

**GOBIERNO
FEDERAL**



SALUD

SEDENA

SEMAR

GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA **GPC**

**Prevención y diagnóstico oportuno de los
TRASTORNOS
DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA:
ANOREXIA NERVIOSA Y
BULIMIA NERVIOSA
en el primer nivel de atención**

Evidencias y recomendaciones

Catálogo maestro de guías de práctica clínica: **SSA-113-08**

CONSEJO DE
SALUBRIDAD GENERAL



Vivir Mejor

Ave. Reforma No. 450, piso 13, Colonia Juárez,
Delegación Cuauhtémoc, 06600, México, D. F.
www.cenetec.salud.gob.mx
Publicado por CENETEC.
© Copyright CENETEC.

Editor General.
Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud.

Esta guía de práctica clínica fue elaborada con la participación de las instituciones que conforman el Sistema Nacional de Salud, bajo la coordinación del Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud. Los autores han hecho un esfuerzo por asegurarse que la información aquí contenida sea completa y actual; por lo que asumen la responsabilidad editorial por el contenido de esta guía, que incluye evidencias y recomendaciones y declaran que no tienen conflicto de intereses.

Las recomendaciones son de carácter general, por lo que no definen un curso único de conducta en un procedimiento o tratamiento. Las variaciones de las recomendaciones aquí establecidas al ser aplicadas en la práctica, deberán basarse en el juicio clínico de quien las emplea como referencia, así como en las necesidades específicas y las preferencias de cada paciente en particular; los recursos disponibles al momento de la atención y la normatividad establecida por cada institución o área de práctica.

Este documento puede reproducirse libremente sin autorización escrita, con fines de enseñanza y actividades no lucrativas, dentro del Sistema Nacional de Salud.

Deberá ser citado como: **Trastornos de la ingestión de alimentos anorexia nerviosa y bulimia nerviosa. Prevención y diagnóstico oportuno en el primer nivel de atención.** México: Secretaría de Salud, 2008.

Esta guía puede ser descargada de Internet en: www.cenetec.salud.gob.mx/interior/gpc.html

CIE-10: F00-F099 Trastornos mentales y del comportamiento
F50 Trastornos de la ingestión de alimentos:
F500 Anorexia nerviosa, F502 Bulimia nerviosa.
GPC Trastornos de la ingestión de alimentos anorexia nerviosa y bulimia nerviosa
Prevención y diagnóstico oportuno en el primer nivel de atención

Autores			
Dra. María Antonieta Hernández Franco	Medicina General / Salud Pública con concentración en Administración.	Servicios de Salud de Morelos.	Subdirectora de Enseñanza, Investigación y Capacitación.
M. en A. S. S. Laura M. Urbáez Castro	Química, Desarrollo de Fármacos, Validación de Metodología Analítica, Procesos de Evaluación y Auditoría/ Administración de Servicios de Salud.	Servicios de Salud de Morelos.	Coordinadora Estatal de Investigación.
Dra. María Teresa Domínguez Aguilar	Medicina general / Medicina interna.	Servicios de Salud de Morelos/ISSSTE.	Médico Especialista/Hosp. Gral. de Cuernavaca "Dr. José G. Parres y Hospital General "Dr. Carlos Calero Elorduy".
Dr. Luis Daniel Miranda Díaz	Medicina General/Pediatría, Neonatología.	Servicios de Salud de Morelos.	Médico Especialista/Hospital General de Jojutla, Dr. Ernesto Meana San Román.
Dr. J. Armando Barriguete Meléndez	Conducta alimentaria, tratamiento psicológico trastorno de la ingestión de alimentos y ENSANUT 2006.	Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición "Salvador Zubirán".	Consultor y Asesor.
Dr. Alejandro de Jesús Caballero Romo	Medicina General/Psiquiatría/ Especialidad en Trastornos de la Conducta Alimentaria, Investigación Clínica y Docencia en Trastornos de la Conducta Alimentaria.	Instituto Nacional de Psiquiatría "Ramón de la Fuente".	Coordinador de la Clínica de la Conducta Alimentaria del Instituto Nacional de Psiquiatría "Ramón de la Fuente" (INPRF).
Dra. Claudia Unikel Santoncini	Psicología/Dra. en Psicología Clínica/Psicoterapia Cognitivo-Conductual/Docencia pre-grado y postgrado.	Instituto Nacional de Psiquiatría "Ramón de la Fuente".	Investigadora en la Dirección de Investigaciones Epidemiológicas y Psicosociales del Instituto Nacional de Psiquiatría "Ramón de la Fuente" (INPRF).
Dra. Dulce Alejandra Balandrán Duarte	Medicina General / Salud Pública y Medicina Preventiva.	Instituto Nacional de Salud Pública.	Médico residente.
Colaboradores			
Mtra. Laura González Macías	Psicología/Maestría en Clínica Psicoanalítica/Psicoterapia Cognitivo-Conductual.	Instituto Nacional de Psiquiatría "Ramón de la Fuente".	Psicoterapeuta de la Clínica de la Conducta Alimentaria del Instituto Nacional de Psiquiatría "Ramón de la Fuente".
L.N. Erika Stancati Rojas	Licenciada en Nutrición.	Instituto Nacional de Psiquiatría "Ramón de la Fuente".	Nutricionista de la Clínica de la Conducta Alimentaria del Ins. Nal. de Psiquiatría "Ramón de la Fuente".
Lic. Ariadna Prieto Rosiñol	Licenciada en Nutrición.	Servicios de Salud de Morelos.	Nutrióloga de los Servicios de Salud
Dra. Bertha Alicia Solano Rodríguez	Medicina General y Salud Pública con concentración en Administración en Salud.	Servicios de Salud de Morelos.	Coordinadora de Enseñanza, investigación y Capacitación del Centro Estatal de Transfusión Sanguínea.
M. en A. Luis Agüero y Reyes.	Medicina interna. Administración en salud.	Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud, SSA.	Coordinación de guías de medicina interna.
M. en A. Héctor Javier González Jácome.	Medicina interna. Administración y políticas públicas.	Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud, SSA.	Subdirección de guías de práctica clínica.
Dr. David Eduardo Hernández Santillán.	Medicina interna	Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud, SSA.	Asesor de guías de práctica clínica (OMS).
Validación interna:			
Dra. Magdalena Ocampo Regla.	Medicina General/Psiquiatría/Especialista en Trastornos de la Conducta Alimentaria, Investigación Clínica y Docencia en Trastornos de la Conducta Alimentaria.	Instituto Nacional de Psiquiatría "Ramón de la Fuente".	Médico Especialista en la Clínica de la Conducta Alimentaria del Instituto Nacional de Psiquiatría "Ramón de la Fuente" (INPRF).
Revisión institucional:			
Dra. Aurora Elizabeth Serralde Zúñiga	Médico especialista en nutrición clínica.	Hospital General de México.	Médico adscrito al servicio de Gastroenterología.
Dr. Juan Antonio Peralta Calcáneo	Endocrinólogo	Hospital General de México.	Médico adscrito al servicio de Endocrinología.

Índice

1. Clasificación.....	5
2. Preguntas a responder.....	6
3. Aspectos generales.	
3.1. Justificación	7
3.2. Objetivo.	8
3.3. Definición.	9
4. Evidencias y recomendaciones.	10
4.1. Prevención primaria.	11
4.1.1. Promoción de la salud.	11
4.1.1.1. Estilo de vida.	11
4.1.1.2. Educación para la salud.	14
4.2. Prevención secundaria.	15
4.2.1. Factores de riesgo.	15
4.2.2. Historia clínica.	17
4.2.3. Tamizaje.	20
4.2.4. Diagnóstico temprano y limitación del daño.	22
4.2.5. Estudios complementarios.	25
4.2.6. Tratamiento no farmacológico.	26
5. Anexo.	30
6. Bibliografía.	32
7. Agradecimientos.	33
8. Comité Académico.....	33
9. Directorios	34
10. Comité Nacional de Guías de Práctica Clínica.....	35

**TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA: ANOREXIA NERVIOSA Y BULIMIA NERVIOSA.
PREVENCIÓN Y DIAGNÓSTICO OPORTUNO EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN**

1. CLASIFICACIÓN

Clasificación SSA-113-08			
Profesionales de la salud	Personal de promoción de la salud, trabajadores sociales, médico general, 1.15 Enfermera, 1.23 Médico familiar, 1.45 Psicóloga(o), 1.34 Licenciada(o) en nutrición, 1.36 Odontóloga(o).		
Clasificación de la enfermedad	CIE-10: F50 Trastornos de la ingestión de alimentos. F500 Anorexia nerviosa. F502 Bulimia nerviosa.		
Categoría de GPC	3.1.1 Nivel de atención primaria. 3.2 Consejería. 3.4 Diagnóstico y tamizaje. 3.11 Prevención.		
Usuarios potenciales	4.3 Departamentos de salud pública. 4.4 Dietistas. 4.5 Enfermeras generales. 4.7 Estudiantes. 4.11 Investigadores. 4.12 Médicos especialistas. 4.13 Médicos generales. 4.14 Médicos familiares. 4.15 Odontólogos. 4.17 Organizaciones orientadas a enfermos. 4.23 Planificadores de servicios de salud. 4.25 Proveedores de servicios de salud. 4.47 Psicólogos/profesionales de la conducta no médicos. 4.28 Técnicos en enfermería. 4.32 Trabajadores sociales.		
Tipo de organización desarrolladora	6.3 Gobierno federal: Secretaría de Salud. 6.4 Servicios de Salud de Morelos.		
Población blanco	7.4 Adolescente 13 a 18 años. 7.9 Hombre. 7.5 Adulto 19 a 44 años. 7.10 Mujer.		
Fuente de financiamiento / patrocinador	8.1 Gobierno Federal 8.4 Mixto: Servicios de Salud de Morelos.		
Intervenciones y actividades consideradas	<table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="vertical-align: top; width: 50%;"> 06.19 Otros procedimientos diagnósticos sobre glándulas tiroides y paratiroides. 24.99 Otra operación dental 89.01 Entrevista y evaluación, descritas como breves. 89.02 Entrevista y evaluación, descritas como limitadas. 89.03 Entrevista y evaluación, descritas como globales. 89.04 Otra entrevista y evaluación. 89.05 Entrevista y evaluación diagnósticas, no especificadas de otra manera. </td> <td style="vertical-align: top; width: 50%;"> 89.06 Consulta descrita como limitada. 89.07 Consulta descrita como global. 89.08 Otra consulta. 89.09 Consulta no especificada de otra manera. 89.31 Examen dental. 89.39 Otras Mediciones y exámenes no quirúrgicos. 89.7X Reconocimiento médico general. 94.08 Otras pruebas y evaluación psicológica. 94.49 Otro asesoramiento. Antropometría (peso y talla, perímetro abdominal). </td> </tr> </table>	06.19 Otros procedimientos diagnósticos sobre glándulas tiroides y paratiroides. 24.99 Otra operación dental 89.01 Entrevista y evaluación, descritas como breves. 89.02 Entrevista y evaluación, descritas como limitadas. 89.03 Entrevista y evaluación, descritas como globales. 89.04 Otra entrevista y evaluación. 89.05 Entrevista y evaluación diagnósticas, no especificadas de otra manera.	89.06 Consulta descrita como limitada. 89.07 Consulta descrita como global. 89.08 Otra consulta. 89.09 Consulta no especificada de otra manera. 89.31 Examen dental. 89.39 Otras Mediciones y exámenes no quirúrgicos. 89.7X Reconocimiento médico general. 94.08 Otras pruebas y evaluación psicológica. 94.49 Otro asesoramiento. Antropometría (peso y talla, perímetro abdominal).
06.19 Otros procedimientos diagnósticos sobre glándulas tiroides y paratiroides. 24.99 Otra operación dental 89.01 Entrevista y evaluación, descritas como breves. 89.02 Entrevista y evaluación, descritas como limitadas. 89.03 Entrevista y evaluación, descritas como globales. 89.04 Otra entrevista y evaluación. 89.05 Entrevista y evaluación diagnósticas, no especificadas de otra manera.	89.06 Consulta descrita como limitada. 89.07 Consulta descrita como global. 89.08 Otra consulta. 89.09 Consulta no especificada de otra manera. 89.31 Examen dental. 89.39 Otras Mediciones y exámenes no quirúrgicos. 89.7X Reconocimiento médico general. 94.08 Otras pruebas y evaluación psicológica. 94.49 Otro asesoramiento. Antropometría (peso y talla, perímetro abdominal).		
Impacto esperado en salud	Fomentar la adopción de estilos de vida saludables Incremento en la tasa de diagnóstico oportuno de anorexia nerviosa. Incremento de la tasa de referencia oportuna de anorexia nerviosa. Incremento en la tasa de diagnóstico oportuno de bulimia nerviosa. Incremento de la tasa de referencia oportuna de bulimia nerviosa. Disminución de las complicaciones médicas atribuibles a los estados de desnutrición severa de las pacientes con anorexia nerviosa. Disminución de las complicaciones médicas atribuibles a los estados de desnutrición severa de las pacientes con bulimia nerviosa. Mejorar la calidad de vida a corto y largo plazo de los pacientes con anorexia nerviosa. Mejorar la calidad de vida a corto y largo plazo de los pacientes con bulimia nerviosa.		
Metodología	Definición del enfoque de la GPC. Elaboración de preguntas clínicas. Métodos empleados para coleccionar y seleccionar evidencia. Protocolo sistematizado de búsqueda. Revisión sistemática de la literatura. Búsquedas de bases de datos electrónicas. Búsqueda de guías en centros elaboradores o compiladores. Búsqueda manual de la literatura. Número de fuentes documentales revisadas: 8 Guías seleccionadas: Tres del periodo 2004-2006. Revisiones sistemáticas. Ensayos controlados aleatorizados. Reporte de casos. Calificación del nivel de evidencia Validación del protocolo de búsqueda: Adopción de guías de práctica clínica internacionales: Selección de las guías que responden a las preguntas clínicas formuladas con información sustentada en evidencia. Construcción de la guía para su validación. Respuesta a preguntas clínicas por adopción de guías. Respuesta a preguntas clínicas por revisión sistemática. Análisis de evidencias y recomendaciones de las guías adoptadas en el contexto nacional.		
Método de validación y adecuación	Validación del protocolo de búsqueda: Método de validación de la GPC: validación por pares clínicos. Validación interna: Dra. Magdalena Ocampo. Validación externa:.		
Conflictos de interés	Todos los miembros del grupo de trabajo han declarado la ausencia de conflictos de interés.		
Registro y actualización	Registro SSA-113-08 Fecha de actualización		

2. PREGUNTAS A RESPONDER POR ESTA GUÍA

1. ¿Cuáles son los factores de riesgo para padecer anorexia nerviosa?
2. ¿Cuáles son los factores de riesgo para padecer bulimia nerviosa?
3. ¿Cuáles son las acciones específicas para la prevención de la anorexia?
4. ¿Cuáles son las acciones específicas para la prevención de la bulimia nerviosa?
5. ¿Cuáles son los signos y síntomas con los que se establece el diagnóstico de anorexia nerviosa?
6. ¿Cuáles son los signos y síntomas con los que se establece el diagnóstico de bulimia nerviosa?
7. ¿Qué método de tamizaje se puede aplicar como apoyo para la detección de conductas alimentarias alteradas que pueden derivar en el futuro en el diagnóstico de la anorexia nerviosa?
8. ¿Qué método de tamizaje se puede aplicar como apoyo para la detección de conductas alimentarias alteradas que pueden derivar en el futuro en el diagnóstico de la bulimia nerviosa?
9. ¿Qué estudios de laboratorio y gabinete son de ayuda para evaluar al paciente con anorexia nerviosa?
10. ¿Qué estudios de laboratorio y gabinete son de ayuda para evaluar al paciente con bulimia?
11. ¿Cuándo referir al paciente con anorexia nerviosa a segundo nivel de atención?
12. ¿Cuándo referir al paciente con bulimia nerviosa a segundo nivel de atención?

3. ASPECTOS GENERALES

3.1 JUSTIFICACIÓN

Los trastornos de la conducta alimentaria han llegado a ser una preocupación de salud pública en muchos países, sobre todo en ciudades clasificadas como urbanas, en las cuales los jóvenes aspiran a un modelo físico que implica un peso corporal bajo comparado con la talla del individuo. Este comportamiento se ha hecho particularmente evidente entre las mujeres.

La estimación de la incidencia y prevalencia de los trastornos de la conducta alimentaria varía dependiendo del tamaño y edad de la muestra y de los métodos de evaluación. En el año 2000, a nivel mundial, la tasa de incidencia de anorexia nerviosa en la población de entre 10 y 30 años de edad fue de 17 y 19 casos entre 100,000 habitantes y en el caso de bulimia es de 50 por cada 100,000 habitantes. La prevalencia para anorexia nerviosa era del 1% y para la bulimia nerviosa del 1 al 3 %.

Estudios en Estados Unidos de América y Europa Occidental encontraron una tasa de prevalencia promedio de 0.3% para anorexia nerviosa, de 1% para bulimia nerviosa en mujeres jóvenes y 0.1% para bulimia nerviosa en hombres jóvenes. En adolescentes españolas se ha reportado una prevalencia que fluctúa entre 0.3 y 0.45% para anorexia nerviosa, 0.41 y 0.8% para bulimia nerviosa, 3.1 y 4.71% para los trastornos alimentarios no especificados (TANE); entre 4.1 y 5.17% de la población total sufre un trastorno de la conducta alimentaria. Estos trastornos se presentan con una razón de prevalencia hombre/mujer de entre 1:6 y 1:10. Respecto de la incidencia de anorexia nerviosa, la tasa global es de por lo menos ocho por 100 000 años persona y de bulimia nerviosa 12 por 100 000 años persona. Para el grupo de mujeres de 15 a 24 años de edad la incidencia se ha incrementado en el último siglo desde 1970. En México no hay datos sobre la incidencia y prevalencia de los trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes, pero se ha detectado que 0.9% de los hombres y 2.8% de las mujeres en edad de 12 a 19 años, presentan alto riesgo de padecer un trastorno de la conducta alimentaria.

La anorexia nerviosa y bulimia nerviosa están relacionadas con una tasa de morbilidad de 33% después de casi 12 años de la primera admisión en servicios hospitalarios; se han reportado tasas de mortalidad estandarizada de 9.6, siendo las principales causas de muerte las arritmias y enfermedades infecciosas.

Papel de los médicos generales y del equipo de primer nivel de atención. El primer contacto con los servicios de salud, para la mayoría de los pacientes con algún trastorno de la conducta alimentaria es el primer nivel de atención. Este acercamiento puede ser directo –cuando los pacientes buscan ayuda para su trastorno alimentario- o indirecto –cuando los pacientes buscan ayuda por otra condición-. Adicionalmente, muchos padres o familiares pueden acercarse al primer nivel de atención a pedir consejo sobre algún miembro de la familia.

Cualquier contacto con primer nivel de atención debe ser visto como una oportunidad para captar al paciente con trastorno en la conducta alimentaria y se debe intentar el garantizar que regresaran en el futuro. Lo anterior no es un proceso simple, ya que muchos de los pacientes no desean comprometerse con los servicios de salud, y si el proceso de asesoramiento no es el adecuado, puede llevar a que el paciente no quiera cooperar.

Por lo anterior, es de relevancia contar con una guía que ayude a estandarizar el actuar del personal de salud de primer nivel de atención tanto en el ámbito de la prevención, como en la del diagnóstico y seguimiento del paciente.

3. ASPECTOS GENERALES

3.2 OBJETIVO DE ESTA GUÍA

La guía de práctica clínica **Prevención y diagnóstico oportuno de los trastornos de la conducta alimentaria (anorexia nerviosa y bulimia nerviosa)** forma parte de las guías que integrarán el catálogo maestro de guías de práctica clínica, el cual se instrumentará a través del Programa de Acción Desarrollo de Guías de Práctica Clínica, de acuerdo con las estrategias y líneas de acción que considera el Programa Sectorial de Salud 2007-2012.

La finalidad de este catálogo, es establecer un referente nacional para orientar la toma de decisiones clínicas basadas en recomendaciones sustentadas en la mejor evidencia disponible.

Esta guía pone a disposición del personal del primer nivel de atención, las recomendaciones basadas en la mejor evidencia disponible con la intención de estandarizar las acciones nacionales sobre:

1. La identificación de factores de riesgo para padecer trastornos de la conducta alimentaria (anorexia nerviosa y bulimia nerviosa).
2. Acciones específicas de tamizaje y referencia oportuna.

Lo anterior favorecerá a la mejora en la efectividad, seguridad y calidad de la atención médica, contribuyendo de esta manera al bienestar de las personas y de las comunidades, que constituye el objetivo central y la razón de ser de los servicios de salud.

3. ASPECTOS GENERALES

3.3 DEFINICIÓN

Los trastornos de la conducta alimentaria son un grupo de condiciones relacionadas con la perturbación de la imagen corporal y el comportamiento anormal de comer (CIE 10, F50 Trastornos en la ingestión de alimentos). De este grupo de trastornos, dos de ellos serán tratados en esta guía, aunque existen otras categorías diagnósticas, como los trastornos alimentarios no especificados (*TANE*) y el trastorno por atracón, en los cuales no se cumplen todos los criterios para el diagnóstico de anorexia nerviosa ni bulimia nerviosa. *DSM-IV-TR, APA, 2002*

La anorexia nerviosa es un trastorno alimentario en el cual una persona presenta una aversión al alimento que ocasiona inanición y una incapacidad para permanecer en un peso corporal mínimo, considerado normal para su edad y estatura.

La bulimia nerviosa es una enfermedad que se caracteriza por comilonas o episodios recurrentes de ingestión excesiva de alimentos (atracción), acompañados por una sensación de pérdida de control. Luego, el paciente utiliza diversos métodos para prevenir el aumento de peso corporal (conducta compensatoria): vomitar, usar laxantes o diuréticos, hacer ejercicio, etc.

4. EVIDENCIAS Y RECOMENDACIONES

Las recomendaciones señaladas en esta guía, son producto del análisis de las guías de práctica clínica internacionales seleccionadas mediante el modelo de revisión sistemática de la literatura.

La presentación de la evidencia y las recomendaciones expresadas en las guías seleccionadas, corresponde a la información disponible organizada según criterios relacionados con las características cuantitativas, cualitativas, de diseño y tipo de resultados de los estudios que las originaron.

Los niveles de las evidencias y la graduación de las recomendaciones se mantienen respetando la fuente original consultada, marcada en cursivas. Las evidencias se clasifican de forma numérica y las recomendaciones con letras; ambas, en orden decreciente de acuerdo con su fortaleza.

Para fines de esta guía se aplicó el sistema del *National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE)*.

Tabla de referencia de símbolos empleados en esta guía:



EVIDENCIA



RECOMENDACIÓN

4.1 PREVENCIÓN PRIMARIA

4.1.1 PROMOCIÓN DE LA SALUD

4.1.1.1 ESTILO DE VIDA

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado	
	<p data-bbox="448 544 1062 640">La prevención de los trastornos mentales se enfoca en aquellos determinantes que ejercen una influencia causal, predisponiendo su aparición.</p> <p data-bbox="448 647 1062 743">Los factores de riesgo se asocian con mayor probabilidad de aparición mayor gravedad y mayor duración de la enfermedad.</p> <p data-bbox="448 750 1062 1122">Los factores de protección se refieren a las condiciones que mejoran la resistencia de las personas a los factores de riesgo y se definen como aquellas condiciones que modifican la respuesta del individuo a los elementos agresivos del medio ambiente. En su mayoría, los factores de protección son idénticos a las características que integran la salud mental positiva, como autoestima, fortaleza emocional, pensamiento positivo, destrezas sociales y de resolución de problemas, habilidades para el manejo del estrés y sentimientos de control.</p>	<p data-bbox="1267 544 1286 573">3</p> <p data-bbox="1086 580 1342 640">Estudios no analíticos <i>OMS, 2004</i></p>
	<p data-bbox="448 1193 1062 1290">Las intervenciones preventivas dirigidas a fortalecer los factores de protección son más relevantes que la promoción de la salud mental.</p>	<p data-bbox="1267 1162 1286 1191">C</p> <p data-bbox="1086 1198 1342 1258"><i>Consenso de expertos OMS, 2004</i></p>
	<p data-bbox="448 1332 1062 1803">Existe sólida evidencia de que tanto los factores de riesgo como los de protección intervienen directamente en el desarrollo de los trastornos mentales. Ambos factores se relacionan estrechamente con el medio ambiente, social, económico familiar e individual de las personas. En la gran mayoría, es el efecto acumulativo de la presencia de múltiples factores de riesgo, la pérdida de factores de protección y la interrelación de situaciones de riesgo y protección lo que predispone a los individuos a pasar de una condición mentalmente saludable a una de vulnerabilidad, luego a un problema mental y finalmente a un trastorno mental con todas sus características.</p>	<p data-bbox="1267 1332 1286 1361">3</p> <p data-bbox="1086 1368 1342 1429"><i>Estudios no analíticos OMS, 2004</i></p>

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado	
E	Las intervenciones para prevenir los problemas de salud mental pretenden neutralizar los factores de riesgo y reforzar los factores de protección, con la finalidad de interrumpir los procesos que contribuyen a la disfunción mental humana. Entre mayor sea la influencia que tienen los factores individuales sobre la salud mental y el desarrollo de los trastornos mentales, mayor será el efecto preventivo esperado cuando son adecuadamente dirigidos.	3 <i>Estudios no analíticos</i> <i>OMS, 2004</i>
E	Las intervenciones que abordan exitosamente los factores genéricos pueden dar lugar a un amplio espectro de efectos preventivos. Es de esperar que las intervenciones que abordan exitosamente la pobreza y el abuso de menores tengan impacto en tales trastornos. Los factores de riesgo y de protección específicos de la enfermedad son aquellos que están principalmente relacionados con el desarrollo de un trastorno en particular.	3 <i>Estudios no analíticos</i> <i>OMS, 2004</i>
R	Es imperativo que los determinantes incluidos en las intervenciones preventivas sean maleables e incluyan tanto factores específicos de la enfermedad como factores genéricos de riesgo y protección, los cuales son comunes a varios trastornos mentales.	C <i>Consenso de expertos</i> <i>OMS, 2004</i>
E	Las intervenciones preventivas mal diseñadas podrían incrementar el riesgo y producir más daño que beneficio.	3 <i>Estudios no analíticos</i> <i>Fisterra, 2000</i>
R	Las intervenciones preventivas deben ser cuidadosamente elaboradas, por profesionales autoridades en la materia y coordinadas por las instituciones con el fin de unificar criterios.	C <i>Consenso de expertos</i> <i>Fisterra, 2000</i>

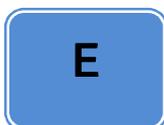
Evidencia / Recomendación

Nivel / Grado



Con el objeto de reducir los hábitos alimenticios no saludables y los trastornos alimentarios, Pratt y Woolfenden, *en 2003*, realizaron intervenciones preven-tivas en estudiantes de primaria, secundaria y educación media (prevención universal), así como en poblaciones específicas en riesgo como bailarinas de ballet, atletas, estudiantes de modelaje y arte culinario (prevención selectiva), y en mujeres adolescentes y jóvenes que mostraban hábitos alimenticios no sanos a niveles subclínicos (prevención indicada).

3
Estudios no analíticos
OMS, 2004



Un estudio australiano sobre un programa interactivo dirigido a la autoestima y a las actitudes y conductas alimenticias en adolescentes jóvenes, mostró que aún 12 meses después del programa, los participantes mejoraron el grado de satisfacción con su apariencia corporal, tuvieron una mayor autoestima positiva y aceptación social y menor obsesión por estar delgadas (*O'Dea & Abraham, 2000*). Las adolescentes en alto riesgo mostraron un aumento en el peso corporal en tanto que las estudiantes en riesgo en el grupo de control mostraron una disminución del mismo.

3
Estudios no analíticos
OMS, 2004



Otros posibles focos, que tienen que ver con la promoción de estilos de vida, para programas de intervención podrían involucrar la construcción de habilidades para manejar el estrés o recursos para enfrentar los factores de estrés (que a su vez pueden desencadenar un trastorno de la ingestión de alimentos) y/o para aumentar el conocimiento emocional y la verbalización de sentimientos para encaminar una tendencia de afrontamiento que se dirige hacia lo psicosomático.

C
Consenso de expertos
Cochrane, 2007

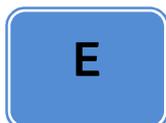
4.1 PREVENCIÓN PRIMARIA

4.1.1 PROMOCIÓN DE LA SALUD

4.1.1.2 EDUCACIÓN PARA LA SALUD

Evidencia / Recomendación

Nivel / Grado



Fomentar programas de prevención con abordaje de esquemas cognoscitivos importantes relacionados con la dependencia a la aprobación de otros y el perfeccionismo para construir una resistencia ante el desarrollo de estilos de personalidad poco saludables.

3
Estudios no analíticos
Fairburn 1997 y 1999



Las intervenciones educativas escolares sobre nutrición deben ser planeadas y secuenciales. Deben iniciarse en preescolar y continuar hasta secundaria para aportar a los alumnos el conocimiento y las habilidades que les ayude a adoptar y mantener durante toda su vida patrones de alimentación saludable. Las investigaciones validan que el cambio en el comportamiento es directamente proporcional a la cantidad de instrucción sobre nutrición recibida. El número de horas promedio por año escolar recomendado en educación nutricional es de un mínimo de 50, en los Estados Unidos.

D
Position of the American Dietetic Association, Society for Nutrition Education, and American School Food Service-Nutrition services: An essential component of comprehensive school health programs.
Journal of American dietetic association 2003



Cuando se incluye a los padres de familia en la intervención educativa se obtiene un incremento significativo en el conocimiento y mejora el comportamiento de los estudiantes en los hábitos alimenticios y de actividad física.

IV
Opinión de expertos
American Dietetic Association, Society for Nutrition Education, and American School Food Service-Nutrition services, 2003

4.2 PREVENCIÓN SECUNDARIA

4.2.1 FACTORES DE RIESGO

Evidencia / Recomendación

Nivel / Grado



Se ha documentado que los trastornos de la alimentación son más prevalentes entre mujeres (es un marcador fijo), con una edad promedio de inicio del trastorno que ocurre entre 14 y 20 años de edad (factor de riesgo variable).

4
Opinión de expertos
Striegel – Moore, 1997



El “hacer dieta” para perder peso es el factor de predicción más importante de los trastornos de la conducta alimentaria.

4
Opinión de expertos
Patton, 1999



El desarrollo de bulimia está influido por:
(1) obesidad de los padres, (2) obesidad en la infancia, (3) comentarios críticos de la familia acerca de la figura, el peso o la alimentación, (4) menarquia prematura, (5) trastorno psiquiátrico en los padres y (6) algunos problemas familiares (baja comunicación y altas expectativas, y abuso de alcohol).

3
Estudios no analíticos
Fairburn 1997 y 1999



Algunos antecedentes frecuentes en la anorexia y la bulimia se relacionan con conductas de perfeccionismo y una autoevaluación negativa.

3
Estudios no analíticos
Fairburn 1997 y 1999



El antecedente de obesidad ha sido documentada en casos de pacientes que presentan anorexia nerviosa (7 a 20%) y/o bulimia nerviosa (18 a 40%).

3
Estudios no analíticos
*National Collaborating
Centre for Mental Health,
2004*

Evidencia / Recomendación

Nivel / Grado



Los problemas de alimentación a edades tempranas de la infancia están frecuentemente documentados como un factor de riesgo físico, pero no es claro si esto constituye verdaderamente un factor de riesgo físico o si está vinculado con la relación entre la madre y el niño.

3
Estudios no analíticos
*National Collaborating
Centre for Mental Health,
2004*

4.2 PREVENCIÓN SECUNDARIA

4.2.2 HISTORIA CLÍNICA

Evidencia / Recomendación

Nivel / Grado



El interrogatorio oportuno en la atención primaria debe comenzar con preguntas desadvertidas y aplicar después un cuestionario de trastornos de la conducta alimentaria.

D
NHS, 2006



La evaluación de personas con trastornos de la alimentación debe ser amplia e incluir necesidades físicas, psicológicas y sociales, así como una evaluación completa del riesgo para sí mismo.

C
Consenso de expertos
NICE, 2004



La evaluación física, adaptada a la gravedad de la enfermedad, debe ser realizada de forma rutinaria en pacientes con trastornos de la conducta alimentaria.

C
Consenso de expertos
NHS, 2003



Una vez que se ha establecido que un paciente puede tener un trastorno de la conducta alimentaria, es necesario complementar la historia clínica. Se deben explorar los factores familiares o personales relevantes; es también importante buscar síntomas físicos significativos como: hematemesis, anomalías intestinales, debilidad, letargia, desvanecimientos, intolerancia al frío y problemas dentales. A lo largo de este proceso la prioridad es mantener un ambiente de confianza y comprometer en forma positiva al paciente en el proceso de evaluar sus síntomas.

C
Consenso de expertos
*NHS Quality Improvement
Scotland. 2006*



Los profesionales de salud necesitan ser sensibles a la ansiedad extrema que algunos pacientes pueden presentar cuando es el momento de realizar la exploración física (debido a que evidenciará su peso e imagen corporal).

4
Opinión de expertos.
NHS, 2006

Evidencia / Recomendación

Nivel / Grado



Si el paciente se siente confortable, se debe tomar el peso, la talla y calcular el índice de masa corporal (IMC). Si el paciente presenta resistencia, no debe ser confrontado en la primera cita.

C
Consenso de expertos
NHS, 2006



Otras exploraciones básicas incluyen, tomar el pulso y la presión sanguínea. En pacientes con bajo peso, se debe buscar evidencia de hipotensión o pulso débil, temperatura corporal baja y debilidad muscular. En pacientes graves se requiere de una exploración física más detallada. En jóvenes debe incluirse una valoración de antecedentes de retraso en el crecimiento y desarrollo.

C
Consenso de expertos
NHS, 2006



Es importante que los profesionales de la salud detecten la pérdida de peso en los niños y adolescentes a través de las gráficas de peso y talla por grupos de edad. El IMC es de valor limitado, debido a las variaciones en el crecimiento (altura). Cuando no se cuenta con las gráficas, la opinión de los padres, puede ser de utilidad.

C
Consenso de expertos
NHS, 2006



El peso muy bajo (IMC menor de 15), la pérdida de peso acelerada (más de 0.5 Kg. en un semana), los vómitos frecuentes (más de una vez por día) y el abuso de laxantes requieren vigilancia.

C
Consenso de expertos
NHS, 2003



Frecuentemente los pacientes con trastornos de la conducta alimentaria pueden presentar ansiedad, depresión, síntomas gastrointestinales, síntomas menstruales o bien pueden ser pacientes diabéticos con poco control de su enfermedad.

4
Opinión de expertos
NHS, 2006



La asesoría a los pacientes con trastornos de la conducta alimentaria, debe ser detallada y considerar las necesidades físicas, psicológicas y sociales, así como una consejería amplia de los riesgos individuales.

4
Opinión de expertos
National Collaborating Centre for Mental Health, 2004

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
<p>R</p> <p>El nivel de riesgo de la salud física y mental de los pacientes debe ser monitoreado durante el tratamiento ya que puede incrementarse. Por ejemplo, en el caso de anorexia nerviosa se debe seguir los cambios de peso cuando el paciente es contrarreferido al primer nivel de atención.</p>	<p>C</p> <p>Consenso de expertos <i>National Collaborating Centre for Mental Health, 2004</i></p>
<p>R</p> <p>Los profesionales de la salud que atienden a niños y adolescentes con trastornos de la conducta alimentaria, deben estar alertados de señales de abuso (emocional, físico y sexual) y debe mantenerse alerta durante todo el seguimiento.</p>	<p>C.</p> <p>Consenso de expertos <i>National Collaborating Centre for Mental Health, 2004</i></p>
<p>E</p> <p>Los pacientes con trastornos de la conducta alimentaria, con vómito como conducta compensatoria, pueden presentar una o más de las siguientes manifestaciones: perimilolisis (desgaste del esmalte dental), un incremento en la caries apical, separación de la mucosa y del tejido periodontal, xerostomía, o sialorrea crónica de las glándulas parótidas.</p>	<p>3</p> <p>Estudios no analíticos <i>Eating disorder: anorexia and bulimia nervosas. Journal of dentistry for children 1986, p. 378</i></p>
<p>R</p> <p>Debe ser respetado el derecho a la confidencialidad de los adolescentes con trastornos de la conducta alimentaria.</p>	<p>C</p> <p>Consenso de expertos <i>National Collaborating Centre for Mental Health, 2004</i></p>
<p>R</p> <p>Los profesionales de la salud que trabajan con pacientes con trastornos de la conducta alimentaria deben familiarizarse con las guías clínicas y las políticas sobre confidencialidad en su país.</p>	<p>C</p> <p>Consenso de expertos <i>National Collaborating Centre for Mental Health, 2004</i></p>
<p>R</p> <p>Los equipos de atención primaria deben incluir pacientes con trastornos de la conducta alimentaria severos y crónicos en los registros de personas con enfermedades mentales graves y perdurables.</p>	<p>C</p> <p>Consenso de expertos <i>NHS, 2003</i></p>

4.2 PREVENCIÓN SECUNDARIA

4.2.3 TAMIZAJE

Evidencia / Recomendación

Nivel / Grado

R

Los pacientes con alto riesgo para trastornos de la conducta alimentaria: las mujeres jóvenes con un índice de masa corporal (IMC) bajo para su edad, los pacientes con peso normal que refieren tener sobrepeso, las mujeres con trastornos menstruales o amenorrea, los pacientes con síntomas gastrointestinales, los pacientes con signos físicos de inanición o repetidos vómitos y los adolescentes con crecimiento y desarrollo deficiente, deben ser sometidos a tamizaje,

C
Consenso de expertos
*National collaborating
Centre for Mental Health,
2004*

E

La detección y el tratamiento oportuno mejoran el pronóstico, pero generalmente el padecimiento está oculto, por ejemplo, en el primer nivel, el paciente llega a pedir atención por algún síntoma físico y no por la anorexia o bulimia en sí. La habilidad para diagnosticar el padecimiento varía y puede ser inadecuada. Existen cuestionarios para la detección, pero en su mayoría son largos y requieren de la interpretación de un especialista.

3
Estudios no analíticos
John F Morgan. 1999

R

A los pacientes jóvenes con diabetes mellitus tipo 1 y baja adherencia al tratamiento, se les debe aplicar el cuestionario (tamizaje) y ser asesorados en trastornos de la conducta alimentaria.

C
Consenso de expertos
NHS, 2006

Evidencia / Recomendación

Nivel / Grado



El interrogatorio debe comenzar con preguntas que no sean intimidantes para los pacientes, por ejemplo, “Cuando se altera tu estado de ánimo, ¿tiene esto algún efecto en tu sueño o manera de comer?”

O bien, “¿ha habido algún cambio en tu apetito, forma de comer o en tu peso?”

En algunas ocasiones los jóvenes pueden sentirse sin ganas de responder si alguno de sus padres está presente. Se debe ofrecer a los jóvenes la oportunidad de hablar sobre cualquier preocupación sobre su salud o dificultades, sin la presencia de los padres.

Preguntas posteriores pueden clarificar si el paciente puede tener algún trastorno de la conducta alimentaria.

El cuestionario (ver Anexo) ha sido validado para ser usado en pacientes mayores de 18 años con desórdenes alimentarios.

C

Consenso de expertos
NHS, 2006

4.2 PREVENCIÓN SECUNDARIA

4.2.4 DIAGNÓSTICO TEMPRANO Y LIMITACIÓN DEL DAÑO

Evidencia / Recomendación

Nivel / Grado



La intervención precoz puede reducir la cronicidad de la anorexia y la bulimia.

4
Opinión de expertos
Perkins SJ, 2008



Los trastornos de la conducta alimentaria pueden ser detectados en las escuelas. Los profesionales de la salud que realizan acciones en las escuelas, así como los maestros, deben recibir apoyo para la asesoría y manejo de los adolescentes con factores de riesgo. Esto se puede lograr estableciendo una comunicación cercana entre los maestros, el personal de salud de las unidades de primer nivel de atención y el equipo de salud mental en niños y adolescentes.

4
Opinión de expertos
NHS, 2006

Evidencia / Recomendación

Nivel / Grado



Criterios diagnósticos para **anorexia nerviosa**:

1. Rechazo a mantener el peso corporal igual o por encima del valor mínimo normal considerando la edad y la talla (p. ej. pérdida de peso que da lugar a un peso inferior al 85% del esperable, o fracaso en conseguir el aumento de peso normal durante el periodo de crecimiento, dando como resultado un peso corporal inferior al 85% del peso esperable).
2. Miedo intenso a ganar peso o a convertirse en obeso, incluso estando por debajo del peso normal.
3. Alteración de la percepción del peso o la silueta corporales, exageración de su importancia en la autoevaluación o negación del peligro que comporta el bajo peso corporal.
4. En mujeres post-puberales, presencia de amenorrea: por ejemplo, ausencia de al menos tres ciclos menstruales consecutivos (se considera que una mujer presenta amenorrea cuando sus menstruaciones aparecen únicamente con tratamientos hormonales, por ejemplo, con la administración de estrógenos).

Tipos específicos

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

4

Consenso de expertos
DSM-IV-TR (APA, 2002)

Evidencia / Recomendación

Nivel / Grado



Criterios para el diagnóstico de **bulimia nerviosa**:

C
Consenso de expertos
DSM-IV-TR (APA, 2002)

1. Presencia de atracones recurrentes. Un atracón se caracteriza por:

1.1 ingesta de alimento en un corto espacio de tiempo (p. ej., en un período de dos horas) en cantidad superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en un período de tiempo similar y en las mismas circunstancias

1.2. sensación de pérdida de control sobre la ingesta del alimento (p. ej., sensación de no poder parar de comer o no poder controlar el tipo o la cantidad de comida que se está ingiriendo)

2. Conductas compensatorias inapropiadas, de manera repetida, con el fin de no ganar peso, como son provocación del vómito; uso excesivo de laxantes, diuréticos, enemas u otros fármacos; ayuno, y ejercicio excesivo.

3. Los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas tienen lugar, como promedio, al menos dos veces a la semana durante un período de tres meses.

4. La autoevaluación está exageradamente influida por el peso y la silueta corporales.

5. La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de la anorexia nerviosa.

Tipos específicos

Tipo purgativo: durante el episodio de bulimia nerviosa, el individuo se provoca regularmente el vómito o usa laxantes, diuréticos o enemas en exceso.

Tipo no purgativo: durante el episodio de bulimia nerviosa, el individuo emplea otras conductas compensatorias inapropiadas, como el ayuno o el ejercicio intenso, pero no recurre regularmente a provocarse el vómito ni usa laxantes, diuréticos o enemas en exceso.

4.2 PREVENCIÓN SECUNDARIA

4.2.5 ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS

Evidencia / Recomendación

Nivel / Grado



Los estudios de laboratorio y gabinete son auxiliares para valorar la gravedad de cualquiera de los trastornos de la conducta alimentaria e indican la referencia a segundo o tercer nivel.

4
Opinión de expertos
NHS, 2006

1. Pruebas de laboratorio y gabinete indispensables son:

- Biometría hemática completa
- Química sanguínea
- Electrolitos séricos
- Examen general de orina
- Pruebas de funcionamiento hepático
- Perfil lípido completo
- Electrocardiograma
- Perfil tiroideo básico (T3, T4, TSH)

2. Pruebas de laboratorio y gabinete opcionales:

- Fosfato sérico (durante el proceso de realimentación en el caso de desnutrición).
- Densitometría ósea de cadera y columna lumbar (en el caso de anorexia nerviosa con amenorrea secundaria de más de seis meses de evolución).

4.2 PREVENCIÓN SECUNDARIA

4.2.6 TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO

Evidencia / Recomendación

Nivel / Grado



El médico de primer nivel de atención que recibe a un paciente con trastornos de la conducta alimentaria debe responsabilizarse del asesoramiento y coordinación inicial. Esto incluye el determinar si el paciente necesita de atención médica urgente o evaluación psiquiátrica.

C
Consenso de expertos.
National Collaborating Centre for Mental Health, 2004



Cuando el manejo del paciente con trastorno de la conducta alimentaria es compartido entre primer y segundo nivel, debe establecerse un acuerdo claro entre los profesionales de la salud sobre la responsabilidad del monitoreo al paciente. Este acuerdo debe ser por escrito y debe ser compartido con el paciente y, donde sea apropiado, con los familiares o cuidadores.

C
Consenso de expertos
National Collaborating Centre for Mental Health, 2004



Cuando se identifica que hay presente abuso de laxantes, se debe aconsejar al paciente de reducir gradualmente el uso de los mismos e informarles que los laxantes no reducen significativamente la absorción de energía.

C
Consenso de expertos.
National Collaborating Centre for Mental Health, 2004



Debido al gran riesgo físico en que se encuentran los pacientes con diabetes que presentan trastornos de la conducta alimentaria, es relevante que comiencen a recibir tratamiento; por tanto, se deben referir a segundo nivel de atención.

C
Consenso de expertos
National Collaborating Centre for Mental Health, 2004



Los pacientes con diabetes mellitus tipo 1 y un trastorno de la conducta alimentaria deben recibir monitoreo clínico en forma regular, porque tienen un riesgo elevado de presentar retinopatía y otras complicaciones.

C
Consenso de expertos
National Collaborating Centre for Mental Health, 2004

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
 R	Las mujeres embarazadas con trastornos de la conducta alimentaria requieren ser cuidadosamente monitoreadas a lo largo del embarazo y en el postparto. C Consenso de expertos <i>National Collaborating Centre for Mental Health, 2004</i>
 R	Los pacientes que vomitan deben tener revisiones dentales periódicas y recibir consejería sobre higiene dental por un dentista o estomatólogo capacitado en el manejo de estos pacientes (medidas que eviten la acción del ácido sobre el esmalte dental). C Consenso de expertos. <i>National Collaborating Centre for Mental Health, 2004</i>
 R	El profesional de la salud debe advertir a los pacientes con osteoporosis (o padecimientos relacionados del sistema óseo) y trastornos de la conducta alimentaria que eviten la actividad física. C Consenso de expertos <i>National Collaborating Centre for Mental Health, 2004</i>
 R	Se recomienda no implementar programas escolares de una sola visita, orientados a lograr cambios en la concepción cultural sobre los temas del peso corporal y dietas, ya que son claramente inefectivos y pueden provocar más daño que beneficios. C Consenso de expertos <i>Fisterra, 2000</i>
 R	Debido a las serias implicaciones de la desnutrición, incluyendo el dejar de crecer y el retardo de la pubertad, se debe buscar en forma temprana, el apoyo de especialistas (servicios de salud mental para niños y adolescentes). C Consenso de expertos <i>NHS, 2006</i>

Evidencia / Recomendación

Nivel / Grado



Existen una serie de características clínicas clave que sugieren que se debe referir al paciente a un especialista.

El consultar los gráficos de peso, talla e índice de masa corporal es la mejor forma de evaluar la necesidad de referir al paciente.

La referencia a un especialista de segundo o tercer nivel de atención está indicada cuando se presentan las siguientes características clínicas:

Anorexia nerviosa

- Pérdida continua de peso
- Deterioro severo, ej. $IMC < 16 \text{ kg/m}^2$ de superficie corporal
- Abuso del uso de laxantes o vomitivos
- Complicaciones físicas, ej. hipotensión
- Cuando la depresión es evidente y/o hay riesgo de que el paciente se cause daño
- Condiciones de comorbilidad tales como diabetes o embarazo

Bulimia nerviosa

- Síntomas severos y persistentes
- Duración de la sintomatología por un periodo mayor a seis meses
- Otros comportamientos que reflejan descontrol, como robos pequeños, intentos suicidas, sobredosis, etc.
- Depresión evidente
- Cuando la consejería ha fallado
- Pérdida rápida de peso, aún si no satisface el criterio de anorexia nerviosa

C
Consenso de expertos
NHS, 2006

Evidencia / Recomendación

Nivel / Grado



La referencia urgente a un especialista para hospitalización está indicada cuando se presenta lo siguiente:

C
Consenso de expertos
NHS, 2006

Anorexia nerviosa

- IMC menor de 13.0 kg/m² de superficie corporal
- Velocidad de pérdida de peso de más de un kilogramo por semana
- Vomitar más de una vez al día
- Uso excesivo de laxantes
- Prolongación del intervalo QT corregido u otra alteración significativa del electrocardiograma
- Temperatura corporal menor de 34°C
- Debilidad muscular –incapacidad para elevarse de la postura de cuclillas sin la ayuda de sus brazos
- Pulso menor de 40 por minuto o presión sistólica menor de 80 mm/Hg
- Alteración de las cifras normales en la química sanguínea o biometría hemática
- Disminución de la capacidad cognitiva
- Ideas suicidas

Bulimia nerviosa

- Pensamientos suicidas persistentes
- Auto infringirse daño en forma persistente y deliberada.
- Pérdida rápida de peso, aún si no satisface el criterio de anorexia nerviosa
- Alteración de las cifras normales en la química sanguínea o biometría hemática
- Ideación suicida

5. ANEXO

Cuestionario de conductas alimentarias de riesgo (CAR)

Instrucciones: Marca una opción para cada inciso, considerando los tres meses previos.

No.	Descripción	Nunca o casi nunca	A veces	Con frecuencia: dos veces en una semana	Con mucha frecuencia: más de dos veces en una semana
1	Me ha preocupado engordar.				
2	En ocasiones he comido demasiado, me he atascado de comida.				
3	He perdido el control sobre lo que como (tengo la sensación de no poder parar de comer).				
4	He vomitado después de comer, para tratar de bajar de peso.				
5	He hecho ayunos (dejar de comer por 12 horas o más) para tratar de bajar de peso.				
6	He hecho dietas para tratar de bajar de peso.				
7	He hecho ejercicio para tratar de bajar de peso.				
8	He usado pastillas para tratar de bajar de peso. Especifica cuál(es) _____				
9	He tomado diuréticos (sustancia para perder agua) para tratar de bajar de peso. Especifica cuál(es) _____				
10	He tomado laxantes (sustancia para facilitar la evacuación) para tratar de bajar de peso. Especifica cuál(es) _____				

Fuente: Unikel-Santoncini C y col. Salud Pública de México/ vol. 46 No. 6, Noviembre-Diciembre 2004.

Tabla descriptiva e interpretación del cuestionario CAR.	
Autores	C Unikel , JA Villatoro, ME Medina-Mora, C Fleiz, N Alcántar, S Hernández
Referencias	Conductas alimentarias de riesgo en adolescentes mexicanos. Datos en población estudiantil del Distrito Federal. Revista de Investigación Clínica. 2000;52(2), 140-147.
Evalúa	Conductas alimentarias comunes a los trastornos de la conducta alimentaria
No de ítems	10
Administración	Autoaplicada
Descripción	Es un cuestionario que mide las conductas alimentarias características de los trastornos de la conducta alimentaria definidos por el DSM-IV (APA, 1994). Consta de 10 preguntas con 4 opciones de respuesta sobre la frecuencia que se lleva a cabo la conducta (0=nunca o casi nunca, 1=algunas veces, 2=Con frecuencia -2 veces a la semana-, 3= muy frecuentemente -más de dos veces en una semana-).
Calificación e interpretación	Es una escala con 4 opciones de respuesta cuya suma de reactivos proporciona un punto de corte, cuando la puntuación es menor a 11 se califica sin riesgo de TCA, cuando la suma es mayor a 10 se califica con riesgo de TCA.
Bibliografía complementaria	Unikel C, Bojórquez I, Carreño S. (2004) Validación de un cuestionario breve para medir conductas alimentarias de riesgo. Salud Pública de México, 46, 509-515. Unikel C, Gómez Peresmitré G, Bojorquez I. Manual de aplicación del cuestionario de factores de riesgo de trastornos de la conducta alimentaria. Publicación interna. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz.

6. BIBLIOGRAFÍA

1. National Institute for Clinical Excellence. Clinical Guideline 9. *Eating disorders. Core interventions in the treatment and management of anorexia nervosa, bulimia and related eating disorders*. London, January 2004.
2. NHS Quality Improvement Scotland. *Eating Disorders in Scotland. Recommendations for Management and Treatment*. Glasgow - Edinburgh, November 2006.
3. Pratt, B.M., & Woolfenden, S.R. *Intervenciones para prevenir los trastornos de la alimentación en niños y adolescentes*. The Cochrane Collaboration, traducida y publicada en La Biblioteca Cochrane Plus, 2007, Número 4.
4. Perkins, S.J., Murphy, R., Schmidt, U., & Williams, C. *Autoayuda y ayuda guiada para los trastornos alimentarios*. The Cochrane Collaboration, traducida y publicada en La Biblioteca Cochrane Plus, 2007, Número 4.

Otras referencias:

1. Behar, A.R., Manzo, G.R., & Casanova Z.D. *Trastornos de la conducta alimentaria y asertividad*. Rev Med Chile 2006; 134: 312-319.
2. *Manual de evaluación del estado de nutrición*. Departamento de Ciencias de la Salud, Universidad Iberoamericana Tijuana. Recopilado por LN. Silvia Olivia Castro Quezada.
3. *Manual de obesidad*. Dr. Rafael Violante Ortiz, Dr. Agustín Lara Esqueda, Dr. Víctor Huggo Córdova Pluma, Lic. Alexandra Styger, Lic. Martha Cavazos Milanes, Lic. Laiza Fuentes Chaparro, Lic. Paola Alvaradejo, Lic. Tatiana Briseño Clement, Lic. Milena Álvarez Martínez.
4. Organización Mundial de la Salud (OMS). www.who.org

7. AGRADECIMIENTOS

Se agradece a las autoridades de los Servicios Estatales de Salud del Estado de Morelos las gestiones realizadas para que el personal adscrito al centro o grupo de trabajo que desarrolló la presente guía; asistiera a los eventos de capacitación en Medicina Basada en la Evidencia y temas afines, coordinados por el Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud.

Se agradece a las autoridades de la Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad y de la Dirección General de Coordinación de los Hospitales Federales de Referencia, las gestiones realizadas para que el personal adscrito al centro o grupo de trabajo que desarrolló la presente guía; asistiera a los eventos de capacitación en Medicina Basada en la Evidencia y temas afines, coordinados por el Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud.

8. COMITÉ ACADÉMICO

Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud

M. en A. María Luisa González Rétiz	Directora General
Dr. Esteban Hernández San Román	Director de Evaluación de Tecnologías en Salud
M. en A. Héctor Javier González Jácome.	Subdirector de guías de práctica clínica
M. en A. María de Lourdes Dávalos Rodríguez	Coordinación Sectorial de guías de práctica clínica
Dra. Jovita Lorraine Cárdenas Hernández	Coordinador de guías de gineco-obstetricia
Dr. Eric Romero Arredondo	Coordinador de guías de cirugía
Dr. Domingo Antonio Ocampo	Coordinador de guías de pediatría
Dr. Luis Agüero y Reyes	Coordinador de guías de medicina interna
Lic. José Alejandro Martínez Ochoa	Investigación documental
Lic. Ana María Otero Prieto	Comunicación y logística
Lic. Margarita Isela Rivera Ramos	Diseño gráfico
Lic. Alejandra Thomé Martínez	Revisión editorial

9. DIRECTORIOS

Secretaría de Salud.

Dr. José Ángel Córdova Villalobos.

Secretario de Salud.

Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad.

Dr. Julio Sotelo.

Comisionado.

Instituto Mexicano del Seguro Social / IMSS.

Mtro. Juan Francisco Molinar Horcasitas.

Director General.

Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado / ISSSTE.

Lic. Miguel Ángel Yunes Linares.

Director General.

Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia / DIF.

Lic. María Cecilia Landerreche Gómez Morin.

Titular del organismo SNDIF.

Petróleos Mexicanos / PEMEX.

Dr. Jesús Federico Reyes Heróles González Garza.

Director General.

Secretaría de la Marina.

Almirante Mariano Francisco Saynez Mendoza.

Secretario de Marina.

Secretaría de la Defensa Nacional.

General Guillermo Galván Galván.

Secretario de la Defensa Nacional.

Consejo de Salubridad General.

Dr. Enrique Ruelas Barajas.

Secretario del Consejo de Salubridad General.

Directorio institucional.

Secretaría de Salud del Estado de Morelos

Dr. Víctor Manuel Caballero Solano

Secretario de Salud

Servicios de Salud de Morelos

Dra. María Luisa Gontes Ballesteros

Directora General

Subdirección de Enseñanza, Investigación y Capacitación

Dra. María Antonieta Hernández

Franco

Subdirectora

Subdirección de Enseñanza, Investigación y Capacitación

M. en A. S. S. Laura Margarita

Urbáez Castro.

Coordinadora Estatal de

Investigación

8. COMITÉ NACIONAL DE GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA

Dra. Maki Esther Ortiz Domínguez Subsecretaría de Innovación y Calidad y Presidenta del Comité Nacional de Guías de Práctica Clínica	Presidenta
Dr. Mauricio Hernández Avila Subsecretario de Prevención y Promoción de la Salud	
Dr. Julio Sotelo Morales Titular de la Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad	Titular
Mtro. Salomón Chertorivski Woldenberg Comisionado Nacional de Protección Social en Salud	Titular
Dr. Jorge Manuel Sánchez González Secretario Técnico del Consejo Nacional de Salud	Titular
Dr. Octavio Amancio Chassin Representante del Consejo de Salubridad General	Titular
General de Brigada Médico Cirujano Víctor Manuel Rico Jaime Director General de Sanidad Militar de la Secretaría de la Defensa Nacional	Titular
CONTRALMIRANTE SSN MC Miguel Ángel López Campos Director General Adjunto Interino de Sanidad Naval de la Secretaría de Marina, Armada de México	Titular
Dr. Santiago Echevarría Zuno Director Médico del Instituto Mexicano del Seguro Social	Titular
Dr. Carlos Tena Tamayo Director Médico del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado	Titular
Dr. Víctor Manuel Vázquez Zárate Subdirector de Servicios de Salud de Petróleos Mexicanos	Titular
Lic. Ma. de las Mercedes Gómez Mont Urueta Directora General de Rehabilitación y Asistencia Social del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia	Titular
Dr. Germán Enrique Fajardo Dolci Comisionado Nacional de Arbitraje Médico	Titular
Dr. Jorge E. Valdez García Director General de Calidad y Educación en Salud	Titular
Dr. Francisco Garrido Latorre Director General de Evaluación del Desempeño	Titular
Dra. Gabriela Villarreal Levy Directora General de Información en Salud	Titular
M en A María Luisa González Rétiz Directora General del Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud	Titular y suplente del presidente
Dr. Octavio Rodrigo Martínez Pérez Director General de los Servicios de Salud en el Estado de Chihuahua	Titular 2009-2010
Dra. Elvia E. Patricia Herrera Gutiérrez Secretaría de Salud y Directora General de los Servicios de Salud del Estado de Durango	Titular 2009-2010
Dr. Ramón Armando Luna Escalante Secretario de Salud y Director General de los Servicios de Salud en el Estado de Michoacán	Titular 2009-2010
Acad. Dr. Manuel H. Ruiz de Chávez Guerrero Presidente de la Academia Nacional de Medicina	Titular
Acad. Dr. Jorge Elías Dìb Presidente de la Academia Mexicana de Cirugía	Titular
Dra. Mercedes Juan Presidente Ejecutivo de la Fundación Mexicana para la Salud	Asesor Permanente
Dr. Jesús Eduardo Noyola Bernal Presidente de la Asociación Mexicana de Facultades y Escuelas de Medicina	Asesor Permanente
Mtro. Rubén Hernández Centeno Presidente de la Asociación Mexicana de Hospitales	Asesor Permanente
Dr. Roberto Simon Sauma Presidente de la Asociación Nacional de Hospitales Privados	Asesor Permanente
Dr. Luis Miguel Vidal Pineda Presidente de la Sociedad Mexicana de Calidad de Atención a la Salud	Asesor Permanente
Dr. Esteban Hernández San Román Director de Evaluación de Tecnologías en Salud de CENETEC y Secretario Técnico del Comité Nacional de GPC	Secretario Técnico