

Atención a pacientes con trastornos del comportamiento alimentario en un EAP: identificando oportunidades de mejora

M.E. Aguilar Hurtado^a, J. Sagredo Pérez^b, G. Heras Salvat^b, J.C. Estévez Muñoz^b, M.L. Linares López^b
y E. Peña Rodríguez^b

Objetivos. Principal: buscar oportunidades de mejora en la atención a los pacientes con trastornos del comportamiento alimentario (TCA). Secundarios: a) averiguar el perfil de los pacientes diagnosticados de TCA pertenecientes a nuestro centro de salud; b) investigar si el manejo de los pacientes se ajusta a las pautas establecidas en la bibliografía como de buena calidad, y c) descubrir si realizamos actividades de detección precoz de los TCA en la población adolescente.

Diseño. Estudio descriptivo, transversal.

Emplazamiento. Centro de salud urbano de Madrid. Diez consultas de medicina de familia y 2 de pediatría.

Pacientes. Objetivos 1 y 2: pacientes diagnosticados de TCA de nuestro EAP (n = 13). Objetivo 3: muestra aleatoria de 136 pacientes de 12-17 años de edad.

Mediciones y resultados. Pacientes diagnosticados de TCA: 13, todos mujeres. Edad media, 21 años (DE, 3,87). TCA más frecuentes: anorexia nerviosa (46,15%) y trastornos no especificados (30,77%). Diagnóstico en atención primaria en el 92,30%. Dato de sospecha clínica más frecuente: búsqueda de ayuda por parte de los familiares (46,15%). En el momento del estudio el 38,46% tenía una evolución favorable, el 30,77% se había curado y el 30,77% presentaba cronicidad. En el manejo de los pacientes tras el diagnóstico, la actividad de mejor cumplimiento fue la realización de un mínimo de 4 visitas programadas cada año (90,9%), y las de peor cumplimiento: presencia de informe de los servicios de salud mental (22,2%) y seguimiento del peso (42,9%). La detección precoz se evaluó en una muestra de 123 mujeres y 13 varones con una edad media de 15 años (DE, 2,07). Se realizó valoración nutricional en el 50% y en el 10,3% valoración de la autoestima.

Conclusiones. El TCA más frecuente en las pacientes diagnosticadas de TCA en nuestro EAP es la anorexia nerviosa. La mayoría de las enfermas fue diagnosticada en atención primaria. Respecto a su tratamiento, se ha realizado seguimiento del peso a pocos pacientes y se puede mejorar la comunicación con salud mental. Se realizan pocas actividades de detección precoz en los adolescentes, sobre todo en el caso de la valoración de la autoestima.

Palabras clave: Trastornos del comportamiento alimentario. Atención primaria. Mejora de la calidad. Anorexia. Bulimia. Adolescencia.

CARE BY A PRIMARY CARE TEAM FOR PATIENTS WITH EATING BEHAVIOUR DISORDERS: IDENTIFYING POSSIBILITIES FOR IMPROVEMENT

Objectives. Principal: to find opportunities for improvement in the care of patients with eating behaviour disorders (EBD). Secondary: a) to ascertain the profile of patients diagnosed with EBD at our health centre; b) to find out whether the handling of patients is in line with the guidelines stipulated in the bibliography as "good quality", and c) to find out whether we conduct EBD early-detection activities among adolescents.

Design. Transversal, descriptive study.

Setting. Urban health centre in Madrid. Ten family medicine clinics and 2 paediatrics ones.

Patients. Objectives 1 and 2: patients diagnosed with EBD by our primary care team (PCT) (n=13). Objective 3: randomised sample of 136 patients between 12 and 17 years old.

Measurements and results. Thirteen patients, all women, were diagnosed with EBD. Their mean age was 21 (SD, 3.87). The most common EBD were: anorexia nervosa (46.15%) and undefined disorders (30.77%); 92.30% were diagnosed in primary care. The most common detail giving rise to suspected EBD in the clinic was family members' seeking help (46.15%). At the time of study, 38.46% evolved favourably, 30.77% were cured and 30.77% were chronically ill. After diagnosis, the activity most complied with was attending a minimum of four times a year (90.9%); the least complied with were a report from the mental health services (22.2%) and weight monitoring (42.9%). Early detection was appraised in a sample of 123 females and 13 males, with an average age of 15 (SD, 2.07); 50% were evaluated for their nutrition, and 10.3% for their self-esteem.

Conclusions. The most common EBD in the patients diagnosed by our PCT was anorexia nervosa. Most of those ill were diagnosed in primary care. During their treatment, few patients had their weight monitored and communication with mental health departments could be improved. Few early detection tests among adolescents, in particular appraisal of their self-esteem, were conducted.

Key words: Eating behaviour disorders. Primary care. Quality improvement. Anorexia. Bulimia. Adolescence.

^aMédico Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Doctora en Medicina. Centro de Salud General Fanjul. Madrid. España.

^bMédico Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud General Fanjul. Madrid. España.

Correspondencia: María Elena Aguilar Hurtado.
Acequia, 75. 28938 Arroyomolinos. Madrid. España.

Manuscrito recibido el 28 de mayo de 2002.

Manuscrito aceptado para su publicación el 25 de febrero de 2004.

Introducción

Los trastornos del comportamiento alimentario (TCA) son actualmente un problema de gran relevancia, no sólo desde un punto de vista sanitario, sino también social, educativo y económico.

Las cifras actuales de prevalencia son del 1% para la anorexia, el 1-3% para la bulimia¹ y el 1-4% para los TCA globalmente². Su incidencia anual es de cerca de 5-10 casos por 100.000 habitantes en todo el mundo³.

Además, en los países desarrollados se ha producido un incremento de estas cifras en los últimos años^{4,5}, que también se confirma en nuestro país^{6,7}. A la importancia de las cifras se une el hecho de que la población vulnerable está integrada por adolescentes y jóvenes y la tendencia a la cronicidad de los TCA, con la posibilidad incluso de muerte⁸. Otra cuestión relevante es la existencia de comportamientos anómalos (encuadrados dentro del tipo TCA no especificado)⁹, consistentes en la restricción dietética de algunos alimentos, vómitos autoinducidos ocasionales o percepción anómala de la imagen corporal. Estos trastornos pueden desembocar en TCA fracos si no se realiza una intervención precoz, y son bastante frecuentes en la actualidad^{10,11}; se ha llegado a encontrarlos hasta en el 66,3%, en la población adolescente de 14-18 años¹².

Además, dada la alarma social que suscitan, los TCA son un motivo de gran preocupación para la comunidad, que los percibe como una prioridad en cuanto a prevención, detección precoz y tratamiento adecuado.

Los TCA afectan preferentemente a mujeres en una relación de 9/1, aunque últimamente se detecta un incremento de la incidencia en varones. Tradicionalmente se ha considerado que la población de riesgo son las mujeres de raza blanca y de clases medias¹³, pero en nuestro país los TCA comienzan a afectar a todas las clases sociales¹⁴.

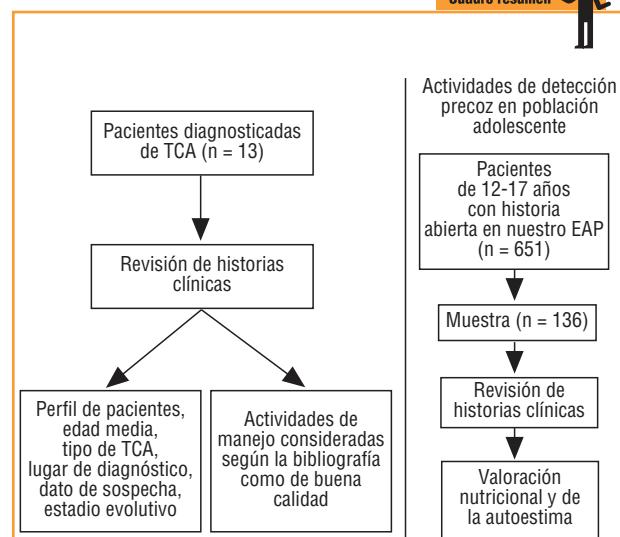
Todas estas cuestiones justifican la necesidad actual de que el médico de atención primaria (AP) esté familiarizado con los TCA para su adecuada prevención, diagnóstico y posterior control¹⁵⁻¹⁷.

Hay áreas de salud en las que se atiende a estos enfermos de manera coordinada entre AP y atención especializada (AE), e incluso cuando el grado de afectación lo permite el seguimiento ambulatorio se lleva a cabo de manera coordinada entre salud mental y AP exclusivamente¹⁸.

Sin embargo, existen otras áreas donde no hay protocolos consensuados, como es el caso de la nuestra. Pero el hecho de que no contemos con una guía metodológica o un protocolo no exime de intentar realizar nuestro trabajo con la mayor calidad posible, motivo por el que nos planteamos este estudio.

El objetivo principal de este trabajo era identificar oportunidades de mejora en la atención a los pacientes con TCA mediante la consecución de los siguientes

Material y métodos Cuadro resumen



Esquema general del estudio

Estudio descriptivo, transversal, de los pacientes diagnosticados de trastornos del comportamiento alimentario y de las actividades de detección precoz en población adolescente.

objetivos secundarios: *a)* averiguar el perfil de los pacientes diagnosticados de TCA de nuestro centro de salud; *b)* investigar si la atención que brindamos a los pacientes diagnosticados de TCA se ajusta a las pautas establecidas en la bibliografía como de buena calidad¹⁹, y *c)* descubrir si realizamos actividades de detección precoz de los TCA en la población adolescente.

Material y método

Diseño y emplazamiento

Estudio descriptivo, transversal, realizado en la población de la zona básica de salud del EAP General Fanjul de Madrid.

Pacientes

Perfil de los pacientes diagnosticados de TCA y tratamiento de éstos. Revisión de las historias clínicas de los pacientes registrados como tales en nuestro centro, utilizando un registro específico (13 pacientes, todas ellas mujeres).

Actividades de detección precoz. Muestreo aleatorio sistemático por consultas de los 651 individuos de 12-17 años con historia abierta en el centro (proporción, 9 mujeres/1 varón). El tamaño de la muestra necesario para una proporción esperada del 50%, con

una precisión del 7,5%, y un nivel de confianza del 95%, era de 136 personas: 123 mujeres y 13 varones.

Mediciones

Perfil de los pacientes diagnosticados. Datos de filiación, tipo de TCA, fecha y lugar del diagnóstico (AP o AE), dato que motivó la sospecha clínica y estadio evolutivo en el momento del estudio.

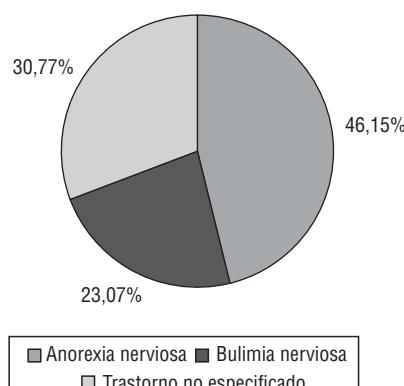
Manejo de los pacientes diagnosticados de TCA. Proporción de pacientes a los que, tras el diagnóstico, se había realizado las siguientes intervenciones: valoración antropométrica mediante el cálculo del índice de masa corporal o índice de Quetelet (peso en kg/talla en m^2)²⁰, valoración analítica consistente en un hemograma y perfil bioquímico básico, seguimiento en consulta programada o concertada por el médico o enfermero mediante un mínimo de 4 visitas en el último año y seguimiento del peso al menos con una periodicidad trimestral en el último año. También se cuantificó la proporción de historias clínicas en que constase alguna información de los profesionales de salud mental acerca del proceso (tabla 1).

Actividades de detección precoz. Proporción de pacientes de la muestra obtenida de la población adolescente de nuestro centro de salud a los que se había realizado una valoración del patrón alimentario y de la autopercepción corporal, ambas según los patrones funcionales de Gordon²¹ o similar.

Resultados

Perfil de las pacientes diagnosticadas de TCA

Las 13 pacientes eran mujeres, con una media de edad en el momento del estudio de 21 años (DE, 3,9). El TCA que presentaban con mayor frecuencia era anorexia nerviosa (6 pacientes, 46,15% del total), seguida de los trastornos no especificados en 4 pacientes (30,77%) (fig. 1). Doce casos (92,30%) fueron diagnosticados en AP. El dato que



**FIGURA
1**

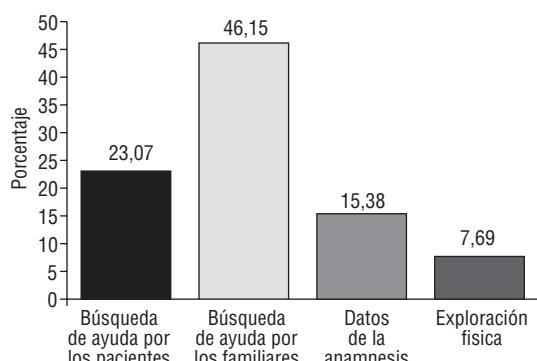
motivó la sospecha clínica fue la búsqueda de ayuda por parte de los familiares en un 46,15% (6 casos), seguido de la búsqueda de ayuda por parte de las propias pacientes en un 23,07% (3 casos). Sólo en un caso motivó la sospecha un signo exploratorio (fig. 2). En el momento del estudio 5 pacientes presentaban una evolución favorable, 4 podían considerarse curados y en los otros 4 el trastorno se había cronificado.

Tratamiento de las pacientes tras el diagnóstico

Los porcentajes de cumplimiento o realización de cada actividad se han calculado teniendo en cuenta los criterios de

TABLA 1 Descripción de las distintas actividades cuya realización se considera de buena calidad en la atención a los pacientes diagnosticados de TCA cuya realización se ha contabilizado en el estudio, así como los criterios de exclusión para llevarlas a cabo

Variables	Técnica de medida	Criterios de exclusión
Valoración antropométrica	Cálculo de la proporción de pacientes con TCA a los que se ha realizado una medida del IMC en algún momento desde el diagnóstico	Pacientes diagnosticadas en consultas de atención especializada, seguidas desde su comienzo en unidades de nutrición
Valoración analítica	Proporción de pacientes con TCA a los que, al menos en una ocasión, tras el diagnóstico se les ha realizado un hemograma y perfil bioquímico básico	Pacientes diagnosticados en consultas de atención especializada, seguidos desde su comienzo en unidades de nutrición
Visitas de seguimiento	Proporción de pacientes con TCA vistos en consulta programada o concertada por su médico o enfermero al menos 4 veces en el último año	Pacientes diagnosticados en consultas de atención especializada, seguidos desde su comienzo en unidades de nutrición Pacientes en remisión de la enfermedad
Seguimiento ponderal	Proporción de pacientes a los que se había realizado una medición del peso al menos con una periodicidad trimestral en el último año	Pacientes diagnosticados en consultas de atención especializada, seguidos desde su comienzo en unidades de nutrición Pacientes en remisión de la enfermedad
Información de salud mental	Proporción de pacientes en cuyas historias constase informe, parte interconsulta o similar de los servicios de salud mental que versase sobre el diagnóstico, pronóstico y tratamiento del paciente	


**FIGURA
2**

inclusión para la realización de cada una de ellas. La actividad de mejor cumplimiento fue realizar un mínimo de 4 visitas programadas al año (90,9%), seguida de la realización de analítica al inicio del trastorno (90%). La de peor cumplimiento fue la presencia de informe de los servicios de salud mental (22,2%) y el seguimiento del peso (42,9%). El IMC en el momento del diagnóstico se realizó al 60% de las pacientes (tabla 2).

Detección precoz

De las 136 historias revisadas, el 90,44% ($n = 123$) correspondía a mujeres y el 9,56% ($n = 13$) a varones, con una edad media de 15 años (DE, 2,07). La valoración nutricional se había realizado en el 50% de los casos, y la de la satisfacción con la imagen corporal en el 10,3%.

Discusión

En primer lugar, debemos comentar que no podemos estimar la prevalencia global de los TCA en nuestra zona bá-

sica de salud, aunque tampoco era este el objetivo de nuestro estudio. Dado que utilizamos un registro específico, el número de pacientes que consta en él no nos informa sobre la prevalencia real de dichos trastornos en nuestra zona, sino sobre los pacientes que conocemos y tenemos registrados.

Sí podemos establecer comparaciones respecto a la proporción que los distintos tipos de trastorno de TCA representan sobre el total de enfermos. En este sentido, no coincidimos con la bibliografía, dado que detectamos una mayor proporción de anorexia que de bulimia nerviosa. Esto puede deberse, en primer lugar, a que la bulimia, por sus características clínicas (pacientes con peso normal o incluso sobrepeso y aparente buen estado de salud) puede ser más difícil de diagnosticar que la anorexia, que provoca en los pacientes alteraciones en el aspecto y la salud más precoces²², y es posible que tengamos más casos de bulimia de los que hemos diagnosticado. La segunda cuestión es que prácticamente la totalidad de las pacientes con TCA no especificados tenían comportamientos bulímicos, y de no haber intervenido sobre ellas es posible que hubieran acabado presentando una bulimia franca.

La proporción de los TCA no especificados que hemos hallado en nuestras pacientes coincide con otros estudios¹⁰⁻¹². Este hecho confirma la necesidad de que el médico de AP sea capaz de detectar precozmente estos trastornos, ya que es posible que mediante una intervención adecuada pueda evitarse su evolución hacia una afección más grave.

Respecto a las actividades de detección precoz, a pesar de que tanto las poblaciones de riesgo como los factores de vulnerabilidad están bien identificados^{23,24}, no se contempla la detección de los TCA ni en el PAPPS²⁵, ni en el Programa del Niño Sano²⁶. En la última edición de la cartera de servicios de AP del INSALUD se creó un nuevo servicio consistente en la atención al joven²⁷, intentando ofrecer una atención integral a este grupo poblacional dada su probada susceptibilidad para desarrollar estas y otras patologías²⁸⁻³⁰. En él se contempla la detección de los TCA, pero no se especifica cómo debe realizarse. Sólo en el "Protocolo de atención a pacientes con TCA" publicado por el Ministerio de Sanidad, se hacen recomendaciones

TABLA 2 Realización de las distintas actividades consideradas de buena calidad en el tratamiento de los pacientes afectados de TCA.
No se han contabilizado los pacientes excluidos de la realización de aquéllas (total de pacientes, 13)

	Pacientes incluidos en la medición del criterio	Pacientes que cumplieron el criterio
Seguimiento de visitas (al menos 4 concertadas o programadas en el último año)	11	10
Analítica (al menos una vez desde el diagnóstico)	10	9
IMC (al menos una valoración antropométrica en el último año)	10	6
Seguimiento del peso (al menos con periodicidad trimestral en el último año)	7	3
Presencia de información procedente de salud mental	9	2



claras a este respecto mediante la realización de una encuesta a los adolescentes de 11-14 años³¹. Sin embargo, estas recomendaciones no se han aplicado en los programas de salud existentes hasta ahora.

Al realizar el estudio, nos pareció que 2 actividades de detección precoz sencillas y rentables podrían ser la valoración nutricional y la de la percepción de sí mismos o autoestima. La realización periódica de ambas actividades se recomienda en las guías actuales de trabajo de enfermería³².

Los resultados obtenidos nos indican que investigamos poco la autoestima de los pacientes y sólo moderadamente sus hábitos nutricionales. Es evidente que debemos incrementar la práctica de estas 2 actividades, que además de descartar un TCA nos facilitarán información sobre otros aspectos importantes para valorar a los adolescentes.

Respecto al perfil de nuestras pacientes afectadas de TCA, se ajusta al descrito en la bibliografía y se trata en su totalidad de mujeres jóvenes. Es positivo el hecho de que la mayoría de los diagnósticos se hayan realizado en nuestra consulta, pero la escasa proporción de casos diagnosticados por signos físicos o ante datos de la anamnesis nos indica que debemos mejorar nuestra formación. La mayoría de los autores llega a esta misma conclusión^{33,34}.

En cuanto al tratamiento de las pacientes, aunque la mayoría de ellas se sigue en la unidad de salud mental, acuden regularmente a la consulta de AP para control por parte de su médico o enfermera. Esto es bueno, pero debemos asegurarnos que aprovechamos bien estas visitas, no sólo para facilitar apoyo, sino para descartar complicaciones y posibles patologías sobreañadidas, caso de depresión, ansiedad o consumo de tóxicos o alcohol³⁵.

El hecho de que el IMC sólo se recogiera al inicio del trastorno en un 60% de las historias es otro aspecto a mejorar, ya que es fundamental su realización en el momento del diagnóstico. Igualmente, otra área de mejora es la escasa presencia de informes de salud mental en las historias de las pacientes, dada la importancia de una atención integrada en este tipo de procesos.

El hecho de haber trabajado con el total de la población en el caso de las pacientes con TCA nos da la ventaja de que esta fase de nuestro trabajo tiene una gran validez interna. Para evaluar su validez externa se necesitan más estudios de diseño similar y sobre poblaciones distintas y de mayor tamaño.

En la segunda parte del estudio, diseñada para evaluar si se realizan actividades de detección precoz, la muestra se ha calculado para una precisión moderada. Dado que nuestro objetivo era la detección de áreas de mejora, ésta nos pareció suficiente.

Para averiguar si nuestra práctica clínica en los casos de TCA se ajusta a la considerada como de buena calidad, intentamos construir unas variables que contemplaran todos los aspectos relacionados con la calidad científico-técnica,

Lo conocido sobre el tema

- Los trastornos del comportamiento alimentario constituyen actualmente un importante problema sanitario, cultural, social y económico.
- Las actuaciones encaminadas a prevención, detección y tratamiento desde la atención primaria son variadas y no están estandarizadas.
- Una atención de calidad implica necesariamente una búsqueda de oportunidades de mejora en este sentido, que empieza por los propios integrantes del equipo de atención primaria.

Qué aporta este estudio

- Es necesario aprovechar la situación privilegiada de la atención primaria para prevenir, detectar y colaborar adecuadamente en el tratamiento de estos enfermos.
- Hemos identificado una serie de aspectos mejorables en nuestro equipo, como son algunas cuestiones del tratamiento de los pacientes y el aumento de actividades de detección precoz.

basándonos para ello en programas ya existentes. Decidimos añadir a estos indicadores uno que evaluara el seguimiento de las enfermas desde el punto de vista de las visitas programadas aunque no constase en la bibliografía, dado que podía darnos idea del interés del equipo por las enfermas y también de la aceptación de éstas de la atención que se le brinda. Las modificaciones introducidas (fundamentalmente las relativas a la periodicidad de la realización de algunas actividades) se deben a la búsqueda de consenso con todos los profesionales, ante la idea de poner en marcha posteriormente un programa de mejora de calidad.

Habría sido necesario introducir alguna variable que nos indicara la satisfacción de las pacientes, pero al plantear el estudio como el primer paso de un ciclo de mejora creímos mejor aplazar este aspecto para trabajos o evaluaciones posteriores.

Con la información obtenida en este trabajo hemos puesto en marcha un programa de mejora de calidad en la atención a los pacientes con TCA, basándonos en las pautas establecidas por el citado protocolo del Ministerio de Sanidad y Consumo³¹ y en el interesante artículo publicado por Candela et al³⁶.

Bibliografía

1. Instituto Nacional de la Salud. Trastornos del comportamiento alimentario. Criterios de ordenación de recursos y actividades. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, Subdirección General de Atención Especializada, 2000.
2. American Psychiatric Association. Practice guideline for eating disorders. Am J Psychiatry 1993;150:212-28.
3. Woodside DB. A review of anorexia nervosa and bulimia nervosa. Current Problems in Pediatrics 1995;25(2):67-87.
4. Lucas AR, Beend CM, O'Fallen WM, Kurland LT. 50 year trends in incidence of anorexia nervosa in Rochester, Minn. A population-base estudy. Am J Psitriachy 1191;148:917-22.
5. Kendler KS, Mac Lean C, Neale M, Kessler R, Helath A, Eaves L. The genetic epidemiology of bulimia nervosa. An J Psychiatry 1991;148:1627-37.
6. Morandé G, Celada J, Casas J. Prevalence of eating disorders in a Spanish school-age poulation. J Adol Health 1999;24(3):212-9.
7. Moraleda Barba S, González Alonso N, Casado Viñas JM, Carmona de la Morena J, Gómez-Calcerrada R, Aguilera Sánchez M, et al. Trastornos del comportamiento alimentario en una población de estudiantes de enseñanza media. Aten Primaria 2001;28(7):463-7.
8. Liposcomb PA. Bulimia: diagnosis and management in the primary care setting. J Fam Pract 1987;24(2):187-94.
9. American Psychiatric Association. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Barcelona: Masson, 1995.
10. Martínez Martínez A, Menéndez Martínez D, Sánchez Trapiego MJ, Seoane Vicente M, Suárez Gil P. Anorexic behavior in a population of high-school students of a health area. Aten Primaria 2000;25(5):313-9.
11. Pérez-Gaspar M, Gual P, De Irala-Estévez J, Martínez González MA, Lahortiga F, Cervera S. Prevalencia de trastornos del comportamiento alimentario en una muestra de mujeres adolescentes de Navarra. Med Clin (Barc) 2000;114(13):481-6.
12. Escuela de las Ciencias de la Salud, Salud Pública, Cádiz. Unhealthy eating behaviour in adolescents. Eur J Epidemiol 1999;7:643-8.
13. Foster DW. Anorexia nerviosa y bulimia nerviosa. En: Fauci AS, Braunwald E, Iselbacher K, Wilson JD, Martin JB, Kasper D L, et al, editores. Harrison, principios de medicina interna. 14.a ed. Madrid: McGraw-Hill-Interamericana, 1998; p. 525-8.
14. Lorenzo Bragado MJ, Pendás Campos A, Rey Sánchez F, Pérez Urdániz A, Hidalgo Rodrigo MI. Trastornos psiquiátricos de la infancia y la adolescencia. En: Hidalgo Rodrigo I, Díaz González RJ, editores. Manual de psiquiatría para el médico de atención primaria. 2.a ed. Madrid: Gráficas Letra, 1996; p. 193-223.
15. Bras Marquillas J, Masvidal Aliberch RM, Trias Folch E. Problemas de salud en la infancia y la adolescencia. En: Martín Zurró A, Cano Pérez JF, editores. Atención primaria. Conceptos, organización y práctica clínica. 4.a ed. Barcelona: Harcourt Brace, 1999; p. 1556-94.
16. Maldonado R, Llauger MA. Adolescencia y trastornos de la alimentación. FMC 1995;2(2):59-60.
17. Toro J. Trastornos del comportamiento alimentario. FMC 2003;10(Supl 4):13-6.
18. Área 8 de Atención Primaria, Madrid, INSALUD. Protocolo de los trastornos de la conducta alimentaria. Madrid: INSALUD, 1999.
19. INSALUD. Protocolo de los trastornos del comportamiento alimentario. Madrid: INSALUD, 1995.
20. Valtueña Martínez S, Arija Val V, Salas-Salvadó J. Estado actual de los métodos de evaluación de la composición corporal: descripción, reproductibilidad, precisión, ámbitos de aplicación, seguridad, coste y perspectivas de futuro. Med Clin (Barc) 1996;106:624-35.
21. Gordon M. Diagnóstico enfermero-Proceso y aplicación. Madrid: Mosby-Doyma Libros, 1988.
22. Toro J. Anorexia y bulimia nerviosa. FMC 1995;2(2):68-80.
23. Toro J, Castro J, García M, Pérez P, Cuesta L. Eating attitudes, sociodemographic factors and body shape evaluation in adolescence. Br J Med Psychol 1989;62:61-70.
24. Ruiz PJ, Ruiz PM. Promoción de la salud del adolescente desde un centro de salud. An Esp Pediatr 1998;49:329-30.
25. PAPPS. Actualización. Aten Primaria 2001;28:1-224.
26. INSALUD. Cartera de Servicios de Atención Primaria. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, Subdirección General de Atención Primaria, 1999.
27. INSALUD. Cartera de Servicios de Atención Primaria. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, Subdirección General de Atención Primaria, 2001.
28. Ruiz Lázaro PJ. Prevención primaria de los trastornos de la conducta alimentaria en la adolescencia: papel del profesional de atención primaria. Aten Primaria 2001;27:428-31.
29. Taracena del Pinal B. Caracteristics of the adolescent in spain. An Esp Pediatr 1991;35,46:63-9.
30. Díaz M, Rodríguez F, Martín C, Iruela MV. Factores de riesgo relacionados con trastornos de la conducta alimentaria en una comunidad de escolares. Aten Primaria 2003;32(7):403.
31. Ministerio de Sanidad y Consumo. Protocolo de atención a pacientes con trastornos del comportamiento alimentario (TCA) dirigido a médicos de atención primaria. Madrid: Subsecretaría de Sanidad y Consumo, 2000.
32. Área 7 Atención Primaria Madrid, INSALUD. Guía del trabajo enfermero. Madrid: INSALUD, 2000.
33. Bryant-Waugh RJ, Lask BD, Sahafra RL, Fosson AR. Do doctors recognise eating disorders in children? Achieves of disease in childhood 1992;67:103-5.
34. Tunbul S, Ward A, Treasure J, Jick H, Derby L. The demand for eating disorder care. An epidemiological study using the general database. Br J Psichiatri 1996;169:705-12.
35. Toro J, Nicolau R, Cervera M, Castro J, Blecu MJ, Zaragoza M, et al. A Clinical and phenomenological study of 185 Spanish adolescents with anorexia. Eur Child Adolesc Psychiatry 1995;(4) 3:165-74.
36. Gil MI, Candela JP, Cecilia M. Atención primaria y trastornos de la alimentación: ¿qué podemos hacer nosotros? Aten Primaria 2003;31(4):248-51.