

ORIGINAL

Trastornos de la Alimentación en tres Centros de Salud de un Área Urbana

Jiménez Aranda L¹, Luque López C¹, Leiva Fernández J¹, Tibos F¹, Leiva Fernández F²

¹ Residentes R-3 MFyC, ² Médico de Familia, Técnico de Salud Pública de la Unidad Docente de MFyC. de Málaga.

Objetivos: 1.º) Analizar las características clínico-epidemiológicas de los pacientes diagnosticados de trastornos de alimentación en Atención Primaria. 2.º) Describir los conocimientos y actitudes del médico de familia (MFyC) ante estos trastornos.

Diseño: Descriptivo transversal.

Ámbito de estudio: Tres centros de salud urbanos.

Población y muestra: 20 sujetos con diagnóstico de trastornos de la alimentación registrados en las historias clínicas personales. 17 médicos de Atención Primaria encuestados.

Intervenciones: Variables: pacientes (centro de salud, edad, sexo, estado civil, nivel cultural, residencia, situación laboral, patología, asistencia recibida, valoración familiar, tratamiento recibido, seguimiento). Profesionales (conocimiento y actitudes ante los trastornos de alimentación). Fuentes de datos (Historia clínica, cuestionarios autoadministrados a médicos).

Resultados: Pacientes: 20 mujeres, 65% entre 20-30 años, nivel sociocultural medio (50%), 70% solteras y 80% domicilio paterno. Distribución porcentual de trastornos de alimentación: 35% sospecha anorexia nerviosa, 30% anorexia nerviosa, 30% bulimia, 5% anorexia-bulimia. Asistencia: 85% recibieron asistencia ambulatoria. 75% del seguimiento realizado por MFyC y psiquiatra. Situación familiar valorada en el 35%. Profesionales: 70% consideran que son un problema importante, 65% creen que el centro de salud es el primer filtro. Solamente el 11% utilizaron el DSM-IV como método diagnóstico, el resto se basó en síntomas del paciente; 71% derivó a salud mental, 41% no necesarios protocolos actuación.

Conclusiones: Predominio del sexo femenino con proporción similar de anorexia y bulimia. Escasa sistematización en el abordaje diagnóstico con actitud contraria al desarrollo de protocolos de actuación. Elevada proporción de derivaciones.

Palabras clave: anorexia nerviosa, atención primaria, trastornos de la alimentación.

EATING DISORDERS IN THREE URBAN AREA HEALTH CENTERS

Goal: (1.) To analyze the clinical-epidemiological characteristics of primary care patients diagnosed with eating disorders. (2.) To describe general practitioners' (GP) knowledge and attitudes toward these disorders.

Methodology: Descriptive cross sectional.

Setting: Three urban health centers.

Population and sample: 20 subjects suffering from eating disorders and whose diagnosis was registered in their personal clinical histories. A survey answered by 17 GPs.

Interventions: Variables: patients (health center, age, gender, civil status, cultural level, residence, employment situation, pathology, care received, family evaluation, treatment received, follow-up). Professionals (knowledge and attitudes toward eating disorders). Sources of data (clinical histories, doctors' self-administered questionnaires).

Results: Patients: 20 women, 65% between 20-30 years of age, average sociocultural level (50%), 70% unmarried and 80% residing with their parents. Percentile distribution of eating disorders: 35% suspected anorexia nerviosa, 30% anorexia nerviosa, 30% bulimia, 5% anorexia-bulimia. Provision of care: 85% received care in the doctor's office at the health center. 75% of the follow-up was done by GPs and a psychiatrist. The family situation was evaluated in 35% of the cases. Professionals: 70% considered eating disorders to be an important problem, 65% believed that the health center is the first filter. Only 11% used the DSM-IV as a diagnostic method, the remainder based their diagnosis on the patients' symptoms. 71% referred their patients to mental health experts, 41% deemed that clinical guidelines were not needed.

Conclusions: Females predominated, with similar proportions of anorexia and bulimia. The diagnostic approach was scarcely systematized, and there was a negative attitude toward the development of clinical guidelines. A high degree of referrals.

Key words: anorexia nerviosa, primary care, eating disorders.

Correspondencia: Frank Tibos, apartado 124 (La Cala) 29649 Mijas-Costa-Málaga. Correo electrónico: franktibos@wanadoo.es

Recibido el 08-05-2001; aceptado para su publicación el 26-09-2001.

Medicina de Familia (And) 2001; 3: 231-238

Introducción

En las dos últimas décadas ha habido un marcado aumento de la incidencia y prevalencia de los trastornos de la alimentación, debido fundamentalmente a la duración y muchas veces a la cronicidad de estos trastornos, hecho que se contempla mayoritariamente en mujeres^{1,2}.

La incidencia de ésta patología ha pasado de valores de 0.37/ 10000/ año en los años 60 y de 0.64 en los 70, a valores de 6.3 en los años 80. En la última década se registran valores del orden de 34 nuevos casos por año por cada 100000 habitantes en mujeres con edades comprendidas entre 15 y 29 años^{3,4,5}. Esto se ve reflejado indirectamente en el número de nuevos casos atendidos en unidades especializadas. Sin embargo, los estudios epidemiológicos siguen ofreciendo datos muy dispares, a lo que se añade la complicada etiología y patogenia de estos trastornos (factores genéticos, biológicos, familiares, sociales y culturales)⁶.

Hasta principios de la década de los 70 no existían criterios diagnósticos concretos sobre los trastornos de la alimentación en la literatura especializada. A partir de entonces surgen los primeros criterios, que en 1994, se ven reflejados en los nuevos criterios diagnósticos DSM-IV⁷.

Cada vez parece más claro la necesidad de que sea la Atención Primaria la encargada de detectar y manejar en primera instancia este tipo de trastornos⁵.

El objetivo de este trabajo es conocer las características clínico-epidemiológicas de los pacientes registrados con alguno de los diagnósticos correspondientes al grupo de trastornos de la alimentación en tres centros de salud urbanos, así como aproximarnos a las actitudes y conocimientos que los médicos de dichos centros de salud frente a estos problemas de salud.

Sujetos y métodos

Se ha realizado un estudio descriptivo transversal entre el 1 de mayo de 1999 y el 30 de marzo de 2000 en tres centros de salud del Distrito Sanitario Málaga (Málaga capital), acreditados para docencia MIR de MFyC (C.S. Carranque, C.S. Delicias y C.S. San Andrés Torcal), que dan cobertura sanitaria a una población teórica de 28320 sujetos con una edad comprendida entre los 14 y 40 años. Se contactó con los profesionales de los centros de salud del estudio, que proporcionaron (a partir de los registros existentes) la relación de pacientes con diagnóstico (confirmado o de sospecha) de trastornos de la alimentación. Se identificaron 20 pacientes con las características antes mencionadas en los tres centros de salud. A continuación se revisaron las historias clínicas de estos sujetos para la recogida de datos de las variables incluidas en el estudio.

A cada uno de los 17 médicos que participaron en el estudio se les proporcionó un cuestionario con preguntas abiertas sobre los conocimientos y actitudes respecto de los trastornos de alimentación y su abordaje en el ámbito de Atención Primaria.

Las variables estudiadas en relación con los pacientes fueron: centro de salud, edad, sexo y estado civil del paciente, nivel cultural, lugar de

residencia, situación laboral, tipo de trastorno de alimentación, asistencia recibida, valoración previa de la función familiar, tratamiento prescrito, profesional a cargo del seguimiento. Las variables estudiadas en relación con los profesionales fueron: conocimiento y actitudes ante los trastornos de alimentación (importancia de estos trastornos, existencia de pruebas de screening, signos de alarma, criterios diagnósticos, existencia de formación continuada y de protocolos diagnósticos).

El protocolo de recogida de datos se adjunta en el anexo núm. 1.

Se realizó una estrategia de análisis estadístico mediante el sistema informático SPSS 8.0. Para el análisis descriptivo de las variables cuantitativas se calcularon los estadísticos de centralización y dispersión habituales (media, mediana y desviación estándar), y para las variables cualitativas se estimaron las proporciones correspondientes a cada una de las categorías observadas (frecuencias absolutas, relativas y relativas acumuladas). Se realizó un estudio bivalente respecto al diagnóstico de los diferentes trastornos de alimentación para lo que se emplearon los test ji-cuadrado y análisis de la varianza.

Resultados

La población seleccionada corresponde a tres centros de salud de la capital de Málaga: 10 pacientes (50%) del Centro de Salud Delicias, 6 (30%) del Centro de Salud Carranque y 4 (20%) pacientes del Centro de Salud San Andrés-Torcal. Todas eran mujeres; el 60% tenía una edad entre 20-30 años, con un nivel sociocultural medio (50%), siendo solteras el 70%. El 80% de los sujetos vivían en el domicilio paterno y un 30% eran estudiantes; no obstante, en un 35% de los casos no constaba el nivel ocupacional en las historias analizadas (Tabla 1).

En cuanto a los trastornos de la alimentación, el 35% de los pacientes presentaba sospecha de anorexia nerviosa, el 30% anorexia nerviosa diagnosticada, otro 30% de bulimia y un 5% de anorexia-bulimia (Gráfico 1).

La asistencia recibida fue ambulatoria en el 85% de los casos, el 10% recibió asistencia hospitalaria y ambulatoria, y el 5% restante exclusivamente hospitalaria.

El 40% de los casos fue tratado con psicofármacos, el 15% recibió otro tipo de tratamiento, el 20% no había recibido ningún tratamiento farmacológico, y en el 25 % restante no constaba el tratamiento prescrito en las historias clínicas.

Respecto al seguimiento, en el 35% de los pacientes fue realizado por el MFyC, mientras que en un 35% había sido realizado por el psiquiatra y el médico de familia. Sólo en un caso, el seguimiento fue realizado por un equipo multidisciplinar constituido por psicólogo, psiquiatra y endocrinólogo. (Gráfico 2)

En el 35% de los casos constaba la valoración de la situación familiar por el médico de familia.

En relación, a los resultados del cuestionario que se administró a los médicos encontramos que 12 de los 17 médicos (70%) consideraban que los trastornos de la alimentación son un problema importante debido al aumento de su incidencia mientras que el 30% restante creían que

TABLA 1
CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LOS PACIENTES DEL ESTUDIO

VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS		EDAD			
		14-20años	20-30 años	mayor de 30años	no consta
Sexo	mujer	6	12	2	
	varón				
Estado civil	soltero	6	8		
	casado		2		
	divorciado		1		
	no consta		1	1	1
Nivel cultural	estudios primarios	2			
	estudios secundarios	4	6		
	estudios universitarios		3		
	no consta		3	1	1
Estado laboral	estudia	6			
	trabaja		3		
	estudia y trabaja		2		
	paro		2		
	no consta		5	1	1
Lugar de residencia	vive con los padres	6	10		
	vive con su pareja		1		
	no consta		1	1	1

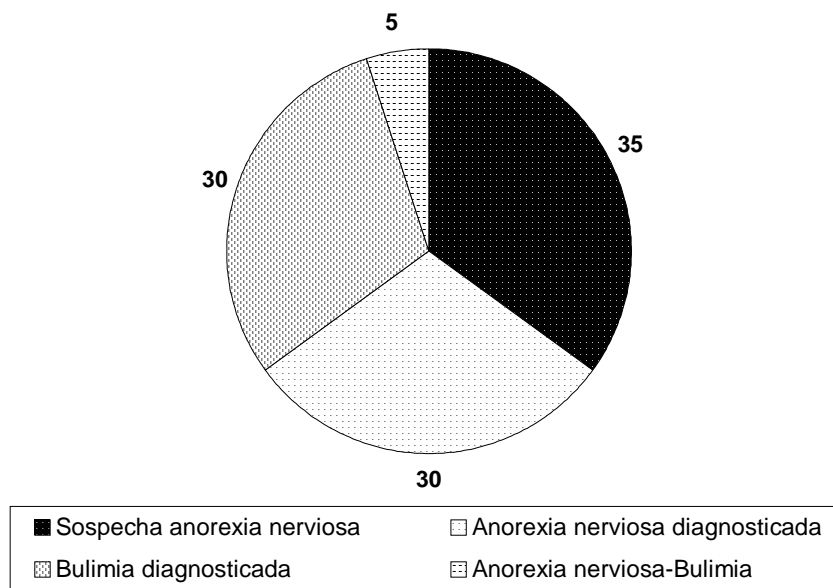


Gráfico 1: Tipos de trastornos de la alimentación

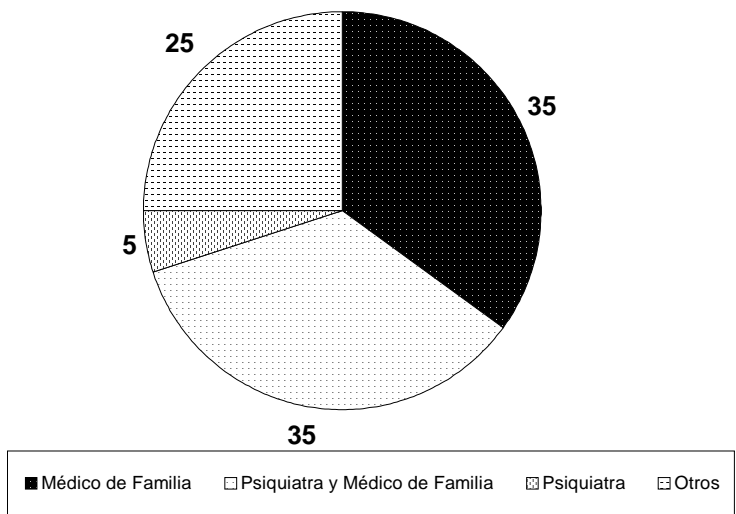


Gráfico 2: Seguimiento realizado

no lo son por el escaso número de pacientes que acuden a Atención Primaria. El 65 % de estos profesionales consideraba al centro de salud como primer filtro en el abordaje de esta patología.

La mayoría de los médicos entrevistados (83%) desconocían la existencia de pruebas de diagnóstico precoz, indicando que lo que les hacía sospechar la existencia de un trastorno de la alimentación eran síntomas como la delgadez extrema, conflictos familiares, o el escaso rendimiento escolar.

Ante la pregunta sobre qué actitud tenían ante una sospecha de trastornos de alimentación, el 41% confirmaba el diagnóstico y posteriormente derivaba a un segundo nivel, el 35 % derivaba a un segundo nivel directamente y el 24 % sólo confirmaba el diagnóstico, a través de la revisión clínica del paciente sin establecer ninguna pauta de derivación (Gráfico núm. 3). Sólo 2 médicos utilizaban el DSM-IV como herramienta diagnóstica. Respecto al servicio al que remitían a estos pacientes, el 71% de los médicos derivaban a salud mental.

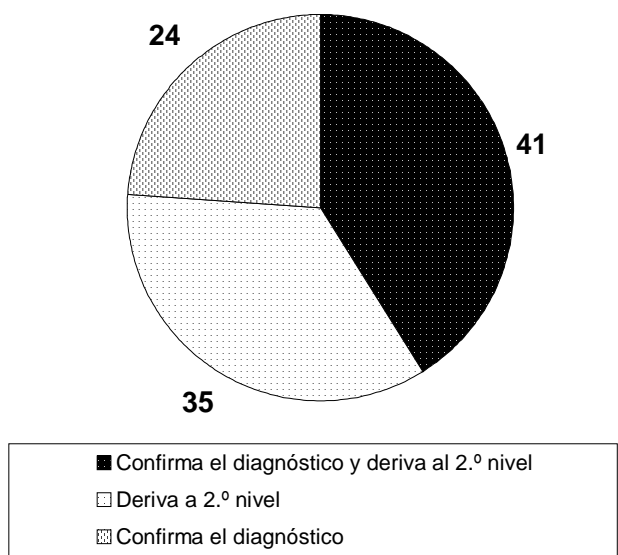


Gráfico 3: Actitud del médico de familia

Al preguntarles sobre si habían asistido a alguna actividad de formación, en relación a estas patologías en el último año, el 82% afirmaba que no, argumentando la no existencia de cursos al respecto.

El 100% de los médicos entrevistados confirmaba la no existencia de protocolos diagnósticos-terapéuticos en los centros de salud, el 59% creía que dichos protocolos se-

rían necesarios por el aumento de la incidencia mientras que el resto no los consideraba necesarios por el escaso número de pacientes. (Tabla 2).

Al realizar el análisis de los distintos trastornos de la alimentación en relación con el resto de variables clínico-epidemiológicas de los pacientes del estudio, no se han encontrado asociaciones estadísticamente significativas ($p > 0.1$).

TABLA 2
RESULTADOS CUESTIONARIO ADMINISTRATIVO A MÉDICOS

	SI	NO
¿Cree que los trastornos de la alimentación son un problema de salud importante en la población de su Centro de Salud?	70%	30%
¿Considera al Centro de Salud como primer filtro en la asistencia en los trastornos de la alimentación?	65%	35%
¿Conoce alguna prueba de screening aplicable en atención primaria para detectar estos trastornos?	17%	83%
¿Ha asistido en el último año a alguna actividad de formación continuada sobre estos trastornos?	18%	82%
¿Considera necesario la existencia de protocolos diagnósticos de estos trastornos?	59%	41%

Discusión

Los trastornos de la alimentación han experimentado un incremento notable de su prevalencia e incidencia en los últimos años en los países occidentales, con tendencia a la cronicidad de estos cuadros; hecho que se ve reflejado en las estadísticas de unidades especializadas^{2, 3, 5}. Se puede afirmar que la Anorexia Nerviosa (AN) constituye el tercer trastorno crónico más frecuente en los adolescentes, sólo superada por el asma y la obesidad⁸.

Si tenemos en cuenta la población teórica a la que dan cobertura los centros de salud del estudio y el número de pacientes registrados con trastornos de alimentación, se podría considerar la existencia de un infradiagnóstico de estas patologías en nuestro ámbito de estudio, que podría estar agravado por un registro insuficiente, debido en parte a las limitaciones que imponía el sistema de registro informático vigente en el momento del estudio.

La distribución de los diferentes trastornos de alimentación en el grupo de pacientes analizados, con un número de casos de anorexia y bulimia similar y un leve predominio de pacientes con sospecha de anorexia nerviosa, no es coincidente con los hallazgos de la bibliografía consultada, en la que diversos estudios^{4, 9, 10, 11} refieren una mayor incidencia de bulimia nerviosa (BN).

Turnbull et al⁵ observaron en un estudio epidemiológico en Atención Primaria durante 7 años una incidencia de 4.2/100000 de A.N. y 12.2/100000 de BN, existiendo un riesgo para el sexo femenino en relación con el masculino de 40:1 para A.N. y 47:1 para BN.

Estos trastornos afloran en el periodo de la adolescencia y en adultos jóvenes, siendo la edad de máxima prevalencia entre 15-25 años; fundamentalmente en la población femenina^{5, 11, 12}. Estos datos son coincidentes con los obtenidos en este estudio, donde el 100% eran mujeres, y el 79% tenían una edad inferior a los 26 años. En relación a los aspectos sociodemográficos encontrados en las historias revisadas, la mitad de las pacientes poseían un nivel sociocultural medio, solteras y con residencia en el domicilio paterno. La mayoría de los estudios revisados manifiestan que los trastornos de la alimentación se dan con mayor frecuencia en niveles socioeconómicos altos y medio-altos, con la excepción de la bulimia nerviosa que predomina en niveles medio-bajos^{1, 11}.

En un 35% de los casos, se realizó un análisis del funcionamiento familiar. Consideramos este porcentaje insuficiente dado que la evaluación de estos pacientes debe realizarse de forma global, tanto en el ámbito individual como familiar, ya que el tratamiento de los trastornos del comportamiento alimentario debe enfocarse de forma integral y

exige un compromiso o pacto con el paciente y su familia, durante un período mínimo de dos a cinco años¹³.

La gran mayoría de nuestros casos recibieron asistencia ambulatoria (85%), mientras que un escaso porcentaje requirió asistencia hospitalaria. El tratamiento ambulatorio es lo habitual, no requiriendo en la mayoría de los casos un tratamiento hospitalario, como aconsejan diversos autores^{3, 14, 15, 16, 17}.

La nutrición es uno de los pilares fundamentales del tratamiento, mientras que el uso de psicofármacos se debe incluir en el plan terapéutico de acuerdo con las indicaciones establecidas por el psiquiatra¹³. En el presente estudio, el 40% de los casos tenían tratamiento con psicofármacos.

La mayoría de los Médicos de Familia estudiados derivaban a sus pacientes al segundo nivel, fundamentalmente a los centros de Salud Mental, coincidiendo con los resultados de diversos estudios^{5, 18}.

Haller E³ considera que al ser los médicos de atención primaria, frecuentemente, los primeros en evaluar a estos pacientes, su estímulo y apoyo podría ayudarles a aceptar el tratamiento. Además apunta a que los procedimientos terapéuticos serían más adecuados si los médicos de atención primaria y los psiquiatras trabajasen coordinadamente. En esta misma línea se pronuncian otros estudios^{17,19, 20, 21}.

Tanto la anorexia nerviosa como la bulimia nerviosa (BN) son dos excelentes modelos, probablemente los mejores, de trastorno o enfermedad psicósomática¹⁹. Hace unas décadas los trastornos de la alimentación apenas existían; su virulenta novedad ha puesto de manifiesto la ausencia de infraestructuras, y la falta de criterios diagnósticos y terapéuticos en Atención Primaria^{8, 14}. Esta situación se refleja en los resultados de este trabajo: un elevado porcentaje de médicos entrevistados no habían asistido a ninguna actividad formativa de trastornos de la alimentación, ni tampoco en el ámbito institucional se habían establecido una oferta formativa clara en este campo.

No existen protocolos diagnóstico-terapéuticos en los Centros de Salud, no considerándolos necesarios el 41% de los médicos entrevistados. Sin embargo dada la magnitud del problema de salud, el Médico de Familia debe conocer los comportamientos de riesgo, detectar los signos de alarma y establecer el consiguiente diagnóstico precoz^{3, 14, 15, 17, 22, 23, 24}; y, como afirma Wilfley et al¹², el abordaje de los trastornos de la alimentación se debería incorporar a su práctica clínica habitual.

Estos resultados sugieren que los conocimientos de los médicos de familia sobre los trastornos de la alimentación son limitados, lo cual puede condicionar un retraso en el diagnóstico y el tratamiento apropiados con las consiguientes consecuencias potencialmente adversas para el pronóstico. Además, desde la atención primaria se debe-

ría trabajar con psicoterapeutas para dar un tratamiento efectivo a pacientes con trastornos de la alimentación. Su principal contribución incluye la evaluación y el tratamiento de las complicaciones médicas y una psicoterapia de refuerzo a largo plazo.

Sería necesario profundizar en el análisis de las posibles causas y/o barreras existentes en el primer nivel asistencial para realizar un abordaje integral de estas patologías.

Bibliografía

1. Cantó TJ. Trastornos del comportamiento alimentario. JANO 1999; LVI (1298): 37.
2. Seizer R, Bonomo Y, Patton G. Primary care assessment of a patient with an eating disorder. Aust Fam Physician 1995; 24: 2032-2036.
3. Haller E. Eating disorders. A review and update. West J Med 1992; 157: 658-62.
4. Hoek HW, Bartelds AI, Bosveld JJ, van der Graaf Y, Limpens VE, Maiwald M, Spaaij CJ. Impact of urbanization on detection rates of eating disorders. Am J Psychiatry 1995; 152: 1272-8.
5. Turnbull S, Ward A, Treasure J, Jick H, Derby L. The demand for eating disorder care. An epidemiological study using the general practice research database. Br J Psychiatry 1996; 169: 705-712.
6. Pla C, Toro J. Anorexia nervosa in a Spanish adolescent sample. An 8-year longitudinal study. Acta Psychiatr Scand 1999; 100: 441-446.
7. DSM-IV. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Barcelona: Masson, 1995.
8. Muscari ME. Thin line: managing care for adolescents with anorexia and bulimia. MCN Am J Matern Child Nurs 1998; 23: 130-40.
9. Cullberg J, Engstrom-Lindberg M. Prevalence and incidence of eating disorders in a suburban area. Acta Psychiatr Scand 1988; 78: 314-319.
10. Pagsberg AK, Wang AR. Epidemiology of anorexia nervosa and bulimia nervosa in Bornholm County, Denmark, 1970-1989. Acta Psychiatr Scand. 1994; 90: 259-265.
11. Rodríguez MC, Riquelme A, Buendía J. Epidemiología de la anorexia nerviosa: una revisión. An Psiquiatría 1996; 12: 262-269.
12. Wilfley DE, Grilo CM. Eating disorders: a women's health problem in primary care. Nurse Pract Forum 1994; 5: 34-45.
13. Bueno M, Velilla M, Jimenez Vidal, Fleta J. Trastornos de la conducta alimentaria. Medicina 1999; 7: 6234-6239.
14. Bryant-Waugh RJ, Lask BD, Shafran RL, Fosson AR. Do doctors recognise eating disorders in children? Arch Dis Child 1992; 67: 103-5.
15. McGlynn TJ, Tinker DE. Anorexia nervosa in adulthood. Am Fam Physician 1989; 39: 173-178.
16. Mehler PS, Gray MC, Schulte M. Medical complications of anorexia nervosa. J Womens Health 1997; 6: 533-541.
17. Smith MS. Anorexia nervosa and bulimia. J Fam Pract 1984; 18: 757.
18. Hoek HW. The incidence and prevalence of anorexia nervosa and bulimia nervosa in primary care. Psychol Med 1991; 21: 455-460.
19. Zerbe KJ. Anorexia nervosa and bulimia nervosa. When the pursuit of bodily «perfection» becomes a killer. Postgrad Med 1996; 99: 161-4.
20. Silber TJ, D'Angelo LJ. The role of the primary care physician in the diagnosis and management of anorexia nervosa. Psychosomatics. 199; 32: 221-225.
21. Williams JC. We should strive to keep patients alive. BMJ 1998; 317: 195-197.
22. Melve KK, Baerheim A. Signs of subclinical eating disorders in teenage girls. Scand J Prim Health Care 1994; 12:197-203.
23. Patton GC, Selzer R, Coffey C, Carlin JB, Wolfe R. Onset of adolescent eating disorders: population based cohort study over 3 years. BMJ 1999; 318: 765-768.
24. Rome ES. Eating disorders in adolescents and young adults:

- what's a primary care clinician to do? Cleve Clin J Med. 1996; 63: 387-395.
25. Eagles JM, Easton EA, Nicoll KS, Johnston MI, Millar HR. Changes in the presenting features of females with anorexia nervosa in northeast Scotland, 1965-1991. Int J Eat Disord 1999; 26: 289-294.
26. Fernández-Aranda F, Dahme B, Meermann R. Body image in eating disorders and analysis of its relevance: a preliminary study. J Psychosom Res 1999; 47: 419-428.
27. Batal H, Johnson M, Lehman D, Steele A, Mehler PS. Bulimia: a primary care approach. J Womens Health 1998; 7: 211-220.
28. Maradiegue A, Cecelic EK, Bozelli MJ, Frances G. Do primary care providers screen for eating disorders? Gastroenterol nurs. 1996; 19: 65-69.
29. Sansone RA, Wiederman MW, Sansone LA. Healthcare utilization among women with eating disordered behavior. Am J Manag Care 1997; 3: 1721-1723.

ANEXO I

PROTOCOLO DE RECOGIDA DE DATOS DEL PACIENTE

<ul style="list-style-type: none"> • MÉDICO: <input style="width: 100px; height: 15px;" type="text"/> • CENTRO DE SALUD: 	<p>HISTORIA CLINICA: <input style="width: 100px; height: 15px;" type="text"/></p>
<ul style="list-style-type: none"> • EDAD (en años): • SEXO: 	<ul style="list-style-type: none"> 1- Centro de Salud Delicias. <input type="checkbox"/> 2- Centro de Salud Carranque. 3- Centro de Salud Torcal.
<ul style="list-style-type: none"> • NIVEL CULTURAL: 	<ul style="list-style-type: none"> 1- Varón. <input type="checkbox"/> 2- Mujer. <input type="checkbox"/> 1- Sin estudios. 2- Estudios primarios. <input type="checkbox"/> 3- Estudios secundarios. 4- Estudios universitarios. 5- No consta.
<ul style="list-style-type: none"> • SITUACIÓN LABORAL: 	<ul style="list-style-type: none"> 1- Estudia. <input type="checkbox"/> 2- Trabaja. 3- Estudia y Trabaja. 4- En paro. 5- Otros.
<ul style="list-style-type: none"> • ESTADO CIVIL: 	<ul style="list-style-type: none"> 1- Casado. <input type="checkbox"/> 2- Soltero. 3- Viudo. 4- No consta.
<ul style="list-style-type: none"> • LUGAR DE RESIDENCIA: 	<ul style="list-style-type: none"> 1- En casa de los padres. 2- Vive solo. <input type="checkbox"/> 3- Vive con su pareja. 4- Vive con amigos. 5- Otros. 6- No consta.
<ul style="list-style-type: none"> • TRASTORNO DE LA ALIMENTACIÓN REGISTRADO: 	<ul style="list-style-type: none"> 1- Anorexia nerviosa diagnosticada. <input type="checkbox"/> 2- Sospecha de anorexia nerviosa. 3- Bulimia 4- Anorexia/Bulimia. 5- Otros trastornos de ja alimentación.
<ul style="list-style-type: none"> • ASISTENCIA RECIBIDA: 	<ul style="list-style-type: none"> 1- Asistencia hospitalaria. 2- Asistencia ambulatoria. <input type="checkbox"/> 3- No asistencia.
<ul style="list-style-type: none"> • TRATAMIENTO RECIBIDO: 	<ul style="list-style-type: none"> 1- Psicofármacos. 2- Otros fármacos. 3- Terapia conductual. <input type="checkbox"/> 4- Terapia psicoanalítica. 5- Ninguna. 6- No consta.
<ul style="list-style-type: none"> • ¿QUIÉN REALIZA EL SEGUIMIENTO?: 	<ul style="list-style-type: none"> 1- Psiquiatra. <input type="checkbox"/> 2- Psicólogo 3- MFyC 4- MFyC y Psiquiatra. 5- Otros.
<ul style="list-style-type: none"> • SE HA REALIZADO VALORACIÓN DEL FUNCIONAMIENTO FAMILIAR. 	<ul style="list-style-type: none"> 1- Si. 2- No. 3- No consta. <input type="checkbox"/>

