



**DIRECCIÓN DE ATENCIÓN PRIMARIA**

**HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO "LOZANO BLES"**

**SECTOR ZARAGOZA III**

***TRASTORNOS***

***DE LA***

***CONDUCTA ALIMENTARIA***

## **GRUPO DE TRABAJO** **TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA**

✓ **D<sup>a</sup> ANA M<sup>a</sup> COBOS HERNÁNDEZ**

*MFyC.- Coordinadora E.A.P. Delicias Norte*

✓ **D. FERNANDO FLORDELÍS MARCO**

*Coordinador de E.A.P.s.- Gerencia A.P. Área 3*

✓ **D. MARIANO GASTÓN BARCOS**

*Pediatría.- E.A.P. Ejea de los Caballeros*

✓ **D<sup>a</sup> MARINA PINILLA LAFUENTE**

*MFyC.- E.A.P. Delicias Norte*

✓ **D. MARIANO VELILLA PICAZO**

*Psiquiatra.- Unidad Infanto-Juvenil H.C.U.*

### **COLABORACIÓN DE LA:**

✓ **ASOCIACIÓN ARAGONESA DE FAMILIARES DE ENFERMOS CON TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA: ANOREXIA Y BULIMIA (ARBADA)**

*Pº Sagasta nº 51 - 5º izda.*

*Tf.: 976-38.95.75*

## ***TCA - INTERVENCIÓN MÍNIMA - DESPISTAJE EN A.P.***

### ***1.- JUSTIFICACIÓN.***

*Los Trastornos del Comportamiento Alimentario (TCA) son un problema creciente en nuestro ámbito de trabajo. La prevalencia en el sector del H.C.U. es entre el 4% - 5% de la población adolescente y joven.*

*Por tanto, no parece exagerado afirmar que estamos ante un problema emergente de salud pública si no asumimos nuestras responsabilidades en la prevención.*

*En este marco y como puerta de entrada a nuestro Sistema Sanitario, consideramos de interés que, desde Atención Primaria, consigamos llegar a un diagnóstico lo más precoz posible de los TCA.*

*Para ello, en esta documentación proponemos, incluyendo las conductas de riesgo, una intervención mínima y oportuna en nuestras consultas con los adolescentes a efectos de mejorar el diagnóstico y el seguimiento del curso evolutivo de los TCA.*

<b><i>VARIABLES MÍNIMAS PARA EL DESPISTAJE EN LA HISTORIA CLÍNICA DEL ADOLESCENTE (MÉDICO O D.U.E.)</i></b>
---

- |   |
|---|
| <ol style="list-style-type: none"> <li><i>1. Consumo de tabaco</i></li> <li><i>2. Consumo de alcohol</i></li> <li><i>3. Consumo de otras drogas</i></li> <li><i>4. Sexo seguro</i></li> <li><i>5. IMC, peso, talla y percentiles -seguimiento seriado hasta los 18 años-</i></li> <li><i>6. Hábitos alimentarios (número de comidas / día)</i></li> <li><i>7. "¿Te ha preocupado alguna vez el peso que tienes?"</i></li> <li><i>8. "¿Alguna vez has seguido dieta o te has planteado el hacerlo?"</i></li> </ol> |
|---|

<b><i>EXISTE SOSPECHA CLÍNICA</i></b>
---------------------------------------

- |   |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <li><i>↳ Por el seguimiento del IMC (&lt; 17.5) o un peso inferior al 85% del ideal según tablas y siempre con relación a la talla y edad</i></li> <li><i>↳ Por las respuestas afirmativas a las preguntas 7 y/o 8</i></li> <li><i>↳ Interés o solicitud del adolescente de una dieta, junto a un peso corporal prácticamente normal / bajo</i></li> <li><i>↳ Más si el profesional detecta o el adolescente refiere problemas de autoestima o de imagen corporal junto a un deseo de estar delgado</i></li> <li><i>↳ Ante la demanda del adolescente o familia</i></li> </ul> |
|---|

*Ante la sospecha clínica debemos avanzar en el Diagnóstico y, para ello, planteamos utilizar los cuestionarios propuestos por el Ministerio de Sanidad y Consumo, año 2000, en su Protocolo de Atención a pacientes con TCA (Anexos I y II).*

*Estos cuestionarios nos dan ya la información para el diagnóstico según criterios DSM-IV para anorexia y bulimia nerviosa (Anexo III).*

*Continuando con la valoración podemos entregar al paciente, para su cumplimentación, a partir de los 14 años: EAT-40 y a los padres el ABOS (Anexos IV y V).*

*Ante un diagnóstico en A.P. de TCA  $\Rightarrow$  Derivación a la Unidad TCA - H.C.U. para completar estudio:*

<b>DERIVACIÓN DOCUMENTADA</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ <i>Ficha diagnóstica -Anexo VI-</i></li> <li>◆ <i>EAT-40 y ABOS</i></li> <li>◆ <i>Hemograma, bioquímica básica, iones, perfil hepático, proteínas totales, metabolismo del hierro</i></li> <li>◆ <i>Orina: sistemático</i></li> </ul>

<b>UNIDAD TCA - H.C.U.</b>
<i>Confirmación diagnóstica, valoración situacional y pauta terapéutica</i> <i>Propuesta consensuada de seguimiento A.E. / A.P.</i>

<b>REGISTRO</b>
<i>Ficha diagnóstica a nivel de sector. UNIDAD - TCA - H.C.U.</i>

<b>OBJETIVOS</b>
<ol style="list-style-type: none"> <li><i>1. Detección precoz de TCA</i></li> <li><i>2. Accesibilidad preferente a la Unidad de TCA del H.C.U. en interconsultas</i></li> <li><i>3. Derivación con criterios consensuados de calidad asistencial</i></li> </ol>

<b>EVALUACIÓN - INDICADORES</b>
<ol style="list-style-type: none"> <li><i>1. N° de casos confirmados / N° de personas derivadas</i></li> <li><i>2. Tiempo medio de espera para primera consulta en la Unidad TCA - H.C.U.</i></li> <li><i>3. N° derivaciones documentadas según protocolo / N° derivaciones totales</i></li> </ol>

<b>TEMAS PENDIENTES</b>
<ol style="list-style-type: none"> <li><i>1. Prevención primaria</i></li> <li><i>2. Formación y protocolo de sector para el seguimiento asistencial compartido de las personas afectas</i></li> </ol>

## *REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS*



1. Cabranes JA, Gil I, Gómez Candela C, Gual P, Julián R, Ponce de León C, et al. *Protocolo de atención a pacientes con trastorno del comportamiento alimentario dirigido a médicos de atención primaria*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo. Secretaría General Técnica, Centro de Publicaciones, 2000.
2. *Décima Revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades, Trastornos Mentales y del Comportamiento. Descripciones Clínicas y Pautas para el tratamiento (CIE-10)*. Madrid, Meditro, 1992.
3. Gil Canalda MI, Candela Villanueva JP, Cecilia Rodríguez M. Atención Primaria y trastornos de la alimentación: nuestra actitud frente a ellos (I). *Aten Primaria* 2003; 31 (3): 178-180.
4. Gil Canalda MI, Candela Villanueva JP, Cecilia Rodríguez M. Atención Primaria y trastornos de la alimentación: ¿qué podemos hacer nosotros? (II). *Aten Primaria* 2003; 31 (4): 248-251.
5. Ruiz PM, Alonso JP, Velilla JM, Lobo A, Martín A, Paumard C, Calvo AI. Estudio de prevalencia de trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes de Zaragoza. *Rev Psiquiatr Infanto-Juv* 1998; 3: 148-162.
6. *Estudio longitudinal del crecimiento. Centro "Andrea Prader"*. Diputación General de Aragón; 2002.

## *ANEXOS*



## **ANEXO I**

### **EVALUACIÓN INICIAL PARA LA DETECCIÓN DE RIESGO DE TCA EN NIÑOS DE 11-14 AÑOS**

✍ MEDICIÓN DE PESO Y TALLA.

✍ CÁLCULO DEL IMC Y COMPARACIÓN CON PERCENTILES.

✍ EN NIÑAS: EDAD DE LA MENARQUIA. FECHA DE LA ÚLTIMA REGLA. CICLOS MENSTRUALES.

#### **1.-PREGUNTAS GUÍA PARA UNA ENTREVISTA DIRIGIDA.**

<b>NIÑO</b>	<b>FAMILIA</b>
<b><i>Sobre el peso</i></b>	
¿Te parece que tu peso es el adecuado?	¿Ha aumentado o disminuido de peso recientemente?
<b><i>Sobre la alimentación</i></b>	
¿Comes todo tipo de alimentos?	¿Excluye algún alimento? ¿Ha mostrado preferencia por alimentos con bajo contenido en calorías y grasas? ¿Se salta alguna comida? ¿Están preocupados por la alimentación de su hijo/a?
<b><i>Ejercicio</i></b>	
¿Haces mucho ejercicio?	¿Cree que su hijo/a realiza una práctica de ejercicio excesiva? ¿Su tiempo de descanso es suficiente?
<b><i>Sobre la autoestima y autoimagen</i></b>	
¿Te gusta como eres físicamente? ¿Crees que el aspecto físico es muy importante?	¿Cree que su hijo/a está demasiado preocupado por su aspecto físico?
<b><i>Sobre la integración familiar y social</i></b>	
¿Te encuentras a gusto en el colegio? ¿Tienes buenos amigos? ¿Te llevas bien con tu familia?	¿Es sociable? ¿Son buenas las relaciones sociales?



## **ANEXO II**

### ***EVALUACIÓN INICIAL PARA LA DETECCIÓN DE RIESGO DE TCA A PARTIR DE LOS 14 AÑOS***

✍ MEDICIÓN DE PESO Y TALLA.

✍ CÁLCULO DEL IMC Y COMPARACIÓN CON PERCENTILES.

✍ EN NIÑAS: EDAD DE LA MENARQUIA. FECHA DE LA ÚLTIMA REGLA. CICLOS MENSTRUALES.

#### **1.- PREGUNTAS GUÍA PARA UNA ENTREVISTA DIRIGIDA AL ADOLESCENTE.**

##### **ADOLESCENTE**

###### ***Sobre el peso***

---

¿Se han producido cambios en tu peso recientemente?

¿Te pesas con mucha frecuencia?

###### ***Sobre la alimentación***

---

¿Comes todo tipo de alimentos?. ¿Excluyes alguno?

En ocasiones, ¿te saltas alguna comida principal?

¿Prefieres comer solo/a o acompañado de tu familia?

¿Haces algún tipo de dieta para adelgazar?. ¿Haces alguna otra cosa para adelgazar?

¿Alguien de tu familia hace algún tipo de dieta?

###### ***Ejercicio***

---

¿Haces mucho ejercicio?

¿Descansas lo suficiente?

###### ***Sobre la autoestima y autoimagen***

---

¿Crees que el aspecto físico es muy importante?

¿Te gusta como eres físicamente?

¿Te has visto gordo/a alguna vez?

¿Te gusta como eres en general?

¿Eres muy exigente contigo mismo/a?

###### ***Sobre la integración familiar y social***

---

¿Tienes buenos amigos?

¿Te llevas bien con tu familia?

¿Te encuentras a gusto en el colegio, instituto, ...?

## **ANEXO III**

# **MANUAL DIAGNÓSTICO Y ESTADÍSTICO DE LOS TRASTORNOS MENTALES (DSM-IV)**

### **1.- CRITERIOS PARA EL DIAGNÓSTICO DE ANOREXIA NERVIOSA (307.1).**

- 1.1.-** 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% de lo esperable, o fracaso en conseguir el aumento de peso normal durante el período de crecimiento, dando como resultado un peso corporal inferior al 85% del peso esperable).
- 1.2.-** Miedo intenso a ganar peso o a convertirse en obeso, incluso estando por debajo del peso normal.
- 1.3.-** 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.
- 1.4.-** En las mujeres pospuberales, 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; p. ej., con la administración de estrógenos).

#### **ESPECIFICAR EL TIPO:**

- ↪ **Tipo restrictivo:** durante el episodio de anorexia nerviosa, el individuo no recurre regularmente a atracones o a purgas (p. ej., provocación del vómito o uso excesivo de laxantes, diuréticos o enemas).
- ↪ **Tipo compulsivo / purgativo:** durante el episodio de anorexia nerviosa, el individuo recurre regularmente a atracones o purgas (p. ej., provocación del vómito o uso excesivo de laxantes, diuréticos o enemas).

### **3.- CRITERIOS PARA EL DIAGNÓSTICO DE BULIMIA NERVIOSA (307.51).**

#### **2.1.-** Presencia de atracones recurrentes. Un atracón se caracteriza por:

- ↪ 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.
- ↪ 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).

- 2.2.- *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.*
- 2.3.- *Los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas tienen lugar, como promedio, al menos dos veces a la semana durante un período de tres meses.*
- 2.4.- *La autoevaluación está exageradamente influida por el peso y la silueta corporal.*
- 2.5.- *La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de la anorexia nerviosa.*

**ESPECIFICAR EL TIPO:**

- ⇒ **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.*

**3.- TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA NO ESPECIFICADOS (307.50).**

*La categoría trastorno de la conducta alimentaria no especificada se refiere a los trastornos de la conducta alimentaria que no cumplen los criterios para ningún trastorno de la conducta alimentaria específica. Algunos ejemplos son:*

- 3.1.- *En mujeres se cumplen todos los criterios diagnósticos para la anorexia nerviosa, pero las menstruaciones son regulares.*
- 3.2.- *Se cumplen todos los criterios diagnósticos para la anorexia nerviosa, excepto que, a pesar de existir una pérdida de peso significativa, el peso del individuo se encuentra dentro de los límites de la normalidad.*
- 3.3.- *Se cumplen todos los criterios diagnósticos para la bulimia nerviosa, con la excepción de que los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas aparecen menos de dos veces por semana o durante menos de tres meses.*
- 3.4.- *Empleo regular de conductas compensatorias inapropiadas después de ingerir pequeñas cantidades de comida por parte de un individuo de peso normal (p. ej., provocación del vómito después de haber comido dos galletas).*
- 3.5.- *Masticar y expulsar, pero no tragar, cantidades importantes de comida.*
- 3.6.- *Trastorno compulsivo: se caracteriza por atracones recurrentes en ausencia de la conducta compensatoria inapropiada típica de la bulimia nerviosa.*

## ANEXO IV

### **EATING ATTITUDES TEST (EAT-40)** (CUESTIONARIO AUTOADMINISTRADO SI EDAD <sup>≥</sup> 14 AÑOS)

1. Edad \_\_\_\_\_ 2. Sexo \_\_\_\_\_ 3. Altura \_\_\_\_\_ 4. Peso actual \_\_\_\_\_ 5. Fecha \_\_\_\_\_

	<i>Nunca</i>	<i>Casi nunca</i>	<i>Algunas veces</i>	<i>Bastantes veces</i>	<i>Casi siempre</i>	<i>Siempre</i>
1. Me gusta comer con otras personas .....	3	2	1	0	0	0
2. Preparo comidas para otros, pero yo no me las como.....	0	0	0	1	2	3
3. Me pongo nervioso/a cuando se acerca la hora de las comidas .....	0	0	0	1	2	3
4. Me da mucho miedo pesar demasiado ....	0	0	0	1	2	3
5. Procuro no comer aunque tenga hambre	0	0	0	1	2	3
6. Me preocupa mucho por la comida.....	0	0	0	1	2	3
7. A veces me he "atrachado" de comida, sintiendo que era incapaz de parar de comer.....	0	0	0	1	2	3
8. Corto mis alimentos en trozos pequeños.	0	0	0	1	2	3
9. Tengo en cuenta las calorías que tienen los alimentos que como .....	0	0	0	1	2	3
10. Evito, especialmente, comer alimentos con muchos hidratos de carbono (p. ej., pan, arroz, patatas).....	0	0	0	1	2	3
11. Me siento lleno/a después de las comidas	0	0	0	1	2	3
12. Noto que los demás preferirían que yo comiese más.....	0	0	0	1	2	3
13. Vomito después de haber comido.....	0	0	0	1	2	3
14. Me siento muy culpable después de haber comido.....	0	0	0	1	2	3
15. Me preocupa el deseo de estar más delgado/a.....	0	0	0	1	2	3
16. Hago mucho ejercicio para quemar calorías.....	0	0	0	1	2	3
17. Me peso varias veces al día.....	0	0	0	1	2	3
18. Me gusta que la ropa me quede ajustada	3	2	1	0	0	0

	<i>Nunca</i>	<i>Casi nunca</i>	<i>Algunas veces</i>	<i>Bastantes veces</i>	<i>Casi siempre</i>	<i>Siempre</i>
19. Disfruto comiendo carne.....	0	0	0	1	2	3
20. Me levanto pronto por las mañanas .....	0	0	0	1	2	3
21. Cada día como los mismos alimentos.....	0	0	0	1	2	3
22. Pienso en quemar calorías cuando hago ejercicio .....	0	0	0	1	2	3
23. Tengo la menstruación regular.....	3	2	1	0	0	0
24. Los demás piensan que estoy demasiado delgado/a .....	0	0	0	1	2	3
25. Me preocupa la idea de tener grasa en el cuerpo.....	0	0	0	1	2	3
26. Tardo en comer más que las otras personas.....	0	0	0	1	2	3
27. Disfruto comiendo en restaurantes.....	3	2	1	0	0	0
28. Tomo laxantes (purgantes).....	0	0	0	1	2	3
29. Procuro no comer alimentos con azúcar.	3	2	1	0	0	0
30. Como alimentos de régimen.....	0	0	0	1	2	3
31. Siento que los alimentos controlan mi vida.....	0	0	0	1	2	3
32. Me controlo en las comidas.....	0	0	0	1	2	3
33. Noto que los demás me presionan para que coma.....	0	0	0	1	2	3
34. Paso demasiado tiempo pensando y ocupándome de la comida.....	0	0	0	1	2	3
35. Tengo estreñimiento .....	0	0	0	1	2	3
36. Me siento incómodo/a después de comer dulces.....	0	0	0	1	2	3
37. Me comprometo a hacer régimen.....	0	0	0	1	2	3
38. Me gusta sentir el estómago vacío.....	0	0	0	1	2	3
39. Disfruto probando comidas nuevas y sabrosas.....	3	2	1	0	0	0
40. Tengo ganas de vomitar después de las comidas.....	0	0	0	1	2	3

### **PUNTUACIÓN / VALORACIÓN:**

Punto de corte: ♦ Población normal < 20

♦ Población de riesgo entre 20 y 30

♦ Posible caso clínico > 30

## **EATING ATTITUDES TEST (EAT-40)**

**(CUESTIONARIO AUTOADMINISTRADO SI EDAD <sup>≥</sup> 14 AÑOS)**

1. Edad \_\_\_\_\_ 2. Sexo \_\_\_\_\_ 3. Altura \_\_\_\_\_ 4. Peso actual \_\_\_\_\_ 5. Fecha \_\_\_\_\_

	<i>Nunca</i>	<i>Casi nunca</i>	<i>Algunas veces</i>	<i>Bastantes veces</i>	<i>Casi siempre</i>	<i>Siempre</i>
1. Me gusta comer con otras personas .....						
2. Preparo comidas para otros, pero yo no me las como.....						
3. Me pongo nervioso/a cuando se acerca la hora de las comidas .....						
4. Me da mucho miedo pesar demasiado ....						
5. Procuro no comer aunque tenga hambre						
6. Me preocupo mucho por la comida.....						
7. A veces me he "atrachado" de comida, sintiendo que era incapaz de parar de comer.....						
8. Corto mis alimentos en trozos pequeños.						
9. Tengo en cuenta las calorías que tienen los alimentos que como .....						
10. Evito, especialmente, comer alimentos con muchos hidratos de carbono (p. ej., pan, arroz, patatas).....						
11. Me siento lleno/a después de las comidas						
12. Noto que los demás preferirían que yo comiese más .....						
13. Vomito después de haber comido.....						
14. Me siento muy culpable después de haber comido.....						
15. Me preocupa el deseo de estar más delgado/a.....						
16. Hago mucho ejercicio para quemar calorías.....						
17. Me peso varias veces al día .....						
18. Me gusta que la ropa me quede ajustada						

	<i>Nunca</i>	<i>Casi nunca</i>	<i>Algunas veces</i>	<i>Bastantes veces</i>	<i>Casi siempre</i>	<i>Siempre</i>
19. Disfruto comiendo carne.....						
20. Me levanto pronto por las mañanas .....						
21. Cada día como los mismos alimentos.....						
22. Pienso en quemar calorías cuando hago ejercicio .....						
23. Tengo la menstruación regular.....						
24. Los demás piensan que estoy demasiado delgado/a .....						
25. Me preocupa la idea de tener grasa en el cuerpo.....						
26. Tardo en comer más que las otras personas.....						
27. Disfruto comiendo en restaurantes.....						
28. Tomo laxantes (purgantes).....						
29. Procuro no comer alimentos con azúcar.						
30. Como alimentos de régimen.....						
31. Siento que los alimentos controlan mi vida.....						
32. Me controlo en las comidas.....						
33. Noto que los demás me presionan para que coma.....						
34. Paso demasiado tiempo pensando y ocupándome de la comida.....						
35. Tengo estreñimiento .....						
36. Me siento incómodo/a después de comer dulces.....						
37. Me comprometo a hacer régimen.....						
38. Me gusta sentir el estómago vacío.....						
39. Disfruto probando comidas nuevas y sabrosas.....						
40. Tengo ganas de vomitar después de las comidas.....						

## ANEXO V

### **ESCALA DE OBSERVACIÓN DE CONDUCTA ANORÉXICA (ABOS) PARA PADRES / ESPOSO (CUESTIONARIO AUTOADMINISTRADO)**

**Nombre del paciente:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

**Rellenado por:** - *ambos padres*

- *madre*

- *padre*

- *esposo*

- *otros (especificar \_\_\_\_\_)*

**INSTRUCCIONES:** Conteste las siguientes preguntas sobre la base de las observaciones hechas al paciente durante el último mes, en casa; conteste **SÍ** o **NO**, únicamente si está seguro (por ejemplo, si vio que eso sucedía). Conteste (¿?) si no está seguro (por ejemplo, si no ha podido observarlo, pero lo ha oído o supone que ha sucedido).

	<i>SÍ</i>	<i>NO</i>	<i>¿?</i>
1. Evita comer con otros o se retrasa lo máximo posible en acudir a la mesa.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Muestra signos claros de tensión durante las comidas.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Se muestra agresivo/a u hostil durante las comidas.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Comienza cortando la comida en trocitos muy pequeños.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Se queja de que es demasiada comida o demasiado rica en calorías.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Tiene "caprichos de comida" inhabituales .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Trata de pactar sobre la comida (ejemplo: "comeré esto si no como lo otro").....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Picotea la comida o come muy despacio .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Prefiere productos de dieta (bajo contenido calórico) .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Raramente dice tener hambre .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Le gusta cocinar o ayudar en la cocina pero evita probar o comer.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Vomita después de las comidas .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Oculta la comida en servilletas, bolsos o ropas durante la comida .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Tira comida (ventana, cubo de basura, water).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Oculta o atesora comida en su propia habitación o en algún otro lado.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



	<i>SÍ</i>	<i>NO</i>	<i>¿?</i>
16. Come cuando está solo/a "en secreto" (por ejemplo, por la noche).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. No le gusta ir de visita ni a fiestas por la "obligación" de comer.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. A veces tiene dificultades para parar de comer o come inusualmente grandes cantidades de comida o dulces.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Se queja mucho de estreñimiento.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Toma laxantes (purgantes) frecuentemente, o los pide.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Dice estar muy gordo/a sin tener en cuenta el peso perdido.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. A menudo habla sobre delgadez, las dietas o las formas del cuerpo ideal.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. A menudo se va de la mesa durante las comidas (ej. "ir a la cocina").	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Está de pie, anda y corre siempre que le es posible.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Está lo más activa posible (limpia la mesa, habitaciones, etc.).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Hace mucho ejercicio físico o deporte.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. Estudia y trabaja mucho.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. Raramente está cansada y descansa muy poco o nada.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. Reivindica estar "normal", "sana" e incluso "mejor que nunca".....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. Se resiste a ir al médico o rechaza los exámenes médicos.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**ANEXO VI*****FICHA DIAGNÓSTICA / DERIVACIÓN A UNIDAD TCA***

*Centro de Salud..... Médico.....*

*Paciente..... Fecha de nacimiento.....*

*Edad de inicio del trastorno .....*

*Peso máximo y fecha..... Peso mínimo y fecha .....*

*Peso actual..... Talla actual ..... IMC .....*

*Percentiles..... .....*

***IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA***☐

***1. ANOREXIA NERVIOSA***

☐

***1. BULIMIA NERVIOSA***

☐

***1. TCA NO ESPECIFICADO***

↳ *Anorexia nerviosa sin amenorrea*

↳ *Anorexia nerviosa con peso normal*

↳ *Bulimia nerviosa menos de 2 v/semana o 3 meses*

↳ *Vómitos tras pequeñas cantidades de comida*

↳ *Masticar y expulsar*

↳ *Tr. por atracones*