

Conductas de Riesgo en Adolescentes, Trastornos por Hacer Dietas. Anorexias y Bulimias Nerviosas

Risk Behavior in Spanish Adolescents, Diet Related Disorders. Anorexia & Bulimia Nervosa

Gonzalo Morandé
Hospital del Niño Jesús

El presente artículo describe los trastornos de la conducta alimenticia en la adolescencia, específicamente la bulimia y la anorexia.

Se entregan datos sobre prevalencia en Madrid, se realiza una descripción sobre los criterios de diagnóstico en ambos cuadros, analizando los factores de riesgo y se describen los principales aspectos a investigar en la entrevista inicial. Se realiza una caracterización del tratamiento, desde la relación terapéutica, la mantención biológica, la relación familiar, la dependencia de la enfermedad y el tiempo de tratamiento.

The present article describes eating disorders during adolescence, specifically bulimia and anorexia.

It provides data about prevalence in Madrid, includes a description of diagnostic criteria for both disorders and an analysis of risk factors, and describes the main aspects to be explored during the initial interview.

It provides a characterization of treatment, from the therapeutic relation, the biological maintenance, family relations, the disorders dependency, and length of treatment.

Los adolescentes tienden masivamente a descubrir o imitar determinadas conductas que ponen a prueba su equilibrio fisiopsicológico, en ellas encuentran su principal causa de muerte y de adquirir adicciones que les acompañarán durante parte o toda su vida. El fenómeno es conocido por el sector del tabaco hace muchas décadas y en los últimos 30 años por la llamada industria del adelgazamiento que factura cifras muy importantes. Una de las conductas de riesgo más populares es la de hacer dietas para adelgazar, que unidas a otros procesos para perder peso no menos peligrosos ha sido relacionado con la génesis de los trastornos del comportamiento de la alimentación (TCA) (Garner, 1993).

A los millones de personas que se ponen a dieta para adelgazar cada primavera hay que sumar aquellos que están constantemente a dieta con lo cual el porcentaje alcanza cifras cercanas al 23% de la población española mayor de 18 años y de ambos sexos (De Miguel, 1996), cifras que aumentan si la observación incluye población adolescente.

En 1989, el 44% de los jóvenes de ambos sexos en Barcelona deseaban perder peso (Toro, Castro, García, Pérez, & Cuesta, 1989). En 1992, en la misma ciudad, tras estudiar 3544 estudiantes se demuestra que casi la mitad de las niñas (48%) deseaban estar

más delgadas en contraste con el 18% de los jóvenes (Raich, Rosen, Deus, Pérez, Requena, & Gross, 1992). Un año después, también en Barcelona investigan niñas de 12 a 24 años, un 63% estaban muy preocupadas por las dimensiones de sus caderas y muslos. El 46% de ellas hace ejercicio para adelgazar, el 35% algún régimen y el 10% más de dos (Martínez-Mallén, Toro, Salamero, Blecua, & Zaragoza, 1993). Nuestro grupo ha hecho dos trabajos en Madrid, el primero en 1985-86 con adolescentes de diferentes clases sociales y el segundo en 1993-94 con jóvenes y niñas de Móstoles de igual edad (15 años). En el primer trabajo un 38% de las niñas se veían gordas o muy gordas y el 11% de los jóvenes. 8 años después un 43.13% de las niñas se ven gordas en contraste con un 13.76% de los jóvenes. Casi la mitad de los varones se ve bien o normal mientras las niñas no llegan al tercio. La insatisfacción de las niñas con su aspecto físico y su tendencia creciente a verse gordas aunque no lo estén es un hecho a destacar (Morandé, Casas, & Celada, 1999).

Pero, sentirse gordos o gordas, de la cintura para abajo o de todo el cuerpo y por ello infeliz, hacer una dieta, asociada o no a otras conductas de riesgo no es sinónimo de enfermar de anorexia o de bulimia, como fumar no equivale necesariamente a cáncer de pulmón.

En Estados Unidos los TCA afectan a los adolescentes con creciente frecuencia. Constituyen la tercera entre las más comunes enfermedades crónicas de las

Gonzalo Morandé, Servicio de Psiquiatría y Psicología Médica. Unidad de Trastornos Alimentarios.

La correspondencia relativa a este artículo debe ser dirigida a Gonzalo Morandé. Hospital del Niño Jesús.

Menéndez Pelayo 65. Madrid 28009. E-mail: Imorande@eyoung.es

jóvenes con una incidencia superior al 5%, una cifra que ha aumentado dramáticamente en las últimas tres décadas (Kreipe, Golden, Katzman, en prensa).

A partir de la década de los 80 existe un fuerte aumento de la demanda de tratamiento de los TCA en nuestro país. Una encuesta realizada por INSALUD en Madrid en 1994 constató el incremento en pacientes atendidos en los Centros de Salud Mental y también el de ingresados en hospitales públicos en el período de 1990 a 1993. Estos datos aunque incompletos son representativos ya que contestaron 28 Centros de Salud y 11 hospitales. (INSALUD, 1995).

Las cifras de prevalencia aproximada en niñas blancas y en estudios de población escolar en países occidentales de 1% para AN y 2-4% para BN. La prevalencia de BN en jóvenes se acerca al 0.2% (McCallum, 1993).

En nuestros estudios en Madrid hemos podido constatar el aumento de prevalencia de AN en niñas de 15 años de 0.3% en 1985-1986 a 0.68% en 1993-1994. Para BN las cifras han sido 0.6 % y 1.23%. Si se suman cuadros completos y parciales un 4.75% de las niñas y un 0.85% de los jóvenes padecen TCA.

Historia, Descripción y Clasificación de los Cuadros

Como referencias históricas, las descripciones de William Gull (Gull, 1874) y Charles Lassègue

(Lassègue, 1873) son las clásicas y el bautismo de la Anorexia Nerviosa (Gull) o Anorexia Histórica (Lassègue). Ambos reconocían una afección asociada con severa emaciación y amenorrea de causa inexplicable para la época. Fueron extremadamente cautos sobre el hipotético origen del trastorno mental, aunque lo reconocían como tal, estado mental patológico (Gull), una perversión mental (Gull y Lasegue) y la ya citada anorexia histérica (Lassègue). Ninguno de ellos prestó atención a otras características psicológicas consideradas básicas por autores posteriores: "experiencia distorsionada de su propio cuerpo" (Bruch, 1965); "fobia al peso" (Crisp, 1967) o "miedo patológico a subir de peso" (Russell, 1970). La razón para esta omisión de Gull y Lassègue es el aparente cambio en la psicopatología de la anorexia nerviosa, condicionada por la presión cultural. Si bien la base del cuadro es aquello descrito por Gull y Lassègue lo que cambia es la psicopatología de la enfermedad y continuará modificándose a futuro en función de la topoplastia social. (Russell, 1995)

Las cosas cambian, las enfermedades cambian, los síntomas cambian, la gente cambia. La anorexia nerviosa y su vástago la bulimia nerviosa se han transformado durante las décadas recientes. Quizás el único factor constante en este síndrome siempre cambiante es que sus víctimas son invariablemente mujeres jóvenes psiquiátricamente vulnerables. Esta vulnerabilidad es probablemente el común denominador de los TCA (Silverman, 1995).

Tabla 1

Prevalencia TCA

Madrid 1985-1986, 1993-1994: Morandé, Casas & Celada.

	1985-1986		1993-1994	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
1. Anorexia Nerviosa	0	2 0,31%	0	5 0,69%*
2. Bulimia Nerviosa	0	8 1,24%	2 0,36%	9 1,24%
3. Cuadros Incompletos	0	0	3 0,54%	20 2,76%
Anorexia Incompleta		-	2 0,36%	8 1,10%
Bulimia Incompleta		-	1 0,18%	12 1,66%
Suma de trastornos	0	10 1,55%	5 0,90%	34 4,69%*
Población de riesgo	7 1,20%	85 11,60%	11 1,96%	125 17,36%

* La cifra de Bulimia en 1985-1986 (8 casos) con la clasificación DSM III-R quedaría reducida a 5 casos (0,78%) con lo que la suma de trastornos también bajaría a 7 casos (1,10%).

Podría postularse un síndrome básico, y éste es el cuadro clínico descrito por Gull y Lasegue y que los recientes desarrollos del síndrome, incluyendo el miedo a la obesidad y la distorsión de la imagen corporal no son necesariamente cruciales en la entidad clínica y pueden cambiar con el tiempo por influencias sociales.

Lo esencial y se mantiene en el tiempo desde hace más de un siglo son los síntomas y signos que se resumen en la Tabla 2. Son aquellos secundarios al ayuno, la desnutrición y la amenorrea que le acompaña y los menos influenciados por la cultura (Theander, 1995).

Criterios Diagnósticos

En 1970, Russell propone tres criterios para el diagnóstico de Anorexia Nerviosa:

- 1.- Conductas destinadas a inducir una marcada pérdida de peso.
- 2.- Temor patológico a engordar (el trastorno psicológico básico).
- 3.- Evidencias de un desorden endocrino que en las niñas postpuberales se hace evidente como amenorrea.

El DSM IV (American Psychiatric Association, 1994) y la ICD 10 (Organización Mundial de la Salud, 1992) son los criterios diagnósticos actualmente aplicados.

El nuevo síndrome de bulimia nerviosa fue descrito y denominado así como una variante de la anorexia nerviosa por Russell en 1979 (Russell, 1979). Si bien existían numerosos casos en la literatura es después de su descripción cuando su incidencia se dispara hasta superar con claridad a la anorexia nerviosa. Quedan dudas si no era suficientemente diag-

nosticada, lo que es probable, o si se desarrolla masivamente en los últimos años como expresión de factores psicosociales adversos y también es posible y así lo reconoce el mismo autor que la describió, que una vez conocidas las conductas bulímicas, hayan desencadenado por contagio otras similares en muchachas vulnerables.

Los criterios diagnósticos propuestos por su descubridor para la bulimia nerviosa fueron:

- 1.- Una urgencia poderosa e imparable de atracarse de comida que termina con un episodio de sobreingesta.
- 2.- Evitación de los efectos engordantes de los alimentos mediante vómitos, abuso de laxantes o ambos.
- 3.- Temor patológico a subir de peso.

El DSM IV y la ICD 10 precisan las características para el diagnóstico, aunque es aceptado que muchos casos quedan sin diagnosticar.

Clasificación

Las clasificaciones se basan en el DSM IV y la ICD 10 de la OMS con modificaciones (Halmi, 1995) y pequeñas variaciones hechas por el autor y que se recogen en la Tabla 3.

Las anorexias nerviosas se dividen en restrictivas y purgativas, las primeras logran perder una cantidad importante de peso exclusivamente con el ayuno. Con gran tenacidad aguantan el hambre hasta decir no sentirlo, son tremendamente negadoras de su enfermedad y presentan con frecuencia sintomatología obsesiva. Las segundas, ante su incapacidad para

Tabla 2
Lo Esencial de la Anorexia Nerviosa. Lo que no ha cambiado en 100 años.
Theander 1994

1. La mayoría de las pacientes son mujeres.
2. La mayoría de son jóvenes.
3. El síntoma principal es el rechazo a la alimentación.
4. El adelgazamiento puede ser extremo y amenazar la vida.
5. Hay una gran tendencia a recuperarse.
6. Los pacientes tienden a negar la enfermedad.
7. Las razones que da el paciente para adelgazar no son constantes.

Tabla 3
Clasificación TCA

1. Anorexia Nerviosa
 - 1.1 Anorexia Nerviosa Restrictiva
 - 1.2 Anorexia Nerviosa Purgativa
 - 1.3 Anorexia Nerviosa Purgo-Bulímica
2. Bulimia Nerviosa
 - 2.1 Bulimia Purgativa
 - 2.2 Bulimia no Purgativa
 - 2.3 Bulimia Multimpulsiva
3. Trastornos Alimentarios Incompletos Atípicos
 - 3.1 Anorexia Incompleta Atípica
 - 3.2 Bulimia Incompleta Atípica
 - 3.3 Otros Cuadros Atípicos
4. Trastornos Alimentarios Residuales
5. Trastornos Alimentarios Crónicos

cumplir sus objetivos de esa forma y a veces sin haberlo intentado, recurren a los vómitos, al uso de laxantes y en ocasiones diuréticos. Con iguales aspiraciones, se diferencian en los métodos y que en este subgrupo la fuerza de voluntad es menor y la tendencia a deprimirse más elevada. Cuadros mixtos son aquellos en los que se dan simultáneamente aspectos anoréxicos y bulímicos. El DSM IV los considera como anorexias purgativas si el peso es bajo. Las bulimias, por definición con un peso cercano al normal, se subdividen según el mecanismo de compensación que usen para sus reiterados atracones alimenticios. Habrá purgativas y no purgativas, estas últimas usarán el ejercicio intensivo y la dieta para evitar los efectos de la sobrealimentación. Las bulimias multimpulsivas constituyen un grupo de especial gravedad al unir la sintomatología bulímica al descontrol de impulsos. Los cuadros atípicos y síndromes incompletos son los que no cumplen la totalidad de requisitos diagnósticos en la ICD 10 se dividen en anorexias y bulimias incompletas o atípicas, en el DSM IV se les considera un grupo indiferenciado. Su frecuencia es mayor que el de las anorexias y bulimias. Finalmente, habrá cuadros o formas iniciales la mayoría de ellos incompletos y en el extremo opuesto, patologías residuales y cuadros crónicos. En los últimos años aparece un nuevo cuadro en la literatura (Spitzer, Devlin, & Walsh, 1992), "Trastorno por Atracones", caracterizado por episodios recurrentes de atracones o de picotear todo el día, sin maniobras compensatorias, lleva normalmente a sobrepeso, su inclusión como TCA es aún discutida.

Así como la anorexia y la bulimia pueden cambiar su expresión clínica a lo largo de décadas, en el caso individual no es infrecuente que una paciente que se inició como anoréxica continúe como bulímica o presente episodios anoréxicos y bulímicos durante los años de enfermedad.

Etiología

"En los siglos 13 a 16 el control del apetito estaba unido a la piedad y las creencias...las anoréxicas modernas buscan la perfección como ideal social de físico o físico más que una belleza espiritual" (Brumberg, 1988; Spitzer, Devlin, & Walsh, 1992)

El ayuno ha sido frecuente en muchas religiones como una forma de defenderse de la tentación y el pecado, ofrecer un sacrificio a la divinidad y también para acceder a estados mentales distintos que posibiliten la oración y la comunicación sobrenatural.

¿Cómo puede la poderosa presión social cual una moderna religión de culto al cuerpo ejercer su nefas-

to efecto en la causalidad de una anorexia o bulimia? Las niñas vulnerables responden a estas presiones con una dieta reductora de peso, una práctica común entre las estudiantes. Algunas de ellas persisten en heroicas dietas que les llevan a riesgos más elevados. La nueva religión se impone a través de todos los medios de comunicación pero también por transmisión verbal entre las niñas y en sus propias casas.

La joven rechaza alimentarse o evita muchos alimentos. Induce de esta forma una bajada de peso. Esta actitud es consecuencia de una amplia gama de conflictos psicosociales cuya resolución presiente los alcanzará con estar más delgada. Esos conflictos incluyen el terror a estar gorda, pero pueden abarcar también el temor a la sexualidad y la fertilidad o la dificultad para independizarse de su familia y otros, a veces, impredecibles problemas.

De la Predisposición Biológica, la Organización de la Personalidad y la Familia, al Impacto de la Presión Social.

No basta hacer dieta, ni siquiera una dieta estricta para hacer una anorexia o una bulimia. Es probable que tenga más posibilidades una persona, preferentemente mujer, con una alta propositividad y fuerza de voluntad, que atraviesa un momento vital complicado donde no termina de encontrarse a gusto pese a sus éxitos profesionales. Hambrienta de afecto que no sabe pedir y quizás conmocionada por un desaire o desapego, encuentra en el adelgazar un consuelo y una esperanza que inicialmente le da un sentido vital y le permite provocar al mundo. Insatisfacción corporal, insatisfacción personal parece juntarse y darle fuerzas para superar el hambre que puede ser intensa y el mismo autocontrol motivo de orgullo (Brumberg, 1988).

Factores Predisponentes, Precipitantes y de Mantenición

Factores predisponentes

La AN y la BN son trastornos multifactoriales (Fairburn & Cooper, 1984; Kaye & Weltzin, 1991; Campbell, 1995) como muchas otras patologías donde participan factores predisponentes ligados a la organización genético-biológica, de estructuración de la personalidad, de crianza, organización familiar, red social, conjunto de creencias, (especialmente aquellas sobre apariencia física y su relación con los alimentos) y la presión social para huír de la obesidad y adelgazar como búsqueda de seguridad y felicidad. La práctica totalidad de nuestras pacientes presenta-

ba antes de enfermar (en el relato de sus padres) un perfil de personalidad caracterizado por elevada autoexigencia y constancia, aceptación de las normas sociales, aparente autonomía y perfeccionismo. Normalmente sus resultados escolares son muy buenos. Como contraste se destacan una expresión emocional limitada así como un desarrollo psicosexual retrasado (Morandé, 1989). Un 45% de las anoréxicas hicieron su desarrollo puberal con ligero sobrepeso, con marcada insatisfacción con partes de su cuerpo, especialmente muslos y nalgas. Un 10% presentó obesidad previa, cifra que se eleva a un 40% entre los varones y 30% en las bulímicas.

Factores Precipitantes

Aparecen acontecimientos vitales que afectan al sujeto (separaciones de la familia para estudiar fuera, pérdidas amorosas, crisis de pareja de los padres, enfermedad de algún familiar, ofensas o agresiones de amigos, cambios corporales difíciles de llevar y enfermedades físicas o mentales. Una parte de nuestras pacientes padeció previamente un cuadro depresivo u obsesivo en las que el trastorno alimentario viene a ser continuación sustituyéndolo o compañía como comorbilidad. En otra minoría, intervenciones quirúrgicas menores o enfermedades que generan normalmente pérdida de peso gatillan una conducta restrictiva. El desarrollo de conductas de riesgo para intentar perder peso son el elemento principal para desencadenar el cuadro, a veces, como un intento de solucionar los problemas anteriores. Algunas adolescentes con 48 horas de ayuno modifican su respuesta fisiológicas, otras demandan un esfuerzo más prolongado para quedar "enganchadas".

Factores de Mantenición

Son de naturaleza personal y del entorno. Los primeros son biológicos y psicológicos. Como factores biológicos se destaca la plenitud y dificultad en el vaciamiento gástrico que condiciona una digestión muy lenta y sensación de inapetencia. El vaciamiento gástrico parece estar mediatizado por neurohormonas (Robinson & McHugh, 1995) que responden a los temores fóbicos del paciente. La propia respuesta fisiológica al ayuno condiciona cambios neurovegetativos y hormonales que complican el cuadro (Fichter & Pirke, 1995).

Los atracones seguidos de vómitos, las regurgitaciones, las evacuaciones intestinales, incluso las urinarias se hacen conductas compulsivas y hábitos altamente adictivos. Contribuyen en el plano psicológico, la sensación omnipotente de que nada les puede pasar, la vivencia orgullosa del ayuno, el

temor fóbico a engordar, la necesidad imperiosa de "limpiar" el estómago o intestino y la distorsión de la percepción corporal. La reacción familiar, su incapacidad para organizarse ante la enfermedad y hacer frente al trastorno son factores claves en la gravedad y perpetuación de la sintomatología. Es muy difícil reaccionar adecuadamente sin conocer la enfermedad. El aislamiento de amigos y amigas es otro elemento a tomar en cuenta en la prolongación del cuadro (Tablas 4, 5 y 6).

Diagnóstico

El diagnóstico se realiza mediante entrevistas clínicas a la paciente y si es posible a algún familiar cercano, examen físico, analítica y pruebas psicológicas.

Entrevista Inicial

Se realiza la historia clínica a la paciente y a los padres. Es conveniente la doble información ya que no siempre coinciden. En nuestra experiencia, confeccionamos la historia clínica con la información de la chica en presencia de los padres a quienes solicitamos con autoridad que no intervengan. La mayoría de las pacientes puede informar con cierta precisión el inicio voluntario del cuadro restrictivo, la cantidad de peso perdido y con más dificultad de otras pérdidas. De temperatura, de su menstruación, de movilidad intestinal, de horas de sueño, de ganas de salir. Aceptarán con naturalidad que sus relaciones se han complicado en casa, indicando a veces a la madre como culpable, en otras, encogiéndose de hombros, dando por sentado que tiene que ser así. Casi todas creen no ser entendidas y tratan de demostrar que los padres son bastante torpes al res-

Tabla 4

Etiopatogenia; Factores Predisponentes.

Sexo femenino
Predisposición Genética
Personalidad Preanoréxica
Sobrepeso peripuberal.
Diabetes o enfermedad crónica infantil
Historia de Depresión o Trastorno obsesivo infantil
Familia muy sensible a las apariencias
Obesidad familiar.*
Depresión o abuso de alcohol en la familia.*
Agresiones sexuales en la infancia *

* especialmente en bulimia

Tabla 5
Etiopatogenia: Factores Precipitantes.

Ayuno o dieta adelgazante.
 Vómitos autoinducidos.
 Uso de laxantes u otras sustancias para perder peso
 Ejercicio excesivo
 Enfermedad física con baja de peso.
 Subida significativa de peso
 Malestar o insatisfacción emocional
 Pérdida amorosa
 Ruptura con amigos.
 Cambio de ciclo escolar o colegio
 Agresión física o sexual.
 Separación de la familia
 Conflicto de los padres.
 Enfermedad o muerte de familiar

Normalmente se suma más de uno

pecto, las menos piensan que tampoco ellas se entienden. Toleran muy mal las torpezas del médico, que tampoco “entienda” de anorexia haga preguntas inadecuadas, escuche a los padres repetir síntomas o atribuir críticamente intenciones o caiga en la tentación de hacer comentarios morales, recriminatorios o de mal gusto sobre su aspecto. Al preguntárseles sobre la forma de perder peso y si ésta ha sido legal, lo asegurarán con cierto orgullo si son restrictivas. Las purgativas, parecen avergonzarse y algunas, no todas hablan de sus vómitos. Poco les gusta exponer sus conductas compensadoras y ocultas, tampoco se les insiste. Normalmente con ayuda, se obtiene un relato bastante preciso de una niña que ha tenido muchas pérdidas en su intenciona incluso en las ganas de vivir. Pese a ello es posible que desee bajar aún más de peso, que aún se vea gorda y lo comente como algo inevitable. Los padres en ese momento dan un respingo que debe ser calmado de inmediato. Si la entrevista ha ido bien, se ha abierto un espacio de esperanza para el trabajo terapéutico. Los padres han escuchado por primera vez a su hija sin interrumpirla con su angustia, culparla o culparse, en ocasiones dicen que no tienen nada más que agregar. Se les pide ahora que hablen ellos de la historia remota, de la historia de desarrollo de la enferma desde su gestación, pasando por la infancia y sus antecedentes mórbidos, las probables patologías familiares. Finalmente, si están dadas las condiciones, se les anima a hablar de cómo están ellos.

Tabla 6
Etiopatogenia: Factores de Mantención

Ayuno-desnutrición
 Vómito como purgación.
 Uso masivo de laxantes
 Ejercicio compulsivo
 Atracones imparables*
 Pérdida sostenida de peso
 Digestiones lentas
 Desaparición del hambre.
 Ausencia o negación de fatiga
 Estudios o trabajo compulsivo
 Terror a subir de peso.
 Obsesión de adelgazar
 Disociación mental
 Distorsión de la imagen corporal
 Negación de enfermedad.
 Interacción familiar ante enfermedad
 Cómplices en casa
 Aislamiento social.
 Perversión de las relaciones sociales*
 Consumo de alcohol y drogas
 Comorbilidad médica y psiquiátrica*
 Omnipotencia.
 Refuerzo social por bajar.
 Ambivalencia ante ella.

* Especialmente en bulimias

Entrevista en Bulimias

En bulimias este tipo de entrevista es más difícil dado que la mayoría de las conductas son ocultas, la chica tiene un aspecto normal, aparece arreglada, bien vestida, sonriente a veces y seductora. El clima de suspicacia en la familia es alta y la tendencia a saltar no es exclusiva de las paciente. No aparece un peligro vital inminente lo que le quita el aire solemne de la primera consulta con la anoréxica muy desnutrida. Si el médico no tiene experiencia en trabajo con familias es más adecuado que haga entrevistas sucesivas, empezando por la enferma y al retirarse ésta escuchar a los padres. Son muchas las bulímicas que consultan solas y algunas piden que no se informe a la familia, situación complicada en nuestro medio ya que salvo excepciones los padres serán necesarios para el tratamiento. La entrevista con la paciente suele ser más fácil que con la anoréxica, las bulímicas suelen ser verbales, cons-

cientes de no estar bien y deseosas de caer bien al médico. Sin embargo, su discurso puede ser muy desordenado, obligando al profesional a pedir continuas precisiones. El deseo de agradar puede primar llevando a una falsa familiaridad que inutiliza la entrevista y no crea condiciones para un tratamiento que exigirá bastante rigor. Así como la paciente anoréxica minimiza sus síntomas o los niega por tiempos prolongados, la bulímica puede exagerarlos, explica a borbotones un manual de psicopatología, dictando una confusa historia donde se mezclan problemas con la comida, inculpaciones, cambios de humor, síntomas disociativos e intentos de suicidio. Es tarea del clínico enfriar la situación y poner orden, sin corregir aún. Al entrar la familia puede observarse una situación parecida, donde el clínico una vez más deberá serenar, indicar turnos de palabras y empezar a reatribuir. Interesa también la historia evolutiva, las características previas de personalidad, antecedentes mórbidos personales y familiares con especial referencia a depresión, abuso de alcohol, trastornos alimentarios y experiencias sexuales traumáticas.

Tanto en AN como en BN, junto a la historia del trastorno alimentario es necesario, precisar el diagnóstico diferencial y valorar patología psiquiátrica o médica asociada.

Estudio Médico y de Laboratorio

El estudio médico es básico para descartar otras enfermedades y para valorar los efectos de la malnutrición.

Examen Físico en AN

Debe ser completo, comentado sin críticas ante una paciente que no tiene conciencia de enfermedad. La exploración efectuada en condiciones adecuadas se extiende desde la descripción de la piel, seca, descamada, envejecida, fría, al pelo lacio, quebradizo y que puede caerse fácilmente. Abundante lanugo es posible observar en muchas pacientes en extremidades, cara anterior del abdomen, región lumbosacra y en ocasiones en la cara. La disminución de temperatura es global, afectando más a extremidades donde es posible encontrar una acrocianosis distal. Al mirar la palma de la mano puede observarse un tono amarillento en eminencias tenares e hipotenares producto de la carotenosis. La grasa subcutánea casi ha desaparecido lo que se comprueba a la palpación y se objetiva en la medición de pliegues. La masa muscular ha sufrido una importante involución hecho que se comprueba al palpar bíceps, tríceps que tienen un volumen infan-

til. Al medir la circunferencia del brazo y muslo se comprueban valores muy bajos en relación a la gente de igual edad. La pérdida muscular acompaña a la de grasa, es probable que en un segundo tiempo, cuando ha disminuido un tercio de la primera y no sería extraño que también fuera acompañada en poco tiempo de la disminución de la masa ósea. La pérdida muscular afecta a la totalidad de la musculatura como se ha objetivado en la hipotrofia uterina y cardíaca.

El pulso es blando y lento, pudiendo ser intensamente bradicárdico. Esto se comprueba en la auscultación cardíaca donde a la bradicardia se añaden con frecuencia soplos aórticos y tricuspídeos de poca entidad. La percusión cardíaca nos puede mostrar una disminución del perímetro del corazón. La tensión arterial es por norma baja.

La palpación abdominal se ve facilitada por la casi ausencia de grasa y la disminución de la musculatura abdominal. Se puede palpar cuerda cólica, fecalomas y en ocasiones un hígado de consistencia normal en reborde costal.

La auscultación pulmonar no aporta datos de interés, salvo que al explorar la espalda es posible observar junto al lanugo una exacerbación de patologías de columna tan frecuentes en adolescentes.

Las mamas han involucionado y las mismas pacientes reconocen haber tenido que disminuir talla de sujetador. Como todos los signos descritos hay variaciones entre los pacientes según sus características individuales y grado de enfermedad.

Las extremidades inferiores pueden enseñarnos la presencia de autolesiones y de edemas maleolares en algunos casos.

La evaluación antropométrica incluye, talla-peso, índice de masa corporal y pliegues tricipitales. El peso se hace de espaldas a la báscula y se calcula de inmediato el IMC. Al igual que en lo observado en el examen físico se informa a la paciente sin intentar asustarla o convencerla de nada más bien dando por hecho que estamos encontrando lo esperado.

Exploración en Bulimias

En bulímicas normopeso la exploración es poco relevante, salvo en el examen de la dentadura, manos y cara si son vomitadoras.

Puede observarse en muchas de ellas una disminución del tamaño de los dientes, adquiriendo sus bordes un aspecto de sierra y un color ocre la dentina. Las encías están hiper o hipotróficas, algunas con señales de inflamación crónica. La lengua puede aparecer depapilada y en menos casos saburral. Las manos presentarán las callosidades en los nudos-

llos denominado Signo de Russell consecuencia de la presión de la mano sobre la dentadura para poder vomitar en aquellas que no lo consiguen por simple presión abdominal, (las anoréxicas purgativas presentan similares características). El aspecto edematoso de la cara que ha sido comparado al de los bebedores lo hemos visto en bulímicas en crisis aunque no devuelvan, pero este signo como la hipertrofia parotídea comprobable a la palpación es más frecuente en purgativas.

Si han sido anoréxicas previamente y su cuadro es suficientemente prolongado, lo que no es extraño, se pueden visualizar estigmas como pliegues dérmicos o estrías de distensión, distribución anómala de grasas e hipertrichosis. Signos de desequilibrio neurovegetativo prolongado expresado en el examen físico como acrocianosis distal, alteraciones del ritmo cardíaco, masiva sudoración palmar.

Estudio de Laboratorio Complementario

Se realiza por norma en todos los TCA tanto para descartar otras enfermedades como para precisar la afectación física. Una parte del estudio se realiza a todas las pacientes y en forma individualizada y según la clínica se piden las exploraciones más específicas.

Exploración Psicológica

Existen una serie de instrumentos de medición psicológica específicos para trastornos alimentarios, comorbilidad y seguimiento. La mayoría de ellos son completados por la paciente y otros por los familiares. Ya el primer día de consulta, después del examen físico, los pacientes completan sus cuestionarios psicológicos. En nuestro medio se usan el EDI, el EAT (escala oral), ambos sobre actitudes ante la alimentación, el SCL 90 para comorbilidad psiquiátrica, el FES para clima familiar. En casos de bulimia para cuantificar severidad se utiliza el BITE. Los padres rellenan el cuestionario de observación de conductas anoréxicas de Vandereicken (ABOS) y en nuestro centro la versión correspondiente del FES. Se reservan estudios más complejos para casos en los que se sospecha otra enfermedad psiquiátrica.

Entrevista de Devolución

Una semana después de la primera entrevista, se realiza la que cierra el proceso diagnóstico. Puede que no esté terminado el estudio médico y falten aún algunos aspectos del psicológico, sin embargo en la mayoría de los casos se está en condiciones de informar a la paciente y sus familiares con relativa seguridad de su diagnóstico, situación o gravedad clínica, alternativas terapéuticas y pronóstico a cor-

to y medio plazo. Es una entrevista importante, continuación de la anterior y en el mismo orden. Primero a la chica y después a la familia se les expone las conclusiones de los clínicos. Se discuten los aspectos centrales con ellos observándose habitualmente un choque entre la gravedad y alcances del diagnóstico planteado a una persona que no cree estar del todo enferma y que no atina más que a respuestas emocionales, llantos, rabia, fuga de la consulta y búsqueda de los familiares para calmarse. Los padres encuentran apoyo en el médico para ponerse en su lugar y empujar a su hija a un tratamiento que en muchas ocasiones se inicia con medidas muy drásticas.

En bulimias puede ser distinto, al igual que la paciente anoréxica sabe su diagnóstico antes de venir a consulta, conoce incluso los riesgos que ha corrido y pueden sucederle. Es su impaciencia su mayor limitación y la urgencia por dejar de sufrir unida a una ingenuidad que sorprende en algunos casos al pensar que le van a quitar algo cual si se tratara de una mueca o un demonio que se ha tragado y no la deja en paz. Está más dispuesta a tratarse aunque en el fondo piensa que no tiene arreglo. Cuando se le explica que la terapia será laboriosa y seguramente tendrá recaídas dice estar informada aunque no le gusta. Cuando se le dice que en su enfermedad se usa medicación paradójicamente se sorprende y en no pocas ocasiones dice no estar dispuesta a tomar nada artificial lo que obligará a un fuerte esfuerzo de persuasión a su médico y familiares. Los padres desconfían aunque el médico trate de no infundir ningún optimismo, y su exposición sea muy ponderada, son a veces años de no fiarse de su hija para nada.

Tratamiento

Tratamiento de la Anorexia Nerviosa

Existe acuerdo en la imposibilidad de mejorar en una anorexia nerviosa sin comer. El alimento es la única medicina eficaz y la dificultad no es tanto saber qué tiene que comer y en qué cantidades sino: ¡Cómo conseguir que el enfermo inicie su realimentación y se recupere nutricionalmente más allá de sus convicciones y de su terror a engordar!

1.-Una necesaria relación terapéutica

Una relación terapéutica es indispensable para salir del mal. Establecer una relación terapéutica es menos difícil de lo que creía la paciente y muchos profesionales sin experiencia. En poco tiempo pasa de no querer nada de su médico a hacerse tremenda-

mente dependiente y a idealizarlo puerilmente. Hay que aceptarlo ya que ella no tiene otra forma de relacionarse. La responsabilidad que asume el médico es muy grande ya que esta dependencia se extenderá por años y será agotadora en muchos momentos. La única solución aparte de estar preparado para relaciones de dependencia es compartirla con otros profesionales, los que integrarán el equipo terapéutico. Si el que recibe a la paciente y su familia es un pediatra o internista especializado en el tema, incorporará un psicoterapeuta y él trabajará los aspectos médicos y familiares (si está preparado).

Si es un psiquiatra con formación psicoterapéutica en familia, invitará al equipo al internista para que lleve el control médico y un psicoterapeuta individual.

En nuestra experiencia el plan de vida y el trabajo con la familia lo lleva el psiquiatra, el seguimiento médico el pediatra o internista y la psicoterapia es grupal y la llevan psicoterapeutas entrenados en esta técnica. Así por lo menos durante dos años. El trabajo con la familia también puede ser grupal y de periodicidad semanal al igual que la psicoterapia.

La persona con anorexia se desenvuelve como un fanático, su ideología es extremadamente penetrante y puede ser resistente a los esfuerzos de convencerles, su religión, a las amenazas y castigos, incluso el temor a morir. Tienen una forma de pensar y un lenguaje propio que conocen quienes trabajan con ellos. Esta forma de pensar no es inducida al menos totalmente sino que surge sola y en igual forma en una anoréxica japonesa y una de Logroño. Sin embargo, son abordables si se llega a ellas. Tras esta fuerte coherencia caracterial subsiste la niña vulnerable y crédula de antes de enfermar con enormes necesidades de dependencia no satisfechas y un miedo desmesurado a quedarse sola, tomar decisiones y afrontar el futuro. En la enfermedad ha encontrado un nuevo equilibrio, con ella misma y con su familia. Equilibrio patológico mirado desde fuera pero funcional para la chica ya que ahora depende sólidamente de su enfermedad y de su madre (o quien le sustituya).

Es ese doble equilibrio el que hay que romper y una mano la que hay que tender, para que se agarre. Es una enfermedad donde desde el principio debe actuarse sobre los factores de mantención postergando el trabajo sobre los aspectos etiológicos.

La relación terapéutica posibilita el desarrollo del plan de vida y con ello afrontar los factores de mantención.

2.-Rompiendo los factores de mantención biológicos

Rara vez una anoréxica come porque quiere, normalmente lo hace por obligación ya que no le queda otra salida. Si ha aceptado hospitalizarse en casa

o en el hospital exclusivamente por cumplir lo más rígidamente con su régimen ya que si no lo hace su situación se hará cada vez peor. Si está en casa seguirá en la cama, si está hospitalizada el plan es aún más rígido y lo que no coma en su tiempo le será administrado por sonda nasogástrica. Debe afrontar su terror cuatro veces al día con una enfermera al lado, tiene que superar las molestias digestivas que le condiciona sus alteraciones en el tono y la motricidad gastrointestinal y ver como sus platos crecen y crecen y su cuerpo también parece expandirse sin fin especialmente en las zonas más temidas. Además está obligada a hacer reposo postprandial y no puede ir al cuarto de baño... Cuando se le explica el tratamiento al que va a ser sometida piensa que es imposible, una vez en marcha en la sala hospitalaria o en su dormitorio en los casos menos graves la mayoría puede. No reconocerá el hambre en días y más frecuentemente en meses. Será el inicio de la ruptura con la enfermedad.

3.-Rompiendo los factores ambientales de mantención

Hace más de un siglo se empezó separando a las enfermas de su familia al considerar que era el hogar el mayor factor de mantención de la enfermedad. Se les separaba durante muchos meses con resultados aceptables en algún caso. Aún hoy se continúa utilizando esta técnica con variaciones y es aceptada la hipótesis que uno de los factores de mantención es el tipo de relación de extrema dependencia que se establece con algún miembro de la familia o con su pareja cuando es mayor. Es una dependencia tiránica y agotadora, basada en muchos casos en la amenaza y el maltrato. En la familia se forma un tandem hija-madre que cogidas del brazo no dejan espacio para el padre, los hermanos, ni abuelos. En ocasiones, toda la familia logra organizarse para vivir alrededor de ellas sufriendo en forma coral o desentendiéndose, en otras, cada uno tira de su lado para romper el dúo. La vida familiar se centra en la enferma y a la espera de las horas de comida, escenificación máxima del ritual familiar, seguido a cierta distancia de los días de examen y de resultados de ellos, donde se evalúa toda la familia. Es indispensable actuar terapéuticamente sobre esta escenografía, a veces, para iniciar el tratamiento.

Manifiestan nuestras pacientes que no pueden vivir sin hacer nada en otras palabras estudiando, haciendo ballet, gimnasia, etc. Si no se hace nada útil, piensan, se pueden acostumbrar, hacerse muy vagas y seguramente irse al infierno anoréxico. La adhesión que tienen a sus actividades es también de

tipo adictivo. Nos dicen que les sirve para no pensar y cuando hablan de pensar se refieren a comidas o reflexiones muy tristes que prácticamente las hundan. Es otra de las ataduras a romper, para posteriormente reorganizar.

El aislamiento social normalmente lo han hecho las propias pacientes al no poder seguir el ritmo de desarrollo de sus amigas, por su edad es probable que se saltaran la etapa donde se hacen los amigos. Es tan intenso el fenómeno en ocasiones que olvidan o desconocen las pautas de interacción con sus pares como si hubieran vivido mucho tiempo en un planeta lejano. Se sienten excluidas y tienden a criticar duramente a sus coetáneas por frívolas. La recuperación o el establecimiento de relaciones de amistad válidas y suficientes es condición para la recuperación a medio plazo.

Si se hospitaliza a la paciente se cumplen los primeros objetivos, pero se agrava el aislamiento social, especialmente si es muy prolongado y pierde el curso o el trabajo. Aún hoy es necesaria la hospitalización en muchos casos, es el tratamiento de elección si no es posible salir del trastorno en su propio medio. Tanto en la hospitalización como en el tratamiento ambulatorio es indispensable hacerse cargo de estos tres aspectos, modificar la pauta de relación familiar, revisar la relación de la chica con sus estudios y recuperar su red social.

4.-Rompiendo la dependencia de la enfermedad y los factores de mantención psicológicos

El apoyo psicoterapéutico contribuye en las primeras etapas a ver como inevitable la recuperación física y el acompañamiento es para aliviar, ayudar a afrontar, explicar y aminorar la dureza del tratamiento médico. Las técnicas psicológicas defienden el espacio médico mientras configuran el propio, un espacio para recuperarse como persona tras la cascada anoréxica.

En pocos meses una persona, por lo menos una adolescente pasa de tener anorexia a ser anoréxica, cual si se hubiera dotado de una nueva identidad. En algunos casos es casi una revelación, tras leer un artículo de divulgación descubre que es anoréxica lo que implica obviamente que lo será para siempre y que es igual a otra parte de la población que es anoréxica y distinta del resto de la humanidad. Para una adolescente esto es algo importante más aún si antes de convertirse pasaba por un período de anomia y dudas con respecto a sí misma. El paso desde ser anoréxica a ser una persona con problemas de identidad similares a otros adolescentes que

aspiran a ser medianamente normales es difícil y necesita mucha pericia el psicoterapeuta para llevarle a ese terreno. En la anorexia no todo es equilibrio, hay dolor mental y miedo, mucho miedo, miedo incluso a darse cuenta de lo que le pasa. Vacío, nulidad, infelicidad tras tanto esfuerzo y reconocer que se metió en un camino equivocado, quizás para que le quisieran más. Desde el dolor se puede trabajar terapéuticamente, la habilidad del psicoterapeuta está en encontrarlo, mostrarlo o dejar que lo muestre y ponerle palabras hasta hacer un relato que haga continuar la historia de la chica.

5.-Tratamiento precoz, realizado por profesionales experimentados, en el marco de programas especializados y durante el tiempo necesario

Cada uno de estos aspectos está en discusión (Schoemaker, 1997) pero son los aceptados en la literatura (Steinhausen & Seidel, 1993).

Salvo casos de extrema gravedad el atender una adolescente de 14 años con menos de un año de evolución y una familia conservada es más fácil y los estudios de pronóstico a largo plazo parecen demostrarlo (Bryant-Waugh, Lask, Shafran, & Fosson, 1992; Dare & Crowter, 1995). Aunque sea un cuadro completo los mecanismos de perpetuación están menos solidificados.

Al igual que en otras patologías la experiencia previa de los profesionales en un número suficiente de pacientes es necesaria y actualmente una exigencia de las familias que buscan activamente a aquellos profesionales que trabajan en el tema.

En patologías como la anorexia nerviosa con una alta incidencia y gravedad en la que son necesario el concurso de diferentes profesionales es conveniente la existencia de programas específicos que permiten acumular experiencia, adecuar con facilidad las nuevas técnicas terapéuticas y mejorar resultados (Freeman, 1995).

El tratamiento de la anorexia nerviosa se extiende por dos años o más y el seguimiento debe prolongarse por cinco años como mínimo (Beumont, Russell, & Touyz, 1993).

Tratamiento de la Bulimia

A diferencia de las anorexias, el tratamiento de las bulimias es hasta ahora básicamente ambulatorio, reservándose el ingreso para pocos casos.

Otro aspecto que les distingue es la utilidad de los fármacos. En anorexia el único fármaco es el alimento y el tratamiento, conseguir que el enfermo coma. En bulimia, la regulación de la alimentación

es básica, pero los antidepresivos tienen efecto sobre los atracones aún en ausencia de depresión (Beumont, Russell, & Touyz, 1993). La sintomatología bulímica puede disminuirse en forma significativa con el uso de fármacos, más raro pero no imposible es que desaparezca. Los antidepresivos de elección son los inhibidores de la recaptación de serotonina que unen una aceptable eficacia a escasos efectos tóxicos, aspecto muy importante en pacientes de naturaleza impulsiva y propensos a actos suicidas. La dosis utilizada es alta, 60 mg diarios en una o más tomas para la fluoxetina, el fármaco más usado. Dada su inconstancia hay que insistir al paciente para que tome su medicación o conseguir la colaboración de un familiar. Los casos de intolerancia existen y hay que contar con ellos. Una parte manifiestan dificultades digestivas, gastralgias y vómitos y otros se excitan artificialmente con un ánimo eufórico, desinhibición y una creciente ansiedad.

El uso de ansiolíticos asociados a los antidepresivos en bulimia es discutible así como las ventajas que en algunos casos puede encontrarse en la asociación con fenotiacinas o pimocida.

El estudio y control médico de los cuadros bulímicos es necesario, y cada paciente debe tener su internista de referencia para el control de las complicaciones. Sin embargo, el tratamiento es claramente psicológico y debe ser realizado por profesionales entrenados en bulimias. Las técnicas psicológicas más usadas y contrastadas son las cognitivo conductuales (Yager, Andersen, Devlin, Mitchel, Powers, & Yates, 1993; Fairburn, 1995; Calvo, 1995; Morandé & Casas, 1994).

Bibliografía

- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. (4th ed.) Washington.
- Beumont, P.J., Russell, J.D., & Touyz (1993). Tratamiento de la Anorexia Nerviosa. *The Lancet*, 23, 5, 291-297.
- Bruch, H. (1965). Anorexia Nervosa and its differential diagnosis. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 141, 556-566.
- Brumberg, J.J. (1988). *Fasting girls: The emergence of Anorexia Nervosa as a modern disease*. Cambridge Mass: Harvard University Press.
- Bryant-Waugh, R., Lask, B., Shafran, R., & Fosson, A. (1992). Do doctors recognise eating disorder in children? *Archiv. of Disease in Childhood*, 67, 103-105.
- Calvo, R. (1995). Tratamiento psicológico de la Bulimia Nerviosa. *Protocolo de trastornos del comportamiento alimentario*. INSALUD-Madrid, anexo II, 85-96.
- Campbell, P.G. (1995). ¿What Would a Causal Explanation of the Eating Disorders Look Like?. In Szmukler, Dare, & Treasure (Eds.). *Handbook of eating disorders*, 49-64. Londres: Wiley, & Sons.
- Crisp, A.H. (1967). Anorexia Nervosa. *Hospital Medicine*, 1, 713-718.
- Dare, C., & Crowter, C. (1995). Living dangerously: Psychoanalytic psychotherapy of Anorexia Nervosa. In Szmukler, Dare, & Treasure (Eds.). *Handbook of eating disorders*, 275-292. Londres: Wiley, & Sons.
- De Miguel, A. (1996). *Estudio de Tábula V*. Prensa Local.
- Fairburn, C. (1995). Short term psychological treatment of Bulimia Nervosa. In Brownell, & Fairburn (Eds.) *Eating disorders and obesity. A comprehensive handbook*. NY: Guilford Press.
- Fairburn, C.J., & Cooper, P.J. (1984). The clinical features of Bulimia Nervosa. *British Journal of Psychiatry*, 144, 283-246.
- Fichter, M.M., & Pirke, K.M., (1995). Starvation models and eating disorders. In Szmukler, Dare, & Treasure (Eds.). *Handbook of eating disorders*, 83-108. Londres: Wiley & Sons.
- Freeman, C. (1995). Cognitive therapy. In Szmukler, Dare, & Treasure (Eds.). *Handbook of eating disorders*, 293-308. Londres: Wiley, & Sons.
- Garner, D. (1993). Patogenia de la AN. *The Lancet*, 23, 5, 280-284.
- Gull, W. (1874). Anorexia Nerviosa (apepsia hysterica, anorexia hysterica). *Transactions of the clinical society of London*, 7, 22-28.
- Halmi, K. (1995). Current concepts and definitions. In Szmukler, Dare, & Treasure (Eds.). *Handbook of eating disorders*, 29-42. Londres: Wiley, & Sons.
- INSALUD (1995). *Protocolo de Trastornos del Comportamiento Alimentario*. Madrid: INSALUD.
- Kaye, W., & Weltzin, T.E. (1991). Serotonin activity in Anorexia and Bulimia Nervosa: relationship to the modulation of feeding and mood. *Journal of Clinical Psychiatry*, 52, 41-48.
- Kreipe, R.E, Golden, N.H, Katzman, D.K (en prensa). Position paper of eating disorders in adolescents. *Journal of Adolescence Health Care*. (aceptado para publicación) Society for Adolescent Medicine.
- Lassègue, C. (1873). De l'anorexie histérique. *Archives Générale de Medicine*, 21, 385-343.
- Martínez Mallén, J., Toro, J., Salamero, M., Blecua, M.J, & Zaragoza, M. (1993) Influencias socio-culturales sobre las actitudes y conductas femeninas relacionadas con el peso y la alimentación. *Revista de Psiquiatría de la Fac. Medicina de Barcelona*, 20, 2, 51-65.
- McCallum, K. (1993). Eating disorders. *Current Opinion in Psychiatry*, 6, 480-485.
- Morandé, G., & Casas, J. (1997). Trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes. Anorexia Nerviosa, Bulimia y cuadros afines. *Pediatría Integral*, 2, 3, 243-260.
- Morandé, G. (1989). *Trastornos del comportamiento alimentario en adolescentes. Anorexia Nerviosa, Bulimia y Bulimarexias*. Madrid: Edit. Universidad. Complutense.
- Morandé, G., & Casas, J. (1994). Bulimia Nerviosa. *MILUPA, Actualidad Nutricional*, 17, 29-34.
- Morandé, G., Casas, J., & Celada, J. (1999). Prevalence of eating disorders in a Spanish school-age population. *Journal of Adolescence Health*, 24, 3, 212-219.
- Organización Mundial de la Salud. (1992). *Décima revisión de la clasificación internacional de las enfermedades, trastornos mentales y del comportamiento. C.I.E. 10*. Madrid: OMS.
- Raich, R.M., Rosen, J.C., Deus, J., Pérez, O., Requena, A., & Gross, J. (1992). Eating disorder symptoms among adolescents in the United States and Spain: A comparative study. *International Journal of Eating Disorders*, 11, 1, 63-72.
- Robinson, P.H., & McHugh, P.R. (1995). A physiology of starvation that sustains eating disorders. In Szmukler, Dare, & Treasure (Eds.). *Handbook of eating disorders*, 109-124. Londres: Wiley, & Sons.

- Russell, G.F. (1979). Bulimia Nervosa: An ominous variant of Anorexia Nervosa. *Psychological Medicine*, 9, 429-448.
- Russell, G.F. (1995). Anorexia Nervosa through the time. In Szmukler, Dare, & Treasure (Eds.). *Handbook of eating disorders*. Londres: Wiley, & Sons.
- Russell, G.F. (1970). Anorexia Nervosa: Its identity as an illness and its treatment. In *Modern trends in psychological medicine*. 131-164. Edit. Price.
- 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*, 12,1, 1-16.
- Silverman, J. (1995). Something new under the sun: Comments on G. Russell's "Anorexia Nervosa through time". In Szmukler, Dare, & Treasure (Eds.). *Handbook of eating disorders*, Londres: Wiley, & Sons.
- Spitzer, R., Devlin, M.J., Walsh, B.T. (1992). Binge Eating Disorder: Multisite field trial of the diagnostic criteria. *International Journal of Eating Disorders*, 11, 191-203.
- Steinhausen, H.C., & Seidel, R. (1993). Outcome in adolescent eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 14, 487-496.
- Theander, S. (1995). The essence of Anorexia Nervosa: Comment on Gerald Russell's "Anorexia Nervosa through time". In Szmukler, Dare, & Treasure (Eds.). *Handbook of eating disorders*, Londres: Wiley & Sons.
- Toro, J., Castro, J., García, M., Pérez, P., & Cuesta, L. (1989). Eating attitudes, sociodemographic factors and body shape evaluation in adolescence. *British Journal of Medical Psychology*, 62, 61-70.
- Yager, J., Andersen, A., Devlin, M., Mitchel, J., Powers, P., & Yates, A. (1993). Practice guideline for eating disorders. *American Journal of Psychiatry*, 150, 2, 212-225.