

**SEÑALES DE ALARMA PARA DETECTAR UN TRASTORNO DE LA  
CONDUCTA ALIMENTARIA.**

**ALARM SIGNALS TO DETECT AN EATING DISORDER.**

**Inmaculada Ruiz Prieto<sup>1</sup>**

**<sup>1</sup>Instituto de Ciencias de la Conducta (ICC)**

Correspondencia: Inmaculada Ruiz Prieto, [inma.irp@gmail.com](mailto:inma.irp@gmail.com)

Instituto de Ciencias de la Conducta

C/ Fernando IV, 24-26, CP: 41011, Sevilla

## **RESUMEN**

El proceso de detección de un Trastorno de la Conducta Alimentaria (TCA) suele ser lento y complejo debido a que la mayoría de los síntomas y signos que se observan no son de tipo físico u orgánico si no de tipo emocional, conductual y actitudinal. El objetivo del presente trabajo es recoger el conjunto de señales que pueden indicar que la persona está desarrollando un TCA.

**Palabras clave:** señales de alarma, criterios diagnósticos, diagnóstico precoz, trastorno de la conducta alimentaria.

## **ABSTRACT**

Detection of an eating disorder (ED) tends to be slow and complex because most of the symptoms and signs that are observed are not physical or organic nor emotional, behavioural and attitudinal. The objective of this study is to collect the set of signs that may indicate that the person is developing an ED.

**Key words:** alarm's signs, diagnostic criteria, early diagnosis, eating disorder.

## **INTRODUCCIÓN**

El proceso de detección de un Trastorno de la Conducta Alimentaria (TCA) suele ser lento y complejo debido a que la mayoría de los síntomas y signos que se observan no son de tipo físico u orgánico si no de tipo emocional, conductual y actitudinal. De este modo, para que un TCA sea diagnosticado y entendido de la misma manera en cualquier parte del mundo, se crean manuales que engloban el conjunto de criterios diagnósticos más observados en los sujetos que padecen los TCA. Actualmente, los manuales más utilizados son la guía de Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) y el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM por sus siglas en inglés) (1-2).

Los TCA son trastornos multicausales que se desarrollan debido a la interacción de un conjunto de factores predisponentes, precipitantes y mantenedores. Entre todos esos factores se encuentran algunos de tipo biológico y genético, otros de personalidad como el carácter o el temperamento, factores socioculturales y la existencia de vivencias estresantes (3).

La detección precoz de los TCA es uno de los factores más influyentes en el pronóstico de la enfermedad. Consiste en detectar lo más precozmente posible los posibles casos clínicos para realizar el diagnóstico confirmatorio y poder iniciarse cuanto antes las medidas de tratamiento oportunas para la mejoría del paciente (4).

De este modo, los familiares son siempre los primeros en detectar los factores predisponentes y precipitantes de la patología, por lo que es especialmente importante que las familias conozcan las señales de alarma (3-4).

El objetivo del presente trabajo es recoger el conjunto de señales que pueden indicar que la persona está desarrollando un TCA.

## **MÉTODO**

Se han agrupado el conjunto de factores etiológicos y etiopatogénicos de anorexia nerviosa (AN) y bulimia nerviosa (BN) junto a los ítems recogidos en los instrumentos de cribado más utilizados.

## **RESULTADOS**

Si bien existen más cuadros diagnósticos de TCA, los más estudiados son AN y BN, por lo que las señales de alarma recogidas en el presente trabajo pertenecen a estos cuadros.

De forma general, en ambos cuadros diagnósticos se observa un cambio en el interés y la atención que la persona le presta a la comida “sana” y a los modelos de alimentación “saludables”. Así, las familias detectan como aumentan los comentarios sobre propiedades saludables de los alimentos o de las diferentes técnicas culinarias, así como de suplementos o complementos nutricionales y de modelos alimentarios completos. Debido a esto, la mayoría comienza a prestar una especial atención al valor nutricional de los alimentos, dedicando horas a la revisión de las etiquetas nutricionales o a través de internet. Sin embargo, dado que la información que poseen de modelos saludables y de cómo revisar el etiquetado nutricional proviene de redes sociales, grupo de iguales o anuncios de televisión, comienzan a desarrollar numerosas ideas erróneas sobre alimentación (4-7).

Por otro lado, los familiares detectan un cambio en los gustos alimentarios, comienzan a tener peticiones especiales, generalmente de productos dietéticos. Además, en muchos de los casos se inicia un elevado interés por la cocina y por la búsqueda de recetas. La búsqueda de recetas, habitualmente, es un modo sutil de manipulación mediante el cual consiguen que la familia elabore aquello que consideran menos energético o más saludable o, incluso, aquello que les genera *food craving*. En AN, una de las particularidades es que no suelen probar ni comer ninguna de las elaboraciones que realizan, por lo que, habitualmente realizarán repostería (4-8).

Con este aumento de la preocupación y la atención por la alimentación, en muchas ocasiones, aumenta mucho el interés por la forma de comer de los demás y, en muchas ocasiones, comienzan a hacer comentarios y consejo dietético o nutricional a los demás (4-7).

Asimismo, la conducta alimentaria cambia, además de producirse cambios repentinos en la preferencias y aversiones (“*ya no me gustan las patatas fritas*”), en muchos casos también se rechazan todos los alimentos que no sean dietéticos o que no sean “súper alimentos”. En la mayoría se produce un notable cambio en la velocidad de ingesta, observándose, generalmente, un tipo de ingesta muy rápido y voraz en el caso de bulimia nerviosa y excesivamente lento en anorexia nerviosa. Ocasionalmente, los horarios de comidas se modifican y aparece la evitación de las comidas sociales. Además, comienza a haber una elevada preocupación y numerosas referencias a molestias gastrointestinales, estreñimiento y control excesivo de las excreciones (4-7).

Debido a todo el conjunto de preocupaciones y cambios el estado de ánimo también se altera. Los familiares pueden observar un aumento de la alegría y la felicidad (estado de ánimo eufórico repentino) al inicio, que va seguido de irritabilidad o ansiedad, sintomatología depresiva, tristeza y/o apatía. Esto podría deberse a que, cuando la persona está iniciando el TCA y consigue sus objetivos aumenta su estado de ánimo pero, después, comienzan a aparecer las alteraciones emocionales (4-7).

Se puede observar también una elevada dificultad de reconocimiento de emociones, de modo que las personas que desarrollan un TCA no son capaces de distinguir entre las distintas emociones negativas (4-7).

Sobre todo, una de las señales de alarma más detectadas por los familiares es que aparece enfado y posible agresividad cuando los demás se refieren a su forma de comer, su peso corporal, su imagen corporal o los cambios físicos producidos (4-7).

En cuanto a la imagen corporal, se puede observar un marcado aumento de los comentarios sobre su propia imagen corporal y la admiración de la imagen corporal de otros (con especial interés en los medios de comunicación o las redes sociales). Aparecen conductas para comprobar tamaño y forma corporal (midiéndose, probándose distinta ropa u otros métodos) y, habitualmente se produce un aumento exagerado y repentino del tiempo dedicado a vestirse/arreglarse. En personas de mayor edad (adultos jóvenes), frecuentemente se produce un aumento del gasto en cosmética, ropa y/o tratamientos corporales (7).

Las relaciones sociales también se afectan. Frecuentemente la persona que desarrolla un TCA adopta una postura dominante en la familia (adopta el rol principal en torno al cual se organiza la unidad familiar) que, a menudo, se enfrenta con el rol de la madre, asumiendo las funciones que tradicionalmente desempeñaba ella (4-7).

Toda la irritabilidad emocional y los cambios suelen provocar dificultades en las relaciones familiares y, asimismo, evitación y complicaciones de las relaciones con su grupo de iguales (4-7).

En cuanto a las relaciones de pareja, suelen establecer un modelo de relación de dependencia que suele cursar con el aislamiento de la pareja del resto de iguales y la adopción de un papel sumiso por parte de la pareja (4-7).

Además, se producen cambios repentinos en el nivel de actividad física que realizan, adoptando un modelo alterado de ejercicio físico de tipo obsesivo, compulsivo y excesivo. Generalmente aparece hiperactividad con evitación de la inactividad (aparece evitación de todo tipo de reposo, ya sea hacer actividades sentadas o sentarse a descansar e, incluso dormir), aumento de los movimientos corporales estáticos y hacen ejercicio físico a escondidas (por ejemplo, en el baño) (4-7).

De manera que se afectan todos los campos de la salud (mental, físico y social) (4).

En AN se observará pérdida de peso brusca o progresiva, cuando no era necesaria por estar en normopeso. La persona que desarrolla AN planteará un objetivo de bajo peso y admirará las muestras de desnutrición de imágenes de medios de comunicación o redes sociales. Aparecerá el control excesivo y

ritualizado del peso corporal de forma repentina o bien rechazo absoluto a controlar el peso, especialmente cuando son profesionales de la salud o familiares quienes quieren controlarlo. Una característica común entre las personas que desarrollan AN es alegar continuamente que desde que han realizado cambios de alimentación y ejercicio están más saludables. En estos casos, además, la evitación de las comidas sociales suele ser común a todos los casos. Además, los familiares de quienes desarrollan AN observarán un enlentecimiento de la velocidad de ingesta y que la persona continuamente dice estar llena pronto y/o nunca dice tener hambre. Desarrollan una actitud peculiar frente a la comida (muestran ansiedad ante las comidas, trocean muy pequeño, selecciona los trozos que más le llaman su atención por ser más pequeños, más tostados, menos grasos, etcétera) y generalmente no prueban los alimentos que cocinan. Además, se produce un aumento del consumo de bebidas excitantes light, chicles o caramelos sin azúcar e infusiones, generalmente como mecanismo para controlar el hambre y mantenerse activos (8-9).

En el caso de BN, los familiares observarán grandes o rápidas fluctuaciones de peso corporal. Habitualmente, les llamará la atención la frecuencia de visitas al baño y su duración. A menudo, la señal de alarma de BN más común es la desaparición de comida de casa y encontrar restos de comida o envoltorios en la habitación, en todos los bolsos, en el coche, etcétera. En este caso, ocasionalmente se produce un aumento de las comidas sociales, en lugar de evitarlas como suele ocurrir en el caso de BN. Además, con frecuencia se observa uso de laxantes, diuréticos u otros suplementos o productos adelgazantes o “depurativos” (10-11).

Durante las comidas, los familiares de quienes desarrollan BN detectarán un notable aumento de la velocidad de ingesta, una actitud ansiosa frente a la comida o ingesta voraz, si bien, puntualmente refieren que son personas que siempre han comido rápido y vorazmente (10-11).

Habitualmente se produce un aumento de problemas dentales y de garganta, por lo que aumenta la frecuencia de visitas al médico o a odontólogo por estas alteraciones. Además, aparecen frecuentes calambres musculares, mareos, diarreas, y aumenta la frecuencia de orinar (10-11).

Con todos estos cambios y, por las propias consecuencias de los ciclos de atracción y purga o ayuno, suelen aparecer dificultades de concentración y rendimiento, tanto labora como académico (10-11).

Puntualmente, debido al conjunto de señales en relación a las comidas y al baño (desaparece comida, actitud de ansia ante las comidas y aumento de la frecuencia de visitas al baño y su duración o que acuden al baño justo después de las comidas), los familiares sospechan la presencia de vómitos autoprovocados y, algunos familiares, detectan el denominado signo de Russell, que es una marca en la mano, de tipo calloso, provocada por la erosión de los dientes y los ácidos gástricos al provocarse el vómito (10-11).

## **DISCUSIÓN**

Dado que la detección precoz de los TCA es uno de los factores más influyentes en el pronóstico de la enfermedad y que generalmente son los familiares los primeros en alarmarse de la posible presencia de un TCA, resulta importante que, tanto los familiares como los profesionales sanitarios de atención primaria conozcan el conjunto de señales de alarma que pueden indicar

el posible desarrollo de un TCA, a fin de iniciar las medidas terapéuticas cuanto antes para favorecer un mejor pronóstico (3-4).

## **REFERENCIAS**

1. Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE). Organización Mundial de la Salud (OMS). <http://www.who.int/classifications/icd/en/>
2. American Psychiatric Association. “Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-V”. Washington, APA; 2013.
3. Jáuregui I. La imagen de una sociedad enferma: anorexia, bulimia, atracones y obesidad. Barcelona: Grafema; 2006.
4. Gómez del Barrio JA, Gaite L, Gómez E, Carral L, Herrero S, Vázquez-Barquero JL. Guía de prevención de los trastornos de la conducta alimentaria y el sobrepeso. Gobierno de Cantabria; 2008.
5. Garandillas A, Zorrilla B, Sepúlveda AR, Muñoz PE. Trastornos del comportamiento alimentario: prevalencia de casos clínicos en mujeres adolescentes de la Comunidad de Madrid. Instituto de Salud Pública de la Comunidad de Madrid: Madrid: España; 2003.
6. Castro J, Toro J, Salamero M, Guimera E. the Eating Attitudes Test: Validation of the Spanish version. *Psychological Assessment* 1991; 7(2): 175-90.
7. García-Campayo J, Sanz-Carrillo C, Ibañez JA, Lou S, Solano V, Alda M. Validation of the Spanish version of the SCOFF questionnaire for the screening of eating disorders in primary care. *J Psychosom Res.* 2005; 59 (2): 51-5.
8. Jáuregui Lobera I, Santed MA, Shafran R, Santiago MJ, Estébanez S. Psychometric properties of the Spanish version of the Thought-Shape

- Fusion Questionnaire. *The Spanish Journal of Psychology*. 2012; 15(1): 410-23.
9. Vandereycken W. Validity and reliability of the Anorectic Behavior Observation Scale for parents. *Acta Psychiatr Scand*. 1992; 85: 163-6.
  10. Rivas T, Bersabé R, Jiménez M. Fiabilidad y validez del test de Investigación Bulímica de Edimburgo (BITE) en una muestra de adolescentes españoles. *Psicología conductual*. 2004; 12: 447-61.
  11. Jáuregui Lobera I, Bolaños Ríos P, carbonero R, valero Blanco E. Psychometric properties of the spanish versión of Food Craving Inventory (FCI-SP). *Nutr Hosp*. 2010; 25(6):984-92.