

TRASTORNOS ALIMENTARIOS

Edición 2016

Phillipa Hay & Jane Morris

Edición: Matías Irrazaval & Andres Martin

Revisión: Fernanda Prieto-Tagle & Jasna Raventós



Gluttony - *Los Siete Pecados Capales y las Cuatro Últimas Cosas*.
Hieronymus Bosch. Museo del Prado, Madrid

Phillipa Hay DPhil, MD,
FRANZCP

Profesor de Salud Mental
y Psiquiatra Consultor,
Western Sydney University,
Campbelltown, NSW, Australia

Conflictos de interés: no se
declaran

Jane Morris MA, MB, BChir
(Cantab), MRCPsych

Psiquiatra Consultor, Unidad
Eden, Hospital Royal Cornhill,
Aberdeen, Escocia, Reino
Unido

Conflictos de interés: no se
declaran

Esta es una versión actualizada
realizada por Phillipa Hay del
capítulo escrito por Jane Morris
en el 2012

Agradecimientos: el trabajo
artístico fue proporcionado
por los pacientes del grupo de
jóvenes EDGE.

Esta publicación está dirigida a profesionales en formación o con práctica en salud mental y no para el público general. Las opiniones vertidas son de responsabilidad de sus autores y no representan necesariamente el punto de vista del Editor o de IACAPAP. Esta publicación busca describir los mejores tratamientos y las prácticas basadas en la evidencia científica disponible en el tiempo en que se escribió, tal como fueron evaluadas por los autores, y éstas pueden cambiar como resultado de nueva investigación. Los lectores deberán aplicar este conocimiento a los pacientes de acuerdo con las directrices y leyes de cada país en el que ejercen profesionalmente. Algunos medicamentos pueden no estar disponibles en algunos países, por lo que los lectores deberán consultar la información específica del fármaco debido a que ni se mencionan todas las dosis, ni todos los efectos no deseados. Las citas de organizaciones, publicaciones y enlaces de sitios de Internet tienen la finalidad de ilustrar situaciones, o se enlazan como una fuente adicional de información; lo que no significa que los autores, el Editor o IACAPAP avalen su contenido o recomendaciones, que deberán ser analizadas de manera crítica por el lector. Los sitios de Internet, a su vez, también pueden cambiar o dejar de existir.

©IACAPAP 2016. Esta es una publicación de acceso libre bajo criterios de [Licencia Creative Commons Atribución No Comercial](#). El uso, distribución y reproducción a través de cualquier medio están permitidos sin previa autorización siempre que la obra original esté debidamente citada y su uso no sea comercial. Envíe sus comentarios acerca de este libro digital o algún capítulo a jmreyATbigpond.net.au.

Cita sugerida: Hay P, Morris J. Trastornos alimentarios (Irrazaval M, Martin A. eds Prieto-Tagle F, ed.). En Rey JM (ed), *Manual de Salud Mental Infantil y Adolescente de la IACAPAP*. Ginebra: Asociación Internacional de Psiquiatría del Niño y el Adolescente y Profesiones Afines 2017.

Este capítulo se centrará en los tres principales trastornos alimentarios y de la ingestión de alimentos, la anorexia nerviosa, la bulimia nerviosa y, en menor medida, el trastorno por atracón. La anorexia y la bulimia nerviosa son dos de los trastornos psiquiátricos más comunes y graves de la adolescencia, caracterizados por un impulso obsesivo por perder peso. Otros trastornos – a menudo descritos como “trastornos de la ingesta alimentaria” y observados con más frecuencia en niños pequeños – se consideran aquí principalmente en términos de diagnóstico diferencial. Algunos de estos trastornos, como el trastorno de evitación/restricción de la ingestión de alimentos, comparten las secuelas psicológicas de la pérdida de peso y pueden evolucionar hacia una anorexia o bulimia secundaria si se desarrolla la obsesión por una imagen corporal delgada. Esto es particularmente probable en las culturas occidentales. La obesidad infantil no se aborda específicamente en este capítulo, aunque una variedad de dificultades psicológicas pueden estar asociadas con su origen y consecuencias.

En adelante, el término “padre” será utilizado para referirse a los padres, cuidadores y tutores, mientras que el término “niño” será utilizado para referirse tanto a niños como adolescentes, a menos que se especifique lo contrario. En ocasiones, se hace referencia al niño como “ella”, ya que la mayoría de los pacientes afectados pertenecen al género femenino, aunque ambos géneros están incluidos. Hablamos deliberadamente de “padres” en vez de sólo “madres”, ya que cuidadores de ambos géneros pueden contribuir de forma importante en la recuperación. En algunos casos se utiliza el término “adultos”, lo que indica que se incluye a los profesionales –médicos, enfermeras y otros terapeutas– en el comentario.

ANTECEDENTES HISTÓRICOS

La anorexia nerviosa es un síndrome caracterizado por un miedo intenso al aumento de peso, que se manifiesta en un amplio rango de conductas comensatorias



El médico inglés William Gull (1816-1890) y el francés Ernest-Charles Lasègue (1816-1883) (abajo) son considerados como los primeros en describir casi simultáneamente (en 1873) y de forma independiente lo que ahora llamamos anorexia nerviosa



Problemas alimentarios en los niños y sus características principales

- Retraso en el crecimiento: causas físicas o sociales
- Alimentación selectiva: selectividad extrema
- Alimentación restringida: el niño tiene escaso apetito, come una variedad normal de alimentos pero en pequeñas cantidades
- Disfagia funcional: miedo a vomitar o ahogarse—evitación de ciertos alimentos
- Rechazo de alimentos: rechazo a comer más que intención de adelgazar
- Síndrome de rechazo generalizado: no sólo rechaza alimentos sino que también rechaza beber, hablar, caminar y realizar cualquier forma de autocuidado. Puede ser consecuencia de un trauma grave.
- Trastorno emocional de evitación de alimentos: alteración del ánimo con pérdida de peso
- Trastorno obsesivo compulsivo: rituales al comer y otros rituales
- Pérdida de peso asociada al uso de psicoestimulantes (p.ej., para el TDAH)
- Aumento de peso asociado al uso de fármacos antipsicóticos, que aumentan el apetito
- Anorexia y bulimia nerviosa
- Trastorno de evitación/restricción de la ingestión de alimentos: falta de interés en comer o en los alimentos, evitación por el color, olor, textura, etc. de los alimentos.

para perder peso. Ha sido reconocida durante muchos siglos, en todas las sociedades, incluso donde la preferencia cultural es el de una apariencia bien alimentada. Se cree que algunas santas cristianas de la época medieval, como Santa Catalina de Siena, sufrieron de anorexia nerviosa, mientras que Richard Morton es reconocido por haber descrito dos casos en un artículo que data de 1689. A finales del siglo XIX existió competencia entre el médico inglés William Gull (1874) y el francés Lasègue, donde ambos afirmaban haber sido los primeros en describir el trastorno. Si bien los expertos siguen en desacuerdo, parece ser que fue Lasègue (1873) quien dio al síndrome el nombre “anorexia”, el que perdura hasta hoy, en su artículo *De L'Anorexie Hystérique (De la Anorexia Histórica, en francés)*.

La conciencia del trastorno estuvo limitada en gran medida a la profesión médica hasta finales del siglo XX, cuando la psicoanalista germano-estadounidense Hilde Bruch publicó su popular obra *The Golden Cage: the Enigma of Anorexia Nervosa (La Jaula de Oro: el Enigma de la Anorexia Nerviosa, en inglés)* en 1978. Al mismo tiempo, los médicos también estaban tomando conciencia de una nueva “variante ominosa de la anorexia nerviosa”, o “bulimia nerviosa”, como Russell (1979) describió el trastorno. El nombre bulimia nerviosa se utilizó para describir la epidemia recién observada, caracterizada por una ingesta descontrolada, con presencia de atracones que socavan los intentos del paciente por perder peso.

DEFINICIONES

La alteración de la ingesta es sólo uno de los síntomas de la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa. Puede ser más útil considerarlos como trastornos caracterizados por un miedo obsesivo al aumento de peso,

Índice de Masa Corporal (IMC)

- El Índice de Masa Corporal (IMC, Índice de Quetelet) es un índice de adiposidad utilizado frecuentemente que controla los efectos de la altura al evaluar el peso
- $IMC = \text{peso en kg} / \text{altura (en metros)}^2$
- El IMC se utiliza en las tablas actuariales, ya que un IMC de 20 a 25 se asocia con una menor morbilidad y mortalidad
- Los niños y adolescentes se encuentran en un estado de crecimiento continuo e irregular, por lo que el IMC puede ser ciego a una baja en la estatura y el peso esperados

Tabla H.1.1 Síntomas utilizados para el diagnóstico de anorexia y bulimia nerviosa

Anorexia nerviosa	Bulimia nerviosa
<i>Ingesta anormal</i>	
<ul style="list-style-type: none"> • Restricción de la ingesta alimentaria y pérdida de peso, con peso inferior al mínimo esperado para la edad, género y etapa del desarrollo* 	<ul style="list-style-type: none"> • Episodios recurrentes de atracones que se asocian a una sensación de falta de control, y donde se ingiere una cantidad de alimentos inusualmente grande
<i>Miedo intenso a ganar peso</i>	
<ul style="list-style-type: none"> • Comportamiento persistente que interfiere con el aumento de peso (p.ej., hacer dieta, ejercicio—tipo restrictivo—vómitos, purgas, uso de laxantes—tipo purgativo) 	<ul style="list-style-type: none"> • Comportamientos compensatorios inapropiados recurrentes para evitar el aumento de peso después del atracón (p.ej., vomitar después del atracón, purgas—tipo purgativo—alternar periodos de ayuno y ejercicio excesivo—tipo no purgativo) • A menudo el peso está en el rango promedio o por encima del promedio
<i>Distorsión de la imagen corporal</i>	
<ul style="list-style-type: none"> • Influencia impropia del peso o la constitución corporal en la autoevaluación • Falta persistente de reconocimiento de la gravedad del bajo peso corporal actual 	

*El DSM-5 no establece un límite superior para el estado de bajo peso. **El trastorno por atracón** sólo requiere atracones recurrentes con marcada angustia y especificaciones características de la ingesta excesiva de alimentos, como el disgusto con uno mismo tras el atracón.

involucrando un rango de diferentes compulsiones diseñadas para evitar la temida consecuencia. El término anorexia, que literalmente significa “ausencia de hambre”, es particularmente inadecuado para describir una

Trastorno	Peso	Preocupación por la imagen corporal	Presencia de atracones	Purgas	Comentarios
Inanición por falta de alimentos	Bajo	No	Cuando hay disponibilidad de alimentos	No	La inanición desencadena consecuencias psicológicas
Pérdida de peso por enfermedad física	Bajo	No	Infrecuente	No, aunque pueden presentarse vómitos y diarrea como parte de la enfermedad	
Anorexia nerviosa, subtipo restrictivo (AN-R)	Bajo, y en general estable	Sí, marcada, si bien en ocasiones la delgadez y la inanición son valoradas por razones religiosas	No	No, por definición. A pesar de ello el ejercicio compulsivo está presente con frecuencia	Autoagresiones como forma de castigo, o en caso de que se imponga la realimentación
Anorexia nerviosa, subtipo purgativo (AN-P)	Bajo y fluctuante	Sí, como en la AN-R	Sí, pero frecuentemente más pequeños que en la bulimia nerviosa	Sí, mediante la autoinducción de vómitos, uso de laxantes, ejercicio compulsivo o hiperactividad	Ver arriba
Bulimia nerviosa	Normal	Sí	Sí, a menudo masivos	Sí	
Trastorno alimentario en la psicosis	Bajo o normal	A veces. Las explicaciones pueden ser bizarras o delirantes	Ocasionalmente	Rara vez	
Trastorno del espectro del autismo	Bajo peso, peso normal o sobrepeso	A veces, y puede ser excéntrica	Ocasionalmente	Ocasionalmente	El ejercicio también se puede volver compulsivo
Trastorno de la ingesta alimentaria evitativo/restrictivo	Puede estar bajo o disminuir	No	No frecuente	No frecuente	
Trastorno obsesivo compulsivo	Bajo peso, peso normal o sobrepeso	Frecuente (dismorfia corporal)	Variable	Variable	Todos los hábitos pueden volverse objeto de obsesión

AN-R: anorexia nerviosa, subtipo restrictivo; AN-P: anorexia nerviosa, subtipo purgativo.

enfermedad en la que los afectados están constantemente obsesionados por los pensamientos – e incluso sueños – relativos a los alimentos, y atormentados por la lucha por resistir el hambre extremo, para así evitar ganar peso.

La restricción de la ingesta es obviamente una característica importante, pero existen muchas otras conductas compensatorias, tales como el ejercicio excesivo, las conductas purgativas y la comprobación y autoconfirmación de la constitución corporal, por ejemplo, pesarse, medirse o mirarse al espejo. La definición precisa de los trastornos alimentarios es fuente de controversia, ya que los diagnósticos psiquiátricos están en constante evolución. El DSM (Asociación Americana de Psiquiatría, 2013) y la CIE (Organización Mundial de la Salud, 1992) tienden de forma gradual a la descripción de síndromes que incluyen grupos de síntomas estadísticamente válidos, reflejar la creciente comprensión genética y neurológica de la psicopatología, y predecir la respuesta al tratamiento. Estas consideraciones hacen que valga la pena, incluso en niños y adolescentes, dividir los trastornos en anorexia nerviosa y bulimia nerviosa, reconociendo que algunos de ellos se superponen y reconociendo también que el uso del peso o del índice masa corporal (IMC) para distinguir ambos trastornos puede no ser un buen indicador de la naturaleza del trastorno psicológico central. Los niños y adolescentes con bulimia nerviosa, que por definición tienen un peso normal, comparten el impulso de la delgadez. Sin embargo, las personas que mantienen un peso bajo durante largos períodos de tiempo mediante la restricción exclusiva o acompañada de ejercicio pueden ser genéticamente diferentes de las que desarrollan atracones y conductas purgativas (Kiezebrink et al, 2009).

Los trastornos con una preocupación sobre la imagen corporal se observan cada vez más en niños prepuberales de ambos sexos. La nomenclatura resulta confusa para los profesionales que no son especialistas en el tema. Por un lado, existen los denominados trastornos de la “ingesta”, como el trastorno evitativo/restrictivo de la ingesta alimentaria, en el que los alimentos se evitan por razones distintas a su capacidad de engorde y que se producen en el contexto de otros trastornos físicos y psicológicos. Por otra parte, la anorexia nerviosa se caracteriza por un deseo deliberado por bajar de peso. El trastorno evitativo/restrictivo de la ingesta alimentaria, caracterizado por una evitación obsesiva de los alimentos, pero sin la preocupación por la imagen corporal, puede parecerse mucho a la anorexia nerviosa.

EPIDEMIOLOGÍA, GÉNERO Y CULTURA

Anorexia nerviosa

La promedia de la edad de inicio de la anorexia nerviosa está alrededor de los 15 a los 19 años. Es la causa más frecuente de pérdida de peso en las adolescentes y la causa más frecuente de ingreso en los servicios hospitalarios de niños y adolescentes. Eric Stice y sus colegas (2013) descubrieron que alrededor del 1% de las mujeres de 20 años de edad tenían antecedentes de anorexia nerviosa o anorexia atípica. Esto se aproxima a la incidencia reportada en una serie de estudios epidemiológicos. Se han reportado resultados similares en los adolescentes

¿Son cada vez más frecuentes los trastornos alimentarios?

La anorexia nerviosa se ha observado en todos los periodos históricos y áreas geográficas. Los estudios de incidencia clínica indican que lo más probable es que haya habido un pequeño aumento en el siglo XX en las mujeres jóvenes.

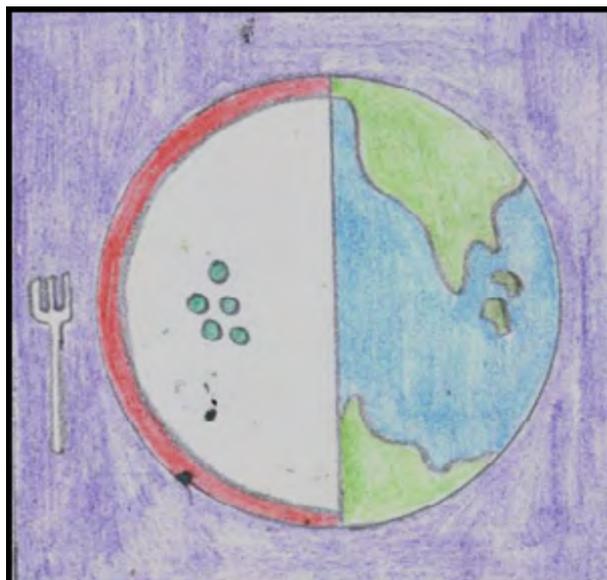
La bulimia nerviosa y el trastorno por atracón emergieron en gran cantidad en los países desarrollados en el siglo XX, reflejando tanto un aumento de la disponibilidad de alimentos como del valor atribuido a la delgadez.

La isla de Fiji es un ejemplo de la propagación mundial de los trastornos alimentarios (Pike y Dunne, 2015). Fiji no tuvo acceso a la televisión durante muchos años. Su población experimentó un aumento de los trastornos alimentarios después de la introducción de la televisión, en gran parte de la bulimia nerviosa y el trastorno por atracón. A pesar del aumento de la prevalencia de las dietas, el IMC medio de la población aumentó.

El trastorno por atracón es actualmente el problema mundial que ha crecido más rápidamente.

australianos. Sin embargo, se ha encontrado que el tener un trastorno alimentario clínico o subclínico en la adolescencia está asociado con un mayor riesgo de otros problemas de salud mental en la vida adulta (Patton et al, 2003).

Si bien más del 90% de las personas que padecen anorexia son mujeres; cuando la prevalencia se mide a lo largo de la vida, en los niños pequeños la diferencia de género en la prevalencia se reduce (Madden et al, 2009). También existe una creciente conciencia de que las preocupaciones sobre la imagen corporal pueden tomar una forma diferente en los adolescentes varones. Algunos hombres describen esforzarse por conseguir un cuerpo musculado en lugar de uno delgado. En estos casos, el signo más temprano del trastorno puede ser el ejercicio compulsivo, en lugar de la restricción alimentaria. Algunos niños se vuelven adictos al ejercicio, sin presentar preocupación por su imagen corporal en un inicio, aunque suelen desarrollarla posteriormente.



Las razones a la base de la evitación de los alimentos varía de una cultura a otra, con explicaciones religiosas para el ayuno y la abstinencia en algunos casos. Blake Woodside (2003) describió a pacientes de la India que atribuían su rechazo a alimentarse a problemas gastrointestinales. Sorprendentemente, si estas personas recibían tratamiento en grupos con pacientes con anorexia *occidental*, a menudo desarrollaban el miedo a la ganancia de peso y la preocupación por la imagen corporal, lo que reemplazaba a las molestias somáticas iniciales. Incluso en contextos occidentales, algunos pacientes inician el trastorno con preocupaciones *somáticas* o *ascéticas*, pero luego evolucionan reatribuyendo su conducta al deseo de delgadez promocionado por los medios de comunicación.

Se desconoce la epidemiología del trastorno evitativo/restrictivo de la ingesta alimentaria. Sin embargo, en los niños muy pequeños puede ser una minoría considerable de presentación clínica y es más frecuente que la anorexia nerviosa en los niños (Nicely et al, 2014).

Bulimia nerviosa y trastorno por atracón

La aparición de la bulimia nerviosa hacia finales del siglo XX coincide tanto con la glorificación de un cuerpo delgado por parte de los medios de comunicación, tanto para la bulimia nerviosa como para el trastorno por atracón, como con la creciente disponibilidad de productos sabrosos y ricos en calorías listos para consumir y la pérdida del ritual de comer en familia. El pico de edad de aparición es similar al de la anorexia nerviosa – 15-20 años (Kessler et al, 2013). Sin embargo, los síntomas son más fáciles de encubrir que en la anorexia nerviosa, y la consulta a un especialista en promedio no ocurre hasta que el paciente ha sido consciente del trastorno por alrededor de un promedio de 10 años.

Hasta el 12% de las adolescentes pueden experimentar bulimia nerviosa, un trastorno por atracón o una presentación en forma de bulimia nerviosa o

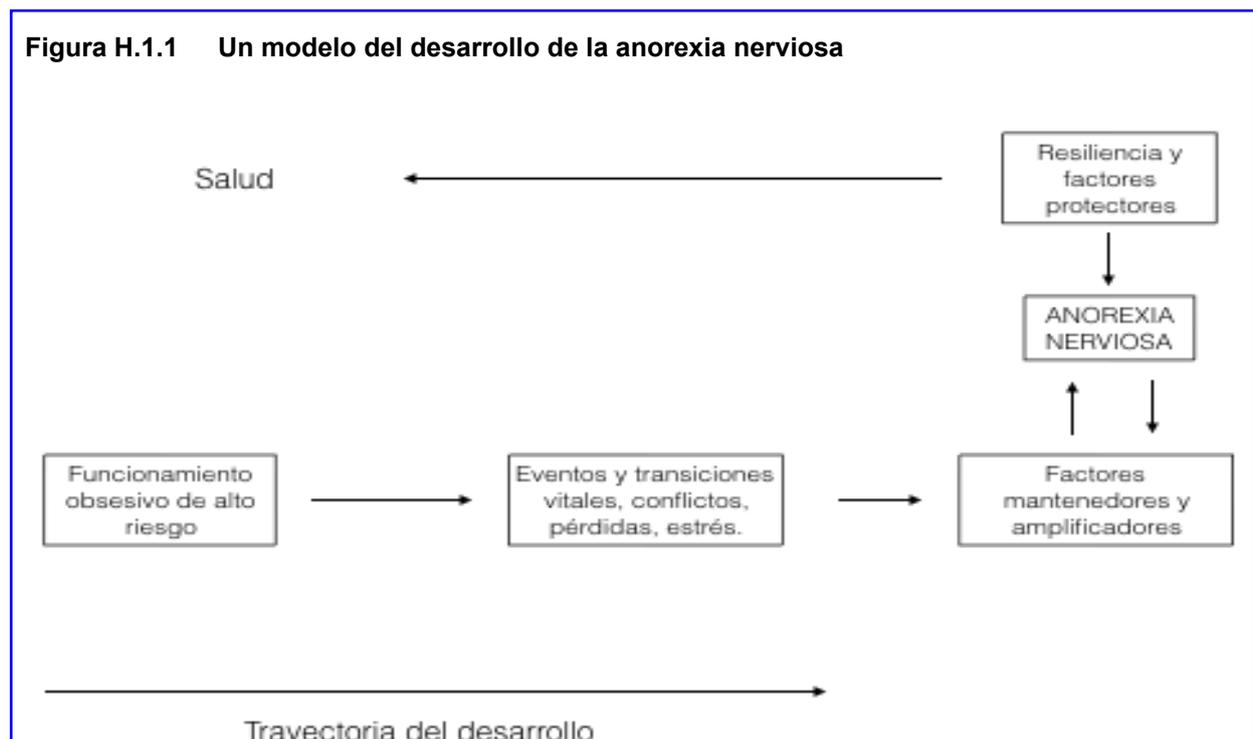
de trastorno por atracón dentro de un *trastorno alimentario o de la ingestión de alimentos especificado* (TAIAE) o de un *trastorno alimentario y de la ingestión de alimentos no especificado* (TAIANE) (Stice et al., 2013). Todavía no se sabe cuántos niños varones están afectados, pero una creciente preocupación sobre la apariencia de los niños puede estar contribuyendo al aumento de este trastorno. Se cree que los niños varones de la comunidad homosexual presentan un mayor riesgo de desarrollar una bulimia nerviosa. En los estudios de personas mayores de 15 años, existe una creciente y amplia minoría de hombres con trastornos alimentarios y, en particular, con trastorno por atracón (Mitchison et al., 2014).

ETIOLOGÍA Y FACTORES DE RIESGO

Genética y neurobiología

Existe evidencia sustancial de la existencia de factores genéticos complejos que predisponen al desarrollo de los diversos trastornos alimentarios – que no necesariamente corresponden a categorías diagnósticas reconocidas (Mitchison et al., 2014). Los estudios familiares han demostrado la agregación de casos dentro de las familias, mientras que estudios en gemelos, tanto para la anorexia como para la bulimia, indican una mayor concordancia en gemelos monocigóticos que en gemelos dicigóticos. Estudios escandinavos (Gillberg & Råstam, 1992) sugieren una asociación entre la anorexia y los trastornos del espectro del autismo como el síndrome de Asperger, especialmente en los pacientes de género masculino.

Cuando existe un miembro de la familia con diagnóstico de anorexia, a menudo se observa que otros familiares presentan rasgos de personalidad altamente perfeccionistas y obsesivos. En lugar de heredar un trastorno alimenticio per se, los individuos heredan rasgos de personalidad



perfeccionistas y elevada ansiedad y una menor coherencia central (la tendencia cognitiva a percibir detalles en lugar de una visión general del contexto).

En los casos en que existe un miembro familiar con diagnóstico de bulimia o trastorno por atracón, los familiares son especialmente vulnerables a desarrollar obesidad, depresión y abuso de sustancias. También se ha observado que los trastornos alimentarios suelen complicarse o presentarse como comorbilidad de un trastorno de la personalidad límite.

Mirando hacia el futuro, se está intensificando la investigación sobre la relación entre la alteración de las hormonas intestinales y la regulación del apetito en los trastornos alimentarios. Potencialmente, el impacto de la inanición sobre la microbiota intestinal puede ayudar a explicar los cambios en la saciedad y en la percepción del gusto en las personas que tienen anorexia nerviosa.

Factores ambientales

En las familias con al menos un miembro con un trastorno alimentario pueden contribuir tanto la genética como el ambiente. Considerando que los trastornos alimentarios ocurren en un ambiente familiar con mayor riesgo genético, resulta difícil separar ambos factores y determinar el aporte de cada uno al desarrollo de la enfermedad.

Algunos estudios muestran una alta incidencia de pérdida perinatal en las familias de adolescentes con anorexia (Shoebridge & Gowers, 2000), que sugieren un papel causal del duelo patológico. Sin embargo, el estudio no consideró la posibilidad de que las madres estudiadas fueran de bajo peso y por lo tanto con mayor probabilidad de aborto espontáneo. El mismo estudio encontró que las niñas con anorexia eran menos propensas que los controles a pasar una noche fuera de casa antes de los 12 años de edad. Esto puede reflejar una respuesta empática a la personalidad de los niños, más que una causa del trastorno.

Factores desencadenantes

La pubertad y la adolescencia son sin duda los principales factores desencadenantes (Mitchison et al, 2014). En estas etapas los jóvenes experimentan simultáneamente el reto de lidiar con un cuerpo cambiante y en crecimiento, cambios hormonales, nuevas expectativas culturales, demandas de índole sexual, intelectual y social, y la necesidad de procesar todo esto con un cerebro que desde un punto de vista anatómico y químico se encuentra en un estado de cambio constante. A pesar de ello, los elementos descritos anteriormente *no son desencadenantes específicos*. En jóvenes con diferentes vulnerabilidades predisponentes, estos factores desencadenantes pueden precipitar diferentes trastornos, como un trastorno depresivo, un trastorno obsesivo compulsivo o el abuso de sustancias. En particular, las personas con un trastorno por atracón o una bulimia nerviosa pueden desarrollar un problema cuando se utiliza el atracón para aliviar el estado de ánimo bajo.

En particular, el inicio de la anorexia y la bulimia puede ser provocado por precipitantes idénticos, e incluso pueden parecer similares por un

¿Qué es un atracón?

La definición de un atracón es:

El consumo de una cantidad de comida en un solo episodio, que es:

- Considerablemente mayor a lo que sería razonable consumir en una comida única en un determinado periodo de tiempo
- Y
- Existe una sensación de pérdida de control sobre la ingesta de los alimentos.

Los pacientes eventualmente pueden dejar de intentar controlar los atracones e incluso planearlos. Algunos pacientes con anorexia describen cualquier ingesta no planificada de alimentos como un atracón. En la bulimia nerviosa generalmente existe una conducta purgativa después de un atracón y los pacientes pueden usar el término atracón para referirse a la conducta de purga en sí misma. Puede ser que en la CIE-11 se elimine el requisito de que el atracón sea objetivamente grande.

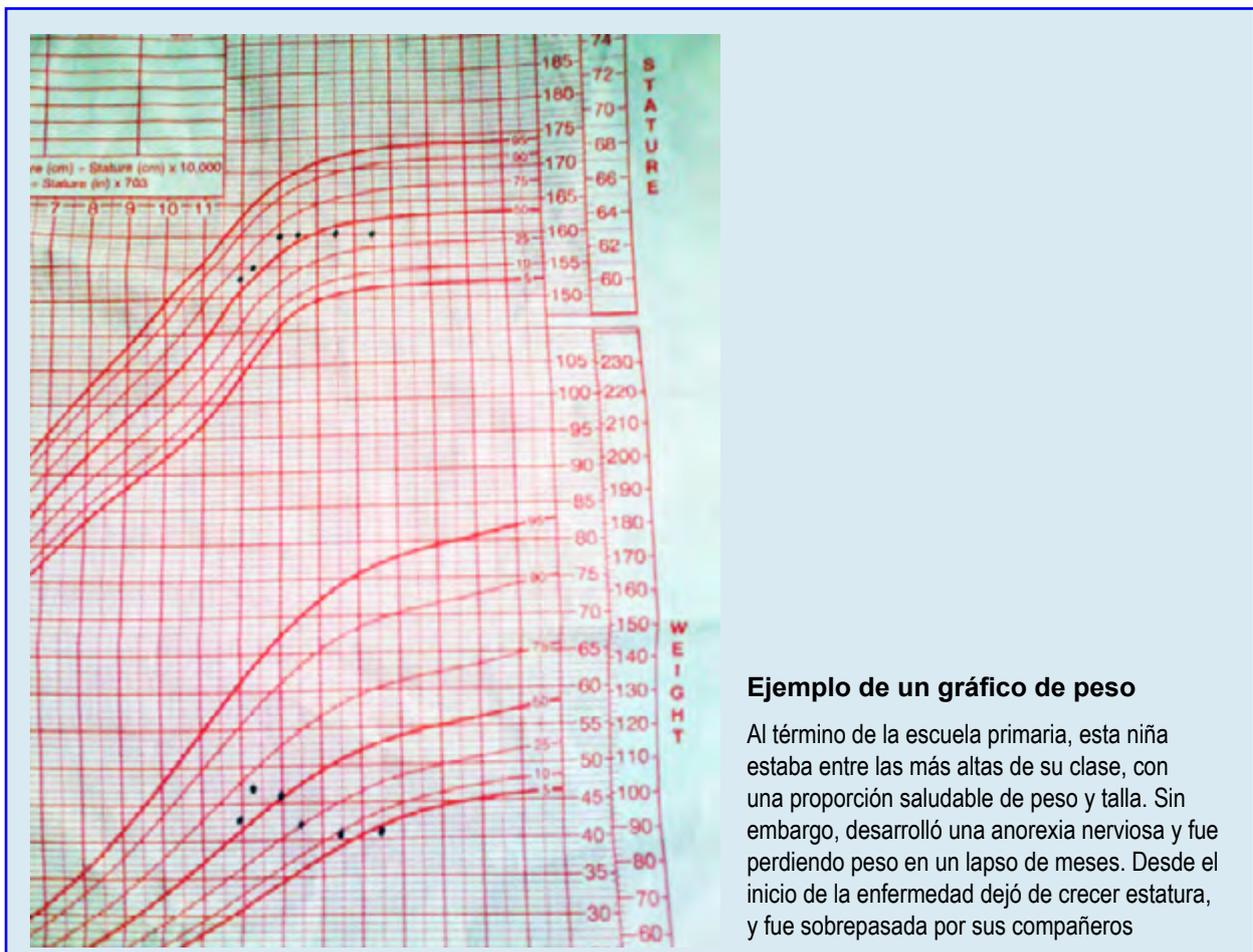
Sita

Sita, de 14 años de edad, consultó en el servicio de salud mental adolescente luego de que múltiples estudios gastrointestinales fallaran en explicar su baja de peso, constipación y dolor abdominal. Fue evaluada por un psicólogo, quien planteó la posibilidad de un abuso sexual—lo que causó la indignación de los padres de Sita. Ella había dejado de comer cada tipo de alimento que asociaba a su dolor abdominal y al momento de la evaluación seguía una dieta estricta con pequeñas cantidades de alimentos.

Fue hospitalizada en el servicio de pediatría donde se negó a comer la mayoría de los alimentos disponibles en el menú e incluso tuvo que ser alimentada mediante una sonda nasogástrica (con el consentimiento de la paciente y sus padres) como última medida para alimentarla. Sin embargo, a medida que su peso aumentaba, Sita se angustió mucho y solicitó irse a casa porque no podía tolerar “engordar”. Fue reevaluada por un psicólogo infantil, que hizo el diagnóstico de anorexia nerviosa.

tiempo. Los adolescentes con bulimia nerviosa pueden inicialmente perder algo de peso antes que los atracones lo reviertan y algunos pacientes siguen un curso fluctuante, moviéndose entre diferentes diagnósticos. Este estado poco satisfactorio dificulta el uso de las definiciones y clasificaciones actuales para distinguir entre trastornos que bien pueden tener diferentes raíces genéticas y tal vez responder a diferentes tratamientos.

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y DIAGNÓSTICO



Questionario SCOFF (Morgan et al,1999)

- ¿Te provocas el vómito (**S**ick) porque te sientes incómodamente lleno?
- ¿Te preocupa haber perdido el control (**C**ontrol) sobre cuánto comes?
- ¿Has perdido recientemente más de seis kilos (**O**ne stone) de peso en un periodo de tres meses?
- ¿Crees que estás gordo/a (**F**at) cuando los demás te dicen que estás delgado?
- ¿Dirías que la comida (**F**ood) domina tu vida?

Anorexia nerviosa

Las clasificaciones psiquiátricas como la CIE-10 y el DSM-5 definen la anorexia nerviosa como:

- Restricción de la ingesta energética que lleva a la pérdida deliberada de peso, o a la falta de crecimiento e incremento en peso y estatura según lo esperado por edad y género, con
- Miedo intenso al aumento de peso y/o fracaso persistente a mantener un peso normal para la edad y estatura, y
- Alteración de la imagen corporal, que traduce cualquier malestar en la percepción de que su cuerpo está demasiado gordo.

Para que los pacientes cumplan con los criterios diagnósticos, debe haber por lo menos una pérdida del 15% del peso normal mínimo o, de acuerdo con la CIE-10, un IMC por debajo de 17,5 en los adultos. La menstruación generalmente está ausente (aunque las mujeres que toman la píldora anticonceptiva pueden tener sangrado por abstinencia). En los hombres, la testosterona baja causa atrofia genital y ausencia de erecciones matutinas. En el *subtipo restrictivo*, el bajo peso se logra por inanición exclusiva o acompañada de un exceso de actividad. El *subtipo purgativo* involucra purgas por medio de vómitos, uso de laxantes, diuréticos o píldoras adelgazantes para eliminar calorías. Existe un amplio acuerdo en que estos criterios excluyen a muchas personas que pueden encajar en el diagnóstico y el DSM-5 ha introducido una nueva categoría bajo el nombre de *otro trastorno alimentario y de la ingesta alimentaria especificado*: la *anorexia nerviosa atípica* en la que la persona puede haber perdido una cantidad importante de peso pero no está técnicamente por debajo del peso normal.

En los niños y adolescentes es aún más importante no aferrarse a las definiciones estrictas de peso normal y el DSM-5 no especifica un límite superior del criterio de insuficiencia ponderal. Esto reconoce que el peso y la estatura son fluctuantes en un cuerpo en crecimiento. Un niño sano de 12 años de edad, en el percentil 50 de peso y talla, tendrá un IMC de alrededor de 17,5 – que sería bajo peso para la mayoría de las mujeres adultas. Por otro lado, la hija adolescente de unos padres de gran estatura puede tener un IMC dentro del rango normal a pesar de haber restringido severamente su ingesta para que su tasa metabólica se ralentice; la adolescente deja de crecer y experimenta síntomas obsesivos graves. Actualmente sería diagnosticada con una anorexia nerviosa atípica.

Una buena práctica es marcar en las gráficas de las curvas de crecimiento del niño el peso y la talla para comparar la progresión de manera que pueda observarse la tendencia a lo largo del tiempo. La información

Questionarios y escalas de evaluación útiles

- El Examen de Trastornos Alimentarios (Eating Disorders Examination, en inglés), versión de autorreporte (EDE-Q; Fairburn & Beglin, 1994). Disponible en forma gratuita, es uno de los cuestionarios de autorreporte más utilizados; adecuado para adolescentes, pero no para niños pequeños.
- Inventario de Trastornos Alimentarios (Eating Disorders Inventory-3, en inglés)(Garner, 2004). Cuestionario de autorreporte, aborda 12 dominios de pensamientos y conductas respecto a la alimentación y el funcionamiento social; validado para niños pequeños y niños sensibles al cambio.
- La Escala de Actitudes Alimentarias para Niños (The Children's Eating Attitudes Test, en inglés, (ChEAT); Maloney et al, 1988). Versión de la Escala de Actitudes Alimentarias para adultos (EAT), cuestionario autoaplicado
- Escala de Resultados Medios de Morgan-Russell (Morgan-Russell Average Outcome Scale, en inglés (MRAOS); Morgan & Hayward, 1988). Medida basada

sobre la talla de los padres mejora la perspectiva desde la cual se evalúa el crecimiento. La trayectoria de peso y talla resultante de un niño es nuestra mejor aproximación para evaluar la nutrición saludable del cerebro en desarrollo. Como ya se ha comentado, las definiciones y clasificaciones actuales fracasan a la hora de discriminar entre las probables diferencias de susceptibilidad genética, pero los adolescentes cuyo trastorno alimentario causa desnutrición deben ser realimentados para prevenir el daño físico y neurológico, independientemente de la etiología precisa.

Los pacientes con anorexia nerviosa frecuentemente defienden sus conductas, o bien se encuentran tan enfrascados en perder peso que no advierten ni admiten las consecuencias físicas y sociales de la inanición, por lo que es importante obtener información de sus padres, hermanos u otras personas cercanas. Se recomienda documentar la cronología de la pérdida de peso, el peso más alto y el más bajo del paciente, el peso preferido y la menstruación. Los profesionales de salud necesitan saber sobre el consumo diario actual de alimentos, los líquidos consumidos, incluyendo bebidas bajas en calorías y con cafeína, alcohol, drogas y medicamentos; también la presencia de vómitos autoinducidos, actividad y ejercicio compulsivos, uso de laxantes, píldoras dietéticas, hierbas medicinales y exposición deliberada al frío. Estos comportamientos interfieren en la salud y el funcionamiento social, así como entorpecen el aumento de peso. Los pacientes usualmente practican una combinación de comportamientos repetitivos de evaluación del cuerpo (pesarse, medirse el cuerpo, mirarse al espejo, tocarse, pellizcarse, probarse atuendos específicos y compararse con otros) y de evitación (negarse a usar traje de baño en público o no llevar maquillaje, o ser incapaz de tomar un baño por la persistente necesidad de mirar su propio cuerpo). El aislamiento social y los conflictos son frecuentes, y las niñas tímidas y obedientes pueden volverse violentas verbalmente o físicamente, o dañarse a sí mismas si sus normas de alimentación desordenadas se cambian. Las personas con bulimia pueden pasar tanta hambre que roban o acaparan alimentos.

Sorprendentemente, incluso el muy bajo peso puede no ser advertido cuando los pacientes lo ocultan vistiéndose o maquillándose de forma inteligente. Los miembros de la familia que ven a la persona a diario, pueden no notar los cambios graduales. Por esto, es de gran ayuda crear un clima de conciencia de esta enfermedad en las escuelas y centros de atención primaria, para aumentar la detección precoz. Se puede convertir en un hábito rutinario el preguntar a los pacientes jóvenes sobre sus hábitos alimentarios en cada consulta médica. El cuestionario SCOFF (Morgan et al, 1999) es un instrumento breve y validado para el cribado de los trastornos alimentarios, conceptualmente similar al cuestionario CAGE para los problemas por abuso de alcohol (ver Cuadro). Es importante buscar de forma activa los síntomas psicológicos de los trastornos alimentarios, más que limitarse a excluir las enfermedades físicas. En nuestro afán por no pasar por alto una posible diabetes, tirotoxicosis, fibrosis quística, enfermedades intestinales, cáncer u otras causas de una baja de peso, los jóvenes son sobre estudiados, mientras que a menudo omitimos la posibilidad de una anorexia nerviosa.

Bulimia nerviosa

en la entrevista de los resultados generales en la anorexia nerviosa (sin derechos de autor).

- Evaluación de la Bulimia (Bulimic Investigatory Test, en inglés, (BITE); Freeman & Henderson, 1997). Cuestionario de autorreporte validado en adultos, pero también puede ser utilizado en adolescentes; altamente sensible al cambio en los síntomas bulímicos, y por lo tanto útil para registrar los avances en el tratamiento (sin derechos de autor).

No a la anorexia

“Pensé que esto podría ser una oportunidad de utilizar mi sufrimiento para transmitir un mensaje y finalmente dar una imagen de lo que la delgadez representa y el daño al que conduce — que es la muerte”, dijo Isabelle Caro, una actriz y modelo francesa que murió debido a las complicaciones de la anorexia nerviosa el 17 de noviembre de 2010 en Tokio, Japón. Tenía 28 años de edad.

Caro había recibido una serie de tratamientos, sin éxito. Sufrió de anorexia desde que tenía 13 años, y fue hospitalizada por primera vez a los 20 años. En el 2006, su peor momento, cayó en coma cuando sólo pesaba 25 kilos (con un IMC de 9.2).

Caro dedicó los últimos años de su vida a luchar contra el uso en la industria de la moda de modelos extremadamente delgadas. En el clímax de su campaña posó desnuda para ser fotografiada para una campaña anti-anorexia de una marca de ropa. Su fotografía, bajo la frase “No a la Anorexia”, fue distribuida en diarios y letreros durante la semana de la moda de Milán de 2007. En ese momento, ella tenía un IMC menor a 12. La industria de la moda estaba en el punto de mira debido a la anorexia, después de que una modelo brasileña de 21 años muriera a causa del trastorno. La fotografía de Caro causó gran revuelo, desatando un amplio debate. En un inicio, la campaña fue aprobada por el Departamento de Salud de Italia; sin embargo, más tarde fue prohibida por el comité de vigilancia de publicidad, mientras que las autoridades francesas advirtieron a compañías francesas respecto a no utilizar el material. Algunos grupos que trabajaban con pacientes con anorexia también pensaron que la campaña no era útil. Caro habló frecuentemente sobre la anorexia, sus inútiles esfuerzos por superarla y la amenaza de trastornos alimentarios en la industria de la moda. Además, se encontraba trabajando en la aprobación de una ley por parte del parlamento francés que impidiera la contratación de modelos con delgadez extrema.

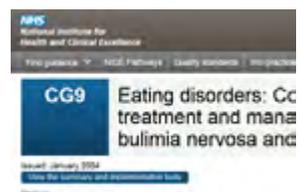


Muere activista de “No a la anorexia”. Boletín de la IACAPAP, Febrero 2011, p. 28.

Generalmente, este diagnóstico se realiza a partir de la presencia de conductas purgativas en una persona de peso normal – el cuestionario BITE (ver Apéndice) es una herramienta útil para evaluar el rango y la gravedad de los síntomas. La presencia de menstruaciones irregulares, alteraciones de la fertilidad, convulsiones sin explicación y fatiga crónica deberían alertarnos de un posible trastorno alimentario. Los síntomas gastrointestinales pueden ser tanto una consecuencia como la excusa para un trastorno alimentario (como en la viñeta del caso de Sita). Otras presentaciones psicológicas incluyen la depresión, la ansiedad, los síntomas obsesivos y los conflictos interpersonales. Por desdichado las niñas corren un riesgo más elevado, pero a los niños con una pérdida de peso inexplicable también se les debe preguntar sobre la dieta, el ejercicio y las actitudes con respecto a su físico. La observación en un hospital u hospital de día puede revelar síntomas que un paciente no ha querido comunicar a los médicos.

Trastorno por atracón

Este diagnóstico se realiza ante la presencia de atracones recurrentes en ausencia de purgas, vómitos, ayuno o ejercicio compulsivo como conductas compensatorias. Estos comportamientos de control de peso pueden estar presentes, pero no alcanzan el umbral en cuanto a frecuencia para un diagnóstico de bulimia nerviosa. A diferencia de la anorexia y la bulimia nerviosa, la preocupación por la imagen corporal no es un requisito.



[Haga clic en la imagen para acceder a un resumen de la guía NICE](#)

Sin embargo, se requiere la presencia de malestar significativo y al menos otros tres síntomas consecuentes al atracón (como la culpa y la repugnancia).

Otros trastornos

El DSM-5 especifica otras cinco categorías de *otro trastorno alimentario o de la ingestión de alimentos especificado* (TAIAE):

- Anorexia nerviosa atípica
- Bulimia nerviosa de frecuencia baja y/o duración limitada
- Trastorno por atracón de frecuencia baja y/o duración limitada
- Trastorno por purgas, y
- Síndrome de ingestión nocturna de alimentos.

Las personas que no cumplen con los criterios para *otro trastorno alimentario y de la ingestión de alimentos especificado* o el *trastorno de evitación/restricción de la ingestión de alimentos* (evitación/restricción de la ingesta con consecuencias físicas o psicológicas en ausencia de preocupación por la imagen corporal) pueden ser diagnosticadas de un *trastorno alimentario o de la ingestión de alimentos no especificado*. Es probable que la revisión de la CIE (CIE-11) introduzca también el trastorno de evitación/restricción de la ingestión de alimentos y otras categorías subclínicas.

EVALUACIÓN DE LA CONDICIÓN FÍSICA Y LOS SÍNTOMAS PSICOLÓGICOS

Los trastornos alimentarios y de la ingesta de alimentos necesitan una evaluación multidisciplinaria, que incluya evaluaciones físicas, diarios de alimentación, gráficos de crecimiento y evaluación psiquiátrica. Los antecedentes familiares y la participación de la familia son cruciales; es esclarecedor observar una comida familiar, preferiblemente en el hogar. Alternativamente, se le puede pedir a la familia que traiga una comida campestre para comer en la clínica.

Es fundamental medir y pesar a los pacientes – es probable que la reticencia extrema a ser pesado sea un síntoma de la preocupación excesiva por la imagen corporal. Esto puede contribuir a explicar que los pacientes que cooperan con la evaluación física puedan ser manejados de manera más segura como pacientes ambulatorios que aquellos que no cooperan, donde la gravedad de la inanición sólo puede ser estimada. A veces los médicos se niegan a admitir a los pacientes con un diagnóstico psiquiátrico en los servicios de salud, y puede ser necesario el apoyo de los servicios de enlace de consultas especializadas, para que el tratamiento de las secuelas físicas de la inanición no se vean socavadas por las preocupaciones psicopatológicas del paciente.

Los análisis de sangre de rutina son útiles para excluir la mayoría de los diagnósticos diferenciales ante un bajo peso. La glicemia tiende a ser baja en la anorexia (excepto en presencia de una diabetes comórbida y mal controlada). La función tiroidea generalmente está disminuida de forma reversible, como un mecanismo protector en la anorexia, con una TSH normal o ligeramente baja, mientras que los niveles de T4 serán altos, con una disminución de la TSH en casos de tirotoxicosis. La monitorización de

Síndrome de realimentación

Corresponde a una alteración hidroelectrolítica potencialmente fatal que puede ocurrir en pacientes desnutridos que reciben alimentación artificial u oral en forma extremadamente rápida, mal preparada, o desbalanceada. Suele desencadenar una serie de cambios bioquímicos, hidroelectrolíticos y metabólicos, que incluyen – o derivan en - hipofosfatemia, hipomagnesemia, hipocalcemia, distensión gástrica, insuficiencia cardíaca congestiva, edema grave, compromiso de conciencia, coma, y la muerte.

Este síndrome constituyó una causa de muerte frecuente en los primeros intentos de tratamiento de la anorexia nerviosa y otros pacientes caquéticos. Sin embargo, actualmente se critica que las guías de realimentación sugieren cuidados exagerados, lo que determinaría: pérdida inicial de peso, mayor riesgo y hospitalizaciones más prolongadas. En presencia de un seguimiento y control médico adecuado, especialmente respecto al fosfato, no debiese ocurrir un síndrome de realimentación.

Realimentar en el hogar puede constituir una opción segura siempre y cuando se eviten cambios drásticos en la dieta, y se utilicen productos ricos en fosfato (p.ej. leche) como elementos principales de la dieta.

electrolitos plasmáticos suele mostrar una urea baja (reflejando la ingesta de proteínas) o alta (debido a la deshidratación) y un bajo nivel de potasio (debido a los vómitos). Las pruebas de función hepática pueden sugerir problemas de abuso de drogas o alcohol comórbidos, si bien la inanición extrema puede causar un daño hepático por sí sola. La anorexia a menudo causa anemia, y si el recuento de glóbulos blancos no es bajo, esto puede reflejar la presencia de una infección. La neutropenia es frecuente en los pacientes emaciados – si es significativamente inferior a uno, es necesario proteger al paciente de la exposición a posibles infecciones. El ECG es útil para monitorizar el estado de los electrolitos y la función cardíaca. La evaluación anual de la densidad mineral ósea, si está disponible, permite monitorizar el riesgo de osteoporosis, pero en esta etapa puede que no cambie el tratamiento.

Las mujeres jóvenes pueden quedar embarazadas con un peso poco saludable y los vómitos hace que la anticoncepción oral no sea confiable. Siempre es prudente considerar el embarazo como una posibilidad en mujeres jóvenes con cambios de peso, vómitos y amenorrea. Si existe tanto un trastorno alimentario como un embarazo, la paciente necesita ser monitorizada física, nutricional y psicológicamente con gran cuidado durante el embarazo y el periodo de postparto, para que madre y bebé puedan construir una relación saludable y sobrevivir al trastorno alimentario juntos. Los trastornos alimentarios, incluso si son subclínicos, pueden perjudicar la fertilidad y aumentar el riesgo de daño al feto. Tanto el embarazo como el parto pueden ser más difíciles. Se debe obtener información actualizada sobre los riesgos relativos del uso de medicación versus un trastorno sin tratamiento durante el embarazo y la lactancia. Además, las madres que han sufrido un trastorno alimentario necesitarán apoyo para aprender los conocimientos necesarios para la alimentación saludable del niño pequeño. Es importante discutir con las pacientes los asuntos relacionados a la concepción de manera sensible y colaboradora.

Siempre se debe evaluar el estado de ánimo y la presencia de síntomas ansiosos (es una buena manera de encontrar un denominador común en los pacientes que niegan los problemas físicos). Además, el riesgo de autolesión y suicidio aumenta en todos los trastornos alimentarios (Arcelus et al, 2011).

COMORBILIDAD

Además de considerar los siguientes trastornos como diagnósticos diferenciales, es importante reconocer su coexistencia con los trastornos alimentarios.

Comorbilidad con patología psicológica:

- Depresión. El bajo estado de ánimo y la disforia secundaria a la inanición deben distinguirse de un episodio depresivo mayor comórbido
- Ansiedad y obsesión. En algunos casos, el trastorno alimentario es uno de los síntomas de la ansiedad extrema. La ansiedad social es la comorbilidad más común (Swinbourne et al, 2012). La inanición también causa síntomas obsesivos en relación a los alimentos y la

Extracto de una carta a la anorexia

*Querida Anorexia,
Te escribo esta carta para dejarte. ¡De verdad! Yo no estoy enamorada de ti. No eres tú, soy yo.*

Nunca te olvidaré. Te amo de verdad alguna vez, y tuvimos buenos momentos, pero me exigiste demasiado, y esto está destruyendo mi vida.

Nunca le gustaste a mi familia, pero eso sólo te hacía parecer más atractiva. Hasta que después de diecinueve años perdí a mis amigos por tu culpa. Ellos me decían que mis padres tenían razón, que tú no eras para mí...

Tú no te preocupas por mí, no de verdad, lo veo claro ahora. Sólo quieres que piense todo el tiempo en ti, en vez de cuidarme a mí misma como debería...



Los principios del Modelos de Terapia Familiar de Maudsley para la anorexia nerviosa

- Se alienta a la familia a tomar la enfermedad como algo serio
- Se *externaliza* la anorexia, es decir, se habla de ella como entidad ("la anorexia"), y es considerada como una enfermedad que amenaza la vida, y no como una desición del niño
- La terapia no se focaliza en las causas de la enfermedad, y evita culpar a la familia de la patología del niño
- La responsabilidad de alcanzar la recuperación se impone a la familia de forma explícita, en conjunto con los profesionales. Se asume que las familias "saben mejor" cómo alimentar a sus hijos
- Los adultos retoman el control hasta que el niño pueda alimentarse a sí mismo en forma autónoma. Se les insta a utilizar todas sus habilidades, y a aprender nuevas para cumplir esta tarea
- Sólo cuando se ha alcanzado y mantenido con éxito una alimentación adecuada, se evalúan los problemas relacionados con el desarrollo y se facilita una autonomía adecuada a la edad

imagen corporal (Keys, 1950).

- Trastorno del espectro del autismo
- Trastorno de personalidad límite emergente. El atracón es un comportamiento frecuente en la regulación de las emociones, observado en el trastorno de personalidad límite, pero en este contexto ocurre sin sobrevaloración del peso o del aspecto
- Abuso de sustancias. Los esteroides pueden ser utilizados para aumentar la musculatura corporal y los estimulantes para reducir el peso. Los opiáceos provocan náuseas y disminución del apetito, y los jóvenes pueden usar todo su dinero disponible en drogas en lugar de en alimentos
- Síndrome de fatiga crónica. Puede asociarse a trastornos de la alimentación, y difícilmente responderá a terapia a menos que los síntomas sean tratados de forma simultánea

Comorbilidad con patología física:

- Diabetes. El incumplimiento de la administración de insulina es una práctica frecuente en las personas con diabetes insulino dependiente, particularmente en las niñas, que la usan como una forma de perder peso. El problema de esto es que, incluso si el peso permanece dentro del rango normal y no existen otras conductas purgativas presentes, puede ocurrir un daño irreversible a largo plazo por un deficiente control glicémico. La mortalidad en las personas con un trastorno alimentario y diabetes comórbida es mucho mayor que la mortalidad de cualquiera de los dos trastornos por separado
- La fibrosis quística es otra enfermedad en la que un tratamiento insuficiente de la enfermedad da lugar a la pérdida de peso, que puede ser bienvenido por el paciente, pero a expensas de un deterioro de la salud
- Las enfermedades gastrointestinales, la epilepsia e incluso el cáncer pueden predisponer a un niño o adolescente con una alteración de la percepción de la imagen corporal a rechazar tratamientos que puedan aumentar su peso corporal

Conversación motivacional

- Anticipar la ambivalencia
- Expresar empatía
- Lidar con la resistencia
- Apoyar la autoeficacia
- Llevar a cabo un análisis de las decisiones: ¿Cuáles son las ventajas y las desventajas del trastorno alimentario?

Los no-negociables

- Los pacientes deben transitar (aunque sea lentamente) hacia un peso en rango normal, no lejos de éste
- Todos deben aprender a aceptar y cooperar con la monitorización médica para mantenerse seguros y para desarrollar confianza y respeto
- Los profesionales de salud y los padres tienen una responsabilidad legal y moral de salvar la vida y prevenir el daño

- **Obesidad.** Cada vez más, las personas con bulimia nerviosa y trastorno por atracón tienen sobrepeso/obesidad

EVOLUCIÓN Y CARGA DE LA ENFERMEDAD

La anorexia nerviosa es uno de los trastornos psiquiátricos más letales y si bien alrededor del 40% puede lograr una recuperación completa, un pequeño porcentaje tiene una evolución grave y a largo plazo; el tiempo promedio de recuperación (cuando ocurre) es de seis a siete años (Strober et al., 1997; Steinhausen, 2002; Steinhausen et al., 2003). Como resultado, los pacientes con anorexia son una carga considerable para los servicios psiquiátricos y sus familias, con una morbilidad en los cuidadores similar a la que experimentan los cuidadores de pacientes con esquizofrenia (Whitney, 2007). Aunque los síntomas de la bulimia nerviosa pueden remitir espontáneamente en los jóvenes, aún no existe acuerdo respecto a si el diagnóstico y la intervención temprana producen mejores resultados o si sólo reflejan el curso natural del trastorno en los adolescentes. Más del cincuenta por ciento de las personas con bulimia nerviosa o trastorno por atracón lograrán la remisión a los cinco años de seguimiento (Steinhausen y Weber, 2009), pero es probable que los síntomas no tratados persistan con un impacto significativo en la calidad de vida en relación a la salud (Hay et al., 2012).

TRATAMIENTO

Anorexia nerviosa

En la anorexia nerviosa, los médicos se enfrentan al reto de controlar el riesgo físico agudo, siendo conscientes de cómo la psicopatología aumenta ese riesgo más allá que la condición física por sí sola. La pérdida de peso de forma abrupta (>1kg/semana, menor cantidad en niños pequeños) es peligrosa. La mortalidad aumenta aún más si existen conductas purgativas o abuso de sustancias. Tales pacientes deben ser analizados con urgencia por los especialistas. Algunos de ellos necesitarán ser hospitalizados, e incluso ser tratados contra su voluntad si es necesario, para salvar su vida. La debilidad (al subir escaleras, ponerse de pie de una posición en cuclillas), el dolor torácico y el enlentecimiento cognitivo son signos de peligro en los pacientes desnutridos.

Los indicadores físicos de riesgo, como los análisis de sangre o las mediciones de peso, no tienen en cuenta el riesgo conductual, que estaría ausente en los pacientes con otras enfermedades con resultados similares, ya que se espera que estos últimos cooperen con el asesoramiento y el tratamiento en lugar de oponerse y socavarlo. Por lo tanto, los equipos de medicina general requieren un apoyo adicional en la tarea de realimentar a los niños y jóvenes con trastornos alimentarios, tratando sus conductas patológicas de forma contenedora y empática, pero firme a la vez.

Es especialmente urgente realimentar a los niños con bajo peso; cuanto más pequeños sean los niños, más rápida será la deshidratación y el deterioro, ya que el metabolismo infantil es más rápido que el de los adultos.



¿Hospitalización o tratamiento ambulatorio en el hogar?

Gowers y colaboradores (2007) plantean que en los casos de pacientes con anorexia en que el tratamiento ambulatorio es seguro, el resultado suele ser significativamente mejor, especialmente si el tratamiento es realizado bajo supervisión de un experto en trastornos alimentarios. Incluso los psiquiatras de niños y adolescentes de forma ambulatoria presentan mejores resultados, tanto físicos como psicológicos, cuando se los compara con la hospitalización.

Las directrices actuales recomiendan la atención ambulatoria para los adolescentes con anorexia nerviosa médicamente estables. En los lugares donde no hay disponibilidad de un servicio ambulatorio, los servicios de extensión y la telemedicina son cada vez más capaces de brindar atención domiciliaria.

¿Es “sólo una etapa”?

Los expertos no están de acuerdo y los hallazgos de la investigación sobre los beneficios de la intervención temprana son mixtos. Tal vez haya algunas recuperaciones tempranas espontáneas, independientemente del tratamiento. Sin embargo, la cronicidad está asociada con un mal pronóstico.

- Stice y colaboradores (2009) realizaron un estudio prospectivo de ocho años de duración en 495 mujeres adolescentes de 12 a 20 años de edad. Observaron una prevalencia del 12% de alguna forma de trastorno alimentario a la edad de 20 años, pero la mayoría de ellos se resolvió en los meses siguientes y más del 90% se resolvió en el primer año.

Por otro lado:

- Patton y colaboradores (2013) encontraron que si bien en la adolescencia el trastorno alimentario podía resolverse con el tiempo, existía un mayor riesgo de trastornos del estado de ánimo y uso de sustancias en los años siguientes.
- Hay y colaboradores (2012) encontraron una fuerte persistencia de síntomas, como los atracones, a lo largo del tiempo en una cohorte de mujeres jóvenes con comportamientos alimentarios alterados.
- Mitchison y colaboradores (2013) encontraron que la presencia de antecedentes autorreportados de anorexia nerviosa se asociaban con una peor calidad de vida relacionada con la salud en una gran muestra comunitaria de hombres y mujeres.
- Steinhausen y colaboradores (1991) encontraron que mientras mayor era la duración de un trastorno alimentario, más difícil era la recuperación.
- Treasure y Russell (2011) argumentaron que el tratamiento temprano es esencial, indicando retrospectivamente mejores resultados en pacientes más jóvenes con una historia relativamente breve de anorexia nerviosa.
- Los estudios de metanálisis (Schoemaker, 1997; Raes et al, 2001) han encontrado que la identificación y diagnóstico temprano no garantizan una recuperación rápida.

El crecimiento físico y la constante exposición a infecciones incrementan aún más las demandas energéticas. La inanición en momentos cruciales de crecimiento fisiológico puede causar daño a largo plazo. Por ejemplo, durante el bloqueo de Leningrado, la inanición en niños de 10 a 14 años se asoció con una presión arterial más alta, mayores niveles de colesterol y mayor mortalidad en general a largo plazo en los supervivientes. La hambruna holandesa de 1944 (Stein et al, 1975), mostró consecuencias similares, incluso en la segunda generación, como obesidad en la descendencia de las mujeres embarazadas privadas de alimento. Puede haber un retraso permanente en el crecimiento en las personas privadas de alimentación durante la pubertad, además de innegables efectos sobre un cerebro que se encuentra en desarrollo. El cerebro, particularmente el lóbulo frontal, continúa desarrollándose durante la adolescencia, con mielinización y poda de las conexiones neuronales (Giedd, 2008), lo que se refleja en el desarrollo de las habilidades sociales y la capacidad del pensamiento abstracto. Sin embargo, muchos pacientes con anorexia nerviosa grave pueden mantener un adecuado funcionamiento académico o aparente madurez.

La función cognitiva se ve afectada por la inanición a corto plazo y el vómito – con una enorme variación individual. Con la realimentación, se produce una recuperación considerable de la función cognitiva, lo que permite una mejor participación en las terapias psicológicas. El desarrollo social y psicológico puede verse alterado producto de las enfermedades y hospitalización. Afortunadamente, existe evidencia que una familia con adecuado apoyo e involucrada en el tratamiento basado en la familia puede ofrecer una alternativa a la atención hospitalaria, puede mantener el

progreso y permitir el alta hospitalaria temprana (Madden et al., 2014).

Es comprensible que la familia se sienta asustada, desesperanzada e incluso enfadada cuando un hijo se priva a sí mismo de alimentarse y los altos niveles de estrés en el grupo familiar hacen que el comer sea aún más difícil para el paciente. La psicoeducación a la familia debe centrarse en evitar las culpas y en cambio, acoger la responsabilidad, reconocer la seriedad y la dificultad de la situación y enseñar con calma y firmeza. Es de gran ayuda que los cuidadores puedan entender los temores del niño y no dejarse llevar por la convicción de que los síntomas son inaceptables y perjudiciales. Ni la connivencia ni la intimidación son tan efectivas para facilitar un cambio saludable como la firmeza y preocupación genuinas.

Es útil mantener contacto con las escuelas y otras instituciones involucradas. Puede ser que los maestros y los monitores no deseen supervisar la alimentación del paciente; sin embargo, pueden colaborar estableciendo límites adecuados respecto al ejercicio y la actividad física procurando privacidad al paciente durante las comidas. Las actividades escolares fuera de clase pueden no ser seguros para los niños o adolescentes con bajo peso o con rituales estrictos al comer.

En las unidades de hospitalización es esencial contar con un especialista en dietética y nutrición, así como para el manejo de pacientes ambulatorios. Sin embargo, el problema no yace tanto en saber qué comer, sino en aprender a tolerar la ingesta y absorción de suficientes calorías. La realimentación es fundamental para el tratamiento y la recuperación no puede ocurrir sin ésta. El restablecimiento del peso contra la voluntad del paciente sólo puede conducir a la recuperación si la terapia (o la vida misma) puede persuadir al paciente a mantener voluntariamente un peso saludable. La terapia, preferiblemente basada en la familia, es necesaria para apoyar el beneficio no negociable del tratamiento y no sólo prevenir el agotamiento y la depresión, sino también porque se ha demostrado que el tratamiento basado en la familia es el tratamiento más eficaz a largo plazo para el trastorno y está recomendado por las guías clínicas internacionales (NICE, 2004; Hay et al, 2014). Es probable que los esfuerzos bien intencionados para tratar la depresión en un paciente de peso extremadamente bajo tengan un éxito limitado, a menos que la realimentación esté en marcha.

Enfoques motivacionales

Desgraciadamente, no es frecuente que un niño inteligente a quien se le muestra los peligros físicos de la inanición se asuste lo suficiente como para volver a comer de forma normal. De hecho, la indiferencia del niño, en contraste con la preocupación cada vez mayor de los adultos, puede ensanchar la brecha entre ellos. El mejor enfoque es ayudar a los niños, de forma gradual y repetidamente, a ver la relación entre los síntomas que no les gustan – cansancio, agitación, obsesión, preocupación por la comida y su evitación, problemas de sueño, sensación de frío, pérdida de amistades, incapacidad para unirse a la sociedad, falta de rendimiento deportivo o académico, “alboroto” por parte de los padres – y la anorexia. A medida que los niños progresan, es de gran ayuda hacerles notar cómo el aumento de peso trae consigo beneficios: más energía, claridad del pensamiento,

Páginas web

La mayoría de las páginas web construidas por profesionales o instituciones reconocidas son confiables y se mantienen actualizadas. Existen muchas páginas web útiles, así como también muchas que están peligrosamente mal informadas, o incluso son “pro-anorexia”, que a menudo tienen corta duración o están desactualizadas.

- [El Centro de Trastornos Alimentarios \(Centre for Eating and Dieting Disorders\)](#) (Australia)
- La [Academia de Trastornos Alimentarios \(Academy of Eating Disorders\)](#), que tiene su base en Estados Unidos, pero que tiene representación internacional, ofrece información útil, incluyendo guías para el manejo médico.
- La página web del [Colegio Real de Pediatría y Salud Infantil \(Royal College of Paediatrics and Child Health\)](#) tiene una sección con las tablas de crecimiento de la OMS (hacer clic en Child Health/ Research Projects/ Growth Charts)
- La página web del [Colegio Real de Psiquiatría \(Royal College of Psychiatrists\)](#) tiene información útil tanto para los profesionales como para los cuidadores y los pacientes de todas las edades.
- “BEAT”, antes denominada la Asociación de Trastornos

resistencia al frío, aumento de la talla (generalmente es “genial” ser alto), mayor capacidad para divertirse con los amigos, y estar lo suficientemente bien como para volver a participar en los juegos.

Debemos reconocer con simpatía, no con rabia, los beneficios que sin duda vienen con un trastorno alimentario grave: su poder de obligar a las personas a preocuparse, el alivio de las demandas sociales y sexuales, la sensación de que el propio cuerpo está ahora bajo control en lugar de ser aterradoramente impredecible. Los pacientes jóvenes necesitan nuevas técnicas para lidiar con estos aspectos de la vida sin tener que pasar hambre.

Los principios de la entrevista motivacional han sido adaptados para su uso en el manejo de los trastornos alimentarios desde el enfoque de Miller y Rollnick (2008) para los trastornos por consumo de sustancias. No pretenden constituir un tratamiento independiente, sino permitir el desarrollo de una relación terapéutica en circunstancias poco prometedoras (Geller, 2005). El profesional de salud anima a los pacientes a explorar las consecuencias del comportamiento anoréxico de la manera más abierta y científica posible, para que sean los pacientes los que expresen las desventajas tanto como sea posible. Cuando un terapeuta les dice a los pacientes lo que deben hacer, ellos recurren automáticamente a una postura opositora (incluso los mejores profesionales caen en esto, pero pueden recuperarse al darse cuenta que se está produciendo ese patrón). Existen diversos manuales disponibles para fomentar técnicas de motivación lúdica, como escribir “cartas de amor” y “cartas de rechazo” a la anorexia.

Los profesionales de salud que exploran la ambivalencia con sensibilidad, tratando de comprender los pros y los contras del trastorno alimentario, tienen más probabilidades de ponerse al paciente de su parte y contra el trastorno. Los pacientes encuentran menos desalentador abandonar el trastorno alimentario si pueden aprender habilidades alternativas para enfrentarlo.

Medicación

Una metáfora útil en el trabajo con la anorexia nerviosa es que los alimentos son la medicina. Esto significa que los alimentos deben ser recetados y tomados en las horas especificadas y en las cantidades prescritas. La tarea del personal de enfermería o de los padres es administrar el medicamento en la dosis correcta y asegurarse de que el niño lo tome. El trabajo del niño es tomar el medicamento y no deshacerse de él, aunque no le guste el sabor o se sienta molesto por los efectos secundarios (ganancia de peso). Esto no es negociable; la elección del niño se limita a la forma en que toma su medicamento – oralmente como alimento, oralmente como bebida suplementaria disponible comercialmente (si está disponible) o por una sonda nasogástrica.

La evidencia disponible que respalde la prescripción de medicamentos psicoactivos para el tratamiento de los trastornos alimentarios es limitada y de hecho, es importante evitar los fármacos que pueden prolongar el intervalo QTc y, por lo tanto, amenazar a un corazón que ya está débil (p.ej., los antipsicóticos de primera generación, los antidepresivos tricíclicos, algunos antihistamínicos y los antibióticos macrólidos). Desafortunadamente, los

Alimentarios del Reino Unido, ofrece información y ayuda para los diferentes aspectos de los trastornos alimentarios.

- [“Diabéticos con Trastornos Alimentarios \(Diabetics With Eating Disorders\) \(DWED\)”](#) es una página web diseñada por y para diabéticos con trastornos alimentarios.
- [“Los hombres también tienen trastornos alimentarios \(Men get eating disorders too\)”](#) es una página web diseñada por y para hombres y niños.
- [“Something Fishy”](#) es una página web en inglés que proporciona hipervínculos a otras páginas web en otros idiomas.
- [La Fundación Mariposa \(The Butterfly Foundation\)](#) (Australia)

informes iniciales respecto a que la fluoxetina podía reducir la recaída en los pacientes con anorexia que habían recuperado el peso no pudieron ser replicados en estudios posteriores.

Cada vez hay más pruebas que respaldan la seguridad de la prescripción de dosis relativamente bajas (2,5-10 mg) de olanzapina u otros antipsicóticos para reducir la rumiación y mejorar la tolerancia al aumento de peso tanto en adultos como en jóvenes con anorexia nerviosa (Couturier & Lock, 2007). Estos pueden ser preferibles a las benzodiazepinas para promover el alivio de la ansiedad y, si es necesario, la relajación para permitir la inserción de las sondas nasogástricas.

Bulimia nerviosa y trastorno por atracón

En los adolescentes con bulimia nerviosa puede ser beneficioso el uso de antidepressivos, tal como se utilizan en los adultos – normalmente fluoxetina en dosis de 60 mg diarios (Couturier & Lock, 2007), así como también se muestran efectivos para el trastorno por atracón. Sin embargo, la terapia cognitivo-conductual (TCC), dirigida a los síntomas bulímicos, es el tratamiento estándar para ambos trastornos tanto en adolescentes como en adultos (Pretorius et al, 2009). En lugares donde no existe disponibilidad de terapeutas formados, se han observado buenos resultados utilizando libros o CDs de autoayuda, o programas basados en la web, guiados o dirigidos por un profesional si es posible. El modelo de terapia interpersonal (TIP) de Kerman y Weissman también se ha utilizado con éxito en el tratamiento de la bulimia nerviosa en adultos jóvenes, y es potencialmente una alternativa razonable a la TCC para adolescentes (Fairburn et al., 1995).

Parece razonable emplear la TCC para el tratamiento de los trastornos alimentarios con peso bajo o de peso normal, y en efecto, la TCC-E de Fairburn – una versión mejorada de TCC – ha sido recomendada para todos los trastornos alimentarios en pacientes menores de 15 años y con un IMC < 15 (Fairburn, 2009); desafortunadamente muchos pacientes jóvenes no caen en estas categorías.

MODELOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PARA LOS TRASTORNOS ALIMENTARIOS

La clave para el tratamiento seguro y eficaz de la anorexia nerviosa es la organización de una respuesta sistémica coordinada. Esto es más difícil de lo que parece cuando los pacientes se comportan instintivamente de una manera que protege el comportamiento anoréxico; lo que produce la máxima confusión e interrupción del proceso terapéutico. La escuela puede ser un lugar particularmente difícil para los adolescentes que necesitan ser monitorizados – su reincorporación a la escuela puede no ser un camino hacia la salud y la mejoría, sino una interrupción de la supervisión por parte de los adultos, permitiendo que las conductas anoréxicas florezcan. El ambiente competitivo de las evaluaciones escolares a menudo conduce a respuestas al estrés anoréxicas y obsesivas, y los adultos a menudo dudan en interrumpir las evaluaciones escolares para priorizar el tratamiento.

La terapia grupal puede parecer una forma más económica de

administrar el tratamiento. Sin embargo, los pacientes con anorexia nerviosa tienden a evitar los grupos o a utilizarlos para competir con otros pacientes. Sin embargo, la terapia de grupo se ha utilizado con éxito en pacientes con bulimia nerviosa o trastorno por atracón. Las familias también se benefician considerablemente del apoyo ofrecido por otros padres con las mismas dificultades y cada vez existe más evidencia del valor de los grupos multifamiliares (Eisler, 2005).

Cuando un paciente con bulimia nerviosa mantiene un peso normal y es capaz de acceder a un seguimiento médico mínimo, los manuales en páginas web y en CD-ROM pueden proporcionar un tratamiento inicial útil (Hay & Claudino, 2015). El equipo de Schmidt (Pretorius et al, 2009) ha adaptado los materiales del libro de autoayuda *Getting Better Bit(e) by Bit(e)* (Mejorándose Poco a Poco, en inglés) de los autores específicamente para adolescentes (Schmidt & Treasure, 1993).

CURSO Y PRONÓSTICO

Los primeros estudios sobre un seguimiento temprano de Sten Theander (1985) descubrieron que un sorprendente 20% de los pacientes con anorexia morían por causas relacionadas con el trastorno. Incluso ahora, la mortalidad en las personas con anorexia es diez veces mayor que en la población general y se encuentra entre las tres o cuatro causas principales de muerte en adolescentes en los países occidentales. Las cifras de mortalidad más bajas de la actualidad reflejan en parte los cambios en los criterios diagnósticos – desde la publicación del DSM III-R en 1987, sólo se requiere que se pierda el 15% de peso corporal (o un IMC inferior a 17.5) para hacer el diagnóstico, en comparación con el 25% (IMC inferior a 15) requerido en las versiones anteriores. Como resultado, el grupo de personas diagnosticadas con anorexia nerviosa se ha expandido, mientras que el número de personas que mueren producto del trastorno se ha mantenido, de modo que cuando se expresa como porcentaje, parece inicialmente que la tasa de mortalidad ha disminuido.

El tratamiento para la anorexia nerviosa completamente establecida es lento y difícil: el tiempo promedio de recuperación es de seis a siete años, aunque es probable que el tratamiento sea episódico en lugar de continuo durante este período. Los pacientes más jóvenes y con un tratamiento intensivo a menudo muestran una mejoría más rápida, y es probable que algunos casos se hayan resuelto incluso sin tratamiento.

Un mejor manejo también puede contribuir a una supervivencia más prolongada; ahora se sabe que una relación tolerante y respetuosa permite ofrecer un seguimiento físico y apoyo a largo plazo. Los tratamientos tempranos para la anorexia nerviosa tendían a involucrar regímenes de comportamiento estrictos en los que los pacientes comenzaban su ingreso en el hospital en reposo en cama e iban adquiriendo *privilegios* tales como usar un inodoro en lugar de un orinal en la cama o recibir visitas si aumentaban de peso. Tales regímenes ya no se consideran útiles o aceptables, aunque lamentablemente, el espíritu de “recompensar” o “castigar” a los pacientes por su peso parece persistir en algunos centros. Esto puede ser una respuesta instintiva a la naturaleza misma de la anorexia nerviosa, que consiste en ofrecer una sensación de recompensa por la pérdida de peso o un castigo por el

peso ganado.

Una minoría significativa de los pacientes con anorexia nerviosa no se recuperan completamente, pero estos pacientes al menos logran vivir vidas valiosas y tolerables. No es posible identificar a los pacientes que entrarán en esta categoría mientras estén en la adolescencia, y los jóvenes no deben ser considerados como enfermos crónicos hasta que hayan pasado muchos años de tratamiento.

La inanición y la desnutrición de cualquier causa reducen la fertilidad. El peso mínimo requerido para permitir ciclos menstruales y fertilidad es variable entre las mujeres. Las adolescentes con anorexia y sus familias suelen temer que la fertilidad se dañe de forma irreversible por el trastorno, pero la verdad es que una vez recuperado el peso corporal y manteniendo un patrón de alimentación saludable, la fertilidad se recupera. Las pacientes en su tercera y cuarta década de vida que presentaron amenorrea primaria de larga duración, han mostrado una ovulación normal tras de la recuperación del IMC.

Sin embargo, lamentablemente la tasa de mortalidad por anorexia nerviosa sigue siendo alta (Arcelus et al, 2011). La elevada tasa de mortalidad se debe en parte al daño físico asociados con la enfermedad y en parte, a la alta incidencia de suicidio. Algunas muertes pueden ser resultado de sobredosis que normalmente no hubieran terminado en un desenlace fatal de producirse en individuos con peso saludable. Asimismo, los efectos del abuso de sustancias se amplifican en los casos de bajo peso. En los países de clima frío, la mayoría de las muertes se producen durante los meses de invierno, cuando la hipotermia y las infecciones (incluida la tuberculosis) emergen. Un corazón dañado por la baja ingesta es especialmente vulnerable al ejercicio excesivo en temperaturas frías. En los países cálidos, la deshidratación y las infecciones gastrointestinales constituyen riesgos importantes. Los pacientes que se inducen el vómito pueden dañar el sistema gastrointestinal, predisponiéndolos a una perforación fatal.

Seguimiento

En la infancia y la adolescencia, y cuando la anorexia amenaza gravemente la vida, nos vemos obligados a actuar, pero si los pacientes no se recuperan a pesar de los intensos esfuerzos y no corren un riesgo significativo de muerte, la prioridad es mantener el contacto y mantener la puerta abierta para que acepten tanta ayuda como sea posible: monitorización, estar atento y mantener viva la esperanza (y a los pacientes)(Hay et al., 2014). Estudios recientes muestran que la recuperación es posible incluso veinte años después de la aparición de la anorexia. Debido al grupo de edad afectado y al lapso de tiempo involucrado, el cuidado de los pacientes a menudo implica muchas transiciones, por ejemplo, pasar de los servicios infantiles a los servicios para adultos, abandonar el ambiente relativamente protegido de la escuela, dejar el hogar de los padres, ya sea para tomar cursos universitarios desafiantes o trabajar fuera de casa, y por lo tanto, más cambios en la atención de la salud.

Las transiciones son momentos críticos para las recaídas y la

descompensación. Las personas con anorexia tienden a ver su enfermedad como una estrategia de afrontamiento e incluso como una identidad apreciada, de manera que se necesita energía profesional para atraerlas o, cuando sea necesario, coaccionarlas para que reciban tratamiento. No es sorprendente que muchos profesionales experimenten ira y frustración en algún momento. Sin embargo, es muy satisfactorio cuando una persona joven con anorexia nerviosa se recupera y recobra un sentido positivo de propósito y satisfacción en sus vidas. Cabe destacar que la anorexia nerviosa y otros trastornos alimentarios son trastornos psiquiátricos en los que se produce una recuperación completa y duradera.

PREVENCIÓN

Por lo general, los programas de prevención se llevan a cabo con grupos de niños o adolescentes en escuelas o servicios de salud, o con grupos juveniles, como los clubes de atletismo. En general, el resultado de los programas de prevención es variado. Los programas específicos muestran tamaños de efecto pequeños a moderados, mientras que los programas universales han demostrado ser en gran medida ineficaces. Las intervenciones más eficaces se centran en la mejora de la autoestima, la educación con respecto a los medios de comunicación y en un enfoque específico, el entrenamiento de la disonancia cognitiva, en formato individual o grupal (Stice et al., 2007). Algunos países han introducido legislaciones para exigir un IMC mínimo para los modelos de pasarela y ya algunas escuelas de danza exigen valores mínimos y máximos de IMC. Todavía es demasiado pronto para evaluar los efectos preventivos de tales políticas, pero entregan un buen mensaje al público.

Se ha planteado la preocupación de que las campañas contra la obesidad puedan tener el efecto secundario indeseable de promover los trastornos alimentarios en las personas vulnerables. Sin embargo, se ha demostrado que una promoción de la salud bien diseñada, que incluya la nutrición saludable y el ejercicio (en lugar de centrarse en la reducción de peso) puede efectivamente proteger tanto contra la obesidad como contra los trastornos alimentarios relacionados con la imagen corporal (Schwarz & Henderson, 2009).

BARRERAS A LA IMPLEMENTACIÓN DE LA ATENCIÓN EN LOS PAÍSES EN DESARROLLO

Hasta hace poco tiempo, las prácticas alimentarias tradicionales y ceremoniales y las influencias familiares ofrecían a los países en desarrollo una protección relativa contra el desarrollo de los trastornos alimentarios, junto con un ambiente ideal para el tratamiento de aquellos que habían sucumbido a la enfermedad. Los patrones de alimentación regular estructurada de las unidades especializadas y la creencia que los pacientes comen lo que se les pone por delante sin reñir y respetando a las personas que comen a su lado, están muy cerca de las actitudes tradicionales de alimentación que pueden mantener a los seres humanos

- ¿Tiene preguntas o dudas?
- ¿Quiere hacer algún comentario?

Haga clic en este ícono para ir a la página de Facebook del Manual y compartir su visión respecto al capítulo con otros lectores, hacer preguntas a los autores o editor, o realizar comentarios.

sanos física, psicológica y socialmente. El ideal de la imagen corporal delgada no había sido avalado por las culturas no occidentales hasta hace poco tiempo e incluso ahora, en los países donde se teme el SIDA se tiende a no admirar un cuerpo desnutrido.

Es una triste ironía que mientras que la TV, Internet, y otros medios de comunicación han distribuido ampliamente una imagen corporal insana y obsesiva, cada vez es más difícil para los servicios de salud lidiar con los daños de esta epidemia. Aunque el tratamiento de los trastornos alimentarios en los jóvenes no necesita depender de medicamentos sofisticados o de gran coste, la educación y entrenamiento en psicoterapias estructuradas es igualmente – si no más – costosa. La bulimia nerviosa y otros trastornos alimentarios responden bien a la TCC administrada en forma de autoayuda o autoayuda guiada, pero existe evidencia de que en la anorexia nerviosa el resultado se relaciona más estrechamente con el nivel de experiencia del profesional de salud que con cualquier modelo específico de terapia (Hay et al, 2014). La anorexia nerviosa, aunque devastadora, a menudo es ocultada no sólo por los que la padecen, sino también por sus familias avergonzadas, por lo que es poco probable que médicos generales desarrollen conocimientos especializados en el manejo de esta patología. Por otro lado, los centros especializados suelen ser de alto coste o pueden estar localizados en zonas geográficas alejadas, no pudiendo prestar servicios a la mayoría de la población.

En última instancia, es la familia – o la familia sustituta – la que tendrá que acudir al rescate del niño con anorexia nerviosa. El estilo de crianza requerido en estos casos puede parecer ilógico en las familias occidentales de clase media y también puede serlo en las familias que presentan la misma obsesión que el paciente. Sin embargo, el tratamiento basado en la familia ha sido manualizado y descrito en un libro de bolsillo para que sea accesible a todas las familias alfabetizadas de habla inglesa (Lock et al, 2001; Lock & Le Grange, 2005). Más que la causa de los trastornos alimentarios, la investigación moderna ha demostrado que las familias son la fuente más probable de recuperación.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Asociación Americana de Psiquiatría (2013) Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, 5^a edición. Washington, DC: Asociación Americana de Psiquiatría.
- Arcelus J, Mitchell AJ, Wales J, et al (2011) Mortality rates in patients with anorexia nervosa and other eating disorders: A meta-analysis of 36 studies. *Archives of General Psychiatry* 68:724–731.
- Blake Woodside D (2003) Culture as a defining aspect of the epidemiology and aetiology of eating disorders. In Maj M, Halmi K, Lopez-Ibor JJ et al (eds) *Eating Disorders*. Chichester: Wiley, pp114-116.
- Bruch H (1978) *The Golden Cage: the Enigma of Anorexia Nervosa*. Cambridge: Harvard University Press.
- Couturier J, Lock J (2007) A review of medication use for children and adolescents with eating disorders. *Journal of the Canadian Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 16:173-176.
- Eisler I (2005) The empirical and theoretical base of family therapy and multiple family day therapy for adolescent anorexia nervosa. *Journal of Family Therapy*, 27:104-131.
- Fairburn CG (2009) *Cognitive Behavior Therapy and Eating Disorders*. New York: Guilford Press.
- Fairburn CG, Beglin SJ (1994) Assessment of eating disorders: interview or self-report questionnaire? *International Journal of Eating Disorders*, 16:363-370.
- Fairburn CG, Norman PA, Welch SL et al (1995) A prospective study of outcome in bulimia nervosa and the long-term effects of three psychological treatments. *Archives of General Psychiatry*, 52:304-312.
- Freeman C, Henderson M (1987) A self-rating scale for bulimia. The 'BITE'. *British Journal of Psychiatry*, 150:18-24.
- Garner DM (2004) *Eating Disorders Inventory-3*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.
- Geller J (2005) What a motivational approach is and what a motivational approach isn't: reflections and responses. *European Eating Disorders Review*, 10:155-160.
- Giedd JN (2008) The teen brain: insights from neuroimaging. *Journal of Adolescent Health*, 42:335-343.
- Gillberg C, Råstam M (1992) Do some cases of anorexia nervosa reflect underlying autistic-like conditions? *Behavioural Neurology*, 5:27-32.
- Gowers SG, Clark A, Roberts C et al (2007). Clinical effectiveness of treatments for anorexia nervosa in adolescents. Randomised controlled trial. *British Journal of Psychiatry*, 191:427-435.
- Gull WW (1874) Apepsia hysterica, anorexia hysterical. *Clinical Society's Transactions*, vii:22.
- Hay PJ, Claudino AM (2015) Bulimia nervosa: online interventions. *BMJ Clinical Evidence*. Mar 4. pii: 1009.
- Hay PJ, Buttner P, Mond JM et al (2012) A community-based study of enduring eating features in young women. *Nutrients* May 2012, 4(5).
- Hay P, Chinn D, Forbes D et al (2014) Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists clinical practice guidelines for the treatment of eating disorders. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*. 48:977-1008.
- Kessler RC, Berglund PA, Chiu WT et al (2013) The prevalence and correlates of binge eating disorder in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *Biological Psychiatry*. 73:904-914.
- Keys A, Brozek J, Henschel A et al (1950) *The Biology of Human Starvation*. Minneapolis: University of Minnesota Press.
- Kiezebrink K, Campbell D, Mann E et al (2009) Similarities and differences between excessive exercising anorexia nervosa patients compared with DSM-IV defined anorexia nervosa subtypes. *Eating and Weight Disorders*, 14:e199-e204.
- Lasègue E-C (1873). On hysterical anorexia, *Medical Times and Gazette* (September 6, 1873), pp265-266 [original French report in *Archives Générales de Médecine* (April 1873), quoted in Brumberg JJ, *Fasting Girls*, Cambridge, Mas: Harvard University Press, p129].
- Lock J, Le Grange D, Agras WS et al (2001). *A Treatment Manual for Anorexia Nervosa: A Family-Based Approach*. New York: Guilford.
- Lock J, Le Grange D (2005). *Help Your Teenager Beat an Eating Disorder*. New York: Guilford.
- Madden S, Morris A, Zurynski YA et al. (2009) Burden of eating disorders in 5–13-year-old children in Australia. *The Medical Journal of Australia* 190: 410–414.
- Madden S, Miskovic-Wheatley J, Wallis A et al (2014) A randomized controlled trial of in-patient treatment for anorexia nervosa in medically unstable adolescents. *Psychological Medicine*, 14:1-13.
- Maloney MJ, McGuire JB, Daniels SR (1988) The Children's Eating Attitudes Test (ChEAT). *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 44:632-639
- Miller WR, Rollnick S (2008). *Motivational Interviewing: Preparing People for Change*, 2nd edition. New York: Guilford.
- Mitchison D, Hay P, Mond J et al (2013) Self-reported history of anorexia nervosa and current quality of life: Findings from a community based study. *Quality of Life Research*, 22:273–281.
- Mitchison D, Hay PJ (2014) The epidemiology of eating disorders: Genetic, environmental, and societal factors. *Clinical Epidemiology* 6: 89–97.
- Morgan HG, Hayward AE (1988). Clinical assessment of anorexia nervosa. The Morgan-Russell outcome assessment schedule. *British Journal of Psychiatry*, 152:367-372.
- Morgan JE, Reid F, Lacey JH (1999). The SCOFF questionnaire: assessment of a new screening tool for eating disorders.

- British Medical Journal*, 319: 1467-1468. doi:10.1136/bmj.319.7223.1467.
- NICE (National Institute for Clinical Excellence) (2004) Eating Disorders in Over 8s: Management. Available at: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg9>
- Nicely TA, Lane-Loney S, Masciulli E et al (2014) Prevalence and characteristics of avoidant/restrictive food intake disorder in a cohort of young patients in day treatment for eating disorders. *Journal of Eating Disorders*. 2;21.
- Organización Mundial de la Salud (1992). *La Clasificación CIE-10 de Trastornos Mentales y de la Conducta: Descripciones Clínicas y Guías Diagnósticas*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- Patton G, Coffey C, Sawyer S (2013) The outcome of adolescent eating disorders: Findings from the Victorian Adolescent Health Cohort Study. *European Child & Adolescent Psychiatry* [Suppl 1] 12:25–29.
- Pike KM and Dunne PE, 2015. The rise of eating disorders in Asia: a review. *Journal of Eating Disorders*, 3:33.
- Pretorius N, Arcelus J, Beecham J et al (2009) Cognitive-behavioural therapy for adolescents with bulimic symptomatology: The acceptability and effectiveness of internet-based delivery. *Behaviour Research and Therapy*, 47:729-736.
- Raes DL, Schoemaker C, Zipfel S et al (2001). Prognostic value of duration of illness and early intervention in anorexia nervosa: A systematic review of the outcome literature. *International Journal of Eating Disorders*, 30:1-10.
- Schmidt U, Treasure J (1993). *Getting Better Bit(e) by Bit(e). A Survival Kit for Sufferers of Bulimia Nervosa and Binge Eating Disorders*. Hove: Psychology Press.
- Schoemaker C (1997). Does early intervention improve the prognosis in anorexia nervosa? A systematic review of the treatment outcome literature. *International Journal of Eating Disorders*, 21:1-15.
- Schwartz MB, Henderson KE (2009). Does obesity prevention cause eating disorders? *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 48:784-786.
- Shoebridge P, Gowers S (2000) Parental high concern and adolescent onset anorexia nervosa, *British Journal of Psychiatry*, 176:132-137.
- Stein Z, Susser M, Saengler G et al (1975). *Famine and Human Development. The Dutch Hunger Winter of 1944-1945*. London: Oxford University Press.
- Steinhausen H-C (2002) The outcome of anorexia nervosa in the twentieth century. *American Journal of Psychiatry*, 159:1284-1293.
- Steinhausen H-C, Weber S (2009) The outcome of bulimia nervosa: Findings from one-quarter century of research. *American Journal of Psychiatry* 166:1331–1341.
- Steinhausen HC, Boyadjieva S, Griogoroiu-Serbanescu M, et al. (2003) The outcome of adolescent eating disorders: Findings from an international collaborative study. *European Child & Adolescent Psychiatry* 12 Sup 1:191–198.
- Stice E, Shaw H, Marti CN (2007). A meta-analytic review of eating disorder prevention programs: Encouraging findings. *Annual Review of Clinical Psychology*, 3: 233-257.
- Stice E, Marti CN and Rohde P (2013) Prevalence, incidence, impairment, and course of the proposed DSM-5 eating disorder diagnoses in an 8-year prospective community study of young women. *Journal of Abnormal Psychology* 122: 445–457.
- Strober M, Freeman R, Morrell W (1997). The long term course of severe anorexia nervosa in adolescents: Survival analysis of recovery, relapse and outcome predictors over 10-15 years in a prospective study. *International Journal of Eating Disorders*, 22:339-360.
- Swinbourne J, Hunt C, Abbott M, et al. (2012) The comorbidity between eating disorders and anxiety disorders: Prevalence in an eating disorder sample and anxiety disorder sample. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 46:118–131.
- Theander S (1985). Outcome and prognosis in anorexia nervosa and bulimia: Some results of previous investigations, compared with those of a Swedish long-term study. *Journal of Psychiatric Research*, 19:493-508.
- Treasure J, Russell G (2011). The case for early intervention in anorexia nervosa: theoretical exploration of maintaining factors. *British Journal of Psychiatry*, 199:5-7.
- Whitney J, Haigh R, Weinman J et al (2007). Caring for people with eating disorders: Factors associated with psychological distress and negative caregiving appraisals in carers of people with eating disorders. *British Journal of Clinical Psychology*, 46:413-428.