

salud pública

Guía para el
manejo en atención primaria
de los **trastornos** de la
conducta alimentaria



Guía para el
manejo en atención primaria
de los **trastornos** de la
conducta alimentaria



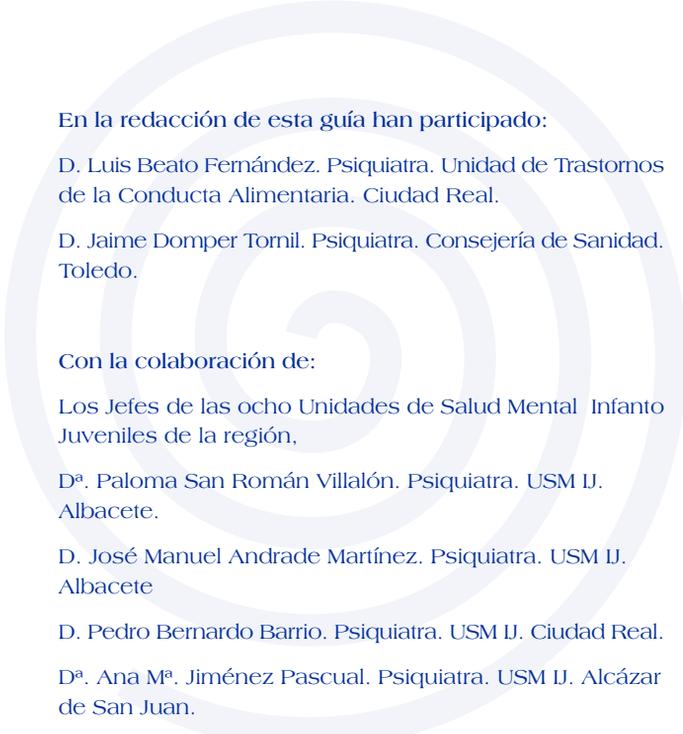
Guía para el
manejo en atención primaria
de los **trastornos** de la
conducta alimentaria



EDITA: Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha.
Consejería de Sanidad.

PREPARACIÓN ELECTRÓNICA: Artes Gráficas San Miguel, S.A.

DEPÓSITO LEGAL: AB-43-2001



En la redacción de esta guía han participado:

D. Luis Beato Fernández. Psiquiatra. Unidad de Trastornos de la Conducta Alimentaria. Ciudad Real.

D. Jaime Domper Tornil. Psiquiatra. Consejería de Sanidad. Toledo.

Con la colaboración de:

Los Jefes de las ocho Unidades de Salud Mental Infanto Juveniles de la región,

D^a. Paloma San Román Villalón. Psiquiatra. USM IJ. Albacete.

D. José Manuel Andrade Martínez. Psiquiatra. USM IJ. Albacete

D. Pedro Bernardo Barrio. Psiquiatra. USM IJ. Ciudad Real.

D^a. Ana M^a. Jiménez Pascual. Psiquiatra. USM IJ. Alcázar de San Juan.

D. Tomás Alcaina Prosper. Psiquiatra. USM IJ. Cuenca.

D^a. Amparo Rubio Clemente. Psiquiatra. USM IJ. Guadalajara.

D^a. Dolores M^a. Moreno Pardillo. Psiquiatra. USM IJ. Toledo.

D^a. Georgina Guerrero Becerra. Psiquiatra. USM IJ. Talavera de la Reina.

y de los profesionales del Servicio de Psiquiatría del Hospital Provincial de Toledo.

PRÓLOGO

El documento que aquí presentamos es el resultado de un trabajo de síntesis realizado por un grupo de profesionales del campo de la salud mental a través del cual se nos brinda la oportunidad de disponer de unas pautas y unos conocimientos sencillos para el manejo de pacientes con trastornos del comportamiento alimentario en el nivel de la atención primaria de salud. Es, por tanto, una guía de indudable valor que espero sea de utilidad en el ejercicio de la práctica diaria.

Los trastornos del comportamiento alimentario representan en la actualidad una de las primeras causas de patología psiquiátrica en los adolescentes, constituyendo un problema de envergadura para la salud pública con gran impacto a nivel social. Es importante tener en consideración la carga que esta enfermedad supone tanto para el individuo afectado como para sus familias y entorno más cercano, ya que ocasiona graves consecuencias en el plano físico y psíquico, suele tener un curso clínico prolongado, tendencia a la cronicación cuando no se trata de forma precoz y requiere tratamiento especializado tanto ambulatorio como mediante ingreso hospitalario. A estos factores hay que sumar la necesidad de consenso en el abordaje integral de estos trastornos y del conocimiento de pautas de manejo ante los pacientes con esta patología.

Con esta guía, desde la Consejería de Sanidad de Castilla-La Mancha, queremos impulsar y potenciar actuaciones encaminadas a prevenir y tratar los trastornos del comportamiento alimentario mediante la puesta en marcha de estrategias destinadas a la adopción por parte de la población de hábitos de alimentación saludables y a la formación de los profesionales de atención primaria en el diagnóstico y manejo de los pacientes.

Estoy seguro de que entre todos contribuiremos a abordar este serio problema de salud. Por ello, ponemos a su disposición esta guía que les ayudará a resolver dudas y a dar respuestas a muchas situaciones que pueden encontrar en la consulta durante la práctica diaria.

Fernando Lamata Cotanda
Consejero de Sanidad.

ÍNDICE

	Página
¿Qué son los Trastornos de la Conducta Alimentaria?	11
¿Qué es la anorexia nerviosa?	12
¿Qué es la bulimia nerviosa?.....	13
¿Qué son los trastornos de la conducta alimentaria atípicos?	14
¿Cuántos casos existen en la población y qué pronóstico presentan? .	15
¿Cómo puede presentarse un trastorno de la conducta alimentaria? ...	16
¿Cuándo debo preocuparme si alguien empieza a perder peso? ...	17
¿Qué debo preguntar ante la sospecha de este trastorno?	18
¿Qué debo explorar ante la sospecha de este trastorno?	19
¿Qué exploraciones debo determinar o solicitar? y, ¿Qué resultados puedo encontrar?	20
¿Cuál debe ser mi actitud ante el paciente y la familia?	21
Pautas para la derivación a la Unidad de Salud Mental.....	22
Algunas circunstancias especiales	23
Recordatorio	24
Anexo I. Pautas terapéuticas en pacientes con Anorexia Nerviosa....	27
Anexo II. Pautas terapéuticas en pacientes con Bulimia Nerviosa	28
Directorio de dispositivos de referencia.....	29

¿QUÉ SON LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA?

Son un grupo de trastornos caracterizados por alteraciones del pensamiento y la conducta en relación con la comida y el peso.

Estas alteraciones afectan fundamentalmente a la población joven y más del 90% de los casos se observan en mujeres.

Los sistemas de clasificación internacionales los dividen en:

- 1-. Anorexia nerviosa.
- 2-. Bulimia nerviosa
- 3-. Otros trastornos de la conducta alimentaria que no reúnen todos los criterios de inclusión de los anteriores grupos.

Estos trastornos se pueden considerar como una línea que va desde la preocupación normal por el peso y el aspecto físico, al desarrollo total del trastorno, con grave peligro para la vida y alteraciones en todas las áreas del individuo (relaciones interpersonales, pensamiento, ánimo, funciones fisiológicas, actividad académica o profesional, etc.).

La característica psicológica más frecuente en estos pacientes es su baja autoestima.

El factor precipitante común en estos trastornos es el inicio de una dieta.

¿QUÉ ES LA ANOREXIA NERVIOSA?

Se considera la anorexia nerviosa como una alteración del comportamiento alimentario que tiene todas las características siguientes:

- 1-. Peso más bajo del esperable para su edad y talla, generalmente un Índice de Masa Corporal (IMC) menor de 17,5 (peso en Kg./altura en metros²).
- 2-. Esta pérdida de peso, o la falta de ganancia ponderal propia del periodo de crecimiento, está originada por el propio enfermo. Esta pérdida de peso no está justificada por ninguna alteración física y generalmente se consigue a través de conductas voluntarias tales como dietas restrictivas o hipocalóricas, vómitos tras ingesta, laxantes, diuréticos, ejercicio excesivo u otros métodos con este fin.
- 3-. Alteración en la percepción de la imagen corporal y actitudes anormales ante la comida y el peso. La alteración en la percepción de la propia imagen corporal a veces es negada por la paciente.
- 4-. Amenorrea en mujeres, o falta de interés sexual en varones. En pacientes prepúberes existe una falta de desarrollo de los caracteres sexuales secundarios.

¿QUÉ ES LA BULIMIA NERVIOSA?

En la bulimia nerviosa se presenta la misma preocupación por el peso y la figura corporal que en la anorexia nerviosa, pero no hay una pérdida de peso tan grave que comprometa su estado físico.

Deben estar presentes todas las características siguientes:

- 1-. Episodios de atracones de comida con sensación de pérdida de control.
- 2-. Deseo de delgadez y preocupación con la dieta y el peso.
- 3-. Maniobras compensadoras posteriores orientadas a prevenir la ganancia de peso secundaria a la ingesta, tales como vómitos, laxantes, diuréticos o ejercicio.

¿QUÉ SON LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA ATÍPICOS?

Acudimos a esta categoría cuando no se cumple alguno de los criterios que exige el cuadro completo.

En este apartado con frecuencia se incluyen cuadros de menor gravedad o, en otros casos, desarrollos iniciales del trastorno.

¿CUÁNTOS CASOS EXISTEN EN MI POBLACIÓN Y QUÉ PRONÓSTICO PRESENTAN?

Hoy en día se acepta que la anorexia nerviosa afecta al 1% de población adolescente.

En el caso de la bulimia la proporción se duplica afectando a más del 2% de la población adolescente.

Los casos de formas parciales o incompletas pueden afectar hasta al 5% de esta población.

El pronóstico depende de diversos factores siendo uno de los más importantes la detección precoz y la posibilidad de un tratamiento adecuado.

El tiempo normal de evolución en pacientes en tratamiento es de unos 4 años.

En seguimientos a largo plazo - 20 años -, la mortalidad de la anorexia nerviosa llega a ser del 18% por causas directamente relacionadas con la enfermedad y un tanto por ciento más elevado (30-35%) llegan a la cronicación. En menos del 50% hay resolución completa del cuadro una vez diagnosticado.

Para la bulimia se acepta una valoración pronóstica ligeramente mejor en lo que se refiere a mortalidad pero las tasas de cronicidad llegan al 50% .

¿CÓMO PUEDE PRESENTARSE UN TRASTORNO DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA?

Estos trastornos se pueden presentar de diferentes formas y con frecuencia es algún familiar quien toma la iniciativa de demandar consulta.

Alteraciones físicas:

- 1- Pérdida de peso.
- 2- Amenorrea.
- 3- Astenia
- 4- Otras complicaciones físicas (ver pag. 18)

Alteraciones psicológicas:

- 1- Bajo ánimo.
- 2- Ansiedad/Irritabilidad.
- 3- Obsesiones, principalmente con la comida y el peso.

Alteraciones en sus relaciones y conducta:

- 1-. Disminución en sus relaciones sociales y actividades de ocio.
- 2-. Problemas en su interacción familiar o social, sobre todo en situaciones relacionadas con la comida.
- 3-. Posibles alteraciones de conducta (robo de alimentos, gastos excesivos en comida).
- 4-. Hiperactividad, con aumento del tiempo dedicado a sus actividades curriculares en las primeras fases del trastorno aunque posteriormente suele aparecer fracaso académico.

¿CUÁNDO DEBO PREOCUPARME SI ALGUIEN EMPIEZA A PERDER PESO?

Para la valoración de la pérdida de peso se utiliza el Índice de Masa Corporal (IMC). Este resulta de dividir el peso en Kilogramos por la altura en metros al cuadrado:

$$\text{IMC} = \text{peso en Kgrs.} / (\text{altura en metros})^2$$

El rango normal del IMC oscila entre 20 y 25.

Se considera que reúne el primer criterio para el diagnóstico de Anorexia nerviosa cuando este índice es menor de 17,5.

En preadolescentes el cálculo del IMC es menos útil, aceptando como criterio diagnóstico un peso inferior al 85% del esperable.

Cifras ponderales inferiores acrecientan el riesgo de complicaciones orgánicas y su manejo puede requerir ingreso hospitalario para la reposición ponderal y el control de las conductas alteradas.

Otros criterios de gravedad son:

- * La pérdida de peso rápida (mayor del 20% en 6 meses).
- * El ambiente familiar muy desestructurado (nadie se responsabiliza adecuadamente de la dieta)
- * La existencia de psicopatología grave asociada (depresión, riesgo de suicidio, vómitos incoercibles).

En estos casos consideramos que es prioritaria la valoración en un Servicio de Salud Mental.

¿QUÉ DEBO PREGUNTAR ANTE LA SOSPECHA DE ESTE TRASTORNO?

1- Conducta alimentaria

- * ¿Qué comes durante todo el día?
- * ¿Qué alimentos tomas sin preocupación y cuáles evitas?
- * ¿Has vomitado, usado laxantes, diuréticos, o aumentado tu ejercicio?
¿Desde cuándo y en que medida?
- * ¿Controlas excesivamente lo que comes? o ¿Has perdido en algún momento el control de tu ingesta?

2- Psicopatología

- * ¿Qué piensas de tu peso actual?, ¿Cuál considerarías tu peso ideal?,
¿Estás preocupada por tu figura?
- * ¿Cómo te sentirías si pesaras 'X' kg. ('X' sería el peso normal según el IMC de 20 a 25).
- * ¿Cuánto tiempo del día dedicas a pensar en el peso y en la comida?,
¿Te pesas con más frecuencia?
- * ¿Te obsesiona lo que has comido o lo que has de comer?
- * ¿Te sientes deprimida o culpable? ¿Piensas en la muerte?

3- Síntomas físicos y vegetativos

- * ¿Se ha modificado tu peso en las últimas semanas?
- * ¿Cuándo fue tu última regla?
- * ¿Has notado debilidad en tus músculos? ¿Te agotas al subir
escaleras, al peinarte o al cepillarte los dientes?
- * ¿Cómo duermes?
- * ¿Tienes mareos o sensación de desvanecimiento?
- * ¿Tienes mayor sensación de frío?, ¿Tienes estreñimiento?

¿QUÉ DEBO EXPLORAR ANTE LA SOSPECHA DE ESTE TRASTORNO?

Signos físicos y complicaciones:

- 1- Endocrinológicas (amenorrea).
- 2- Alteraciones cardiovasculares (palpitaciones, síncope, hipotensión, bradicardia).
- 3- Músculo-esquelética (miopatía, principalmente proximal –puede ser útil pedirle que se levante sin apoyo estando en cuclillas–, fracturas patológicas).
- 4- Renal (nicturia, cálculos renales, edema, deshidratación)
- 5- Piel y anejos (alopecia, lanugo, piel seca, acrocianosis, manos frías, callo en el dorso de la mano, Raynaud, señales de autolesiones, eritema pernio).
- 6- Metabólicas (hipoglucemia, alteraciones enzimas hepáticas, hipercolesterolemia, hipotermia, hipopotasemia, hipocloremia, hipomagnesemia)
- 7- Gastrointestinal (estreñimiento, retraso en el vaciamiento gástrico, distensión abdominal, erosión esmalte dental, hipertrofia parotídea, riesgo de hemorragia digestiva alta y baja)
- 8- Sistema Nervioso Central (dificultades en la concentración, alteraciones pensamiento abstracto, convulsiones, calambres).

¿QUÉ EXPLORACIONES DEBO DETERMINAR O SOLICITAR? Y ¿QUÉ RESULTADOS PUEDO ENCONTRAR?

Es importante señalar que en la mayoría de los pacientes los hallazgos están dentro de la normalidad.

Constantes.

Tensión arterial, temperatura, frecuencia cardiaca.

Bioquímica general.

- * Potasio (si $< 3,5$ mmol./l. sospechar vómitos o abuso de laxantes)
- * Alcalosis metabólica (sospechar vómitos)
- * Acidosis metabólica (sospechar el abuso de laxantes)

Hemograma.

- * Anemia (Hb. de 9 a 12g/100ml, generalmente normocítica y normocrómica)
- * Leucopenia (2-4 x 1.000/100 ml.)
- * Plaquetopenia (raro)
- * V.S.G. (normal)

Hormonales.

- * TSH, T3 libre (Descarta hipertiroidismo)

Electrocardiograma.

Alteraciones en el trazado secundarias a las modificaciones metabólicas e hidroelectrolíticas derivadas de la desnutrición y de las maniobras purgativas.

¿CUÁL DEBE SER MI ACTITUD ANTE EL PACIENTE Y LA FAMILIA?

Es importante comprender la angustia y la preocupación de los familiares y otorgarles un papel clave en la recuperación del paciente, necesario para establecer un abordaje integral de la patología.

No olvidar que la evolución de los trastornos suele ser de varios años y puede acompañarse de alternancias de fases de anorexia y de bulimia, con predominio sintomatológico de vómitos, o potomanía, o de acopio de alimentos, o de caprichos alimenticios, ...con gran angustia para los familiares que describen las fases como situaciones aisladas y separadas.

Mantener una actitud receptiva y contenedora, escuchando los temores de la familia. No culpabilizarles.

Al informar ser concisos pero claros, evitando tecnicismos. En ningún caso ser alarmistas, aunque hagamos constar explícitamente la complejidad para entender y abordar el cuadro. Resaltar lo positivo, obviando centrarnos exclusivamente en lo patológico, y no subrayando hipotéticos pronósticos inciertos.

Evitar plantear atenciones superespecializadas o lugares utópicos-idealizados para realizar el tratamiento. En caso de precisar ingreso hospitalario, éste no será una medida aislada y tendrá unos objetivos en el plan terapéutico diseñado por el especialista.

Evitar precipitaciones, y recordar que realizar evaluaciones conjuntas con profesionales de Salud Mental van a favorecer la convergencia de las intervenciones y la llegada de acuerdos, evitando los mensajes contradictorios.

PAUTAS PARA LA DERIVACIÓN A LA UNIDAD DE SALUD MENTAL

La derivación se efectuará ante la primera sospecha del cuadro, siendo recomendable:

Señalar que la derivación se encuadra en la complejidad del cuadro y en el componente psicológico.

Evitar decir que es un problema del paciente o que hay problemas en la familia.

Resaltar que derivar no es un alta o un abandono, sino que es un abordaje conjunto de la situación.

Señalar que la derivación es para estudio, evaluación y posible tratamiento, pero no hacer prescripciones terapéuticas especiales de tipo psicológico, cuya indicación corresponderá a los especialistas del Servicio de Salud Mental.

Aclarar que no es por locura y presentarlo como ayuda para todos.

Recordar que realizar interconsultas conjuntas periódicamente favorece la visión integral de la situación y de la intervención ante la familia y entre los diversos niveles asistenciales.

ALGUNAS CIRCUNSTANCIAS ESPECIALES

1- Medicación.

La medicación es poco eficaz en la anorexia nerviosa y los síntomas de ansiedad, insomnio o depresión asociados generalmente son reversibles con la ganancia ponderal.

Debe evitarse administrar estimulantes del apetito, insulina, hormona tiroidea, laxantes y diuréticos.

En la bulimia nerviosa generalmente está indicada la asociación de Inhibidores Selectivos de la Recaptación de Serotonina (ISRS). El tratamiento farmacológico tiene una efectividad del 20% en el control de los síntomas. Su eficacia se multiplica hasta el 60% al combinarlo con un tratamiento psicoterapéutico y el uso de manuales de autoayuda.

2- Ingreso urgente involuntario.

En pacientes muy graves tanto por complicaciones orgánicas como por el riesgo de autolesiones es prioritario salvar su vida. En estos casos es necesario su ingreso hospitalario donde se someta a control nutricional y valoración orgánica y se prevengan complicaciones derivadas de alteraciones conductuales.

3- Anorexia en pre-adolescentes.

Es prioritaria su derivación al especialista ya que hay que prevenir complicaciones irreversibles de la desnutrición.

4- Anorexia en varones.

La búsqueda de delgadez no es lo habitual sino el afán por el desarrollo muscular. El ejercicio físico suele ser exagerado.

RECORDATORIO

Revisados los criterios diagnósticos de los trastornos de la conducta alimentaria (págs. 12 a 14), y conociendo la creciente repercusión de los mismos (pág. 15), debemos pensar sistemáticamente en estos trastornos, prestando especial atención a demandas de dietas o peticiones de laxantes, presencia de síntomas gastrointestinales atípicos, y en general ante las condiciones referidas en la pág. 17.

Si en la anamnesis (pág. 18) evidenciamos la presencia de un comportamiento alimentario alterado (importante restricción en la ingesta, atracones, vómitos u otros métodos patológicos para controlar el peso) e intensa preocupación por la comida, el peso y/o la figura corporal, nos encontraremos ante un trastorno de la conducta alimentaria.

Despistada causalidad orgánica y valorada la repercusión somática del trastorno (págs 19 y 20), procederemos a su derivación al servicio especializado (v. Directorio, págs. 29 a 31) con la actitud recomendada (págs 21 y 22).

A título informativo se adjuntan en los anexos estrategias terapéuticas para la anorexia y bulimia nerviosas.

SECRETARÍA DE ECONOMÍA

Anexos y
Directorio de
Servicios
Especializados

ANEXO I. PAUTAS TERAPÉUTICAS EN PACIENTES CON ANOREXIA NERVIOSA

- 1-. Determinar la necesidad de ganancia ponderal.
 - * Calcular el IMC del paciente y fijar el peso mínimo sano.
 - * Pesar al paciente en cada consulta, éstas deben tener una frecuencia semanal. La ganancia de peso debe ser mantenida. Habitualmente el aporte calórico medio será de 2500 kcal./día.
 - * Registro diario de todo lo que ingiere (sólido o líquido) y de las conductas compensatorias (laxantes, vómitos)
 - * Dar pautas nutricionales, favoreciendo los hábitos que existen en la familia. Hasta que se controle la situación, las indicaciones dietéticas deben ser precisas, marcadas por el médico. Se iniciará dieta de 1500 kcal/día con un incremento calórico progresivo.

- 2-. Favorecer una relación terapéutica basada en la colaboración.
 - * Esforzarse en entender sus preocupaciones, intereses, problemas, relaciones, fracasos y expectativas.
 - * Educar al paciente acerca de las complicaciones físicas y psicológicas de la enfermedad.
 - * Lograr una aproximación a los intereses del paciente y la relación de éstos con su curación.

- 3-. Manejo familiar.
 - * Educar a la familia acerca de la enfermedad, ésta no es un capricho ni una obcecación del paciente.
 - * Implicar a la familia en las indicaciones terapéuticas prescritas en la consulta.

ANEXO II. PAUTAS TERAPÉUTICAS EN PACIENTES CON BULIMIA NERVIOSA

1-. Resaltar la necesidad de regular el patrón de ingesta.

- * Indicar al paciente una pauta alimentaria con cinco comidas al día, esto reduce la tendencia al atracón.
- * Poner metas graduales y enseñarles actividades alternativas que les permitan el retraso/supresión del atracón o minimicen las conductas purgativas tras la ingesta.
- * Informar de las complicaciones médicas de estas conductas.
- * Advertirle que cada conducta purgativa es la preparación para un nuevo atracón.

2-. Establecer una adecuada relación terapéutica.

- * Estimular al paciente para que asuma la solución de su problema.
- * Advertirle de la dificultad que tiene cambiar un hábito y establecer un patrón regular de ingesta (la recaída es parte del proceso de recuperación).
- * Apoyo en las dificultades que aparezcan en otras áreas de su vida o en sus relaciones.

3-. Desarrollo de estrategias específicas.

- * Monitorizar toda la ingesta y las conductas purgativas.
- * Análisis de situaciones, emociones y pensamientos que favorecen el atracón para evitarlas o compensarlas.
- * Favorecer actividades gratificantes.
- * Diseñar un plan de ingesta diario.
- * Identificar pensamientos sobrevalorados, miedos y formas de reacción ante la frustración o el estrés.

DIRECTORIO DE DISPOSITIVOS ESPECIALIZADOS

En nuestra región, las Unidades de Salud Mental Infanto-Juvenil (USM IJ) son el dispositivo ambulatorio especializado de referencia para la población de 0 a 17 años de edad. El resto de la población recibe atención ambulatoria especializada en las Unidades de Salud Mental (USM). Los ingresos se efectúan en las *Unidades de Hospitalización Breve (UHB)* o en los servicios de *Pediatría* o de *Medicina Interna* de los *Hospitales Generales (HG)*.

A continuación se listan las unidades de referencia en las diferentes áreas sanitarias:

ALBACETE

USM IJ (I)	Avda. Guardia Civil, 5 02005 ALBACETE	Tfno: 967 217911
USM IJ (II)	Hospital "Virgen Perpetuo Socorro" C/ Seminario, 4 • 02006 ALBACETE	Tfno: 967 597628 Tfno: 967 597799
USM	Centro de Atención a la Salud C/ Fco Javier de Moya s/n. • 02006 ALBACETE	Tfno: 967 597645
UHB y HG	Complejo Hospitalario de Albacete C/ Hnos Falcó 37 • 02006 ALBACETE	Tfno: 967 597 611 Tfno: 967 597 799 Tfno: 967 597 711 Fax: 967 243 952

CUENCA

USM IJ	C/ Fermín Caballero 16004 CUENCA	Tfno: 969 222 300 Tfno: 969 212 000
USM	H G Virgen de la Luz. Ctra. Tarancon-Teruel Km 81,7 • 16002 CUENCA	Tfno: 969 179 940 Fax: 969 230 407
	Residencia Sagrado Corazón de Jesús C/ Colón, 4 • 16071 CUENCA	Tfno: 969 229 903 Tfno: 969 224 211
UHB y HG	H G Virgen de la Luz. Ctra. Tarancon-Teruel Km 81,7 • 16002 CUENCA	Tfno: 969 179 940 Fax: 969 230 407

CIUDAD REAL

USM IJ	Htal. Ntra. Sra. del Carmen Ronda del Carmen, s/n. • 13002 CIUDAD REAL	Tfno: 926 229 840
USM	Htal. Ntra. Sra. del Carmen Ronda del Carmen, s/n. • 13002 CIUDAD REAL	Tfno: 926 225 000 Tfno: 926 225 150
	C/ Manuel León, s/n 13300 VALDEPENAS (CIUDAD REAL)	Tfno: 926 311 303 Fax: 926 311 562
	Avda. Primero de Mayo, 32 13500 PUERTOLLANO (CIUDAD REAL)	Tfno: 926 431 400 Fax: 926 411 787
UHB	Htal. Ntra. Sra. del Carmen Ronda del Carmen, s/n. • 13002 CIUDAD REAL	Tfno: 926 225 000 Tfno: 926 225 150
HG	Complejo Hospitalario de Ciudad Real Avda Pío XII s/n. • 13002 CIUDAD REAL	Tfno: 926 213 444 Fax: 926 210 298

GUADALAJARA

USM IJ	C/ Ferial, 31 - 2º 19002 GUADALAJARA	Tfno: 949 225 719
USM	C/ Ferial, 31 - 2º 19002 GUADALAJARA	Tfno: 949 225 719
UHB y HG	C/ Donantes de Sangre, s/n 19002 GUADALAJARA	Tfno: 949 209 200 Fax: 949 209 218

MANCHA CENTRO

USM IJ	C/ Alto de Soria, 13 13600 ALCAZAR DE SAN JUAN	Tfno: 926 541 750 Fax: 926 541 750
USM	Centro de Salud de Alcázar de San Juan ALCAZAR DE SAN JUAN	Tfno: 926 541 583
	Centro de Salud de Manzanares MANZANARES	Tfno: 926 614 400 Fax: 926 614 408
	Centro de Salud de Tomelloso TOMELLOSO	Tfno: 926 505 625 Fax: 926 505 551
HG	H G La Mancha Centro. Av Constitución 3 13600 ALCAZAR DE SAN JUAN	Tfno: 926 551 282 Fax: 926 210 298

TOLEDO

USM IJ	C/ Mas del Rivero 17 Esc.1 - 2º-J 45004 TOLEDO	Tfno: 925 223 851 Fax: 925 214 351
USM	H Provincial de La Misericordia Subida de San Servando s/n • 45006 TOLEDO	Tfno: 925 259 350 Fax: 925 259 360
	Unidad de Salud Mental. (Sta. María de Benquerencia) C/ Alberche s/n. • 45007 TOLEDO	Tfno: 925 233 550 Tfno: 925 233 554
UHB	H Provincial de La Misericordia Subida de San Servando s/n • 45006 TOLEDO	Tfno: 925 259 350 Fax: 925 259 360
HG	Hospital Virgen de la Salud Avda. Barber 30 • 45004 TOLEDO	Tfno: 925 269 200 Fax: 925 214 836

TALAVERA DE LA REINA

USM IJ	Centro Regional de Salud Pública Ctra. de Extremadura km. 114,6 45600 TALAVERA DE LA REINA	Tfno: 925 839 200 Fax: 925 804 762
USM	Centro Regional de Salud Pública	
UHB	Centro Regional de Salud Pública	
HG	H Ntra Sra del Prado Ctra. de Madrid, Km 114 45600 TALAVERA DE LA REINA	Tfno: 925 803 600 Fax: 925 815 444

Guía para el
manejo en atención primaria
de los trastornos de la
conducta alimentaria



Junta de Comunidades de
Castilla-La Mancha
www.jccm.es