

Anorexia nerviosa en adultos

Fecha de la última revisión: **19/05/2016**

Índice de contenidos

1. [¿De qué hablamos?](#)
2. [¿Cómo se diagnostica?](#)
3. [¿Cómo se trata?](#)
4. [Bibliografía](#)
5. [Más en la red](#)
6. [Autoras](#)

¿De qué hablamos?

La anorexia nerviosa (AN) forma parte de un grupo de trastornos relacionados con una alteración en la conducta alimentaria. Se caracteriza por un peso anormalmente bajo, miedo intenso a ganar peso, una percepción distorsionada de peso y forma corporales y amenorrea. El término anorexia puede llevar a error, porque las pacientes generalmente conservan su apetito.

La AN es un trastorno que se viene presentando desde hace cientos de años y en diversas culturas. A pesar de las dificultades metodológicas para el estudio de estos trastornos, se ha visto que es más común en mujeres que en hombres. Se estima que la prevalencia a lo largo de la vida en mujeres es en torno al 0,9% mientras que en hombres es en torno al 0,3%. La edad de inicio suele estar entre los 12 y los 18 años (Kaplan AS, 2010). Existe un aumento de la prevalencia de los TCA y dentro de ellos de la AN, especialmente en países desarrollados o en vías de desarrollo, mientras que es prácticamente inexistente en países del tercer mundo. El aumento de la prevalencia es atribuible al incremento de la incidencia y a la duración y cronicidad de estos cuadros. En España existen datos publicados para la población de mayor riesgo (mujeres de edad de 12 a 21 años) en los que se ha visto una prevalencia del 0,14% al 0,9% de AN (Grupo de trabajo de la GPC sobre TCA, 2009).

¿Cómo se diagnostica?

Para el diagnóstico de AN pueden ser utilizados tanto los criterios de la 5ª edición del Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5) (American Psychiatric Association, 2013) como los de la Clasificación Internacional de Enfermedades en su 10ª edición (CIE-10) (World Health Organization, 1978).

Los criterios diagnósticos del DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013) para la AN son los siguientes:

- Restricción de la ingesta energética en relación con las necesidades, que conduce a un peso corporal significativamente bajo con relación a la edad, el sexo, el curso del desarrollo y la salud física. Peso significativamente bajo se define como un peso que es inferior al mínimo normal o, en niños y adolescentes, inferior al mínimo esperado.
- Miedo intenso a ganar peso o a engordar, o comportamiento persistente que interfiere en el aumento de peso, incluso con un peso significativamente bajo.
- Alteración en la forma en que uno mismo percibe su propio peso o constitución, influencia impropia del peso o la constitución corporal en la auto-evaluación o falta persistente de reconocimiento de la gravedad del peso corporal bajo actual.

Los criterios de la CIE-10 (World Health Organization, 1978) son:

- Pérdida de peso significativa. En prepúberes, fracaso en la ganancia de peso esperable.
- La pérdida de peso es autoinducida mediante la evitación de diferentes alimentos que engorden y dos o más de los siguientes síntomas: vómitos autoinducidos, toma de laxantes, exceso de ejercicio físico, uso de inhibidores de apetito y/o diuréticos.
- Una psicopatología específica según la cual existe como idea sobrevalorada e intrusiva el horror a la gordura y/o flacidez, y la paciente se impone un umbral de peso bajo.
- Un trastorno que involucra al eje hipotálamo-hipofisario-gonadal que se manifiesta en la mujer como amenorrea y en el varón como falta de interés sexual e impotencia. Puede haber niveles elevados de GH y cortisol, cambios en el metabolismo periférico de la hormona tiroidea y anomalías en la secreción de insulina.
- Si la aparición es prepuberal, se interrumpe el crecimiento. En las niñas no se desarrollan los pechos y hay amenorrea primaria, en los niños los genitales permanecen juveniles. Con la recuperación generalmente se completa la pubertad pero se retrasa la menarquía.

No hay un único estándar para lo que constituye un peso mínimo normal. Determinar si el peso corporal es anormalmente bajo depende de factores individuales como la estructura esquelética, la etnia, etc. (Andersen AE, 2009). El DSM-5 sugiere que un peso mínimo normal para la altura sería un índice de masa corporal (IMC) de 18.5 kg/m². La mayoría de los clínicos utilizan tablas estandarizadas para obtener el peso normal de adulto según la talla (Klein D, 2016).

Los pacientes pierden peso o mantienen un peso bajo por diversas vías que de forma típica incluyen el reducir la ingesta total. Suelen comenzar reduciendo las comidas altamente calóricas, pero habitualmente se llega a una dieta altamente restrictiva, limitada a escasos alimentos. Es habitual la realización de ejercicio físico excesivo tanto en tiempo, lugares o a pesar de lesiones, de modo que interfiera con otras actividades importantes. Además, los pacientes pueden presentar conductas de tipo purgativo como la inducción del vómito o el empleo de laxantes, diuréticos o enemas (Klein D, 2016).

La distorsión de la imagen corporal se manifiesta de diferentes modos; en algunos pacientes se da la creencia de tener sobrepeso mientras que otros están preocupados por una parte específica del cuerpo. Los pacientes suelen pesarse demasiado, se hacen mediciones corporales, o se miran de forma muy frecuente en los espejos. La pérdida de peso se suele valorar como un logro y una señal de disciplina, y por el contrario la ganancia ponderal como un fracaso (American Psychiatric Association, 2013; Andersen AE, 2009).

Generalmente cursa con una amenorrea hipotalámica en mujeres postmenárgicas, caracterizada por una disminución de los niveles de LH y FSH (Klein D, 2016). Aunque este era uno de los criterios diagnósticos en el DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2000) en el DSM-5 no se mantiene como tal ya que se

considera que la amenorrea en la AN da información sobre la gravedad clínica pero no es útil para el diagnóstico (Roberto CA, 2008).

El DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013) describe dos subtipos de anorexia: restrictiva y compulsivo/purgativa.

- El subtipo **restrictivo**: durante los últimos tres meses, el individuo no ha tenido episodios recurrentes de atracones o purgas (es decir, vómito autoprovocado o utilización incorrecta de laxantes, diuréticos o enemas). Este subtipo describe presentaciones en las que la pérdida de peso es debida sobre todo a la dieta, el ayuno y/o el ejercicio excesivo.
- El subtipo **compulsivo/purgativo** se caracteriza por episodios de purgas o atracones al menos una vez a la semana.

El paso de uno a otro subtipo ocurre con frecuencia, especialmente del tipo restrictivo al de atracones/purgativo, lo cual genera cuestiones sobre la validez predictiva (Peat C, 2009; Eddy KT, 2002).

Los pacientes que cumplen algunos pero no todos los criterios para anorexia nerviosa, son diagnosticados de trastorno de la conducta alimentario no especificado (American Psychiatric Association, 2013).

Patrones clínicos asociados (Klein D, 2016):

Además de los síntomas nucleares, hay otros datos conductuales o psicológicos que suelen acompañarlos:

- Preocupación excesiva por la comida (coleccionar recipientes o almacenar comida).
- Miedo de ciertas comidas.
- Repertorio restrictivo de comidas.
- Preferencia de comidas de bajo aporte calórico.
- Sobreestimación del número de calorías consumido.
- Empleo excesivo de condimentos y/o endulzantes.
- Rituales relacionados con la comida; cortar la comida en pequeños trozos o rechazar mezclar tipos y colores en el plato.
- Preocupación sobre comer en público.
- Retraimiento social.
- Rituales en relación con el ejercicio.
- Escaso insight o negación de síntomas nucleares.
- Hiperactividad o ausencia de descanso.
- Resistencia al tratamiento y ganancia ponderal.
- Inhibición de la expresión emocional.
- Sentimientos de ineficacia.
- Pensamiento inflexible.
- Perfeccionismo.
- Necesidad de control del entorno.
- Rigidez conductual.

Algunas de estas características pueden persistir en pacientes con recuperación del peso.

La AN con frecuencia se acompaña de otra psicopatología, incluyendo ansiedad, síntomas depresivos, abuso de sustancias, control de impulsos, y trastornos de la personalidad.

Evaluación:

Es importante realizar una identificación e intervención precoz de las personas con pérdida de peso antes de que desarrollen graves estados de desnutrición. Los grupos diana para el cribado deberían incluir jóvenes con un índice de masa corporal (IMC) bajo en comparación con los valores de referencia según edad, personas que consultan por problemas de peso (con o sin sobrepeso), mujeres con trastornos menstruales o amenorrea, pacientes con síntomas gastrointestinales, pacientes con signos de inanición o vómitos repetidos y niños con retraso o detención en el crecimiento, niños/as, adolescentes y jóvenes que realizan deportes de riesgo de padecer TCA (atletismo, danza, natación sincronizada, etc.). En la GPC sobre TCA se recomienda el uso del EAT-40, EAT-26 y ChEAT (este último entre los 8 y los 12 años) para el cribado de casos. Ante la sospecha de AN, se debería realizar una evaluación clínica global (repetida en el tiempo), incluyendo el ritmo de pérdida de peso, curva de crecimiento en niños, signos físicos objetivos y pruebas de laboratorio apropiadas (Grupo de trabajo de la GPC sobre TCA, 2009).

Los síntomas de la AN son con frecuencia egosintónicos y las quejas frecuentes de los pacientes suelen ser la ansiedad, depresión o disconfort somático debido a los problemas médicos como dolor al comer e hinchazón. En numerosos casos se sienten avergonzados por su trastorno y tratan de esconder su delgadez con ropas flojas, o suelen aumentar su peso escondiendo objetos en sus ropas, o bebiendo agua. La negación de la enfermedad suele retrasar la valoración médica (Crow SJ, 2009).

La *valoración clínica* debería incluir (Klein D, 2016):

- Peso y talla: cambios recientes y pasados, esfuerzos realizados para lograr pérdidas de peso.
- Frecuencia en que se pesan.
- Patrones de comidas; que incluya calorías, patrón, tiempos y contexto.
- Síntomas presentes y pasados de: restricción, actitudes hacia la comida, conductas compensatorias, ejercicio, etc.
- Rituales relacionados con la comida.
- Menstruación.
- Medicaciones.
- Ideación/intentos autolíticos.
- Trastornos comórbidos: ansiedad, depresión, control de impulsos, consumo de sustancias, trastornos de la personalidad.
- Funcionamiento psicosocial.
- Historia familiar de psicopatología y de trastornos de la conducta alimentaria.

En el inicio del trastorno el clínico debe valorar la presencia de factores precipitantes (Klein D, 2016).

Alteraciones en la atención, concentración y procesamiento cognitivo pueden indicar afectación cognitiva, incluyendo el delirium relacionado con complicaciones médicas del bajo peso o de las purgas. El insight y el juicio pueden ser evaluados preguntando acerca del peso que se tiene como objetivo y sobre la búsqueda previa de soluciones/tratamientos.

Evaluación de complicaciones médicas (Klein D, 2016):

La AN se asocia con numerosas complicaciones médicas que están directamente relacionadas con la restricción calórica y pérdida de peso. La evaluación de los pacientes con AN debe incluir un examen físico y una serie de determinaciones analíticas.

Los síntomas médicos más frecuentes en la AN son:

- Amenorrea.
- Infertilidad.
- Fatiga.
- Debilidad.
- Intolerancia al frío.
- Palpitaciones.
- Mareos.
- Dolor abdominal e hinchazón.
- Estreñimiento.

Los signos físicos más frecuentes son:

- Bajo IMC (menos de 17,5).
- Hipotermia (menos de 35).
- Bradicardia.
- Hipotensión.
- Disminución de ruidos intestinales.
- Xerosis.
- Pérdida de pelo. Lanugo.
- Edemas.

Las determinaciones analíticas deben incluir: electrolitos séricos, urea, creatinina, glucosa, magnesio, calcio, fósforo, tiamina, albúmina sérica, función hepática, TSH.

Se debe realizar un electrocardiograma.

Complicaciones médicas (Klein D, 2016):

Las complicaciones médicas derivadas de la AN pueden ocurrir en gran variedad de sistemas:

Cardiovascular: implica alteraciones estructurales y funcionales; puede producirse atrofia del músculo cardíaco, prolapso de la válvula mitral, bradicardia, hipotensión, prolongación de QTc.

No hay hallazgos específicos en el ECG. Pueden aparecer los propios de la hipopotasemia o de la hipomagnesemia.

Ginecológicos y reproductivos: en las pacientes con AN la secreción de la GnRH está disminuida, lo cual causa una amenorrea hipotalámica.

Endocrinos: los pacientes con AN tienen niveles anormales de diferentes hormonas, incluyendo bajos niveles de GnRH, LH y FSH, así como de IGF-1, ADH, leptina, testosterona, T3 y T4.

Osteoporosis.

Tiroides: hipotiroidismo subclínico.

Gastrointestinales: retraso en el vaciado gástrico, estreñimiento.

Renales y electrolíticas: los pacientes con AN pueden tener una disminución de la tasa de filtrado glomerular, y problemas con la concentración de la orina, lo que puede producir diuresis y deshidratación. Es frecuente la baja Crea debido a la reducción de la masa muscular.

Potasio, magnesio, y fosfato están frecuentemente disminuidos. Sin embargo, los electrolitos suelen estar conservados y se suelen alterar más en el tipo purgativo.

Pulmonares: disminución de la capacidad pulmonar.

Hematológicas: citopenias y alteraciones en la médula ósea. Son frecuentes la anemia, trombocitopenia y leucopenia.

Neurológicas: la atrofia cortical es una complicación frecuente, que parece al menos parcialmente reversible con la recuperación ponderal.

¿Cómo se trata?

(Bulik CM, 2007)

Tratamientos específicos de la AN:

El manejo de la AN requiere un enfoque multidisciplinar y los propósitos del tratamiento son:

- Conseguir un peso saludable.
- Tratar las complicaciones físicas.
- Motivar a los pacientes a participar en la recuperación de patrones saludables de alimentación y participar en el tratamiento.
- Proporcionar educación sobre nutrición saludable y conducta alimentaria.
- Ayudar al paciente a valorar posibles distorsiones cognitivas, actitudes, motivaciones, conflictos y sentimientos relacionados con el desorden alimenticio.
- Tratar los posibles síntomas asociados incluyendo trastornos del estado de ánimo, del control de los impulsos, autoestima y problemas conductuales.
- Aportar información y consejo familiar así como terapia cuando sea oportuno.
- Prevenir las recaídas.

1. *Renutrición y consejo nutricional.*

La rehabilitación nutricional está indicada en los pacientes con AN y desnutrición.

La evaluación de los pacientes con anorexia nerviosa para la renutrición incluye: peso actual, y antecedentes de peso, altura, ingesta calórica; compromiso con el tratamiento; y los refuerzos de comportamiento que motiven conductas alimentarias saludables.

La vía preferente es la oral y puede requerir suplementos dietéticos si no pueden consumir alimentos suficientes para satisfacer los objetivos calóricos. La alimentación enteral (sonda nasogástrica) está indicada ocasionalmente y la nutrición parenteral total no debería utilizarse en personas con AN excepto en los casos de rechazo del paciente a la sonda nasogástrica y/o disfunción gastrointestinal (Steinglass J, 2016). La renutrición enteral o parenteral debe aplicarse mediante criterios médicos estrictos y su duración dependerá del momento en que el paciente pueda reiniciar la alimentación oral (Grupo de trabajo de la GPC sobre TCA, 2009).

Aunque el consejo nutricional es un componente importante de la rehabilitación nutricional para la anorexia nerviosa, no es suficiente como intervención aislada para el manejo posterior a la hospitalización (Steinglass J, 2016).

2. *Intervenciones psicológicas.*

El tratamiento de la anorexia nerviosa incluye la psicoterapia, aunque la evidencia existente de su eficacia en el adulto es limitada. Algunas de las intervenciones psicológicas más empleadas son: terapia cognitivo conductual (TCC), terapia interpersonal (TIP), terapia familiar sistémica (TFS), terapia psicodinámica (TPD) y terapia conductual (TC), no habiendo evidencia convincente de que una terapia sea claramente superior a las otras (Grupo de trabajo de la GPC sobre TCA, 2009; Forman SF, 2016).

3. *Tratamiento farmacológico.*

El tratamiento estándar de la anorexia nerviosa consiste en rehabilitación nutricional y psicoterapia, y en ocasiones se beneficia de farmacoterapia. Sin embargo, existe escasa evidencia que avale el empleo de medicación, y no se recomienda como único tratamiento primario o tratamiento de primera línea en personas con AN (Grupo de trabajo de la GPC sobre TCA, 2009; Walsh BT, 2016).

Estaría indicado en pacientes que no recuperan peso a pesar de las intervenciones psicosociales y nutricionales, incluyendo aquellos que presentan ansiedad anticipatoria ante las comidas (Walsh BT, 2016; Grupo de trabajo de la GPC sobre TCA, 2009), no obstante, los beneficios potenciales de un tratamiento farmacológico en la anorexia nerviosa deben ser cuidadosamente sopesados frente al posible riesgo de efectos no deseados (Dold M, 2015), se deben considerar las complicaciones médicas de la AN, presencia de otras comorbilidades y perfil de efectos adversos de los fármacos (Walsh BT, 2016; Grupo de trabajo de la GPC sobre TCA, 2009).

Los antidepresivos y antipsicóticos son los fármacos mas comúnmente utilizados, siendo la evidencia de su eficacia escasa y no concluyente, basada en estudios con muestras pequeñas y limitaciones metodológicas:

Antidepresivos: el tratamiento con antidepresivos no ayuda a restablecer el peso en los pacientes con AN (Walsh BT, 2016; De Vos J, 2014).

Antipsicóticos: pequeños ensayos clínicos aleatorizados sugieren que el empleo de antipsicóticos puede favorecer la ganancia ponderal, en concreto la **olanzapina** puede ser útil para el logro del restablecimiento del peso, efecto que no ha sido observado en metaanálisis recientes (De Vos J, 2014; Dold M, 2015). Otros psicótropos han demostrado escaso o ningún beneficio en la recuperación ponderal y en otras indicaciones (De Vos J, 2014; Dold M, 2015).

Para pacientes agudos en los que no se logra ganancia ponderal a pesar de las intervenciones psicológicas y nutricionales, se sugiere añadir **olanzapina** en dosis de 2,5-10 mg diarios. El empleo de **olanzapina** ha sido más estudiado para el tratamiento de la AN que el resto de los antipsicóticos (Walsh BT, 2016).

Criterios de hospitalización (Mehler P, 2016):

Algunas complicaciones médicas requieren la hospitalización del paciente en una unidad de medicina interna, de psiquiatría o combinada. La elección depende del estado físico y psiquiátrico del paciente, así como de los recursos disponibles.

No hay criterios basados en la evidencia acerca de qué pacientes precisan hospitalización. Basándonos en revisiones sistemáticas y en guías de práctica clínica, se recomienda la hospitalización en adultos con uno o más de los siguientes:

- Inestabilidad vital.
- Bradicardia menor de 30 latidos por minuto.
- Bradicardia menor de 40 latidos por minuto e hipotensión o mareo.
- Incremento del pulso ortostático (más de 20 latidos por minuto) o descenso de la tensión arterial sistólica (más de 20 mmHg) o diastólica (más de 10).
- Hipotermia (Tª corporal <35 °C).
- Arritmia cardíaca (ej. QTc >0,499 mseg) u otro ritmo cardíaco distinto a bradicardia sinusal.
- Peso menor del 70% del ideal o IMC menor de 16, especialmente si la pérdida de peso fue rápida.
- Deshidratación marcada.
- Complicación aguda de la malnutrición (síncope, convulsiones, fracaso hepático, pancreatitis, hipoglucemia, y alteración electrolítica).
- Síndrome de realimentación moderado-severo (edema marcado, fósforo sérico <2 mg/dL).
- Fósforo sérico <2 mg/dL.
- Pobre respuesta al tratamiento ambulatorio.

Bibliografía

- American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5th ed. (DSM-5). Arlington, VA: American Psychiatric Association; 2013.
- American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4th ed. Text rev. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2000.
- Andersen AE, Yager, J. Eating disorders. En: Sadock, BJ, Sadock, VA, Ruiz P, editors. Kaplan and Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry. Vol. I. 9th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2009. p. 2128.
- Bulik CM, Berkman ND, Brownley KA, Sedway JA, Lohr KN. Anorexia nervosa treatment: a systematic review of randomized controlled trials. Int Eat Disord. 2007;40(4):310-20. PubMed [PMID: 17370290](#)
- Crow SJ, Peterson CB, Swanson SA, Raymond NC, Specker S, Eckert ED, et al. Increased mortality in bulimia nervosa and other eating disorders. Am J Psychiatry. 2009;166(12):1342-6. PubMed [PMID: 19833789](#). [Texto completo](#)
- De Vos J, Houtzager L, Katsaragaki G, Van de Berg E, Cuijpers P, Dekker J. Meta analysis on the efficacy of pharmacotherapy versus placebo on anorexia nervosa. J Eat Disord. 2014;2(1):27. PubMed [PMID: 25379181](#). [Texto completo](#)
- Dold M, Aigner M, Klabunde M, Treasure J, Kasper S. Second-Generation Antipsychotic Drugs in Anorexia Nervosa: A Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. Psychother Psychosom. 2015;84(2):110-6. PubMed [PMID: 25722106](#)
- Eddy KT, Keel PK, Dorer DJ, Delinsky SS, Franko DL, Herzog DB. Longitudinal comparison of anorexia nervosa subtypes. Int J Eat Disord. 2002;31(2):191-201. PubMed [PMID: 11920980](#)
- Forman SF. Eating disorders: Overview of treatment. Post TW, editor. Waltham MA. UpToDate; 2016 [consultado 1-4-2016]. Disponible en: <http://www.uptodate.com/contents/eating-disorders-overview-of-treatment>
- Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Trastornos de la Conducta Alimentaria. Guía de Práctica Clínica sobre Trastornos de la Conducta Alimentaria. Madrid: Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Consumo. Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques de Catalunya; 2009. Guías de Práctica Clínica en el SNS. [Texto completo](#)
- Kaplan AS, Howlett, A. Pharmacotherapy for anorexia nervosa. The treatment of eating disorders: a clinical handbook. New York: The Guilford Press; 2010.
- Klein D, Attia E. Anorexia nervosa in adults: Clinical features, course of illness, assessment, and diagnosis. Yager J, editor. Waltham MA. UpToDate; 2016 [consultado 29-1-2016]. Disponible en: <http://www.uptodate.com/contents/anorexia-nervosa-in-adults-clinical-features-course-of-illness-assessment-and-diagnosis>
- Mehler P. Anorexia nervosa in adults: Evaluation for medical complications and criteria for hospitalization to manage these complications. Post TW, editor. Waltham MA. UpToDate; 2016 [consultado 1-4-2016]. Disponible en: <http://www.uptodate.com/contents/anorexia-nervosa-in-adults-evaluation-for-medical-complications-and-criteria-for-hospitalization-to-manage-these-complications>
- Peat C, Mitchell JE, Hoek HW, Wonderlich SA. Validity and utility of subtyping anorexia nervosa. Int J Eat Disord. 2009;42(7):590-4. PubMed [PMID: 19598270](#). [Texto completo](#)
- Roberto CA, Steinglass J, Mayer LE, Attia E, Walsh BT. The clinical significance of amenorrhea as a diagnostic criterion for anorexia nervosa. Int J Eat Disord. 2008;41(6):559-63. PubMed [PMID: 18454485](#)
- Steinglass J. Anorexia nervosa in adults and adolescents: Nutritional rehabilitation (nutritional support). Post TW, editor. Waltham MA. UpToDate [consultado 1-4-2016]. Disponible en: <http://www.uptodate.com/contents/anorexia-nervosa-in-adults-and-adolescents-nutritional-rehabilitation-nutritional-support>
- Walsh BT. Anorexia nervosa in adults: Pharmacotherapy.Yager J, editor. Waltham MA. UpToDate; 2016 [consultado 1-4-2016]. Disponible en: <http://www.uptodate.com/contents/anorexia-nervosa-in-adults-pharmacotherapy>
- World Health Organization. Mental disorders: glossary and guide to their classification in accordance with the ninth revision of the International Classification of Diseases. Albany (NY): World Health Organization; 1978.

Más en la red

- Campbell K, Peebles R. Eating disorders in children and adolescents: state of the art review. Pediatrics. 2014 Sep;134(3):582-92. PubMed [PMID: 25157017](#)
- Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Trastornos de la Conducta Alimentaria. Guía de Práctica Clínica sobre Trastornos de la Conducta Alimentaria. Madrid: Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Consumo. Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques de Catalunya; 2009. Guías de Práctica Clínica en el SNS. [Texto completo](#)
- The Mental Elf. Eating disorders. Disponible en: <http://www.nationalelfservice.net/mental-health/eating-disorders/>
- Westmoreland P, Krantz MJ, Mehler PS. Medical Complications of Anorexia Nervosa and Bulimia. Am J Med. 2016 Jan;129(1):30-7. PubMed [PMID: 26169883](#)

Autoras

▪ Eva Fontela Vivanco	Médico Especialista en Psiquiatría
▪ Sonia María Gómez Pardiñas	Médico Especialista en Psiquiatría
▪ Mónica González Santos	Médico Especialista en Psiquiatría
▪ María José Ávila González	Médico Especialista en Psiquiatría

Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol. Servizo Galego de Saúde. Ferrol (A Coruña). España.

Conflicto de intereses: No disponible.



Elsevier España S.L.U. © 2018. Todos los derechos reservados.

Esta web utiliza cookies. Para obtener mas información o denegar su uso, por favor visite la [Página de cookies](#).

[Términos y condiciones](#) - [Política de Privacidad](#) |

