

---

# TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA: ANOREXIA NERVIOSA. Revisión bibliográfica.

---

Mariana Andrea Staudt, Nilda María del Milagro Rojo Arbelo  
Dr. Germán Alfredo Ojeda

## RESUMEN:

**Introducción:** los trastornos de la conducta alimentaria son enfermedades que tienen como características principales un comportamiento distorsionado de la alimentación y una extrema preocupación por la imagen y el peso corporal.

Son enfermedades de evolución crónica, que han tenido un gran aumento de su frecuencia en las últimas décadas y su etiología es multifactorial.

**Objetivos:** Brindar información actualizada sobre la Anorexia Nerviosa, principalmente de su signosintomatología, sus criterios diagnósticos y las normas terapéuticas básicas para su recuperación.

**Material y Métodos:** Para la realización de éste informe se utilizaron libros y revistas científicas de Psicología, Psiquiatría, Clínica Médica y Medicina Familiar nacionales e internacionales. Estos materiales fueron obtenidos en la Biblioteca de la Facultad de Medicina (UNNE), en la Residencia de Psiquiatría del Hospital Psiquiátrico "San Francisco de Asís" (Corrientes-Argentina) y en la Biblioteca del Hospital "Julio C. Perrando" (Chaco-Argentina).

**Conclusión:** La Anorexia Nerviosa es una enfermedad grave, tanto desde el punto de vista físico como psíquico, que ha aumentado enormemente en frecuencia en los últimos años, favorecidos por los factores sociales que impone nuestra cultura.

Este trastorno es de fácil diagnóstico si se pone especial énfasis en la signosintomatología que presentan los pacientes; en contraposición al tratamiento, que resulta engorroso en la mayoría de los casos, ya que los que la padecen, rara vez aceptan su enfermedad como tal.

**Palabras Claves:** Anorexia Nerviosa, Alimentación, Peso Corporal.

## SUMMARY:

Eating disorders are diseases characterized mainly by distorted eating behaviour and an extreme concern for body image and weight.

These diseases have a chronic evolution, cases have increased dramatically over the past few years and they have a multifactorial etiology.

**Objectives:** Provide updated information about Anorexia Nervosa, especially clinical signs, diagnostic criteria and basic therapeutic standards.

**Materials and Methods:** National and international psychology, psychiatry, clinical and family medicine books and scientific journals have been used in this report.

These reference materials were obtained from the library of the Faculty of Medicine (UNNE), the Psychiatric Residency programme at "San Francisco de Asís" Hospital (Corrientes Argentina), and the "Julio C. Perrando" Hospital Library (Chaco Argentina).

**Conclusion:** Anorexia Nervosa is serious disease, both from a physical and psychic point of view, whose occurrence has increased dramatically over the past years, largely due to social factors imposed by our culture.

This disorder can be diagnosed if special attention is paid to the patient's clinical signs; in contrast, the treatments is often problematic, as the affected individual rarely accepts his disease as such.

**Key words:** Anorexia Nervosa, Nutrition, Body Weight.

## INTRODUCCION

Los trastornos de la conducta alimentaria son enfermedades que tienen como características principales un comportamiento distorsionado de la alimentación y una extrema preocupación por la autoimagen y el peso corporal. Los afectados hacen grandes esfuerzos para perder peso, y muchos niegan que sus hábitos de alimentación sean un problema. Otra característica importante de estos trastornos es su cronicidad.<sup>(1)</sup>

Los principales representantes de éste grupo son la Anorexia Nerviosa y la Bulimia Nerviosa, refiriéndonos en ésta revisión exclusivamente a la Anorexia Nerviosa.<sup>(2)</sup> En las úl-

timas décadas, ésta enfermedad ha cobrado mayor importancia no solo entre los adultos, sino también entre los niños. Las nuevas tendencias en la moda y los nuevos estándares en el aspecto físico y los patrones de alimentación se señalan como los posibles disparadores del aumento en la frecuencia de dichos trastornos.<sup>(3)</sup>

Tal y como ocurre con muchas de las enfermedades psiquiátricas, la etiología de la Anorexia Nerviosa aún no se conocen con certeza, y se piensa que es multifactorial; existiendo en ellas componentes de tipo genético, sociales, metabólicos, de personalidad, hormonales, sexuales, del modo de expresar las

emociones, de aprendizaje, de historia de abuso, maltrato o perfeccionismo y la coexistencia con otros trastornos psiquiátricos, como el componente depresivo, obsesivo-compulsivo, los trastornos de ansiedad y la pérdida del control del impulso. <sup>(4)</sup>

## OBJETIVOS

Brindar información actualizada sobre la Anorexia Nerviosa, principalmente de su signosintomatología, sus criterios diagnósticos y las normas terapéuticas básicas para su recuperación.

## MATERIALES Y METODOS

Para la realización de éste informe se utilizaron libros y revistas científicas de Psicología, Psiquiatría, Clínica Médica y Medicina Familiar, nacionales e internacionales. Estos materiales fueron obtenidos en la Biblioteca de la Facultad de Medicina (UNNE), en la Residencia de Psiquiatría del Hospital Psiquiátrico "San Francisco de Asís" (Corrientes-Argentina) y en la Biblioteca del Hospital "Julio C Ferrando" (Chaco-Argentina).

## DESARROLLO

La 4° edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV), define a ésta entidad como un trastorno en el que el persona se niega a mantener un peso mínimo dentro de la normalidad, tiene miedo intenso a ganar peso y una significativa mala interpretación de su cuerpo y su forma. Esta misma entidad resalta también, que el término de Anorexia (falta de apetito) es erróneo, ya que ésta rara vez aparece en los estadios tempranos de la enfermedad. <sup>(5)</sup>

La Anorexia Nerviosa se caracteriza por una profunda distorsión de la imagen corporal y una implacable búsqueda de delgadez, que a menudo llega a la inanición. <sup>(6)</sup>

**Epidemiología:** En las últimas décadas se ha producido un aumento constante en la incidencia de la Anorexia Nerviosa en la población prepúber, adolescente y en la primera parte de la adultez, siendo del 1 al 2% de la población total.

Son la primera causa de muerte no traumática (por causa psiquiátrica o endócrina) que afecta a este grupo etario.

Es más frecuente en mujeres que en varones (promedio de 10:1) y a pesar de que existe el prejuicio de que solo se presenta en las clases medias o altas, puede afectar a personas de todas las clases sociales. <sup>(7)</sup>

Los varones con esta patología presentan similitudes clínicas con las mujeres que la padecen; sin embargo, muestran tasas más altas de omorbilidad psiquiátrica y más morbilidad

psicosocial cuando se los compara con varones sin trastornos de la alimentación. <sup>(8)</sup>

La población en mayor riesgo es la formada por atletas, modelos, deportistas, aquellos con antecedentes familiares de trastornos de la alimentación o con antecedentes de obesidad en la niñez, historia de abuso sexual, de maltrato, antecedentes de depresión y alexitimia. También los pacientes con diagnóstico de trastorno de la personalidad límite o inestable. <sup>(2,9)</sup>

**Etiopatogenia:** la Anorexia Nerviosa en un trastorno de origen multifactorial, y es sabido que ninguno de éstos factores por si solo puede explicarla: <sup>(10,11)</sup>

1. Factores Psicológicos: La anorexia nerviosa parece ser una reacción de los adolescentes (edad donde frecuentemente comienza el trastorno) frente a ciertas demandas, como por ejemplo: aumento de sus relaciones sociales y sexuales, independencia, etc. Estas pacientes suelen dirigir sus preocupaciones hacia la comida y el aumento de peso y suelen perder el sentido de autonomía y autoconfianza. Muchas sienten que sus cuerpos están, de alguna manera, bajo el control de sus padres y la autoinanición se convierte así en un esfuerzo para adquirir la condición de persona única y especial. Los psicoanalistas que tratan a pacientes con Anorexia Nerviosa están de acuerdo generalmente en que se trata de jóvenes que han sido incapaces de separarse psicológicamente de sus madres. El cuerpo pasa a ser percibido como si estuviera habitado por la introyección de una madre intrusiva y no empática y la inanición puede tener el significado inconsciente de detener el crecimiento de éste objeto interno intrusivo y de ese modo destruirlo. <sup>(11,12)</sup>

Podemos decir que a nivel psicológico hay tres áreas afectadas:

- Un trastorno de proporciones delirantes en la imagen y concepto corporales (se siente normal cuando está emanciado, niega enfermedad y anormalidad).
- Percepción e interpretación cognitivas inadecuadas y confusas de los estímulos que se inician en el cuerpo, que lo llevaría a no darse cuenta de la sensación de hambre.
- Una sensación paralizante de ineffectividad que produce la convicción de que actúa solamente en respuesta a las demandas de los otros y no por su propia iniciativa. <sup>(12,13)</sup>

También se presenta, en la mayoría de estas pacientes, características comunes

de la personalidad previa, como ser: perfeccionismo, rigidez, escasa empatía, baja autoestima<sup>(2,14)</sup> y personalidad obsesiva.<sup>(15)</sup>

2. Factores Familiares: en las familias de las pacientes con anorexia nerviosa muy frecuentemente existen las siguientes características:

- Sobreenvolvimiento, es decir, excesiva fusión entre todos los miembros con una consecuente disminución de la independencia y autonomía individual.
- Rigidez para cambiar y adaptarse a nuevos patrones y situaciones.
- Sobreprotección.
- Evitación y falta de resolución de conflictos.<sup>(2,12)</sup>

También las familias de pacientes con Anorexia Nerviosa parecen felices y a menudo son de clase económica alta y orientada hacia el éxito y las realizaciones que producen prestigio.

Ocurre especialmente en familias que tienen más hijas que hijos y raramente en casos de hijos únicos; es común que se presente en la mayor de dos hijas y en el caso del hijo predilecto, del que ambos padres piden afecto y confirmación, éste papel se vuelve difícil para el adolescente, y lo predispone a la aparición de la enfermedad.<sup>(12,15)</sup>

Este modelo de familia, altamente frecuente en el entorno de la anoréxica, es poco específico, ya que se observa en otros trastornos y en ausencia de patología también.<sup>(10)</sup>

3. Factores Genéticos: Estos son fundamentales en la Anorexia Nerviosa, respecto de la cual la tasa de concordancia es del 70% para gemelos idénticos y del solo 20% para los no idénticos.<sup>(2)</sup> Las hermanas de éstas pacientes parecen estar también afectadas con mayor frecuencia por éste trastorno.<sup>(11)</sup> Se ha identificado un gen en el cromosoma 1 implicado en el desarrollo de ésta patología y aunque los trastornos de la alimentación son sustancialmente heredables, la susceptibilidad genética puede deberse a efectos de interacción entre diferentes genes y es posible que se reflejen en pequeñas variantes poco frecuentes en la población general.<sup>(16)</sup>

4. Factores Socioculturales: La sobrevaloración de la delgadez que hace nuestra cultura, es un factor de innegable importancia para la generación de éstos cuadros.<sup>(10)</sup> Las influencias socioculturales y concretamente, "el anhelo de delgadez", constituyen el principal factor de predisposición y de mantenimiento de éstos

trastornos. Los agentes que contribuyen a la difusión de la estética de la delgadez son muchos: modas de vestir; producción y venta de productos y servicios adelgazantes con su publicidad; rechazo de la obesidad y el sobrepeso; famosos encarnados en cuerpos delgados; medios de comunicación; difusión de actividades físicas de riesgo y cambios en el papel social de la mujer.<sup>(14,17)</sup>

5. Factores Biológicos: Los opioides endógenos pueden ser responsables de la negación del hambre en éstos pacientes;<sup>(12)</sup> demostrado por estudios que revelan un importante aumento de peso en algunos pacientes a los que se le administraron antagonistas opiáceos.<sup>(11)</sup> La leptina, péptido producido en las células del tejido adiposo, está involucrada, mediante factores hipotalámicos, en la regulación del apetito y del mantenimiento del peso. La secreción de ésta, desde el adipocito comunica el estado de energía corporal al cerebro. Se ha encontrado que la leptina cambia las concentraciones de NYP (neuropéptido con efecto estimulante de la ingesta de comida) en el hipotálamo. Las altas concentraciones de leptina, que reflejan adecuadas o altas concentraciones de grasa corporal, son las que regulan hacia abajo (down regulation) las cifras de NYP, lo cual disminuye el apetito. De igual manera, las concentraciones bajas de leptina se relaciona con cifras altas de NYP y estimulan la ingesta para restaurar las reservas de energía. Cuando se estudia en mujeres adolescentes y adultas jóvenes el efecto de la Anorexia Nerviosa en las concentraciones plasmáticas de las adipocitocinas (leptina y adiponectina) y la reserva de la glucosa estimulada por la insulina, se observa que las anoréxicas muestran concentraciones plasmáticas más altas de adiponectina al compararlas con las no anoréxicas; en tanto, las de leptina se encuentran disminuídas.<sup>(18)</sup>

La deficiencia de cinc, también está íntimamente asociada con la anorexia nerviosa, no solo por ella misma, sino también ligada a otros macronutrientes como la tiamina.<sup>(19)</sup>

En estudios realizados con Tomografía por Emisión de Positrón, al observar el flujo sanguíneo cerebral por regiones, los pacientes anoréxicos con comportamiento habitual de purga/atracón han mostrado mayores cambios en las regiones superiores, frontal, inferior y parietal del hemisferio derecho, como así también, aumento de los surcos y ventrículos ce-

rebrales, en contraste con pacientes anoréxicos de tipo restrictivo y con controles sanos. <sup>(11,20)</sup>

Con la conjunción de todos éstos factores, se ha creado una Teoría Multifactorial, que postula que la Anorexia Nerviosa sería el fruto de una interacción compleja entre los factores psicológicos y familiares que llevarían al adolescente, en un deseo de autoexpresarse, a rehusar el alimento; la desnutrición consecuente produciría cambios hipotalámicos y endócrinos que contribuirían a la hiperactividad, la euforia, los trastornos de la imagen corporal y el miedo a la obesidad. <sup>(1,12)</sup>

**Clínica:** el inicio de la anorexia nerviosa suele ocurrir entre los 10 y 30 años; después de los 13 años, la frecuencia aumenta rápidamente y llega a ser máxima entre los 17 y 18 años de edad. <sup>(11)</sup>

El cuadro clínico, la mayoría de las veces es muy florido y no ofrece dificultades diagnósticas. Se trata casi siempre de un adolescente o pre-púber que voluntaria, y a veces deliberadamente, restringe su dieta de forma tal que se destaca una pérdida de peso muy importante, que va seguida o a veces precedida de amenorrea y que forma una figura casi siempre desagradable por el adelgazamiento.

Los pacientes con anorexia nerviosa presentan los siguientes rasgos clínicos:

- Una distorsión de la imagen corporal: a pesar de la extrema delgadez mantiene el convencimiento de su belleza y aún de que sus formas son flácidas. <sup>(10)</sup>
- En todos los pacientes está presente un miedo intenso o fobia a ganar peso y convertirse en obesos, lo cual sin duda contribuye a su falta de interés, e incluso resistencia a la terapéutica. <sup>(11,21)</sup>
- Hay casos particularmente graves, donde podría considerarse al trastorno como una verdadera paranoia del cuerpo: la idea de gordura o flacidez se mantiene a pesar de la caquexia.
- La mayoría de las conductas aberrantes dirigidas a perder peso se realizan en secreto. Los pacientes generalmente rehusan a comer con sus familiares o en lugares públicos. La pérdida de peso se produce mediante la restricción drástica del total de la ingesta con un descenso desproporcionado de hidratos de carbono y alimentos grasos. <sup>(22)</sup>
- Generalmente la paciente con anorexia nerviosa despliega su actividad normal, o más aún sobreadaptada.
- El interés por las dietas y el conocimiento minucioso del valor calórico de los alimentos llega en ocasiones a convertirse en el único tema en la vida de la paciente, <sup>(10)</sup> éstos están constantemente pen-

sando en la comida, su pasión es coleccionar recetas de cocina y preparar comidas muy elaboradas para los demás. Además, los pacientes exhiben un comportamiento peculiar acerca de la comida, durante las cuales, intentan deshacerse del alimento poniéndolo en las servilletas o escondiéndolo en los bolsillos, cortan la carne en pequeños trozos y pasan mucho tiempo reordenándolas en el plato. Si se les confronta con su peculiar comportamiento, a menudo niegan que sea inusual, o bien rehusan terminantemente hablar sobre ello. <sup>(11,23)</sup> Algunos pacientes no pueden mantener continuamente el control sobre la restricción voluntaria de alimentos y entonces comen grandes cantidades de una vez. Estos atracones suelen ocurrir secretamente y a menudo por la noche y frecuentemente se siguen de vómitos autoinducidos; los pacientes abusan de laxantes e incluso diuréticos para perder peso, y de ejercicios ritualizados como andar en bicicleta, caminar y correr. <sup>(26)</sup>

- La pérdida de peso habitualmente supera el 25%.
- El lanugo, vellos que semeja al del recién nacido, aparece en muchas anoréxicas.
- La amenorrea, es un signo constante y a menudo aparece antes de que la pérdida de peso sea notable. Este hecho a dado lugar a interpretaciones sobre la deliberada negativa de la enferma a crecer, a "hacerse mujer". Esta situación se debe a un hipogonadismo hipogonadotrófico (disfunción hipotalámica) consecuencia de la reducción de la ingesta calórica y la pérdida de peso. <sup>(10)</sup> Se ha descrito también, un ajuste sexual deficiente en éstos pacientes. Muchos adolescentes con anorexia nerviosa tienen un desarrollo sexual y psicosocial retrasado; en los adultos, al inicio del trastorno se presenta a menudo una marcada disminución del interés sexual. <sup>(11,13,24)</sup>
- Las alteraciones endocrinológicas y metabólicas también se hacen presente, y se estima que son resultado de la restricción alimentaria, aunque podrían deberse a factores aún desconocidos. Estas alteraciones son: patrón pre-puberal de la secreción de hormona leutinizante que mejora al recuperarse el peso, aumento de hormona de crecimiento, bajos niveles de T3, con altos niveles de T3 inactiva, T4 y TSH normales, alteración de la termoregulación (hipotermia) <sup>(25)</sup> y aumento del cortisol plasmático por la tarde.
- Entre los cambios físicos se destacan: pseudoatrofia cerebral, bradicardia, hipo-

tensión, arritmias, aumento de enzimas hepáticas, alteraciones renales funcionales con edema y litiasis, anemia, leucopenia y trombocitopenia. En casos graves se llega a la caquexia y muerte por complicaciones.

- Los cambios psíquicos, que sobre la personalidad de base se instalan, son: mal humor, irritabilidad, ansiedad, y con el tiempo retraimiento social, abandono de las actividades y depresión.<sup>(11)</sup>
- La anorexia nerviosa no deja de afectar a los varones. Sus características conductuales, emocionales y sistémicas son parecidas a las del género femenino, observándose además, disminución en las concentraciones de Testosterona.<sup>(8)</sup> El riesgo de que los hombres adolescentes con anorexia presenten osteopenia es alto.<sup>(25)</sup>
- Otras manifestaciones específicas de la Anorexia Nerviosa son: aspecto demacrado; sequedad de la piel, caída del cabello, uñas frágiles; extremidades frías y cianóticas. Son frecuentes los desequilibrios hidroelectrolíticos, disfunciones gastrointestinales y osteoporosis.<sup>(14)</sup>

**Criterios Diagnósticos:** son los propuestos por el DSM-IV e implican:

- a. Rechazo a mantener el peso corporal igual o por encima del valor mínimo normal considerando la edad y la talla (por ejemplo, pérdida de peso que da lugar a un peso inferior al 85% del esperado, o fracaso en conseguir el aumento normal durante el período de crecimiento, dando como resultado un peso corporal inferior al 85% del peso esperable).
- b. Miedo intenso a ganar peso y convertirse en obeso, incluso estando por debajo del peso normal.
- c. Alteración de la percepción del peso o la silueta corporal, exageración de su importancia en la evaluación o negación del peligro que comporta el bajo peso corporal.
- d. En las mujeres pospuberales, presencia de amenorrea; por ejemplo, ausencia de al menos 3 ciclos consecutivos.<sup>(5)</sup>

El DSM-IV describe también dos tipos clínicos de la Anorexia Nerviosa:

- **Tipo Restrictivo:** durante el episodio de Anorexia Nerviosa, el individuo no recurre generalmente a atracones o purgas (por ejemplo, provocación del vómito o uso excesivo de laxantes, diuréticos o enemas).<sup>(5,26,27)</sup>
- **Tipo Compulsivo/Purgativo:** durante el episodio de Anorexia Nerviosa, el individuo recurre generalmente a atracones o

purgas (por ejemplo, provocación del vómito o uso excesivo de laxantes, diuréticos o enemas).<sup>(5,28)</sup>

**Diagnóstico Diferencial:** este debe realizarse con:

- Trastornos del Estado de Animo: aunque la anorexia nerviosa a veces manifiesta hiperactividad y euforia, no presenta los otros síntomas de un episodio maniaco; también presenta a veces tristeza e ideas de suicidio, pero raramente se evidencia el cuadro completo de depresión.
- Otros Trastornos Psiquiátricos: el carácter distorsionado y a veces delirante de las ideas relacionadas a la alimentación hacen sospechar la esquizofrenia. Además muchas características obsesivas y compulsivas de éstos pacientes con Anorexia Nerviosa pueden ser confundidas con el Trastorno Obsesivo Compulsivo. La presencia de la actividad hacia la alimentación y la imagen corporal, el rehusar a comer y la pérdida de peso que son las características básicas de la Anorexia Nerviosa, fácilmente la diferencian de las enfermedades mencionadas.
- Enfermedades Físicas: Tumores del Hipotálamo a veces producen cuadros similares a la anorexia nerviosa.
- Bulimia Nerviosa: la anorexia nerviosa puede presentar episodios bulímicos, pero la presencia de los otros criterios diagnósticos de ésta establecen el diagnóstico; además la mayoría de los bulímicos tienen peso normal.<sup>(5,12)</sup>

**Curso y Pronóstico:** el curso es muy variable, pudiéndose presentar la recuperación espontánea, el episodio único con recuperación completa con los diversos tratamientos, evolución cíclica, y en otros casos es progresivo hasta la muerte por inanición.<sup>(12)</sup>

Un mayor seguimiento del paciente y la edad temprana de inicio del trastorno parecen ser factores favorables en el pronóstico, mientras que la presencia de vómitos, empleo de laxantes, personalidad obsesiva-compulsiva y la cronicidad de la enfermedad se consideran factores desfavorables para el pronóstico.<sup>(2,3)</sup>

Las estadísticas muestran una mortalidad entre el 5 y 25 %, la mayoría por la desnutrición, pero también a veces por suicidio. Además, aproximadamente un tercio de los pacientes desarrollan depresión clínica en el seguimiento y algunos se suicidan.<sup>(29,30)</sup>

**Tratamiento:** Dada las complicaciones médicas y psicológicas de la Anorexia Nerviosa, ésta requiere ser tratado por un equipo de especialistas con experiencia en el tema. Los casos leves pueden manejarse ambulatoriamente, pero el resto requiere internación.<sup>(10)</sup>

- Hospitalización: la primera consideración en el tratamiento es restaurar el estado nutricional del paciente; la deshidratación, la inanición y los desequilibrios electrolíticos pueden conducir a un grave compromiso de la salud y, en ocasiones a la muerte. La decisión de hospitalizar a un paciente se basa en su estado médico y en el grado de estructuración que se necesita para asegurar su cooperación. En general, los pacientes con peso menor del 20% del que le corresponde para su altura, deberían ingresar a un hospital; y aquellos con peso inferior al 30% del esperado requerirán ingreso psiquiátrico de 2 a 6 meses. Los programas de hospitalización psiquiátrica suelen combinar terapia conductual, individual, educación y terapia familiar, y en algunos casos, medicaciones psicótropas. El éxito del tratamiento radica en la capacidad del equipo médico de mantener un apoyo firme con el paciente, y a la vez requiere ser flexible para individualizar los tratamientos y ajustarlos a las necesidades y capacidades cognoscitiva de cada paciente.

El manejo de los pacientes durante la hospitalización requiere: ser pesados todos los días por la mañana; controlar diariamente la ingesta de líquidos y su posterior evacuación; determinar regularmente los niveles séricos de electrolitos y vigilar el riesgo de hipocalcemia. Se aconseja dar una dieta de solo 500 calorías por encima de las requeridas para mantener el peso que tienen (normalmente entre 1500 y 2000 cal/d.), repartiéndose éstas entre 6 comidas iguales a lo largo del día y suplementos nutritivos en forma líquida.<sup>(11,31)</sup>

- Psicoterapia: la mayoría de los pacientes requieren una intervención continuada tras el alta hospitalaria. Como casi todos inician el trastorno durante la adolescencia, la Terapia Familiar debe ser parte del tratamiento global y se utiliza para examinar las interacciones entre los miembros de la familia.

La Psicoterapia Expresiva- de Apoyo y Dinámica se usa en el tratamiento de pacientes con anorexia nerviosa, aunque la resistencia de éstos, puede llegar hacer el proceso muy dificultoso. Como el paciente ven sus síntomas como el núcleo de su singularidad, los terapeutas deben evitar poner demasiado énfasis en intentar cambiar sus conductas alimentarias.

Los terapeutas deben ser flexibles, persistentes y firmes al enfretarse a los de-

seos del paciente de boicotear cualquier esfuerzo por ayudarles.<sup>(11)</sup>

Muchos especialistas prefieren las Terapias Cognocitivo-Conductuales para controlar la ganancia de peso y su posterior mantenimiento, así como para reconducir las conductas alimentarias.<sup>(32)</sup>

Las Psicoterapias de Carácter Introspectivo pueden ayudar a algunos pacientes una vez estabilizados.<sup>(11)</sup>

- Terapia Biológica: ninguno de los psicofármacos disponibles ha mostrado una eficacia consistente. En casos aislados, se han reportado buenos resultados con amtriptilina, clomipramina, inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina y litio. Los antidepresivos son más efectivos en la anorexia nerviosa con carácter bulímico. La ciproheptadina (un estimulante del apetito) ha sido utilizado con éxito en algunos pacientes.<sup>(11,12)</sup>

Rara vez la Terapia Electroconvulsiva puede ser beneficioso en casos de anorexia nerviosa asociada con trastorno depresivo mayor.<sup>(33)</sup>

## CONCLUSION

La Anorexia Nerviosa es una enfermedad grave, tanto desde el punto de vista físico como psíquico, que ha aumentado enormemente en frecuencia en los últimos años, favorecidos por los factores sociales que impone nuestra cultura.

Este trastorno es de fácil diagnóstico si se pone especial énfasis en la signosintomatología que presentan los pacientes; en contraposición al tratamiento, que resulta engorroso en la mayoría de los casos, ya que los que la padecen, rara vez aceptan su enfermedad como tal.

## BIBLIOGRAFIA

1. Becker AE, Grinspoon SK, Klibanski A. Eating disorders. *New Eng J Med* 1999; 1092-1098.
2. Alarcon RD, Mazzotti G, Nicolini H. *Psiquiatría*. 2ª ed. México: Editorial el Manual Moderno; 2005: 519-527.
3. Steinhausen HC. The outcome of anorexia nervosa in the 20<sup>th</sup> century. *A J Psychiatr* 2002;159(8): 1284-1293.
4. Andreasen N, Black DW. *Introductory textbook of psychiatry*. American Psychiatric Publishing Inc 2000: 271-273.
5. Walsh TB, Garfinkel P, Halmi KA, Mitchell J, Wilson Ternce G. *Asociación Americana de Psiquiatría (APA). Manual de Clasificación y Diagnóstico (DSM-IV)*. Barcelona: Editorial Masson; 2000: 553-564.
6. Kaplan HI, Sadock BJ. *Sinopsis de Psiquiatría. Ciencia de la Conducta Psiquiátrica*. 6ªed. Baltimore: Williams & Wilkins; 1995: 1361-1363.
7. Rubinstein A, Terrasa S, Duarte E, Rubinstein E, Carrete P. *Medicina Familiar y Práctica Ambulatoria*. Buenos Aires: Editorial Panamericana; 2004: 442-446.
8. Carlat DJ, Camargo CA Jr, Herzog DB. Eating disorders in males: a report on 135 patients. *Am J Psychiatr* 1997; 154(8): 1127-1132.

9. Johnson J, Cohen P, Kasen S. Childhood adversities associated with risk for eating disorders or weight problems during adolescence or early adulthood. *Am J Psychiatr* 2002; 159: 394-400.
10. Lopez Romero A. Introducción a la Psiquiatría. 2° ed. Buenos Aires: Editorial Salerno; 2000: 273-279.
11. Kaplan HI, Sadock BJ. Sinapsis de Psiquiatría. Ciencia de la Conducta Psiquiátrica Clínica. 8° ed. Madrid: Editorial Panamericana; 1999: 816-829.
12. Toro RJ, Yepes LE. Fundamentos de Medicina Psiquiátrica. 3° ed. Colombia: Cooperación para Investigaciones Biológicas; 2001: 223-229.
13. Horesh N, Apter A, Ishai J y col. Abnormal psychosocial situations and eating disorders in adolescence. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1996; 35: 921.
14. Farreras Valentí P, Rozman C. Medicina Interna. 14° ed. Barcelona: Editorial Harcourt; 2000: vol 2: 1814-1818.
15. Jarry JL, Vaccarine FJ. Eating disorder and obsessive-compulsive disorder: Neurochemical and phenomenological commonalities. *J Psychiatry Neurosci* 1996; 21: 36.
16. Grice DE, Halmi KA, Fichter MM. Evidence for a susceptibility gene for anorexia nervosa on chromosome 1. *Am J Human Genet* 2002; 70: 787-792.
17. Gila A, Castro J, Toro J, Salamero M. Subjective body-image dimensions in normal and anorexic adolescents. *Brit J Med Psychol* 1998; 71: 175-184.
18. Panacciuoli N. Anorexia Nervosa is characterized by increased adiponectin plasma levels and reduced non-oxidative glucose metabolism. *J Clin Endoc Metab* 2003; 88: 1748-1752.
19. Shay N, Mangian H. Neurobiology of cingulate-influenced eating behavior. *J Nutr* 2000; 130: 1493-1499.
20. Naruo T, Nakabeppu Y, Sagiya K-I. Characteristic regional cerebral blood flow patterns in anorexia nervosa patients with binge/purge behavior. *A J Psychiatr* 2000; 157: 1520-1522.
21. Brewerton TD, Lydiard RB, Ballenger JC, Herzog DB. Eating disorders and social phobia. *Arch Gen Psychiatry* 1993; 50: 70.
22. Stonar SA, Fedoroff IC, Andersen AE, Rolls BJ. Food preferences and desire to eat in anorexia and bulimia nervosa. *Int J Eat Disord* 1996; 19: 13.
23. Ponton LE. A Review of eating disorders in adolescents. *Adolesc Psychiatry* 1995; 20: 267.
24. Gillberg IC, Rastam M, Gillberg C. Anorexia Nervosa outcomes: sex years controlled longitudinal study of 51 cases including a population cohort. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1994; 33: 729.
25. Castro J, Toro J, Lazaro L. Bone mineral density in male adolescents with anorexia nervosa. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2002; 41: 613-618.
26. Eddy KT, Keel PK, Dorer DJ. Longitudinal comparison of anorexia nervosa subtypes. *Int J Eat Dis* 2002; 31: 191-201.
27. Garner DM, Garner MV, Rosen LW. Anorexia Nervosa "restricters" who purge: implications for subtyping anorexia nervosa. *Int J Eating Disord* 1993; 13: 187.
28. Herzog DB, Field AE, Keller MB y col. Subtyping eating disorders: Is it justified? *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1996; 35: 928.
29. Herzog DB, Greenwood DN, Dorer DJ. Mortality in eating disorders: a descriptive study. *Int J Eat Dis* 2000; 28: 20-26.
30. Sullivan PF. Mortality in Anorexia Nervosa. *A J Psychiatr* 1995; 152: 1073-1074.
31. Kaplan AS. Psychological treatments for anorexia nervosa: a review of published studies and promising new directions. *Canad J Psychiatr* 2002; 47: 235-242.
32. Wilson GT, Fairburn CG. Cognitive treatments for eating disorders. *J Consult Clin Psychol* 1993; 61: 261.
33. Ferbuson JM. The use of electroconvulsive therapy in patients with intractable anorexia nervosa. *Int Eating Disord* 1993; 13: 171.