Anorexia nerviosa

Castillo Sánchez MD[1], León Espinosa de los Monteros MT[2], Fernández Lloret S[3], Fernández Soto ML[4], Medina Pérez JM[5], Leyva Martínez S[6]

[1]Centro de Valoración y Orientación. Delegación Provincial de Asuntos Sociales. Granada.
[2]Servicio de Medicina Preventiva y Salud Publica. Hospital Virgen de las Nieves. Granada.
[3]Unidad de Nutrición. Hospital Clínico San Cecilio. Granada.
[4]Servicio de Endocrino y Nutrición. Unidad de TCA. Hospital Clínico San Cecilio. Granada.
[5]Centro de Salud Gran Capitán. Granada.
[6]Servicio de Endocrino y Nutrición. Unidad de TCA. Hospital Clínico San Cecilio. Granada.

La anorexia nerviosa (AN) es un trastorno grave de la conducta alimentaria caracterizado por una pérdida deliberada de peso, inducida y mantenida por el propio enfermo (hay un rechazo a mantener el peso corporal igual o por encima del valor mínimo normal, considerando la edad y la talla), acompañada de anorexia, amenorrea y alteraciones del comportamiento (las personas que lo padecen dedican la mayor parte de su tiempo a temas alimentarios y todo lo que esté relacionado con ello). La preocupación por la comida y el temor a ganar peso forman lo esencial de este trastorno, junto con la inseguridad personal para enfrentarse a este problema. Niegan la enfermedad y se perciben gordas, a pesar de presentar un aspecto esquelético.

Es considerada una enfermedad mental que se acompaña de una pérdida voluntaria de peso y de un intenso temor a la obesidad. Los anoréxicos tienen una marcada tendencia a la inanición, acompañada por un temor irracional hacia los alimentos.

La investigación ha puesto de manifiesto que la anorexia nerviosa es un trastorno conocido desde la antigüedad; su prevalencia era un enigma hasta hace relativamente poco tiempo. Se acompaña de otras connotaciones, entre las que destacan la religiosidad y el misticismo.

La historia de la anorexia está delimitada por varias etapas: una primera descriptiva, que llega hasta finales del XIX, y a partir de principios del siglo XX se consideran los aspectos psicopatológicos, psiquiátricos y neuroendocrinos. Al principio era considerada como histeria, posteriormente como un trastorno endocrino y finalmente psiquiátrico. Últimamente se da gran importancia a factores psicosociales e hipotalámicos.

Aunque la AN comenzó a conocerse en la década de los 60, se han descrito desde tiempos bíblicos casos de abstinencia alimentaria. Desde el siglo XIII al XV el control del apetito connotaba religiosidad, convicción, obediencia, castidad y pulcritud. En la actualidad, la AN se encuentra clasificada detalladamente en el Manual Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM IV) y en el de Trastornos Mentales y del Comportamiento (CIE-10).

EPIDEMIOLOGÍA

Diversos estudios hablan de un aumento de la incidencia y prevalencia de este cuadro en las últimas décadas. Se habla de un incremento de un 1-1,6 por 100.000 habitantes en los últimos 30 años; la incidencia es mucho menor en culturas orientales y en países subdesarrollados. Para la población de riesgo (mujeres de 12 a 24 años) se habla de un 0,4-1%. Otros estudios señalan que últimamente ese crecimiento no se ha observado en adolescentes jóvenes y sí en mujeres adultas, en las que se ha incrementado significativamente; aun así, sigue siendo un trastorno poco común.

En el mundo occidental se considera que la prevalencia es de un 1,1% en los adolescentes de sexo femenino y del 0,2-0,8% en la población general. La proporción entre ambos sexos se mantiene en un varón por cada 10 mujeres.

La AN se describe como una enfermedad típica de las sociedades desarrolladas; a medida que progresa el

nivel socioeconómico aumenta el número de casos. Es una enfermedad que se observa preferentemente en los grupos sociales con alto poder adquisitivo, aunque últimamente también se identifican casos entre las clases económicas menos favorecidas. Las bailarinas, gimnastas, atletas, deportistas de élite y modelos, preocupadas por su imagen corporal, también constituyen un grupo de alto riesgo. Garner (1980) estimó una prevalencia del 7,6% en mujeres estudiantes de ballet profesional, pero se llega a del 15-20% según distintos autores. La prevalencia en los países desarrollados se ha estimado en el 1-4%; si se consideran también las formas subclínicas podría incluso aumentar hasta el 5% para el total de la población de adolescentes de edades comprendidas entre los 14 y 22 años.

Los trastornos de la conducta nutricional son considerados uno de los problemas psiquiátricos más frecuentes durante la adolescencia y en el grupo de adultos jóvenes. La edad de inicio se sitúa generalmente a partir de las últimas etapas del desarrollo puberal (sobre los 13-14 años en las niñas) y aumenta de forma significativa sobre los 16-18 años de edad, para descender posteriormente; son raras las formas que se inician más allá de los 20-22 años de edad. Sin embargo, recientemente se está observando la aparición de un número significativo de casos en niñas durante el inicio y primeros estadios del desarrollo puberal. La AN es 8-12 veces más frecuente en mujeres que en hombres. El 50% se inicia antes de los 20 años, el 75% antes de los 25 y menos del 10% aparecen en prepúberes.

FACTORES DE RIESGO

Se han sistematizado en tres grupos:

- Factores predisponentes, que actúan desde el inicio de la vida y condicionan la vulnerabilidad de un individuo a padecer la enfermedad.

- Factores precipitantes, que son los que acontecen inmediatamente antes de del inicio del trastorno.

- Factores perpetuantes, que son los que mantienen o prolongan la evolución una vez que se ha desencadenado el proceso *(Tabla 1)*.

No existen dudas de que en el momento actual la AN es una enfermedad estrechamente relacionada con el sexo femenino. En general, se considera que es 10 veces más frecuente en mujeres que en hombres. Aunque no se deben olvidar los factores de índole biológica, la predisposición en las mujeres a presentar estos trastornos se debe fundamentalmente a factores socioculturales relacionados con el papel sexual.

La máxima prevalencia se da a los 15-20 años y suele comenzar en la adolescencia, etapa caracterizada, por una parte, por el surgimiento del conflicto de identidad y necesidad de autonomía que convergen en una búsqueda de autoestima y aprobación; y, por otra, por una metamorfosis corporal, sobre todo en las niñas, principales afectadas, que genera insatisfacción con el propio cuerpo y esfuerzos por modificarlo.

Es un trastorno más frecuente en jóvenes de clases sociales altas, aunque al expandirse la enfermedad cada vez se observan más casos en clases sociales bajas, por lo que en al actualidad no es posible mantener la idea clásica que postulaba una diferencia de prevalencia según el nivel socioeconómico. Se ha podido observar que las pacientes con AN suelen ser jóvenes con buen rendimiento intelectual, con una fuerte tendencia a la autoexigencia y el perfeccionismo. Además, las sociedades occidentales han proporcionado educación a la mayoría de los jóvenes y hace a todos ellos igualmente susceptibles a la presión cultural, vehiculizada por los medios de comunicación.

Tabla 1. **FACTORES DE RIESGO**

- **FACTORES PREDISPONENTES:**
  Sobrepeso, baja autoestima, inseguridad e introversión, obesidad y perfeccionismo, prejuicios sociales contra la obesidad, malos hábitos alimentarios en la familia, presión familiar por la figura...
- **FACTORES PRECIPITANTES:**
  Comentarios negativos sobre la figura, insatisfacción general con uno mismo, estrés, conflictos familiares, fracasos amorosos...
- **FACTORES PERPETUANTES:**
  Alimentación incorrecta que genera desnutrición y refuerza la imagen corporal negativa, fluctuación de los estados de ánimo (ansiedad, depresión e irascibilidad)

Cabe también reseñar la relación con la profesión y el deporte, ya que un grupo vulnerable a esta enfermedad son las modelos de pasarela, donde progresivamente se solicitan cuerpos más altos, delgados y andróginos. Así mismo, la preocupación por el peso y la figura se manifiesta también en grupos de gimnastas y bailarinas de ballet, a las que se pide un peso bajo y un cuerpo esbelto, e incluso en otros deportes que inicialmente no parecen estar tan relacionados con el peso y la imagen corporal. Afortunadamente, muchos de estos comportamientos disminuyen después del abandono de la práctica deportiva.

CLÍNICA

Cursa con una disminución importante del peso corporal y con aparición progresiva y concomitante de síntomas somáticos y psiquiátricos. Básicamente se desarrolla una malnutrición calórico-proteica, una distorsión grave de la imagen corporal, una alteración de la sensación de hambre y saciedad y una negación del concepto de enfermedad.

En la exploración física de la paciente afecta de AN destacan cuatro signos clínicos básicos, reseñados en la ***tabla 2***.

Además de estos cuatro signos, coexiste en mayor o menor grado una serie de hallazgos que se desarrollan a lo largo del progreso del cuadro. La piel se vuelve seca, el cabello frágil y escaso, aparece vello corporal no terminal (lanugo), las uñas se tornan quebradizas, aparece hipertrofia de las glándulas salivares (parótidas y submandibulares), la piel de palmas y plantas toma una coloración anaranjada (hipercarotinemia), acrocianosis...

Tabla 2. SIGNOS CLÍNICOS BÁSICOS

- **Delgadez:** índice de masa corporal bajo o muy bajo, casi siempre inferior a 18 Kg/m²
- **Hipotensión arterial:** valores inferiores a 90 mmHg de presión sistólica y a 60 mmHg de presión diastólica·
- **Bradicardia:** frecuencia cardiaca inferior a 70 latidos por minuto e incluso inferior a 60 latidos en los casos mas avanzados; es un signo prácticamente constante, relacionado con el grado de delgadez del paciente·
- **Hipotermia:** la temperatura basal suele estar disminuida, con valores frecuentemente menores de 36,5º C, lo que condiciona sensación constante de frío.

MANIFESTACIONES PSIQUIÁTRICAS

El cuadro está dominado por preocupación desmesurada de los pacientes por el peso corporal, por mantener una imagen física y por miedo irracional a ganar peso, lo que les lleva a conductas alimentarias restrictivas con el fin de adelgazar. En las fases iniciales suelen restringir o retirar de su dieta los productos que consideran de alto contenido calórico, en particular los hidratos de carbono (especialmente los dulces, patatas...) y las grasas. En estadios mas avanzados recurren a una restricción muy importante de la ingesta, que incluye todo tipo de alimentos, con lo que rehúyen el acto social de la comida, tanto con la familia como con sus amistades.

El acto de comer se realiza además en el contexto de un ritual particular; intentan controlar hasta el último detalle de lo que comen, incluyendo cantidad, calidad, forma de preparación, uso de harinas o aceites... Rehúsan comer si no se ajusta a sus deseos. Trocean la comida en porciones muy pequeñas, que tienden a ordenar de forma rigurosa en el plato; comen bocados de pequeña cantidad, de una forma muy lenta, con masticación concienzuda y con sensación de plenitud gástrica rápida. Tienden a no terminar nunca con la cantidad servida en el plato (por muy pequeña que ésta sea), a mantener durante mucho tiempo la comida en la boca y a esconder y finalmente tirar en sitios variopintos restos de comida masticada. A ello añaden un interés desmesurado por conocimientos de alimentación y nutrición: llegan a memorizar listas de calorías según alimentos, a coleccionar dietas de procedencia diversa y frecuentemente desequilibradas, e incluso a preparar comidas muy elaboradas para el resto de la familia o amigos.

Una característica muy peculiar e invariable de estos pacientes es la distorsión extrema de su propia imagen corporal. Aunque son capaces de reconocer en terceras personas situaciones de delgadez o sobrepeso, no mantienen dicha capacidad para su propio cuerpo; incluso

niegan situaciones de extrema caquexia y sobrevaloran su peso y su talla. Suelen centrar además dicha alteración de la imagen en determinadas zonas del cuerpo, especialmente caderas, muslos y abdomen.

Otro rasgo sobresaliente en estos pacientes es la hiperactividad física y laboral. Por una lado realizan una actividad física desproporcionada para su ingesta calórica, con programas de ejercicio autoimpuestos de forma estricta y habitual, que suelen realizar de forma individual, incluso con delimitación rígida de horarios diarios. Por otro, y al menos en las fases iniciales, son pacientes con un grado de rendimiento escolar o laboral alto o muy alto, con gran cumplimiento y autoexigencia de sus actividades y con éxito académico. Sin embargo, en estadios más avanzados la propia evolución y agravamiento de su enfermedad merma dicho rendimiento, lo que acentúa aún más las anomalías psicológicas propias de la misma.

Muchos pacientes añaden a las conductas restrictivas alimentarias la presencia de maniobras purgativas que tienen como objetivo la eliminación de parte del alimento ya ingerido. Para ello recurren al uso de laxantes, diuréticos y a la autoprovocación de vómitos. Frecuentemente utilizan dichas estrategias como compensación de mecanismos de culpabilidad tras la realización de una ingesta que consideran excesiva (hiperfagia o episodios de bulimia).

La personalidad de los pacientes que presentan este tipo de enfermedad suele ser de tipo obsesivo-compulsivo, con cierto grado de retraimiento y aislamiento social, con tendencia a los comportamientos perfeccionistas y con una reseñable baja autoestima. Además, suelen coexistir sintomatología depresiva de base (con trastornos del sueño, dificultad para la concentración y labilidad emocional) con un grado importante de ansiedad mantenida y agudizada por factores externos (que desencadenan ocasionales crisis de pánico y de fobia social). En ciertas situaciones se pueden delimitar cuadros psicóticos, alteraciones conductuales, comportamientos inadecuados e incluso intentos autolíticos.

COMPLICACIONES ORGÁNICAS

La caquexia representa un hallazgo constante en la evolución de estos pacientes, con una gravedad variable desde los casos leves hasta los estadios muy graves que requieren soporte nutricional enteral o parenteral. En todos lo casos se objetiva una malnutrición calórica en sus distintos grados que se manifiesta como disminución del índice de masa corporal (IMC), como decremento del porcentaje del peso respecto al ideal o como anomalías en la distribución de los comportamientos corporales por impedanciometría o por descenso en la medida de los pliegues corporales. Se han observado estados carenciales en vitaminas y elementos traza. Entre éstos, son el zinc y el cobre los más estudiados, con hallazgos dispares. Sin embargo, se han encontrado valores altos de beta-carotenos y alfa-tocoferoles (a diferencia de lo que ocurre en otras situaciones de malnutrición), así como niveles altos de colesterol en relación con un bajo aporte calórico.

La amenorrea y la atrofia mamaria son síntomas característicos y una constante en las fases avanzadas de la enfermedad. Se los relaciona con la grave pérdida de peso que sufren estas pacientes y es el resultado de una disminución de la pulsatilidad de las gonadotropinas, lo que conlleva un hipogonadismo hipogonadotropo con cifras de estradiol bajas o indetectables (similar al patrón prepuberal). Habitualmente las menstruaciones reaparecen con la ganancia de peso, aunque en algunos casos puede persistir durante cierto tiempo la amenorrea como consecuencia del bajo porcentaje de grasa en la paciente, de la realización de un ejercicio físico excesivo o como efecto adverso de la medicación psicotropa utilizada. En las pacientes prepúberes se aprecia un retraso en la menarquia y en el desarrollo de caracteres sexuales secundarios. En el varón dicha anomalía del eje gonadal se manifiesta como disminución de la libido e impotencia.

La osteopenia, que afecta tanto al compartimento trabecular como al cortical, es una complicación grave y frecuente en estas pacientes. Otras anomalías endocrinas incluyen niveles de hormonas tiroideas similares al síndrome eutiroideo del enfermo (cifras bajas de T3 y T4, con valores de TSH normales) como mecanismo adaptativo a la situación extrema de los pacientes y a la disminución del gasto calórico, niveles plasmáticos de cortisol elevados con mantenimiento del ritmo circadiano normal y con cifras de ACTH normales, andrógenos

de origen suprarrenal bajos y valores de GH e IGFBP-1 elevados coincidentes con IGF-1 e IGFBP-3 disminuidos.

En relación nuevamente con la malnutrición, estos pacientes pueden presentar hipoglucemias, habitualmente asintomáticas, debidas fundamentalmente a agotamiento del glucógeno hepático y de los substratos para la neoglucogénesis, junto con anomalías en la respuesta del glucagón a la hipoglucemia. Ocasionalmente se presenta hipocalcemia con aumento de los niveles de bicarbonato, lo que indica la existencia de vómitos frecuentes o el uso de diuréticos, mientras que la acidosis metabólica es frecuente en caso de abuso de laxantes. La hiponatremia es un hallazgo común y puede reflejar un exceso en la ingesta de agua o una inapropiada regulación del ADH.

Las caries dentales por erosión del esmalte debida a la frecuente exposición al ácido clorhídrico, así como la esofagitis en relación con los vómitos recurrentes son otros problemas asociados. La hipertrofia parotídea bilateral e indolora parece estar relacionada con una inadecuada ingesta, el binomio atracones-vómitos y el uso frecuente de chicle. Otras anomalías digestivas más infrecuentes incluyen la rotura esofágica en pacientes vomitadores y la dilatación gástrica durante la realimentación. La utilización excesiva de laxantes puede producir esteatorrea, enteropatía pierde-proteínas o malabsorción de vitaminas liposolubles. La enfermedad pancreática es rara, con pancreatitis aguda en el síndrome de realimentación. Las alteraciones hepáticas son habituales en la malnutrición energético-proteica, con hepatomegalia reversible y hepatitis nutricional caracterizada por niveles bajos de proteínas y altos de lípidos, LDH y fosfatasa alcalina.

Hay bradicardia, hipotensión, síncopes, arritmias o muerte súbita por alteración hidroelectrolítica. Aunque la función sistólica esta típicamente preservada, la masa del ventrículo izquierdo está habitualmente disminuida y puede presentarse fallo cardíaco en las fases terminales o como consecuencia de la renutrición. Además, el prolapso de la válvula mitral es más frecuente en estos pacientes, pero suele carecer de significación clínica. Las anomalías electrocardiográficas más habituales son la bradicardia sinusal, la depresión del segmento ST, el alargamiento del segmento QT y, asociadas con hipopotasemia, la aparición de ondas U.

Disminuye el filtrado glomerular y la capacidad de concentración, se incrementan los valores de urea, hay anomalías en electrólitos, edemas con fóvea y nefropatía hipopotasémica. Estas alteraciones son más frecuentes en pacientes que utilizan laxantes o diuréticos o que se provocan vómitos de repetición.

Pueden presentar atrofia cerebral debida a la desnutrición y la deshidratación, teóricamente reversible, con dilatación del tercer ventrículo. También pueden aparecer cuadros convulsivos, letargia, insomnio, deterioro cognitivo, de la atención o de la concentración, e incluso neuropatías periféricas. Los cuadros de coma suelen deberse a la alteración nutricional, carencial y a las anomalías del medio interno (metabólicas).

CRITERIOS DE GRAVEDAD Y DE INGRESO HOSPITALARIO

El tratamiento debe ser fundamentalmente ambulatorio. Sólo en los casos en que exista un deterioro grave del estado físico o mental del paciente, con complicaciones que pongan en riesgo su propia vida, está indicada la hospitalización temporal. Los criterios que incluyen dichos supuestos son los que se recogen en la ***tabla 3***.

TRATAMIENTO

El tratamiento de la AN debe ser realizado por un equipo multidisciplinario, que exige la participación de psiquiatras, psicólogos, endocrinos, nutricionistas y que ocasionalmente precisa del apoyo de otros especialistas (digestivos, cardiólogos, intensivistas...).

Sabemos que en cualquier estado de grave desnutrición se producen importantes trastornos mentales y que en el caso de la AN obligan a que la rehabilitación nutricional sea un objetivo prioritario del tratamiento para que la psicoterapia pueda ser eficaz. La secuencia o simultaneidad del tratamiento médico de la desnutrición, la educación nutricional y el tratamiento psiquiátrico/psicológico dependerá de la gravedad del estado nutricional de cada paciente.

NUTRICIONAL

Los objetivos específicos del tratamiento nutricional se orientan en dos direcciones:

- Corregir el estado de desnutrición y sus consecuencias clínicas y metabólicas.

- Mantener un estado nutricional normal a partir de criterios higiénico-dietéticos correctos, ponderados y asumidos por el paciente y fundamentados en un sistematizado y minucioso programa de educación nutricional.

El tratamiento nutricional y educacional se debe fundamentar en una adecuada relación médico-paciente, en una minuciosa historia clínica personal y ambiental, en una detallada encuesta sobre conducta alimentaria y en una objetiva evaluación del estado nutricional, que permitan establecer la estrategia terapéutica adecuada para cada uno de los pacientes.

Tabla 3. **CRITERIOS DE GRAVEDAD Y DE INGRESO HOSPITALARIO**

- **Malnutrición energético-proteica grave:** pérdida de más de un 30% de su peso habitual en los últimos 3 meses, o pérdida de peso rápida (más de 1 Kg a la semana), o índice de masa corporal inferior a 17 Kg/m².
- **Alteraciones metabólicas graves:** hipopotasemia grave (<2,5 mEq/l), elevación del nitrógeno ureico (BUN) con función renal normal, hipoglucemias sintomáticas de repetición o deplección grave de volumen.
- **Inestabilidad hemodinámica:** con hipotensión ortostática o grave (presión sistólica menor de 70 mmHg), bradicardia extrema (menor de 40 latidos por minuto) o arritmia cardiaca, hipotermia mantenida (menor de 36ºC).·
- **Complicación grave asociada:** infecciones.·
  Complicaciones neurológicas que impidan el manejo ambulatorio o que necesiten tratamiento hospitalario.
- **Negación absoluta a la ingestión de ningún tipo de alimentación.**
  Presencia concomitante de otra psicopatología que dificulte o impida el tratamiento ambulatorio, como la presencia de un trastorno obsesivo-compulsivo grave, esquizofrenia o psicosis activa.
  Presencia de conductas autolesivas o con riesgo de suicidio importantes.
  Situación social o familiar insostenible en niños.

* Pueden ser necesarios más de uno de ellos para requerir realmente su ingreso hospitalario.

El paciente con AN debe tener clara conciencia de su enfermedad y de la necesidad de someterse a un tratamiento para recuperar la salud. Ha de reconocer y aceptar la autoridad profesional del nutricionista para que el tratamiento sea efectivo.

La historia debe registrar información tanto de aspectos clínicos como ambientales y dietéticos. Aspectos relacionados con la integración familiar, laboral, social o afectiva son de interés a la hora de plantear apoyos ambientales y la implicación de otras personas en el proceso de realimentación, en el seguimiento y control evolutivo de la respuesta terapéutica y en el desarrollo del programa de educación nutricional. Muy exhaustivos han de ser los registros relacionados con la conducta y los hábitos nutricionales: registrar momentos y circunstancias que favorecen o intervienen en la restricción alimentaria, en la existencia o no de purgamientos (vómitos, laxantes, medicación...) y situaciones que inciden de una u otra forma en todo el proceso. Una encuesta dietética minuciosa sobre ingesta habitual de alimentos es el fundamento para diseñar la terapéutica nutricional y su inicio.

Se realizará la valoración del estado nutricional para establecer la pauta de reposición nutricional de acuerdo con el grado de desnutrición y para disponer de datos objetivables que permitan su comparación con referencia a rangos de normalidad sobre los que consensuar y establecer los objetivos ponderales y educacionales con el paciente.

De la amplia gama de determinaciones y procedimientos para la evaluación del estado nutricional sólo hacemos referencia a los de mayor uso y accesibilidad, sin que ello menoscabe la capacidad para determinar el estado nutricional.

- Determinaciones analíticas: hemograma completo con serie roja y blanca, y bioquímica con glucemia, urea, creatinina, uricidemia, lipidograma, transaminasas, proteínas totales, albuminemia, prealbúmina, proteína ligada al retinol, transferrina, electrólitos, sideremia, magnesio, orina y función tiroidea (TSH, FT3 y FT4).

- Parámetros antropométricos: peso actual, peso habitual, talla; con ellos podemos determinar el grado de desnutrición ponderal y el IMC.

Se puede conocer el estado del compartimento graso a partir de la medición del pliegue tricipital (PT) y del compartimento magro somático calculando la circunferencia muscular del brazo (CMB) y con la medida del perímetro braquial (PB). Estos valores se comparan con los rangos de población normal y con ellos es más fácil concienciar al paciente del grado de desnutrición y establecer los objetivos ponderales respecto a la población sana.

Cualquier intervención nutricional, salvo en casos de extrema gravedad, debe basarse en la libre aceptación por parte del paciente. El tratamiento debe ser individualizado, planificado y consensuado. La dieta debe personalizarse inicialmente en función de los gustos, apetencias y tolerancia a los alimentos. La ampliación de la dieta se planificará de acuerdo con el logro de los objetivos ponderales consensuados y dirigida a la consecución de una dieta saludable, equilibrada, variada y suficiente. No debe establecerse el objetivo ponderal sobre la base de un peso fijo ideal, sino respecto de rangos de IMC o tablas de talla/edad/sexo/constitución. Para ello es de utilidad el conocimiento de los datos antropométricos obtenidos en el propio paciente respecto a la población sana. En pacientes con IMC inferior a 18 se pueden proponer ganancias entre 250 y 500 g/semana y en menores índices entre 700 a 1 Kg/semana, para evitar el riesgo de sobrealimentación y el rechazo del paciente ante ganancias excesivamente rápidas.

El inicio de la reposición nutricional parte de una adecuada evaluación del estado nutricional, la determinación del aporte energético y su progresión así como el equilibrio de nutrientes. El aporte energético de la dieta de inicio debe estar precedido por un cálculo de requerimientos y tener en cuenta que el exceso de ingesta en la fase inicial de reposición puede llegar a ser, en ocasiones, grave, por lo que es necesario adoptar medidas preventivas al inicio de la rehabilitación nutricional. El síndrome de realimentación puede evitarse iniciando el aporte energético sobre la base de la ingesta habitual del paciente y sobre ella ir aumentando progresivamente 300-500 Kcal cada 48-72 horas con monitorización bioquímica. Así pues, el inicio del tratamiento nutricional debe hacerse con prudencia y progresividad para evitar tanto las complicaciones médicas como el estrés psicológico de la realimentación que en muchos casos es causa del fracaso inicial de la terapia nutricional.

En función del estado nutricional y de la disponibilidad del paciente para el tratamiento, la intervención nutricional puede realizarse de forma ambulatoria u hospitalaria y con alimentación natural o artificial, oral o asistida. Estas opciones pueden ser elegidas por el paciente o utilizadas como medios de compensación o restricción al cumplimiento de los objetivos pactados con los pacientes.

En casos de desnutrición grave con extrema gravedad que requiera ingreso hospitalario, antes que cualquier tipo de intervención nutricional es prioritario y urgente la reposición del equilibrio hidroelectrolítico y sólo cuando esta situación se haya resuelto se debe iniciar el proceso de realimentación al nivel adecuado, inicialmente con soporte de fórmulas artificiales para posteriormente pasar a alimentación natural.

ALIMENTACIÓN NATURAL

El objetivo final de la dieta es consolidar una alimentación sana, equilibrada y suficiente, fortalecer hábitos, regular el horario de las comidas, realizar ejercicio moderado y procurar la integración alimentaria en el ámbito familiar y/o colectivo en grupos afines con un claro compromiso de cumplimiento por parte del paciente y el seguimiento por el nutricionista.

Inicialmente la dieta debe ser consensuada siempre que no se pretendan comportamientos aberrantes y desequilibrados. Debe procurarse que se ajuste a la dieta de casa o del hospital sin concesiones extraordinarias en alimentos, tiempo o actitudes para los alimentos que puedan ser inicialmente rechazados; hay que buscar elaboraciones culinarias que permitan su inclusión. Si la progresión dietética y los objetivos ponderales fracasan, hay que individualizar y controlar. La dieta pasaría a ser pactada y ajustada a sus gustos evitando las que más sacian.

Para evitar la saciedad pueden limitarse los alimentos ricos en fibra (integrales, legumbres, frutos secos, verduras),

grasas animales (mantequilla, nata, repostería, carnes grasas y embutidos), fritos rebozados y bebidas carbónicas. También puede utilizarse en los 10 primeros días algún procinético del tipo de la domperidona (Motilium, 10 ml cada 8 horas), cinitaprida (Cidine, 1 sobre o comprimido cada 8 horas) o asociación de clebopride con dimeticona en caso de meteorismo (Flatoril, 1 cápsula o 5 ml cada 8 horas) que a su vez actúan como antieméticos.

Para acelerar el vaciamiento gástrico y atenuar la sensación de plenitud posprandial o empacho, asociamos un procinético de los anteriormente referidos y en algunos casos prescribimos un anabolizante androstano, el estanozolol (Winstrol depot: una inyección IM cada dos semanas hasta un máximo de 3 inyecciones), buscando con ello estimular el apetito y facilitar el anabolismo. También somos partidarios de asociar siempre un polivitamínico del tipo de Multicentrun o el Supradyn, un comprimido al día durante dos meses. Estos productos cubren a la dosis indicada todos los requerimientos de minerales, vitaminas y oligoelementos de la ingesta diaria recomendada (IDR).

El seguimiento y control evolutivo de los pacientes en régimen ambulatorio exige regularidad y sistematización de los parámetros nutricionales pactados así como revisión de la dieta y modificación de la misma con criterios de progresión.

ALIMENTACIÓN ARTIFICIAL ENTERAL

Se indica en casos de desnutrición grave y/o fracaso del programa de alimentación natural; en ambos casos es elemento de restricción al incumplimiento de lo pactado para toma de conciencia del enfermo. Si el estado clínico del paciente lo permite y el entorno familiar es favorable, la alimentación enteral oral puede efectuarse en el domicilio con un riguroso control y seguimiento para en caso de agravamiento o incumplimiento ingresar al paciente en el hospital. La nutrición enteral oral suele fracasar al comienzo por la incapacidad psicológica para aceptarla o a los 8-15 días porque quieren evitar el aumento de dieta y peso.

La alimentación enteral oral debe establecerse por un período inicialmente corto de 7 días a manera de prueba para volver al menú natural o pasar a la nutrición enteral completa por sonda. Las fórmulas deben ser poliméricas normoproteicas e isocalóricas, lo que se corresponde con las denominadas dietas standard La dieta debe fraccionarse en 6-8 tomas cada 2-3 horas, con descanso nocturno de 7-8 horas. En el inicio de la realimentación en pacientes muy deteriorados no se debe superar los 2 litros y monitorizar al enfermo con bioquímica y balances diarios para evitar vómitos, hiperhidratación y un falso aumento de peso. Cuando el peso se estabiliza, el total de la dieta se puede administrar en menos tomas y buscar reducirlas a 5-6 al día para posteriormente pasar a la dieta natural en dos a tres semanas.

NUTRICIÓN PARENTERAL TOTAL

Es excepcional y sólo debe indicarse en casos de extrema gravedad e inviabilidad de la alimentación enteral completa. Su aplicación en la actualidad es exclusivamente hospitalaria. En caso de ser necesaria, las fórmulas iniciales deben ser de una baja osmolaridad (inferior a 800 mOsm/l) y no sobrepasar los dos litros los primeros días. El aumento de volumen y carga energética debe ser progresivo y con monitorización bioquímica.

EDUCACIÓN NUTRICIONAL

Es el eje de la aceptación de la terapia nutricional y del mantenimiento de una conducta alimentaria equilibrada y saludable; debe acometerse desde el primer momento. Su desarrollo debe realizarlo el mismo terapeuta o en su defecto el equipo encargado de la terapia nutricional. El programa debe basarse en los datos obtenidos de la historia relativos a los conceptos, conocimientos y actitudes higiénico-dietéticas y nutricionales.

PSICOFARMACOLÓGICO

Es importante dentro del tratamiento el estudio y corrección de los posibles problemas psicológicos, conductuales, familiares y sociales que presenta cada enfermo. Es importante la comorbilidad psiquiátrica: sintomatología depresiva grave con ansiedad intensa, ideación autolítica, abuso de alcohol u otras drogas, trastornos de la personalidad importantes, dinámica familiar disfuncional o crisis familiar grave.

Antes de iniciar el tratamiento debemos tener clara una serie de supuestos que nos ayudarán a conseguir los mejores resultados:

- Iniciar un tratamiento precozmente mejorará el pronóstico.
- Enfocar el tratamiento hacia los objetivos antes señalados.
- La recuperación ponderal no significa curación, aunque se ha demostrado que algunas alteraciones psicopatológicas que presenta el paciente con AN están relacionadas con la desnutrición, de ahí que uno de los objetivos del tratamiento sea la recuperación ponderal.
- La elección terapéutica se hará en función de las características personales de cada paciente.
- No hay que olvidar que no sólo se ha de tratar al paciente sino que ha de existir un abordaje familiar.
- Sólo podemos hablar de resolución del trastorno de la conducta alimentaria tras realizar un seguimiento a largo plazo.

El tratamiento ambulatorio conlleva unas pautas dietéticas dirigidas a la recuperación ponderal, así como un tratamiento psicológico individual, familiar o grupal y un tratamiento farmacológico. Entre los métodos psicoterapéuticos utilizados están los de orientación analítica, psicoanálisis ortodoxo, técnicas de modificación de conducta, psicoterapia de orientación cognitivo-conductual, grupos de autoayuda. De todos ellos, los diferentes autores están de acuerdo en que el mejor tratamiento psicoterápico es el tratamiento cognitivo-conductual. Con respecto a los fármacos se han utilizado orexígenos, neurolépticos, ansiolíticos, antidepresivos e incluso sales de litio. Sin duda alguna el mejor marco terapéutico es el hospital de día, ya que permite un tratamiento psicológico intensivo, un mayor control de las alteraciones de la conducta de estos pacientes, tanto la alimentaria como la general, y una ruptura con su entorno.

No existe un tratamiento psicofármacológico específico para la AN, por lo que no se debe usar como único tratamiento ni de forma sistemática. La medicación psicotropa se ha de utilizar para la prevención de las recaídas en pacientes que han recuperado peso o para el tratamiento de los trastornos asociados a la AN, como la depresión o problemas obsesivo-compulsivos.

NEUROLÉPTICOS

Fueron de los primeros fármacos que se utilizaron en el tratamiento de la AN.

La clorpromazina se utiliza a dosis de inicio de 10 mg que se incrementa hasta 50-100 mg/día; la dosis máxima no ha de superar los 300 mg y se deberá usar durante periodos breves. Es especialmente eficaz para los pacientes anoréxicos con problemas obsesivo-compulsivos graves. Está indicada en casos en los que predominen la ansiedad o inquietud psicomotora y que dificulte el tratamiento en un marco terapéutico adecuado.

De entre los nuevos neurolépticos se emplea la olanzapina a dosis de 10-15 mg/día.

El uso de neurolépticos puede estar también indicado en casos con alteraciones en el esquema corporal que adquieran un carácter psicótico, así como en pacientes crónicos aparentemente intratables.

ANTIDEPRESIVOS

Con frecuencia se presentan síntomas depresivos en los pacientes anoréxicos. Algunos estudios avalan una mayor incidencia de asociación familiar de trastornos afectivos en estos pacientes. También se ha comprobado que gran parte de los síntomas psicopatológicos que presentan los pacientes han mejorado al conseguir un peso ajustado a su edad y estatura. Entre los antidepresivos utilizados existen dos grupos principales: los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) y los tricíclicos.

Del grupo de los ISRS, los más usados son la fluoxetina (40-80 mg/día) y la fluvoxamina (100-200 mg/día), durante 12 semanas.

En el segundo grupo se encuentra la clorimipramina (a dosis progresivas, hasta 150-300 mg/día), imipramina (150-300 mg/día) y la amitriptilina (hasta 150-300 mg/día), durante 12-16 semanas y con lenta retirada.

BENZODIACEPINAS

Entre las benzodiacepinas recomendadas está el lorazepam. Para reducir la ansiedad anticipatoria en relación con la ingesta de alimentos se deberá administrar una dosis de 0,25-0,50 mg una hora antes de las comidas.

OREXÍGENOS

La ciproheptadina es un fármaco con acción antihistamínica, antiserotoninérgica y anticolinérgica. Produce aumento del apetito, así como sedación. Se administra a dosis de 8-12 mg/día, repartidos entre las tres comidas o en una única toma nocturna. Se debe utilizar en la AN de tipo restrictivo, aunque algunos autores no están de acuerdo con su utilización.

OTROS FÁRMACOS

Las sales de litio se deben administrar si existe un trastorno bipolar de base. La dosis se ajusta en función de los niveles de litemia.

Se ha sugerido también el uso de antagonistas de los péptidos opiáceos, como la naloxona y la naltrexona. Esta sugerencia se basa en la teoría de que los péptidos opiáceos están relacionados con la regulación del apetito.

La domperidona, metoclopramida y la cisaprida facilitan el vaciamiento gástrico, aumentan la motilidad gastrointestinal y disminuyen la sensación de hinchazón abdominal que afecta en ocasiones a estos pacientes.

ABORDAJE PSICOLÓGICO

Puede hacerse a través del tratamiento cognitivo-conductual, psicoterapia propuesta por Beck para la depresión a finales de los años setenta. La técnica se basa en corregir las conductas anómalas que presentan sobre los hábitos alimentarios utilizando técnicas conductistas, como autorregistros, análisis funcional de la conducta, y modificar, a través de la reestructuración cognitiva, errores cognitivos que presentan frente a la comida, imagen corporal, peso y autoestima.

El condicionamiento operante es otra técnica conductual que utiliza como material de trabajo los refuerzos positivos. Se ha de estudiar cada caso individualmente para valorar cuáles son los que obtendrán mejores resultados. Su objetivo fundamental es el de obtener incrementos en el peso, ya que ésta es una medida objetiva.

La técnica de prevención de respuesta está enfocada para el tipo purgativo de la AN. Consiste en observar durante dos o tres horas al paciente para evitar que vomite lo ingerido. La presencia junto al paciente durante todas esas horas persuade al mismo de provocarse el vómito y con el tiempo se consigue extinguir por completo esta conducta. Otras técnicas conductistas son las dirigidas a ayudar al paciente a adquirir, de forma progresiva, una mayor confianza en sí mismo: técnicas de diversión para apartar al paciente de pensamientos y situaciones anómalas...

Para trabajar éstas técnicas hay que tratar los aspectos cognitivos que subyacen bajo la enfermedad. Hay que hacer una evaluación cognitiva en la que se pide al paciente que escriba sus pensamientos para poder detectar las distorsiones sobre la realidad, su imagen corporal, su peso y su forma de afrontar los problemas y acontecimientos vitales. Debido a las creencias erróneas sobre su peso e imagen corporal, mantienen conductas alimentarias inadecuadas y procesan la información que les llega con un sesgo cognitivo. Entre estas creencias está la idea de que la pérdida de peso les aliviará su malestar y su inseguridad. Buscar la delgadez es una forma de creer que ejercen un control sobre su mundo interno, así como sobre su mundo exterior. Resulta difícil pero necesario cambiar estos esquemas tan rígidos en los que se basa su autoestima.

Entre las técnicas cognitivas que se utilizan en el tratamiento de la AN están, entre otras, las siguientes:

- Evaluación de pensamientos automáticos: son pensamientos que funcionan de forma refleja y no están sometidos a crítica por parte del paciente.
- Estimular al paciente a imaginar situaciones y a formular pensamientos y emociones que se despiertan en él.
- Reatribución: encontrar otras explicaciones que repartan de forma diferente la responsabilidad y culpa por las dificultades que se les presentan, dar otros argumentos hacia las creencias más negativas frente a los problemas.
- Técnica de descentralización: con ella se pretende evaluar una idea desde otra perspectiva.
- Reinterpretación de la distorsión de la imagen corporal: son varios los modos de conseguirlo, con técnicas de confrontación utilizando espejos, vídeos, por retroacción externa utilizando a otros pacientes...
- Racionalizar las creencias erróneas a través de ejercicios conductuales.

PSICOTERAPIA DINÁMICA

No es la más utilizada en la AN e incluso las resistencias de estos pacientes pueden llegar a dificultar el proceso.

El primer objetivo a alcanzar al inicio de la terapia es, sin lugar a dudas, la alianza terapéutica; sin ésta el tratamiento estará abocado al fracaso. Si el terapeuta, por su parte, empatiza con el paciente y trata de entender su punto de vista, toma gran interés en lo que éste piensa y siente, logrará que el paciente se sienta respetado, aumente su confianza en él y mejore su alianza con él.

En esta terapia el paciente recibe como única consigna que comunique todo lo que le viene a la cabeza, aunque crea que no tiene relevancia, que es irrespetuoso, que carece de sentido o incluso le cause ansiedad: esto es la asociación libre. El psicoanalista se sitúa habitualmente detrás del paciente y fuera de su campo visual, aunque los menos ortodoxos la pueden practicar y la practican cara a cara.

PSICOTERAPIA DE GRUPO DE ORIENTACIÓN PSICOANALÍTICA

La psicoterapia de grupo es una forma de tratamiento psicológico en el que varias personas cuidadosamente seleccionadas son reunidas para vivir una experiencia bajo la guía de un terapeuta entrenado, con el propósito de ayudarse unos a otros a efectuar un cambio en su personalidad. La motivación del paciente para el tratamiento quizás sea el factor más importante de entre los que se indican para la necesidad de iniciar una psicoterapia de grupo. La adquisición de un compromiso terapéutico es condición previa para poder iniciar una psicoterapia de grupo.

Las posibles ventajas de la psicoterapia de grupo frente a la individual son, por ejemplo, economía de tiempo para el terapeuta, potenciación de determinados fenómenos terapéuticos presentes en la psicoterapia individual y aparición de otros específicos, menor esfuerzo económico para el paciente, economía emocional y de tiempo para el paciente.

El grupo suele estar formado por 4-10 pacientes. Se reúnen de 1-3 sesiones por semana durante 1-2 horas, con una duración del tratamiento de 1-3 años.

TÉCNICAS DE TERAPIA FAMILIAR Y SISTÉMICA

Una de las principales diferencias de los abordajes sistémicos con respecto al resto de orientaciones psicoterapéuticas es que centran sus objetivos terapéuticos directamente en la modificación de los patrones de interacción interpersonal. El desarrollo de los modelos sistémicos ha estado unido a la evolución de la terapia de familia. No obstante, en la actualidad, su ámbito de aplicación supera lo familiar para extenderse al tratamiento individual y de parejas.

Aunque la teoría sistémica arranca del estudio y tratamiento de las familias, no hay que caer en el error de identificar terapia familiar con abordaje sistémico. Los objetivos de la terapia familiar son cambiar el síntoma y el tipo de interacción familiar, que el paciente se perciba como agente de su propio cambio y que perciba el síntoma de forma diferente.

INTERVENCIÓN PSICOSOCIAL

Cuando hablamos de intervención psicosocial tenemos que especificar tres bloques:

- Prevención primaria, entendida como la que trata de impedir la incidencia de nuevos casos de AN; para ello, es importante la información sobre factores y conductas de riesgo y la intervención en la industria dietética, de la moda, en los medios de comunicación y en el ámbito familiar y educativo.

- La prevención secundaria, sin embargo, se hace necesaria cuando debemos diferenciar los trastornos de la alimentación de otros trastornos mentales u orgánicos y nuestro objetivo es actuar sobre los síntomas y signos característicos de esa patología.

- La prevención terciaria busca evitar recaídas en personas que se han recuperado de su trastorno alimentario y evitar la cronificación que puede llevar a la muerte.

Una adecuada intervención psicosocial debe considerar la problemática existente y dar las adecuadas respuestas en los siguientes niveles: educación igualitaria, centros educativos, campañas de prevención y concienciación social, dietas, medios de comunicación, deporte, moda y lectura.

BIBLIOGRAFÍA

1. American Psychiatric Association. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV). Masson. Barcelona, 1995.

2. Ballabriga A, Carrascosa A. Trastornos de la conducta nutricional en la adolescencia. Anorexia y bulimia nerviosa. En: Ballabriga A, Carrascosa A. Nutrición en la infancia y adolescencia. Ergón. Madrid, 1998; 359-374.

3. Castro Fornieles J. Trastornos de la conducta alimentaria. Endocrinología y nutrición 2000; 47 (6): 165-170.

4. Chinchilla Moreno A. Anorexia y bulimia nerviosas. Ergón. Madrid, 1994.

5. CIE-10. Trastornos mentales y del comportamiento. Meditor. Madrid, 1992.

6. Comisión de Nutrición Clínica y Dietética del Hospital Clínico. Granada, 2002.
www.hsc.sas.junta-andalucía.es/nutricion

7. Crispo R, Figueroa E, Guelar D. Anorexia y bulimia. Lo que hay que saber. Gedisa. Barcelona, 1998.

8. Cuéllar RE, Van Thiel DH. Gastrointestinal consecuences of eating disorders: anorexia nervosa and bulimia. Am J Gastroenterol 1986; 81: 1113-1124.

9. De Cos A, Gómez Candela M. Alteraciones del comportamiento alimentario: anorexia y bulimia. En: Moreno Esteban B, Gargallo Fernández MA, López de la Torre Casares M. Diagnóstico y Tratamiento en Enfermedades Metabólicas. Díaz de Santos. Madrid, 1997; 589-601.

10. García Rodríguez F. Las adoradoras de la delgadez. Díaz de Santos. Madrid, 1993.

11. García-Camba E. Avances en trastornos de la conducta alimentaria. Anorexia nerviosa, bulimia nerviosa, obesidad. Masson. Barcelona, 2001.

12. Gómez Enterría P y Martínez C. Trastornos del comportamiento alimentario del paciente con anorexia nerviosa. En: Manual de recomendaciones nutricionales al alta hospitalaria, cap 13. Novartis ConsumerHealtth, 2001.

13. Kaplan Allan S. Tratamientos psicológicos para la anorexia nerviosa: una revisión de estudios publicados. Canadian Journal of Psychiatry 2002; 47(3).

14. Katherine A, Halmi MD. Trastornos de la conducta alimentaria: anorexia nerviosa, bulimia nerviosa y obesidad En: Hales R, Yuchfsky S, Talbott J. Tratado de psiquiatría, 2ª edición. Áncora. Barcelona, 1996; 905-924.

15. Lázaro L. Trastornos del comportamiento alimentario. Epidemiología y factores socioculturales. JANO 1999; 56 (1298): 1-6.

16. León Espinosa de los Monteros MT, Castillo Sánchez MD. Trastornos del Comportamiento alimentario: anorexia y bulimia. Formación Alcalá. Alcalá la Real (Jaén), 2003.

17. López de la Torre Casares M, Forga L. Trastornos de la conducta alimentaria. En: XIV Curso de Endocrinología y Nutrición. Cuenca, 2000.

18. Madruga D, Astiz I, Sarriá J, Uribarri F, Jiménez F. Concepto, epidemiología, etiopatogenia en la anorexia nerviosa. Revisión de temas nutricionales. Madrid.

19. Martínez Martínez A, Menéndez Martínez D, Sánchez Trapielloa MJ, Seoane Vicentea M, Suárez Gilb P. Conductas anoréxicas en la población de estudiantes de secundaria de un área sanitaria. Atención Primaria 2000; 25 (5): 67-77.

20. Nelson JK, Moxnesss KE, Jensen MD, Gastineau. Anorexia Nerviosa y Bulimia Nerviosa. En: Dietética y Nutrición. Manual de la Clínica Mayo, 7ª Ed (1996); 299-306.

21. Otero Rodríguez J, Mazuelos Fernández M, López Narbona M, Sanz Rivas E, Rodado Martínez J. Incidencia de la anorexia nerviosa en una Unidad Pública de Salud Mental Infanto-juvenil. Actas Españolas de Psiquiatría 2002; 30 (1): 14-18.

22. Raich R. Anorexia y bulimia: trastornos alimentarios. Pirámide. Madrid, 1997.

23. Rincón A. Trastorno de la conducta alimentaria en relación con la imagen: anorexia y bulimia en las mujeres. Emakunde. Vitoria, 1999.

24. Rodríguez I, García Lado I. Anorexia nerviosa y bulimia nerviosa. En: Moreno Esteban B. Manual del Residente en Endocrinología y Nutrición. Litofinter. Madrid, 2001; 1673-1697.

25. Rubio Velázquez B, Sebastián Vicente P. Trastornos del comportamiento alimentario. Orientaciones para Atención Primaria de Salud. ADANER. Murcia, 1999.

26. San Sebastián Cabasés J. Trastorno del comportamiento alimentario (I). El Médico 2002; 815 (2-8 febrero): 27-50.

27. Sanz Rivas E, Otero Rodríguez J, Rodado Martínez J. La anorexia nerviosa: un trastorno vincular. An Psiquiatria 2002; 18 (2): 74-77.

28. Tannenhaus N. Anorexia y bulimia. Plaza & Janés. Barcelona, 1995.

29. Toro J. Anorexia nerviosa y bulimia nerviosa. FMC 1995; 2: 68-80.

30. Vallejo Ruiloba, J. Introducción a la psicopatología y la psiquiatría, 5ª ed. Masson. Barcelona, 2002.

31. Vílchez Joya R, López de la Torre Casares M, Céspedes Mas S, et al. Trastornos de conducta alimentaria. En: Actualizaciones en Metabolismo y Nutrición Clínica. Editores Médicos. Madrid, 1993: 21-25

32. Zamarrón Cuesta I. Aspectos nutricionales y dietéticos en la anorexia y bulimia nerviosas. En: Anorexia y Bulimia nerviosa. Ergón 1994; 115-133.