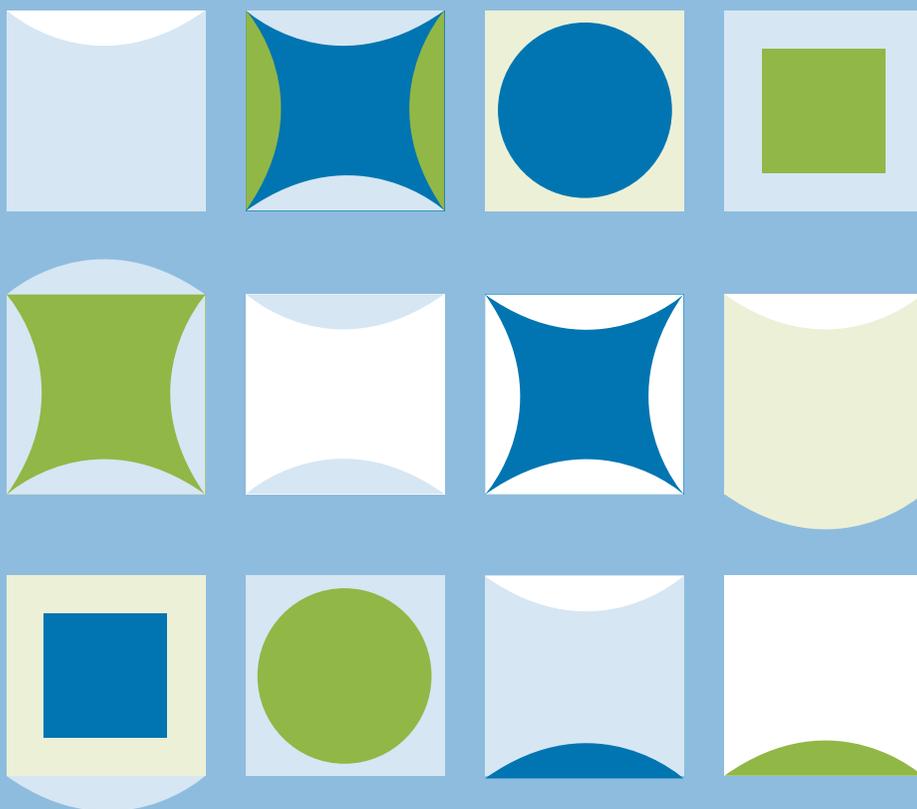


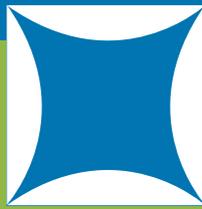
Trastornos de la Alimentación



Instituto Nacional de la Salud Mental

DEPARTAMENTO DE SALUD Y SERVICIOS HUMANOS DE LOS ESTADOS UNIDOS

Institutos Nacionales de la Salud

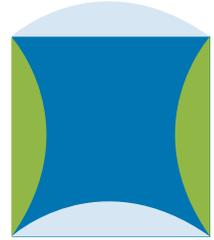


Contenido

¿Qué son los trastornos de la alimentación? _____	1
¿Cuáles son los diferentes tipos de trastornos de la alimentación? _____	2
Anorexia nerviosa _____	2
Bulimia nerviosa _____	3
Trastorno por atracón _____	4
¿Cómo se tratan los trastornos de la alimentación? _____	5
Tratando la anorexia nerviosa _____	5
Tratando la bulimia nerviosa _____	7
Tratando el trastorno por atracón _____	9
¿Cómo afectan a los hombres? _____	9
¿Qué se está haciendo para comprender y tratar mejor los trastornos de la alimentación? _____	10
Referencias _____	11
Para obtener más información sobre los trastornos de la alimentación _____	13

¿Qué son los trastornos de la alimentación?

Un trastorno de la alimentación es una enfermedad que causa graves perturbaciones en su dieta diaria, tales como comer cantidades muy pequeñas o comer en exceso. Una persona que tiene un trastorno de la alimentación puede haber comenzado por comer pequeñas o grandes cantidades de comida, pero en algún momento el impulso de comer más o menos se disparó fuera de control. Angustia severa o preocupación por la forma o el peso del cuerpo también se pueden caracterizar como un trastorno de la alimentación.



Los trastornos de la alimentación generalmente aparecen durante la adolescencia o adultez temprana, pero también se pueden dar durante la niñez o la adultez avanzada.^{1,2} Los trastornos de la alimentación más comunes son la anorexia nerviosa, bulimia nerviosa y el trastorno por atracón.

Los trastornos de la alimentación afectan tanto a los hombres como a las mujeres. Para información sobre las últimas estadísticas en los trastornos de la alimentación, visite la página web de NIMH en <http://www.nimh.nih.gov/statistics/index.shtml>.

Se desconoce cuántos adultos y niños padecen otros trastornos de la alimentación serios y significativos, como los trastornos de la alimentación no especificados (TANE). TANE incluye los trastornos de la alimentación que no cumplen los criterios para la anorexia o la bulimia nerviosa. El trastorno por atracón es un tipo de trastorno de la alimentación llamado TANE.³ Pero se sabe que TANE es el diagnóstico más común para aquellos que buscan un tratamiento para el trastorno de la alimentación.⁴

Los trastornos de la alimentación son enfermedades reales y tratables. Con frecuencia coexisten con otras enfermedades como la depresión, el abuso de sustancias o los trastornos de ansiedad. Otros síntomas, que se describen en la siguiente sección pueden ser potencialmente mortales si la persona no recibe tratamiento. Las personas con anorexia nerviosa son 18 veces más probables de morir a una edad más temprana en comparación con las personas de edad similar en la población general.⁵

¿Cuáles son los diferentes tipos de trastornos de la alimentación?

Anorexia nerviosa

La anorexia nerviosa se caracteriza por:

- Adelgazamiento extremo (emaciación)
- Incesante búsqueda de delgadez y negación a mantener un peso normal o saludable
- Miedo intenso a subir de peso
- Imagen corporal distorsionada, autoestima significativamente influenciada por las percepciones de la forma y el peso del cuerpo o negación de la gravedad del bajo peso corporal
- Falta de menstruación en niñas y mujeres
- Alimentación extremadamente restringida.

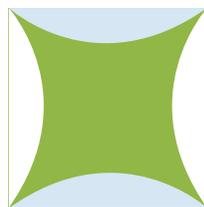
Muchas personas con anorexia nerviosa se ven a sí mismas como excedidas en peso, incluso cuando están delgadas. El comer, la comida y el control del peso se vuelven una obsesión. Personas con anorexia nerviosa generalmente se pesan varias veces, racionan la comida cuidadosamente y sólo comen pequeñas cantidades de ciertas comidas. No obstante, algunas personas con anorexia nerviosa atraviesan episodios de atracones seguidos de una dieta extrema y/o exceso de ejercicios, vómitos autoinducidos y abuso de laxantes, diuréticos o enemas.

Algunas personas con anorexia nerviosa se recuperan con tratamiento después del primer episodio. Otras mejoran, pero tienen recaídas. Incluso otras padecen una forma más crónica o de una anorexia nerviosa más prolongada, en la que su salud empeora mientras luchan contra la enfermedad.



Otros síntomas que se pueden desarrollar con el paso del tiempo incluyen:^{6,7}

- Pérdida de masa ósea (osteopenia u osteoporosis)
- Cabello y uñas quebradizas
- Piel seca y amarillenta
- Crecimiento de vello en todo el cuerpo (por ejemplo, lanugo)
- Anemia leve, agotamiento y debilidad muscular
- Constipación severa
- Presión sanguínea baja, respiración y pulso lento
- Daño en la estructura y el funcionamiento del corazón
- Daño cerebral
- Insuficiencia multiorgánica
- Disminución de la temperatura corporal interna, lo que provoca que la persona sienta frío en todo momento
- Letargo, pereza o cansancio todo el tiempo
- Infertilidad.



Bulimia nerviosa

La bulimia nerviosa se caracteriza por episodios frecuentes y recurrentes de ingesta de cantidades extremadamente grandes de comida y una sensación de falta de control sobre estos episodios. A este atracón le sigue un tipo de comportamiento que lo compensa por el exceso de comida, como vómitos forzados o abuso de laxantes o diuréticos, ayunos y/o exceso de ejercicios o una combinación de estos comportamientos.

A diferencia de la anorexia nerviosa, las personas con bulimia nerviosa generalmente mantienen lo que se considera un peso saludable o mientras que algunas tienen un poco de sobrepeso. Al igual que las que tienen anorexia nerviosa, estas personas tienen miedo de engordar, quieren desesperadamente perder peso y se sienten muy insatisfechas con la forma y el tamaño de su cuerpo. Por lo general, el comportamiento bulímico es secreto, dado que va acompañado de un sentimiento de indignación o vergüenza. El ciclo de atracón y purga puede darse varias veces a la semana e incluso varias veces al día.

Otros síntomas incluyen:^{7,8}

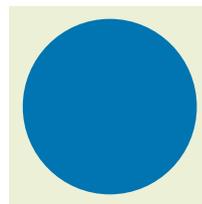
- Garganta inflamada e irritada en forma crónica
- Glándulas salivales inflamadas en el área del cuello y la mandíbula
- Esmalte de los dientes gastados, dientes cada vez más sensibles y cariados como resultado de la alta exposición al jugo gástrico
- Trastorno de reflujo gastroesofágico (ácido) y otros problemas gastrointestinales
- Dolor e irritación intestinal a causa del abuso de laxantes
- Gran deshidratación a causa de la pérdida de líquidos al vomitar o defecar por la acción de laxantes
- Desequilibrio electrolítico que puede conducir a un ataque cardíaco (niveles muy bajos o muy altos de sodio, calcio, potasio y otros minerales).

Trastorno por atracón

Con el trastorno por atracón una persona pierde el control sobre su alimentación. A diferencia de la bulimia nerviosa, a los episodios de atracones no les siguen comportamientos como purgas, exceso de ejercicios o ayunos. Por esta razón, las personas con trastorno por atracón a menudo tienen sobrepeso o son obesas. Las personas con trastorno por atracones que son obesas tienen un mayor riesgo de desarrollar enfermedades cardiovasculares o presión arterial elevada.⁹ También experimentan un sentimiento de culpa, vergüenza y/o angustia por tal comportamiento, lo que puede llevar a más atracones.

¿Cómo se tratan los trastornos de la alimentación?

Una nutrición adecuada, reduciendo el exceso de ejercicio y la interrupción de los comportamientos de purga constituyen la base del tratamiento. Ciertas formas de psicoterapia o terapia de diálogo, y algunos medicamentos también son efectivos para muchos trastornos de la alimentación. No obstante, para los casos más crónicos, no se han identificado aún tratamientos específicos. Con frecuencia, los planes de tratamiento se adaptan a las necesidades individuales y pueden incluir uno o más de los siguientes:



- Psicoterapia individual, grupal y/o familiar
- Atención médica y monitoreo
- Asesoramiento nutricional
- Medicamentos.

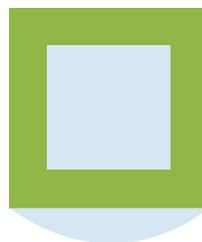
Algunos pacientes quizás necesiten ser hospitalizados para tratar complicaciones a causa de una malnutrición o para garantizar una alimentación adecuada en los casos de extrema delgadez.

Tratando la anorexia nerviosa

El tratamiento de la anorexia nerviosa incluye tres componentes:

- Recuperar un peso saludable
- Tratar problemas psicológicos relacionados con el trastorno de la alimentación
- Disminuir o eliminar los comportamientos o los pensamientos que llevaron a una alimentación escasa y evitar una recaída.

Algunos investigadores sugieren que el uso de medicamentos, como antidepresivos, antipsicóticos o estabilizadores del estado de ánimo, pueden ser modestamente efectivos para tratar pacientes con anorexia nerviosa. Estos medicamentos pueden ayudar a resolver síntomas relacionados con el estado de ánimo y la ansiedad que con frecuencia coexisten con la anorexia nerviosa. No hay certeza de que los antidepresivos puedan evitar una recaída en algunos pacientes con anorexia nerviosa que han logrado restaurar su peso.¹⁰ Sin embargo, aunque las investigaciones aun continúan, ningún medicamento ha demostrado ser eficaz en ayudar a alguien a ganar peso para llegar a un nivel normal.¹¹



Diferentes formas de psicoterapia, incluyendo individuales, grupales y familiares, pueden ayudar a tratar las razones psicológicas de la enfermedad. En la terapia familiar del modelo del Maudsley, los padres de adolescentes con anorexia nerviosa asumen la responsabilidad de alimentar a sus hijos. Este enfoque parece ser muy efectivo cuando se trata de ayudar a una persona con anorexia nerviosa a subir de peso y mejorar sus hábitos alimenticios y sus estados de ánimo.^{12,13} Al quedar su efectividad demostrada en estudios de casos y ensayos clínicos,¹⁴ este enfoque del Maudsley de la terapia familiar se discute en algunos estudios y directrices destinados al tratamiento de los trastornos de la alimentación en pacientes jóvenes no crónicos.^{11,12,15-18}

Otra investigación demostró que el tratamiento combinado de atención médica y psicoterapia de apoyo diseñado especialmente para pacientes con anorexia nerviosa es más efectivo que la psicoterapia sola.¹⁹ Aunque en todos los casos, la efectividad del tratamiento depende de la persona involucrada y de su situación. Desafortunadamente, no existe una psicoterapia específica que sea invariablemente efectiva para tratar a adultos que padecen anorexia nerviosa.²⁰ No obstante, las investigaciones sobre nuevos enfoques de tratamiento y prevención parecen prometedoras. Un estudio indica que un programa de intervención por Internet puede evitar que algunas mujeres en riesgo desarrollen un trastorno de la alimentación.²¹ Además, un tratamiento especializado para la anorexia nerviosa puede reducir los riesgos de muerte.²²

Tratando la bulimia nerviosa

Al igual que con la anorexia nerviosa, el tratamiento de la bulimia nerviosa implica una combinación de opciones y depende de las necesidades del individuo. Para disminuir o eliminar el comportamiento de atracones y purgas, es probable que el paciente reciba asesoramiento nutricional y psicoterapia, en especial la terapia cognitiva-conductual (TCC), o que se le recete algún medicamento. TCC ayuda a una persona a concentrarse en sus problemas actuales y cómo resolverlos. El terapeuta ayuda al paciente a aprender a identificar los patrones de pensamientos distorsionados o inútiles, reconocer y cambiar las creencias erróneas, relacionarse con los demás de forma más positiva, y, en consecuencia, cambia los comportamientos.

LA TCC que fue adaptada para tratar la bulimia nerviosa también demostró ser efectiva para cambiar el comportamiento de atracones y purgas así como los hábitos alimenticios.²³ La terapia puede ser individual o grupal.

Algunos antidepresivos, como la fluoxetina (Prozac), que es el único medicamento aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) de los Estados Unidos para tratar la bulimia nerviosa, pueden ayudar a pacientes que también sufren depresión y/o ansiedad. Asimismo, la fluoxetina parece ayudar a disminuir el comportamiento de atracones y purgas, reducir la posibilidad de una recaída y mejorar los hábitos alimenticios.²⁴

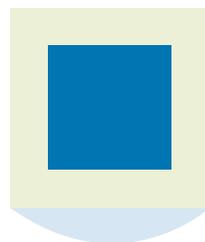
Advertencias de la FDA sobre los antidepresivos

A pesar de la relativa seguridad y popularidad de los ISRS y de otros antidepresivos, algunos estudios sugieren que pueden tener efectos involuntarios en algunas personas, especialmente en adolescentes y adultos jóvenes. La advertencia del FDA dice que se debe supervisar de cerca a los pacientes de todas las edades que tomen antidepresivos, especialmente durante las primeras semanas de tratamiento. Los posibles efectos secundarios a tener en cuenta son el agravamiento de la depresión, los pensamientos o conductas suicidas u otros cambios inusuales en la conducta como el insomnio, la agitación o el retraimiento de las situaciones sociales normales. Las familias y los cuidadores deben de informar de cualquier cambio al médico. Se puede encontrar información actualizada de la FDA en el sitio web <http://www.fda.gov>.

Tratando el trastorno por atracón

Las opciones para tratar el trastorno por atracón son similares a aquellas utilizadas para tratar la bulimia nerviosa. La psicoterapia, en especial la TCC adaptada al individuo, ha demostrado ser efectiva.²³ Nuevamente, este tipo de terapia puede ofrecerse de manera individual o grupal.

Finalmente, la fluoxetina (Prozac), y otros antidepresivos pueden reducir los episodios de atracones y ayudar a aliviar la depresión en algunos pacientes.²⁵



¿Cómo afectan a los hombres?

Al igual que las mujeres que sufren de trastornos de la alimentación, los hombres tienen una imagen corporal distorsionada. Para algunos, los síntomas son similares a los observados en las mujeres. En otros, el inicio puede estar marcado por una dismorfia muscular, un tipo de trastorno que se caracteriza por una preocupación extrema por aumentar la masa muscular.²⁶ A diferencia de las mujeres con trastornos de la alimentación, que en la mayoría de los casos lo único que quieren es perder peso, algunos de los hombres con dismorfia muscular se ven más pequeños de lo que en realidad son y quieren engordar o desarrollar más músculos. Los niños y los hombres corren un riesgo mayor de usar esteroides u otros fármacos peligrosos con el objetivo de aumentar la masa muscular.²⁶

Aunque los hombres con trastornos de la alimentación presentan los mismos síntomas que las mujeres, es menos probable que se les diagnostique con lo que generalmente se considera un trastorno “femenino”.²⁷ Se debe investigar más para comprender mejor las características individuales de estos trastornos en los hombres.

¿Qué se está haciendo para comprender y tratar mejor los trastornos de la alimentación?

Los investigadores están encontrando que los trastornos de la alimentación son el resultado de una compleja combinación de factores genéticos, biológicos, psicológicos y sociales, pero todavía hay muchas preguntas sin respuestas. Los investigadores están utilizando lo último en tecnología y ciencia para comprender mejor los trastornos de la alimentación.

Una de las propuestas implica el estudio de la genética humana. Los investigadores estudian diferentes combinaciones genéticas para determinar si alguna variación en el ADN se asocia con el riesgo de desarrollar un trastorno de la alimentación.

Los estudios de neuroimágenes también permiten comprender mejor los trastornos de la alimentación y descubrir posibles tratamientos. Además, un estudio demostró que existen diferentes patrones en la actividad cerebral de mujeres con bulimia nerviosa en comparación con mujeres sanas. Asimismo, con la resonancia magnética funcional (RMf), los investigadores pueden ver las diferencias en la actividad cerebral mientras las mujeres realizan una tarea que implica autorregulación. (una tarea que requiere la superación a una respuesta automática o impulsiva).²⁸

También se están estudiando las intervenciones de psicoterapia. Un estudio en adolescentes detectó que más adolescentes con bulimia nerviosa se recuperaron después de recibir el tratamiento familiar del modelo del Maudsley que aquellos que recibieron psicoterapia de apoyo, que no trataba el trastorno de la alimentación en particular.²⁹

Los investigadores están estudiando las preguntas sobre el comportamiento, la genética y la función del cerebro para comprender mejor los factores de riesgo, identificar los marcadores biológicos, y desarrollar las psicoterapias específicas y medicamentos que pueden apuntar a áreas del cerebro que controlan la conducta alimentaria. Además, los estudios de neuroimágenes y genéticos pueden brindar pistas sobre cómo cada persona puede responder a tratamientos específicos para estas enfermedades médicas.

Referencias

1. Becker AE, Grinspoon SK, Klibaldi A, Herzog DB. Eating disorders. *New England Journal of Medicine*, 1999;340(14):1092–1098.
2. Steiner H, Lock J. Anorexia nervosa and bulimia nervosa in children and adolescents: a review of the past ten years. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 1998;37:352–359.
3. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, fourth edition (DSM-IV)*. Washington, DC: American Psychiatric Press, 1994.
4. Fairburn CG, Cooper Z, Bohn K, O'Connor ME, Doll HA, Palmer RL. The severity and status of eating disorder NOS: implications for DSM-V. *Behaviour Research and Therapy*, 2007;45(8):1705–1715.
5. Steinhausen HC. Outcomes of eating disorders. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 2008;18:225–242.
6. Wonderlich SA, Lilenfeld LR, Riso LP, Engel S, Mitchell JE. Personality and anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 2005;37:S68–S71.
7. American Psychiatric Association (APA). Let's Talk Facts About Eating Disorders. 2005. Available online at <http://www.healthyminds.org/Document-Library/Brochure-Library/Eating-Disorders.aspx>.
8. Lasater L, Mehler P. Medical complications of bulimia nervosa. *Eating Behavior*, 2001;2:279–292.
9. National Institutes of Health National Heart Lung and Blood Institute. Why obesity is a health problem. <http://www.nhlbi.nih.gov/health/public/heart/obesity/wecan/healthy-weight-basics/obesity.htm>. Accessed on May 3, 2010.
10. Walsh BT, Kaplan AS, Attia E, Olmsted M, Parides M, Carter JC, Pike KM, Devlin MJ, Woodside B, Roberto CA, Rockert W. Fluoxetine after weight restoration in anorexia nervosa: a randomized controlled trial. *Journal of the American Medical Association*, 2006;295(22): 2605–2612.
11. Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ), Management of Eating Disorders, Evidence Report/Technology Assessment, Number 135, 2006. AHRQ publication number 06-E010, www.ahrq.gov.
12. Eisler I, Dare C, Hodes M, Russell G, Dodge E, and Le Grange D. Family therapy for adolescent anorexia nervosa: the results of a controlled comparison of two family interventions. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 2000;1:727–736.
13. Lock J, Le Grange D, Agras WS, Dare C. *Treatment Manual for Anorexia Nervosa: A Family-based Approach*. New York: Guilford Press. 2001.
14. Russell GF, Szmuckler GI, Dare C, Eisler I. An evaluation of family therapy in anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Archives of General Psychiatry*, 1987;44:1047–1056.
15. Lock J, Agras WS, Bryson S, Kraemer HC. A comparison of short-and long-term family therapy for adolescent anorexia nervosa. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 2005;44:632–639.

16. Lock J, Couturier J, Agras WS. Comparison of long-term outcomes in adolescents with anorexia nervosa treated with family therapy. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 2006;45:666–672.
17. National Institute for Clinical Excellence (NICE). *Core interventions in the treatment and management of anorexia nervosa, bulimia nervosa, and binge eating disorder*. London: British Psychological Society. 2004.
18. Eisler I, Simic M, Russell G, Dare C. A randomized controlled treatment trial of two forms of family therapy in adolescent anorexia nervosa: a five-year follow-up. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 2007;48(6):552–560.
19. McIntosh VV, Jordan J, Carter FA, Luty SE, McKenzie JM, Bulik CM, Frampton CM, Joyce PR. Three psychotherapies for anorexia nervosa: a randomized controlled trial. *The American Journal of Psychiatry*, 2005;162:741–747.
20. Halmi CA, Agras WS, Crow S, Mitchell J, Wilson GT, Bryson S, Kraemer HC. Predictors of treatment acceptance and completion in anorexia nervosa: implications for future study designs. *Archives of General Psychiatry*, 2005;62:776–781.
21. Taylor CB, Bryson S, Luce KH, Cunnig D, Doyle AC, Abascal LB, Rockwell R, Dev P, Winzelberg AJ, Wilfley DE. Prevention of eating disorders in at-risk college-age women. *Archives of General Psychiatry*, 2006;63(8):881–888.
22. Lindblad F, Lindberg L, Hjern A. Improved survival in adolescent patients with anorexia nervosa: a comparison of two Swedish national cohorts of female inpatients. *American Journal of Psychiatry*, 2006;163(8):1433–1435.
23. Wilson GT and Shafran R. Eating disorders guidelines from NICE. *Lancet*, 2005; 365:79–81.
24. Romano SJ, Halmi KJ, Sarkar NP, Koke SC, Lee JS. A placebo-controlled study of fluoxetine in continued treatment of bulimia nervosa after successful acute fluoxetine treatment. *American Journal of Psychiatry*, 2002;151(9):96–102.
25. Arnold LM, McElroy SL, Hudson JI, Wegele JA, Bennet AJ, Kreck PE Jr. A placebo-controlled randomized trial of fluoxetine in the treatment of binge-eating disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 2002;63:1028–1033.
26. Pope HG, Gruber AJ, Choi P, Olivardi R, Phillips KA. Muscle dysmorphia: an underrecognized form of body dysmorphic disorder. *Psychosomatics*, 1997;38:548–557.
27. Anderson, AE. Eating disorders in males: critical questions. In R Lemberg (ed), *Controlling Eating Disorders with Facts, Advice and Resources*. Phoenix, AZ: Oryx Press, 1992;20–28.
28. Marsh R, Steinglass JE, Gerber AJ, Graziano O’Leary K, Wang Z, Murphy D, Walsh BT, Peterson BS. Deficient activity in the neural systems that mediate self-regulatory control in bulimia nervosa. *Archives of General Psychiatry*, 2009;66(1):51–63.
29. Le Grange D, Crosby RD, Rathouz PJ, Leventhal BL. A randomized controlled comparison of family-based treatment and supportive psychotherapy for adolescent bulimia nervosa. *Archives of General Psychiatry*, 2007;64(9):1049–1056.

Para más información sobre los trastornos de la alimentación

Información y organizaciones sobre los trastornos de la alimentación están disponibles mediante MedlinePlus (<http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish>) un servicio de la Biblioteca Nacional de Medicina.

Para más información de como participar en ensayos clínicos de los trastornos de la alimentación, llame al 1-866-615-6464* o personas con dificultades auditivas llamen al 1-866-415-8051*, o búsquen en los siguientes sitios web:

- Reclutamiento de Pacientes para Estudios Conducidos por el NIMH, NIH (<http://patientinfo.nimh.nih.gov> – en inglés)
- Ensayos Clínicos (<http://www.nimh.nih.gov/health/trials/index.shtml> – en inglés)
- ClinicalTrials.gov (<http://www.clinicaltrials.gov> – en inglés)

La información del Instituto Nacional de la Salud Mental (NIMH por sus siglas) está disponible en varios formatos. Usted puede navegar en el Internet, descargar documentos en PDF, y ordenar folletos impresos por correo. Si quiere obtener publicaciones del NIMH, usted puede ordenar estas por Internet en <http://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/index.shtml>.

Si no tiene acceso al Internet, por favor llame al Centro de Información y Recursos del NIMH a los números que aparecen a continuación.

Instituto Nacional de la Salud Mental

División de Redacción Científica, Prensa, y Difusión

6001 Executive Boulevard

Room 8184, MSC 9663

Bethesda, MD 20892-9663

Teléfono: 301-443-4513 o

1-866-615-NIMH (6464)*

Teléfono de texto/teletipo: 301-443-8431 o

1-866-415-8051*

FAX: 301-443-4279

Correo electrónico: nimhinfo@nih.gov

Sitio Web: <http://www.nimh.nih.gov>

*Las llamadas a los números telefónicos que empiezan con 1-866 son gratuitas para quienes viven en los Estados Unidos.

Reimpresiones

Esta publicación es de dominio público y puede ser reproducida o copiada sin permiso del Instituto Nacional de la Salud Mental (NIMH por sus siglas en inglés). El NIMH le incentiva que reproduzca y use esta publicación en sus esfuerzos dirigidos a mejorar la salud pública. Se agradece el citar al NIMH como fuente. Pero, usar materiales gubernamentales de manera inapropiada puede traer problemas legales o éticos, así que le pedimos usar las siguientes guías:

- El NIMH no respalda ni recomienda ningún producto, proceso, o servicio comercial, y esta publicación no puede ser utilizada para fines publicitarios o de recomendación.
- El NIMH no provee consejos médicos o recomendaciones de tratamiento específicos o remisiones; estos materiales no pueden ser utilizados de manera que indiquen tal tipo de información.
- El NIMH solicita que cuando las organizaciones no federales utilicen esta publicación no la alteren de manera que comprometa la integridad y la “marca comercial”.
- Si agrega logotipos y enlaces de sitios web que no pertenezcan al gobierno federal de algún producto o servicio comercial o servicio o tratamiento médico en específico, estos no pueden tener el aspecto de ser respaldados por NIMH.

Si tiene preguntas acerca de estas guías y del uso de las publicaciones del NIMH, por favor contacte al Centro de Información y Recursos del NIMH llamando al 1-866-615-6464 o enviando un correo electrónico a nimhinfo@nih.gov.

NIMH

National Institute
of Mental Health



DEPARTAMENTO DE SALUD Y SERVICIOS HUMANOS DE LOS ESTADOS UNIDOS

Institutos Nacionales de la Salud

Publicación de NIH Num. SP 11-4901

Modificado en el 2011

Traducido en agosto del 2011