

TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA EN ADOLESCENTES: DESCRIPCIÓN Y MANEJO

EATING DISORDERS IN ADOLESCENTS: DESCRIPTION AND MANAGEMENT

PS. CAROLINA LÓPEZ C. (1), DRA. JANET TREASURE (2)

1. PhD, DEPARTAMENTO DE PEDIATRÍA Y CIRUGÍA INFANTIL ORIENTE, UNIVERSIDAD DE CHILE.

2. PhD, FRCP, FRCPsych. UNIDAD DE INVESTIGACIÓN EN TRASTORNOS ALIMENTARIOS, INSTITUTO DE PSIQUIATRÍA, KINGS COLLEGE LONDON, REINO UNIDO.

Email: calopez@med.uchile.cl

RESUMEN

Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) son enfermedades psiquiátricas complejas, multicausadas, que afectan principalmente a adolescentes y mujeres jóvenes. El diagnóstico más frecuente durante la adolescencia es el de TCA no especificado, seguido por el de anorexia nervosa y bulimia nervosa. Todos estos trastornos comparten síntomas cardinales tales como la preocupación excesiva por la comida, peso y/o figura corporal y el uso de medidas no saludables para controlar o reducir el peso corporal.

Los TCA muchas veces se acompañan de complicaciones médicas así como psicológicas que potencialmente pueden dejar secuelas irreversibles para el desarrollo del adolescente. Para evitar la cronicidad del trastorno, se recomienda un tratamiento temprano lo cual requiere de un diagnóstico y derivación oportunos a un equipo especializado.

Este equipo requiere ser interdisciplinario con experiencia tanto en TCA como en adolescencia, para poder abarcar las diversas facetas del trastorno así como las particularidades y desafíos que implica su aparición durante la adolescencia.

Palabras clave: Trastornos alimentarios, adolescencia, diagnóstico, tratamiento.

SUMMARY

Eating disorders (ED) are complex psychiatric illnesses with multiple factors involved in their development and

maintenance. These disorders mainly affect to adolescents and young women. The most frequent diagnosis during adolescence is ED not otherwise specified (EDNOS), followed by anorexia nervosa and bulimia nervosa. All these disorders share core symptoms such as an extreme concern about eating, weight and/or body image, and inappropriate behaviors to control or reduce weight.

ED very often conduce to medical and psychiatric complications that can led permanent effects on the adolescent health. Early treatment is crucial in order to prevent chronicity. This is possible with a timely and appropriate diagnosis and reference to a specialist team.

This team should be interdisciplinary with experience in both ED and adolescence to manage the different aspects of these disorders and the challenges and especial characteristics of its adolescent onset.

Key words: Eating disorders, adolescence, diagnosis, treatment.

Nota de los autores: Para simplificar el lenguaje utilizado en este manuscrito y considerando que la mayor parte de los pacientes que presenta un TCA son mujeres, nos referiremos en femenino al hablar de los y las pacientes adolescentes.

INTRODUCCIÓN

Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) son enfermedades de salud mental complejas, multicausadas, que afectan principalmente a adolescentes y mujeres jóvenes.

Los TCA representan la tercera enfermedad crónica más común entre las jóvenes llegando a una incidencia del 5%. Si bien es un trastorno cuya aparición es más común entre las mujeres, los varones se ven afectados por estos es una proporción de 1:10.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha ubicado a los TCA entre las enfermedades mentales de prioridad para los niños y adolescentes dado el riesgo para la salud que implican. El diagnóstico más frecuente entre adolescentes es el Trastorno Alimentario No Especificado (TANE), seguido por el de Anorexia Nervosa y, finalmente, el de Bulimia Nervosa (1). Estos trastornos abarcan factores psicológicos, físicos, y elementos del medio ambiente en su etiología, desarrollo y mantenimiento (2) y comparten síntomas cardinales tales como la insatisfacción con la imagen corporal o una influencia anormal de ésta en la valoración personal, preocupación persistente e interferente por la comida, peso y/o forma corporal y el uso de medidas no saludables para controlar o reducir el peso, las que derivan en un deterioro significativo del bienestar psicosocial y físico de quienes los sufren. Muchas veces su curso es crónico, lo que conlleva consecuencias que pueden abarcar desde la morbilidad médica y psiquiátrica hasta la muerte, debido a complicaciones médicas y suicidio (3-5). Su pronóstico mejora notablemente cuando el diagnóstico es realizado dentro de los tres primeros años de la enfermedad, por lo que el diagnóstico precoz es fundamental para mejorar su pronóstico y prevenir la cronicidad.

De acuerdo a las clasificaciones internacionales de trastornos de salud mental, existen tres grandes categorías de TCA: Anorexia Nervosa (AN), Bulimia Nervosa (BN) y TCA no especificados (TANE) (6, 7). Mientras que la AN y BN son las principales categorías diagnósticas con claros y detallados criterios de inclusión, curso y pronóstico, los TANE corresponden a una categoría residual, pero no menos importante, que incluye la gran mayoría de los TCA que no cumplen los criterios para AN y BN, pero que dan lugar a un importante deterioro funcional.

Una gran parte de las adolescentes que sufre de estos trastornos no consulta directamente por ello ya que, en general, la conciencia de enfermedad y motivación para el cambio son escasas, a pesar de que la salud física y psicológica se encuentre severamente amenazada por la enfermedad. Las adolescentes, muchas veces son detectadas por sus padres, profesores o pares, siendo forzosamente llevadas a consultar. Las consultas, en estos casos, se realizan a médicos generales, nutricionistas o nutriólogos o, en una gran proporción a médicos que pueden atender a los problemas asociados a los TCA (por ejemplo, problemas ginecológicos tales como ausencia de menstruaciones, dentales tales como erosiones del esmalte, etc.). Este hecho remarca la importancia de que los médicos no especialistas en el tema posean las herramientas necesarias que les permitan sospechar el diagnóstico y actuar oportunamente para conseguir una derivación exitosa a un equipo especializado de profesionales.

A pesar del interés clínico y de investigación por estos trastornos y las graves consecuencias que conllevan, hasta el momento los resultados de tratamiento son de moderada significancia o insatisfactorios. Las pacientes más jóvenes con AN tienen la mejor tasa de recuperación (entre 50 y 70%), mientras que, en general, las tasas de recuperación del resto de los TCA apenas llegan al 50% (8-10). Los tratamientos basados en evidencia para los adolescentes también son escasos.

Este artículo tiene como objetivo:

- a) Brindar una revisión actualizada de los criterios diagnósticos y características clínicas de los TCA.
- b) Proporcionar una visión general de las alternativas de tratamiento para adolescentes con TCA.
- c) Proveer de algunos elementos de manejo para médicos no especialistas en salud mental.

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE LOS TRASTORNOS ALIMENTARIOS EN ADOLESCENTES

Diagnóstico

Las definiciones y categorización de los TCA en las clasificaciones internacionales continúan siendo materia de debate. El principal desafío radica en la dificultad para separar los síntomas diagnósticos y conductas asociadas a los TCA que frecuentemente se sobreponen unos con otros en las categorías actualmente vigentes (11). Las dos principales categorizaciones internacionales, el DSM-IV (Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales; 6) y el CIE-10 (Clasificación Internacional de Enfermedad; 7) describen las tres clases principales de TCA antes mencionadas: Anorexia Nervosa, Bulimia Nervosa (BN) y Trastornos Alimentarios No Especificados (TANE, según DSM-IV) o Trastornos Alimentarios Atípicos (según CIE-10). Los límites entre estas categorías se basan en el grado de desviación del peso normal, el patrón de alimentación y las medidas para controlar el peso utilizadas por quienes los sufren (12).

En la actual revisión de los criterios del DSM-IV en miras del lanzamiento de la 5ª edición de este manual, se espera superar algunos de los problemas más comunes de la clasificación para su aplicación clínica. Los esfuerzos generales están puestos en a) lograr una mejor y más homogénea caracterización de los TANE ya que es una de las categorías más ampliamente utilizada en settings clínicos con una prevalencia que varía entre un 50 y 70% entre los individuos con TCA (13), b) evaluar la validez y utilidad del diagnóstico de Trastorno por Atracón, actualmente clasificado como TANE (14), y c) considerar en la redefinición de los criterios diagnósticos, la migración que frecuentemente se da entre AN y BN y entre los patrones restrictivos y compulsivo/purgativo en AN.

Otro tema en discusión, es que la aplicación de los criterios hasta ahora establecidos para TCA es compleja en el caso de las adolescentes, dadas las características propias de la adolescencia y sus procesos de desarrollo. En esta línea, el grupo de trabajo para la clasificación de los TCA para niños y adolescentes, acordó proponer ciertos cambios en la clasificación actual que se resumen en: a) establecer límites menores y más sensibles

al desarrollo en el caso de las adolescentes para determinar la severidad de los síntomas (ej. disminuir la frecuencia de las conductas purgativas requerida y considerar la desviación significativa de las curvas del desarrollo caso a caso como criterio diagnóstico más que guiarse por puntos de corte estandarizados), b) que se pueda considerar indicadores conductuales de los rasgos psicológicos de los TCA en lugar de pedir que sean reportados por la misma paciente (ej. considerar la negación a comer como equivalente al temor a engordar) y que se debe alertar a los profesionales sobre la limitación de algunas adolescentes para declarar este tipo de síntomas, y c) la inclusión de múltiples informantes para evaluar los síntomas (ej. padres).

Estos cambios ayudarían a los clínicos que trabajan con adolescentes a superar algunas de las dificultades diagnósticas actuales que generan barreras para el tratamiento. Por ejemplo, rasgos clínicos como el retraso en el desarrollo puberal, retardo en el crecimiento o dificultad para adquirir los minerales óseos, pueden ocurrir a niveles subclínicos del trastorno así como en las adolescentes más tempranas pueden existir dificultades relacionadas con la alimentación, imagen corporal o hábitos para el control del peso que no cumplen los criterios para un TCA (1). Por lo tanto, se recomienda que el diagnóstico de los TCA en la adolescencia, siguiendo los criterios mencionados más adelante, se realice en el contexto de las características del desarrollo puberal y adolescente normales.

Anorexia Nervosa

La Anorexia Nervosa (AN) fue descrita como un problema médico hacia finales del siglo XVII por Richard Morton. Morton describió casos

de personas, principalmente mujeres, que sufrían una pérdida de peso importante no asociada a causas físicas. Dos siglos más tarde, Lasegue en 1873 y Gull en 1874, ilustraron detalladamente dos casos que presentaban características similares a lo actualmente se entiende por AN. La AN es un trastorno psiquiátrico grave y complejo caracterizado por la mantención voluntaria de un peso bajo el rango saludable para la edad y talla de quien lo sufre, lo cual es logrado a través de medios extremos para controlar el peso tales como ejercicio compulsivo, restricción de los alimentos consumidos y/o conductas purgativas. Estos síntomas se acompañan por un intenso temor a ganar peso o la negación de estar en un peso bajo. Este trastorno presenta una prevalencia de 0.48 – 0.7% entre las adolescentes (15, 16).

Los actuales criterios, según el DSM-IV y las propuestas para el DSM-V, se describen en la Tabla 1. Esta clasificación incluye dos subtipos de AN respondiendo a la dicotómica presentación clínica, pronóstico y respuesta al tratamiento de los casos de AN: a) subtipo restrictivo en el cual durante el episodio de AN la paciente utiliza solamente la restricción alimentaria y/o ejercicio excesivo como formas de controlar o disminuir de peso, no recurriendo a atracones ni purgas; y b) subtipo compulsivo/purgativo en el cual la paciente sufre de atracones y utiliza regularmente conductas purgativas (ej. vómitos, abuso de laxantes, diuréticos o enemas) para controlar o bajar de peso. Los episodios de atracones, en el caso de la AN, por lo general no alcanzan la magnitud de los atracones observados en la BN aunque son vividos con extrema sensación de descontrol.

TABLA 1. CRITERIOS DIAGNÓSTICOS PARA ANOREXIA NERVOSA SEGÚN EL DSM-IV Y LOS CAMBIOS PROPUESTOS PARA EL DSM-V

ANOREXIA NERVOSA CRITERIOS ACTUALES	PROPUESTA DSM-V
A. Rechazo a mantener el peso corporal igual o por encima del valor mínimo normal considerando la edad y la talla (por ejemplo, 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 periodo de crecimiento dando como resultado un peso corporal inferior al 85% del peso esperable).	A. Restricción del consumo energético relativo a los requerimientos que conlleva a un peso corporal marcadamente bajo. Un peso marcadamente bajo es definido como un peso que es inferior al mínimo normal o, para niños y adolescentes, inferior a lo que mínimamente se espera para su edad y estatura.
B. Miedo intenso a ganar peso o a convertirse en obeso, incluso estando por debajo del peso normal.	B. Miedo intenso a ganar peso o a convertirse en obeso, o una conducta persistente para evitar ganar peso, 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.	C. Alteración de la percepción del peso o la silueta corporales, exageración de su importancia en la autoevaluación o persistente negación del peligro que comporta el bajo peso corporal actual.
D. En las mujeres postpuberales, presencia de amenorrea, por ejemplo, ausencia de al menos tres ciclos menstruales consecutivos.	Se elimina el criterio de amenorrea.

Como se mencionó anteriormente, los criterios propuestos para el DSM-V reparan algunas de las principales dificultades para aplicación de los criterios del DSM-IV para la población adolescente.

El criterio A (ver Tabla 1) se modificaría eliminando el ejemplo numérico, ya que más que como una guía, se tomaba como un criterio diagnóstico (ej. las personas bajo el percentil 85 en la relación peso/talla, era consideradas como "anoréxicas"). Esta flexibilización del criterio da mejor cabida a la variabilidad de la ganancia de peso y altura que presentan las adolescentes durante la pubertad normal y contribuiría a un diagnóstico más pertinente y menos excluyente los casos de AN.

El criterio C agrega al componente cognitivo del criterio un componente alternativo conductual ("una conducta persistente para evitar ganar peso") el que resulta más adecuado en el caso de muchas adolescentes, en los que por la etapa del desarrollo cognitivo en el que están, no poseen la capacidad psicológica como para expresar conceptos más abstractos tales como motivación para perder peso.

El requerimiento de amenorrea (criterio D) ha sido ampliamente discutido y finalmente se ha propuesto su eliminación debido a que la evidencia científica ha demostrado que una gran proporción de pacientes cumplen todos los otros criterios para AN, pero mantienen las menstruaciones regulares (17) y por otro lado, existe una relación inestable entre la pérdida de peso y la amenorrea secundaria (18). Además, este criterio no resultaba generalizable a todos los posibles casos con AN ya que no era aplicable a mujeres adolescentes pre-menárquicas, en menopausia y hombres. Finalmente, es un criterio que no es reportado en forma confiable por las pacientes (16). El grupo de trabajo para la clasificación de los TCA en niños y adolescentes aboga, en su reemplazo, por evaluar múltiples sistemas (ej. cardíaco, endocrino, gastrointestinal) para el manejo clínico, en lugar de referir a las secuelas de un sólo sistema como diagnóstico clínico (ej. amenorrea).

Para el DSM-V se mantendría la sub-categorización entre anorexia de tipo restrictivo (ausencia de atracones y/o purgas: vómitos autoinducidos, abuso de laxantes, diuréticos o enemas durante los últimos tres meses) y compulsivo/purgativo. A pesar de que se le brinda importancia al diagnóstico del episodio actual como restrictivo o compulsivo, se reconoce que más del 50% de las personas que sufre de AN desarrolla síntomas de bulimia posteriormente (4).

Bulimia Nervosa

Etimológicamente el término "bulimia" significa tener un "apetito tan grande como el de un buey" o "la capacidad para comer un buey". Esto alude a una de las principales características diagnósticas de este trastorno: la presencia de los llamados "atracones". La BN fue reconocida como un trastorno de la conducta alimentaria en sí misma a fines del siglo XX, luego de la aparición de un importante artículo escrito por Gerald Russell en el Reino Unido, seguido por su inclusión en el DSM-III. Sin embargo, las descripciones más tempranas se remontan a tres casos de BN descritas Otto Dörr-Zegers (19), psiquiatra chileno, en

1972, y luego la sistemática descripción de Hilda Bruch, en 1973 (20). Lo común a todas estas observaciones es la presencia de un síndrome alimentario caracterizado por episodios regulares de "hiperfagia" seguidos por purgas u otras conductas compensatorias.

La BN es la presentación más común de los TCA considerando todos los grupos etáreos, después de trastornos alimentarios no especificados. Su prevalencia se ha estimado entre 1 y 2% en mujeres jóvenes y su edad de aparición suele ser entre 15,7 y 18,1 años.

Los actuales criterios del DSM-IV y las propuestas para el DSM-V para Bulimia se encuentran en la Tabla 2.

A diferencia de quienes sufren de AN, las adolescentes que presentan BN frecuentemente mantienen su peso sin cambios, dada la ineffectividad de los métodos purgativos. Esta es una de las principales diferencias con AN. Además, la mayoría de las pacientes con BN está muy afectada y avergonzada por la pérdida de control sobre su ingesta, haciendo más fácil que se motiven a recibir ayuda. Sin embargo, el tiempo entre la aparición de los síntomas y la consulta es largo debido, especialmente, a la posibilidad de mantener el trastorno en secreto y no provocar signos visibles para los otros (21).

Los criterios del DSM-IV enfatizan la presencia regular y recurrente de episodios de sobreingesta (atracones) acompañados por conductas compensatorias inapropiadas para prevenir el aumento de peso que potencialmente produciría el atracón. La propuesta diagnóstica para el DSM-V, reduce la frecuencia necesaria de atracones y purgas como criterio diagnóstico. Esta diferencia tendría como efecto que una importante proporción de casos de los que hoy estarían definidos como TCA "no especificados" sean diagnosticados en el futuro como "Bulimia Nervosa". La justificación para este cambio radica en que los estudios científicos han encontrado muy poca diferencia en la presentación clínica y comorbilidad de los pacientes que presentan BN y los TANE con síntomas bulímicos.

Tal como en caso de AN, se distinguen dos subtipos de pacientes con BN. Aquéllas que recurren a conductas purgativas (vómitos, abuso de laxantes y/o diuréticos u otras medicinas) y aquéllas que no recurren regularmente a purgas después de sus atracones, sino que utilizan conductas compensatorias tales como ejercicio o ayuno (subtipo no purgativo). Esta diferenciación ha sido discutida en el contexto del DSM-V y es probable que sea eliminada.

Trastornos Alimentarios No Especificados (TANE)

Los TANE son una categoría residual que incluye los TCA que no cumplen todos los criterios para AN o BN. Estos trastornos constituyen los TCA más comunes entre las adolescentes, con una prevalencia estimada en 3,06% entre las mujeres jóvenes (22). A diferencia de lo que ocurre en la AN o BN, los TANE reportan una creciente prevalencia en la última década (23). Específicamente, los TANE incluyen los casos que cumplen todos los criterios para la AN, pero que permanecen con ciclos menstruales regulares o en peso normal (incluso después de una pérdida con-

TABLA 2. CRITERIOS DIAGNÓSTICOS PARA BULIMIA NERVOSA SEGÚN EL DSM-IV Y LAS PROPUESTAS PARA EL DSM-V

BULIMIA NERVOSA CRITERIOS ACTUALES	PROPUESTA DSM-V
A. Presencia de atracones recurrentes. Un atracón se caracteriza por: 1) ingesta de alimentos en un corto espacio de tiempo (ej. dos 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 de alimentos (ej. no poder parar de comer o no poder controlar el tipo o cantidad de comida que se está ingiriendo).	A. Se mantiene igual.
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.	B. Se mantiene igual.
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.	C. Los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas tienen lugar como promedio al menos una vez a la semana durante un período de tres meses.
D. Autoevaluación exageradamente influida por el peso y siluetas corporales.	D. Se mantiene igual.

siderable de peso), los casos que cumplen todos los criterios para BN, pero cuya frecuencia de atracones y/o purgas es menor a dos veces a la semana, los casos en que las purgas o conductas compensatorias ocurren después de haber ingerido sólo una cantidad mínima de alimentos en una persona con peso normal, los casos que se mastica y devuelve gran cantidad de alimentos, y los casos que deben incurrir regularmente en atracones, pero sin utilizar conductas compensatorias inadecuadas (Trastorno por Atracón). Uno de los cambios más importantes del DSM-V es que se ha recomendado la inclusión de los Trastornos por Atracón como una categoría separada, considerando una extensa revisión de la literatura que destaca su validez y significación clínica (14).

La actual clasificación del DSM-IV para niños y adolescentes no ha estado exenta de discusión y la propuesta para el DSM-V busca flexibilizar los estrictos criterios diagnósticos para AN y BN a fin de incluir los casos parciales o subclínicos de AN o BN (16, 24). La falta de gravedad clínica de muchos casos de TCA en etapas tempranas interfieren con el reconocimiento de estos trastornos y muchas veces las observaciones clínicas no parecen coincidir con las categorías descritas. Sin embargo, la relevancia de estos trastornos entre las adolescentes tiene que ver con su alta prevalencia, la posibilidad de constituir una antesala para el desarrollo de una AN o BN, y su importante comorbilidad. Por ejemplo, las adolescentes con TANE han mostrado mayores tasas de depresión y rasgos obsesivo-compulsivos de personalidad en la infancia que aqué-

llos con BN, y presentan una gravedad médica intermedia entre AN y BN, con consecuencias fisiológicas graves (24, 25).

Como notas finales en el tema del diagnóstico de los TCA, resulta relevante destacar dos temas. En primer lugar, múltiples estudios han reconocido la prevalencia de la migración temporal entre diagnósticos de TCA, lo que ha conducido a validar cada vez más la visión transdiagnóstica de los mismos. Este modelo postula que los TCA serían mantenidos por mecanismos comunes, independiente de su forma de presentación y, por lo tanto, pueden ser tratados de forma similar (26). Finalmente, otra forma de abordar las diferencias y similitudes entre estos trastornos, es considerar los matices que las características de personalidad imprimen a su presentación clínica. Un estudio de Westen y Harnden-Fisher (27) distingue tres tipos predominantes de personalidad entre quienes presentan un TCA. El primero se describe como un grupo de alto funcionamiento, autocrítico, perfeccionista que tienden a sentir culpa y ansiedad y que en su mayoría sufren de BN. El segundo grupo posee un perfil sobrecontrolado o constreñido, en el cual hay una restricción de placer, necesidades, emociones, relaciones, autoconocimiento, sexualidad y entendimiento profundo de los otros. Estos pacientes se presentan disfóricos, anedónicos, ansiosos y con un potente sentimiento de vergüenza. Este tipo de personalidad es generalmente observado en personas que tienen AN tipo restrictivo. El tercer tipo de personalidad incluye personas que se caracterizan por desregulación emocional e impulsividad. Los individuos de este grupo fre-

cuentemente presentan antecedentes de abuso sexual y los síntomas de trastornos alimentario, que son generalmente del tipo bulímico, les sirven para modular la intensidad del afecto. Estos subgrupos de personalidad se manifiestan como rasgos temperamentales en la niñez. Por ejemplo, en el grupo "restringido o constreñido" (AN restrictiva), los rasgos de rigidez, inflexibilidad, autoevaluación negativa, aislamiento de pares y perfeccionismo preceden la aparición del trastorno (28-30). El grupo caracterizado por desregulación emocional tiende a presentar menos perfeccionismo, pero mayor ansiedad como marcadores de rasgos en la niñez (30). Estos antecedentes indican que los síntomas de TCA serían en parte manifestación de rasgos temperamentales y dimensionales de la personalidad. A su vez, éstos sientan las bases sobre la cual se desarrolla una organización afectiva y cognitiva que se utiliza como plantilla para el funcionamiento intra e interpersonal (31).

COMPLICACIONES Y COMORBILIDAD MÉDICA Y PSICOLÓGICA DE LOS TCA

Las complicaciones médicas de los TCA pueden afectar a la mayoría de los órganos del cuerpo. Los signos y síntomas físicos durante la adolescencia se deben principalmente a la malnutrición y a las consecuencias de las conductas compensatorias. Estas complicaciones son más frecuentes en la AN y su aparición se correlaciona con la duración, severidad, número de episodios de TCA y momento del desarrollo en que este se presenta. Estas hacen de la AN una de las principales causas de incapacidad entre las mujeres jóvenes (32).

Las complicaciones médicas agudas y a largo plazo de los TCA se describen en la Tabla 3. Algunas de las condiciones médicas asociadas a la AN son problemas cardiovasculares y gastrointestinales, deterioro del sistema inmune, disfunciones cognitivas y cerebrales, disminución del volumen cerebral, complicaciones músculo-esqueléticas tales como debilidad y pérdida de fuerza, osteopenia y osteoporosis.

La mayoría de las complicaciones de la AN remiten con la recuperación nutricional y/o el cese de las conductas purgativas, pero otras son irreversibles o incluso pueden conducir a la muerte (33). Entre aquellas que pueden ser irreversibles se encuentran el retardo del crecimiento en los casos en que el TCA se presenta antes del cierre de la epifisis, pérdida del esmalte dental, cambios en la estructura cerebral, retardo o detención en el desarrollo puberal y dificultad para la adquisición de masa ósea predisponiendo a osteopenia u osteoporosis (1).

Entre los trastornos médicos asociados a la BN se encuentran los trastornos electrolíticos, problemas gastrointestinales y del sistema reproductivo, hinchazón de las glándulas parótidas y daño del esmalte dental. Estos son consecuencia, principalmente, de las conductas purgativas (1, 21).

En la esfera de la salud mental, existen problemas psicológicos y psiquiátricos que frecuentemente acompañan a los TCA. Estos pueden llegar a afectar el normal desarrollo psicosocial de los adolescentes

TABLA 3. COMPLICACIONES MÉDICAS EN LOS TCA

Metabólicas	Hipoglucemia
Medula ósea	Anemia Leucopenia Trombocitopenia
Fluidos y Electrolitos	↓ Potasio ↓ Cloro ↓ Sodio ↓ Magnesio ↓ Fosfato ↓ Zinc ↓ Calcio
Cardiovascular	Hipotensión Arritmias y taquicardia Cambios en el ECG (bajo voltaje, bradicardia sinusal, inversión de la onda T, depresión del segmento ST e intervalo QT prolongado)
Pulmonar	Neumotórax (rara)
Gastrointestinal	Hematemesis Úlcera gástrica ↓ Motilidad intestinal (constipación)
Renal	↑ Urea y creatinina Oliguria Anuria
Neurológicas o de la función cognitiva	Convulsiones metabólicas Encefalopatías metabólicas Disfunciones cognitivas (memoria, atención, flexibilidad cognitiva, etc.) Disminución del volumen cerebral
Músculo esqueléticas	Disminución de la masa ósea Pérdida de fuerza muscular Miopatía proximal
Endocrinas	Amenorrea Ovario poliquístico Hipotiroidismo ↑ Cortisol Secreción inapropiada de hormona antidiurética
Otras secundarias a purgas	Esofagitis Erosiones del esmalte dental Síndrome de Mallory-Weiss Ruptura esofágica o gástrica Neumonía aspirativa Acidosis metabólica Deshidratación crónica Aumento nitrógeno ureico sanguíneo Predisposición a nefrolitiasis Hiperuricemia

en esta etapa crítica del desarrollo. Por esto, es de suma importancia su atención y tratamiento temprano. Entre los problemas psicológicos se encuentran el aislamiento social y conflictos familiares, dificultades para fortalecer el autoconcepto, autoestima, autonomía y capacidad para intimidad. En otras palabras, la aparición de un TCA durante la adolescencia puede interferir en el logro de las tareas propias de esta etapa.

Los trastornos psiquiátricos más frecuentes ligados a la AN son la depresión, trastornos de ansiedad y, en particular, obsesivo-compulsivos (34-36). La depresión puede ser vista como una consecuencia de la desnutrición más que un desorden precedente o una enfermedad independiente, mientras que los trastornos obsesivo-compulsivos se tienden a presentar en forma independiente de la AN y muchas veces la preceden (12, 28). Conductas impulsivas tales como autoagresiones y abuso de sustancias también se han descrito frecuentemente asociadas a AN (37). En términos de rasgos de personalidad, los más comunes son los rasgos obsesivo-compulsivos y limítrofes. Finalmente, algunos desórdenes del desarrollo también se han encontrado presentes en adolescentes con AN, especialmente síndromes del espectro autista (38).

Las comorbilidades psiquiátricas en pacientes con BN también son comunes. En las adolescentes principalmente se observan trastornos del estado de ánimo, trastornos de ansiedad, síndrome por déficit atencional con hiperactividad, trastorno obsesivo-compulsivo, conductas impulsivas, trastorno de personalidad límite, baja autoestima, autoagresiones e intentos de suicidio (36, 37, 39, 40). La BN tipo purgativa ha sido también asociada a conductas adictivas (41).

TRATAMIENTO PARA ADOLESCENTES CON TCA

El tratamiento para adolescentes con TCA debe contemplar la complejidad biopsicosocial de estas enfermedades junto con las características propias de esta etapa de la vida. El tratamiento óptimo implica, por lo mismo, la acción de un equipo interdisciplinario que esté capacitado para abordar las múltiples facetas de estos trastornos. Este equipo idealmente debiese estar comprendido por un médico especialista en el desarrollo adolescente, especialista en nutrición (ya sea nutricionista o nutriólogo), especialistas en salud mental (psiquiatra y psicólogo) y, en los casos de hospitalización, enfermeras especialistas en el manejo de los TCA. Todos estos profesionales debiesen ser profesionales con experiencia en la evaluación y tratamiento de los TCA y en salud adolescente (1). Dada la prevalencia de las complicaciones médicas y psiquiátricas en estos trastornos, el tratamiento tiene que poder ofrecer varios niveles de cuidado (ambulatorio, ambulatorio intensivo, hospitalización parcial, hospitalización completa).

Aunque las opciones de tratamiento para adolescentes con TCA son diversas, la meta del mismo es una sola: ayudar al adolescente a lograr alcanzar y mantener su salud física y psicológica. Desafortunadamente, la evidencia científica en relación al éxito del tratamiento para la población adolescente es escasa.

Si bien los TCA son trastornos psiquiátricos, estos no pueden ser atendidos sin considerar la salud física de quien lo sufre. Por esta razón, el logro de patrones de alimentación saludable resulta clave para proveer las bases mínimas para el resto del tratamiento. De este modo, la evaluación médica y su seguimiento es un componente fundamental especialmente en la primera fase del tratamiento. Las intervenciones en salud mental, por otro lado, deben cubrir la psicopatología propia de los TCA, las tareas psicosociales del periodo adolescente y las condiciones comórbidas. Los tratamientos para TCA son generalmente largos, recomendándose el seguimiento hasta 4 años luego del alta, en el caso de las adolescentes.

Motivación y tratamiento de los TCA

La efectividad de los tratamientos tanto para AN como para BN es, hasta el momento, poco satisfactoria. Una de las particularidades de los TCA que probablemente está a la base de estos pobres resultados es que, a diferencia de otros trastornos de salud mental, la motivación para recuperarse es muy baja y el trastorno es en sí mismo altamente valorado. La motivación es el principal motor para la recuperación de cualquier trastorno y se ha demostrado que las terapias convencionales fallan cuando la motivación es baja.

En el caso de la AN, es altamente probable que la adolescente no reconozca que tiene un problema. Su presentación en una consulta, por lo tanto, implica frecuentemente un cierto grado de coerción por parte de la familia u otros profesionales de la salud que hayan detectado el problema. Por lo mismo, no están listas para modificar su conducta y, más aún, valoran su enfermedad incluso aunque ésta conlleve un riesgo de vida. En el caso de la BN u otras formas de TCA, puede existir una mayor motivación para el cambio de por lo menos algunas de las conductas ligadas a la enfermedad. Las adolescentes con BN por ejemplo, se muestran más motivadas a disminuir los atracones y las conductas purgativas, pero menos motivadas a dejar la conducta de dieta o tolerar un peso normal (42). Así, resolver la ambivalencia para el cambio se mantiene como un desafío para el tratamiento.

En este contexto, el modelo de la Entrevista Motivacional (EM) ha sido utilizado en forma creciente en el campo de los TCA (43). Este modelo de entrevista tiene por objetivo lograr incrementar la motivación intrínseca del paciente. Implica un enfoque directivo pero no impositivo, donde se trabaja la resistencia al cambio y se reconocen y resuelven las ambivalencias que éste produce. La EM se sirve de ciertas estrategias fundamentales (uso de preguntas abiertas, reforzar al paciente, resumir lo que el paciente ha dicho durante la entrevista, fomentar la autoeficacia) para ayudar al paciente a reconocer su problema y sus consecuencias y, así, motivarse a cambiar (43). Sin embargo, se requieren de algunas modificaciones para aplicación del modelo estándar de la EM al tratamiento de los TCA las cuales dependen del tipo de TCA y severidad con que se presente. Por ejemplo, muchas adolescentes con AN presentan interferida su capacidad para tomar decisiones autónomas, ya sea porque son muy jóvenes o están muy debilitadas por la enfermedad. En estos casos, se puede igualmente trabajar desde la perspectiva de la EM aunque estableciendo algunos aspectos "no-negociables"

para trabajar (por ejemplo, alcanzar un nivel aceptable de estado nutricional). Se ha visto que el uso de estrategias motivacionales en el tratamiento de los TCA mejora en general la adherencia al mismo y tiene un efecto positivo en la reducción de conductas purgativas en adolescentes con BN y TANE (44).

Finalmente, el trabajo motivacional no sólo ha sido útil en el tratamiento con las adolescentes con TCA sino también en el trabajo con sus familias. Se ha desarrollado una forma de trabajo grupal con padres a quienes se les entrena en EM como una forma de acompañar efectivamente a sus hijas en el camino de la recuperación y, además, implica un trabajo personal de los cuidadores (45).

Tratamiento para Anorexia Nervosa

Las guías internacionales recomiendan, en el caso de la AN, que el tratamiento se realice en forma ambulatoria en primera instancia, usando la alternativa de hospitalización para aquellos casos que no respondan ambulatoriamente, presenten alto riesgo vital y escasos recursos psicosociales (ver Tabla 5). La hospitalización en estos casos debe combinar la realimentación con las intervenciones psicológicas. La recomendación que cuenta con mayor acuerdo entre los especialistas e investigadores, es que se utilicen intervenciones familiares que aborden directamente el trastorno alimentario. La evidencia apoya los tratamientos con base familiar particularmente a las terapias derivadas del Modelo Maudsley de Tratamiento (46, 47) donde la familia es vista como el principal recurso para ayudar a la adolescente a recuperarse. Este modelo ha sido examinado en varios estudios controlados logrando una efectividad de un 50 a 70%. La efectividad mejora notablemente en el caso de adolescentes con TCA de corta duración y donde el nivel de conflicto familiar no es muy alto (48). En el caso de familias con formas extremas de sobreprotección o criticismo (alta emoción expresada) los resultados del tratamiento son mejores cuando la adolescente y su familia son atendidos por separado versus las terapias familiares combinadas (49). La terapia cognitivo conductual, que se usa en adultos, no ha sido extensivamente estudiada para adolescentes con AN. La terapia individual focalizada en la adolescencia ha mostrado similar efectividad al final del tratamiento que la terapia basada en la familia (50). Otras terapias a ser consideradas incluyen la terapia cognitivo-analítica, la terapia interpersonal y la terapia focal psicodinámica.

No existe evidencia suficiente que apoye el rol de psicofármacos en el tratamiento de la AN, ya sea en la fase aguda o de mantención (51). Sin embargo, se ha encontrado que la fluoxetina puede ser útil en disminuir el riesgo de recaídas en pacientes adolescentes tardíos. Algunas drogas antipsicóticas han demostrado beneficio en el tratamiento de síntomas obsesivo-compulsivos y en el aumento de la tasa de incremento de peso (52, 53).

Tratamiento para Bulimia Nervosa

El tratamiento de la BN ha sido mucho más extensamente abordado en estudios científicos que en el caso de la AN. De acuerdo a la evidencia, el tratamiento más efectivo para adolescentes mayores (sobre 15 años) es la terapia cognitivo-conductual la cual se focaliza en las actitudes, pen-

samientos y conductas que mantienen el trastorno. Esta terapia tiene por duración entre 16 y 20 sesiones a lo largo de 4 -5 meses como mínimo. El uso de manuales de autoayuda para las fases iniciales de tratamiento también ha sido apoyado por los estudios en el área. La terapia interpersonal ha demostrado igualmente ser efectiva, pero de resultados más lentos que la terapia cognitivo-conductual (54). La terapia basada en la familia no ha tenido resultados tan promisorios en BN como para el tratamiento de AN. Existen dos estudios que han medido la eficacia de este tipo de terapia en comparación con otros tratamientos. Uno de ellos sugiere que la terapia cognitivo-conductual tendría ciertas ventajas en relación a la terapia basada en la familia en la reducción de los costos y rapidez de respuesta (55). El segundo estudio sugiere que la terapia basada en la familia presenta mejores resultados que la terapia interpersonal (56). La terapia conductual dialéctica también ha demostrado cierta efectividad en adolescentes tardíos con BN. Finalmente, la evidencia es insuficiente para postular que cualquiera de las psicoterapias para BN tiene algún efecto en la reducción del peso corporal.

Los antidepresivos, como la fluoxetina, han demostrado tener un efecto positivo en la disminución de los atracones y purgas llevando a una disminución sintomática que varía entre un 50 y 70% dentro de las primeras semanas de tratamiento. Además, mejora notablemente la sintomatología de patologías psiquiátricas comórbidas tales como depresión o síntomas obsesivo-compulsivos. Sin embargo, la evidencia en relación a los efectos a largo plazo de esta medicación es aún limitada (11).

En el caso de los TANE la evidencia es extremadamente escasa. Las guías de tratamiento sugieren utilizar las recomendaciones adecuadas para el trastorno al que más se asemeje el TANE que presente la adolescente (57).

El futuro en el tratamiento de los TCA

Dado el insatisfactorio escenario en términos de efectividad de los tratamientos actualmente disponibles para los TCA, se ha hecho un llamado a generar modelos de comprensión de la enfermedad que permitan sentar las bases para el desarrollo e implementación de nuevas tecnologías de tratamiento. Uno de éstos, es el modelo interpersonal para AN, desarrollado por Schmidt y Treasure (58). Este modelo es innovador ya que se basa en evidencia científica sobre los factores que mantienen la enfermedad e incluye recientes hallazgos de la investigación en neuropsicología, cognición social y personalidad en AN. El modelo describe factores intra e interpersonales que mantienen el TCA y las estrategias para abordarlos. Se basa en una formulación clínica de cada caso, es manualizado, diseñado a la medida de las necesidades de la paciente y con intervenciones modularizadas, con una clara jerarquía de los procedimientos empleados. Si bien fue originalmente diseñado para AN, tiene utilidad teórica y clínica para pacientes con BN u otros TCA.

Los factores de mantención descritos en este modelo son:

- Factores cognitivos: rigidez cognitiva y estilo de pensamiento focalizado en los detalles. Estos factores están presentes antes del desarrollo de la enfermedad, se acentúan durante la fase aguda de la enfermedad y persisten en muchos pacientes, incluso después de recuperarse. Se ha demostrado

que estos rasgos cognitivos están también presentes en hermanas sanas de las afectadas, lo cual presupone un componente genético en su origen.

- **Estilo socioemocional:** Las dificultades socioemocionales de las pacientes con TCA están presentes antes del desarrollo del trastorno, aunque la desconexión emocional se agudiza durante la enfermedad. Se demuestra en niveles altos de evitación y sentimientos de "anestesia" emocional. Estudios en procesamiento emocional muestran que el reconocimiento de las emociones básicas está limitado en personas que desarrollan AN aún antes de presentar el trastorno, y persiste después de la recuperación. Sin embargo, este rasgo no se presenta en personas con BN. Por otro lado, un sesgo hacia claves sociales especialmente aquellas relacionadas con agresión está presente en AN y BN, persistiendo después de la recuperación. La expresión emocional está también disminuida en pacientes con AN quienes, a su vez, presentarían dificultades en la capacidad para resolver problemas (59-61).

- **Pensamientos Pro TCA:** Las creencias positivas sobre el TCA que se desarrollan posterior a su inicio, es otro de los factores de mantención de estos trastornos (por ejemplo, la sensación de maestría y control sobre el peso). Se ha visto que las personas con TCA desarrollan una serie de creencias afirmativas que favorecen la identificación del trastorno consigo mismas. Estas creencias generan parte de las dificultades mencionadas en relación a la escasa motivación para la recuperación. Es fundamental la comprensión de estas creencias por parte del equipo

tratante, así como su inclusión en el tratamiento, para evitar generar mayores resistencias al cambio.

- **Factores interpersonales:** Las reacciones emocionales de los familiares cercanos a la adolescente con TCA, particularmente de sus padres, pueden contribuir reforzando inadvertidamente los síntomas de TCA. Esto se relaciona con la alta emoción expresada y la acomodación de la familia al TCA (62).

Para cada uno de estos factores se han desarrollado estrategias de intervención que actualmente están en distintas etapas de validación. Por ejemplo, la terapia de remediación cognitiva está diseñada para abordar los estilos de pensamiento (63) y también existe una versión menos intensiva para pacientes ambulatorios basada en el feedback de las evaluaciones neuropsicológicas de la paciente (64). Intervenciones para padres y cuidadores de personas con TCA en forma de talleres o educación a distancia vía DVD, también se han desarrollado para trabajar el factor interpersonal (65, 66).

EVALUACIÓN MÉDICA DE LOS TCA

Como se mencionó anteriormente, los TCA se asocian a complicaciones físicas severas las que pueden ocurrir durante la fase aguda de la enfermedad así también como en el estado crónico o durante la recuperación. Los síntomas físicos pueden jugar un rol clave en la motivación de una adolescente para buscar e involucrarse en un tratamiento.

TABLA 4. SIGNOS FÍSICOS QUE PUEDEN SER USADOS PARA EXAMINAR LA SEVERIDAD MÉDICA O EL COMPROMISO NUTRICIONAL EN TCA

	Signo	Riesgo Moderado	Riesgo Alto
Nutrición	IMC IMC percentil Pérdida de peso semanal Rash purpúreo	< 15 < 3 > 0.5 kg.	< 13.5 < 2 > 1.0 kg. +
Circulatorio	Presión sistólica Presión diastólica Decrecimiento postural Tasa de pulso Saturación de oxígeno Extremidades	< 90 mm Hg < 60 mm Hg > 10 mm Hg < 55 / min < 90% Edematosas	< 80 mm Hg < 50 mm Hg > 20 mm Hg < 50 /min < 90% Edematosas
Temperatura central		< 35.5 ° C	< 34.5 ° C
Resultados de laboratorio	Hemograma, urea, electrolitos (incluye fosfato), LFT, Albuminas, Creatinina, Glucosa ECG	Preocupación si sobrepasa los límites normales < 60/min	K < 3.0 mmol/l Na < 135 mmol/l Fosfato < 0.8 mmol/l < 50/min

La evaluación médica debe tomar en cuenta las necesidades y características de las adolescentes en el contexto de su edad, desarrollo puberal y nivel de actividad física (1). Tiene por objetivo detectar cualquier problema médico que acompañe el cuadro del TCA así como establecer la necesidad de abordar cuanto antes los peligrosos síntomas físicos que pueden poner en riesgo la vida del paciente y prevenir las complicaciones a largo plazo. Como primera intervención el cuidadoso y comprensivo examen e investigación médica debe ayudar a descartar las causas orgánicas que pudieran explicar la pérdida de peso en la adolescente. En el caso de que lo presente, especial atención debe ponerse en la evaluación de grupos atípicos tales como hombres y niños cuyo TCA puede no ser fácilmente sospechado. Debe ser llevada a cabo al ingreso de la paciente y repetida subsecuentemente dependiendo de la aparición de síntomas nuevos o cambios en los síntomas físicos presentes en la primera evaluación. En los casos de alto riesgo inicial, debe repetirse ante cualquier aumento o disminución de peso. Junto con esto, se requiere de que la paciente y su familia, sea educados en aspectos claves de la enfermedad. Así, los profesionales que conformen el equipo tratante tienen que estar entrenados en brindar psicoeducación en aspectos tales como origen, mantención y secuelas de los TCA, ciclo de la enfermedad, alimentación y ejercicio saludable, metabolismo, peso, etc. La psicoeducación juega un rol importante en fomentar el reconocimiento del problema y, a través de éste, la motivación para recuperarse.

Los parámetros físicos que pueden utilizarse para evaluar la severidad médica o el compromiso nutricional en pacientes con TCA, se listan en la Tabla 4. Este examen incluye a) mediciones de peso, altura, cálculo del percentil peso/talla e índice de masa corporal (IMC), b) fuerza muscular, c) examen de los sistemas cardiovasculares, respiratorio, abdominal y sistema nervioso central, y d) piel, dientes y garganta. En el caso particular de las adolescentes, es central examinar el grado de desarrollo alcanzado y cualquier desviación de la curva de desarrollo normal del adolescente. Herramientas tales como el IMC o los percentiles peso/talla y los gráficos de peso, pueden utilizarse colaborativamente con los pacientes y sus familias para mantener el foco en las conductas clave para ser abordadas en el tratamiento. Finalmente, existen circunstancias médicas como psiquiátricas que ameritaran la hospitalización de las adolescentes con TCA. Los criterios de hospitalización para un paciente adolescente se describen en la Tabla 5.

El impacto de los TCA en el cerebro

La adolescencia es una fase crítica para el desarrollo cerebral, ya que la mayor parte de los cambios en la estructura y tejido cerebral y cambios funcionales secundarios ocurren en esta etapa. Los cambios en el medioambiente tales como eventos estresantes, o alteraciones nutricionales, pueden impactar en la estructura y función del cerebro en desarrollo. Este hecho presenta implicancias para las adolescentes que sufren de un TCA. En primer lugar, los cambios del desarrollo adolescente pueden dejar una ventana de vulnerabilidad a través de la cual el TCA puede entrar. Segundo, puede también explicar cómo y el por qué de las consecuencias de los TCA ya que factores tales como la

TABLA 5. CRITERIOS DE HOSPITALIZACIÓN PARA ADOLESCENTES CON TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

Uno o más de los siguientes criterios justificarían la hospitalización
1. Desnutrición severa (peso igual o bajo el 75% del peso ideal para la edad, sexo y estatura)
2. Deshidratación
3. Alteraciones electrolíticas (hipocalemia, hiponatremia, hipofosfatemia)
4. Arritmias cardíacas
5. Inestabilidad fisiológica <ul style="list-style-type: none">- Bradicardia severa (<50 latidos por minuto en el día y <45 en la noche)- Hipotensión (<80/50 mm Hg)- Hipotermia (temperatura corporal <35.5°)- Cambios ortostáticos en pulso (> 20 latidos por minuto) o presión arterial (> 10 mm Hg)
6. Detención en el crecimiento o desarrollo
7. Fracaso de tratamiento ambulatorio
8. Rechazo agudo a alimentación
9. Atracones y purgas incontrolables
10. Complicaciones médicas agudas debido a la malnutrición (ej. síncope, mareos, fallas cardíacas, pancreatitis, etc.)
11. Emergencias psiquiátricas agudas (ej. ideación suicida, psicosis aguda)
12. Comorbilidad que interfiere con el tratamiento del trastorno alimentario (ej. depresión severa, trastorno obsesivo compulsivo, disfunción familiar severa)

pobre nutrición y aislamiento, pueden llevar a un profundo impacto en el cerebro, limitando las fortalezas psicológicas y las estrategias que se requieren para la recuperación. Así se forma un círculo vicioso, ya que el órgano central para la recuperación está dañado. Los pacientes con muy bajo peso puede que no estén en condiciones para acceder exitosamente a intervenciones psicológicas. Mientras los síntomas pasen mayor tiempo sin ser tratados y la severidad aumente, el cerebro se verá más comprometido. Esto explica por qué la recuperación se hace más difícil a medida que la enfermedad persiste en el tiempo.

Las funciones cerebrales son afectadas principalmente por la pérdida de peso que conlleva varias de las condiciones diagnósticas de los TCA. La mayoría de ellas se recupera con el restablecimiento nutricional. Los déficits cognitivos que se deben a déficit vitamínico debiesen ser trata-

dos inicialmente con terapia de reemplazo de vitaminas para alcanzar un buen resultado.

COMENTARIOS FINALES

Los TCA durante la adolescencia presentan desafíos particulares, los que deben ser atendidos por equipos interdisciplinarios experimentados con el fin de actuar a tiempo para evitar la cronicidad y las lamentables consecuencias para el desarrollo biopsicosocial de la adolescente que lo padece. La inclusión de la familia de la adolescente es fundamental para cualquier tipo de tratamiento que sea

ofrecido para su recuperación aunque, la forma en que ésta inter venga pueda variar.

Muchas veces la paciente con TCA no es conciente de su enfermedad, lo cual implica que el tratamiento se comience, la mayor parte de las veces, con una escasa motivación para el cambio. La comprensión de estos aspectos por parte de los profesionales de la salud que tengan los primeros contactos con la paciente y su familia, serán fundamentales para el éxito de la referencia al tratamiento especializado y su posterior adherencia. El conocimiento de estrategias motivacionales, puede ayudar a que este proceso resulte satisfactorio.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Golden N, Katzman D, Kreipe R, et al. Eating Disorders in Adolescents: Position Paper of the Society for Adolescent Medicine. *Journal of Adolescent Health*. 2003;33(6):496-503.
2. Striegel-Moore R, Bulik C. Risk Factors for Eating Disorders. *American Psychologist*. 2007;62(3):181-98.
3. Hudson JI, Hiripi E, Pope HG, Kessler RC. The prevalence and correlates of eating disorders in the national comorbidity survey replication. *Biological Psychiatry*. 2007(61):348-58.
4. Steinhausen HC. Outcome of eating disorders. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*. 2009;18(1):225-42.
5. Harris E, Barraclough B. Excess mortality of mental disorder. *British Journal of Psychiatry*. 1998;173:11-53.
6. APA. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 4 ed. Washington, DC: American Psychiatric Association; 1994.
7. WHO. *ICD-10: Classification of Mental and Behavioural Disorders: Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines*. Geneva: World Health Organization; 1992.
8. Steinhausen H, Boyadjieva S, Griogoroiu-Serbanescu M, Neumaker K. The outcome of adolescent eating disorders. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2003;Suppl 1(12):91-8.
9. Steinhausen H. The outcome of anorexia nervosa in the 20th century. *American Journal of Psychiatry*. 2002;159(8):1284-93.
10. Lowe B, Zipfel S, Buchholz C, Dupont Y, Reas D, Herzog W. Long-term outcome of anorexia in a prospective 21-year follow-up study. *Psychological Medicine*. 2001;31:881-90.
11. Treasure J, Claudino A, Zucker N. Eating Disorders. *The Lancet*. 2010;375(9714):583-93.
12. Collier DA, Treasure J. The aetiology of eating disorders. *Br J Psychiatry*. 2004;Nov(185):363-5.
13. Noring C, Palmer B, editors. *EDNOS: Eating Disorders Not Otherwise Specified*. East Sussex: Routledge; 2005.
14. Wonderlich S, Gordon K, Mitchell J, Crosby R, Engel S. The validity and clinical utility of binge eating disorder. *International Journal of Eating Disorders*. 2009;42(8):487-705.
15. Ackard D, Fulkerson J, Neumark-Sztainer D. Prevalence and utility of DSM-IV eating disorder diagnostic criteria among youth. *International Journal of Eating Disorders*. 2007;40(5):409-17.
16. Bravender T, Bryant-Waugh R, Herzog D, et al. Classification of eating disturbance in children and adolescents: proposed changes for the DSM-V. *European Eating Disorder Review*. 2010;18(2):79-89.
17. Garfinkel P, Lin E, Goering P, et al. Should amenorrhoea be necessary for the diagnosis of anorexia nervosa? Evidence from a Canadian community sample. *British Journal of Psychiatry*. 1996;168(4):500-6.
18. Devlin M, Walsh B, Katz J, et al. Hypothalamic-pituitary-gonadal function in anorexia nervosa and bulimia. *Psychiatric Research*. 1989;28(1):11-24.
19. Vandereycken V. Emergence of bulimia nervosa as a separate diagnostic entity: Review of the literature from 1960 to 1979. *International Journal of Eating Disorders*. 1994;16(2):105-16.
20. Bruch H. *Eating Disorders: Obesity, Anorexia Nervosa and the Person Within*. New York: Basic Books; 1973.
21. Fairburn C, Harrison P. Eating Disorders. *The Lancet*. 2003;361:407-16.
22. Machado P, Machado B, Goncalves S, Hoek H. The prevalence of Eating Disorders Not Otherwise Specified. *International Journal of Eating Disorders*. 2007;40(3):212-7.
23. Hay P, Mond J, Buttner P, Darby A. Eating disorders behaviors are increasing: Findings from two sequential community surveys in South Australia. *PLoS ONE*. 2008;3(2):e1541.
24. Peebles R, Hardy K, Wilson J, Lock J. Are diagnostic criteria for eating disorders markers of medical severity? *Pediatrics*. 2010;125(5):e1193-201.
25. Schmidt U, Lee S, Perkins S, et al. Do adolescents with Eating Disorders Not Otherwise Specified of full-syndrome bulimia nervosa differ in clinical severity, comorbidity, risks factors, treatment outcome or cost? *International Journal of Eating Disorders*. 2008;41(6):498-504.
26. Wade TD, Bergin JL, Martin NG, Gillespie NA, Fairburn CG. A transdiagnostic

- approach to understanding eating disorders. *The Journal of Nervous and Mental Disease*. 2006;194(7):510-7.
27. Westen D, Harnden-Fischer J. Personality profiles in eating disorders: rethinking the distinction between axis I and axis II. *American Journal of Psychiatry*. 2001;158(4):547-62.
28. Anderluh M, Tchanturia K, Rabe-Hesketh S, Treasure J. Childhood obsessive-compulsive personality traits in adult women with eating disorders: defining a broader eating disorder phenotype. *American Journal of Psychiatry*. 2003;160(2):242-7.
29. Anderluh M, Tchanturia K, Rabe-Hesketh S, Collier D, Treasure J. Lifetime course of eating disorders: design and validity testing of a new strategy to define the eating disorders phenotype. *Psychological Medicine*. 2009;39(1):105-14.
30. Fairburn CG, Cooper Z, Doll HA, Welch SL. Risk factors for anorexia nervosa: three integrated case-control comparisons. *Arch Gen Psychiatry*. 1999;56(5):468-76.
31. Treasure J, Collier D. The spectrum of eating disorders in humans. In: Owen J, Treasure J, Collier D, editors. *Animal Models- Disorders of Eating Behaviour and Body Composition*. The Netherlands: Kluwer Academic Publishers; 2001. p. 19-50.
32. Flament M, Godart N, Fermanian J, Jeammet P. Predictive factors of social disability in patients with eating disorders. *Eating and Weight Disorders*. 2001;6(2):99-106.
33. Rome ES, Ammerman S. Medical complications of eating disorders: an update. *Journal of Adolescent Health*. 2003;33(6):418-26.
34. Herzog D, Keller M, Sacks N, Yeh C, Lavori P. Psychiatric comorbidity in treatment-seeking anorexics and bulimics. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 1992;31(5):810-8.
35. Rastam M, Gillberg C, Wentz E. Outcome of teenage-onset anorexia nervosa in a Swedish community-based sample. *European Child & Adolescent Psychiatry* 2003;12([Suppl 1]):78-90.
36. Rastam M. Anorexia nervosa in 51 Swedish adolescents: premorbid problems and comorbidity. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 1992;31(5):819-29.
37. Kaye WH, Bulik CM, Thornton L, Barbarich N, Masters K. Comorbidity of Anxiety Disorders with Anorexia and Bulimia Nervosa. *American Journal of Psychiatry*. 2004;161:2215-21.
38. Wentz E, Lacey JH, Waller G, Rastam M, Turk J, Gillberg C. Childhood onset neuropsychiatric disorders in adult eating disorder patients: A pilot study. *European Child and Adolescent Psychiatry*. 2005;14(8):431-7.
39. Biederman J, Ball SW, Monuteaux MC, Surman CB, Johnson JL, Zeitlin S. Are girls with ADHD at risk for eating disorders? Results from a controlled, five-year prospective study. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*. 2007;28(4):302-7.
40. Gillberg IC, Rastam M, Gillberg C. Anorexia nervosa 6 years after onset: Part I. Personality disorders. *Comprehensive Psychiatry*. 1995;36(1):61-9.
41. Gadalla T, Piran N. Co-occurrence of eating disorders and alcohol use disorders in women: a meta analysis. *Arch Womens Ment Health*. 2007;10(4):133-40.
42. Blake W, Turnbull S, Treasure J. Stages and processes of change in eating disorders: Implications for therapy. *Clinical Psychology and Psychotherapy*. 1997;4:186-91.
43. Miller W, Rollnick S. *Motivational Interviewing: Preparing People for Change*. 2nd. ed. New York: Guilford Press; 2002.
44. Treasure J, Lopez C, MacDonald P. Motivational interviewing in adolescents with eating disorders. In: Naar-King S, Suarez M, editors. *Motivational interviewing with adolescents and young adults*. New York: Guilford Publications; en prensa.
45. Treasure J, Smith GD, Crane AM. *Skills-based learning for caring for a loved one with an eating disorder*. Hampshire: Routledge: Taylor and Francis Group; 2007.
46. Lock JD, Le Grange D, Agras WS, Dare C. *Treatment Manual for Anorexia Nervosa: A Family-Based Approach*. New York: The Guilford Press; 2001.
47. Fisher C, Hetrick S, Rushford N. Family therapy for anorexia nervosa. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2010;14(4):CD004780.
48. Le Grange D, Lock JD, Loeb K, D. N. Academy for Eating Disorders Position Paper: The role of the family in eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*. 2010;43(1):1-5.
49. Eisler I, Simic M, Russell G, Dare C. A randomised controlled treatment trial of two forms of family therapy in adolescent anorexia nervosa: a five-year follow-up. *J Child Psychol Psychiatry*. 2007;48(6):552-60.
50. Lock J, Le Grange D, Agras S, Moye A, Bryson SW, Booil J. Randomized clinical trial comparing family-based treatment with adolescent-focused individual therapy for adolescents with anorexia nervosa. *Arch Gen Psychiatry*. 2010;67(10):1025-32.
51. Crow S, Mitchell J, Roerig J, Steffen K. What potential role is there for medication treatment in anorexia nervosa? *International Journal of Eating Disorders*. 2009;42(1):1-8.
52. Brambilla F, Garcia C, Fassino S, et al. Olanzapine therapy in anorexia nervosa: psychobiological effects. *Int Clin Psychopharmacol*. 2007;22(4):197-204.
53. Bosanac P, Norman T, Burrows G, Beumont P. Serotonergic and dopaminergic systems in anorexia nervosa: a role for atypical antipsychotics? *Aust N Z J Psychiatry*. 2005;39(3):146-53.
54. Agras W, Walsh T, Fairburn C, Wilson G, Kraemer H. A multicenter comparison of cognitive-behavioral therapy and interpersonal psychotherapy for bulimia nervosa. *Archives of General Psychiatry*. 2000;57(5):459-66.
55. Schmidt U, Lee S, Beecham J, et al. A randomized controlled trial of family therapy and cognitive behavior therapy guided self-care for adolescents with bulimia nervosa and related disorders. *American Journal of Psychiatry*. 2007;164:591-8.
56. Le Grange D, Crosby R, Rathouz P, Leventhal B. A randomized controlled comparison of family-based treatment and supportive psychotherapy for adolescent bulimia nervosa. *Archives of General Psychiatry*. 2007;64:1049-56.
57. NICE. *National Clinical Practice Guideline: Eating Disorders: Core interventions in the treatment and management of anorexia nervosa, bulimia nervosa, and related eating disorders*. London, UK.: National Institute for Clinical Excellence; 2004.
58. Schmidt U, Treasure J. Anorexia nervosa: valued and visible. A cognitive-interpersonal maintenance model and its implications for research and practice *British Journal of Clinical Psychology*. 2006;45(3):343-66. .
59. Harrison A, O'Brien N, Lopez C, Treasure J. Sensitivity to reward and punishment in eating disorders. *Psychiatry Research*. 2010;177(1-2):1-11.
60. Sternheim L, Konstantellou A, Startup H, Schmidt U. What does uncertainty mean to women with anorexia nervosa? An interpretative phenomenological analysis. *European Eating Disorder Review*. 2010;in press.
61. Oldershaw A, Hambrook D, Tchanturia K, Treasure J, Schmidt U. Emotional

theory of mind and emotional awareness in recovered anorexia nervosa patients. *Psychosom Med.* 2010;72(1):73-9.

62. Treasure J, Sepulveda A, MacDonald P, et al. Interpersonal maintaining factors in eating disorder: Skill sharing interventions for carers. *International Journal of Child and Adolescent Health.* 2008;1(4):331-8.

63. Tchanturia K, Davies H, Campbell IC. Cognitive remediation therapy for patients with anorexia nervosa: preliminary findings. *Annals of General Psychiatry.* 2007;6(14):doi:10.1186/744-859X-6-14.

64. Lopez C, Roberts ME, Tchanturia K, Treasure J. Using neuropsychological feedback therapeutically in treatment for anorexia nervosa: Two illustrative case reports. *European Eating Disorders Review.* 2008;16(6):411-20.

65. Sepulveda AR, Lopez C, Todd G, Whitaker W, Treasure J. An examination of the impact of the Maudsley eating disorders collaborative care skills workshops

on the wellbeing of carers: A pilot study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology.* 2008;43(7):584-91.

66. Sepulveda AR, Lopez CA, Macdonald P, Treasure J. Feasibility and acceptability of DVD and telephone coaching-based skills training for carers of people with an eating disorder. *International Journal of Eating Disorders.* 2008;41(4):318-25.

Las autoras declaran no tener conflictos de interés, en relación a este artículo.