

# Trastornos de la alimentación y de la ingestión de alimentos



Son **alteraciones persistentes** en la alimentación o en su comportamiento, que afectan al consumo o absorción de alimentos y **deterioran la salud o el funcionamiento.**

La **obesidad** no se considera un trastorno mental en el DSM-V.

**Educación nutricional individualizada. Normalizar hábitos y conductas alimentarias. Superar miedos y actitudes distorsionadas hacia los alimentos.**

**PREVENCIÓN DE LOS TCA**

Orientar a la persona y su familia. Incrementar la motivación para cooperar en el tratamiento. Fomentar un estilo de vida saludable.

## PICA

Deseo de **ingerir sustancias no nutritivas** (papel, barro, cabello, etc.) durante al menos **1 mes**. Es **normal** hasta los **18-24 meses** de edad, pero puede causar **complicaciones** como **obstrucciones intestinales.**

## TRASTORNO DE RUMIACIÓN

**Regurgitación repetida de alimentos por ≥1 mes**, con remasticación, deglución o expulsión sin asco. Es normal entre 3-12 meses de edad; después se asocia a discapacidad intelectual o reflujo. Puede causar **malnutrición y retraso en el desarrollo.**



## TRASTORNO DE EVITACIÓN/RESTRICCIÓN DE LA INGESTIÓN

Evita ciertos alimentos por su **sabor, olor, textura o aspecto**, sin relación con la imagen corporal. **Suele iniciar en la infancia**, puede afectar varios grupos de alimentos y provocar **pérdida de peso, deficiencias nutricionales o necesidad de suplementos.**



## TRASTORNO DE ATRACONES

**Consumo rápido y descontrolado de grandes cantidades de comida** sin conductas compensatorias, asociado a **normopeso u obesidad.**



## BULIMIA NERVIOSA

**Ingestión rápida y descontrolada de grandes cantidades de alimentos** con sensación de pérdida de control, **seguida de conductas compensatorias** (vómito, laxantes, diuréticos o ejercicio excesivo).

### Gravedad según frecuencia semanal de conductas compensatorias

<b>Leve</b> 1-3 episodios	<b>Moderado</b> 4-7 episodios
<b>Grave</b> 8-13 episodios	<b>Extremo</b> ≥14 episodios



### Epidemiología

- » **Más frecuente que la anorexia**, pero a menudo infradiagnosticada.
- » **Predomina en mujeres.**
- » **Inicio típico** 18-25 años.

### Complicaciones físicas

- » **Hidroelectrolíticas** hipopotasemia, hiponatremia, hipomagnesemia, hipocloremia, alcalosis (vómitos), acidosis (laxantes), hiperamilasemia.
- » **Digestivas** parotiditis, pérdida de esmalte dental, caries, esofagitis.

## OTROS TRASTORNOS ALIMENTARIOS

**Trastorno de la conducta alimentaria no especificado (TCANE):** trastorno alimentario con síntomas significativos que afectan la vida diaria, pero sin cumplir criterios de otros trastornos específicos.



## ANOREXIA NERVIOSA

**Rechazo a mantener peso normal** por miedo a engordar y **percepción corporal distorsionada**, más frecuente en mujeres (13-20 años).



**Tipos**  
**Restrictivo:** ayuno y ejercicio intenso. **Con atracones/purgas:** eliminación de calorías mediante vómito, laxantes, diuréticos o pastillas.

### Gravedad (OMS)

<b>Leve</b> IMC ≥ 17 kg/m <sup>2</sup>	<b>Moderado</b> IMC 16-16,99 kg/m <sup>2</sup>
<b>Grave</b> IMC 15-15,99 kg/m <sup>2</sup>	<b>Extremo</b> IMC <15 kg/m <sup>2</sup>

**Peso significativamente bajo:** adultos <18,5 kg/m<sup>2</sup>; niños < percentil 5.

### Clínica

- » **Física:** amenorrea, lanugo, callosidades en nudillos, estreñimiento, piel seca.
- » **Conductual:** pesarse varias veces, ocultar pérdida de peso, manipular comida, contar calorías.
- » **Cognitiva:** ánimo deprimido, perfeccionismo, baja autoestima, miedo a engordar, distorsión corporal.

### Rasgos de personalidad

**Responsables, autoexigentes**, con miedo a perder control; familias rígidas y competitivas.

### Tratamiento

**Recuperar peso y normalizar alimentación;** hospitalización si hay riesgo vital.

## BIBLIOGRAFÍA

- 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: Ministerio de Sanidad y Consumo; Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques de Catalunya; 2009. Guías de Práctica Clínica en el SNS: AATRM Núm. 2006/05-01.
- Parental Risk Factors Among Children With Reactive Attachment Disorder Referred to Specialized Services: A Nationwide Population-Based Study. Upadhyaya S, Chudal R, Luntamo T, et al. Child Psychiatry and Human Development. 2019;50(4):546-556. doi:10.1007/s10578-018-00861-6.
- Reactive Attachment Disorder: What We Know About the Disorder and Implications for Treatment. Hanson RF, Spratt EG. Child Maltreatment. 2000;5(2):137-45. doi:10.1177/107755950005002005.
- Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica para el Tratamiento del Trastorno de Ansiedad Generalizada en Atención Primaria. Guía de Práctica Clínica para el Tratamiento del Trastorno de Ansiedad Generalizada en Atención Primaria. Ministerio de Sanidad. Servicio de Evaluación del Servicio Canario de la Salud; 2024. Guías de Práctica Clínica en el SNS. Disponible en: [https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2025/01/gpc\\_641\\_ansiedad\\_sescs\\_compl.pdf](https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2025/01/gpc_641_ansiedad_sescs_compl.pdf)