupción).

iii. Sintomatología actual: pérdida de peso, demanda de dietas de adelgazamiento o laxantes sin causa justificada, cambios en

los hábitos alimentarios, signos de ansiedad ante la comida, preocupación excesiva por el peso y la figura, presencia de atracones, de ejercicio excesivo o hiperactividad.

- iv. Historia menstrual.
- v. Tiempo de evolución del trastorno.
- vi. APP.
- vii. APF.
- viii. Presencia de complicaciones medicas.
- ix. Conciencia de enfermedad y grado de colaboración del paciente.
- x. Apoyo familiar y social.
- xi. Repercusiones sociales de la enfermedad.

En ocasiones para recoger toda esta información será necesaria la colaboración de algún familiar.

2. Exploración física

- a) Peso, talla, e índice de masa corporal.
- b) Constantes vitales.
- c) Grado de deshidratación, pliegue cutáneo, sequedad de mucosas y presencia de edemas.
- d) Valoración del estado nutricional.

3. Exámenes complementarios:

Para Comorbilidades clínicas como las Gastritis alcalina, la Anemia, la Esofagitis, la Dismenorrea y Amenorrea.

US Abdomen
Endoscopia
Hemograma
Perfil hepático: TGO/TGP/FAL/BT
Hormonas tiroideas: TSH/T3/T4
Prolactina
Cortisol
Gonadotropinas hipofisarias: FSH/LH

Para Diagnóstico nutricional

- Encuesta Subjetiva Global de Detsky y cols.
- Peso y Talla
- Circunferencia de Brazo y Pliegues cutáneos
- Leucograma con diferencial
- Proteínas plasmáticas: Albúmina
- Para Composición corporal
- Creatinina en suero y orina de 24 horas
- Nitrógeno ureico en orina de 24 horas

Algunas preguntas que nos orientan sobre el diagnostico son:

¿Qué comen, a qué horas, qué le gusta o no le gusta, que manías tiene con las comidas?

Respecto a su imagen corporal:

¿Cómo se ve, qué no le gusta de su cuerpo?

También investigar sobre cambios de su carácter, ejercicio físico excesivo, si hace dieta y el tipo de dieta, si vomita o se da atracones, si toma fármacos no prescritos.

- Síntomas y signos de alarma:
 - a) Pérdida de peso de origen desconocido en jóvenes, sobre todo chicas.
 - b) Fallo en el crecimiento normal para la edad y el peso del paciente,
 - c) Irregularidades de la menstruación y o amenorrea.
 - d) Complicaciones medicas por ejercicio físico excesivo.
 - e) Osteoporosis en jóvenes,
 - f) Hirsutismo o lanugo.
 - g) Anomalías dentarias.
 - h) Hipertrofia parotidea.
 - i) Callosidades en los nudillos de las manos.
- Signos y síntomas conductuales de alarma:
 - a) Desaparecer inmediatamente después de las comidas y encerrarse en el baño.
 - b) Creciente interés en temas gastronómicos, ropa y modas. Uso de pantalones de manera exclusiva y tendencia a ocultar ciertas partes del cuerpo.
 - c) Evitación de alguna comida o alimento de forma frecuente.
 - d) Retraimiento de amistades y compañeras(os).

e) Aumento de actividades "útiles" y horas de estudio, Miembros de un subgrupo vulnerable de población (bailarinas, modelos, gimnastas, actrices, etc.,)

- Complicaciones que se atenderán:
 - Nutricionales (desnutrición)
 - Gastrointestinales (esofagitis)
 - Endocrinas (amenorrea)
 - Estomatológicas
 - Cardiovasculares
 - Psiquiátricas

Criterios Diagnósticos:

Diagnóstico:

Se lleva a cabo por parte de todo el grupo multidisciplinario .Se realizaran los siguientes tipos de diagnósticos:

- Diagnóstico de certeza. Según criterios de CIE-10.
- Diagnóstico diferencial. Con el objetivo de descartar cualquier otra causa de desnutrición (neoplasia, diabetes, hipertiroidismo, enfermedad inflamatoria intestinal, celiacía) o psiquiátricas (depresión, ansiedad, psicosis, abuso de drogas) y realizar un diagnostico correcto según los criterios del CEI-10.
- Diagnostico de comorbilidad.
- Diagnostico del estado nutricional.
- Diagnostico menstrual.

Diagnóstico de posible hospitalización:

Se tomaran en cuenta los siguientes criterios de ingresos para ambas enfermedades:

a) Anorexia nerviosa

- Desnutrición severa. (pérdida de más del 30 % del peso previo, pérdida acelerada de peso o IMC menor de 17).
- Graves desequilibrios electrolíticos.
- Constantes biológicas muy inestables. (tensión arterial, pulso, temperatura)
- Complicaciones orgánicas graves. (diabetes, alteraciones cardiacas, deshidratación, hipotensión, bradicardia)
- Vómitos incoercibles.
- Dificultades de diagnostico diferencial.
- Conducta suicida.
- Comorbilidad psiquiátrica importante (depresión mayor, TOC, abuso de tóxicos.)
- Falta de respuesta al tratamiento ambulatorio.
- Situación familiar o social muy alterada.

b) Bulimia nerviosa:

- Alteraciones orgánicas graves.
- Severos desequilibrios hidroelectrolíticos.
- Ciclos incoercibles de atracones-vómitos.

- Conducta suicida.
- Aislamiento social extremo secundario a la bulimia nerviosa.
- Grave descontrol de impulsos.
- Psicopatología reactiva grave.
- Adicciones.
- Falta de respuesta al tratamiento ambulatorio.
- Situación familiar o social muy alterada.

Diagnóstico psicopatológico:

Lleva implícito una exploración psicopatológica donde se valoran los siguientes aspectos:

- a) Grado de conciencia de enfermedad.
- b) Alteraciones del pensamiento.
- c) Distorsión de la imagen corporal.
- d) Manifestación de ansiedad y angustia.
- e) Alteraciones del estado de ánimo.
- f) Observaciones complementarias.
- g) Conductas asociadas.

Diagnóstico psicológico.

1. Evaluación psicológica.

- a) Valorar las características psicológicas de la personalidad de cada paciente.
- b) Confirmar el diagnóstico.

c) Realizar un pronóstico sobre la posible evolución de cada caso.

d) Revalorar periódicamente cada caso.

Cuestionarios psicológicos:

– EAT- 40

– EDI

– BITE

– MMPI

– Idare

– Beck

– Machover

– Rotter

2. Evaluación familiar.

TRATAMIENTO

Se realizará por parte de las especialidades Psicología, Grupo de Apoyo Nutricional y Psiquiatría,

Las otras especialidades seguirían en esta etapa dependiendo del nivel de afectación que tenga la paciente dado por los resultados de la etapa anterior.

En el caso de las pacientes bulímicas se incorporan en esta etapa las especialidades de Gastroenterología y Estomatología.

PSICOLOGIA:

Psicoterapia individual:

Se utilizará la terapia cognitivo conductual con los siguientes objetivos terapéuticos:

- a) Ayudar a las pacientes a reconocer y cambiar los esquemas tan rígidos que tienen para definir su auto valía.
- b) Establecer unos esquemas y metas de logro razonable, adecuados, pero no perfectos, y aprender a aceptar estar en “el promedio”
- c) Cambiar cogniciones distorsionadas y creencias irracionales mediante reestructuración cognitiva.
- d) Conocer, aceptar, expresar y tolerar sus sentimientos y emociones.
- e) Cambiar las atribuciones sobre las sensaciones corporales que se interpretan de forma incorrecta.
- f) Cambiar la distorsión y la insatisfacción con su imagen corporal.

Psicoterapia grupal:

Se utiliza como tratamiento complementario de la psicoterapia individual.

Duración entre 6-12 semanas.

Objetivos:

- a) Proveer de un contexto social que facilite la salida del aislamiento de la paciente.
- b) Ayudar al desarrollo de estrategias interpersonales.
- c) Compartir experiencias.

Psicoterapia familiar.

Se utilizarán los Grupos de Padres con los siguientes objetivos:

- a) Intercambiar experiencias entre los padres.
- b) Reducir los sentimientos de aislamiento y culpa.
- c) Permitir un mayor conocimiento de la enfermedad.

Se le brindará a la familia de la paciente las siguientes instrucciones:

- Si está preocupado por los problemas que su hijo/a muestra en su alimentación dígaselo abiertamente de forma descriptiva, sin indirectas ni rodeos, por ejemplo:

"Me doy cuenta que cada vez comes menos, has perdido mucho peso y estoy preocupada por tu salud"

"He observado que compro dulces, chocolate y desaparece de repente, pero los envoltorios están en la basura".

"He notado que el baño huele a vómito".

- Hacerle ver que puede tratarse de un problema serio, evitar minimizar la situación cuando hay elementos que indican el trastorno.
- Ofrecer la ayuda de un profesional.
- Mejorar hábitos alimenticios y potenciar una alimentación correcta.
- Realizar tres comidas al día (desayuno, comida y cena) y sentarse a comer en la mesa acompañados.
- Instaurar un tiempo de reposo después de comer.
- En las horas de las comidas no focalizar la atención sobre la alimentación, hablar de otras cosas. Interesarse por la vida de esa persona en áreas que no sean la alimentación o la imagen corporal.
- No culpabilizarse.
- Fomentar la autoestima en los hijos, reconocimiento de conductas adecuadas.
- Favorecer la comunicación, estimular la expresión de sus ideas, no ridiculizarlos.
- Evitar la sobreprotección y reforzar su responsabilidad.

- No utilizar tácticas alarmistas, no son apropiadas y no funcionan (ej. cáncer)
- No desanimarse si hay días difíciles, no esperar una rápida curación y
CONFIAR en que la curación es posible.

GRUPO DE APOYO NUTRICIONAL

- Educación nutricional.

PSIQUIATRÍA

Tratamiento psicofármaco lógico de los casos de pacientes bulímicas.

- a) Antidepresivos tricíclicos para reducir atracones y vómitos.
- b) Inhibidores de la receptación de serotonina.
- c) Neurolépticos por su efecto sedante y ansiolítico.

Seguimiento

Se realizará por las mismas especialidades de la etapa anterior, de forma ambulatoria.

Si se considera por parte del equipo el ingreso de la paciente deben plantearse objetivos concretos y pautas de actuación individualizadas incluido un plan de alimentación.

Se debe realizar.

- Control de estado orgánico nutricional del paciente valorando las posibles complicaciones.
- Establecer un programa de alimentación y reposo, control de la hiperactividad o conductas purgativas.

- Apoyar a la familia, facilitando la comunicación y la expresión de los sentimientos.
- Favorecer las relaciones interpersonales que mejoren la autoestima y la confianza.
- Fomentar las relaciones interpersonales que mejoren la autoestima y la confianza.
- Fomentar una percepción realista del propio cuerpo.
- Estimular el interés por otras actividades.

En el momento del alta se le comunicará al paciente su seguimiento de forma ambulatoria a través de la Consulta del Grupo Multidisciplinario de los Trastornos de la conducta alimentaria.

INFORMACIÓN A PACIENTES Y FAMILIARES

1. Información general sobre el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad
2. Una valoración del pronóstico.
3. Información sobre el plan de tratamiento (técnicas a utilizar, tiempo, profesionales implicados)
4. Solicitar el compromiso de la familia en el tratamiento.
5. Se confeccionará un folleto o plegable con información para pacientes y familiares sobre medidas de prevención y detección de los trastornos de la conducta alimentaria.

INDICADORES

Indicadores de Estructura		Estándar
Recursos humanos	% del personal que compone el grupo de trabajo asistencial	95 %
Recursos materiales	% de disponibilidad de los test y pruebas psicológicas expuestos en el PA	≥ 70 %
	% de disponibilidad de los recursos para la aplicación de investigaciones	≥ 70 %
Recursos Organizativos	% de planillas para la recogida de datos del PA	100%
	% de base de datos electrónica	100%
Indicadores de Procesos		Estándar
% de pacientes bajo tratamiento que deberán cumplir los períodos fijados de evaluación, según PA		≥ 80 %
% de pacientes para ser atendidos, remitidos por equipo		100 %
% de pacientes con aplicación de registros primarios (PRD) y ser pasados a la base datos		80-100%
Indicadores de Resultados		Estándar
% de pacientes que alcanzaron una rehabilitación psicológica.		≥ 80 %
% de pacientes con respuesta satisfactoria al tratamiento.		≥ 80 %
% de pacientes que lograron una reeducación y normalización de sus hábitos alimentarios.		≥ 80 %
% de pacientes que lograron una rehabilitación nutricional		≥ 80 %
% de pacientes que tuvieron una rehabilitación menstrual.		≥ 80 %

Bibliografía

Anorexia nerviosa, bulimia y cuadros afines. (1997) *Pediatr. Integral*; 2(3): 243-260 .

Batal H., Johnson M., Lehman D., Steele A., Mehler P.S. (1998) *Bulimia: primary care aproch*; 7: 211-220.

Casado I. (2000) Tratando (con) adolescentes. Atención Primaria; 26: 137-138. Ministerio de Sanidad y Consumo. Protocolo de Atención a pacientes con trastornos del comportamiento alimentario dirigido a médicos de atención primaria. Madrid.

CIE-10. (2000) Clasificación de los Trastornos Mentales y del Comportamiento. Panamericana.

De la Serna I. (1998) Comer no es un placer. Litofinter Madrid.

DSM-IV-TR. (2002) Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. American Psychiatric Association. Mason. Barcelona.

Guimera E, Torrubia R. Adaptación española del Eating Disorders Inventory (EDI) en una muestra de pacientes anoréxicas. An Psiquiatría 1987; 3: 185-190.

Hsu L.K. (1996) Epidemiology of the eating disorders. Psychiatr Clin North Am ; 19: 681-700.

Hsu L. K. (1990) Eating disorders. Guilford, Nueva York.

Lucas A.R., Beard C.M., O' Falon W, Kurland L.T. (1991) 50 years trends in the incidence of anorexia nervosa in Rochester, Minn: A population-basic study. Am J Psychiatry; 148: 917-922.

Trastorns del comportament alimentary. (2003) Guía para la atención primaria de salud. Catsalut . Barcelona.

Martinez A, Menéndez D, Sánchez M J, Seoane M, Suarez P. (2000) Conductas anoréxicas en la población de estudiantes de secundaria en una área sanitaria. Atención Primaria; 25: 313-319.

Mehler P.S. (2001) Diagnosis and care of patients with anorexia nervosa in primary care settings. Ann Intern Med; 134: 1048-1459

Moraleda S, González N, Casado JM, Carmona de la Morena J, Gómez R. (2001) Trastornos del comportamiento alimentario en una población de estudiantes de enseñanza media. Atención Primaria; 28: 463-467.

Morgan J.F., Reid F., Lacey H.. (1999) The SCOFF questionnaire: assessment of a new screening tool for eating disorders. BMJ; 319: 1467-1468.

Pérez Gaspar M, Gual P, de Irala Estévez J, Martínez González MA, Lahortiga F, Cervera S.(2000) Prevalencia de los trastornos de la conducta alimentaria en las adolescentes navarras. Med Clin (Barc); 114:481-162.

Powers P.S., Santana C.A. (2002) Eating disorders: a guide for the primary care physician. Prim Care; 29: 81-89

Toro J. Trastornos de la conducta alimentaria. En: Planificación terapéutica de los trastornos psiquiátricos del niño y del adolescente. Madrid 2000

Ruiz PM, Alonso JP, Velilla JM, Lobo A, Martín A, Paumard C, Calvo AI(1998) . Estudio de prevalencia de los trastornos de conducta alimentaria en adolescentes de Zaragoza. Rev Psiquiatría Infanto; 3:148-162.

Ruiz Lázaro, P (1998) Guía práctica de prevención de los trastornos de la conducta alimentaria. Grupo Zarima.

Ruiz Lázaro P.J. (2001) Prevención primaria de los trastornos de conducta alimentaria en la adolescencia: papel del profesional de atención primaria. Atención Primaria; 27: 428-431.

Ruiz Lázaro P.J. (2003) Prevención de los factores de riesgo de los trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes: un reto para la atención primaria. Atención Primaria; 32: 408-409.

Toro J, Farré C. (2000) Trastornos de la conducta alimentaria: anorexia y bulimia nerviosa. Programa de formación continuada en pediatría Práctica. Barcelona.

Velilla J.M., Ruiz P., Labia M., Membrado J., Moros M. (2001) Trastornos de la conducta alimentaria. Actitud del pediatra. Bases para su diagnóstico temprano. Necesidad de colaboración institucional. Boletín de la Sociedad de Pediatría de Aragón, La Rioja y Soria; 31: 67-82.

Walsh J.M., Weat M.E., Freund K. (2000) Detection, evaluation and treatment of eating disorders and the role of the primary care physician. J Gen Intern Med; 15: 577-590.