

ANOREXIA Y BULIMIA

Dr.Jordi Sasot Llevadot
Psiquiatra Infanto-Juvenil
Cap de l'Unitat de Paidopsiquiatria .Centre Mèdic Teknon.Barcelona
sasot@dr.teknon.es
Rosa Maria Ibañez Bordas
Psicologa Clinica Infanto-Juvenil
Centre Medic Teknon.Barcelona

¿QUÉ ES LA ANOREXIA NERVIOSA?

La anorexia nerviosa se caracteriza por el rechazo a mantener el peso corporal en los valores mínimos normales, por un miedo intenso a ganar peso y una alteración significativa de la percepción de la forma o tamaño del cuerpo. Además, las mujeres que sufren este trastorno, aunque hayan pasado la menarquia sufren amenorrea. El diagnóstico del trastorno viene definido por el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales de la Academia Americana de Psiquiatria **DSM-IV-TR**.

La persona con este trastorno mantiene un peso corporal por debajo del nivel normal mínimo para su edad y su talla. Por ejemplo, una pérdida de peso que da lugar a un peso inferior al 85% de peso considerado normal para su edad y talla, o existe un fracaso en conseguir el aumento de peso normal durante el periodo de crecimiento, dando como resultado un peso inferior al 85% del peso esperable. Sin embargo, existe una clasificación más estricta, definida por los Criterios CIE-10 de la O.M.S., en la que se especifica que el individuo debe tener un Índice de Masa Corporal IMC igual o inferior a 17,5 Kg/m². Generalmente, la pérdida de peso se consigue por una disminución de la ingesta total. Los individuos empiezan por excluir de su dieta cualquier alimento calórico y la mayoría de ellos acaban con una dieta altamente restringida, limitada a unos pocos alimentos. También pierden peso mediante las purgas (vómitos provocados, laxantes y diuréticos) o el ejercicio excesivo.

Las personas con este trastorno tienen un miedo intenso a ganar peso o a convertirse en obesos, incluso estando por debajo del peso normal, de hecho este miedo va aumentando aunque el peso vaya disminuyendo.

Existe una alteración de la percepción del peso y de la silueta corporales, exageración de su importancia en la autoevaluación o negación del peligro que comporta el bajo peso corporal. Algunas se sienten obesas y otras se dan cuenta que están delgadas pero continúan estando preocupadas porque algunas partes de su cuerpo (especialmente abdomen, nalgas y muslos) les parecen demasiado gordas, puede que sean conscientes de su delgadez, pero niegan que ésta pueda tener implicaciones clínicas graves. Emplean una amplia variedad de técnicas para estimar el tamaño y el peso de su cuerpo, como pesarse constantemente en una báscula, medir obsesivamente las diferentes partes del cuerpo o mirarse repetidamente al espejo para observar las zonas consideradas obesas. Consideran un logro perder peso y un signo de extraordinaria autodisciplina, y ven el aumento de peso como un fracaso inaceptable de su autocontrol.

En mujeres pospuberales, presencia de amenorrea, por ejemplo, ausencia de tres ciclos menstruales consecutivos, o cuando la menstruación aparece únicamente con tratamientos hormonales. En niñas que ya hayan tenido la primera regla la amenorrea es indicadora de una disfunción fisiológica y consecuencia generalmente de la pérdida de peso, y en una minoría de casos la precede. En las niñas prepuberales la anorexia puede retrasar la aparición de la menarquia.

Frecuentemente son los familiares los que llevan a la paciente al médico cuando se dan cuenta de su acentuada pérdida de peso o cuando observan que no aumenta el peso. Las pacientes deciden buscar ayuda por sí mismas normalmente debido al malestar somático y psicológico que le ocasiona comer tan poco, siendo atípico que una mujer con anorexia se queje de pérdida de peso por sí misma.

Las personas con este trastorno tienen escasa conciencia de su alteración, la niegan e inventan historias poco creíbles al respecto. Es necesario tener siempre la información de los padres u otras fuentes con el fin de evaluar el grado de pérdida de peso y características de la enfermedad.

Existen dos subtipos de anorexia, que especifican la presencia o ausencia de atracones o purgas durante los episodios de anorexia nerviosa. En el **tipo restrictivo** la pérdida de peso se consigue haciendo dieta, ayunando o realizando ejercicio intenso, no recurren a regularmente a atracones ni purgas (por ejemplo provocación del vómito, uso de laxantes diuréticos o enemas). El tipo **compulsivo/purgativo** en cambio se caracteriza porque el individuo recorre regularmente a atracones o purgas o ambos (por ejemplo provocación del vómito, uso de laxantes diuréticos o enemas). La mayoría de los que pasan por el episodio de atracón también lo hacen por el de purga, usando vómitos, laxantes o diuréticos de forma excesiva. Existen algunos casos incluidos en este subtipo que no presentan atracones pero suelen recurrir a purgas incluso después de ingerir pequeñas cantidades de comida. Parece ser que las personas pertenecientes a este tipo, recurren a estas conductas al menos semanalmente, pero no se ha determinado una frecuencia mínima.

En el **Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV-TR**, en el apartado de trastornos de la conducta alimentaria, donde se describen los criterios diagnósticos de todos los trastornos de la conducta alimentaria como la anorexia nerviosa, la bulimia nerviosa y el trastorno de la conducta alimentaria no especificado, se especifica para la anorexia nerviosa cada una de las características comentadas en este apartado. **Dichos criterios se utilizan para el diagnóstico de la anorexia nerviosa.**

Los criterios de la CIE-10 Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y otros Problemas de Salud, para el diagnóstico de la anorexia nerviosa son semejantes, difiriendo en diversos aspectos: se especifica que el individuo debe tener un Índice de Masa Corporal IMC igual o inferior a 17,5 Kg/m², se requiere específicamente que la pérdida de peso resulte autoinducida mediante la evitación de comidas grasas, y que en el hombre comporte una pérdida de interés y de la potencia sexual (correspondiendo a lo que en las mujeres sería la amenorrea). Cabe destacar también que en el *DSM-IV-TR* el diagnóstico de anorexia nerviosa tiene preferencia sobre el de bulimia nerviosa, y en el *CIE-10* se excluye el diagnóstico de anorexia nerviosa si se han dado atracones de forma regular.

Según el *DSM-IV-TR* además de los signos propios de la enfermedad la persona **presentará otros síntomas y trastornos asociados, como estado de ánimo deprimido, retraimiento social, irritabilidad, insomnio y pérdida de interés por el sexo.**

También se han observado **síntomas obsesivo-compulsivos**, con pensamientos relacionados con la comida y colección de recetas de cocina o alimentos, exacerbándose ambas cosas con la desnutrición.

Existen también otras características que pueden relacionarse con la anorexia, como **preocupación por comer en público, sentimiento de incompetencia, gran necesidad de controlar el entorno, pensamiento inflexible, poca espontaneidad social, perfeccionismo y restricción de la expresividad emocional y de la iniciativa.**

Un gran número de pacientes jóvenes presentan también una **alteración de la personalidad**, que cumple criterios para al menos un trastorno de la personalidad.

Las personas con anorexia **tipo compulsivo purgativo, presentan algunos problemas específicos:** para controlar los impulsos, abuso de alcohol o de otras drogas, tienen más labilidad emocional, son más activos sexualmente, presentan mayor frecuencia de intentos de suicidio cumplen criterios para el trastorno de personalidad límite.

Pueden darse enfermedades médicas asociadas, como son anemia, función renal alterada, trastornos cardiovasculares, absorción de calcio, secreción reducida de estrógenos y secreción aumentada de cortisol.

En la anorexia también puede haber estreñimiento, dolor abdominal, intolerancia al frío, letargia y vitalidad excesiva, hipotensión, hipotermia, sequedad de la piel (se deshidrata, se seca y se agrieta), vello fino en el tronco (llamado lanugo, en la espalda, los antebrazos, los muslos, el cuello y las mejillas), edemas periféricos, petequias, color de piel amarillento (piel coloración amarillenta en las palmas de las manos y las plantas de los pies por la acumulación de carótenos en las glándulas sebáceas), hipertrofia de las glándulas salivales, erosiones dentales, cicatrices o callos en el dorso de la mano, disminuye la masa ósea y se crean dolores al sentarse y llagas, en los casos muy tempranos se frena la velocidad de crecimiento, las uñas se quiebran, se produce pérdida de cabello.

Las **manifestaciones clínicas** son: pérdida de peso, posible emaciación, cambios en la piel y boqueras, hipertrofia parótida, edema. Las **manifestaciones cardiovasculares** son: disminución del volumen cardíaco, hipotensión, bradicardia, arritmias, prolapso de la válvula mitral. Las **manifestaciones gastrointestinales** son: vacío gástrico incompleto, saciedad y plenitud postprandiales, hinchazón, estreñimiento, dolores abdominales, vómitos. Las **manifestaciones renales** son: disminución del filtrado glomerular, hiperazotemia, formación de cálculos. Las manifestaciones hematológicas son: anemia, linfopenia, trombocitopenia. **Por sobreingestas se produce:** dilatación importante del estómago, desórdenes menstruales, aumento de la glándula salival.

Por la autoinducción del vómito se crean: trastornos metabólicos (hipocalcemia), arritmias cardíacas, daño renal, parestesias medulares y periféricas, crisis epilépticas, deshidratación, erosión del esmalte dental, ronquera crónica de la voz, reflujo intestinal. Por el abuso de laxantes se evidencian: esteatorrea, retención de líquidos, arritmias cardíacas, lesión renal, deshidratación, parestesias medulares y periféricas.

A nivel emocional cabría destacar los sentimientos depresivos: insomnio, lloro, tristeza, irritabilidad, anhedonia. También la ansiedad: inquietud, movimiento; así como la insatisfacción corporal y de su autoestima y los sentimientos de culpa tras la ingesta. También son evidentes otros **cambios personales y emocionales:** cambio en el carácter en general, cambios de humor, inestabilidad, menor tolerancia a situaciones o emociones desagradables, dificultad en el manejo de las emociones, dificultad en identificar, reconocer y expresar sus sentimientos.

A nivel cognitivo y de pensamiento existen alteraciones: pensamiento distorsionado en relación al cuerpo y peso, excesiva preocupación en torno a la comida y la silueta, alteración en la percepción interoceptiva de hambre y saciedad, pensamiento dicotómico (si no peso muy poco engordaré mucho), creencias irracionales (uno tiene el cuerpo que quiere, el cuerpo es infinitamente maleable), pensamientos obsesivos acerca del peso y la comida, pensamientos perfeccionistas, abstracciones selectivas, uso selectivo de la información, generalizaciones, supersticiones, ideas sobrevaloradas, se magnifica el lado negativo de cualquier situación, ideas autorreferenciales, inferencia arbitraria, empobrecimiento de la creatividad y la fantasía, vinculación de la autoestima a estar delgado, disminución de la atención, concentración y memoria.

A nivel conductual existen **alteraciones comportamentales:** cabe destacar que además de los síntomas mencionados encontramos otras conductas alteradas: cambios en la manipulación de los alimentos, descontrol en la comida, preocupación excesiva por la composición calórica de los alimentos y por la preparación de los alimentos, utilización de trampas para evitar la comida, esconder comida, esparcirla por el plato, cortarla en trozos muy pequeños, preparar comida para otros y no comer, alteración de la sensación de saciedad y plenitud antes de las comidas, náuseas, hinchazón, revisar continuamente dietas, cambios importantes en la actividad física, obsesión por la imagen, la báscula, los estudios y el deporte, pesarse mucho o nunca, medirse partes del cuerpo, cubrirse el cuerpo con mucha ropa, comprobar su cuerpo en espejos o no hacerlo nunca, disminución de actividades cotidianas, aumento de la agresividad, aumento de la impulsividad, conducta desordenada, mentiras frecuentes, posible abuso de sustancias o de promiscuidad sexual.

A nivel social se constatan **cambios sociales:** disminución de la comunicación, refugio en el estudio, disminución de la asertividad y déficit de las habilidades sociales, reducción de los centros de interés, sentimiento de ser diferente, mayor conflictividad familiar, problemas de pareja, aumento del aislamiento, disminución de citas y contactos sociales, alianzas y manipulaciones patológicas.

¿CUÁLES SON LOS CRITERIOS PARA EL DIAGNÓSTICO DE ANOREXIA NERVIOSA (DSM-IV)?

A. Rechazo a mantener el peso corporal igual o por encima del valor mínimo normal considerando la edad y la talla (p. ej., pérdida de peso que da lugar a un peso inferior al 85 % del esperable, o fracaso en conseguir el aumento de peso normal durante el período de crecimiento, dando como resultado un peso corporal inferior al 85 % del peso esperable).

B. Miedo intenso a ganar peso o a convertirse en obeso, incluso estando por debajo del peso normal.

C. Alteración de la **percepción** del peso o la silueta corporales, exageración de su importancia en la autoevaluación o negación del peligro que comporta el bajo peso corporal.

D. En las mujeres pospuberales, presencia de **amenorrea**; por ejemplo, ausencia de al menos tres ciclos menstruales consecutivos. (Se considera que una mujer presenta amenorrea cuando sus menstruaciones aparecen únicamente con tratamientos hormonales, p. ej., con la administración de estrógenos.)

Especificar el tipo: Tipo **restrictivo**: durante el episodio de anorexia nerviosa, el individuo no recurre regularmente a atracones o a purgas (p. ej., provocación del vómito o uso excesivo de laxantes, diuréticos o enemas) Tipo **compulsivo/purgativo**: durante el episodio de anorexia nerviosa, el individuo recurre regularmente a atracones o purgas (p. ej., provocación del vómito o uso excesivo de laxantes, diuréticos o enemas)

¿CUÁL ES LA EDAD DE INICIO?

La Anorexia Nerviosa es, junto con el SIDA, la **enfermedad que más ha crecido entre los y las jóvenes españoles/as en los últimos años**. Su **máxima incidencia** se da en **mujeres con edades comprendidas entre los 15 y los 25 años**. En España tienen sobrepeso el 20% de los y las adolescentes, sin embargo el **50% se siente gordo y el 80% declara que quiere adelgazar**.

Los datos ofrecidos en el *DSM-IV-TR* nos indican que **la anorexia nerviosa se inicia típicamente hacia la mitad o a finales de la adolescencia (14-18 años)**. Es muy rara la aparición de este trastorno en mujeres mayores de 40 años.

La anorexia nerviosa raras veces se inicia antes de la pubertad, **sin embargo, en los últimos años los clínicos diagnostican este proceso en la etapa prepuberal**, asimismo algunos datos sugieren que la gravedad de los trastornos mentales asociados puede ser mayor en casos prepuberales. En base a ello y a pesar de que los trastornos de la conducta alimentaria se producen típicamente al final de la adolescencia, las conductas y actitudes de ingestión alteradas están apareciendo en niños pequeños a un ritmo que va en aumento, **en los últimos tiempos está descendiendo la edad de inicio**. Existen indicios de que las niñas de 10 años de edad se preocupan en exceso por tener o por alcanzar un exceso de peso y desean adelgazar. En la etapa prepuberal hay también que destacar que los niños y niñas tienen un porcentaje de grasa corporal menor que los adolescentes, con lo que las pérdidas de peso pueden ser mucho más nocivas que en edades posteriores.

¿EXISTE LA ANOREXIA NERVIOSA INFANTIL?

Es importante citar los trastornos de la conducta alimentaria en niños y niñas desde los **seis meses hasta los tres años de edad**. En estos casos, distintos al concepto clásico de Anorexia Nerviosa, se producen un conjunto de variables educativas que distorsionan las relaciones y vínculos familiares.

En general las alteraciones de la conducta alimentaria con niños pequeños **inapetentes sanos** nacen por errores de los propios adultos. Son madres y padres que carecen de una adecuada empatía, con lo que desatienden, o no entienden, las demandas de sus hijos en forma adecuada.

Son educadores que cuando los niños son pequeños les colocan en peores posturas para comer, les tocan excesivamente y les fuerzan con la comida en la propia boca. Son madres y padres que se muestran más tristes, tensos y coléricos.

Con estas actitudes educativas ciertos niños, adquieren una mayor tendencia a evitar el contacto ocular con sus educadores, se ponen más rígidos al tocarlos o cogerlos, se distraen más al ofrecerles la comida, rehusan abrir la boca para comer, giran el rostro y empujan los alimentos.

En estos casos un niño inapetente sano percibido como problema si se constata un leve retraso ponderal puede desorganizar el comportamiento de su madre y de todos los familiares cercanos, debido a la ansiedad que provoca.

En estas situaciones no podemos categorizar con el concepto de Anorexia Nerviosa, ya que dependemos fundamentalmente del estado emocional y afectivo de los propios padres, en general son niños inapetentes sanos con **madres excesivamente sobreprotectoras, inseguras y preocupadas por su propia ansiedad que no controlan**.

¿QUÉ ES LA BULIMIA NERVIOSA?

Según el *DSM-IV-TR* la bulimia nerviosa se caracteriza por **episodios recurrentes de voracidad (atracones), seguidos por conductas compensatorias inapropiadas como el vómito provocado, el abuso de fármacos laxantes y diuréticos u otros medicamentos, el ayuno o el ejercicio excesivo**. Los atracones recurrentes implican que la persona necesita emplear algún método para compensarlos.

Ambos trastornos comparten la característica fundamental de la **preocupación excesiva y permanente por el peso y la figura y alteración de la forma y peso corporales**, sin embargo a diferencia de los enfermos con anorexia nerviosa, **las personas con bulimia nerviosa son capaces de mantener el peso corporal igual o por encima de un nivel normal mínimo**.

Además de diferenciar la anorexia de la bulimia, debemos diferenciar si las causas de pérdida de peso son producidas por enfermedades médicas (en este caso los pacientes no tienen deseos de perder peso ni de adelgazar más), **si** la pérdida de peso puede ser propia de **un trastorno depresivo mayor**, los adolescentes con este trastorno no tienen deseo de adelgazar ni miedo a ganar peso, y en **la esquizofrenia** se producen síntomas psicóticos con patrones de alimentación un tanto atípicos (tampoco presentan miedo a ganar peso ni una alteración de la imagen corporal).

Asimismo, cabe diferenciarlo de la **fobia social** (los enfermos se sienten humillados y molestos al comer en público en ambos trastornos, pero en la fobia social existen otras fobias no relacionadas con la conducta alimentaria), el **trastorno obsesivo compulsivo** (pueden presentar obsesiones y compulsiones en relación con los alimentos en ambas patologías, sin embargo en el trastorno obsesivo compulsivo se dan obsesiones y compulsiones no relacionadas con el alimento), y del **trastorno dismórfico** (en ambas enfermedades se está muy preocupado por un defecto corporal imaginario, pero en el trastorno dismórfico la alteración habitualmente no está siempre relacionada con la silueta y tamaño corporal).

¿CUÁLES SON LOS CRITERIOS PARA EL DIAGNÓSTICO DE BULIMIA NERVIOSA (DSM-IV)?

A. Presencia de **atracones** recurrentes. Un atracón se caracteriza por:

- (1) ingesta de alimento en un corto espacio de tiempo (p. ej., en un período de 2 horas) en cantidad superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en un período de tiempo similar y en las mismas circunstancias
- (2) sensación de pérdida de control sobre la ingesta del alimento (p. ej., sensación de no poder parar de comer o no poder controlar el tipo o la cantidad de comida que se está ingiriendo)

B. **Conductas compensatorias** inapropiadas, de manera repetida, con el fin de no ganar peso, como son provocación del vómito; uso excesivo de laxantes, diuréticos, enemas u otros fármacos; ayuno, y ejercicio excesivo.

C. Los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas tienen lugar, como promedio, al menos **dos veces a la semana** durante un período de 3 meses.

D. La **autoevaluación** está exageradamente influida por el peso y la silueta corporales.

E. La alteración **no** aparece exclusivamente en el transcurso de la **anorexia nerviosa**.

Especificar tipo: Tipo **purgativo**: durante el episodio de bulimia nerviosa, el individuo se provoca regularmente el vómito o usa laxantes, diuréticos o enemas en exceso Tipo **no purgativo**: durante el episodio de bulimia nerviosa, el individuo emplea otras conductas compensatorias inapropiadas, como el ayuno o el ejercicio intenso, pero no recurre regularmente a provocarse el vómito ni usa laxantes, diuréticos o enemas en exceso

¿CÚAL ES LA PREVALENCIA DE LA ANOREXIA Y DE LA BULIMIA NERVIOSA?

Según los datos del *DSM-IV-TR*, la prevalencia de la anorexia nerviosa durante la vida es, **en las mujeres, de aproximadamente un 0,5%**. Sin embargo la prevalencia del trastorno entre los **hombres es aproximadamente una décima parte de la de las mujeres**. En los últimos años la prevalencia masculina parece haber aumentado. La prevalencia de la Anorexia Nerviosa en población femenina adolescente española se sitúa alrededor del 0.3%.

Debido a que son pocos los varones que la padecen, se ha llegado a considerar diferente de la anorexia femenina. Se han hecho comparaciones entre las características clínicas y evolutivas de varones y mujeres anoréxicos, destacando las siguientes diferencias entre otras: la edad media de inicio del trastorno es la misma para ambos sexos, las mujeres utilizan más laxantes, los varones han practicado más deportes que las mujeres, existe mayor presión social hacia el ejercicio físico intenso en chicos, los varones anoréxicos más que "estar delgados" desean "no estar gordos".

La diferencia de prevalencia entre los sexos viene determinada por diversos aspectos, pero el más relevante es que el valor y el significado que le da nuestra sociedad a la delgadez y que incide en el desarrollo de la anorexia, es mayor para las mujeres, **existe una mayor asociación entre la figura femenina delgada y el éxito sexual y social que la existente con la figura masculina. Por lo general la presión social sobre las mujeres es mucho más acentuada.** Influyen también de forma determinante el mayor cuidado que generalmente las mujeres tienen de su imagen, algunas características personales propias del sexo femenino, la existencia de tener tendencias más

comparativas de la imagen entre iguales, las profesiones designadas casi en su totalidad a la figura femenina y que requieren un prototipo de belleza, como las azafatas, en numerosos casos la promoción profesional es mucho más asequible para las delgadas que para las que no lo son, la presencia de una mayor dificultad para acceder al éxito que tienen los hombres referido al mundo laboral hasta ahora muy prevalente, de una pubertad con cambios más significativos a nivel de la figura, presencia de las llamadas curvas femeninas de muslos y caderas que no existen en el hombre y crecientes según la edad, así como de los cambios propios del embarazo que modifican la figura.

En población femenina adolescente y juvenil se encuentran prevalencias de Bulimia Nerviosa situadas alrededor del 0.8% y en hombres del 0.3%

¿CÚAL ES LA EVOLUCIÓN DE LA ANOREXIA Y DE LA BULIMIA NERVIOSA?

Según los datos del *DSM-IV-TR*, **el curso y desenlace de estos trastornos son muy variables.** Algunas personas con anorexia nerviosa se recuperan totalmente después de un único episodio, otras presentan un patrón fluctuante de ganancia de peso seguido de recaída y otras sufren un deterioro crónico a lo largo de los años.

Con el tiempo, especialmente en los primeros cinco años después del inicio, una fracción significativa de individuos que padecen anorexia nerviosa tipo restrictivo empiezan a recurrir a atracones, lo que induce un cambio al subtipo compulsivo purgativo.

La evolución de la Anorexia Nerviosa en adolescentes es mejor que en adultos. En adolescentes españoles evaluados 8 años después de ser tratados se ha observado un 67% de recuperaciones totales, manteniendo criterios diagnósticos de Anorexia Nerviosa un 8%, con un 2% de mortalidad.

La mortalidad en adultos a largo plazo de la Anorexia Nerviosa alcanza **el 5%**. La muerte se produce principalmente por inanición, suicidio o desequilibrio electrolítico.

No hay estudios de evolución de pacientes bulímicos que inicien el trastorno en la adolescencia. En estudios de seguimiento realizados con adultos 11 años después del diagnóstico de Bulimia Nerviosa se ha observado que un 65% presentan remisión total o parcial, el 11% cumplen criterios de Bulimia Nerviosa, un 6% de Anorexia Nerviosa y un 18% de Trastorno de la Conducta Alimentaria no Especificado.

¿CUÁL ES SU ETIOPATOGENIA?

No es necesario suponer que existe una única explicación causal, puede que estas conductas sean el producto de diferentes patrones de factores causales. La investigación acerca de los factores de riesgo de los trastornos alimentarios es muy extensa, y determina que **jamás un único factor determina el trastorno, los trastornos alimentarios aparecen en una secuencia donde confluyen varios factores que explican su desarrollo.**

Existen factores predisponentes (predisponen la aparición de la enfermedad): **genéticos, edad entre 13 y 20 años, sexo femenino, factores afectivos y emocionales, obesidad real, autoevaluación negativa y perfeccionismo, existencia de problemas precoces de alimentación y digestivos, antecedentes personales y psiquiátricos significativos, antecedentes familiares significativos, características de personalidad, características familiares y factores socioculturales.**

La insatisfacción con el peso y la figura corporal ha llegado a concebirse como parte de las características definitorias de los trastornos de la conducta alimentaria, así como uno de los aspectos precoces del desarrollo de estos problemas.

Las pautas familiares están relacionadas con los trastornos alimentarios. Las familias de estos pacientes tienden a presentar mayor incidencia de problemas de peso, de enfermedades físicas, de

trastornos afectivos y de alcoholismo, así como relaciones familiares interdependientes y controladoras junto con disputas entre los padres. Las madres de las niñas con alteración en la conducta alimentaria probablemente veían a sus hijas menos atractivas, y pensaban que deberían perder peso. Además, las propias madres pueden tener trastornos de la conducta alimentaria y diferentes historias de regímenes. Pueden influir en la conducta alimentaria de sus hijas desde el comienzo de la vida de las mismas.

Existe una importancia significativa del **patrón familiar**, hay un riesgo mayor de padecer el trastorno en pacientes de primer grado, también, si hay algún miembro de la familia que hace dieta o hace comentarios críticos sobre la silueta y/o el peso influirá negativamente.

Es evidente que un factor destacable es el **énfasis que pone nuestra sociedad y el valor que otorga a los cuerpos delgados y juveniles, especialmente en las mujeres**, que contribuye al desarrollo y prevalencia de dichos trastornos. Estos mensajes culturales los transmiten probablemente la familia, los iguales y los medios de comunicación.

En otro nivel encontramos los **factores precipitantes** (pueden desencadenar la enfermedad): **separaciones y pérdidas, contactos sexuales precoces, acontecimientos vitales estresantes y exceso de actividad física**. En un gran número de casos se ocasiona por sucesos vitales estresantes.

Es habitual el punto de vista que sostiene que **los trastornos de la conducta alimentaria se producen como una respuesta a los niveles de estrés para los que las habilidades existentes parecen insuficientes**.

Dado que los trastornos comienzan por lo general durante la adolescencia, se ven implicadas las tensiones propias de este período, tales como el inicio de la pubertad, las expectativas de mayor autonomía y responsabilidad y las demandas sociales.

También es importante destacar los **factores de mantenimiento** (mantienen la enfermedad en el tiempo): las consecuencias de la inanición, la interacción familiar, social, cogniciones y valores.

Una posible secuencia que sigue la aparición de la anorexia puede ser la siguiente: **presión cultural hacia la delgadez, ambiente familiar o social negativo, vulnerabilidad personal, insatisfacción corporal, dieta** (normalmente comienza con la eliminación de los hidratos de carbono, ya que existe la falsa creencia de que engordan, a continuación rechaza las grasas, las proteínas e incluso los líquidos, llevando a casos de deshidratación extrema, a estas medidas drásticas se le pueden sumar otras conductas asociadas como la utilización de diuréticos, laxantes, purgas, vómitos provocados o exceso de ejercicio físico) **y desarrollo del trastorno de la conducta alimentaria**.

Las influencias externas son las mismas para todo el mundo, sin embargo **tan solo son un factor influyente más en el entramado del desarrollo de una anorexia nerviosa, en la que inciden múltiples factores, especialmente los otros factores considerados de riesgo para desarrollar la enfermedad**, por lo que habrá jóvenes que presenten la patología y otros que no sufran el trastorno a pesar de estar sujetos todos a las mismas influencias.

Además **las influencias externas dependerán en última instancia de la vulnerabilidad de las personas sobre los que ejerzan influencia y de la variabilidad de las características genéticas, físicas, familiares, emocionales, patológicas y ambientales y de los sucesos vitales** de cada uno. Todo ello influirá en ofrecer una resistencia y crítica (factores resilientes) o una aceptación y asimilación de las influencias externas (factores de vulnerabilidad), en base a las cuales también se desarrollaran interpretaciones diferentes.

¿CUÁL ES EL PAPEL DE LA FAMILIA?

Es totalmente incorrecto decir que la familia es la causa de un trastorno de la conducta alimentaria. No obstante, ciertas características familiares junto con otras variables circunscritas a factores individuales y sociales pueden predisponer a un adolescente a padecer este tipo de trastorno.

Los factores de predisposición familiar son:

- Modelo familiar que genera un clima tenso, agresivo, distante y escasamente afectivo.
- Familias sobreprotectoras y con bajo nivel de comunicación.
- Padres con altas expectativas para sus hijos.
- Preocupación excesiva por el peso y las dietas del padre o la madre.
- Obesidad de algún miembro de la familia

¿CÓMO SE EXPLICA QUE SEA UNA ENFERMEDAD DEL MUNDO OCCIDENTAL?

La anorexia nerviosa y la bulimia están condicionadas por síntomas dependientes de la edad y el sexo tal y como se ha explicado anteriormente, pero también **viene determinada por factores socioculturales, es la presión por parte de la sociedad, de los medios de comunicación, el anhelo de delgadez.**

Aunque hay muchos factores socioculturales que pueden desencadenar estos trastornos, es probable que una parte de la población tenga una mayor predisposición a sufrirlos, independientemente de la presión que pueda ejercer el entorno.

Las dimensiones corporales de la mujer han sido valoradas de distintas maneras en las diferentes épocas de la historia del mundo occidental. En las sociedades primitivas, las mujeres gordas tenían más atractivo sexual que las delgadas. Una mujer gorda constituía una señal de estatus elevado, de prestigio, y la delgadez se atribuía a la enfermedad y la muerte. Los cambios históricos acarrear cambios culturales y cambios en los patrones estéticos y corporales. En el establecimiento de los modelos estéticos, intervienen multitud de factores aunque cada país tenga su prototipo de belleza específico. En todas las culturas se han llevado a cabo procedimientos para cambiar alguna característica corporal para incrementar el atractivo sexual y social, utilizando pinturas, cosméticos pero hasta la llegada del mundo moderno no se encuentran culturas donde se pretende tener más atractivo social aumentando o disminuyendo el cuerpo. Así pues, el prototipo de belleza de la mujer en la moda ha variado sustancialmente con los años, prueba de ello son los registros fotográficos de mujeres, desde las mujeres con cuerpos más bien rellenos, hasta los estereotipos actuales de la belleza asociada a la delgadez. Se podría también conceptualizar que allí donde escasea el alimento, la obesidad es signo de prestigio social y de potencial socioeconómico. Por el contrario, **el ideal de delgadez se da en sociedades donde la obtención del alimento no supone un problema.** Este fenómeno deja entrever que **los valores asociados al alimento (necesidad básica), son sustituidos por otros de carácter estético más culturizados** y alejados de lo primario, de lo más estrictamente biológico. Las sociedades occidentales invierten sustancialmente cada año en servicios y productos relacionados con la búsqueda de pérdida de peso y millones de personas siguen una dieta rigurosa. **La preocupación por el peso y la imagen corporal está tan extendida que en la sociedad actual, es un fenómeno que puede considerarse como normal en la experiencia femenina,** convirtiéndose en lo anormal una no preocupación por el cuerpo. Ésta preocupación e insatisfacción suscitada por el propio cuerpo, tiene que encontrar alguna solución. Los afectados intentan resolver sus problemas eligiendo entre las múltiples alternativas para perder peso, muchas de ellas peligrosas para la salud, constituyendo al fin y al cabo un riesgo de padecer un trastorno alimentario.

La imagen de un modelo ideal de belleza, compartido y reconocido socialmente, supone una presión altamente significativa en todos y cada uno de los miembros de la población. Las mujeres que encarnan o se identifican con ese modelo tienen razones para valorarse positivamente. Quienes no reúnen estas características, pueden padecer baja autoestima.

Se une a todo ello **la existencia en nuestra sociedad de uno de los rechazos sociales más claros, el rechazo al obeso**, tanto que un niño de seis años de edad ya lo tiene totalmente interiorizado. Se ha observado que los niños a esta edad atribuyen características positivas (bueno, simpático, feliz...) a una persona delgada y características negativas (tramposo, sucio, lento...) a una persona gruesa. A parte de este caso de rechazo al obeso se le atribuye la responsabilidad de su enfermedad.

Los estudios actuales muestran que **en las sociedades industriales, parece ser mucho más prevalente el trastorno, dado que abunda comida y que estar delgado se relaciona estrechamente con el atractivo, especialmente en mujeres**. Los estudios específicos al respecto muestran que este trastorno es más frecuente en Estados Unidos, Canadá, Europa, Australia, Japón, Nueva Zelanda y Sudáfrica. De la prevalencia en otras culturas se posee muy poca información. Los factores culturales no sólo inciden en la prevalencia de la enfermedad, sino que también influyen en las manifestaciones de la misma

¿QUÉ PAPEL TIENEN LA MODA Y LA PUBLICIDAD EN ESTOS TRASTORNOS?

Los medios de comunicación son portavoces y creadores de los estereotipos estéticos corporales que surgen en la población, y que actualmente están referidos a la imagen de delgadez, son una influencia externa potencialmente perjudicial para el desarrollo de la anorexia nerviosa, pero son sólo un factor más, recordemos todo lo mencionado hasta este punto que hace referencia a una enfermedad multideterminada, con múltiples factores predisponentes, precipitantes y de mantenimiento.

La denominada "industria del peso" (tratamientos adelgazantes, gimnasios, masajes, productos "light", cremas reductoras, tratamientos de institutos de belleza) así como los medios de comunicación, catálogos de moda, y spots publicitarios, **ofrecen una imagen positiva de la delgadez**.

Es cierto que **difunden un prototipo ideal de delgadez**, especialmente de la mujer que debe ser alta, joven, delgada, sin defecto alguno rozando la perfección y lo relacionan directamente con éxito sexual y social. Pero **no son el único medio de difusión de dicho mensaje**, también el grupo de iguales y la familia pueden inculcar o darle valor a este mensaje.

Contribuyen a determinar el estado de opinión y evaluación corporal, con sus mensajes incorporan el estereotipo estético, lo concretan y potencian, todo ello enraizado en una publicidad comercial, creando un importantísimo mercado descubierto por los comerciales y productores de más de mil recursos de adelgazamiento. **Los medios de comunicación junto con mensajes verbales lanzan imágenes de cuerpos que sutil o burdamente van destilando mensajes y señales que facilitan la difusión y consiguiente interiorización de la cultura de la delgadez**.

Un gran número de anuncios incitan al uso o consumo de productos para adelgazar, casi uno de cada cuatro anuncios que llegan a un público femenino **invitan de alguna manera a la mujer, a perder peso**. Toman prioridad aquellos productos que son de actuación específica e inmediata, como es el caso de las cremas y pomadas adelgazantes.

En segundo lugar aparecen los alimentos de tipo calórico. **Los argumentos pro-adelgazamientos son fundamentalmente estéticos** mientras que sólo un pequeño porcentaje están relacionados con la salud. Esta publicidad se produce, principalmente en mujeres de 14 a 24 años de edad. Se hace por lo tanto evidente el **bombardeo al que están sometidos los jóvenes y adolescentes, empezando la interiorización de los modelos estéticos corporales a edades muy tempranas**, al igual que los anhelos por adelgazar y llevar a cabo alguna dieta, dado que se encuentran en la misma sociedad que los adultos y como ellos experimentan las mismas influencias, además ellos

quedan mediatizados por los adultos y mayores que tienen más cerca y que son más significativos desde una perspectiva socioafectiva.

El papel que **las televisiones** ejercen en la difusión de valores y modelos relacionados con la estética de la delgadez es el **medio de comunicación más intensivo**. El modelo suministrado por televisión es el de la mujer sumamente delgada y joven. El cine, las series de televisión y las revistas acompañan el mismo mensaje.

Asimismo, **el mundo de la moda incluyendo modelos, modistas y costureras juegan un papel relevante en la preocupación femenina por revelar/ocultar el cuerpo**. Un factor importante a tener en cuenta en el mundo de la moda son las modelos. Sin ellas casi no habría difusión de las tendencias de la moda. Ellas protagonizan las exhibiciones de todo género en revistas, en televisión, carteles urbanos etc. Sus siluetas, sus figuras extremadamente delgadas parecen ejercer influencias decisivas en muchas adolescentes, jóvenes y algunas nostálgicas de la juventud. Esta esbelta delgadez tan deseada por los diseñadores y que tantas modelos tienen, está al borde de lo patológico, los diseñadores son los primeros que promueven o consienten en cierto modo este tipo de enfermedad.

¿SE DEBERÍA ACTUAR MÁS SEVERAMENTE CON LOS MEDIOS DE COMUNICACIÓN (PUBLICIDAD, SERIES DE TV) , CON LA SELECCIÓN DE LA PASARELA Y CON INTERNET?

Sin duda, **estimular una actitud crítica hacia los medios de comunicación que transmiten mensajes erróneos en torno a la alimentación y la dieta o que ofrecen modelos estéticos a imitar basados en la delgadez enfermiza** es una buena manera de comenzar a prevenir la anorexia y la bulimia nerviosa entre los y las adolescentes.

Es necesario **promover un marco legislativo adecuado para garantizar que los creativos publicitarios y los diseñadores de moda no utilicen la delgadez como reclamo y ofrezcan una imagen más rica y plural de la juventud, en concreto de las mujeres jóvenes**.

Los medios de comunicación públicos y privados no tienen que utilizar la imagen de la mujer con un peso claramente inferior a unos límites saludables y sí **fomentar nuevos modelos corporales más acordes con la realidad; deben desarrollar campañas de información destinadas a advertir de los riesgos de las dietas hipocalóricas; deben promover mensajes que prevengan la anorexia y bulimia nerviosa; deben esforzarse por promover mensajes en los que no sea tan importante el aspecto externo como el contenido, la inteligencia, el ingenio, el esfuerzo, la cultura; evitar la aparición de dietas en publicaciones y programas destinados a menores de 18 años o en el caso de medios de difusión destinados a adultos, las dietas deben aparecer avaladas por nutricionistas y médicos; promover campañas dirigidas a los jóvenes que pongan de manifiesto la importancia de una alimentación adecuada, los hábitos de vida saludable y la valoración de la propia autoimagen**.

Sin embargo, para conseguir prevenir estas enfermedades **resulta imprescindible buscar soluciones desde una óptica multifactorial**, que cuente con la participación de los responsables públicos de las áreas de juventud, de sanidad, de cultura, de comercio, de deportes, de igualdad... Todos los sectores han de verse implicados, con la finalidad de alcanzar **compromisos firmes** para que los condicionantes socioculturales dejen de ser una amenaza para la salud de los jóvenes en cuanto a trastornos de la alimentación.

El caso de la pasarela requiere una referencia específica. Es evidente que **la malnutrición de muchos modelos , que son modelos a imitar por muchas personas eleva el riesgo de aparición de trastornos alimentarios entre los más jóvenes**.

En este ámbito **ya se han producido las primeras intervenciones eficaces**: la Pasarela Cibeles, asumiendo el compromiso adquirido con la *Sociedad Española para el Estudio de la Obesidad (SEEDO)* hace ya más de un año, **no ha permitido desfilarse a modelos que muestren una delgadez extrema, controlando su índice de masa corporal establecido en >18**. Sin embargo,

como denuncian miembros de esta sociedad científica, este comportamiento sigue siendo una excepción en el mundo de la moda, durante los últimos años en las pasarelas se han exhibido una serie de modelos extremadamente delgadas, con una apariencia cadavérica y que en muchas ocasiones recuerdan el aspecto clínico de las personas con anorexia nerviosa. Se ha constituido en un hito internacional que **necesariamente debe ser imitado por otras pasarelas de la moda, para evitar que el aspecto de muchos modelos pueda inducir a los trastornos de la conducta alimentaria** en una adolescencia que sufre los rigores de estas enfermedades.

Es necesario que dicha intervención tenga efectos sobre las tallas, es decir sobre la moda que llega a las tiendas, ofreciendo **igualdad de tallas en todas las tiendas**, fenómeno que de no ser así ocasiona frustración a un gran número de mujeres, y que **abastezcan de tallas asequibles** para la media de todas las mujeres.

En Internet las webs que inducen a la anorexia y la bulimia nerviosa, conocidas como “pro-ana” y “pro-mía”, se están convirtiendo en los contenidos nocivos más visitados por los menores. Año tras año se multiplican las páginas pro-ana y pro-mía y existe una alarma evidente.

Puede ejercerse un **control sobre el acceso a las mismas desde casa**, mediante control personal (o programas de filtrado).

Asimismo, **empiezan a desarrollarse penalizaciones legales** al respecto. Este es el caso de la iniciativa del Gobierno francés de tipificar como delito la inducción a la anorexia, principalmente a través de Internet: provocar a una persona a que busque una delgadez excesiva es punible con una pena máxima de dos años de prisión y una multa de 30.000 euros, en el caso de muerte, la prisión se eleva a tres años y 45.000 euros de multa. **En España, una medida similar no está de momento en los planes del Ministerio de Sanidad.** Las acciones adoptadas en la pasadas legislaturas por este departamento tienden a la mejora de la educación nutricional y hábitos saludables.

Sin embargo, **incorporar la tipificación de este tipo de páginas o estrategias como un posible delito es complicado**, muchas veces es muy difícil de demostrar la relación causa-efecto entre el contenido de la página y el desarrollo de la enfermedad, además el problema radica en que a la vez que se cierra una página se está creando una nueva.

La colaboración de las empresas proveedoras de servicios de Internet ha sido clave en el cierre de medio millar de páginas en los últimos tres años, gracias a un convenio firmado en 2005 entre Protégeles y Terra-Telefónica, MSN-Microsoft, Orange-Wanadoo, Yahoo y Asimilec. A medida que los proveedores de contenidos aumentan su colaboración, los promotores de las páginas van encontrando cada vez menos sitios donde abrirlas.

La Asociación Protégeles, como **medida de prevención**, ha creado una **página web alternativa (www.anaymia.com)** para informar a las adolescentes del peligro de la anorexia y que, además cuenta con atención psicológica. Es una página web “cebo”, acuden a ella como a tantas otras páginas nocivas, y pueden encontrar ayuda.

Paralelamente está la **Brigada de Investigación Tecnológica (BIT)** de la Policía Nacional de España, que tiene un control al respecto, y que ya ha fichado unas 150 webs y foros a favor de la anorexia y la bulimia nerviosa que alientan e instruyen a miles de jóvenes.

¿QUÉ PODEMOS HACER SI SOSPECHAMOS DE UNA ANOREXIA O DE UNA BULIMIA NERVIOSA EN UN PACIENTE?

Cuando existe la sospecha de una anorexia o una bulimia nerviosa en una persona cercana, se pueden realizar **distintas acciones de ayuda**, entre las cuales pueden ser eficaces las siguientes: ofrecerle **apoyo y comprensión**, requiere nuestro afecto; mostrar **interés por todo aquello que puede que le esté preocupando y facilitar el diálogo para que pueda expresar sus miedos y**

dificultades; hablar con el adolescente de aquello que hemos constatado que le está pasando, **intentar averiguar si entiende la situación que está viviendo como problemática**.

Para conseguir que un adolescente reconozca que puede estar presentando algún problema, es muy importante **hacer uso de un buen clima de confianza**; es importante **no entrar en discusión ni contradicciones en referencia a la presencia o ausencia del trastorno**, dado que tienden a la negación y no es ninguna ayuda enfrentarse a la realidad con modos inadecuados y reprimendas; del mismo modo es **inadecuado obligarles a hacer o dejar de hacer las conductas propias de la enfermedad ya instauradas**, porque entraremos en conflicto, es necesario tener las estrategias adecuadas para lograrlo y saber exactamente cual es el problema que le afecta; es importante observar cuidadosamente si se producen los síntomas de la enfermedad, **no dar señal de alarma en casos inexistentes, y alertar a los familiares cercanos en caso de evidencias**, aconsejando acudir al especialista para **pedir ayuda profesional**.

¿CUAL ES TRATAMIENTO DE LA ANOREXIA Y DE LA BULIMIA NERVIOSA?

El tratamiento de la anorexia nerviosa y de la bulimia nerviosa requiere de la intervención de un **equipo médico multidisciplinar con el soporte de la familia** que permita un planteamiento multimodal. Los profesionales que tienen que dirigir estos enfermos son psiquiatras infanto-juveniles y psicólogos clínicos especializados.

Los principales tratamientos son:

1-Psicoterapia individual o en grupo:

Los aspectos psicoterapéuticos son de orientación cognitiva-conductual.

La teoría cognitiva pretende explicar como y porqué se produce un determinado comportamiento o pensamiento, del cual surge un sentimiento o una emoción determinada que condiciona al propio paciente. También debe de ayudarse al paciente a comprender todos los fenómenos que intervienen en este proceso.

El tratamiento psicológico ayuda a estos adolescentes a percibir adecuadamente las situaciones de una forma positiva y no condicionada por su físico.

2-Pautas dietéticas:

Deben de explicarse normas y pautas de alimentación con el objetivo de alcanzar unos adecuados hábitos alimenticios. Hay que enseñar al paciente cual es la forma correcta de alimentarse.

3-Tratamiento psicofarmacológico:

El tratamiento psicofarmacológico se utiliza de coexistir trastornos comórbidos como trastornos depresivos o alteraciones del control del impulso. A nivel psicofarmacológico los antidepresivos ISRS son los fármacos con los que se han obtenido unos mayores resultados, valorando la efectividad, los efectos secundarios y la calidad de vida. Otro fármaco efectivo en el tratamiento de la bulimia es el topiramato.

El tratamiento de la Anorexia Nerviosa pretende corregir las alteraciones biológicas que ponen en riesgo la vida del paciente, incrementar el peso, mejorar la nutrición, normalizar la ingesta de la comida e interrumpir las conductas purgativas.

Para realizar en forma adecuada esos tratamientos es necesario tener una estructura asistencial con nivel ambulatorio, hospital de día y unidad de hospitalización.

En una primera consulta con un paciente con Anorexia Nerviosa lo primero que hay que descartar es la necesidad de atención médica urgente. Estos son los criterios:

- 1-Pérdida de peso superior al 50% en los últimos meses
- 2-Alteraciones de la conciencia
- 3-Convulsiones. Deshidratación
- 4-Alteraciones hepáticas o renales
- 5-Pancreatitis
- 6-Arritmia cardíaca grave
- 7-Alteraciones del ionograma
- 8-Bradicardia < 40 p/m
- 9-Síncopes
- 10-Hematemesis intensa
- 11-Dilatación gástrica aguda

Siempre es mejor iniciar el tratamiento a nivel ambulatorio, ahora bien, hay situaciones que requieren hospitalización. Estas son:

- 1-Estado biológico que implique riesgo de complicaciones graves (nula ingesta, especialmente de líquidos, IMC<14, bradicardia<45 p/m, potasio<4.5, hematemesis y rectorragias).
- 2-Síntomas depresivos importantes con riesgo de suicidio.
- 3-Conductas autolesivas importantes.
- 4-Presencia de psicopatología comórbida que dificulte el tratamiento.
- 5-Paciente que se niega a seguir el tratamiento ambulatorio.
- 6-Comportamiento muy problemático con la familia o conflictos familiares de imposible control.
- 7-Peso que no sigue el ritmo pautado esperado.

El seguimiento de la Anorexia Nerviosa es largo, como mínimo de un año después de haber conseguido la recuperación. En pacientes prepuberales el seguimiento debe ser siempre mayor.

Los criterios de alta son:

- 1-Mantenimiento de un peso estable durante un año.
- 2-Normalización de la menstruación.
- 3-Ausencia de clínica psicopatológica alimentaria o comórbida (depresión).

El tratamiento de la Bulimia Nerviosa requiere de los mismos dispositivos asistenciales que la Anorexia Nerviosa. Los criterios de atención médica urgente son:

- 1-Deshidratación
- 2-Disminución de Potasio o Sodio
- 3-Alteraciones hepáticas o renales graves
- 4-Pancreatitis
- 5-Arritmias o bradicardia < 40 p/m
- 6-Alteraciones de la conciencia. Convulsiones
- 7-Hematemesis
- 8-Dilatación gástrica aguda

Los criterios de ingreso hospitalario de la Bulimia Nerviosa son:

- 1-Alteraciones electrolíticas
- 2-Alteraciones en el ECG
- 3-Hematemesis reciente
- 4-Ideación autolítica grave
- 5-Presencia de clínica psicopatológica comórbida grave
- 6-Trastorno de conducta grave
- 7-Autolesiones importantes

El seguimiento de estos pacientes también debe ser mínimo de un año como en la Anorexia Nerviosa. Los criterios de alta requieren las siguientes variables:

- 1-Que el paciente no presente atracones ni conductas compensatorias durante un año.
- 2- Que no se hallen presentes alteraciones psicopatológicas alimentarias o comórbidas.

Finalmente hay que destacar el papel de la familia, que siempre tiene que dar soporte al equipo clínico, su desconfianza es muy negativa para el paciente. La familia debe de colaborar y solicitar a los profesionales cualquier tipo de aclaración sobre el tratamiento y en que aspectos si pueden ayudar.

BIBLIOGRAFIA GENERAL

- Bruch, H. (2001). *La jaula dorada: el enigma de la anorexia nerviosa*. Paidós.
- Calvo, R. (2002). *Anorexia y bulimia: guía para padres, educadores y terapeutas*. Planeta.
- Chinchilla Moreno, A.; Barjau Romeo, J. (2003). *Trastornos de la conducta alimentaria: Anorexia y bulimia nerviosa, obesidad y atracones*. Elsevier.
- Generalitat de Catalunya, Secretaria de Joventut del Departament d'Acció social i Ciutadania. (2007). *Els trastorns alimentaris a Catalunya. Una aproximació antropològica*. Col·lecció estudis, núm. 23.
- Guidano, V.; G. Liotti, G. (2007). *Procesos cognitivos y desórdenes emocionales*. Cuatrovientos.
- Martinez-Mallen, E., Castro-Fornieles, J., Lazaro, L., et al. (2007). **Cue exposure in the treatment of resistant adolescent bulimia nervosa**. *International Journal of Eating Disorders*, 40:596-601.
- Selvini Palazzoli, M.; Cirillo, S (2002). *Muchachas anoréxicas y bulímicas: la terapia familiar*. Paidós.
- Toro, J. (1996). *El cuerpo como delito: anorexia, bulimia, cultura y sociedad*. Ariel.
- Toro, J. (2000). *Riesgo y causas de la anorexia nerviosa*. Editorial Ariel.
- Turón, V.; Benitez, M. (2000). *Anorexia y bulimia nerviosas: atención y prevención interdisciplinar*. Consulting Dovall.

Unitat de Paidopsiquiatria (Psiquiatria i Psicologia Infanto-Juvenil)
Centre Mèdic Teknon.
c/Marquesa de Vilallonga 12, 08017-Barceloneta. 932906402-934581041
sasot@dr.teknon.es