

Trastornos de la conducta alimentaria

Guía Clínica

Tomàs, J.

1.- Concepto, definición e epidemiología

Los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) son alteraciones graves de la ingestión de alimentos, no causadas por enfermedades médicas, iniciadas mayoritariamente tras dietas restrictivas voluntarias, y con consecuencias psicobiológicas susceptibles de mantener o empeorar el trastorno en cuestión.

La *Anorexia nerviosa* (AN) se caracteriza por restricción alimentaria voluntaria y adelgazamiento significativo, que se acompaña de intenso miedo al peso, distorsión de la imagen corporal, excesiva determinación de la autoimagen por la imagen corporal y alteraciones fisiológicas a consecuencia de la malnutrición.

La *Bulimia nerviosa* (BN) se caracteriza por ingestas excesivas y descontroladas de alimentos (atracones) acompañadas de comportamientos compensatorios (vómitos, laxantes, ayunos, ejercicio físico...), así como de preocupación excesiva por la imagen corporal

Los *Trastornos del Comportamiento Alimentario no Especificados* (EDNOS) son un conjunto de alteraciones que se asemejan a la AN o la BN, pero carecen de alguno de sus requisitos. Pueden ser formas evolutivas -previas o residuales- de esos trastornos. El *Trastorno por atracones*, semejante a la BN, pero sin conductas compensatorias, es el mejor definido sindrónicamente.

En los estudios epidemiológicos realizados en España en población femenina de 14 a 21 años, la prevalencia de la AN se sitúa alrededor del 0'4% (0'14-0'69%); de la BN alrededor del 1%; y de los TCANE alrededor del 3% (2'76-8'83%). La proporción varones:mujeres suele ser de 1:9/10.

2.-Etiopatogenia, factores de riesgo

Sobreviene un TCA cuando en un momento determinado del desarrollo coinciden una serie de factores, algunos inespecíficos, otros -imprescindibles- específicos que, conjuntamente, constituyen su causalidad.

Los factores *genéticos* desempeñan un papel primordial. La heredabilidad de la AN se sitúa entre 0.5 y 0.9; la de BN alrededor de 0.6. Tanto en AN como en BN se han observado disfunciones en los sistemas de *neurotransmisión*, especialmente en el *serotoninérgico*. En la AN se duda acerca de si tal disfunción es previa a la malnutrición o, como parece, sólo una consecuencia de la misma. En la BN se acepta su presencia previa.

Ciertas *características de personalidad* parecen estar muy implicadas en la génesis de los TCA. En AN, tanto perfeccionismo como neuroticismo están bien documentados, asociados a dimensiones temperamentales como evitación de daños y persistencia. En BN, neuroticismo (humor negativo) e impulsividad son muy frecuentes, junto con el factor temperamental de búsqueda de novedad.

No se ha hallado un tipo de *estructura o funcionamiento familiar* específico de los TCA. La mayor parte de las disfunciones y conflictos observados son secundarios al TCA o a las patologías asociadas. Sí parece demostrado el papel de la familia en la transmisión de valores estéticos corporales y hábitos alimentarios de riesgo. La percepción que los bulímicos tienen de sus familias es más conflictiva y disfuncional que la de los anoréxicos.

La *actividad física excesiva* es un factor de riesgo cuando se acompaña de déficits nutricionales.

Los factores *socioculturales* son de radical importancia. La interiorización y asunción del modelo estético corporal delgado actualmente vigente explican la difusión de la prevalencia de los TCA y parte de sus síntomas esenciales (miedo al peso, distorsión de la imagen corporal). La transmisión a través de familia, coetáneos y medios de comunicación está demostrada.

Las *experiencias estresantes* pueden actuar como precipitantes en la BN, pero muy escasamente en la AN. Los estresores agudos infantiles, p.ej., el abuso sexual, parecen influir en estos trastornos, sobre todo en la BN, pero son inespecíficos.

Debe señalarse la radical importancia de los factores genéticos ya que intervienen de manera absoluta o muy relevante en la determinación de muchos factores de riesgo mediatos: sexo femenino, constitución física, cambios puberales y momento evolutivo de su aparición, y características de personalidad de riesgo. Sin embargo, para que estos factores den lugar a un TCA, es preciso que el sujeto practique una dieta restrictiva habitualmente asociada a insatisfacción corporal. Esta insatisfacción generalmente estará influida por el modelo estético corporal vigente, pudiendo influir también una actividad física excesiva. A partir de este momento, la dieta restrictiva seguida por una persona predispuesta facilitará el desarrollo de AN o BN en función de distintos factores, especialmente de las características de personalidad relacionadas con el control de impulsos. Las consecuencias biológicas, psicológicas y sociales del TCA tienden a mantener o agravar el trastorno.

3.- Clínica general, formas de presentación y por edad

Anorexia nerviosa. La pérdida de peso se acompaña progresivamente de alteraciones por malnutrición: caída de cabello, deshidratación dérmica, bradicardia, taquicardia, constipación, etc. Las alteraciones neurohormonales dan lugar a amenorrea, disfunciones tiroideas, de la hormona del crecimiento, etc. Progresivamente se instaura un ánimo disfórico, obsesividad y compulsividad, irritabilidad, hábitos alimentarios extravagantes, retraimiento social, y una forzosa conflictividad familiar muy centrada en lo alimentario. La mayor parte de los pacientes incurren en AN *restrictiva*; sólo una minoría sufren una AN *con atracones/purgativa (o bulímica)*.

La AN suele ser el TCA de inicio más precoz. La mayoría se inicia en época puberal (12-16 años). En la adolescencia la AN tiene mejor pronóstico que en la etapa adulta, alcanzándose remisiones definitivas en el 60-80% de los casos.

Bulimia nerviosa. Atracones, purgas, especialmente vómitos y laxantes, junto con restricciones alimentarias constituyen las manifestaciones fundamentales. Los atracones suelen ser siempre privados. Tienden a desencadenar los estados disfóricos, situaciones estresantes y señales condicionadas. Los trastornos de personalidad, especialmente el trastorno límite, participan de una impulsividad que en los casos más graves constituye la *bulimia multiimpulsiva* (mentiras, hurtos, promiscuidad sexual, tentativas de suicidio, autolesiones, etc.).

Suele iniciarse al final de la adolescencia y primera juventud. El pronóstico es más optimista que en la AN. A los 10-11 años mantienen su trastorno alrededor del 10% de los pacientes.

4.- Evaluación

4.1.- Anamnesis

La anamnesis incluye todos los aspectos relevantes de un trastorno de la alimentación como la historia de cambios de peso, menstruación, tipo de dieta, conductas purgativas u otras conductas anómalas en relación con la ingesta. Es aconsejable utilizar una entrevista semiestructurada.

4.2.- Exploración física

Al iniciarse el tratamiento debe realizarse una exploración biológica y psicológica completa para determinar la gravedad del trastorno y tomar las medidas urgentes que pudieran precisarse. La exploración debe incluir peso y altura, índice de masa corporal, y determinación del desarrollo puberal; frecuencia cardíaca y tensión arterial, y ECG (urgente si las conductas purgativas son muy frecuentes); analítica general que incluya sodio, potasio (urgente si las conductas purgativas son frecuentes), glucosa, creatinina, urea, proteínas totales, colesterol, triglicéridos, GOT, GPT, bilirrubina, ácido úrico, albúmina, amilasa, calcio, CK, hierro, fosfatasa alcalinas, gamma-GT, LDH, lipasa, magnesio, y fósforo; hemograma completo, coagulación y VSG; determinaciones hormonales (T3, T4, TSH, IGF-1, IGF-BP3, HGC, DHEA, LH, FSH, estradiol (chicas), testosterona (chicos), prolactina, cortisol). El perfil nutricional (vitaminas A, E, C, B1, B6, B12, ácido fólico, ácido fólico eritrocitario, prealbúmina, zinc) no es imprescindible, pero sí aconsejable.

4.3.- Exploración psicopatológica

Debe realizarse para descartar otros trastornos. Los más frecuentemente asociados son los trastornos depresivo y obsesivo. Aunque no se cumplan criterios diagnósticos de dichos trastornos, a menudo aparece sintomatología depresiva, obsesiva, ansiosa e impulsiva que puede interferir la evolución del trastorno alimentario. Es aconsejable administrar pruebas como el CDI (*Children Depression*

Inventory) o el BDI (*Beck Depression Inventory*) y el LOI (*Leyton Obsessive-compulsive Inventory*) o la Y-BOCS (*Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale*).

4.4.- Exploración psicológica

Se aconseja administrar escalas de evaluación de síntomas de TCA como el EAT (*Eating Attitudes Test*) y el EDI (*Eating Disorders Inventory*), de autoimagen corporal mediante cuestionarios como el BAT (*Body Attitudes Test*), el BSQ (*Body Shape Questionnaire*) o la Técnica de Exploración de la percepción de Imagen Corporal (TEIC). En el caso de la BN pueden administrarse cuestionarios más específicos como el BULIT (*Bulimia Test*).

4.5.- Exploraciones complementarias

En adolescentes conviene realizar radiografía de mano y muñeca para obtener la edad ósea y controlar el crecimiento. La densitometría ósea de columna y cadera está indicada si existe amenorrea de más de seis meses de evolución en muchachas con amenorrea secundaria o si el trastorno dura más de 1 año en niñas de edad prepuberal o en pacientes varones.

5. Diagnóstico

5.1.- Criterios CIE-10.

Los criterios diagnósticos de AN y BN establecidos por la CIE-10 se resumen en las Tablas 1 y 2.

Tabla 1. *Criterios diagnósticos CIE-10 para Anorexia Nerviosa (resumen)*

-
- a) Pérdida significativa de peso (IMC<17'5). Los prepúberes no aumentan de peso.
 - b) La pérdida de peso está decidida por el paciente 1) evitando "alimentos que engordan", y mediante uno de estos síntomas: 2) vómitos, 3) laxantes, 4) ejercicio físico, 5) consumo de anorexígenos o diuréticos
 - c) Distorsión de la imagen corporal, persistiendo su sobrevaloración, temiendo la gordura o la flacidez corporal, e imponiéndose un peso inferior al mínimo.
 - d) Trastorno endocrino generalizado, con amenorrea en la mujer y pérdida de interés y potencia sexuales en el varón
 - e) Si se inicia antes de la pubertad, esta se detiene o retrasa.
-

Tabla 2. *Criterios diagnósticos CIE-10 para Bulimia Nerviosa (resumen)*

- a) Episodios de polifagia por deseos irresistibles de comer y preocupación continua por la comida
 - b) Se intenta contrarrestar el aumento de peso mediante vómitos, laxantes, ayunos, anorexígenos, diuréticos, etc.
 - c) Miedo morboso a engordar, fijándose límites excesivamente bajos de peso. Con frecuencia hay antecedentes de AN
-

5.2. Patología asociada.

Los trastornos depresivos y distímicos se dan en el 50% de pacientes anoréxicos y en el 75% de bulímicos. El TOC se detecta hasta en un 25% de anoréxicos y menos en bulímicos. Son también frecuentes los trastornos de ansiedad, especialmente fobia social. Alrededor del 35% de bulímicos sufren trastornos por abuso de sustancias, así como un 15% de los anoréxicos bulímicos.

Entre un 40 y un 75% de pacientes presentan trastornos de personalidad comórbidos. En la BN predomina el trastorno por evitación y el límite, y en la AN el trastorno por evitación y el obsesivo compulsivo.

6.- **Diagnóstico diferencial**

Anorexia nerviosa.

En *enfermedades médicas* con adelgazamiento no hay miedo al aumento de peso ni distorsión de la imagen corporal. En la *depresión* sucede lo mismo.

En la *fobia social*, la evitación de situaciones sociales es generalizada; en la AN sólo en relación con comidas o exhibición del cuerpo. Para diagnosticar un TOC es preciso que obsesiones y compulsiones no estén referidas exclusivamente a comida, cuerpo o peso.

El trastorno *dismórfico* suele referirse a partes concretas del cuerpo, y no a la silueta o el volumen globales, y no tiene por qué cursar con irregularidades alimentarias.

Bulimia nerviosa.

La *anorexia nerviosa con atracones/purgativa* cursa con desnutrición/malnutrición fruto de la pérdida de peso.

7. Tratamiento

7.1.- Psicoeducación

Debe suministrarse al paciente información sobre la enfermedad, sus consecuencias físicas, psicológicas y sociales, y los riesgos de complicaciones a corto y largo plazo.

Se han destacar las ventajas de superar el trastorno, inculcar los conceptos de peso biológico adecuado y de peso mínimo, y dar información nutricional. Todo ello está encaminado a aumentar la motivación para el cambio e incrementar la colaboración en el tratamiento. Las sesiones de grupo suelen ser eficaces.

Siempre debe actuarse sobre la familia, siempre desbordada por el trastorno y sus consecuencias. Los padres han de estar informados y apoyados emocionalmente durante el proceso terapéutico. Han de formar parte de la alianza terapéutica a fin de mantener la coherencia normativa. Deben saber cómo actuar respecto al trastorno y a las características del paciente. Es un objetivo encauzar los conflictos familiares previamente existentes, y tratar, si existen, los trastornos de los padres. Los padres deben aprender a diferenciar los problemas y conductas asociados al trastorno de los propios de la adolescencia. Es aconsejable que la orientación de los padres se lleve a cabo individualmente y en grupo. Los grupos de padres ayudan a la comprensión del trastorno y facilitan los apoyos psicológicos.

7.2.- Psicoterapia

Los objetivos generales de una psicoterapia específica son: disminuir la ansiedad ante la comida y el incremento de peso, ayudar a normalizar la ingesta y los hábitos alimentarios, disminuir la actividad física compulsiva, modificar las creencias erróneas respecto al peso y el cuerpo, mejorar las alteraciones de la imagen corporal y la ansiedad asociada, y mejorar la autoestima y el estado de ánimo. Complementariamente conviene mejorar las habilidades sociales y las relaciones interpersonales, así como disminuir las conductas de evitación. Las conductas purgativas o autolesivas exigen intervenciones correctoras.

En la AN hay que valorar los diferentes aspectos biológicos y psicológicos que influyen el origen y mantenimiento del trastorno. Los objetivos y prioridades del tratamiento dependen de la etapa en que se encuentre. Al principio, los objetivos primordiales a corto plazo radican en corregir las alteraciones biológicas que ponen en riesgo la vida del paciente, incrementar el peso, mejorar la nutrición, e interrumpir conductas purgativas. También debe iniciarse el tratamiento de las alteraciones psicopatológicas, pero es difícil que mejoren sin una recuperación nutricional. Debe controlarse la actividad física.

Los objetivos a medio plazo ya se centran plenamente en el abordaje de aspectos psicológicos (autoimagen, autoestima, habilidades sociales, distorsiones cognitivas relativas a alimentos e imagen corporal, relaciones familiares, características de personalidad, etc.), que pueden haber influido en el inicio y mantenimiento del trastorno. Se debe continuar o iniciar el tratamiento de las alteraciones psicopatológicas, mantener el incremento de peso y la conducta alimentaria. En la última etapa, los objetivos a largo plazo son consolidar y mantener la mejoría biológica y psicológica, conseguir un desarrollo adolescente normal y una correcta integración social, así como responsabilizar al paciente de su cuerpo y alimentación. No está solucionado el trastorno si no logra mantener una alimentación adecuada sin el control estricto de la familia o del terapeuta. Este seguimiento debe ser largo, por lo menos de 1 año.

Sea el tratamiento ambulatorio, en hospital de día o en hospitalización completa, se precisa de un programa conductual de recuperación de peso. Este programa es

importante en la primera etapa del tratamiento; debe lograr que el paciente cumpla las pautas de alimentación necesarias para que aumentado su peso y normalice su conducta alimentaria. Durante el tratamiento no debe permitirse el estancamiento del peso ya que puede cronificarse el trastorno, empeorar las consecuencias biológicas e impedir la mejoría psicológica. La terapia de orientación cognitiva conductual se considera prioritaria en la segunda y tercera etapas del tratamiento. Es recomendable realizarla individualmente y en grupo puesto que son procedimientos complementarios.

En la BN, sea en hospital de día, sea ambulatoriamente, la terapia cognitiva conductual ha demostrado su eficacia en disminuir atracones y vómitos a corto plazo. Conviene realizarla individualmente y en grupo. Esencialmente consiste en registrar comidas, atracones y purgas, así como las situaciones, pensamientos y sentimientos que los acompañan, suministrar pautas para su reducción (control de estímulos), reestructuración cognitiva de creencias erróneas, corregir distorsiones de imagen corporal, y mejorar autoimagen, autoestima y control de impulsos.

7.3.- Farmacología

En una primera etapa, no es prudente percibir de inmediato psicofármacos ante síntomas afectivos, ansiosos u obsesivos que pueden ser propios de la malnutrición. El tratamiento farmacológico no ha resultado ser especialmente eficaz en la AN, salvo para mejorar algunos síntomas parciales como la ansiedad o el insomnio. Pero sí suele serlo en pacientes que, tras la primera recuperación nutricional, presentan un trastorno depresivo u obsesivo. En estos casos el tratamiento farmacológico es el habitual para estos trastornos. Una vez recuperado el peso, los ISRS parecen ser eficaces para evitar recaídas. Ante un peso muy bajo, p.ej., un $IMC < 16$, no es aconsejable realizar tratamiento farmacológico. Cuando el IMC se sitúa entre 16 y 18 ya cabe prescribirlo ante un segundo diagnóstico, p.ej. trastorno depresivo u obsesivo). Cuando el IMC ya está normalizado, puede estar indicado un ISRS si la sintomatología depresiva u obsesiva es acusada, aunque no se cumplan criterios diagnósticos estrictos.

En la BN los antidepresivos consiguen reducir el número de atracones en una proporción superior al placebo y está indicado en la mayoría de pacientes. Los ISRS son de primera elección (fluoxetina hasta 60-80 mg/día; paroxetina hasta 60 mg/día). Si con este tratamiento no se consiguen resultados positivos, el topiramato a dosis de 75-300 mg/día ha demostrado ser eficaz. El tratamiento farmacológico debe mantenerse al menos durante seis meses. La reducción media de atracones con los ISRS se sitúa alrededor del 50%, siendo bastantes los pacientes que no llegan a estar asintomáticos con el tratamiento farmacológico, por lo que siempre debe asociarse a la terapia cognitiva conductual.

7.4.- Otros

En BN se han propuesto algunos procedimientos terapéuticos alternativos, pero que no pasan de la fase experimental, p.ej., la exposición a señales o la fototerapia. En los TCA, pero especialmente en BN parecen obtenerse buenos resultados a medio o largo plazo con terapia interpersonal.

7.5.- Modos de intervención

Para el tratamiento de los TCA conviene contar con diferentes dispositivos asistenciales como son la consulta ambulatoria, el hospital de día y la unidad de hospitalización completa. Puede ser necesario uno u otro según el estado clínico y la colaboración del paciente.

Tras la primera exploración, en algún caso puede ser necesario tomar medidas de control y tratamiento médico urgentes antes de plantearse ningún abordaje psicológico.

En la Tabla 3 se enumeran dichas alteraciones.

Tabla 3. *Criterios de atención médica urgente en anorexia nerviosa*

-
- Pérdida de peso superior al 50% en los últimos meses
 - Alteraciones de la conciencia,
 - Convulsiones, deshidratación
 - Alteraciones hepáticas o renales
 - Pancreatitis
 - Alteraciones del ionograma
 - Arritmia cardíaca severa
 - Frecuencia cardíaca <40
 - Otras alteraciones del ECG
 - Presencia de síncope
 - Hematemesis severa
 - Dilatación gástrica aguda
-

Descartados los criterios de atención médica urgente, el paciente puede requerir tratamiento en hospitalización si presenta alguna de las características descritas en la Tabla 4. En función de la intensidad de tales características y de su colaboración, el ingreso se realizará en unidad de hospitalización completa o en hospital de día.

Tabla 4. *Criterios de ingreso hospitalario en anorexia nerviosa*

-
- Estado biológico que implica riesgo de complicaciones previsiblemente graves (ingesta nula de alimentos y especialmente de líquidos; IMC<14; frecuencia cardíaca <45; potasio<4,5; hematemesis, rectorragias).
 - Síntomas depresivos importantes con riesgo de suicidio.
 - Conductas autolesivas importantes.
 - Presencia de otra psicopatología que dificulte el tratamiento.
 - Negativa del paciente a seguir las normas del programa ambulatorio: frecuencia de visitas, limitación de la actividad física, alimentación indicada.
 - Comportamiento problemático en casa y/o conflictos familiares importantes e imposibles de controlar ambulatoriamente.
 - El peso no sigue el ritmo pautado en el programa de recuperación de peso.
-

Siempre que sea posible el tratamiento se iniciará ambulatoriamente a fin de mantener la integración social y académica del paciente, pero si presenta alguno de los criterios mencionados en la Tabla 4 se realizará su ingreso hospitalario. Durante éste, deben tomarse las constantes cada 8 horas para pasar tras los primeros días a cada 12 horas; se debe establecer monitorización cardíaca nocturna si la frecuencia cardíaca es menor de 45 pulsaciones por minuto. Han de controlarse peso, ingesta de comida, ingesta hídrica y conductas purgativas. Si el paciente tiene un IMC muy bajo, p.ej., inferior a 15, o su ingesta antes del ingreso era muy escasa, su dieta inicial no debe superar 1250 calorías/día, para pasar gradualmente a 2500 calorías/día. Deben corregirse las conductas anómalas (compulsivas) que aparecen en las comidas.

En el tratamiento de la BN también se pueden requerir los tres dispositivos asistenciales ya mencionados. Tras la exploración física y analítica, si el paciente cumple alguno de los criterios que se citan en la Tabla 5, se debe proceder a un control y tratamiento médico urgentes a fin de corregir las alteraciones que representen un riesgo inmediato para el paciente, p.ej., las hidroelectrolíticas.

Tabla 5. *Criterios de atención médica urgente en bulimia nerviosa*

-
- Deshidratación
 - Descenso de potasio o sodio
 - Alteraciones hepáticas o renales graves
 - Pancreatitis
 - Trastornos de la conducción cardíaca u otras alteraciones del ECG
 - Frecuencia cardíaca < 40
 - Alteraciones de la conciencia y/o convulsiones
 - Hematemesis
 - Dilatación gástrica aguda
-

Descartada la necesidad de atención médica urgente, se decidirá el ingreso hospitalario o en hospital de día. Es aconsejable que inicien su tratamiento en régimen de hospital de día los pacientes que no cumplan los criterios de hospitalización completa que se citan la tabla 6 y residan cerca de uno de estos recursos.

Tabla 6. *Criterios de ingreso hospitalario en bulimia nerviosa.*

-
- Alteraciones electrolíticas
 - Alteraciones en el ECG
 - Hematemesis reciente
 - Ideación autolítica grave
 - Presencia de trastornos psicopatológicos graves
 - Desorganización conductual grave
 - Autolesiones importantes
-

El ingreso en unidad de hospitalización completa, a menos que existan alteraciones psicopatológicas graves, no debiera superar las 2 semanas. Su objetivo es el controlar y tratar alteraciones biológicas, reducir los síntomas alimentarios, y eliminar las conductas compensadoras, a fin de proseguir el tratamiento en hospital de día siempre que sea posible. Sólo si no es así se desarrollará el tratamiento ambulatoriamente tras la hospitalización.

En hospital de día o ambulatoriamente los objetivos son normalizar las conductas alimentarias, suprimir las conductas purgativas, reducir las alteraciones de la imagen corporal, normalizar las conductas alimentarias en familia, establecer hábitos de ejercicio físico saludables, mejorar la autoestima y adaptación general. La tercera etapa de mantenimiento y seguimiento debe consolidar los logros alcanzados, ayudar al paciente a superar el curso de su adolescencia y conseguir su integración social.

Especialmente en pacientes prepúberes, el seguimiento de cualquier TCA puede ser largo dado que el peso y la talla definitivos no quedan establecidos hasta finalizar la adolescencia. En AN, son criterios de alta definitiva mantener el peso estable durante un año, recuperar la menstruación, y carecer de alteraciones psicopatológicas alimentarias o asociadas que precisen tratamiento. En BN, son criterios de alta definitiva la no aparición atracones ni conductas compensadoras durante un año y la carencia de alteraciones psicopatológicas alimentarias o asociadas que precisen tratamiento.

7.6 Información y consentimiento informado

Los TCA, y especialmente la AN, plantean problemas especiales. En la AN, la ausencia inicial de conciencia de enfermedad y de motivación para el cambio dificulta, interfiere o incluso impide el tratamiento. El paciente y su familia deben conocer desde un principio no sólo la naturaleza del trastorno, sino, sobre todo, las características del programa de intervención terapéutica en cada una de las fases del mismo. El ideal es conseguir la suficiente alianza terapéutica con el paciente. Pero en caso de no poder compartir con él objetivos y procedimientos, es necesario hacerlo con la familia. En casos resistentes, especialmente si conllevan riesgos significativos, es preciso forzar el tratamiento por indicación de los clínicos, aceptación explícita de los padres y, en caso de ingreso hospitalario, autorización judicial.

BIBLIOGRAFIA RECOMENDADA

Allison DB (ed.): *Handbook of assessment methods for eating behaviors and weight-related problems. Measures, theory, and research*. Thousand Oaks, California: SAGE. 1995

American Psychiatric Association. *Practice guideline for the treatment of patients with eating disorders*. Washington: APA. 2000. Versión española: *Guía clínica para el tratamiento de los trastornos del comportamiento alimentario, 2ª edición*. Barcelona: Ars Médica. 2001

Calvo R. *Anorexia y bulimia. Guía para padres, educadores y terapeutas*. Barcelona: Planeta. 2002



Szmukler G, Dare C, Treasure J. *Handbook of eating disorders. Theory, treatment and research*. Chichester: Wiley. 1995