

Guía clínica para trastornos de la conducta alimentaria

**Claudia Unikel Santoncini
Alejandro Caballero Romo**

Guía Clínica para Trastornos de la Conducta Alimentaria

Claudia Unikel Santoncini, Alejandro Caballero Romo

Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz
México, 2010

Guía Clínica para Trastornos de la Conducta Alimentaria

Claudia Unikel Santoncini, Alejandro Caballero Romo.

Editores

Shoshana Berenzon, Jesús del Bosque, Javier Alfaro, Ma. Elena Medina-Mora

Validación Interna

Ingrid Vargas, Nayelhi Saavedra

Validación externa

Marco Antonio López Butrón, Raúl Escamilla Orozco, Arsenio Rosado Franco, Luciana Ramos, Gabriela Cámara, Fernando López Munguía, Ma. del Carmen Lara.

Aspectos Éticos

Liliana Mondragón

Producción editorial

Patricia Fuentes de Iturbe

Esta Guía Clínica se diseñó con el apoyo de Recursos para la *Igualdad entre Mujeres y Hombres*, anexo 10 del PEF 2010.

Serie: Guías Clínicas para la Atención de Trastornos Mentales

Secretaría de Salud

D.R. 2010 Instituto Nacional de Psiquiatría *Ramón de la Fuente Muñiz*.

Calz. México-Xochimilco 101, Col. San Lorenzo Huipulco, Delegación Tlalpan, México DF, 14370

ISBN: 978-607-460-161-9

Edición 2010

Impreso en México

Citación

Unikel C, Caballero A. (2010). Guía Clínica para Trastornos de la Conducta Alimentaria. Ed. S Berenzon, J Del Bosque, J Alfaro, ME Medina-Mora. México: Instituto Nacional de Psiquiatría. (Serie: Guías Clínicas para la Atención de Trastornos Mentales).

Se prohíbe la reproducción total o parcial de esta obra sin la autorización por escrito de los titulares de los Derechos de Autor.

Índice

Prólogo	5
Introducción	7
Objetivos de la Guía	8
1. Origen de los trastornos de la conducta alimentaria	13
Características de la población	14
Comorbilidad psiquiátrica	15
2. Clasificación diagnóstica	17
Criterios diagnósticos para anorexia nervosa	17
Criterios diagnósticos para bulimia nervosa	17
Criterios diagnósticos para trastornos de la conducta alimentaria no especificados	18
3. Tratamiento	19
Generalidades	19
Evaluación inicial	19
Tratamiento recomendado en el primer nivel de atención	22
Intervención motivacional	26
Instrumentos de evaluación y tamizaje	30
4. Factores de Riesgo	33
Aspectos Éticos	37
Referencias	39

Prólogo

Los datos más recientes en torno a la salud en México muestran cómo las enfermedades mentales, por su curso crónico que se refuerza por el hecho de que sólo una pequeña parte recibe tratamiento, provocan mayor discapacidad que muchas otras enfermedades crónicas. Por ejemplo, entre las diez principales enfermedades considerando mortalidad prematura y días vividos sin salud, tres son enfermedades mentales, la depresión ocupa el primer lugar; se trata de una enfermedad frecuente con alto nivel de discapacidad, de acuerdo con las encuestas realizadas en el Instituto Nacional de Psiquiatría *Ramón de la Fuente Muñiz*¹, el 6.4% de población la padece. Los trastornos relacionados con el consumo de alcohol ocupan el noveno lugar (2.5%) y la esquizofrenia el décimo (2.1%) en cuanto a carga de la enfermedad².

Paradójicamente el 19% de las personas que padecen un trastorno mental reciben tratamiento, los que llegan tardan un tiempo importante en recibir atención con una latencia que oscila entre 4 y 20 años desde la aparición de la enfermedad, según el tipo de trastorno. A diferencia de lo que ocurre en otros países, la atención es más frecuente en unidades especializadas que en el primer nivel de atención, por cada persona que es atendida en este nivel, 1.7 recibe atención en unidades especializadas, lo que sugiere que las personas que llegan a tratamiento, lo hacen en un estado avanzado de la enfermedad.

Por lo anterior, se ha planteado la creación de unidades de atención especializadas en salud mental (UNEMES-CISAME) en todo el país. Se propone que estas unidades funcionen como el eje donde se estructure la atención comunitaria de la salud mental.

Como parte de este proyecto se solicitó al Instituto Nacional de Psiquiatría desarrollar una serie de guías clínicas sobre los padecimientos más frecuentes en nuestro país, a partir del análisis de la evidencia científica y de los criterios diagnósticos, de prácticas terapéuticas y de acciones preventivas que han probado ser más efectivas en el ámbito del manejo de los padecimientos mentales.

Las 12 Guías Clínicas para la Atención de Trastornos Mentales que conforman esta colección tienen como objetivo proporcionar a los profesionales de la salud recomendaciones prácticas para abordar la detección y el tratamiento efectivo de estos trastornos, ofreciendo las alternativas terapéuticas idóneas en cada proceso.

1. Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente, México, 2003.

2. Programa de Acción Específico 2007-2012. Atención en Salud Mental. Secretaría de Salud. Comisión Coordinadora de los Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad, México, 2008.

El conjunto de Guías Clínicas es el fruto del trabajo realizado por un grupo conformado por investigadores y clínicos especializados en diversas áreas de la salud mental a quienes agradecemos su compromiso y su interés por contribuir al mejoramiento de la atención y la calidad de vida de los pacientes, así como de su entorno familiar y social.

Asimismo, agradecemos a todas aquellas personas que revisaron y validaron estas guías; esperamos seguir contando con sus valiosas aportaciones para la actualización y mejora continua de estos instrumentos para la práctica clínica.

Dra. Ma. Elena Medina-Mora Icaza
Directora General
Instituto Nacional de Psiquiatría *Ramón de la Fuente Muñiz*

Esta GPC ha sido adaptada de las guías existentes en la literatura especializada internacional que han sido elaboradas con el mayor rigor metodológico para la elección de las mejores recomendaciones terapéuticas. Este documento tiene la intención de orientar tanto a los clínicos, como a los administradores de los servicios de salud pública en el desarrollo de protocolos de atención clínica, tomando en cuenta nuestras propias características que como sociedad mexicana nos distinguen, para lograr la mejor calidad posible en el momento actual en el diagnóstico y el tratamiento de los trastornos de la conducta alimentaria (TCA), tomando en cuenta la experiencia acumulada en este campo en la Clínica de la Conducta Alimentaria del Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente Muñiz”.

Los TCA son un problema de salud mental pública, cuya importancia ha sido reconocida desde hace ya más de tres décadas en los países desarrollados. En los primeros años de la investigación acerca de TCA, se consideraba que estos eran un problema de mujeres jóvenes de clase alta, y casi exclusivo de los países altamente desarrollados (Brumberg, 2000). Ambas nociones han sido puestas en duda ante el reporte de un gran número de casos, y de porcentajes importantes de actitudes y conductas alimentarias de riesgo en diversas partes del mundo (Gordon, 2001). Actualmente los reportes en países desarrollados muestran frecuencias similares en distintos niveles sociales (Gard y Freeman, 1996). Es probable que la exclusividad de nivel socioeconómico se haya debido a un subregistro provocado por la dificultad al acceso a servicios de atención psiquiátrica.

Hasta hace poco tiempo en México parecía existir el consenso no explícito de que los TCA eran un problema minoritario, y ocuparse de él resultaba de alguna manera frívolo frente a la importante presencia de problemas como la tuberculosis, la desnutrición, o la esquizofrenia. La principal justificación para lo anterior estaba en la escasa o nula demanda de atención por TCA. Este fenómeno pudo haber obedecido a alguna de cuatro causas, o a una combinación de ellas. En primer lugar, es posible que, efectivamente, hasta la década de los 80, los casos de TCA fueran casi inexistentes en México. En segundo, al no haber conocimiento por parte de la población de que se trataba de un padecimiento psiquiátrico, la búsqueda de atención podría haber sido menor a la que hay en la actualidad, cuando el tema de los TCA es ampliamente discutido en los medios de comunicación masiva. En tercer lugar, la cobertura de servicios médicos en México no alcanza a gran parte de la población, y menos aún en el caso de los servicios psiquiátricos especializados. Por último, aún si los pacientes acudían a un servicio médico, es posible que hubieran sido mal diagnosticados, por una falta de conocimiento general al respecto.

En la última década, sin embargo, aumentó el número de pacientes atendidos por TCA y con ello el número de centros de atención, públicos y privados. Hasta 1992 existía una sola clínica a nivel público, la clínica de Anorexia Nervosa del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y de la Nutrición “Dr. Salvador Zubirán”, fundada en 1985 y coordinada por el departamento de Medicina Psicológica, que atendía básicamente casos graves de anorexia. En 1990 se crea en el mismo Instituto la Clínica de la Familia, que complementaba el trabajo de la de Anorexia Nervosa. Esta se transformó en 1995 en Clínica de Trastornos de la Conducta Alimentaria, y en Clínica de TCA y Obesidad en 2003. En 1996 se creó la Clínica de Trastornos de la Conducta Alimentaria del Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente Muñiz”, la cual atiende un promedio de 250 casos de TCA al año con un enfoque interdisciplinario.

En los estados se cuentan con clínicas privadas, cuyo costo es excesivo para la mayor parte de la población, y la atención especializada a nivel público sigue siendo escasa con excepción de la Ciudad de México y Guadalajara, de tal forma que muchas personas se ven obligadas a realizar un gasto excesivo al tener que transportarse hasta estas ciudades para ser atendidas, lo cual disminuye el apego al tratamiento.

Justificación

En México, como en muchas partes del mundo, los TCA ocupan cada vez con mayor frecuencia, los servicios médicos y de salud mental de las instituciones públicas pertinentes, sin embargo, como también ocurre en otras latitudes, no contamos con un documento basado en la evidencia y en el consenso de los diversos grupos internacionales de expertos que oriente los esfuerzos terapéuticos bien intencionados, pero muchas veces no sistematizados y, por ende, poco efectivos.

En el primer nivel de atención, el asunto se complica debido a varias circunstancias. Una de ellas, y quizás la más frecuente, es la reacción inicial de los profesionales de la salud de primer contacto, ante padecimientos que, cuando menos parcialmente, aparentan ser **autoinfligidos**. La falta de conocimiento sobre las características clínicas de estos problemas dificulta su detección temprana y su tratamiento, o derivación oportuna y pertinente.

En los países en los que se han estudiado con profundidad aspectos fundamentales en los TCA, como su epidemiología, sus factores de riesgo, su fenomenología clínica, sus complicaciones médicas y psicológicas, las alternativas terapéuticas y su pronóstico, recientemente han aparecido Guías Clínicas para sus poblaciones, las cuales constituyen una fuente de conocimiento científico y experiencia clínica invaluable para su aplicación en beneficio de las personas afectadas. No obstante, su aplicación directa en diversas sociedades, como la mexicana, no ofrecería el impacto esperado sin el previo análisis local, tomando en cuenta las particulares condiciones socioculturales, idiosincrásicas y económicas de nuestra población.

El motivo de la adaptación de los diversos enfoques encontrados en la literatura especializada al tratamiento de las personas mexicanas que sufren algún TCA es el aprovechamiento de la experiencia y de los conocimientos científicos acumulados a lo largo de los años en diversos entornos internacionales e integrarlos con nuestra propia experiencia institucional para incrementar la calidad de la atención que merecen nuestros pacientes afectados con estos trastornos.

Objetivos

Esta guía tiene como objetivo dar a conocer un panorama general de la epidemiología y etiología de los TCA y de los lineamientos de tratamiento científicamente más eficaces y menos costosos e intrusivos. Está dirigida a psiquiatras, médicos generales, psicólogos, nutriólogos, psicoterapeutas y trabajadoras sociales.

Objetivo General

Ofrecer a los médicos y personal paramédico del primer nivel de atención los lineamientos básicos de tratamiento para los niños y los adolescentes que cursan con trastornos de la conducta alimentaria.

Objetivos Específicos

- Proporcionar las bases que sirvan para la detección temprana de las conductas alimentarias anormales motivadas por un deseo ineludible y mórbido de la delgadez extrema.
- Definición de los criterios diagnósticos para la anorexia nervosa, la bulimia nervosa y los trastornos alimentarios no especificados.
- Describir el abordaje terapéutico básico de los diferentes trastornos alimentarios.
- Distinguir las necesidades terapéuticas que pueden ser satisfechas en el primero, el segundo y el tercer nivel de atención.

Tipo de Guía

Las recomendaciones internacionales para el diseño de una GPC señalan que se debe seguir el protocolo científico, lo cual presupone el conocimiento y el manejo de una metodología basada en dicho método.

Con el objetivo de evitar la duplicación de esfuerzos, y debido a la escasez de estudios científicos llevados a cabo en población mexicana, este documento constituye una adaptación de las guías internacionales más actuales en el manejo de los TCA.

Metodología

Revisión y adaptación de las guías mejor sustentadas por la evidencia científica publicadas internacionalmente, efectuada por un grupo experto en el diagnóstico y el tratamiento de los trastornos de la conducta alimentaria, perteneciente a la Clínica de la Conducta Alimentaria del Instituto Nacional de Psiquiatría con trece años de experiencia en el campo.

Guía Clínica para Trastornos de de la Conducta Alimentaria

La prevalencia de anorexia nervosa (AN) en población general de países occidentales se estima en 0.3%, mientras que la prevalencia de bulimia nervosa alcanza el 1% en mujeres y el 0.1% en varones (Van Hoeken, Lucas y Hoek, 1998). Se estima que la incidencia de anorexia nervosa a nivel mundial es de 8 por cada 1000 000 habitantes en la población general y hasta 270 casos por cada 100 000 en el grupo de edad de 15 a 19 años, mientras que para la bulimia nervosa la incidencia se ha estimado en 13 por cada 100 000 habitantes (Hoek, 2006; Keski-Rahkonen, Hoek, Susser, Linna, Sihvola, Ræ- vori, Bulik, Kaprio y Rissanen, 2007). La anorexia nervosa se presenta 95% en mujeres, la mayoría de éstas entre los 10 y los 30 años; mientras que la bulimia nervosa ocurre más frecuentemente entre los 12 y 40 años. La proporción hombre/mujer es de 1:10 para ambos trastornos.

Los síndromes más graves de los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) se presentan en bajas proporciones, pero en estudios realizados en la comunidad, las expresiones parciales o subclínicas de los mismos se encuentran mucho más extendidas. La preocupación por la delgadez, la práctica de dietas y otras conductas alimentarias de riesgo (CAR), como el uso de laxantes y la práctica de ejercicio excesivo son conductas ampliamente difundidas en la población femenina, por lo que es muy posible que éstas representen un espectro de los TCA, lo cual tiene importantes implicaciones en la prevención y detección temprana de los mismos (Shisslak, Crago y Estes, 1995).

Estudios de corte longitudinal con 1-2 años de duración (King, 1989; Patton, Johnson-Sabine, Wood, Mann & Wakeling, 1990) han informado que el 20-30% de mujeres que realizaban dietas para bajar de peso de manera patológica, desarrollaron un síndrome parcial o completo y el 15% de los sujetos con un síndrome parcial evolucionaron hacia un síndrome completo.

Los TCA acarrearán riesgos emocionales, psicosociales y sexuales y riesgos significativos de morbilidad y mortalidad. Los datos de mortalidad en AN, se estiman entre 5.9% (178 muertes en 3006 pacientes) (Sullivan, 1995) y 18% (Hoek, 2006), mientras que para bulimia se estiman en 1.6%. Las tasas de mortalidad son de 4 a 10 veces mayores para la población adolescente y joven en comparación con la población general (Mitchell y Crow, 2006). Además, se asocian con gran número de complicaciones fisiológicas, y se presentan con un porcentaje elevado de comorbilidad psiquiátrica, como son: trastornos afectivos (50-75%), trastornos por ansiedad (60%) abuso de sustancias (35%) y trastornos de la personalidad (42-75%) (Brewerton, 2001).

Los modelos explicativos más complejos para los TCA son los modelos biopsicosociales, los cuales combinan variables biológico-genéticas, psicológicas y sociales en una estructura causal biopsico-social. Garner, Rockert, Olmsted, Johnson y Coscina (1985) propusieron uno de los primeros modelos combinatorios en donde todos los factores contribuyen de manera interconectada en el desarrollo de la patología, quedando claro que estos trastornos parten de una etiología multicausal.

La interacción de los factores etiológicos en un síndrome tan complejo es difícil sino imposible de captar en su totalidad. Existen tantas influencias posibles que su combinación particular en algún individuo se vuelve prácticamente única y a la vez poco práctica de ser generalizable. Se tienen que distinguir entre los factores que son predisponentes, sin los que el trastorno sería poco probable que apareciera: los que son más inmediatos para su aparición, factores precipitantes que los detonan, y aquellos que tienen la función de mantenerlos una vez que el trastorno ya está instalado. Los

principales factores de riesgo relacionados con el desarrollo de trastornos de la conducta alimentaria se dividen en cuatro categorías: **biológicos, psicológicos, familiares y socioculturales.**

No obstante la complejidad etiológica de estos trastornos, mediante estudios rigurosos acerca de los factores de riesgo involucrados, se han podido distinguir algunos sin los que prácticamente sería imposible su desarrollo. Estos son la insatisfacción con la figura corporal, el afecto negativo (como depresión o ansiedad) y la baja autoestima. Otros elementos que se encuentran fuertemente implicados incluyen los estresores ambientales (usualmente el factor desencadenante) y las distorsiones cognoscitivas tales como los pensamientos obsesivos. Finalmente, los rasgos de personalidad como la necesidad de control (sobre el propio cuerpo o la persona) y una formación inadecuada de la identidad, han sido sugeridas de manera plausible como necesarias (Polivy y Herman, 2002). Los factores predisponentes incluyen la vulnerabilidad genética, que se expresa a través de factores biológicos, los rasgos de personalidad y las presiones socioculturales. Estas últimas pueden ser las que precipiten y perpetúen el trastorno. Los factores precipitantes incluyen diversos estresores, como el desarrollo puberal, experiencias traumáticas, baja autoestima en la que la autoevaluación se concentra en el cuerpo, el peso corporal y la apariencia, problemas de orden familiar, presión académica o de compañeros, enfermedades, pérdidas. Todos estos factores pueden ser también perpetuadores del trastorno como puede ser la forma en la que es manejado, el sentido de control del cuerpo o de los familiares y los efectos de la inanición. Los estresores tienen un efecto en el adolescente vulnerable en cuanto que exacerban un sentido de fracaso que contribuye con bajar la autoestima y la sensación de pérdida de control. La necesidad de recuperar el control combinado con una dieta exitosa, resulta en una sensación de logro y mayor necesidad de hacer dieta que se puede salir de control.

Características de la población

En México se ha realizado una sola encuesta a nivel nacional sobre prevalencia de trastornos de la conducta alimentaria con datos representativos de la población. Los resultados arrojaron una prevalencia de 1.8% de bulimia nervosa en mujeres y de 0.8% en hombres de 18 a 65 años de edad (Medina-Mora, y cols., 2003). El diagnóstico de anorexia nervosa no fue reportado.

La Encuesta Nacional de Nutrición 2006 registró datos a nivel nacional con un muestreo probabilístico en adolescentes. Los datos mostraron una prevalencia de 0.9% para mujeres y de 0.4% para hombres. El porcentaje de preocupación por engordar alcanzó 7% en varones y hasta un 26% en mujeres; la práctica de atracones fue de 9% en hombres y hasta 12% en mujeres; la práctica de ejercicio excesivo en los hombres alcanzó 2.4%, mientras que en las mujeres se registraron porcentajes hasta del 7% en práctica de ayunos, 2.5% de dietas y ejercicio excesivo y 1% de uso de diuréticos con la intención de bajar de peso. Los datos de esta encuesta mostraron que la prevalencia es casi del doble en las zonas urbanas en comparación con las rurales. Los mayores porcentajes de conductas de riesgo se encontraron en las regiones norte y centro-occidente del país, seguido de la región centro y sureste (Barriguete y cols., en prensa).

Los estudios realizados con muestras representativas de estudiantes en el Distrito Federal con el Cuestionario breve de conductas alimentarias de riesgo (CBCAR) (Unikel, Bojorquez y Carreño, 2004), han encontrado un incremento entre las mediciones 1997 (Unikel y cols., 2000) y 2003 (Unikel y cols., 2006). En las mujeres la prevalencia de adolescentes que presentan 3 ó 4 indicadores clínicos de los trastornos de la conducta alimentaria con una frecuencia de dos veces a la semana o mayor

(sobrestimación del peso corporal, preocupación por engordar, prácticas alimentarias de tipo restrictivo y/o purgativo); aumentó de 3.4% a 9.6% en las mujeres y en los varones de 1.3% a 3.8%. La medición 2006 arrojó una pequeña disminución en mujeres (8.1%) y un ligero aumento en hombres (4.1%) (Villatoro, Gutiérrez, Quiroz, Moreno, Gaytán, Gaytán, Amador y Medina-Mora, 2007).

Mediante el EAT (Garner & Garfinkel, 1979) y el BITE (Henderson y Freeman, 1987) Mancilla y cols. (2007) encontraron una prevalencia de trastornos de la conducta alimentaria de 0.5% en 1995 (0.14% para bulimia nervosa y 0.35% para TANES) y en 2002 la prevalencia fue de 1.15% (0.24% para bulimia nervosa y 0.91% para TANES). No se encontraron casos de anorexia nervosa.

Los estudios realizados en población estudiantil de enseñanza básica de la Ciudad de México, han señalado la práctica de métodos para bajar de peso en niños y niñas entre 10 y 11 años de edad, esto es, reduciendo el consumo de alimentos "engordadores" (Gómez Peresmitré & Avila, 1998). Asimismo, se ha encontrado que niñas entre 9 y 13 años presentan factores de riesgo para el desarrollo de trastornos de la alimentación, ya que casi la mitad de la muestra estudiada mostró insatisfacción con su imagen corporal. Las niñas entre 6 y 9 años comparten con las púberes y adolescentes, el deseo de una figura corporal más delgada, se encuentran insatisfechas con su imagen corporal y la sobrestiman, es decir que se perciben más gordas de lo que son. Si bien se ha encontrado que estas manifestaciones se incrementan con la edad, hay que señalar que el 50% de las niñas ya se expresan de esta manera (Gómez Peresmitré y cols., 2001).

En estas edades ya es notoria la estigmatización de la gordura, como también fue encontrado en otro trabajo con adolescentes mexicanas (Unikel y cols., 1999), la cual se asocia con atributos negativos de poca capacidad intelectual o color de piel, y de la preocupación por el peso corporal, sin diferencias entre hombres y mujeres. En general, los jóvenes con sobrepeso y obesidad son más propensos a recibir críticas de parte de sus congéneres de la misma edad, lo cual genera en ellos respuestas de tipo restrictivo o de comer compulsivamente (Haines, Neumark-Sztainer, Eisenberg & Hannan, 2006). Por lo que no es extraño encontrar que existe una relación positiva entre el índice de masa corporal y las conductas alimentarias de riesgo (Unikel y cols., 2000; Unikel, Saucedo, Villatoro y Fleiz, 2002).

Comorbilidad psiquiátrica

	Anorexia nervosa	Bulimia Nervosa
Trastorno Depresivo Mayor*	50%-68%	38%-63%
Distimia*	35%-40%	63%
Trastorno Bipolar II	9.7%	
Trastorno Obsesivo-Compulsivo	31%	3%-80%
Fobia Social	48%	17%
Abuso de sustancias	18%	9%-55%
Trastornos de la personalidad	20%-80%	22%-77%

* Es importante señalar que las manifestaciones psicológicas de la desnutrición de las pacientes con anorexia nervosa puede simular un cuadro afectivo del tipo depresivo, por lo que es recomendable realizar una anamnesis que nos permita aclarar la relación temporal entre ambos fenómenos, de tal manera que podamos fundamentar la decisión de iniciar o posponer un manejo farmacológico an-

tidepresivo. En caso de la existencia de cuadros depresivos previos, de antecedentes (o de la presencia actual) de ideación o intentos suicidas, entonces puede ser necesaria incluso la hospitalización psiquiátrica de la paciente.

Complicaciones médicas de las conductas alimentarias anómalas presentes en la anorexia y en la bulimia nervosas.

Desnutrición	<ul style="list-style-type: none"> ● Pérdida de peso excesiva, por debajo de un Índice de Masa Corporal (IMC) de 17.5. ● Amenorrea primaria o secundaria. ● Osteopenia/Osteoporosis. ● Disminución del volumen cerebral. ● Intolerancia al frío. ● Piel escamosa y faneras quebradizas.
Mala nutrición	<ul style="list-style-type: none"> ● Déficits nutricionales específicos (ej. anemia, pelagra).
Vómitos autoinducidos	<ul style="list-style-type: none"> ● Reflujo gastroesofágico. ● Síndrome de Mallory-Weiss. ● Esófago de Barret. ● Deshidratación. ● Hipopotasemia. ● Alcalosis metabólica. ● Desgaste del esmalte dental. ● Gingivitis. ● Hipertrofia parotídea. ● Xerostomía.
Abuso de laxantes	<ul style="list-style-type: none"> ● Deshidratación. ● Tolerancia al efecto laxante. ● Acidosis metabólica.
Abuso de diuréticos	<ul style="list-style-type: none"> ● Deshidratación. ● Hipopotasemia. ● Hipotensión arterial.
Abuso de enemas	<ul style="list-style-type: none"> ● Deshidratación. ● Acidosis metabólica.
Ingestión habitual de medicamentos con efectos anorexígenos o que contienen hormonas tiroideas.	<ul style="list-style-type: none"> ● Muchos de los medicamentos anorexígenos pueden ocasionar dependencia psicológica y/o física. ● Irritabilidad. ● Insomnio. ● Cambios del estado de ánimo. ● Psicosis. ● Hipotiroidismo.

Criterios diagnósticos para anorexia nervosa

Manual Diagnóstico y Estadístico de la Asociación Americana de Psiquiatría, Texto Revisado DSM-IV-TR (APA, 2002).

1. 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).
2. Miedo intenso a ganar peso o a convertirse en obeso, incluso estando por debajo del peso normal.
3. 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.
4. En mujeres post-puberales, 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, por ejemplo, con la administración de estrógenos).

Tipos específicos

- Tipo restrictivo: Durante el episodio de anorexia nervosa, el individuo no recurre regularmente a atracones o a purgas (por ejemplo, provocación del vómito o uso excesivo de laxantes, diuréticos o enemas).
- Tipo compulsivo/purgativo: Durante el episodio de anorexia nervosa, el individuo recurre regularmente a atracones o purgas (por ejemplo, provocación del vómito o uso excesivo de laxantes, diuréticos o enemas).

Clasificación Internacional de Enfermedades-10 (WHO, 1992)

1. El peso del cuerpo se mantiene por lo menos 15% por abajo del esperado (perdido o nunca adquirido), o el Índice de Masa Corporal de Quetelet es 17.5 o menor. Los pacientes prepúberes pueden presentar fallas para alcanzar el peso esperado en el periodo del crecimiento.
2. La pérdida de peso es autoinducida por medio de la evitación de comidas "engordadoras" y uno o más de los siguientes: vómito auto-inducido, uso de métodos de purga, exceso de ejercicio o uso de supresores del apetito.
3. Existe distorsión de la imagen corporal en la forma de una psicopatología específica en la cual persiste el temor a la gordura como una idea intrusiva y sobrevaluada, y el paciente se auto-impone un umbral de peso bajo.
4. Existe un trastorno endócrino que involucra el eje-gónado-pituitario, que se manifiesta como amenorrea en las mujeres, y como falta de interés sexual e impotencia en los hombres.
5. Cuando el inicio es pre-puberal, la secuencia de los eventos de la pubertad se retrasa o se detiene (en las niñas no se desarrollan los senos y hay amenorrea primaria, y en los niños, los genitales permanecen juveniles). Con la recuperación, la pubertad por lo general se termina normalmente, pero la menarca es tardía.

Criterios diagnósticos para bulimia nervosa

Manual Diagnóstico y Estadístico de la Asociación Americana de Psiquiatría, Texto Revisado DSM-IV-TR (APA, 2002).

1. Periodos recurrentes de ingestión voraz. Un episodio de ingestión voraz se caracteriza por dos de las siguientes características: 1) comer en un periodo discreto de tiempo una cantidad de comida definitivamente mayor a la que comería la mayoría de las personas en un periodo de tiempo similar, bajo las mismas circunstancias, 2) sensación de falta de control sobre el comer, por ejemplo, la sensación de no poder parar de comer, o de controlar la cantidad de comida ingerida.
2. Conductas compensatorias inapropiadas para prevenir el aumento de peso, tales como: vómito autoinducido, uso de laxantes, diuréticos, enemas u otros medicamentos, ayunos o ejercicio excesivo.
3. Los episodios de ingestión voraz y las conductas compensatorias inapropiadas ocurren por lo menos dos veces a la semana durante tres meses.
4. La autoevaluación se encuentra indebidamente influenciada por la forma y el peso del cuerpo.
5. El disturbo no ocurre exclusivamente durante episodios de anorexia nervosa.

Tipos específicos

- Purgativa: durante el episodio de bulimia nervosa, la persona utiliza el vómito autoinducido, laxantes, diuréticos o enemas.
- No purgativa: durante el episodio de bulimia nervosa, la persona utiliza conductas compensatorias inapropiadas, tales como exceso de ejercicio, peso no utiliza el vómito autoinducido, laxantes, diuréticos o enemas.

Clasificación Internacional de Enfermedades-10 (WHO, 1992)

1. Existe preocupación persistente por la alimentación y un deseo irresistible por comer. El paciente sucumbe a episodios de sobre-alimentación de grandes cantidades de comida en periodos cortos de tiempo.
2. El paciente intenta contrarrestar los efectos engordadores de la comida con uno o más de los siguientes: vómito autoinducido, abuso de purgantes, periodos alternantes de ayuno, uso de drogas tales como supresores del apetito, preparaciones tiroideas de diuréticos. Cuando la bulimia ocurre en pacientes diabéticos, podrán elegir el rechazo al tratamiento de insulina.

La psicopatología consiste en un miedo mórbido a la gordura y el paciente se establece un umbral estrictamente definido de peso, muy por abajo del peso premórbido que constituye el óptimo saludable en la opinión del médico. Existe frecuentemente una historia de un episodio previo de anorexia nervosa, el intervalo entre ambos trastornos fluctuando entre algunos meses y algunos años. Este episodio puede haberse expresado completamente o pudo asumir una forma enigmática con pérdida de peso moderada y/o una fase transitoria de amenorrea.

Criterios diagnósticos para trastornos de la conducta alimentaria no especificados

Manual Diagnóstico y Estadístico de la Asociación Americana de Psiquiatría, Texto Revisado DSM-IV-TR (APA, 2002).

1. Para las mujeres se cumple con todos los criterios para anorexia nervosa, excepto la irregularidad en la menstruación.
2. Se cumple con todos los criterios para anorexia nervosa, excepto que el peso corporal de la persona se mantiene dentro de los límites normales, a pesar de la pérdida significativa del mismo.
3. Se cumple con todos los criterios para bulimia nervosa, excepto que los atracones y los mecanis-

- mos compensatorios inapropiados, ocurren con una frecuencia menor a 2 veces a la semana o durante un periodo menor a 3 meses.
4. Uso de conductas compensatorias por individuos de peso corporal normal después de comer pequeñas cantidades de alimento.
 5. Masticar y escupir grandes cantidades de alimento sin tragarlo.
 6. Episodios recurrentes de ingestión voraz en ausencia del uso regular de conductas compensatorias inapropiadas, características de la bulimia nervosa.

Los episodios de ingestión voraz se asocian con 3 ó más de los siguientes:

- Comer más rápido de lo normal.
- Comer hasta sentirse incómodamente lleno.
- Comer grandes cantidades de alimento cuando no se siente hambre.
- Comer solo porque se siente vergüenza por la gran cantidad de comida ingerida.
- Sentirse a disgusto con uno mismo, deprimido o culpable, después de comer.
- Elevados sentimientos de angustia durante los atracones.
- El episodio ocurre en promedio por lo menos 2 veces a la semana durante 6 meses.
- El episodio se encuentra asociado con el uso regular de conductas compensatorias inapropiadas y no ocurre exclusivamente durante el padecimiento de anorexia o bulimia.

Tratamiento

3

Generalidades

Una vez que se tiene un diagnóstico de la conducta alimentara, el tipo de tratamiento se escoge de acuerdo con las características particulares de cada caso. En la práctica clínica, se inicia el tratamiento de cualquier trastorno alimentario una vez que se ha descartado la presencia de alguna causa no psiquiátrica o que se ha resuelto alguna complicación médica, producto de estos trastornos. La evaluación ponderal mediante el Índice de Masa Corporal (IMC) y las tablas percentilares de IMC/edad, disponibles en los Centros para la Prevención y el Control de Enfermedades de los EE. UU. (<http://www.cdc.gov/nccdphp/dnpa/healthyweight/assessing/bmi/index.htm>) es indispensable para iniciar la rehabilitación nutricional, ya sea la renutrición, la corrección de la mala nutrición y sus consecuencias o ambas. En este sentido es indispensable la intervención de un profesional especializado en la nutrición. Por otro lado, la evaluación del funcionamiento cardiaco, hepático, renal, metabólico y tiroideo son fundamentales en todos los pacientes, sobre todo en los que se decide el uso de psicofármacos. Es necesario contemplar que no todos los trastornos alimentarios son susceptibles de ser tratados en el primer nivel de atención, ya que la complejidad sintomática y psicodinámica de los mismos requiere un manejo especializado. Sin embargo, la mayor parte de los casos se constituyen de trastornos alimentarios no especificados o incluso solamente de la presencia de algunas conductas de riesgo, por lo que son precisamente este tipo de pacientes los que pueden detectarse y tratarse con estrategias relativamente sencillas en el primer nivel de atención. La ventaja de esto es que si estas alteraciones son identificadas y tratadas lo más pronto posible, el pronóstico mejora sobremanera y se evita la cronicidad de los mismos.

Evaluación inicial.

Es relativamente fácil llegar al diagnóstico alimentario si se toma en cuenta la presencia de los criterios de estos trastornos antes especificados. Para ello, es necesario buscar intencionalmente las conductas y los síntomas psicológicos siguientes:

Sintomatología conductual alimentaria

- Práctica de ayunos de más de 12 horas de duración o de ejercicio excesivo con el mismo propósito o con la intención de perder peso.
- Disminución ponderal que no es secundaria a causa médica.
- Presencia de atracones objetivos (tal como son descritos en el DSM-IV TR).
- Utilización exprofeso de conductas como el vómito, el abuso de laxantes, de diuréticos o de enemas con el objetivo de compensar los atracones objetivos o incluso de cualquier cantidad de alimentos ingeridos.
- Realización de ejercicio físico por varias horas durante el día, incluso a costa de la realización de otras actividades importantes para el funcionamiento o el bienestar del sujeto como la asistencia a la escuela, al trabajo, a reuniones familiares o incluso el sacrificio de las horas destinadas para dormir.

Sintomatología psicológica

- Deseos intensos de disminución de peso aún estando en peso normal.
- Alteración en la autoevaluación de la imagen corporal, el sujeto se siente y se percibe obeso a pesar de estar en peso normal.
- Comparación constante del propio cuerpo con el de otras personas.
- Autocrítica intensa y mórbida en cuanto a la apariencia o el tamaño de su cuerpo o su forma "excesiva" de comer.
- Atención cotidianamente concentrada en el conteo de las calorías ingeridas o en buscar otras formas de bajar de peso.
- Nula o poca conciencia de enfermedad.
- Falta de deseo de abandonar las conductas alteradas.

Se recomienda también lo siguiente:

- 1) Determinar si existe conciencia de enfermedad y el grado de motivación al cambio por parte del paciente.
- 2) Explorar si el paciente entiende el origen y desarrollo de su padecimiento.
- 3) Identificar los estresores que exacerban los síntomas.
- 4) Se puede hacer uso de algunos cuestionarios para complementar la evaluación (ver tabla).

Parámetros que deben ser registrados en el expediente en la primera entrevista:

1. Peso
2. Estatura
3. Estatura²
4. Índice de Masa Corporal (Peso en Kg / Estatura²)
5. Percentil ponderal (en caso de niños y adolescentes)
6. Fecha de última menstruación.
7. Frecuencia de atracones x semana.
8. Frecuencia de vómitos autoinducidos o de otras conductas compensatorias por semana.
9. Historia ponderal: Peso mínimo durante su padecimiento alimentario, peso máximo a lo largo de su vida, peso idealizado por el paciente.

Parámetros que deben ser registrados en las consultas subsecuentes:

1. Peso
2. Índice de Masa Corporal

3. Percentil ponderal (en caso de niños y adolescentes)
4. Fecha de última menstruación.
5. Frecuencia de atracones por semana.
6. Frecuencia de vómitos autoinducidos o de otras conductas compensatorias por semana.

En estos pacientes es una prioridad la evaluación del riesgo suicida en la primera consulta o en las citas subsecuentes. Para ello se tienen que explorar los siguientes aspectos:

- 1) Intención de terminar con su vida.
- 2) En caso positivo, explorar si el paciente tiene un plan para lograrlo.
- 3) Indagar acerca de antecedentes personales de ideación suicida y de intentos de suicidio.
- 4) Determinar la accesibilidad de las alternativas para ejecutar el suicidio.

Es recomendable que se interrogue también a algún familiar sobre estos aspectos del paciente. En caso de que el paciente tenga ideación o planeación suicida, el médico de primer contacto deberá referirlo a un centro de atención psiquiátrica para su evaluación y posible internamiento, ya que esto constituye una urgencia psiquiátrica.

Otros síntomas y conductas psiquiátricas que pueden ser evaluadas en los pacientes con trastornos alimentarios:

- 1) Estado de ánimo predominante.
- 2) Ansiedad.
- 3) Obsesiones y compulsiones diferentes de la sintomatología alimentaria.
- 4) Abuso de alcohol o de sustancias.
- 5) Autolesiones sin intención suicida (cortadas, quemaduras, jalones de cabello, pellizcos, golpes).
- 6) Conductas impulsivas como robar, juego patológico, conductas de riesgo para su integridad física o para la de los demás.
- 7) Rasgos de la personalidad.

Historia del trastorno alimentario

- 1) Evaluar episodios, tratamientos previos y la respuesta a los mismos.

Desarrollo e historia psicosocial

- 1) Abuso sexual o abuso físico.
- 2) Historia sexual.
- 3) Conflictos interpersonales relevantes para comprender y tratar el trastorno alimentario.

Aspectos familiares

- 1) Historia familiar de trastornos alimentarios, otros trastornos psiquiátricos y de obesidad.
- 2) Actitudes de la familia hacia el trastorno, actitudes hacia la alimentación en general, el ejercicio y la apariencia física.
- 3) La respuesta de la familia ante el trastorno alimentario (rechazo, sobreprotección, etcétera).
- 4) Dinámica familiar.

La evaluación inicial debe incluir el examen médico general en el que se pondrá especial atención en:

- 1) Exploración física completa que incluya signos vitales y revisión dental.
- 2) Pruebas de laboratorio y gabinete indispensables:

- Biometría hemática completa.
- Química sanguínea.
- Electrolitos séricos.
- Perfil lípido completo.
- Pruebas de funcionamiento hepático.
- Perfil tiroideo básico (T3, T4, TSH).
- Examen general de orina.
- Electrocardiograma.

3) Pruebas de laboratorio y gabinete opcionales:

- Fosfato sérico (durante el proceso de realimentación en el caso de desnutrición).
- Densitometría ósea de cadera y columna lumbar (en el caso de anorexia nervosa con amenorrea secundaria de más de seis meses de evolución).
- Resonancia magnética cerebral (en desnutrición crónica para descartar disminución del volumen cerebral).
- Electroencefalograma (en presencia de sintomatología neurológica adicional).

Tratamiento recomendado en el primer nivel de atención

Esta guía terapéutica está dirigida particularmente al primer nivel de atención, en el cual es posible realizar la detección temprana y el manejo inicial de los trastornos alimentarios no especificados (TANES), los cuales casi siempre se caracterizan por tener un tiempo corto de evolución y cuya sintomatología no es tan severa como la que se presenta en los trastornos específicos (anorexia y bulimia nervosas).

TANES tipo anoréxico

Estos generalmente se distinguen por cursar con conductas de restricción calórica motivadas por un deseo intenso de adelgazar, pero que no han causado una disminución ponderal severa (IMC por arriba de 17.5 o percentil ponderal igual o por arriba del 5º) o que no han causado la presencia de amenorrea por más de tres ciclos consecutivos.

Manejo médico y psiquiátrico

- Evaluación completa de acuerdo con las recomendaciones antes señaladas.
- Descartar la presencia de comorbilidad psiquiátrica que debe ser atendida por el especialista.
- Realizar psicoeducación (estrategia que consiste en la exposición ante el paciente y su familia de las características del padecimiento, de sus consecuencias físicas y mentales, información acerca de una nutrición sana).
- Ponderar el inicio de propulsores de la motilidad intestinal, de complementos vitamínicos que contengan zinc y de estimulantes del hambre.
- Seguimiento subsecuente con una frecuencia semanal recomendada hasta que el paciente se encuentre en peso saludable.

Manejo nutricional

El objetivo primordial es la interrupción de la pérdida de peso. Para ello se recomiendan las siguientes medidas.

- Identificación de los antecedentes alimentarios.
- Evaluación inicial que incluya índices bioquímicos, metabólicos y antropométricos del estado nutricional (plicometría).
- La ecuación recomendada para la obtención del gasto energético inicial es la de Schebendach.

- Determinar el contenido energético de la dieta inicial, mediante el registro del consumo de alimentos.
- Ajuste de los requerimientos basales.
- Asignación de un plan alimentario adecuado con la introducción paulatina de los alimentos restringidos por el paciente.
- Distribuir las calorías diarias en cinco tomas (desayuno, comida, cena y dos colaciones intermedias).
- En forma ambulatoria se recomienda aumentar el consumo calórico de 100 a 300 Kcal. diarias por semana, ya que incrementos mayores pueden desarrollar el Síndrome de Realimentación.
- La ganancia ponderal esperada en el manejo ambulatorio es de 0.5 a 1 Kg. por semana.
- Se recomienda seguir las proporciones contempladas en la pirámide alimenticia.

TANES tipo bulímico

Estos se caracterizan por la presencia de atracones y/o conductas compensatorias de acuerdo con la definición del DSM-IV TR, pero que no reúnen la frecuencia semanal o la duración requeridas para la bulimia nervosa.

Manejo médico y psiquiátrico

- Evaluación completa de acuerdo con las recomendaciones antes señaladas.
- Descartar la presencia de comorbilidad psiquiátrica que tenga que ser atendida por el especialista.
- Realizar psicoeducación (estrategia que consiste en la exposición ante el paciente y su familia de las características del padecimiento, de sus consecuencias físicas y mentales, información acerca de una nutrición sana).
- Ponderar el inicio de propulsores de la motilidad intestinal y antiácidos.
- En caso de comorbilidad con depresión mayor (depresión unipolar), el médico general puede iniciar manejo psicofarmacológico antidepresivo con inhibidores de la recaptura de la serotonina. De éstos se recomienda la fluoxetina, la cual al ser también reconocida como medicamento de demostrada utilidad en la bulimia nervosa, puede tener efectos favorables en la reducción de la frecuencia de los atracones. La dosis antidepresiva recomendada es de 20 mg/día, aunque cuando es utilizado para el tratamiento de la bulimia nervosa, la dosis puede incrementarse a 40 mg o 60 mg por día. Es indispensable que el médico general se informe completamente acerca de las características farmacológicas de cualquier medicamento que elija, en especial de sus efectos secundarios.
- Seguimiento subsecuente con una frecuencia mensual recomendada hasta que el paciente se encuentre abstinerente de las conductas alimentarias anómalas y, en su caso, termine su tratamiento psicofarmacológico antidepresivo de acuerdo con las normas establecidas.

Manejo nutricional

El objetivo es la recuperación del equilibrio en la ingestión de los grupos alimenticios requeridos por el paciente en cuestión. Para ello se recomiendan las siguientes medidas:

- Identificación de los antecedentes alimentarios.
- Estos pacientes frecuentemente tienen peso normal u obesidad. Su evaluación inicial debe incluir los índices bioquímicos, metabólicos y antropométricos del estado nutricional (plicometría).
- La ecuación recomendada para la obtención del gasto energético inicial es la de Harris-Benedict.
- Determinar el contenido energético de la dieta inicial mediante el registro del consumo de alimentos, incluyendo los consumidos durante los atracones en su caso.

- Estimular el reconocimiento de las sensaciones de hambre y de saciedad.
- Desalentar la práctica de ayunos prolongados.
- Asignación de un plan alimentario adecuado con la introducción paulatina de los alimentos restringidos por el paciente.
- Distribuir las calorías diarias en cinco tomas (desayuno, comida, cena y dos colaciones intermedias).
- Se recomienda seguir las proporciones contempladas en la pirámide alimenticia.

Trastorno por atracón

Se distingue por la presencia de atracones sin conductas compensatorias. Los atracones pueden tener las características de los que se presentan en la bulimia nervosa o bien, pueden llevarse a cabo a lo largo de un día sin episodios rápidos y voraces. Los pacientes frecuentemente reportan que ingieren alimentos hasta sentirse incómodamente llenos. Este trastorno se asocia frecuentemente al sobrepeso o a la obesidad. Se ha descrito que estos pacientes cursan con características psicopatológicas que dificultan su apego a los tratamientos para la obesidad, por lo que lograr una relación médico-paciente en la que exista confianza de éste es esencial.

Manejo médico y psiquiátrico

- Evaluación completa de acuerdo con las recomendaciones arriba antes señaladas.
- Descartar la presencia de comorbilidad psiquiátrica que deba ser atendida por el especialista.
- Realizar psicoeducación (estrategia que consiste en la exposición ante el paciente y su familia de las características del padecimiento, de sus consecuencias físicas y mentales, información acerca de una nutrición sana).
- Ponderar el inicio de propulsores de la motilidad intestinal y antiácidos.
- En caso de comorbilidad con depresión mayor (depresión unipolar), el médico general puede iniciar manejo psicofarmacológico antidepresivo con inhibidores de la recaptura de la serotonina. De éstos se recomienda la fluoxetina, la cual al ser también reconocida como medicamento de demostrada utilidad en la bulimia nervosa, puede tener efectos favorables en la reducción de la frecuencia de los atracones. La dosis antidepresiva recomendada es de 20 mg/día, aunque cuando es utilizado para el tratamiento de la bulimia nervosa, la dosis puede incrementarse a 40 mg o 60 mg por día. Es indispensable que el médico general se informe completamente acerca de las características farmacológicas de cualquier medicamento que elija, en especial de sus efectos secundarios.
- Seguimiento subsecuente con una frecuencia mensual recomendada hasta que el paciente se encuentre abstinerente de las conductas alimentarias anómalas y, en su caso, termine su tratamiento psicofarmacológico antidepresivo de acuerdo con las normas establecidas.
- En caso necesario, iniciar un manejo integral contra la obesidad de acuerdo con la Norma Oficial Mexicana 174. Este paso es recomendado una vez que el paciente disminuya la intensidad y la frecuencia de los atracones.

Manejo nutricional

Los objetivos son la recuperación del equilibrio en la ingestión de los grupos alimenticios requeridos por el paciente en cuestión y, en caso necesario, el tratamiento nutricional de la obesidad.

- Identificarlos antecedentes alimentarios.
- Estos pacientes frecuentemente tienen peso normal u obesidad. Su evaluación inicial debe incluir los índices bioquímicos, metabólicos y antropométricos del estado nutricional (plicometría).
- La ecuación recomendada para la obtención del gasto energético inicial es la de Harris-Benedict.

- Determinar el contenido energético de la dieta inicial mediante el registro del consumo de alimentos, incluyendo los consumidos durante los atracones o los días/atracón.
- Estimular el reconocimiento de las sensaciones de hambre y de saciedad.
- Desalentar la práctica de ayunos prolongados.
- Distribuir las calorías diarias en cinco tomas (desayuno, comida, cena y dos colaciones intermedias).
- Se recomienda seguir las proporciones contempladas en la pirámide alimenticia.

Manejo psicológico

Es muy importante que los pacientes con un trastorno de la conducta alimentaria o con conductas alimentarias de riesgo reciban información psicoeducativa al inicio del tratamiento. Algunos pacientes, sobre todo aquellos con un periodo breve de inicio de los síntomas, se pueden ver beneficiados de una intervención psicoeducativa e incluso remitir el trastorno con esta intervención. Esta aproximación se basa en el supuesto que los pacientes con un trastorno de la conducta alimentaria en muchas ocasiones tienen severas lagunas de información o información equivocada en relación con los factores que causan el trastorno. Se asume que los pacientes persistirán menos en los síntomas si se les hace consciente de la evidencia científica sobre los factores que perpetúan los síntomas. Esta aproximación asume que la responsabilidad del cambio recae sobre el paciente, con el objetivo de incrementar la motivación y la conciencia de enfermedad y en reducir la resistencia al cambio.

La intervención psicoeducativa transmite el mensaje que la responsabilidad del cambio recae sobre el paciente, lo cual se logra mediante el incremento de la motivación y en la reducción de la resistencia. A su vez tiene una justificación financiera, ya que es una intervención inicial de bajo costo.

Aunque la terapia cognitivo-conductual es la psicoterapia de primera elección para el tratamiento de la bulimia nervosa, existe evidencia que apoya que los tratamientos breves con orientación psicoeducativa por sí mismos pueden provocar cambios significativos en algunos pacientes.

Las intervenciones psicoeducativas consisten en pláticas informativas que se proporcionan tanto a pacientes, como a familiares. Son requisito para que el paciente y la familia permanezcan en tratamiento. Se dividen en temas y se imparten semanalmente por miembros del equipo.

Es importante que las pláticas informativas para pacientes con trastorno por atracón, sean implementadas por separado, ya que la información proporcionada a pacientes con anorexia nervosa o bulimia nervosa puede afectar de manera negativa a las personas que no utilizan medidas compensatorias como provocarse el vómito o el uso de laxantes, etc.

Las pláticas psicoeducativas se pueden dividir en temas, cuyo contenido se proporciona a continuación.

1. Generalidades
2. Psiquiatría
3. Nutrición
4. Psicología
5. Odontología

Algunos temas importantes que se deben incluir en las pláticas son: el origen multicausal de los TCA, el contexto sociocultural, la teoría del set-point y la regulación fisiológica del cuerpo, efectos

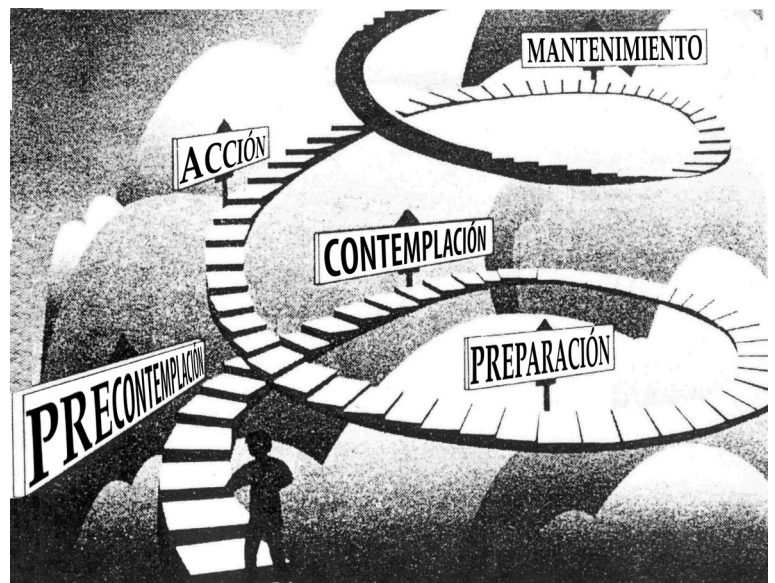
físicos y psicológicos como consecuencia de la emaciación, y de la ganancia de peso, la restauración de los patrones normales de alimentación, conductas compensatorias, peso corporal sano, complicaciones físicas, prevención de recaídas.

Intervención motivacional

Un abordaje que recientemente se ha incorporado a muchos programas de tratamiento es el modelo transteórico de las etapas del cambio. Los cambios en el comportamiento siguen una serie de etapas, independientemente del problema del que se trate. Cada una de las etapas es predecible y bien definida, ocurre en un periodo determinado de tiempo y requiere de una serie de tareas que deben ser completadas para poder pasar a la siguiente etapa. Una etapa no llega inevitablemente a la siguiente, puede ocurrir que haya un estancamiento en una o en otra de las etapas. Sin embargo, al entender estas etapas y los procesos que son más útiles en cada una, se puede obtener control sobre el ciclo del cambio y viajar a través de él más rápido y eficientemente con menor sufrimiento.

El primer objetivo, es conocer la etapa en la que se encuentra la persona con respecto a un determinado problema, ya que cuando una persona pretende alcanzar logros para los cuales no está preparado, dará como resultado el fracaso. De igual manera, si se dedica mucho a tiempo a tareas que ya han sido completadas, se provocará un retraso en tomar acciones concretas al respecto

Se entiende que la motivación es un estado de preparación que puede cambiar de una situación a otra y puede ser fuertemente influenciada por el ambiente y las relaciones con los otros. Por lo tanto, la falta de motivación no es un problema de personalidad estático del paciente, sino más bien, una dificultad para moverse hacia el cambio que ocurre en el contexto de las interacciones interpersonales con el terapeuta y con otras personas. La ambivalencia que está presente principalmente en las primeras etapas del cambio, se asume como parte normal de la experiencia humana y se espera que haya miedo al cambio. La renuencia del paciente hacia el cambio, se ve como la respuesta adaptativa a la falta de concordancia entre (mismatch) las intervenciones del terapeuta y la etapa del cambio en la que se encuentra el paciente.



La primera etapa se llama precontemplación. Las personas en esta etapa no piensan que tienen un problema, piensan que tienen las cosas bajo control y que las pueden detener cuando lo deseen. Asimismo piensan que el trastorno les funciona y no consideran la posibilidad de cambiar. Los precontempladores por lo general se presentan a tratamiento por la presión que ejercen los demás, cuando se habla del tema tienden a evadirlo hablando de otra cosa y si se encuentran con información relacionada, no le dan importancia, suele ser que ignoren mucho al respecto de su enfermedad, la negación es característica de esta etapa.

Es común escuchar que las personas digan: “Mi hija/amiga/hermana/novia tiene un trastorno alimentario pero no está interesada en recibir ayuda. Cada vez que trato de hablar con ella al respecto, se pone muy defensiva y enojada. ¿Cómo la puedo convencer para que vaya a tratamiento?”. La respuesta es simple, pero nada satisfactoria para la persona preocupada, **no es efectivo ni ayuda forzar a nadie a cambiar**, es mejor que la persona llegue a tomar la decisión por sí misma. Por lo general, lo que sucede es que las complicaciones psicológicas y fisiológicas se vuelven demasiado severas, disruptivas o costosas de manera que la persona se mueve hacia la etapa de contemplación.

La segunda etapa se denomina contemplación. En esta etapa es característica la ambivalencia. La persona está constantemente midiendo los beneficios y perjuicios de cambiar o de no hacerlo. La clave es evaluar cuidadosamente ambas situaciones y tomar la decisión de si es o no el momento de cambiar. En esta etapa las personas reconocen que tienen un problema, luchan por comprender sus causas y comienzan a pensar seriamente acerca de resolverlo. Sin embargo, pueden estar todavía lejos de comprometerse con alguna acción específica, a pesar de que se conoce hacia dónde ir y cómo llegar. El temor al fracaso puede ser una de los principales obstáculos para los “contempladores”. Cuando se inicia la transición hacia la fase de preparación suceden dos cosas: 1) se piensa más en la solución que en el problema y 2) se piensa más en el futuro que en el pasado.

La tercera etapa se denomina preparación. La mayoría de las personas en la etapa de preparación están planeando hacer el cambio en el siguiente mes. Un paso importante es hacer pública la intención de cambiar y aunque pareciera que están listos para llevar a cabo el cambio, no necesariamente han resuelto la ambivalencia y requieren de un tiempo para convencerse de que el cambio es lo mejor para ellos. Es probable que ya estén dando algunos pequeños pasos hacia el cambio, como fumar menos cigarrillos o dejar de contar calorías, pero es importante que sea un proceso paulatino para incrementar las posibilidades de éxito. Las personas que interrumpen esta etapa y toman decisiones precipitadas, aminoran las posibilidades de éxito.

La etapa de acción es en la que las personas modifican su conducta de manera más abierta, finalmente llevan a cabo lo necesario para lo que se habían estado preparando. Es el periodo más ocupado y el que requiere el mayor grado de compromiso de tiempo y de energía. Los cambios son más visibles para los demás también y por lo tanto también reciben mayor reconocimiento. Es muy importante no hacer la equivalencia entre la etapa de acción y el cambio. El cambio ocurre a lo largo de todas las etapas, aunque sea en esta en la que es más visible y de ninguna manera es la primera ni la última parada en el recorrido.

La terapia cognitivo-conductual y otros tipos de terapia, son más eficientes cuando la persona se encuentra en la etapa de acción, ya que requiere de un grado importante de compromiso. Dado que los trastornos alimentarios son autoperpetuantes, es difícil romper el círculo vicioso en el que las personas se encuentran atrapadas. Es importante que el profesional logre que el paciente confíe en él, ya que no hay una manera ni más sencilla ni menos dolorosa de recuperarse del trastorno. En esta etapa se regulariza la forma de comer y se utilizan estrategias para evitar los atracones y las conductas compensatorias.

Una vez que se ha regularizado la forma de comer y cortado los síntomas del trastorno alimentario, se llega a la etapa de mantenimiento. Es probable que en esta etapa sigan habiendo pensamientos y sentimientos incómodos, lo cual tiene sentido en la medida en la que ya no se utiliza a los síntomas

como mecanismos de afrontamiento. Por lo tanto, el trabajo no se ha acabado aquí. Es importante planificar estrategias para reaccionar en situaciones de estrés para prevenir los síntomas y también si surge la necesidad de volver a los mismos. A esto se le llama prevención de recaídas. En esta etapa se trabaja para consolidar las ganancias adquiridas. Cuando no existe un compromiso fuerte en esta etapa, es muy probable que surja la recaída.

La última etapa se denomina terminación y es la meta final de la persona en proceso de cambio. Es una etapa en la que las conductas alimentarias ya no representarán ninguna tentación o amenaza para la persona, las conductas no volverán y se puede tener confianza en que la persona no va a recaer. Es probable que haya problemas que puedan llegar a la etapa de terminación y otro no, por lo que es primordial entrenar al paciente en la prevención de recaídas.

Simultáneamente con las etapas del cambio, ocurren los procesos del cambio. Se han identificado nueve procesos del cambio que ocurren paralelos a las etapas antes descritas. En la etapa de precontemplación ocurren dos procesos del cambio, tomar conciencia y liberación social.

El primer paso necesario para lograr cualquier cambio es tomar conciencia de las defensas que utilizamos para no llevarlo a cabo. Existen diversas formas para incrementar la conciencia acerca de una situación: 1) incorporación de información ya sea mediante lecturas, pláticas, etcétera, 2) ser consciente del tipo de defensas que con mayor frecuencia utiliza la persona negación o minimización, racionalización e intelectualización, externalización (responsabilizar a los otros) e interiorización (culparse a uno mismo), 3) relaciones positivas en las que se debe de evitar: presionar hacia la acción, ya que una persona en precontemplación no está preparada para la acción, pero sí para considerar el cambio; ser insistente; rendirse un precontemplador puede interpretar la apatía como que el problema no es importante; facilitar las cosas por temor a perder la amistad, el amor, etcétera.

El segundo proceso del cambio es la *liberación social*. Consiste en crear o buscar alternativas en la comunidad que ayuden a promover el cambio, por ejemplo, involucrarse en actividades sociales, activismo, grupos de autoayuda, voluntariado, etc. En la etapa de contemplación hay dos procesos, *despertar emocional* y *auto-evaluación*. El *despertar emocional* radica en sopesar las consecuencias negativas de la conducta a corto y a largo plazo, mediante la concientización de los sentimientos negativos que genera. Esto se puede lograr mediante la utilización de películas o de situaciones que provoquen esta consecuencia (por ejemplo, verse a sí mismo, después de una borrachera en un video casero) o de la propia imaginación. Como tratante, es importante realizar preguntas específicamente orientadas para que el paciente tenga referentes generales y personales, como por ejemplo, la cantidad de calorías que se utilizan en un día por una determinada persona en determinadas condiciones, no son las mismas para todos, etc. Por otro lado es importante definir metas concretas y posibles de lograr, versus metas ambiguas y metas demasiado exigentes. Monitorear la conducta es otra práctica que puede ser útil, así como seleccionar la manera de hacer las mediciones, por ejemplo, llevar un registro de los alimentos consumidos es más útil que pesarse todos los días.

Asimismo, el análisis funcional de las conductas, proporciona información acerca de los eventos previos y posteriores relacionados con las mismas, lo cual puede dar información acerca de los aspectos que aparentemente se encuentran fuera de control en la vida de una persona.

El quinto proceso del cambio es la auto-reevaluación. Consiste en hacer una evaluación emocional y

cognoscitiva del problema. Una reevaluación exitosa vislumbra las contradicciones entre los valores esenciales y las conductas que una persona está llevando a cabo.

Algunas técnicas útiles para lograr este proceso es determinar qué tan desagradable es una determinada conducta para alguien. Asimismo lo es postergar una conducta, es decir, convertir una conducta automática en otra consciente mediante el planteamiento de algunas preguntas como ¿para qué quiero comer esto? ¿Tengo hambre realmente? Tomar decisiones es una de las principales tareas de este proceso de cambio. Esta técnica se estimula mediante la evaluación de las consecuencias positivas y negativas de una conducta, para lo cual es útil hacer las siguientes actividades: evaluar las posibles consecuencias en sí mismo, en los otros, reacciones de la persona como resultado del cambio, reacciones de los otros como consecuencia del cambio.

En esta etapa es importante que las relaciones interpersonales del contemplador se nutran de empatía, afecto y retroalimentación de las personas cercanas acerca de las circunstancias que preceden o son consecuencia de algunas conductas. En la etapa de preparación continúa el proceso de *auto-reevaluación* pero se irá incrementando el grado de confianza en tomar la decisión hacia el cambio, por lo que se estará entrando en el siguiente proceso denominado *compromiso*.

Durante la etapa de preparación es importante concentrarse en el futuro. Si bien resulta amenazador abandonar los patrones de conducta anteriores, los cambios serán la "recompensa". El compromiso requiere del deseo de actuar y la creencia en las propias habilidades para el cambio. La ansiedad generada por la posibilidad de fallar puede hacer que las personas escondan sus acciones para evitar que los demás se den cuenta de que han fallado. Sin embargo, el hecho de hacer público el deseo de cambiar refuerza el compromiso de hacerlo. En esta etapa es puede ser útil ir paso a paso, planear una fecha de inicio y no esperar el "momento mágico", hacer un plan de acción específico. También es útil "instruir" a las personas que nos rodean para que sepan cómo ayudar: no insistir en saber cómo le va a uno con el plan, no regañar, ofrecer ayuda, manifestar el orgullo que sienten porque están llevando a cabo el cambio. En esta etapa se lleva a cabo el análisis de los pros y los contras acerca del deseo de cambiar, en las primeras etapas el mayor impacto está en incrementar los pros, mientras que en la etapa de preparación y de acción tiene mayor peso el disminuir los contras.

En la etapa de acción continúa el proceso de *liberación social*, *compromiso*, y comienza los procesos de *recompensa*, *oposición*, *control ambiental* y *ayuda en las relaciones*, que continúan también en la etapa de mantenimiento.

Recompensa: Identificar las recompensas de sí mismos y de los otros por hacer los cambios. Algunas técnicas que se pueden utilizar son la verbalización de frases de apoyo, como "lo has hecho bien". Recompensarse con un regalo que no sea comida.

Contrarrestar: Desarrollar conductas substitutas de las conductas alimentarias (por ejemplo, hablar consigo mismo, relajación, asertividad, etc). Algunas técnicas para lograr el proceso de contrarrestar son mantenerse ocupado, encontrar una actividad que impide hacer la conducta problema. Hacer ejercicio de tipo recreativo, es decir, que no tenga la finalidad de bajar de peso. La relajación y pensamientos positivos son otros recursos que se pueden utilizar. La asertividad es una herramienta que se tiene que aprender y practicar y que puede ser útil siempre que la persona siente que no está siendo escuchada.

Control ambiental: Evaluar y reestructurar el ambiente para disminuir la posibilidad de involucrarse en las conductas alimentarias (control de estímulos, como disminuir la disponibilidad de comida en casa, no pasar por el gimnasio después de la escuela). Algunas técnicas son la evitación de situaciones que pueden denotar la conducta, y cuando la persona está más avanzada en la etapa de acción puede utilizar la exposición a las señales, en primera instancia en la imaginación y posteriormente en una situación real. Otras técnicas son los recordatorios escritos, alarmas, etcétera, que ayudan a evitar la conducta.

Los pacientes que se encuentran en la etapa de acción están preparados para recibir terapia cognitivo-conductual que es, según evidencia científica, la intervención más efectiva en el corto plazo para el tratamiento de la bulimia nervosa. **La terapia cognitivo-conductual debe ser implementada por una persona muy bien capacitada en esta técnica de psicoterapia, por lo que no se recomienda que sea impartida por cualquier profesional de la salud no experimentado.**

Instrumentos de evaluación y tamizaje

El uso de cuestionarios es una herramienta útil en la evaluación de pacientes, ya que permiten determinar el grado de riesgo de la sintomatología que presentan. A continuación se proporcionará la información relacionada con dos instrumentos desarrollados y validados en población mexicana, y dos desarrollados en el extranjero.

Escala de evaluación de la imagen corporal de Gardner

Autores:	RM Gardner, K Stara, N Jackson, BN Friedman
Referencias	Development and validation of two new scales for assessment of body-image. <i>Perceptual and Motor Skills</i> 1999; 87:981-993.
Evalúa	Distorsiones de la imagen corporal de los pacientes con trastorno de la conducta alimentaria.
No de ítems	1
Administración	Autoaplicada y heteroaplicada
Descripción	Es una escala compuesta por 13 siluetas que representan la figura humana sin atributos reconocibles. La silueta central representa la mediana de la distribución de peso para la población de referencia (edad media de 19 años y peso de 63.99 kg). A ambos lados de esta se sitúan otras 6 siluetas que representan en orden creciente y decreciente el incremento y el decremento progresivo de peso (5, 10, 15, 20, 25 y 30%). Uno de los extremos representa una figura extremadamente obesa y el otro, delgada. El paciente realiza dos valoraciones: marca las siluetas que mejor representen su percepción actual y su imagen ideal. La figura central puntúa como 0, las figuras a su derecha puntúan progresivamente de 1 a 6, y las de su izquierda de -1 a -6 a medida que se alejan de la central.
Calificación e interpretación	Proporciona una medida de la imagen percibida, la ideal y la real y dos índices: índice de insatisfacción con la imagen corporal: 1) diferencia entre la imagen percibida y la deseada, 2) índice de distorsión de la imagen corporal: diferencia entre la imagen percibida y la real.

Cuestionario breve de conductas alimentarias de riesgo

Autores:	C Unikel , JA Villatoro, ME Medina-Mora, C Fleiz, N Alcántar, S Hernández
Referencias	Conductas alimentarias de riesgo en adolescentes mexicanos. Datos en población estudiantil del Distrito Federal. Revista de Investigación Clínica. 2000; 52(2), 140-147.
Evalúa	Conductas alimentarias comunes a los trastornos de la conducta alimentaria
No de ítems	10
Administración	Autoaplicada
Descripción	Es un cuestionario que mide las conductas alimentarias características de los trastornos de la conducta alimentaria definidos por el DSM-IV (APA, 1994). Consta de 10 preguntas con 4 opciones de respuesta sobre la frecuencia que se lleva a cabo la conducta (0=nunca o casi nunca, 1=algunas veces, 2=Con frecuencia -2 veces a la semana-, 3= muy frecuentemente -más de dos veces en una semana-).
Calificación e interpretación	Es una escala con 4 opciones de respuesta cuya suma de reactivos proporciona un punto de corte, cuando la puntuación es menor a 11 se califica sin riesgo de TCA, cuando la suma es mayor a 10 se califica con riesgo de TCA.
Bibliografía complementaria	Unikel C, Bojórquez I, Carreño S. (2004) Validación de un cuestionario breve para medir conductas alimentarias de riesgo. Salud Pública de México, 46, 509-515. Unikel C, Gómez Peresmitré G, Bojorquez I. Manual de aplicación del cuestionario de factores de riesgo de trastornos de la conducta alimentaria. Publicación interna. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz.

Cuestionario de actitudes hacia la figura corporal

Autores:	C Unikel, F Juárez, G Gómez Peresmitré
Referencia	Unikel C, Juárez F, Gómez Peresmitré G. (2006) Psychometric Properties of the Attitudes Towards Body Figure Questionnaire in Female Students and Patients with Eating Disorders. European Eating Disorders Review, 14(6), 430-435.
Evalúa	Actitudes que las personas tienen en relación con el ideal estético de delgadez
No de ítems	15
Administración	Autoaplicada
Descripción	Es un cuestionario que mide la interiorización del ideal estético de delgadez en dos niveles: creencias e interiorización de la misma. Fue desarrollado en México utilizando entrevistas a pacientes con TCA en tratamiento con la finalidad de conocer factores de riesgo asociados con el desarrollo de TCA. Consta de 15 preguntas con 4 opciones de respuesta tipo Likert. Se divide en dos subescalas: creencias (7 ítems) e interiorización (8 ítems).
Calificación e interpretación	Todas las preguntas se califican de 0 a 3 (nunca = 0, 1 = algunas veces, 2= frecuentemente, 3 = siempre). La puntuación en la subescala es igual a la suma de las puntuaciones de cada uno de los ítems. El cuestionario proporciona puntuaciones en cada una de las seis subescalas: Creencias: ítems 2, 3, 4, 6, 8, 13, 15. Interiorización: 1, 5, 7 , 9, 10, 11, 12, 14

Bibliografía relacionada	Unikel C, Gómez Peresmitré G, Bojorquez I. Manual de aplicación del cuestionario de factores de riesgo de trastornos de la conducta alimentaria. Publicación interna. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz.
--------------------------	---

Cuestionario de actitudes frente al cambio

Autores:	L Beato Fernández, T Rodríguez Cano
Referencia	El cuestionario de actitudes frente al cambio en los trastornos de la conducta alimentaria (ACTA). Actas Españolas de Psiquiatría 2003; 31(3):111-119.
Evalúa	Motivación ante el tratamiento en pacientes con trastornos de la conducta alimentaria
No de ítems	59
Administración	Autoaplicada
Descripción	<p>Es un cuestionario que mide las actitudes ante el cambio en las áreas cognitiva, conductual y afectiva de los pacientes con TCA. Se basa en el modelo teórico de las fases del cambio propuesto por J Prochaska y C DiClemente. Consta de 59 preguntas que se agrupan en 6 subescalas que corresponden a los 6 estados del cambio propuestos por los autores:</p> <p>Precontemplación (10 ítems), contemplación (11 ítems), preparación (11 ítems), acción (10 ítems), mantenimiento (10 ítems), recaída (7 ítems). El marco temporal de referencia es “los últimos días”.</p>
Calificación e interpretación	<p>Es una escala Likert con 5 opciones de respuesta que se califican en una escala de 0 a 4 (0 = nunca, 1 = Rara vez, 2 = A veces, 3 = Frecuentemente, 4 = siempre), excepto los ítems 12, 15 y 25 que se califican en sentido inverso (4 = nunca, 0 = siempre).</p> <p>El cuestionario proporciona puntuaciones en cada una de las seis subescalas:</p> <p>Precontemplación: ítems 2, 7, 11, 14, 16, 20, 32, 39, 56, 59. La puntuación en la subescala es igual a la suma de las puntuaciones de cada uno de los ítems.</p> <p>Contemplación: ítems 4, 9, 13, 25, 29, 30, 33, 38, 43, 45, 53. El ítem 25 puntúa en sentido inverso. La puntuación en la subescala es igual a la suma de las puntuaciones de cada uno de los ítems dividida entre 1.1.</p> <p>Preparación: ítems 17, 19, 23, 31, 34, 36, 40, 48, 50, 54, 57. La puntuación en la subescala es igual a la suma de las puntuaciones de cada uno de los ítems dividida entre 1.1.</p> <p>Acción: ítems 3, 22, 26, 27, 35, 42, 44, 46, 47, 52. La puntuación en la subescala es igual a la suma de las puntuaciones de cada uno de los ítems.</p> <p>Mantenimiento: ítems 1, 5, 6, 8, 10, 12, 15, 21, 28, 55. La puntuación en la subescala es igual a la suma de las puntuaciones de cada uno de los ítems.</p> <p>Recaída: ítems 18, 24, 37, 41, 49, 51, 58. La puntuación en la subescala es igual a la suma de las puntuaciones de cada uno de los ítems dividida entre 0.7.</p>

Factores biológicos

Existe evidencia substancial sobre la influencia de los factores genéticos en el desarrollo de los TCA, que proviene de los estudios de agregación familiar y con gemelos. Los estudios de agregación familiar han indicado que los TCA ocurren con mayor frecuencia en familiares de primer grado de pacientes con el trastorno que en la población general con una incidencia hasta 8 veces mayor (Crisp, Palmer y Kalucy, 1976). Los estudios en gemelos por otro lado, han señalado que la concordancia para anorexia nervosa es 10 veces mayor en gemelos monozigóticos que en gemelos dizigóticos (Holland, Sicotte y Treasure, 1988). En la bulimia nervosa ocurre la misma tendencia (Kendler, MacLean, Neale, Kessler, Heath, Eaves, 1991).

Algunas anomalías biológicas relacionadas son trastornos de tipo endocrinológico afectan el eje hipotálamo-pituitario-gonadal, cuya naturaleza se desconoce con exactitud. Algunas posibilidades son inmadurez, daño o disfunción en los centros reguladores del apetito, la saciedad y el comer, conexiones neuronales anómalas en el hipotálamo o anomalías en los sitios receptores (Russell, 1992). Otra área involucrada es la actividad de la serotonina, de cuyos niveles en el organismo depende el grado de impulsividad de una persona y puede predisponer a este rasgo en la bulimia nervosa, mientras que cuando los niveles son elevados puede predisponer a la anorexia nervosa debido a la propensión a la rigidez y el control (Strober, 1995).

Mediante las sofisticadas técnicas de neuroimagen se han podido identificar anomalías en el funcionamiento y estructura del cerebro de personas con TCA, que al parecer son secundarias a la pérdida de peso y deshidratación y que remiten con la ganancia del mismo.

El estudio de la personalidad ha ayudado a comprender limitadamente la vulnerabilidad de las personas para desarrollar trastornos de la conducta alimentaria. Por lo general se habla de la dificultad para expresar las emociones negativas (enojo, tristeza o ansiedad), lo que también se ha dado a conocer como "patológicamente complacientes". Hay cierta similitud con los niños con estándares muy altos, que tienden a somatizar en situaciones de estrés, que pareciera que no tienen "derecho" a demostrar imperfecciones o debilidades.

Una característica comúnmente asociada es la baja autoestima. Los rasgos perfeccionistas de personalidad contribuyen en parte a reforzar la imagen devaluada de las pacientes con anorexia, ya que se imponen niveles de exigencia tan elevados que es fallar es inevitable.

En la bulimia por otro lado, predominan rasgos de personalidad como la impulsividad y la toma de riesgos. Estos rasgos son menos compatibles con la necesidad de mantener el control, pero sí con conductas como los atracones y las purgas (Lask, 2000).

Factores psicológicos

Se han propuesto numerosos factores de corte individual relacionados con el desarrollo de los TCA. Algunos son parte del individuo, mientras que otros son experiencias personales y caen en algún lugar entre el ambiente y la persona.

Las explicaciones psicológicas para explicar los TCA han recibido poco sustento empírico. El trabajo de Hilde Bruch (1973), ha tenido bastante influencia, quien planteó que el origen se encontraba en la negativa para comer y el miedo a engordar tiene su origen en la relación madre-hijo, en particular relacionado con la no satisfacción de las necesidades nutricionales y físicas de otra índole. El planteamiento de esta autora fue que cuando la madre no atiende las necesidades del hijo, sino que responde a sus propias necesidades, no permite que el bebé/niño desarrolle sus propios estados corporales y la capacidad para ser cuidado. El niño no aprende a identificar correctamente el hambre, ni a distinguirla de otras necesidades corporales o emocionales.

Las experiencias personales más comúnmente relacionadas son el abuso sexual y la crítica. La ocurrencia y posible mutua influencia de eventos traumáticos y de deficiencias emocionales tales como baja autoestima, afecto deprimido, anhedonia, ansiedad generalizada e irritabilidad, pueden ser particularmente patogénicos para la BN (Raffi, Rondín, Grandi, Fava, 2000). Los eventos adversos en la vida pueden ejercer un efecto en la conciencia del peso y la figura corporal, ya que tienen un efecto adverso en la autoestima (North, Gowers, Byram, 1997). Las experiencias de abuso sexual han sido asociadas con numerosas manifestaciones de problemáticas psicológicas, como son la depresión, la ideación suicida, la autoagresión, abuso de alcohol, insatisfacción sexual, ansiedad y mala salud mental en general. El tema del abuso sexual en los trastornos de la conducta alimentaria ha sido ampliamente debatido en la literatura (Wooley, 1993) y se ha llegado a la conclusión que se trata de un factor de riesgo no específico. La forma en que el abuso puede llevar a los TCA es porque el abuso induce emociones intolerables y afecta la identidad. El TCA funciona como un intento desesperado para regular los afectos negativos abrumadores y para construir un sentido de sí mismo coherente cuando las estructuras internas no son muy estables (Rorty y Yager, 1996).

La manera en la que los TCA ayudan a lidiar con los problemas emocionales o de la identidad, es enfocando la atención en el peso, la figura y el comer, ya que se entra en un dominio en el que se adquiere control emocional. La atención puesta en estos aspectos de forma tan rígida y obtusa, permite al parecer manejar los problemas de la identidad y no tener que lidiar con aspectos más amplios.

La adolescencia es la etapa de mayor riesgo para el desarrollo de los TCA dada la convergencia de los retos físicos y psicológicos. La preocupación por el peso y la figura se incrementan y la exigencia por lograr las metas de esta etapa puede ser difícil para muchos y puede tener un impacto significativo en la confianza y la autoestima. Para aquellos que tienen problema con alcanzar dichas metas, y la consecuente sensación de falta de control, el control sobre la forma de comer puede surgir como una respuesta no específica hacia las demandas de la pubertad (Gowers y Shore, 2001).

La autoestima baja puede conducir a una serie de trastornos incluyendo los TCA. Las dietas, que con frecuencia pueden provocar interrupciones que terminan en atracones, pueden producir un efecto descendente de espiral reduciendo la autoestima (Heatherton y Polivy, 1992).

El afecto negativo y los sentimientos negativos sobre sí mismo se reflejan en los TCA como sentimientos negativos específicos sobre el cuerpo o insatisfacción con la apariencia. La insatisfacción con la figura es un factor causal de los TCA (Stice, 2001). La insatisfacción provoca la práctica de dietas, la preocupación por el peso y las dietas, ayudan a predecir los TCA. Muchos de los factores relacionados con el desarrollo de los TCA actúan mediante la insatisfacción con la figura. Si bien la

insatisfacción es un factor necesario, no es suficiente, es únicamente en aquellas personas en las que toda la energía esta investida en alcanzar el ideal como un proyecto “existencial”.

Otros factores relacionados son los cognoscitivos como los pensamientos obsesivos, el perfeccionismo, la disociación, los estilos cognoscitivos. Se ha encontrado que estos factores están relacionados ya sea con el origen o el mantenimiento de los TCA de manera no específica y asociados con otros que contribuyen a que en conjunto se desarrolle el trastorno.

Factores familiares

La familia contribuye de manera importante en el desarrollo de los TCA al admirar la delgadez y envidiar el control y disciplina necesarios para alcanzarla.

La dinámica familiar está involucrada tanto en el desarrollo, como en la perpetuación de los TCA (Minuchin, Rosman y Baker, 1978). La interacción familiar en estas familias es intrusiva, enmeshed, hostil y negadora de las necesidades de los hijos, o sobre involucradas con la crianza (Shoebriidge y Gowers, 2000).

Los pacientes suelen describir un ambiente matizado por la crítica, con un control de tipo coercitivo (Haworth-Hoepfner, 2000). Asimismo refieren intrusividad, celos y competencia principalmente de la madre y seducción del padre (Rorty, Yager, Rossotto, Buckwalter, 2000).

Las madres que tienen un TCA, tienden a ejercer influencia negativa sobre sus hijos, al alimentarlas de forma irregular, al utilizar la comida para cuestiones no relacionadas con la alimentación y manifestando preocupación por el peso corporal de sus hijas.

Desde los escritos de Hilde Bruch (1973) se hizo la observación acerca de la preocupación extrema que mostraban los familiares de pacientes con TCA acerca de su propia figura y peso corporal. Algunas investigaciones han señalado que la preocupación y los problemas de los padres en relación con el peso corporal, promueven los problemas alimentarios en los hijos a través del modelamiento directo de estas conductas, ya que refuerza la interiorización del ideal estético de delgadez (Stice, Agras y Hammer, 1999). De esta manera los padres refuerzan el mensaje de la sociedad acerca de la importancia del peso y de la delgadez promoviendo insatisfacción con la figura corporal (Strong y Huon, 1998).

Pike y Rodin (1991) encontraron que los ambientes familiares que son menos tolerantes y más críticos, en particular de la apariencia física de los hijos, aumentan la necesidad del adolescente por querer cambiar su aspecto físico; mientras que los ambientes caóticos o con límites poco claros, aumentan la necesidad de buscar el control de su vida a través del control del cuerpo. Los autores hipotetizaron que los adolescentes comparten creencias y conductas normativas relacionadas con un peso corporal y conductas alimentarias socialmente aceptadas, en un intento por pertenecer a un determinado grupo.

Si bien los factores familiares contribuyen de manera importante con la aparición de los TCA, es necesaria cierta “vulnerabilidad” adicional ya sea biológica o experiencial.

Factores socioculturales

La cultura ha sido propuesta como un factor de riesgo importante para los trastornos de la conducta

alimentaria (Garner y Garfinkel, 1980). En las sociedades occidentales, el atractivo físico contribuye de manera importante con la obtención de éxito. Tanto los hombres, como las mujeres “atractivos(as)” son percibidos más sociables, menos ansiosos y más populares que las personas menos atractivas. El ser atractiva es particularmente importante para las mujeres y en las relaciones heterosexuales esta importancia se acentúa ya que se asocia con más popularidad con el sexo opuesto; los hombres depositan mayor énfasis en el aspecto físico de sus parejas y la delgadez es un componente que indica el grado de atracción y deseabilidad de una mujer. Para las mujeres el atractivo físico es un elemento importante para alcanzar el éxito y dado que tienden a dar mayor importancia a las opiniones y aprobación de los otros, no es sorprendente que las mujeres den prioridad al peso y la estatura en sus vidas (Striegel-Moore, Silberstein y Rodin, 1986).

Anteriormente se planteaba que los TCA eran exclusivos de las clases altas en las sociedades con mayor abundancia económica (Garner y Garfinkel, 1982). Sin embargo, a partir de la globalización de las economías, las ideologías y los valores culturales tradicionales tienden a perderse y se adoptan de manera natural y literal los que difunden los medios de comunicación. Si los TCA están relacionados con estos modelos, no es sorprendente que su frecuencia aumente en los países que los adoptan. La homogeneización del modelo estético de belleza ha promovido que los TCA permeen en todos los niveles socioeconómicos. De hecho, se ha discutido que en los grupos socialmente menos favorecidos, el problema de adaptarse a un modelo corporal racialmente inalcanzable favorece la aparición de TCA (Buchanan, 1993). El aumento de actitudes y conductas alimentarias de riesgo podría ir al parejo con un proceso de aculturación, rechazo a ciertos elementos culturales del grupo de origen, y deseo de adaptación al grupo dominante (Chamorro y Flores-Ortiz, 2000; Pérez, Voelz, Pettit, Joiner, 2002).

En México, la influencia del ideal occidental de belleza ha alcanzado las zonas semi-urbanas y rurales (Bojorquez, 2004; Bojorquez y Unikel, 2004; Unikel y cols., 2008; Barriguete, enviado). La sociedad mexicana, aunque por un lado exalta el pasado indígena, en la práctica es profundamente racista (Bonfil-Batalla, 1987). En este contexto, el aspecto físico indígena es considerado feo, mientras que el modelo de belleza corporal es el caucásico. De este modo, sería de esperarse que las mujeres mexicanas, como parte de su intento de aproximación al ideal dominante, pusieran en práctica técnicas del cuerpo tendientes a la delgadez.

La idealización de la delgadez y la discriminación de la obesidad en las culturas con mayor abundancia de alimentos, es más intensa para las mujeres que para los hombres, razón que explica en gran medida que los TCA son más comunes en las mujeres. El resultado de la incongruencia entre el ideal estético propuesto y la realidad es la insatisfacción con la figura corporal, la cual se considera un precursor de los TCA.

Una de las áreas de investigación más abordadas en la literatura acerca de las influencias sociales sobre las prácticas alimentarias en adolescentes, es el papel que juegan los compañeros y amigos (Dohnt y Tiggemann, 2005; Huon, Lim y Gunewardene, 2000; Nichter, 2000; Paxton, Schutz, Wertheim y Muir, 1999). Algunos trabajos han demostrado la importancia de la influencia de las amistades, sugiriendo que las actitudes y conductas relacionadas con el peso corporal dentro de un particular grupo de amigos pueden predecir síntomas relacionados con la imagen corporal, el inicio y la práctica crónica de dietas, y trastornos de la conducta alimentaria, mediante mecanismos tales como compartir información relacionada con estas prácticas, las conversaciones sobre “gordura”, el modelamiento de determinadas conductas alimentarias y la comparación entre compañeros.

Aspectos éticos

La consideración de los aspectos éticos en el campo de la salud es elemental para realizar un ejercicio profesional óptimo y ofrecer un mayor compromiso, y respeto a la dignidad de los pacientes. De esta forma, las tareas cotidianas de la práctica clínica, conllevan una serie de obligaciones y responsabilidades éticas para el profesional de la salud. En los siguientes cuadros se presenta de manera resumida los requerimientos éticos más importantes que todo especialista en el área de la salud debe tomar en cuenta y aplicar en su práctica diaria.

Consideraciones éticas en la relación con el paciente

Competencia mental

Reconocer en los enfermos mentales una competencia limitada, y en ningún caso desconocerla erróneamente o arbitrariamente impedir la autonomía del paciente.

Decisiones informadas

Mientras mayor cantidad de información reciba el paciente sobre su diagnóstico y tratamiento, mayores serán las posibilidades de que él tome decisiones clínicas.

Confidencialidad

Salvaguardar la información que el paciente expresó durante el encuentro clínico con el especialista.

Veracidad

El paciente debe conocer verazmente todo lo que se relacione a su enfermedad para tomar decisiones médicas.

Principios éticos

Respeto por las personas

- Respetar la autonomía de las personas
- Proteger a las personas con autonomía disminuida o deteriorada.

Beneficencia

- Maximizar el beneficio y minimizar el daño en el tratamiento.
- No causar daño deliberadamente.

Justicia

Tratar a cada persona de acuerdo con lo que se considera correcto y apropiado.

Solidaridad

Ser solidario con el paciente en situaciones en donde existan distintas necesidades.

Responsabilidad

Responder voluntariamente a las necesidades del paciente.

Pautas éticas para profesionales de la salud

- 1) El profesional de la salud estará dedicado a proveer cuidado clínico competente, con compasión y respeto por la dignidad y derechos humanos.
- 2) El profesional de la salud mantendrá los estándares de profesionalismo, deberá ser honesto en todas las interacciones profesionales, y estará dispuesto a reportar especialistas deficientes en carácter o competencia, o que están involucrados en fraude, ante las instancias apropiadas.
- 3) El profesional de la salud respetará los derechos de los pacientes, colegas, y otros profesionales de la salud, y salvaguardará las confidencias y privacidad del paciente dentro de los límites legales.
- 4) El profesional de la salud deberá continuar estudiando, aplicando y avanzando en el conocimiento científico, mantendrá un compromiso con la educación médica, dará información relevante a los pacientes, colegas, y al público, hará consultas y usará los talentos de otros profesionales de la salud cuando esté indicado.
- 5) El profesional de la salud deberá en la provisión del cuidado apropiado al paciente, excepto en emergencias, ser libre de escoger a quien servir, con quien asociarse, y el ambiente en el cual dar atención médica.
- 6) El profesional de la salud deberá reconocer la responsabilidad que tiene para participar en actividades que contribuyan al mejoramiento de la comunidad y el mejoramiento de la salud pública.
- 7) El profesional de la salud deberá, mientras cuida de un paciente, considerar como lo más importante la responsabilidad que tiene con el paciente.
- 8) El profesional de la salud deberá apoyar que todas las personas tengan acceso a la atención médica.

Derechos humanos de los enfermos mentales

- Recibir la mejor atención disponible en materia de salud y salud mental.
- Ser respetadas de acuerdo con la dignidad inherente a la persona humana.
- Contar con la protección que evite la explotación económica, sexual o de otra índole, el maltrato físico y el trato degradante.
- No sufrir discriminación por su condición de enfermo mental.
- Ejercer todos los derechos civiles, políticos, económicos, sociales y culturales que les permita el ordenamiento nacional.
- Nombrar un representante personal.
- Tener información sobre las normas que lo rigen y del personal que estará a cargo de su atención, si es que ingresa a un hospital.
- Gozar de un ambiente seguro, higiénico y humano que garantice condiciones adecuadas de alimentación, habitación, atención médica profesional y espacio seguro.
- Tener acceso a los servicios de laboratorio y gabinete para lograr un diagnóstico certero y oportuno.
- Recibir información veraz, concreta y respetuosa.
- Negarse a participar como sujetos de investigación científica.
- Solicitar la revisión médica de su caso.
- Recibir un tratamiento orientado a la reintegración a la vida familiar, laboral y social, por medio de programas de terapia ocupacional, educativa y de rehabilitación psico social.
- Comunicarse libremente con otras personas dentro y fuera del hospital.

Referencias

Asociación Psiquiátrica Americana: Manual diagnóstico y estadístico de las enfermedades mentales DSM-IV-TR. Barcelona, Editorial Masson, 2002.

Barriguete JA, Unikel C, Aguilar-Salinas C, Córdoba-Villalobos JA, Teresa Shamah T, Rivera-Domarco J, Hernández-Avila M: Prevalence of abnormal eating behaviors in adolescents: results of a population –based nationwide survey. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006, en prensa.

Bojorquez I: Construcción de género, actitudes y conductas alimentarias en mujeres adolescentes mexicanas. Tesis de maestría en Ciencias Odontológicas y de la Salud. México, Facultad de Medicina, UNAM, 2004.

Bojorquez I, Unikel C: Presence of disordered eating among Mexican teenage women from a semi-urban area: its relation to the cultural hypothesis. *European Eating Disorders Review* 2004; 12:197-202.

Bonfil-Batalla G: México profundo: Una civilización negada. México, CIESAS, 1987.

Brewerton TD: Eating disorders, victimization and comorbidity, trabajo presentado en la 2001 Conference of the Academy for Eating Disorders. Vancouver, Canada, Mayo, 2001.

Bruch H: Eating disorders: obesity, anorexia nervosa, and the person within. New York, Basic Books, 1973.

Brumberg JJ: Fasting girls: The history of anorexia nervosa. New York, Vintage Books, 2000.

Buchanan KS: Creating beauty in blacks, en *Consuming passions*. Editado por Brown C, Jasper K. Toronto, Second Story Press, 1993.

Chamorro R, Flores-Ortiz Y: Acculturation and disordered eating patterns among Mexican American Women. *International Journal of Eating Disorders* 2000; 28(1):125-129.

Crisp AH, Palmer RL, Kalucy RS. How common is anorexia nervosa? A prevalence study. *British Journal of psychiatry* 1976; 128:549-54.

Donht H, Tiggemann M: Peer influences on body dissatisfaction and dieting awareness in young girls. *British Journal of Developmental Psychology* 2005; 23(1):102-116.

Gard MC, Freeman CP: The dismantling of a myth: A review of Eating Disorders and socioeconomic status. *International Journal of Eating Disorders* 1996; 20:1-12.

Garner D, Garfinkel P: The Eating Attitudes Test: an index of the symptoms of anorexia nervosa. *Psychological Medicine* 1979; 9:273-279.

Garner D, Garfinkel P: Socio cultural factors in the development of anorexia nervosa. *Psychological-Medicine* 1980; 10: 647-656

Garner DM, Rockert W, Olmsted MP, Johnson C, Coscina DV: Psychoeducational principles in the treatment of bulimia and anorexia nervosa, en Handbook of psychotherapy for anorexia nervosa and bulimia. Editado por Garner DM, Garfinkel PE. New York, Guilford Press, 1985, pp513-572.

Gómez-Peresmitré G, Avila E: ¿Los escolares mexicanos preadolescentes hacen dieta con propósitos de control de peso? *Psicología Iberoamericana* 1998; 6:37-45.

Gómez Persmitré G, Alvarado G, Moreno L, Saloma S, Pineda G: Trastornos de la alimentación. Factores de riesgo en tres diferentes grupos de edad: pre-púberes, púberes y adolescentes. *Revista Mexicana de Psicología* 2001; 18:313-324.

Gordon RA: Eating disorders east and west: a culture-bound syndrome unbound, en *Eating disorders and cultures in transition*. Editado por Katzman N, Gordon R. New York, Taylor & Francis, 2001, pp 1-16.

Gowers SG, Shore A: Development of weight and shape concerns in the etiology of eating disorders. *British Journal of Psychiatry* 2001; 179:236-242.

Haines J, Newmark-Sztainer D: Prevention of obesity and eating disorders: a consideration of shared risk factors. *Health Education Research* 2006; 21:770-782.

Haworth-Hoepner S: The critical shapes of body image: the role of culture and family in the production of eating disorders. *Journal of Marriage and Family* 2000; 62:212-27.

Heatherton TF, Polivy J: Chronic dieting and eating disorders: A spiral model, en *The etiology of bulimia nervosa: The individual and familial context*. Editado por Crowther JM, Tennenbaum DL, Hobfold SE, Parris-Stephens MA. Washington, DC, Hemisphere, 1992, pp133-155.

Henderson M, Freeman CPL: A self-rating scale for bulimia: The BITE. *British Journal of Psychiatry* 1987; 150:18-24.

Hoek H: Incidence, prevalence and mortality of anorexia nervosa and other eating disorders. *Curr Opin Psychiatry* 2006; 19:389-394.

Holland AJ, Sicotte N, Treasure J: Anorexia nervosa: evidence for a genetic basis. *Journal of Psychosomatic Research* 1988; 32:561-71.

Hudson JI, Hiripi E, Pope HE, Kessler RC: The prevalence and correlates of eating disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Biological Psychiatry* 2007; 61(3):348-58.

Huon G, Lim J, Gunewardene A: Social influence and female adolescent dieting. *Journal of Adolescence* 2000; 23:229-232.

Keski-Rahkonen A, Hoek H, Susser E, Linna M, Sihvola E, Raevuori A, Bulik C, Kaprio J, Rissanen A: Epidemiology and course of anorexia nervosa in the community. *Am J Psychiatry* 2007; 164:1259-1265.

- Kendler KS, MacLean C, Neale MC, Kessler RC, Heath AC, Eaves LJ: The genetic epidemiology of bulimia nervosa. *American Journal of Psychiatry* 1991; 148:1627-1635.
- King MB: Eating disorders in a general practice population: prevalence, characteristics and follow-up at 12 to 18 months. *Psychological Medicine* 1989; 19(suppl 14).
- Lask B: Anorexia nervosa and related eating disorders in childhood and adolescence, en *Aetiology*. Editado por Lask B, Bryant-Waugh R. New York, Brunner-Routledge, 2000, pp 63-79.
- Mancilla JM, Franco K, Vázquez R, López X, Alvarez G, Téllez-Girón MT: A Two-Stage Epidemiologic Study on Prevalence of Eating Disorders in Female University Students in Mexico. *European Eating Disorders Review* 2007; 15:463-470.
- Medina-Mora ME, Borges G, Lara C, Benjet C, Blanco J, Fleiz C, Villatoro JA, Rojas E, Zambrano J, Casanova L, Aguilar-Gaxiola S: Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: resultados de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México. *Salud Mental* 2003; 26:1-16.
- Minuchin S, Rosman BL, Baker L: Psychosomatic families. Anorexia nervosa in context. Cambridge, MA, Harvard University Press, 1978.
- Mitchell J, Crow S: Medical complications of anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Curr Opin Psychiatry* 2006; 19:438-443.
- Nichter M: Fat talk: what girls and their parents say about dieting. Cambridge, MA, Harvard University Press, 2000.
- North C, Gowers S, Byram V: Family functioning and life events in the outcome of adolescent anorexia nervosa. *British Journal of Psychiatry* 1997; 171:545-549.
- Patton GC, Johnson-Sabine E, Wood K, Mann AH, Wakeling A: Abnormal eating attitudes in London school girls -a prospective epidemiological study: outcome at twelve month follow-up. *Psychological Medicine* 1990; 20:383-394.
- Paxton SJ, Schutz HK, Wertheim EH, Muir SL: Friendship clique and peer influences on body image concerns, dietary restraint, extreme weight-loss behaviors, and binge eating in adolescent girls. *Journal of Abnormal Psychology* 1999; 108:225-266.
- Perez M, Voelz ZR, Pettit JW, Joiner TE: The role of acculturative stress and body dissatisfaction in predicting bulimic symptomatology across ethnic groups. *International Journal of Eating Disorders* 2002; 31:442-454.
- Pike KM, Rodin J: Mothers, daughters and disordered eating. *Journal of Abnormal Psychology* 1991; 100:198-204.
- Polivy J, Herman P: Causes of eating disorders. *Annual Review of Psychology* 2002; 53:187-213.

Raffi AR, Rondini M, Grandi S, Fava GA: Life events and prodromal symptoms in bulimia nervosa. *Psychological Medicine* 2000; 30:727-31.

Rorty M, Yager J: Histories of childhood trauma and complex posttraumatic sequelae in women with eating disorders. *Psychiatric Clinics of North America* 1996; 19: 733-87.

Rorty M, Yager J, Rossotto E, Buckwalter G: Parental intrusiveness in adolescence recalled by women with a history of bulimia nervosa and comparison women. *International Journal of Eating Disorders* 2000; 28:202-208.

Russell G: Anorexia nervosa of early onset and its impact on puberty, en Feeding problems and eating disorders in children and adolescents. Edited by Cooper P, Stein A. Reading, UK, Harwood Academic Publishers, 1992, pp 99-111.

Shisslak CM, Crago M, Estes LS: The spectrum of eating disturbances. *International Journal of Eating Disorders* 1995; 18:209-219.

Shoebridge P, Gowers SG: Parental high concern and adolescent-onset anorexia nervosa. A case-control study to investigate direction of causality. *British Journal of Psychiatry* 2000; 176:132-137.

Stice E: Risk factors for eating disorders: recent advances and future directions. Edited by Striegel-Moore RH, Smolak L. Washington, American Psychological Association, 2001.

Stice E, Agras WS, Hammer LD: Risk factors for the emergence of childhood eating disturbances: a five-year prospective study. *International Journal of Eating Disorders* 1999; 25:375-387.

Striegel-Moore R, Silberstein LR, Rodin J: Toward an understanding of risk factors for bulimia. *American Psychologist* 1986; 41:246-263.

Strober M: Family-genetic studies, en *Psychobiology and treatment of anorexia nervosa and bulimia nervosa*. Edited by Halmi K. Washington, D.C, American Psychiatric Press, 1995, pp 61-78.

Strong KG, Huon GF: An evaluation of a structural model for studies of the initiation of dieting among adolescent girls. *Journal of Psychosomatic Research* 1998; 44:315-326.

Sullivan PF: Mortality in anorexia nervosa. *American Journal of Psychiatry* 1995; 152: 1073-1074.

Unikel C, Bojorquez I, Carreño S: Validación de un cuestionario breve para medir conductas alimentarias de riesgo. *Salud pública de México* 2004; 46:509-515.

Unikel C, Bojorquez I, Villatoro JA, Fleiz C, Medina-Mora ME: Conductas alimentarias de riesgo en población estudiantil del Distrito Federal: tendencias 1997-2003. *Revista de Investigación Clínica* 2006; 58:15-27.

Unikel C, Mora J, Gómez G: Percepción de la gordura en adolescentes y su relación con las conductas anómalas del comer. *Revista Interamericana de Psicología* 1999; 33(1):11-29.

Unikel C, Saucedo T, Villatoro JA, Fleiz C: Conductas alimentarias de riesgo y distribución del Índice de Masa Corporal en estudiantes de 13 a 18 años. *Salud Mental* 2002; 25:49-57.

Unikel C, Villatoro J, Medina-Mora ME, Alcantar EN, Fleiz C, Hernández SA: Conductas alimentarias de riesgo en adolescentes. Datos en población estudiantil del Distrito Federal. *Revista de Investigación Clínica* 2000; 52(2):140-147.

Van Hoeken D, Lucas AR, Hoek HW: Epidemiology, en *Neurobiology in the treatment of eating disorders*. Edited by Hoek HW, Treasure JL, Katzman MA. Chichester, Wiley, 1998, pp 97-126.

Villatoro JA, Gutiérrez M, Quiroz N, Moreno M, Gaytán L, Gaytán F, Amador N, Medina-Mora ME: Encuesta de Consumo de Drogas en Estudiantes 2006. México, D.F, Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, 2007.

Wooley S: Sexual abuse and eating disorders, en *Feminist perspectives on eating disorders*. Edited by Fallon P, Katzman M, Wooley SC. New York, The Guilford Press, 1993.

World Health Organization: The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders. Clinical descriptions and diagnostic guidelines. Geneva, World Health Organization, 1992

DIRECTORIO SECTORIAL	DIRECTORIO INSTITUCIONAL
<p style="text-align: center;">SECRETARÍA DE SALUD</p>	<p style="text-align: center;">INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA RAMÓN DE LA FUENTE MUÑIZ</p>
<p>Dr. José Ángel Córdova Villalobos Secretario de Salud Dr. Mauricio Hernández Ávila Subsecretario de Prevención y Promoción de la Salud Dra. Maki Ortiz Dominguez Subsecretaria de Innovación y Calidad Dr. Romeo Rodríguez Suárez Titular de la Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad</p>	<p>Dra. Ma. Elena Medina-Mora Icaza Directora General Mtra. Guillermina Natera Rey Directora de Investigaciones Epidemiológicas y Psicosociales Dr. Héctor Sentíes Castela Director de Enseñanza Dr. Francisco Pellicer Graham Director de Investigaciones en Neurociencias Dr. Armando Vázquez López-Guerra Director de Servicios Clínicos</p>
<p style="text-align: center;">CONSEJO NACIONAL DE SALUD MENTAL</p>	
<p>T.R. Virginia González Torres Secretaria Técnica del Consejo Nacional de Salud Mental Ing. Luis Acosta del Lago Director de Normatividad y Coordinación Institucional Lic. Susana Moya Villar Directora de Desarrollo de Modelos de Atención en Salud Mental</p>	

