

Anorexia nerviosa: una revisión

Anorexia nervosa: A review

Gustavo Alonso Félix López¹, María Gabriela Nachón García² y Tomás Gerardo Hernández Parra³

RESUMEN

En este artículo se describen aspectos relacionados con la historia natural de la anorexia nerviosa, una enfermedad que se ha convertido en un serio problema de salud, así como su repercusión social y familiar, haciendo énfasis en la población de riesgo de padecer este síndrome y en los diferentes tratamientos aceptados internacionalmente.

Palabras clave: Anorexia nerviosa; Trastornos de la conducta alimentaria.

ABSTRACT

In this paper the aspects related to the natural history of anorexia nervosa, which has become a serious health problem, are described, as well as its social and family repercussions. Emphasis is placed on the population in risk of suffering from this syndrome, and on the different internationally accepted treatments.

Key words: Anorexia nervosa; Eating disorders.

INTRODUCCIÓN

La alimentación ha estado unida a los afectos. A través de la comida nos decimos cuánto nos queremos. Logramos regular nuestro equilibrio físico, psicológico y social en nuestra estructura personal. En la actualidad, una parte importante de la población mundial padece desnutrición. Numerosas personas están muriendo por esta causa y por los trastornos asociados con la desnutrición, en tanto que otras lo hacen por el exceso o la mala administración de los alimentos. Tal situación coloca el marco para un tipo de trastorno que comenzó a llamar la atención en la década de los setenta y que hoy se enmarca dentro de los llamados trastornos de la conducta alimentaria (TCA) (Asociación Psiquiátrica Americana, 1995), entre los cuales los más importantes se hallan la desnutrición, la anorexia nerviosa, la bulimia nerviosa y la obesidad (Gurenlian, 2002).

El TCA que se abordará en el presente artículo es la anorexia nerviosa, teniendo como objetivos el dar a conocer el estado actual de la misma y su repercusión biológica, psicológica y social; identificar la población de riesgo en padecer este trastorno; revisar las principales técnicas de tratamiento aceptadas internacionalmente, y proporcionar algunas recomendaciones para tratar el padecimiento oportunamente.

¹ Instituto de Investigaciones Psicológicas, Dr. Luis Castelazo Ayala s/n, Col. Industrial Ánimas, Xalapa, Ver., tel. 2288-125740, fax 2288-128683, correo electrónico: gfelix@uv.mx. Artículo recibido el 23 de septiembre de 2002 y aceptado el 14 de marzo de 2003.

² Instituto de Ciencias de la Salud, Dr. Luis Castelazo Ayala s/n, Col. Industrial Ánimas, Xalapa, Ver., tel. y fax 2288-125796, correo electrónico: mgnachon@hotmail.com.

³ Hospital Escuela de la Universidad Veracruzana, Ernesto Ortiz Medina y Tuxpan, Fracc. Veracruz, 91020 Xalapa, Ver., México, tel. 2288-147082, correo electrónico: tomasgerardomx@hotmail.com.

Panorama histórico

En 1689, Richard Morton (cfr. Rausch-Herscovici y Bay, 1991) describió una enfermedad que denominó “consunción nerviosa”, que podría considerarse como la primera descripción escrita del cuadro que actualmente se conoce como anorexia nerviosa. Morton lo identifica a través del siguiente caso:

En el mes de julio cayó víctima de la supresión total de sus menstruaciones, a causa de una multiplicidad de inquietudes y pasiones de su mente [...] a partir de lo cual su apetito comenzó a mitigar y su digestión pasó a ser mala; también sus carnes comenzaron a ponerse flácidas y su rostro comenzó a palidecer [...] continuamente dedicada a los libros y a exponerse tanto de día como de noche a las lesiones del aire [...] En toda mi práctica no recuerdo haber visto a alguien tan conservadora con los seres vivos a pesar de estar tan dilapidada, al grado máximo de consunción (igualando un esqueleto cubierto por la piel); sin embargo, no tenía fiebre, sino por el contrario una frialdad en todo el cuerpo (p. 112).

A pesar de este hallazgo, la anorexia no fue definida por primera vez como problema de salud sino hasta 1873 (Fendrik, 1997).

En efecto, la palabra “anorexia” proviene de los vocablos griegos *an*, privativa, y *orexis*, apetito. Sin embargo, el término es equívoco porque es rara la pérdida del apetito. Se define como un síndrome psiquiátrico, observado especialmente en mujeres jóvenes y caracterizado por un rechazo a la ingestión de alimento, lo que lleva a una rápida emaciación (Diccionario Terminológico de Ciencias Médicas, 1992: 78).

La anorexia es una enfermedad propia de una distorsión de la imagen corporal, por lo cual la persona se percibe a sí misma como más obesa o con un mayor peso del que en realidad tiene. Existe un deseo descontrolado e irracional por bajar de peso, lo que produce una interrupción del apetito y de la ingesta calórica diaria; se altera con la piel, la digestión y el sueño; el estado anímico se vuelve depresivo; hay aislamiento social y, finalmente, uno de los síntomas indicadores del nivel en el que se encuentra el trastorno es la ame-

norrea, o ausencia de menstruación (Muñoz y Argente, 2002; Tamburrino y McGinnis, 2002).

Este síndrome, como ya se dijo, consiste en una alteración grave de la conducta alimentaria. Las personas con este cuadro adelgazan al punto de la inanición, perdiendo por lo menos de entre 15% a un máximo de 60% del peso corporal normal (Gurenlian, 2002; Tamburrino y McGinnis, 2002).

Clasificación

El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales de la Asociación Psiquiátrica Americana (DSM-IV) (APA, 1995) la clasifica dentro del grupo de TCA, junto con la bulimia nerviosa y la obesidad. En la anorexia nerviosa se distinguen dos subtipos: 1) anorexia nerviosa de *tipo restrictivo*, en que la pérdida de peso se consigue con dieta o ejercicio intenso y sin que se recurra a atracones ni purgas, y 2) anorexia nerviosa de *tipo compulsivo purgativo*, en que se recurre regularmente a excesos en el comer y a purgas, incluso después de ingerir pequeñas cantidades de comida (Gurenlian, 2002; Mitan, 2002).

Etiología

No existe una causa específica del trastorno, pero se presume que es producto de la asociación de varios factores, que podrían separarse en tres grupos principales: factor biológico (predisposición genética y biológica), factor psicológico (conflictos psicológicos) y factor sociocultural (influencias familiares y expectativas sociales).

La vulnerabilidad biológica de la adolescencia, así como los problemas familiares y sociales, pueden combinarse con un clima social determinado para originar la conducta alimentaria típica de los anoréxicos (Casper, 2002; Mitan, 2002; Tamburrino y McGinnis, 2002).

1. Factor biológico

Dentro de los factores de riesgo, el más estudiado es el factor genético. Se ha demostrado que la tasa de concordancia entre gemelos es mayor que la observada en mellizos (44% contra 12.5%). La anorexia es ocho veces más común en personas que tienen parientes con el trastorno, descono-

ciéndose qué factor hereditario puede ocasionarlo; algunos expertos creen que las personas anoréxicas heredan una cantidad extraña de narcóticos naturales opioides, que son descargados en condiciones de inanición y que promueven una adicción al estado de hambre (Hertweck, 1995; Waller, Watkins, Potterton y cols., 2002).

Dentro de las anormalidades pituitarias y del hipotálamo, puede señalarse que algunas investigaciones están centrándose en la interacción entre el sistema neurológico y el aparato endocrino de las personas con trastornos del apetito. El hipotálamo ordena el funcionamiento de la hipófisis, y las personas con daño en esta estructura tienden a exhibir síntomas de anorexia. Las anormalidades del hipotálamo parecen causar una mayor producción de las hormonas esteroideas relacionadas con el estrés, que a su vez bloquean el neuropéptido Y (NPY), un potente estimulante del apetito que se reduce en las personas con anorexia (Ash y Piazza, 1995; Gleaves y Eberenz, 1995; Kennedy, Katz, Neitzert, Ralevski y Mendlowitz, 1995).

El sistema hipotálamo-pituitario también es responsable de la producción de hormonas reproductoras importantes que se agotan severamente en la anorexia, dando lugar a la cesación menstrual. Aunque muchos expertos argumentan que esas anormalidades reproductoras son un resultado de la anorexia, se ha informado que en un 30% y un 50% de anoréxicas los trastornos menstruales aparecen antes de que la malnutrición severa haya ocurrido. La amenorrea permanece mucho tiempo después del aumento de peso; por este motivo se considera que un problema hipotálamo-pituitario precede al trastorno mismo (Grilo, Becker, Levy y cols., 1995; Gupta, Gupta, Schork, y Watteel, 1995; Howlett, McClelland y Crisp, 1995).

Otros factores biológicos propuestos, pero no del todo demostrados, son las complicaciones perinatales y las infecciones. Se postula que problemas durante el embarazo o después del nacimiento, tales como infecciones, traumas, bajo peso al nacer y mayor edad materna, estarían asociados a una mayor incidencia de anorexia. Es importante recalcar que esta es sólo una predisposición, pero que es el ambiente el responsable de la ocurrencia de la enfermedad.

2. Factor psicológico

Las personas con trastornos del apetito comparten algunos rasgos: temen perder el control y engordar y tienen una autoestima baja. Aunque los resultados son polémicos, algunas investigaciones han encontrado tres tipos de trastornos de la personalidad entre los subgrupos de las personas con anorexia (Fukudo y Hongo, 1995; Overduin, Cansen y Louwerse, 1995), a saber: *a)* trastornos de personalidad por evitación, *b)* personalidad limítrofe y *c)* trastornos de ansiedad.

a) Trastorno de personalidad por evitación: Algunos estudios indican que hasta una tercera parte de los anoréxicos tienen una personalidad por evitación; esto es, tienden a ser perfeccionistas y sexual y emocionalmente inhibidos (Fukudo y Hongo, 1995; Kaye, Bastiani y Moss, 1995). Acostumbran tener una vida menos fantasiosa que los bulímicos o que los individuos sanos. Raramente rebeldes, son percibidos como “buenas personas”. El ridículo y la humillación les aterra. Para ellos, conseguir la perfección, con todo lo que ello implica, es la única vía para lograr el afecto, liberarse de problemas y no ser exigente en nada, incluida la comida. Parte de esta necesidad de perfección es la imagen ideal de delgadez, la que nunca puede alcanzarse. Los enfermos de anorexia son sensibles al fracaso, y cualquier crítica refuerza su propia convicción de sentirse mal. Como el afecto nunca llega a través de la perfección, el sentimiento de fracaso es inevitable (Fassino, Abbate, Aminato y cols., 2002). Un experto describió sus pacientes anoréxicos como si tuviesen una absoluta escasez de ellos mismos, más allá de una baja autoestima; por lo mismo, el proceso de no comer se vuelve entonces un acto de revancha frente a aquellos cuyo amor queda siempre fuera de su alcance: “¿Ves? Me desvanezco poco a poco, y estarás muy triste cuando me haya ido” (Inui, Okano, Miyamoto y cols., 1995: 30).

b) Personalidad limítrofe: Los estudios de Siegel, Hardoff, Goleen y Shenker (1995) indican que casi 40% de los enfermos de anorexia del tipo compulsivo purgativo tiene una personalidad limítrofe. Estos individuos suelen tener humor, patrones de comportamiento y autoimagen inestables.

Temen que los abandonen, no soportan estar solos y tienen dificultades para controlar sus impulsos. Entre un cuarto y un tercio de las personas anoréxicas de tipo compulsivo purgativo tienen síntomas impulsivos; asimismo, se ha descrito a los individuos con esta personalidad como causantes del caos a su alrededor al usar armas emocionales del tipo de explosiones de ira, intentos de suicidio e hipocondría. Idealizan a los demás y a menudo se sienten defraudados y rechazados. Ciertas investigaciones sugieren que la gravedad del trastorno de la personalidad predice la dificultad en el tratamiento de este tipo de anorexia, y puede ser más importante que la presencia de problemas psicológicos tales como la depresión (Inui, Namiki, Morita, Okada, y Kasuga, 1996).

c) Trastornos de ansiedad, incluyendo trastorno obsesivo-compulsivo: Los trastornos de ansiedad son muy frecuentes en la anorexia. Las fobias y el trastorno obsesivo-compulsivo habitualmente preceden al inicio de los TCA, mientras que el trastorno de pánico tiende a seguirlos. Las fobias sociales, en las que una persona siente temor de ser humillado en público, son comunes en el mismo. El trastorno obsesivo-compulsivo se encuentra en un 69% de los pacientes con anorexia. Las obsesiones son imágenes recurrentes o persistentes, pensamientos o ideas que resultan en una conducta compulsiva, repetitiva y rígida que desencadena rutinas propias para evitar la manifestación de la obsesión. Las mujeres con anorexia y trastorno obsesivo-compulsivo pueden obsesionarse con el ejercicio, los regímenes dietéticos y la comida. A menudo desarrollan comportamientos rituales; por ejemplo, pesar cada porción de comida, cortarla en trozos mínimos o guardarla en recipientes pequeños (Götestam y Agras, 1995; Gothelf, Alter, Ratzoni y cols., 1995; Hertweck, 1995; Hoek, Bartelds, Bosveld y cols., 1995; Matijas y Ljubisic, 1995; Ramsay y Treasure, 1996; Siegel y cols., 1995; Skodol, Galleary y Oldham, 1996; Steiger, Stotland, Ghadirian y Whitehead, 1995).

Quizás el factor más relevante sea la vulnerabilidad personal. Esta no es suficiente por sí misma para producir la enfermedad y requiere de la asociación con otros factores. Se consideran vulnerables las personas con baja autoestima, inseguras, demasiado perfeccionistas, con autoexigen-

cias muy altas, muy preocupadas por la opinión de los demás y con poca habilidad para las relaciones personales. Puede haber también factores externos o circunstanciales —fracasos, conflictos interpersonales, divorcios, cambios de colegio o de ciudad— que pudieran disparar el inicio de la enfermedad.

3. Factor sociocultural

Cuando se considera a la obesidad, resulta indiscutible que las conductas alimentarias insalubres sean epidémicas en los países desarrollados del mundo occidental. La presión social de la cultura occidental juega, sin duda alguna, un papel primordial en desencadenar un TCA. Por un lado, la publicidad impulsa fuertemente los programas de reducción de peso y presentan jóvenes modelos anoréxicos como el paradigma del deseo sexual; por el otro, los medios de comunicación inundan al público con anuncios de comida-basura. La ropa se diseña para cuerpos delgados, pese a que pocas mujeres podrían llevarla apropiadamente. Aunque aquellas que basan su propio sentido en la aprobación externa y el aspecto físico son los que tienen un riesgo más alto de padecer un TCA, pocas mujeres son inmunes a esas influencias. Un interesante estudio antropológico mostró que durante ciertos periodos históricos y en culturas donde las mujeres son económicamente dependientes y en que los vínculos matrimoniales son más fuertes, la norma tiende a tener un cuerpo rollizo, lo que refleja posiblemente los deseos culturales o económicos de una mayor reproducción. Sin embargo, durante los periodos o en culturas donde la independencia de la mujer ha sido posible, el prototipo de la belleza femenina tiende a la delgadez (Fendrik, 1997; Hoek y cols., 1995).

Una vez que la persona ha conseguido la emaciación, un sentido de realización y un estatus mayor pueden motivar de forma primaria la perpetuación de la anorexia. La pérdida de peso implica una sensación de triunfo sobre la debilidad. En un país donde la obesidad es epidémica, las mujeres jóvenes que logran estar delgadas creen haber realizado una victoria personal y cultural; han superado la tentación de la comida-basura y, al mismo tiempo, han creado imágenes corporales idealizadas por los medios de comunicación (Götestam y Agras, 1995).

La actitud cultural respecto a la actividad física es un acompañante oportuno a la actitud equivocada respecto de la comida. En los países occidentales la actividad física es evaluada como digna de admiración que pocos pueden alcanzar. En la anorexia, el ejercicio excesivo realizado por los atletas juega un papel primordial. El término *tríada-atleta-hembra* se usa para describir la presencia de disfunción menstrual, trastornos de la alimentación y osteoporosis, un problema común y en aumento entre atletas y bailarinas jóvenes. La anorexia retrasa la pubertad, permitiendo retener una forma muscular masculina sin la acumulación fisiológica de tejido graso en pechos y caderas, que podría desajustar su competitiva figura. Los instructores agravan el problema animándolas al cálculo de calorías, a perder la grasa corporal y controlando excesivamente sus vidas. Las personas con trastornos de la personalidad, vulnerables a estas críticas, pueden llegar a perder mucho peso, llegándose a una situación que puede ser mortal (Cooke y Chambers, 1995; Götestam y Agras, 1995; Grilo, Becker, Levy y cols., 1995; Gupta y cols., 1995; Hebebrand y cols., 1995; Maugars y cols., 1995; Plattner, 1995; Russell y Hunt, 1996).

La anorexia nerviosa no puede entenderse sin un contexto de hábitos y valores socioculturales que determinan y definen los estereotipos estéticos deseables que se deben seguir. Sin duda, en el mundo occidental, en donde se muestra a la mujer delgada como sinónimo de éxito, estos son factores que cobran importancia, ya que a través de los medios ejercen influencia sobre los jóvenes, pero a la vez dan la oportunidad de realizar una gran labor preventiva. En ese grupo se encuentran la influencia de los medios de comunicación; los factores educativos, que pueden llevar a un nivel de exigencia desmedida, y los factores familiares, que juegan un rol crucial tanto en el desarrollo como en la perpetuación de esta enfermedad.

De hecho, se ha descrito un tipo especial de familia, con características comunes bien definidas, en la que se daría un ambiente propicio para el desarrollo de un trastorno de la alimentación.

La forma de organización y el funcionamiento de la familia desde el punto de vista interaccional (Minuchin, 1977; Minuchin 1998; Minuchin, Rosman y Baker, 1978; Mitan, 2002) se caracteriza por lo siguiente:

a) *Amalgamamiento*, que significa sobreinvolucración y elevada responsividad. Los miembros de la familia están sobreinvolucrados recíprocamente. Cada uno manifiesta tendencias intrusivas en los pensamientos, los sentimientos, las acciones y las comunicaciones de los otros. La autonomía y la privacidad son escasas. Los límites generacionales e interindividuales son débiles, con la consiguiente confusión de roles y funciones.

b) *Sobreprotección*, es decir, crianza excesiva y autonomía restringida. Todos los miembros de la familia muestran recíprocamente un alto grado de solicitud e interés. Constantemente se estimulan y suministran respuestas de tipo protector. En particular, cuando el paciente asume un comportamiento sintomático, toda la familia se moviliza para intentar protegerlo, sofocando a menudo en este proceso muchos conflictos intrafamiliares. Por ello, circularmente, la enfermedad del paciente tiene una función protectora con respecto a la familia.

c) *Rigidez*, esto es, tendencia a mantener patrones fijos no funcionales. Es el aspecto que caracteriza más constantemente los sistemas patológicos. La familia es particularmente resistente al cambio. Tiende a menudo a presentarse como una familia unida armoniosa en la que no existen problemas más allá de la enfermedad del paciente. Niega, en consecuencia, la necesidad de un cambio en el interior del sistema. También las relaciones con el exterior son particularmente escasas, y la familia permanece como aferrada a la conservación de la propia homeostasis.

d) *Evitación de conflicto*, o pobre nivel de resolución de conflicto. Las familias presentan un umbral muy bajo de tolerancia al conflicto. Se pone entonces en acción toda una serie de mecanismos para evitar el desacuerdo a fin de que quede oculto y no estalle nunca abiertamente. En este proceso para evitar el conflicto el paciente juega un rol central y vital. No es raro observar que interfiere cada vez que la tensión entre los padres tiende a subir de forma amenazadora o que, con la aparición del síntoma o de la crisis, consigue el bloqueo del conflicto, atrayendo sobre sí la atención preocupada de los familiares.

e) *Triangulación*, que se refiere a la expansión de una relación diádica, agobiada de conflictos, con el fin de incluir a los hijos, lo cual da por

resultado el encubrimiento o la desactivación del conflicto con la atención enfocada en la enfermedad, de modo que desvía conflictos maritales o familiares (Sluski, 1988).

Otras características que suelen estar presentes son la atmósfera de inseguridad, la aparente falta de conflicto —pero con mala relación entre los padres— y una tensión subyacente. El padre puede parecer lejano, sin una relación afectiva con sus hijos y preocupado por las apariencias externas. La madre es aparentemente *tradicional*, que acepta su papel de esposa abnegada y sumisa, pero que muchas veces ha sido frustrada en sus aspiraciones y es víctima de un medio intolerante y muy crítico, así como de un espíritu de autosafrificio.

La familia no tiene por qué ser la causante de una anorexia nerviosa, pero afectada por la enfermedad, la puede y suele mantener, mediatizar y complicar. Los familiares evolucionan y actúan de modo paralelo a cómo evoluciona y actúa la anoréxica.

Tomando como postura de ignorancia que cuestiona, si se describe el panorama individual y familiar psicossomático, las personas y los familiares que llegan a consulta por situaciones psicossomáticas frecuentemente viven como vergonzoso el hecho de que, al no controlar sus emociones, éstas hablen a través de su cuerpo. En la terapia familiar, Minuchin y Palazzoli (cfr. Onnis, 1990) han hablado de cómo la enfermedad psicossomática es una metáfora de la problemática familiar, e incluso de la intrapsíquica individual.

Si se contrastan las explicaciones teóricas con lo que los pacientes refieren de sus vivencias de marginación, dolor y rotulación, los conceptos anteriores se tambalean. Realmente se sabe muy poco de la interacción mente-cuerpo, y ante esa ignorancia quizá sea mejor trabajar en términos de lo que estas personas viven, conectando la teoría de manera tentativa y no rotunda. En la medicina y la psicología es frecuente que la ignorancia se cubra con interpretaciones.

Diagnóstico

El diagnóstico de la anorexia se basa no sólo en la ausencia de un origen orgánico definido sino en la presencia de ciertas características. En este

sentido, conviene recordar los criterios considerados por la Asociación Psiquiátrica Americana para el diagnóstico de la anorexia nerviosa (Freedman, Kaplan y Sadock, 1984): rechazo a mantener el peso corporal por encima del mínimo normal para la edad y talla; miedo intenso al aumento de peso o a ser obeso incluso con peso inferior al normal; distorsión de la apreciación del peso, el tamaño o la forma del propio cuerpo, y, en las mujeres, ausencia de al menos tres ciclos menstruales consecutivos en el plazo previsto (Mitan, 2002).

De acuerdo con los criterios del DSM-IV (APA, 1995), la persona con el trastorno mantiene un peso corporal por debajo del nivel normal mínimo para su edad y su talla (criterio A). Si la anorexia nerviosa se inicia en la niñez o en las primeras etapas de la adolescencia, en lugar de pérdida puede haber falta de aumento de peso (por ejemplo, mientras que el sujeto acrece en altura). El criterio A proporciona una guía para determinar cuándo el individuo alcanza el valor umbral para ser considerado un peso inferior. Ello significa que el peso de la persona es inferior al 85% del peso considerado normal para su edad y su talla. Existe otra guía adicional algo más estricta (usada en los criterios de investigación), en la que se especifica que el individuo debe tener un índice de masa corporal (IMC) igual o inferior a 17.5 kg/m². (El IMC se calcula en metros cuadrados, dividiendo el peso en kilogramos entre el producto de la talla en metros al cuadrado.) Esos valores límite son sólo una ayuda para el clínico, ya que parece poco razonable especificar un estándar único para el peso mínimo normal de todos los individuos de una edad y talla determinadas. Para determinar el peso mínimo normal de un individuo, el clínico debe considerar también su constitución física y su historia de peso previa. Generalmente, la pérdida de peso se consigue mediante una disminución de la ingesta total. A pesar de que los individuos empiezan por excluir de su dieta todos los alimentos con alto contenido calórico, la mayoría de ellos acaban con una dieta muy restringida, limitada a unos pocos alimentos. Existen otras formas de perder peso, como la utilización de purgas (por ejemplo, vómitos provocados y uso inadecuado de laxantes y diuréticos) o el ejercicio excesivo.

Las personas con este trastorno tienen un miedo intenso a ganar peso o a convertirse en obesas

(criterio B). Por lo común, tal miedo no desaparece aunque el individuo pierda peso y, de hecho, aumenta pese a que éste vaya disminuyendo.

Existe una alteración de la percepción del peso y de la silueta corporal (criterio C). Algunas personas se encuentran “obesas”, mientras que otras se percatan de que están delgadas, pero continúan estando preocupadas porque algunas partes de su cuerpo (especialmente el abdomen, las nalgas y los muslos) les parecen demasiado gruesos. Pueden emplear una amplia variedad de técnicas para estimar el tamaño y el peso de su cuerpo, como son el pesarse constantemente en una báscula, medir las diferentes partes del cuerpo de manera obsesiva, o el mirarse repetidamente al espejo para observar las zonas consideradas obesas.

El nivel de autoestima de las personas que sufren el trastorno depende en gran medida de la forma y el peso del cuerpo. Consideran un logro perder peso y un signo de extraordinaria autodisciplina; en cambio, ven el aumento de peso como un fracaso inaceptable de su autocontrol. Algunas personas son conscientes de su delgadez, pero niegan que la misma pueda tener implicaciones clínicas graves.

En niñas que ya hayan tenido la primera regla, la amenorrea (debida a niveles anormalmente bajos de estrógenos por disminución de la secreción hipofisaria de las hormonas foliculoestimulante [FSH] y luteinizante [LH]) es indicadora de una disfunción fisiológica (criterio D). La amenorrea es consecuencia generalmente de la pérdida de peso, pero en una minoría de casos la precede. En las niñas prepuberales la anorexia nerviosa puede retrasar la aparición de la menarquia. A menudo los familiares de la paciente la llevan al médico cuando se dan cuenta de su acentuada pérdida de peso (o cuando observan que no lo gana). Si la paciente decide buscar ayuda médica, ello se debe al malestar somático y psicológico que le ocasiona el comer tan poco. Es raro que una mujer con anorexia nerviosa se queje de pérdida de peso *per se*. Normalmente, las personas con este trastorno tienen escasa conciencia de su alteración, la niegan y pueden contar historias poco creíbles. Por esta razón, es necesario obtener información de los padres o de otras fuentes con el fin de evaluar el grado de pérdida de peso y otras características de la enfermedad.

Con vista al diagnóstico, es muy importante efectuar una entrevista psiquiátrica o psicológica. Habrá que tener en cuenta que la mayoría de los anoréxicos adolescentes acuden siempre acompañados a la consulta (Mitan, 2002). Habitualmente es la familia la que aporta toda la información necesaria, mientras que el paciente puede defenderse y negar el comportamiento anoréxico. Por lo general, la familia describe algunos de los siguientes síntomas: amenorrea, estreñimiento, preocupación por las calorías de los alimentos, dolor abdominal, preocupación por el frío, vómitos, preocupación por la preparación de las comidas propias y de los demás, restricción progresiva de alimentos y obsesión por la báscula, preocupación por la imagen, discordancia entre la imagen y la idea, abundancia de trampas y mentiras, hiperactividad y preocupación obsesiva por los estudios, sin disfrute de ello (APA, 1995; Tamburrino y McGinnis, 2002).

Son los pediatras, en la mayoría de ocasiones, los que suelen tener el primer contacto con el paciente. Las consultas iniciales pueden estar condicionadas por el síntoma que más preocupa a la familia y a éste. Cuando lo que predomina es la amenorrea, acudirán al ginecólogo; ante el dolor abdominal, al gastroenterólogo, y ante la disminución de peso, al endocrinólogo. No es infrecuente que acudan a diferentes especialistas, efectuando una auténtica peregrinación médica y no cumplan las recomendaciones.

La evaluación del paciente anoréxico debe incluir una historia exhaustiva y un examen físico completo.

Las preguntas sobre el comportamiento en relación con el control del peso que pueden ser útiles son de este tipo: ¿cómo manejan los adolescentes el control de su peso?, ¿cuánto les gustaría pesar?, ¿cada cuánto tiempo verifican su peso?, ¿existe algún comportamiento adelgazante del tipo de vómitos, abuso de purgantes, uso de diuréticos o empleo de píldoras dietéticas? y ¿cuál es la imagen que tienen de sí mismos? (Probst, Braet, Vandereycken y cols., 1995).

Los signos y síntomas de la anorexia nerviosa, tal como se ha señalado anteriormente, deben investigarse. Al mismo tiempo, también deben buscarse aquellos que puedan sugerir un proceso orgánico. De éstos, los susceptibles de confundirse

con la anorexia son el hipertiroidismo, hipotiroidismo, estados de mala absorción, diabetes mellitus, tumores cerebrales, obstrucciones gastroesofágicas, enfermedad de Addison, sida, trastorno dismórfico corporal, depresión y esquizofrenia (Mitan, 2002; Vila, Robert, Nollet-Clemencon y cols., 1995).

Dentro de las conductas asociadas a la anorexia nerviosa pueden mencionarse la disminución de las horas del sueño con el pretexto de estudiar, mayor irritabilidad, aumento de la actividad física para incrementar el gasto energético, realización de ejercicio compulsivo, uso de laxantes y diuréticos, vómitos autoinducidos, aislamiento social y uso frecuente de la balanza.

Complicaciones

La cardiopatía es la causa médica de la muerte más común para las personas con anorexia severa (Lee, 1995). El corazón puede desarrollar ritmos de bombeo anormales (Ash y Piazza, 1995; Sharkey, 1996) y bradicardias peligrosas (Biebl y Kinzl, 1996), se reduce el flujo sanguíneo y puede descender la presión arterial; además, los músculos del corazón pierden tamaño, los niveles de colesterol tienden a subir y se han descrito casos de vasculopatía periférica. Los problemas del corazón son un riesgo específico cuando la anorexia es combinada con bulimia y el uso de ipecacuana (Tamburrino y McGinnis, 2002).

Dentro de los desajustes de electrolitos, los minerales como potasio, calcio, magnesio y fósforo se disuelven normalmente en los líquidos orgánicos. El calcio y el potasio son particularmente esenciales para mantener las corrientes eléctricas que hacen que el corazón lata regularmente. La deshidratación e inanición de la anorexia pueden reducir los niveles de líquido y el contenido mineral, pudiendo ser muy serias a menos que los líquidos y los minerales se reemplacen (Jarry y Vacarrino, 1996; Mehler y Weiner, 1995).

La anorexia causa niveles reducidos de las hormonas reproductoras, cambios en las hormonas de la tiroides (Menkes, 1995) y mayores niveles de otras hormonas, como cortisol (Fukudo y Hongo, 1995). La esterilidad es un riesgo en la anorexia nerviosa, e incluso después del tratamiento la mens-

truación nunca regresa en un 25% de los pacientes con anorexia severa. Las mujeres que conciben antes de recuperar el peso normal confrontan un pobre futuro reproductivo, con niños de bajo peso al nacer, abortos espontáneos frecuentes y una tasa alta de niños con defectos congénitos.

Los adolescentes con anorexia severa también pueden experimentar un crecimiento retrasado debido a los niveles reducidos de la hormona del crecimiento.

La pérdida de minerales en los huesos, niveles bajos de estrógeno y mayores niveles de hormonas esteroideas causan la osteoporosis (Grilo, Levy y cols., 1995; Mury, Verdoux y Bourgeois, 1995; Probst y cols., 1995; Skodol y cols., 1996; Vande Berg, Malghem, Lecouvet, Lambert y Maldangue, 1996; Vandereycken y Abatzi, 1996). Esta enfermedad ocurre generalmente en mujeres después de la menopausia, pero es común en los jóvenes con anorexia severa cuyo contenido mineral óseo es cerca de un 25% más bajo de lo normal (Muñoz y Argente, 2002).

Las personas con anorexia severa pueden sufrir de daño nervioso y experimentar crisis convulsivas, pensamientos desordenados, cosquilleo, pérdida de la sensibilidad y otros problemas nerviosos en las manos o los pies, disfunciones olfativas, disfunciones del gusto y sordera profunda temprana (Vize y Cooper, 1995).

Las técnicas de imagen cerebral indican que algunas partes del cerebro padecen cambios estructurales y actividades anormales durante los estados anoréxicos; algunos de estos cambios vuelven a la normalidad al ganar peso, pero es evidente que alguna lesión puede ser permanente.

La anemia es un resultado común de la anorexia e inanición. Un problema sanguíneo particularmente grave es la anemia perniciosa, que puede ser causada por niveles severamente bajos de la vitamina B₁₂. Si la anorexia llega a ser extrema, la médula ósea reduce dramáticamente la producción de células sanguíneas, una situación amenazante llamada pancitopenia (Probst y cols., 1995; Fava, Rappe, West y Herzog, 1995).

La hipoglicemia es un peligro para las personas con anorexia, en particular para aquellas con diabetes. Asimismo, tanto la diarrea como el estreñimiento son problemas muy comunes en la

anorexia (Holtkamp, Mogharrebi, Hanisch, Schumpelick y Herpetz-Dahlmann, 2002; Stheneur, Rey, Parient y Alvin, 1995).

Pronóstico

Tomando en cuenta las perspectivas a largo plazo, puede decirse que en este momento ningún programa de tratamiento para anorexia nerviosa es completamente eficaz. En un estudio de las personas tratadas por anorexia (Striegel-Moore, Schreiber, Pike, Wilfley y Rodin, 1995) se encontró que cerca de la mitad eran de peso normal y socialmente ajustadas después de cinco años. Después de diez años, aunque sólo 9% tenía anorexia en aquel momento, la mayoría todavía comía menos de lo normal o tenía bulimia nerviosa y un 2% eran obesos.

Diversos estudios de grupos de pacientes anoréxicos han hallado tasas de mortalidad que varían de 4 a 20%. Debe observarse que el riesgo de la muerte aumenta significativamente cuando el peso es menos del 60% de lo normal (Inui y cols., 1995; Inui y cols., 1996; Selby y Moreno, 1995). Algunos de estos estudios incluyen la muerte por suicidio (Challier y Carbol, 1995), que se ha calculado comprende la mitad de las defunciones en la anorexia. Se pueden considerar razonablemente todos los casos de anorexia como intentos suicidas. El riesgo para la muerte prematura es dos veces más alto en los anoréxicos de tipo compulsivo purgativo y en los que restringen sus dietas. Las personas en mayor riesgo incluyen también a las que han estado enfermas durante más de seis años, las que fueron obesas antes de que se volvieran anoréxicas, las que tenían trastornos de la personalidad y los matrimonios disfuncionales.

Tratamiento

La primera dificultad en el tratamiento de este TCA es la resistencia del enfermo anoréxico, que cree que la emaciación es normal e incluso atractiva. Es muy importante que el enfermo, los familiares y cualquier amigo íntimo conozcan la gravedad de esta situación y la importancia de recibir ayuda inmediata.

Para la recuperación a largo plazo de todos los desórdenes alimenticios severos es esencial el abordaje multidisciplinario en equipo con apoyos

y consejos consistentes (Casper, 2002; Mitan, 2002). Dependiendo de la severidad y tipo de trastorno, los equipos pueden incluir médicos especialistas en complicaciones médicas relevantes, dietistas, psicoterapeutas familiares con un enfoque sistemático estructural cognitivo-conductual y enfermeras. Todos ellos deben ser profesionales expertos en el tratamiento de los desórdenes alimenticios. Los estudios demuestran que los pacientes tratados por estos especialistas presentan unas tasas de mortalidad inferiores a los que son tratados solamente como enfermos psiquiátricos (Bellisle, Monneuse, Steptoe y Wardle, 1995; Dancyger y Garfinkel, 1995; Gruber y Dilsaver, 1996; Keljo y Squires, 1996; Minuchin y cols., 1978; Raccach, Disdier, Roybet y cols., 1995).

La mayoría de los pacientes moderada o severamente enfermos de anorexia son admitidos en el hospital para tratamiento inicial, en particular bajo las siguientes circunstancias: si la pérdida de peso continúa aun bajo tratamiento externo; si el peso es un 30% debajo del mínimo necesario para mantener la salud; si existe perturbación de los ritmos cardíacos; si la depresión es grave o el paciente es suicida potencial, y si la pérdida de potasio es considerable o la presión arterial es sumamente baja. Los expertos recomiendan de diez a doce semanas para una recuperación nutricional total.

La meta de la terapia para la persona anoréxica es aumentar de peso y es fijada por el médico; generalmente será el incrementar de medio a un kilo de peso cada semana. Esta meta es absoluta, no importando que el paciente o miembros de la familia puedan desear una meta inferior. Los pacientes que están severamente malnutridos deben empezar con una cuenta de calorías de por lo menos 1,500 al día para reducir las posibilidades de dolor de estómago, diarrea, retención de líquidos y fallo cardíaco. Con el tiempo, se le llegan a dar al paciente alimentos que contienen hasta 3,500 calorías o más al día. Los suplementos alimenticios generalmente no se recomiendan porque el paciente debe reasumir los modelos de comer normales cuanto antes. La alimentación intravenosa rara vez se necesita o se recomienda, a menos que la condición del paciente sea potencialmente mortal. Estos tipos de alimentación invasivas nunca deben emplearse como una forma de castigo durante la terapia conductual.

El ejercicio no debe realizarse si todavía existen problemas médicos severos y si el paciente no ha subido de peso significativamente.

Además del tratamiento para las afecciones médicas y la educación nutricional, una combinación de terapias psicológicas es particularmente importante.

Terapia nutricional. La Asociación Estadounidense de Dietistas ha recomendado no hace mucho que los dietistas formen parte del grupo de orientación de largo plazo como "terapeutas de nutrición" (Mehler, 1999; Mehler y Weiner, 1995; Russell y Hunt, 1996). Esos especialistas deben educar a los pacientes sobre las metas objetivas de la atención nutricional y las respuestas al ciclo de ingesta excesiva de alimentos y eliminación del contenido digestivo, sin permitir su absorción y la inanición resultante de dietas severas. Los pacientes deben informar a los dietistas sobre los antecedentes de su comportamiento del comer, y ellos deben educar a la familia en tales temas y ofrecer estrategias para planear las comidas que satisfagan las necesidades nutricionales del paciente. El dietista debe estar en comunicación cercana con los otros profesionales en el grupo para integrar los resultados del trabajo psicoterapéutico con el proceso del desarrollo de buenos hábitos nutricionales (Casper, 2002).

El proceso requiere entre cuatro y seis meses, durante los cuales el paciente se acostumbra a tres comidas diarias, incluyendo alimentos que previamente evitaba.

Terapia familiar. A causa del importante papel que juegan las actitudes familiares en los desórdenes alimenticios, uno de los principales tratamientos del paciente anoréxico es el tratamiento de la familia. Los sentimientos de intensa culpabilidad y ansiedad que experimentan los cuidadores de minusválidos son probablemente similares a aquellos que se producen por vivir con alguien que se halla desesperado. Unos padres demasiado involucrados pueden incluso fomentar el desorden alimenticio (además del temor por su enojo o su pesar) a través de su propia identificación con los valores culturales de delgadez. En estos casos es extremadamente importante que la familia entienda totalmente el peligro del trastorno y que, al favorecer ese estado, están colaborando con la enfermedad e incluso con la muerte de su hijo. Si el

paciente es hospitalizado, los expertos recomiendan iniciar la terapia familiar después que el paciente haya ganado peso y antes de darlo de alta, debiendo continuarse después de abandonar el hospital. Tal terapia resulta particularmente útil para los pacientes más jóvenes, en los cuales las familias tienen todavía una gran influencia (Anzieu, 1995).

Enfoque cognitivo-conductual. Se basa en el principio de que un patrón alterado de pensamiento sobre el propio cuerpo puede reconocerse objetivamente y modificarse eliminando la respuesta alterada en contra de los alimentos (Müller, Rolla, Ghigo y cols., 1995; Srinivasagam, Kaye, Plotnicov y cols., 1995).

Tratamiento farmacológico. Ninguna de las terapias farmacológicas ha probado ser eficaz en el tratamiento de la anorexia o la depresión que usualmente acompaña y perpetúa el trastorno. La inanición intensifica los efectos secundarios de los antidepresivos y reduce su efectividad. Además, muchos antidepresivos suprimen el apetito, contribuyendo así a la pérdida de peso. Los inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina (ISRS) se consideran actualmente de primera elección para el tratamiento del trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) y podrían ayudar a enfermos de anorexia que asocian TOC. Sin embargo, en un estudio la fluoxetina, el ISRS más frecuentemente prescrito, no ofrecía beneficios a largo plazo comparado con los resultados intensos y persistentes de la terapia en equipo. Algunos médicos recomiendan la ciproheptadina (Periactin), un antihistamínico que puede estimular el apetito. Pese a ello, no hay ninguna evidencia para afirmar que el tratamiento farmacológico presente beneficios particulares en la anorexia, y en muchos casos la depresión y los trastornos del pensamiento mejoran con la ganancia de peso (Casper, 2002; Tamburrino y McGinnis, 2002).

Recomendaciones

No cabe duda de que la anorexia nerviosa es un problema sanitario. Demanda la mayor atención de las autoridades gubernamentales y no gubernamentales de salud. Médicos, psicoterapeutas, psicoterapeutas familiares, nutriólogos, sociólogos, entre otros profesionistas, deberán dar cuenta de

este trastorno; asimismo, los padres de familia y el personal dedicado a la educación de niños, jóvenes y adolescentes.

Hoy más que nunca el prototipo de la belleza ha sido dictado por los medios mercadotécnicos, incitando a los jóvenes a sacrificar su salud, valores y principios a cambio de obtener una imagen acorde a la demanda que dichos medios imponen.

Una familia cuyos miembros mutuamente se apoyan, respetan y quieren será el factor preventivo más importante.

Quien se dedique a la atención de la salud deberá conocer las manifestaciones clínicas de esta enfermedad. Podrá, entonces, orientar al paciente y su familia sobre la mejor manera de tratar el padecimiento oportunamente.

Por lo tanto, se recomienda lo siguiente:

a) Promover la realización de estudios sobre los trastornos del comportamiento alimentario, dada la heterogeneidad de prevalencias, diagnósticos y soluciones propuestas en la literatura especializada.

b) Coordinar las actuaciones asistenciales y diseñar líneas específicas de actuación, incorporando grupos sociales de autoayuda.

c) Establecer los cauces, el flujo de pacientes y las responsabilidades del nivel primario, el especializado ambulatorio y el hospital.

d) Facilitar el diagnóstico precoz a través de la atención primaria.

e) Procurar una vigilancia especial a la población de riesgo para aplicar medios de prevención primaria.

f) Potenciar el conocimiento de estos problemas entre los profesionales de la atención primaria.

REFERENCIAS

- Anzieu, A. (1995). Troubling femininity. On the topic of adolescence. *Psyche* (Stuttgart), 49(9-10): 886-902.
- Ash, J.B. y Piazza, E. (1995). Changing symptomatology in eating disorders. *The International Journal of Eating Disorders*, 18(1): 27-38.
- Asociación Psiquiátrica Americana (1995). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, DSM IV*. Barcelona: Masson.
- Bellisle, F., Monneuse, M.O., Steptoe, A. y Wardle, J. (1995). Weight concerns and eating patterns: a survey of university students in Europe. *International Journal of Obesity and Related Metabolic Disorders*, 19(10): 723-730.
- Biebl, W. y Kinzl, J.F. (1996). Hypokalemia in eating disorders. *American Journal of Psychiatry*, 153(2): 295-296.
- Casper, R.C. (2002). How useful are pharmacological treatment in eating disorders? *Psychopharmacology Bulletin*, 36(2): 88-104.
- Cooke, R.A. y Chambers, J.B. (1995). Anorexia nervosa and the heart. *British Journal of Hospital Medicine*, 54(7): 313-317.
- Challier, P. y Carbol, S. (1995). Severe hyponatremia associated with anorexia nervosa: role of inappropriate antidiuretic hormone secretion? *Archives de Pediatrie*, 2(10): 977-9.
- Dancyger, I.F. y Garfinkel, P.E. (1995). The relationship of partial syndrome eating disorders to anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Psychological Medicine*, 25(5): 1019-1025.
- Diccionario Terminológico de Ciencias Médicas (1992). (13ª. ed.). Barcelona: Masson.
- Fassino, S., Abbate-Daga, G., Amianto, F., Leombruni, P., Boggie S. y Rovera, G.G. (2002). Temperament and character profile of eating disorders: A controlled study with the Temperament and Character Inventory. *International Journal of Eating Disorders*, 32(4): 412-425.
- Fava, M., Rappe, S.M., West, J. y Herzog, D.B. (1995). Anger attacks in eating disorders. *Psychiatry Research*, 28, 56(3): 205-212.
- Fendrik, S.I. (1997). *Santa Anorexia: Viaje al país del "Nuncacomer"*. Buenos Aires: Corregidor.
- Freedman, A., Kaplan, H.I., y Sadock, B. (1984). *Compendio de Psiquiatría* (2a. reimp.). México: Salvat.
- Fukudo, S. y Hongo, M. (1995). Etiology and physiopatology of obesity: eating behaviors and their disorders. *Nippon Naika Gakkai Zasshi*, 84(8): 1226-1230.
- Gleaves, D.H. y Eberenz, K.P. (1995). Correlates of dissociative symptoms among women with eating disorders. *Journal of Psychiatric Research*, 29(5): 417-426.
- Götestam, K.G. y Agras, W.S. (1995). General population-based epidemiological study of eating disorders in Norway. *The International Journal of Eating Disorders*, 18(2): 119-126.
- Gothelf, D., Alter, A., Ratzoni, G., Orbach, I., Weizman R., Tyano, S. y Pfeffer, C. (1995). Defense mechanisms in severe adolescent anorexia nervosa. *Journal of American Academic Child and Adolescent Psychiatry*, 34(12): 1648-1654.

- Grilo, C.M., Levy, K.N., Becker, D.F., Edell, W.S. y McGlashan, T.H. (1995). Eating disorders in female inpatients with versus without substance use disorders. *Addictive Behaviors*, 20(2): 255-260.
- Grilo, C.M., Becker, D.F., Levy, K.N., Walter, M.L., Edell, W.S. y McGlashan, T.H. (1995). Eating disorders with and without substance use disorders: a comparative study of inpatients. *Comprehensive Psychiatry*, 36(4): 312-317.
- Gruber, N.P. y Dilsaver, S.C. (1996). Bulimia and anorexia nervosa in Winter depression: lifetime rates in a clinical sample. *Journal of Psychiatry and Neuroscience*, 21(1): 9-12.
- Gupta, M.A., Gupta, A.K., Schork, N.J. y Wateel, G.N. (1995). Perceived touch deprivation and body image: some observations among eating disorders and non-clinical subjects. *Journal of Psychosomatic Research*, 39(4): 459-64.
- Gurenlian, J. R. (2002). Eating disorders. *Journal of dental hygiene*, 76(3): 219-234 y 236-237.
- Hebebrand, J., Van der Heyden, J., Devos, R., Kopp, W., Herpetz S., Remschmidt, H. y Herzog, W. (1995). Plasma concentrations of obese protein in anorexia nervosa. *Lancet*, 346(8990): 1624-1625.
- Hertweck, S.P. (1995). Anorexia nervosa: Issues for the obstetrician and gynecologist. *Current Opinion in Obstetrics and Gynecology*, 7(5): 371-374.
- Hoek, H.W., Bartelds, A.I., Bosveld, J.J., Van der Graaf, Y., Limpens, V.E., Maiwald, M. y Spaaij, C.J. (1995). Impact of urbanization on detection rates of eating disorders. *The American Journal of Psychiatry*, 152(9): 1272-1278.
- Holtkamp, K., Mogharrebi, R., Hanisch, C., Schumpelick, V. y Herpetz-Dahlmann, B. (2002). Gastric dilatation in a girl with former obesity and atypical anorexia nervosa. *The International Journal of Eating Disorders*, 32(3): 372-376.
- Howlett, M., McClelland, L. y Crisp, A.H. (1995). The cost of the illness that defies. *Postgraduate Medical Journal*, 71(842): 705-706.
- Inui, A., Okano, H., Miyamoto, M., Aoyama, N., Remoto, M., Baba, S. y Kasuga, M. (1995). Delayed gastric emptying in bulimic patients. *Lancet*, 346(8984): 1240.
- Inui, A., Namiki, M., Morita, S., Okada, M. y Kasuga, M. (1996). Anorexia nervosa and intussusception. *Lancet*, 347(8998): 399.
- Jarry, J.L. y Vacarrino F.J. (1996). Eating disorder and obsessive-compulsive disorder: neurochemical and phenomenological commonalities. *Journal of Psychiatry and Neuroscience*, 21(1): 36-48.
- Kaye, W.H., Bastiani, A.M. y Moss, H. (1995). Cognitive style of patients with anorexia nervosa and bulimia nervosa. *The International Journal of Eating Disorders*, 18(3): 287-290.
- Keljo, D.J. y Squires, R.H. Jr. (1996). Clinical problem-solving. Just in time. *The New England Journal of Medicine*, 334(1): 46-48.
- Kennedy, S.H., Katz, R., Neitzert, C.S., Ralevski, E. y Mendlowitz, S. (1995). Exposure with response prevention treatment of anorexia nervosa-bulimic subtype and bulimia nervosa. *Behaviour Research and Therapy*, 33(6): 685-689.
- Lee, S. (1995). Self-starvation in context: towards a culturally sensitive understanding of anorexia nervosa. *Social Science and Medicine*, 41(1): 25-36.
- Matijas, B. y Ljubisic, B. (1995). A psychoanalytic approach to cases of anorexia nervosa. *Vojnosanit Pregl.*, 52(2): 180-183.
- Maugars, Y., Lalonde, S., Berthelot, J.M., Potiron-Josse, M., Charlier, C., Prost, A. (1995). Sports, bones and hormones. Multiple interactions. *Press Medical*, 24(28): 1284-1286.
- Mehler, P.S. y Weiner, K.A. (1995). Treatment of anorexia nervosa with total parenteral nutrition. *Nutrition in Clinical Practice*, 10(5): 183-187.
- Mehler, P.S. (1999). Eating disorders. *New England Medicine*, 341(8): 614-615.
- Menkes, D.B. (1995). Buspirone augmentation of sertraline. *British Journal of Psychiatry*, 166(6): 823-824.
- Minuchin, S. (1977). *Familias y terapia familiar*. Barcelona: Gedisa.
- Minuchin, S., Rosman, B.L. y Baker, L. (1978). *Psychosomatic families. Anorexia nervosa in context*. Cambridge, Mass.: Harvard University Press.
- Minuchin, S. (1998). Where is the family in narrative family therapy? *Journal of Marital Family Therapy*, 24(4): 397-403.
- Mitan, L.A. (2002). Eating disorders in adolescent girls. *Current Women Health Reports*, 2(6): 464-467.
- Müller, E. E., Rolla, M., Ghigo, E., Belliti, D., Rabat, E., Andreoni, A., Torsello, A., Locatelli, V. y Camanni, F. (1995). Involvement of brain catecholamines and acetylcholine in growth hormone hypersecretory status. Pathophysiological, diagnostic and therapeutic implications. *Drugs*, 50(5): 805-837.
- Muñoz, M.T. y Argente, J. (2002). Anorexia nervosa in female: endocrine and bone mineral density disturbances. *European Journal of Endocrinology*, 147(3): 275-286.
- Mury, M., Verdoux, H. y Bourgeois, M. (1995). Co-morbidity of bipolar and eating disorders. *Epidemiology and Therapeutic Encephale*, 21(5): 545-553.
- Onnis, L. (1990). *Terapia familiar de los trastornos psicósomáticos*. Buenos Aires: Paidós.
- Overduin, J., Cansen, A. y Louwerse, E. (1995). Stroop interference and food intake. *The International Journal of Eating Disorders*, 18(3): 277-285.

- Plattner, R. (1995). Anorexia nervosa. Working with patients with eating disorders. *Osterr Krankenpflegez*, 48(10): 22-23.
- Probst, M., Braet, C., Vandereycken, W., De Vos, P., Van Coppenolle, H. y Verhofstadt-Deneve, L. (1995). Body size estimation in obese children: a controlled study with the video distortion method. *International Obesity of Related and Metabolic Disorders*, 19(11): 820-824.
- Ramsay, R. y Treasure J. (1996). Treating anorexia nervosa. Psychiatrists have mixed views on use of terminal care for anorexia nervosa. *British Medical Journal*, 312(7024): 182.
- Raccach, D., Disdier, P., Roybet, D., Jouglard, J., Arditti, J., Meunier, A., Harle, J.R., Weiller, P.J. y Vague, P. (1995). Bradycardia during treatment of weight loss. *Press Medical*, 24(27): 1260-1262.
- Rausch-Herscovici, C. y Bay, L. (1991). *Anorexia nervosa y bulimia. Amenazas a la autonomía*. Buenos Aires: Paidós.
- Russell, J. D. y Hunt, G.E. (1996). Anorexia nervosa: more than an eating disorder. *Nature Medicine*, 2(4): 366-367.
- Selby, M. J. y Moreno, J.K. (1995). Personal and familial substance misuse patterns among eating disordered and depressed subjects. *International Journal of Addictions*, 30(9): 1169-1176.
- Siegel, J.H., Hardoff, D., Golden, N.H. y Shenker, I.R. (1995). Medical complication in male adolescents with anorexia nervosa. *Journal of Adolescent Health*, 16(6): 448-453.
- Sharkey, J. (1996). Treating anorexia nervosa. Patients' beliefs treatment. *British Medical Journal*, 312(7024): 182.
- Skodol, A.E., Gallea, P.E. y Oldham, J.M. (1996). Excessive dependency and depression: is the relationship specific? *The Journal of Nervous and Mental disease*, 184(3): 165-171.
- Sluski, C. (1988). *El lenguaje de la terapia familiar*. Barcelona: Gedisa.
- Srinivasagam, N.M., Kaye, W.H., Plotnicov, K.H., Greeno, C., Weltzin, T.E. y Roa, R. (1995). Persistent perfectionism, symmetry, and exactness after long term recovery from anorexia nervosa. *American Journal of Psychiatry*, 152(11): 1630-1634.
- Steiger, H., Stotland, S., Ghadirian, A.M. y Whitehead, V. (1995). Controlled study of eating concerns and psychopathological traits in relatives of eating-disorders probands: do familial traits exist? *The International Journal of Eating Disorders*, 18(2): 107-118.
- Stheneur, C., Rey, C., Parient, D. y Alvin, P. (1995). Acute gastric dilatation with superior mesenteric artery syndrome in a young girl with anorexia nervosa. *Archives de Pediatrie*, 2(10): 973-976.
- Striegel-Moore, R.H., Schreiber, G.B., Pike, K.M., Wilfley, D.E. y Rodin, J. (1995). Drive for thinness in black and white pre-adolescent girls. *International Journal Eating Disorders*, 18(1): 59-69.
- Tamburrino, M.B. y McGinnis, R.A. (2002). Anorexia nervosa. A review. *Panminerva Medica*, 44(4): 301-311.
- Vande Berg, B.C., Malghem, J., Lecouvet, F.E., Lambert, M. y Maldangue, B.E. (1996). Distribution of serouslike bone marrow changes in the lower limbs of patients with anorexia nervosa: predominant involvement of the distal extremities. *American Journal of Roentgenology*, 166(3): 621-625.
- Vandereycken, W. y Abatzi, T. (1996). The anorectic life of Empress Elisabeth of Austria (1837-1898). Slenderness cult of the Habsburg family. *Nervenarzt*, 67(7): 608-613.
- Vila, G., Robert, J.J., Nollet-Clemencon, C., Vera, L., Crosnier H, Rault-Jos, J. y Mouren-Simeoni, M.C. (1995). Eating and emotional disorders in adolescent obese girls with insulin-dependent diabetes mellitus. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 4(4): 270-279.
- Vize, C.M., y Cooper, P.J. (1995). Sexual abuse in patients with eating disorder, patients with depression, and normal controls. A comparative study. *British Journal Psychiatry*, 167(1): 80-85.
- Waller, G., Watkins, B., Potterton, C., Niederman, M., Sellings, J., Willoughby, K. y Lask, B. (2002). Pattern of birth in adults with anorexia nervosa. *Journal of Nervous and Mental Disorders*, 190(11): 752-756.