



**Viernes 7 de febrero de 2014**

**Taller:**

**Signos de alerta en los trastornos de la conducta alimentaria en Atención Primaria. Del nacimiento a la adolescencia**

**Moderadora:**

**Margarita Sánchez Calderón**

Pediatra. CS Mejorada del Campo. Velilla de San Antonio, Madrid.  
Vocal de la AMPap.

**Ponentes/monitores:**

■ **Montserrat Graell Berna**

Psiquiatra. Unidad de Trastornos de Alimentación. Servicio de Psiquiatría y Psicología Infantil y Juvenil. Hospital Infantil Universitario Niño Jesús. Madrid. Presidenta de la Asociación Española para el Estudio de los Trastornos de Alimentación (AEETCA).

■ **Ángel Villaseñor Montarroso**

Psicólogo. Unidad de Trastornos de Alimentación. Servicio de Psiquiatría y Psicología Infantil y Juvenil. Hospital Infantil Universitario Niño Jesús. Madrid. Profesor Asociado. Facultad Psicología. Colegio Universitario Cardenal Cisneros. Universidad Complutense de Madrid.

**Textos disponibles en  
[www.aepap.org](http://www.aepap.org)**

**¿Cómo citar este artículo?**

Graell Berna M, Villaseñor Montarroso A. Signos de alerta en los trastornos de la conducta alimentaria en Atención Primaria. Del nacimiento a la adolescencia. En AEPap ed. Curso de Actualización Pediatría 2014. Madrid: Exlibris Ediciones; 2014. p. 429-36.



# Signos de alerta en los trastornos de la conducta alimentaria en Atención Primaria. Del nacimiento a la adolescencia

**Montserrat Graell Berna**

Psiquiatra. Unidad de Trastornos de Alimentación. Servicio de Psiquiatría y Psicología Infantil y Juvenil. Hospital Infantil Universitario Niño Jesús. Madrid.  
Presidenta de la Asociación Española para el Estudio de los Trastornos de Alimentación (AEETCA).  
[mogrbe@movistar.es](mailto:mogrbe@movistar.es) - [montserrat.graell@salud.madrid.org](mailto:montserrat.graell@salud.madrid.org)

**Ángel Villaseñor Montarroso**

Psicólogo. Unidad de Trastornos de Alimentación. Servicio de Psiquiatría y Psicología Infantil y Juvenil. Hospital Infantil Universitario Niño Jesús. Madrid.  
Profesor Asociado. Facultad Psicología. Colegio Universitario Cardenal Cisneros. Universidad Complutense de Madrid.  
[avillase@cim.es](mailto:avillase@cim.es) - [angel.villaseñor@salud.madrid.org](mailto:angel.villaseñor@salud.madrid.org)

## RESUMEN

Los trastornos del comportamiento alimentario (TCA) constituyen problemas de salud con importantes repercusiones en el desarrollo biológico, psicológico, social y familiar de los niños y adolescentes que los padecen. Los pediatras de Atención Primaria tienen una posición privilegiada en el sistema de salud para la detección e intervención precoz de estos trastornos.

Durante el desarrollo evolutivo de la ingesta aparecen los hitos más susceptibles de alterarse y convertirse en patología alimentaria a lo largo de la infancia y edad escolar. El diagnóstico clínico presenta gran heterogeneidad especialmente en edades por debajo de la adolescencia.

Los signos de alarma pueden constituir los pródromos o las fases iniciales del trastorno de alimentación. La mayoría son de naturaleza conductual y biológica. La observación de la conducta alimentaria por parte de la familia, maestros y profesores es determinante y debe ser atendida adecuadamente por los sanitarios.

Es recomendable que la actitud médica ante la sospecha de un trastorno de alimentación sea rápida y específica. La decisión terapéutica depende de criterios clínicos pero también de la disponibilidad de los recursos sanitarios. La protocolización de la intervención terapéutica ayuda a que ésta sea precoz y adecuada, que con toda seguridad mejora el pronóstico de estos trastornos.

## INTRODUCCION

Los trastornos del comportamiento alimentario (TCA) constituyen problemas de salud con importantes repercusiones en el desarrollo biológico, psicológico, social y familiar de los niños y adolescentes que los padecen.

La prevalencia e incidencia depende del tipo trastorno, de la edad, momento evolutivo y del género del niño o adolescente<sup>1</sup>.

En general los problemas en la alimentación son relativamente frecuentes en la edad infantil pero la mayoría no constituyen trastornos médico-psicológicos y pueden ser subsanados con recomendaciones educacionales a los padres. Sin embargo, se estima que entre el 6-25% de lactantes y niños pequeños y hasta el 35% de niños pequeños con enfermedades médicas pueden sufrir trastornos de alimentación con graves complicaciones médicas que afectan al desarrollo físico y psicológico, así como producir disfunción familiar<sup>2</sup>. En la edad escolar algunos niños con trastornos emocionales asocian síntomas alimentarios o digestivos y otros sufren trastornos alimentarios específicos, el 75% son niñas y el trastorno puede alterar profundamente el desarrollo pondo-estatural y puberal. En la adolescencia se incrementan dramáticamente la incidencia y prevalencia de los TCA, estimándose que 1 de cada 250 adolescentes mujeres pueden padecer algún tipo de TCA<sup>3</sup>.

Ante estos datos epidemiológicos y especialmente por la gravedad de la clínica y las complicaciones, es importante que los pediatras de Atención Primaria, desde su privilegiada posición de primera línea de atención sanitaria, puedan reconocer y diagnosticar de forma precoz los TCA y, de este modo, cambiar el curso clínico y pronóstico de estos trastornos.

## CONCEPTOS BÁSICOS

### Evolutiva de la ingesta

Desde que el niño nace, los padres focalizan los cuidados en su crecimiento y desarrollo atendiendo a su alimen-

tación y crecimiento. El niño debe recibir suficientes nutrientes de forma regular, sin ansiedad y de manera satisfactoria. La alimentación es el acto relacional por excelencia. La satisfacción mutua y el éxito en la tarea de alimentar y cuidar determinará la velocidad de crecimiento, el desarrollo psicomotor y el emocional. La relación entre niño y cuidador implica experiencias que involucran principalmente al cuerpo y, sobre todo, permite el desarrollo del vínculo<sup>4</sup>. Además de los factores metabólicos y cognitivos (estos de aparición posterior), la relación vincular expresada como ajuste emocional y corporal es una importante reguladora de la alimentación desde el nacimiento.

El cuerpo desde el principio se constituye como un vehículo de expresión del malestar psicológico, mucho antes que el lenguaje, a través de síntomas físicos como el dolor, prurito, vómitos, entre otros.

Para una mejor comprensión de los síndromes clínicos alimentarios que aparecen en niños y adolescentes realizaremos un breve repaso del desarrollo evolutivo de la conducta de alimentación, haciendo énfasis en los hitos que con más frecuencia pueden estar alterados en las presentaciones clínicas. El **primer año** se inicia con la lactancia; se define esta etapa por la relación de reciprocidad entre madre y niño; de forma inmediata se establece el estilo alimentario del niño: apetente, pasivo, irritable, voraz y la respuesta de la madre a la "oferta" temperamental del niño. Alrededor de los 6-8 meses se inicia la ingesta de alimentos sólidos (con cuchara) y el aprendizaje de las características organolépticas de los alimentos: texturas y nuevos sabores. Es una etapa esencial dado que pueden aparecer dificultades "al paso a alimentos sólidos" y constituir, como veremos más adelante, síndromes clínicos que en su máxima expresión es la anorexia nerviosa infantil. Durante todo el primer año de vida se continúa definiendo el patrón alimentario del niño. En esta etapa pueden aparecer síntomas de reflujo gastro-esofágico y vómitos persistentes que constituyen una consulta habitual en pediatría.

Durante el **segundo año** el niño desarrolla rituales en relación a la comida y manifiesta aún más claramente el interés y apetencia (o no) por la comida. Aparece el "no",

también hacia los nuevos alimentos (neofobia) que cede progresivamente hasta que entre los **3-5 años** el niño adquiere la suficiente autonomía para elegir algunos alimentos y, con ello, aparecen las preferencias alimentarias que deben ser reguladas por los cuidadores.

En la edad escolar (**6-13 años**) la autonomía en la conducta alimentaria es plena, acceden casi libremente a los alimentos disponibles. Pueden aparecer conductas desafiantes o retadoras que involucren la comida. En esta etapa escolar, se interioriza progresivamente la imagen del propio cuerpo en cuanto a estimación de tamaño y el valor social de la corporalidad, también la relación de la corporalidad con el alimento. Aparecen pensamientos acerca del efecto de los alimentos en el organismo que pueden derivarse en miedos o fobias definidas (ej. miedo a tragar; a engordar). Algunos pre-púberes presentarán incremento de la ingesta de alimentos o de evitación en relación a estados emocionales. También la creciente autonomía motora hará que puedan modificar la actividad física voluntariamente y aparezca ejercicio excesivo y en ocasiones compulsivo, a veces con intención de eliminar el efecto del alimento en el organismo. Es raro, aunque posible, la presencia de vómitos auto-provocados. Son posibles los vómitos de repetición y el dolor abdominal como manifestación de un malestar psicológico o emocional que no encuentra otra forma de expresión.

En la **adolescencia** la autonomía acerca de la alimentación es total. En nuestra sociedad con amplia disponibilidad de alimentos, el adolescente tiene una oferta que muchas veces no ha aprendido aún a modular. Según su endofenotipo biológico de regulación de la ingesta, sus características temperamentales (tendencia al perfeccionismo, impulsividad, necesidad de control, insatisfacción) y la calidad de interiorización de su imagen corporal, el adolescente regulará con más o menos eficacia su comportamiento alimentario. En esta etapa son muy relevantes los factores cognitivos y emocionales, así como los modelos familiares, del grupo de coetáneos y culturales en la sinergia entre alimentación y corporalidad.

## Diagnóstico de trastorno de alimentación

Una aproximación a la clasificación de los trastornos de alimentación de la infancia los divide en orgánicos, mixtos o psiquiátricos, según el predominio de los mecanismos etiopatogénicos subyacentes. En el trastorno de alimentación orgánico, la etiopatogenia es una enfermedad médica que debe ser abordada desde la perspectiva orgánica médica o quirúrgica. En los trastornos de alimentación mixtos puede demostrarse una enfermedad orgánica en su etiopatogenia o evolución aunque en el momento de la evaluación no justifica la clínica que presenta el niño por lo que es preciso reconocer factores psicopatológicos asociados. Los trastornos de alimentación psiquiátricos son aquellos en los que se descarta la causa orgánica o esta ya no explica directamente la clínica que presenta el niño. Pueden asociar o no trastornos vinculares.

Por sus características conductuales corresponden a niños que no comen lo suficiente o tienen escaso interés por la comida, niños que solo aceptan una dieta limitada por sus características sensoriales y niños que rechazan la comida en relación a una experiencia aversiva<sup>3</sup>.

Los síntomas cognitivos y emocionales de los trastornos de alimentación tienen diferente expresión según las progresivas capacidades de verbalización, interiorización, abstracción y expresión de los sentimientos y emociones.

En la Tabla I se recogen los diagnósticos según edad de aparición de los Trastornos de Alimentación<sup>5</sup>.

## SIGNOS DE ALERTA DE TRASTORNOS DE ALIMENTACIÓN

La presencia de algunos factores de riesgo, condiciones, síntomas y signos deben alertar sobre la aparición de un trastorno de alimentación. Son diferentes según la edad del niño por esa razón los presentamos evolutivamente.

### Edad infantil

Algunas condiciones o enfermedades perinatales pueden constituir factores de riesgo para padecer posteriores

**Tabla 1.** Diagnósticos de los trastornos de alimentación, según su edad de aparición

**Trastornos de la alimentación de inicio en la infancia**

- Trastorno de la ingesta evitativo/restrictivo (DSM-V):
  - Anorexia infantil
  - Trastorno de la regulación alimentaria
  - TCA del vínculo
  - Comedores selectivos
  - TCA post-traumático
  - TCA asociado a enfermedades orgánicas

**Trastornos de la alimentación pre-puberales/ de inicio temprano**

- Trastorno de la ingesta evitativo/restrictivo (DSM-V):
  - Comedores selectivos
  - Disfagia funcional
  - Rechazo emocional de comida
  - TA de inicio infantil
- Anorexia pre-puberal
- Bulimia nerviosa
- Trastorno por atracón

**Trastornos de la alimentación de inicio en la adolescencia**

- Anorexia nerviosa
- Bulimia nerviosa
- Trastornos de alimentación atípicos
- Trastorno por atracón

TA: trastorno de alimentación; TCA: trastorno de la conducta alimentaria.

alteraciones de alimentación durante los primeros años de vida. Las más relevantes son las siguientes:

(1) niños con crecimiento intrauterino retardado, (2) prematuridad y (3) bajo peso al nacer para su edad gestacional.

También algunas enfermedades neurológicas, oro-faríngeas y digestivas y los tratamientos realizados (ej.: alimentación artificial) pueden dificultar la mecánica de la ingesta y producir serias dificultades para alimentar al niño, e incluso producir fallo de medro en los primeros días o semanas. Estos niños que padecen estas enfermedades deben ser seguidos también en el área de la alimentación.

El signo de alerta principal en la edad infantil es la *no progresión adecuada del desarrollo pondero-estatural*.

Es habitual que la dificultad alimentaria se acompañe de alteración de la regulación de los ritmos circadianos de

sueño-vigilia. Estos niños pueden presentar trastornos del sueño acompañando las dificultades en la alimentación, que pueden prolongarse durante años<sup>6,7</sup>.

Como señalamos anteriormente la neofobia alimentaria puede considerarse evolutiva. La *persistencia de la comida selectiva* por neofobia alimentaria es un signo de alerta de posible trastorno de alimentación en la infancia.

La presencia de *dificultades vinculares* con asincronía entre el cuidador y el niño, producida bien por insensibilidad (niños institucionalizados) o enfermedad del cuidador (ej. depresión post-parto, trastornos de la personalidad, adicciones) o bien por dificultades de la oferta vincular del niño con características temperamentales, como irritabilidad o pasividad excesiva, pueden impedir, entre otras graves alteraciones conductuales y emocionales, la alimentación adecuada<sup>8</sup>.

La evaluación psicológica de estos niños será necesaria cuando se establezcan desnutrición (<P3) o carencias nutricionales específicas acompañadas de patrón alimentario inadecuado (horario, cantidad, frecuencia, forma de comer) y se presenten dificultades manifiestas en la familia para alimentar al niño. Es posible que esté también comprometido el desarrollo motor, emocional o social. Del mismo modo, se recomienda la evaluación para tratamiento por salud mental cuando existen aversiones sensoriales graves que alteran el patrón alimentario y provocan (o provocarán) dificultades de desarrollo.

## Edad escolar

Durante esta etapa el niño accede progresivamente al reconocimiento de la corporalidad y a saber el efecto de la comida en su organismo. Aún no tiene la capacidad de abstracción y regulación emocional que le permita la expresión verbal plena de la sintomatología cognitiva propia de los trastornos de alimentación; la mayoría de síntomas y signos de los trastornos de alimentación a estas edades son conductuales y físicos. Destaca la rapidez con que aparece y se desarrolla el trastorno de alimentación en esta edad, que a veces desborda la capacidad de respuesta de la familia y los sanitarios.

Para una mejor comprensión dividimos los signos de alerta de los trastornos de alimentación en esta edad en conductuales, físicos, preocupaciones, emocionales y familiares.

Algunos cambios en la conducta alimentaria son considerados signos de alarma específicos de la aparición de un trastorno de alimentación, sobre todo si aparecen de nuevo o aumentan mucho en intensidad y en corto tiempo. Comportamientos tales como evitar comer algunos alimentos o texturas, acumular comida en la boca o evitar tragarla, deben ser corregidas para evitar que progresen a un hábito alimentario patológico. Cuando el escolar intenta saltarse algunas comidas, esconde o tira alimentos, come en secreto, es probable que se encuentre en los pródomos o incluso en los primeros estadios del trastorno de alimentación.

La presencia de algunos síntomas físicos inespecíficos, junto a los cambios de conducta alimentaria, constituyen motivos de consulta frecuentes en pediatría. El más frecuente es el dolor abdominal difuso post-prandial, pero a veces continuo que puede acompañarse de dificultad o dolor al tragar. La inapetencia, la sensación de plenitud gástrica y el estreñimiento son síntomas físicos del cuadro clínico alimentario ya establecido.

El signo de alarma más específico es la *detención de la curva de peso y altura y del desarrollo puberal*. Si la clínica se desarrolla, se observará una rápida pérdida de peso, ante la que debe actuarse de forma urgente por parte de la familia y los profesionales sanitarios<sup>4</sup>.

Algunos niños *aumentan la actividad física* después de comer o por la noche con la intención de gastar las calorías que han ingerido.

*Cambios del estado de ánimo* como la irritabilidad, aumento de las rabietas, de las crisis de llanto, tozudez, pasividad o actitud omnipotente o tiránica son signos de dificultad psicológica del niño en edad escolar, pudiendo aparecer antes que los cambios en la conducta alimentaria. Pueden incrementarse diversos miedos (a la oscuridad, a dormir solo, a la enfermedad) y reaparecer la ansiedad de sepa-

ración, manifestada como preocupación por la seguridad o salud de sus padres.

El niño de edad escolar puede verbalizar preocupaciones por el peso y la figura corporal, aunque no es tan habitual como en la adolescencia.

En cuanto al funcionamiento familiar, es muy orientativo considerar la información familiar acerca de las dificultades para alimentar al niño y la reacción de los padres a la conducta alimentaria inadecuada.

La tendencia al aislamiento se considera un signo de alerta al aparecer junto con los otros signos conductuales y emocionales referidos arriba.

## Adolescencia

Los trastornos de alimentación son más frecuentes en la adolescencia que en cualquier otra época de la vida. La anorexia y la bulimia nerviosa se inician con frecuencia durante la adolescencia. El diagnóstico y tratamiento precoz pueden mejorar dramáticamente el curso clínico y el pronóstico de estos trastornos, por lo que es esencial conocer los síntomas que constituyen los pródomos y fases muy iniciales de estas enfermedades.

Los patrones alterados de alimentación, en especial saltarse comidas, ayuno de 12-24 horas y presencia de vómitos auto-provocados son los signos de alarma con menos falsos positivos<sup>9</sup>.

La alerta debe emitirse cuando existe una pérdida de peso no justificable aunque sea inmediatamente después de una enfermedad física (ej. mononucleosis infecciosa) o cuando hay vómitos sin aparente causa orgánica.

El incremento o aparición de interés por la actividad física junto al cambio de patrón alimentario debe hacer sospechar un trastorno de alimentación en el adolescente.

La mayoría de adolescentes muestran preocupación por su peso e imagen corporal y hasta un 50% pueden ma-

nifestar insatisfacción corporal<sup>10</sup>. Por esta razón, los cambios en la preocupación por la comida, el peso y la figura corporal son pródomos de los trastornos de alimentación, pero pueden tener falsos positivos. Estos síntomas se consideran de alarma si han cambiado en intensidad y frecuencia y si se acompañan de cambios en el patrón alimentario y en el peso.

Al principio del trastorno los adolescentes, aún sin haber cambiado su patrón alimentario ni el peso, muestran su preocupación por el contenido calórico de los alimentos y las dietas. Algunos consultan al pediatra o nutricionista para que les prescriba dietas hipocalóricas sin precisarlas según su peso. También en estas fases prodrómicas se objetivan cambios de estado de ánimo con intensa irritabilidad, inestabilidad emocional o tristeza y tendencia al aislamiento social.

No es raro que meses antes de la pérdida de peso, la adolescente muestre rechazo a socializarse con sus coetáneos por pérdida de interés, sentirse diferente o rechazada. Muchas veces establece relaciones de competencia y comparación exagerada con los compañeros.

El tiempo dedicado al estudio puede incrementarse a la vez que se incrementa la preocupación por el peso y la comida.

El principal signo de alarma es el *cambio de peso tanto pérdida progresiva como oscilaciones*. Si se incrementa y prolonga la pérdida de peso (y en aproximadamente un 8% de pacientes antes de que se produzca), se objetivará la *amenorrea secundaria*.

Es probable que el adolescente en una primera evaluación pediátrica no refiera abiertamente la restricción de alimentos que está llevando a cabo, pero sí los síntomas físicos que la acompañan, como estreñimiento, sensación de plenitud, pirosis y mareo, por lo que pueden constituir un síntoma guía para continuar el seguimiento del adolescente.

Los adolescentes diabéticos constituyen un grupo especial de riesgo para padecer trastornos de alimentación.

Existen algunos signos de alarma específicos de esta población como el curso clínico inestable de la diabetes con frecuentes hipo o hiperglucemias, frecuentes solicitudes de cambio de dieta o ejercicio excesivo y dificultades para acudir a las revisiones<sup>11</sup>.

En la adolescencia la alerta de la familia ante las conductas observadas es de gran valor para la evaluación y seguimiento.

Existen una serie de situaciones o condiciones que no descartan el trastorno de alimentación, sino al contrario pueden ser signos de alarma y ser recomendable el seguimiento por parte del pediatra. Una analítica de rutina con resultados normales en una adolescente que ha perdido peso o con estilo alimentario anómalo referido por la familia no descarta la posibilidad de que padezca un trastorno de alimentación y así debe ser expresado por el pediatra. La negación manifiesta y con gran intensidad emocional por parte del adolescente de los síntomas alimentarios (ej. vómito, ejercicio excesivo) referidos por la familia u otros informantes sugiere que las conductas son egosintónicas en el adolescente y por tanto con elevado riesgo de formar parte de un trastorno de alimentación. El interés creciente (casi compulsivo) por páginas web o redes sociales de dietas, imagen corporal, trastornos de alimentación es un signo de alarma para trastornos de alimentación en una adolescente.

Existen algunos cuestionarios para la detección precoz de trastornos de alimentación en Atención Primaria a partir de los 15 años. El SCOFF es el más usado por su elevada sensibilidad (97.7%) y especificidad (94.4%)<sup>12</sup>. La EHA (Encuesta de hábitos alimentarios) elaborada en población española ha demostrado también su eficacia en detección en Atención Primaria<sup>13</sup>.

### **ACTITUD A SEGUIR ANTE LA SOSPECHA DE UN TRASTORNO DE ALIMENTACIÓN EN LA EDAD ESCOLAR Y ADOLESCENCIA**

Ante la sospecha de que un niño o adolescente presente síntomas prodrómicos o iniciales de un trastorno de alimentación deben realizarse las siguientes actuaciones:

1. *Monitorización del peso* dos veces por semana durante al menos un mes para conocer la evolución del trastorno.
2. *Obtener la historia del hábito alimentario* a través de un registro de comidas solicitado al niño o adolescente y a los padres por separado. Algunos cuestionarios de Observación de Conducta Alimentaria referida por los padres pueden ser de utilidad.
3. *Evaluación médica inicial* para establecer el diagnóstico, la gravedad de los síntomas y el estado nutricional del adolescente. Se realiza la exploración física por aparatos, peso, talla y constantes además de analítica general, electrocardiograma y otras exploraciones complementarias según los hallazgos de la exploración física. La exploración ORL es relevante en los casos de dificultades para tragar.
4. *Evaluación psicosocial inicial* con la exploración de los síntomas cognitivos y emocionales. También la valoración de los factores sociales, escolares y familiares.

Ante un niño o adolescente con trastorno de alimentación establecido, el pediatra debe decidir el contexto en el que se desarrollará el tratamiento: pediatra de Atención Primaria, salud mental, unidad de trastorno de alimentación. Los criterios de decisión son clínicos –respecto a la gravedad médica y presencia de psicopatología específica y comórbida–, y en los casos leves o moderados se valorarán las posibilidades de tratamiento en pediatría de Atención Primaria.

## CONCLUSIONES

- Los pediatras de Atención Primaria tienen una posición privilegiada en el sistema de salud para la detección precoz de los trastornos de alimentación en niños y adolescentes.
- Existen signos y síntomas de alarma en cada etapa evolutiva cuyo conocimiento facilita el diagnóstico e intervención precoz.

- Recomendamos la protocolización de la actitud a seguir ante la sospecha de trastorno de alimentación en pediatría de Atención Primaria.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Nicholls D, Lynn R, Viner RM. Childhood eating disorders: British national surveillance study. *Br J Psychiatry*. 2011;198(4):295-301.
2. Almenara C. Trastornos de la alimentación en la infancia: una revisión. *Persona*. 2005;8:187-201.
3. Lask B, Bryant-Waugh R, eds. *Anorexia nervosa and related eating disorders in childhood and adolescence*. 3rd ed. London: Brunner-Routledge; 2007.
4. Graell M, Villaseñor A, Morandé G. Clínica y evaluación de los trastornos de alimentación de la edad prepuberal. En: Morandé G, Graell M, Blanco MA (eds.). *Trastornos del comportamiento alimentario y obesidad*. Ed. Panamericana. En prensa 2014.
5. American Psychiatric Association. *DSM-5 Development*. [Fecha de acceso 23 dic 2013]. Disponible en [www.dsm5.org](http://www.dsm5.org)
6. Iwaniec D. *Children who fail to thrive: a practice guide*. 1st ed. Chichester: John Wiley & Sons; 2004.
7. Otsberg M, Hagelin E. Feeding and sleeping problems in infancy--a follow-up at early school age. *Child Care Health Dev*. 2011;37:11-25.
8. Chatoor I, Ganiban J, Hirsch R, Borman-Spurell E, Mrazek D. Maternal characteristics and toddler temperament in infantile anorexia. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2000;39(6):743-51.
9. González-Juárez C, Pérez-Pérez E, Martín B, Mitja I, Roy R, Vázquez de la Torre P. Detección de adolescentes en riesgo de presentar trastornos de la alimentación. *Aten Primaria*. 2007;39(4):189-94.
10. Jhonson F, Wardle J. Dietary restraint, body dissatisfaction and psychological distress: a prospective analysis. *J. Abnorm Psychol*. 2005;114(1):119-25.

11. Muñoz MT, Argente J. Diabetes mellitus tipo I y trastornos de la conducta alimentaria. En: Morandé G, Graell M, Blanco MA (eds.). Trastornos del comportamiento alimentario y obesidad. Ed. Panamericana. En prensa 2014.
12. 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.
13. Blanco A. Epidemiología de los trastornos alimentarios. Diferencias individuales y perfiles de riesgo en población universitaria. Diseño de una prueba diagnóstica [tesis doctoral inédita]. Madrid: Universidad Autónoma de Madrid; 2007.