

PSIQUIATRÍA

TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

María Jesús Vargas Baldares*

SUMMARY

The eating behavior disorders (ED) constitute a public health problem because of its prevalence, increasing incidence, severity, prolonged clinical course, and tendency to chronicity, need specialized treatment and frequent hospitalization. The ED has as main dissatisfaction with weight and/or personal image by overvalued ideas or distortions of the concept of what should be the perfect shape and weight. Pathological behaviors cause social dysfunction and help maintain a healthy weight. To handle these cases, require specialized intervention and coordinated interdisciplinary.

The most common ED are anorexia nervosa, bulimia nervosa and binge eating disorder (BED). This article gives a brief description of the ED, and the specific characteristics of the approach of these pathologies.

INTRODUCCIÓN

Los TCA generalmente aparecen durante la adolescencia o adultez temprana, pero también se pueden dar durante la niñez o la adultez avanzada. (3) Los TCA representan en la actualidad, según la Organización Mundial de la Salud (OMS), el problema de salud más importante de la

humanidad, tanto por el número de personas afectadas que va en aumento, como por las muertes que ocasiona. Se trata de enfermedades que requieren un tratamiento largo, que pueden convertirse en enfermedades crónicas y llevar a la muerte. (8) Los TCA son enfermedades reales y tratables. Con frecuencia coexisten con otras enfermedades como la depresión, el abuso de sustancias o los trastornos de ansiedad. (12) Los TCA se enmarcan entre aquellos fenómenos sociales y culturales que trascienden más allá del campo médico y científico, a la sociedad. Estos trastornos se ven afectados por el ideal de belleza que propugnan los medios

* Médico general. Hospital Nacional Psiquiátrico. CCSS. e-mail: marjvb@yahoo.es

de comunicación de extrema delgadez, una idea de belleza representada por modelos, mujeres y hombres cuyas proporciones, peso y estatura son una auténtica excepción estadística. Nos enfrentamos a ideales que muestran la delgadez como símbolo de independencia, éxito social, personal y profesional. (19)

DEFINICIÓN

Los TCA constituyen un grupo de trastornos mentales caracterizados por una conducta alterada ante la ingesta alimentaria y/o la aparición de comportamientos encaminados a controlar el peso. Esta alteración ocasiona problemas físicos y del funcionamiento psicosocial. (9) Los TCA 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 principales representantes de éste grupo son la anorexia nerviosa (AN), la bulimia nerviosa (BN) y el TCA no especificado, donde se incluye el trastorno por atracón. 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. (18) Los TCA son enfermedades psicosomáticas graves, de etiología multifactorial,

que solo pueden entenderse por la interacción de muy diversos factores psicológicos y fisiológicos que interactúan entre sí. Los factores socioculturales ocupan un papel etiológico esencial y tanto la insatisfacción corporal como el anhelo de delgadez son características necesarias para la aparición de un TCA. (12)

EPIDEMIOLOGÍA

Los datos epidemiológicos sobre TCA fundamentan una mayor vulnerabilidad de las mujeres jóvenes a padecerlos, particularmente en la adolescencia o la adultez temprana. La presencia de insatisfacción corporal o de conductas alimentarias anómalas es común entre la adultez media. (1) La incidencia máxima se da entre los 15-25 años. Factores demográficos relacionados con TCA incluyen sexo, edad, ser hijo único, familia monoparental, muerte de algún progenitor. Los pacientes con TCA poseen mayor incidencia de trastornos afectivos que la población general, con una mayor prevalencia de depresión mayor. (4) La población en mayor riesgo es la formada por atletas, modelos, deportistas, aquellos con antecedentes familiares de TCA o con antecedentes de obesidad en la niñez, historia de abuso sexual, de maltrato, antecedentes de depresión y alexitimia. (18)

DIAGNÓSTICO

La etiopatogenia de los TCA, aún no se conoce. Se admite que es un trastorno de causa multifactorial, (2, 13, 15, 17) En la amplia discusión científica existente sobre la etiología de la enfermedad se identifican como causas de los TCA factores socioculturales como el imperativo de la delgadez, la normatividad de los roles de género, experiencias de abuso sexual y conflictos en el entorno familiar. También se han propuesto factores biológicos como una predisposición genética, presencia de psicopatología previa o su desarrollo como efecto secundario de la desnutrición, así como características personales como una baja autoestima y un alto nivel de autoexigencia. (13)

- Factores Biológicos: Anormalidad en la función del hipotálamo, alteración del sistema de neurotransmisores (disminución de noradrenalina, serotonina, dopamina), disminución del metabolismo basal. (2)
- Factores Genéticos: Los factores genéticos son fundamentales en el desarrollo de estas entidades, principalmente la AN. (18)
- Factores Psicológicos: Tipos de personalidad o rasgos, factores cognitivos y emocionales. (2) En el caso de los adolescentes se ha descrito

que éstos suelen dirigir sus preocupaciones hacia la comida y el aumento de peso y suelen perder el sentido de autonomía y autoconfianza. Se describen 3 áreas afectadas: a) Un trastorno de proporciones delirantes en la imagen y concepto corporales, b) Percepción e interpretación cognoscitivas inadecuadas y confusas de los estímulos que se inician en el cuerpo, que lo llevaría a no darse cuenta de la sensación de hambre, c) 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. (16)

- Factores Familiares: En el caso de la AN se observan con ciertas características como sobreenvolvimiento, rigidez para cambiar y adaptarse a nuevos patrones y situaciones, sobreprotección, evitación y falta de resolución de conflictos. Estas familias parecen felices y a menudo son de clase económica alta y orientada hacia el éxito y las realizaciones que producen prestigio. (18)
- Factores Socioculturales: Predisposición familiar, interacción padre-hijos, funcionamiento familiar, mayor o menor conflictividad (2) La sobrevaloración de la

delgadez que hace nuestra cultura, es un factor de innegable importancia para la generación de éstos cuadros. Las influencias socioculturales y “el anhelo de delgadez”, constituyen el principal factor de predisposición y de mantenimiento de éstos trastornos. (18)

- Factores Desencadenantes: Cambios corporales, enfermedad adelgazante, traumatismo desfigurador, ruptura conyugal de los padres, contactos sexuales, aumento rápido de peso, críticas sobre el cuerpo, aumento de la actividad física e inicio de dieta. (2)
- Factores Mantenedores: Consecuencias físicas y psíquicas de inanición, cogniciones anoréxicas, interacción familiar y aislamiento social (2)

A los riesgos específicos, determinados por las características individuales del sujeto: familia, biografía o genética, se suman los ambientales y culturales. (17) Para una mejor comprensión de la etiopatogenia de los TCA es necesario tener en cuenta los aspectos biológicos, psicológicos, familiares y sociales que pueden incidir en el desarrollo y mantenimiento de estas patologías. (15)

IMAGEN CORPORAL Y ASERTIVIDAD

En estudios realizados sobre la relación de los TCA con la imagen corporal, se ha observado que a mayor edad mayor es la influencia de la publicidad y la interiorización del ideal de delgadez; sin embargo, las adolescentes presentan mayor reactividad ante su posible mayor peso. Así como también, las adolescentes asocian más conductas compensatorias inadecuadas para perder peso. (1) Los pacientes con TCA se perciben a sí mismos como muy controlados por su familia y la sociedad, pero no tienen la asertividad para responder ante esto. Una forma de conducta no asertiva es la agresión/hostilidad, que puede ser autodirigida. Diversos autores han señalado que las pacientes con TCA presentan antes del desarrollo de la enfermedad, problemas de autonomía e independencia y de aceptación de las dificultades de la vida adulta, problemas interpersonales, con introversión, inseguridad, dependencia, ansiedad social, falta de asertividad y dificultades para las relaciones interpersonales, sensación de ineffectividad, fracaso y falta de control en su vida escolar, laboral o de relación, tendencias perfeccionistas con rasgos obsesivos, rigidez y extremismo en la evaluación de los problemas. Muchos de estos factores sugieren

una posible dificultad para mostrar conductas asertivas o habilidades sociales, tanto para poner límites a otras personas y diferenciarse de ellas, como para expresar juicios discrepantes de manera independiente, y a la propia expresión de sentimientos y opiniones. (5)

DIAGNÓSTICO

Cuando se sospeche la presencia de un TCA se debe proceder a realizar una historia clínica completa, descartando patología orgánica y/o psiquiátrica asociada al mismo o como consecuencia de éste. La actitud del clínico hacia el paciente es fundamental para conseguir información fiable y garantizar la continuidad del proceso terapéutico. Los datos específicos que deben recogerse van desde el conocimiento de la génesis de la enfermedad, las oscilaciones de peso, hasta el conocimiento de la ingesta y el tipo de alimentos que consume o evita, así como sus horarios de comida, métodos utilizados para perder peso, etc. Es necesario evaluar el estado mental del paciente para precisar la gravedad psiquiátrica del cuadro y los diagnósticos asociados. Se debe realizar una exploración física que incluya peso, talla, presión arterial, pulso, índice de masa corporal y exámenes de sangre; y psicopatológica que indague

sobre la alteración de la imagen corporal, el deseo de adelgazar, los mecanismos empleados para conseguirlo y repercusiones en el ámbito personal y sociofamiliar. (2)

ANOREXIA NERVIOSA (AN)

La AN fue descrita por primera vez por Richard Morton en 1694 y posteriormente, 2 siglos después, Gull en Inglaterra y Lassegue en Francia describieron otros casos que correspondían a la enfermedad tal como se reconoce actualmente. La etiología de la AN aún no se conoce con certeza, pero se piensa que es multifactorial, existiendo componentes de tipo genético, sociales, metabólicos, de personalidad, hormonales, sexuales, de 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. (16) La cuarta edición del Manual Diagnóstico de los Trastornos Mentales (DSM-IV), define a ésta entidad como un trastorno en el que la persona se niega a mantener un peso mínimo dentro de la normalidad, tiene un miedo intenso a ganar peso y una significativa mala interpretación de su cuerpo

y su forma. (Tabla 1). Esta misma entidad resalta también, que el término anorexia (falta de apetito) es erróneo, ya que ésta rara vez aparece en los estadios tempranos de la enfermedad. (2, 18) Afecta a 0,5-1% de personas a través de sus vidas. (14) Estos pacientes ponen en práctica voluntariamente diferentes medidas para conseguir la pérdida de peso deseada, como una dieta restrictiva muy estricta y conductas purgativas (vómitos autoinducidos, abuso de laxantes, uso de diuréticos, etc.). A pesar de la progresiva e intensa pérdida de peso, las personas afectadas presentan una distorsión de la imagen corporal y se ven gordas, por lo que persisten con las conductas de evitación de la comida junto con acciones compensatorias para contrarrestar el aporte calórico de la que ingieren (actividad física desmesurada, conductas de purga, etc.). Habitualmente no tienen conciencia de enfermedad ni del riesgo que corren con su conducta. Todo su interés está centrado en perder peso, y para conseguirlo no les importa caer en estados nutricionales carenciales que pueden acarrear un serio riesgo vital. Con frecuencia estas personas tienen una personalidad con excesiva necesidad de aprobación, alto sentido de la responsabilidad, perfeccionismo y sentimiento de ineficacia personal. (9, 18) Es una enfermedad típica

Tabla 1. Criterios Diagnósticos de Anorexia Nerviosa según el DSM-IV

- A. Miedo intenso a engordar, que no disminuye con la pérdida de peso.
- B. Alteración de la silueta corporal, exagerando su importancia en la autoevaluación y negando los peligros que provoca la disminución de peso.
- C. Pérdida de por lo menos 25% del peso original. En menores de 18 años debe añadirse al peso inicial el que correspondería aumentar de acuerdo con el proceso de crecimiento y considerando que, una reducción de peso cercana a 15% es valorada como riesgo médico.
- D. Negativa a mantener el peso corporal por encima del mínimo, según edad y estatura.
- A estos criterios pueden agregarse los siguientes:
- Pérdida de peso autoinducida por conductas compensatorias: vómitos, laxantes, diuréticos y exceso de actividad física
 - Retraso en el desarrollo puberal: Falta de crecimiento de los senos, amenorrea primaria o secundaria. En los varones, los genitales no se desarrollan y hay pérdida del interés y de la potencia sexual
- Se especifican 2 tipos de anorexia:
- TIPO RESTRICTIVO: La pérdida de peso se obtiene haciendo dietas, ayunos o ejercicio excesivo. No se recurre a atracones ni a purgas
 - TIPO COMPULSIVO-PURGATIVO: Se recurre regularmente a medidas purgatorias como inducción al vómito, uso de laxantes, diuréticos y enemas

de las mujeres (90-95%) que se presenta principalmente en la adolescencia y afecta a un 1% de la población. Las edades de inicio más frecuentes suelen estar entre los 14-18 años, en los últimos años se ha observado que la incidencia tiende a aumentar en los varones.

BULIMIA NERVIOSA

La BN está descrita desde la antigüedad y su prevalencia ha

aumentado en las últimas décadas. La BN fue descrita como una variante de la AN en 1979 por Rusell. Se define como episodios recurrentes de atracones (ingesta voraz, incontrolada), en los cuales se ingiere una gran cantidad de alimento en un corto espacio de tiempo, generalmente en secreto, seguidos de conductas compensatorias inapropiadas (vómitos autoinducidos, abuso de laxantes, uso de diuréticos,

hiperactividad física,) junto con alteración de la percepción de la forma y del peso corporal. (2) Los criterios diagnósticos de esta entidad se describen en la Tabla 2. En la BN no se producen necesariamente alteraciones en el peso, pueden tener peso normal, bajo o sobrepeso, por lo que pasa fácilmente desapercibido. (9). Los cuadros bulímicos se dividen en purgativos y no purgativos. (7) La bulimia afecta 1,9% de las

Tabla 2. Criterios Diagnósticos de Bulimia Nerviosa según el DSM-IV

- A. Episodios recurrentes de voracidad:
- Comer en corto periodo de tiempo gran cantidad de alimentos
 - Falta de control sobre la alimentación durante el episodio
- B. Promedio de 2 episodios de voracidad semanales durante 3 meses
- C. Autoevaluación “indebidamente” influida por la forma y el peso corporales
- D. Conducta compensatoria:
- PURGATIVA: Vómitos autoinducidos, laxantes, diuréticos
 - NO PURGATIVA: Ayuno, ejercicios físicos extenuantes

mujeres de la población general, es frecuente entre las adolescentes.

TRASTORNO DE CONDUCTA ALIMENTARIA NO ESPECIFICADO

Los TCA no especificados suelen ser cuadros de AN O BN incompletos, ya sea por su inicio o porque están en vías de resolución. Por lo tanto, en ellos veremos síntomas similares pero sin llegar a configurar un cuadro completo, aunque no por ello menos grave. Dentro de este grupo de trastornos, se incluyen trastornos tales como el empleo habitual de conductas compensatorias inapropiadas (después de ingerir pequeñas cantidades de alimento, masticarlas y expulsar la comida) y episodios compulsivos y recurrentes de ingesta pero sin conductas compensatorias. Los criterios diagnósticos para este grupo de trastornos se describen en la Tabla 3. El trastorno por atracón es una entidad en fase de estudio para poder determinar si

nos hallamos ante un trastorno diferente al resto de los TCA no especificados o simplemente ante una forma leve de BN. La diferencia principal con la BN es la ausencia de mecanismos compensatorios de los atracones, por lo que con el tiempo el paciente se encamina inexorablemente hacia un problema de sobrepeso u obesidad. (9) El trastorno por atracón, o también llamado comer demasiado compulsivamente, se trata de una tercera categoría que fue establecida en el DSM-IV para delimitar los TCA no definidos específicamente como AN y BN. (11) El trastorno por atracón o “binge eating disorder” (BED) aparece en un 30% de los pacientes que están en programas para perder peso y en un 2-5% en la población general Es más común en mujeres con sobrepeso que son más jóvenes que las obesas sin BED y mayores que las pacientes con BN. (10)

TRATAMIENTO

Una vez hecho el diagnóstico

la elección del tratamiento dependerá de las características de la persona que lo padece, su gravedad y tipo de enfermedad. Los TCA son enfermedades complejas con un curso crónico. Suelen requerir tratamiento a largo plazo, con un promedio de 5-6 años. La intervención temprana es esencial, para evitar daños físicos permanentes causados por la enfermedad durante las etapas del crecimiento y desarrollo. (14) Por la complejidad de su manejo, el tratamiento debe ser cuidadosamente coordinado por un grupo multidisciplinario que, de acuerdo a cada caso y a la disponibilidad, podría incluir al médico, psiquiatra, psicólogo, trabajador social y nutricionista. Hay casos que requieren la evaluación del ginecólogo, del endocrinólogo y del gastroenterólogo, entre otros. (14, 18) La meta principal del tratamiento debe ser promover un estado de vida saludable: (14)

- Restaurar el peso apropiado de acuerdo al índice de masa corporal y el metabolismo

Tabla 3. Criterios Diagnósticos del Trastorno de Conducta Alimentaria No Especificado según el DSM-IV

A. Distinciones de grado:

- Mujeres que cumplen los criterios diagnósticos de la anorexia, pero con menstruaciones regulares
- Se cumplen todos los criterios diagnósticos de la anorexia, pero el peso de la persona se encuentra dentro de los límites de la normalidad
- Se cumplen los criterios diagnósticos de la bulimia, pero con menor frecuencia

B. Empleo irregular de conductas compensatorias inapropiadas después de ingerir pequeñas cantidades de comida por parte de un individuo de peso normal (por ejemplo, inducción del vómito después de ingerir 2 galletas)

normal del cuerpo

- Normalizar los patrones de alimentación y revertir el proceso de inanición
- Tratar cualquier complicación médica resultante
- Eliminar conductas compensatorias maladaptativa

El tratamiento de los TCA debe abordar la nutrición (realimentación, educación, obtención y mantenimiento de un peso adecuado), las posibles complicaciones médicas, así como los aspectos psiquiátricos del paciente y de su familia. (2, 18) La persona enferma debe de responsabilizarse de su peso y su alimentación. En algunos casos se debe usar medicación para la prevención de recaídas. Los antidepresivos son los más utilizados, siendo la Fluoxetina la que tiene mayor evidencia dentro del tratamiento de los TCA. Se puede utilizar ansiolíticos de la familia de las benzodiazepinas, para tratar síntomas de ansiedad o como hipnótico. Así como también se pueden emplear estabilizadores del ánimo por su efecto ansiolítico y su eficacia en la impulsividad. Dentro del tratamiento se incluye la psicoterapia que puede ser individual y/o grupal.

PREVENCIÓN

En lo que se refiere a la prevención primaria, se actúa sobre los factores de riesgo, las principales

estrategias son de carácter educativo y se han centrado básicamente en los siguientes aspectos: (6)

- Información a la población general y en particular a la población de riesgo
- Identificación de grupos de riesgo
- Actuaciones dirigidas a modificar aquellas conductas que podrían favorecer el comienzo de la enfermedad, en particular en relación con la dieta
- Intervenciones sobre los estereotipos culturales, adelgazamiento y belleza

FACTORES DE RIESGO

En estudios realizados se describe que la ansiedad-rasgo, dificultad para identificar y expresar las emociones, baja autoestima, actitud negativa hacia la expresión emocional, percepción negativa de las emociones, influencia de la alimentación, peso y figura corporal en el estado de ánimo, necesidad de control y determinadas formas de regular las emociones, pueden ser consideradas factores de riesgo de los TCA. (16) Las variables que sobre todo alertan sobre un mayor riesgo de desarrollar un TCA son la influencia de la alimentación, el peso y la figura corporal en el estado de ánimo, la baja autoestima y las variables de afrontamiento denominadas expresión emocional

y acción impulsiva. (16)

CONCLUSIÓN

Los TCA y su relación con la actual sociedad de consumo, conforman uno de los más importantes ejemplos de la existencia de fricciones entre distintos intereses sociales: la salud, la belleza y los intereses productivos y publicitarios. Es en la infancia, a través de la educación donde se puede afrontar el reto de educar en el consumo consciente y responsable del individuo. En muchos casos, los TCA son desarrollados por personas que imitan los patrones estéticos imperantes en la sociedad de consumo. Los TCA requieren un cuidadoso tratamiento multidisciplinario, que debe empezarse lo antes posible para evitar consecuencias futuras en el desarrollo. Cada plan de tratamiento debe ser individualizado. Existe unanimidad respecto al papel de la prevención como un pilar fundamental en el abordaje de la problemática de los TCA.

RESUMEN

Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) constituyen un problema de Salud Pública por su prevalencia, creciente incidencia, gravedad, curso clínico prolongado, tendencia a la cronicidad, necesidad de

tratamiento especializado y frecuente hospitalización. Los TCA tienen como eje principal la insatisfacción con el peso y/o con la imagen personal, por ideas sobrevaloradas o distorsiones del concepto de lo que deben ser el peso y la silueta ideal. Las conductas patológicas causan disfunción social y no permiten mantener un peso saludable. Para tratar estos casos, se requiere la intervención especializada interdisciplinaria y bien coordinada. Los TCA más comunes son la anorexia nerviosa, bulimia nerviosa y el trastorno por atracón. El presente artículo hace una breve descripción de los TCA, sus características y las particularidades del abordaje de estas patologías.

BIBLIOGRAFÍA

1. Álvarez-Rayón G, Franco-Paredes K, López-Aguilar X, et al. Imagen corporal y trastornos de la conducta alimentaria. *Rev salud pública* 2009; 11(4): 568-578
2. Basurte Villamor I, Sevilla Vicente MJ, Holguera Ortiz S, et al. Trastornos de la conducta alimentaria. *Medicina* 2011; 10(86): 5817-5824
3. Becker AE, Grinspoon SK, Klibanski A, Herzog DB. Eating disorders. *New England Journal of Medicine*, 1999;340(14):1092-1098
4. Behar R, Arriagada MI, Casanova D. Trastornos de la conducta alimentaria y trastornos afectivos: Un estudio comparativo. *Rev Méd Chile* 2005; 133: 1407-1414
5. Behar R, Manzo R, Casanova D. Trastornos de la conducta alimentaria y asertividad. *Rev Méd Chile* 2006; 134: 312-319
6. Casado Morales MU, Helguera Fuentes M. Prevención de los trastornos de alimentación. Un primer programa de prevención en dos fases. *Clinica y Salud* 2008; 19(1): 5-26
7. Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva. Guía de los trastornos alimenticios. [en línea] [accesado el 3 de setiembre de 2012]. Disponible en: www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/DOCSAL7598.pdf
8. Gascón P, Migallón P. Trastornos de la alimentación. [en línea] [accesado el 4 de setiembre de 2012]. Disponible en: es.salut.conecta.it
9. Gómez del Barrio JA, Gaité Pindado L, Gómez E, et al. Guía de prevención de los trastornos de la conducta alimentaria y sobrepeso. [en línea] [accesado el 3 de setiembre de 2012]. Disponible en: www.saludcantabria.es
10. Guisado JA, Vaz FJ. Aspectos clínicos del trastorno por atracón "binge eating disorder". *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq* 2001; 77. [en línea] [accesado el 3 de setiembre de 2012]. Disponible en: scielo.isciii.es
11. Hidalgo Vicario MI, Güemes Hidalgo M. Trastornos del comportamiento alimentario, anorexia y bulimia. *Pediatr Integral* 2008; XII (10):959-972.
12. Instituto Nacional de la Salud. Trastornos de la alimentación. [en línea] [accesado el 3 de setiembre de 2012]. Disponible en: www.nimh.nih.gov
13. March JC, Suess A, Prieto MA, et al. Trastornos de la conducta alimentaria: Opiniones y expectativas sobre estrategias de prevención y tratamiento de la perspectiva de diferentes actores sociales. *Nutr Hosp* 2006; 21(1): 4-12
14. Nazario LL. Trastornos de la conducta alimentaria: Algunos aspectos esenciales. [en línea] [accesado el 28 de setiembre de 2012]. Disponible en: www.galenusrevista.com
15. Ochoa de Alda A. La importancia de la imagen corporal, la alexitimia, la autoestima y los estilos de crianza en jóvenes con trastorno de conducta alimentaria. [en línea] [accesado el 4 de setiembre de 2012]. Disponible en: www.injuve.es
16. Pascual A, Extebarria I, Cruz MS, et al. Las variables emocionales como factores de riesgo de los trastornos de conducta alimentaria. *International Journal of Clinical and Health Psychology* 2011; 11(2): 229-247
17. Ruiz Lázaro PJ, Sánchez Mascaraque P. Trastornos del comportamiento alimentario. [en línea] [accesado el 4 de setiembre de 2012]. Disponible en: www.sepeap.org
18. Staudt MA, Rojo MM. Trastornos de la conducta alimentaria; Anorexia nerviosa. Revisión bibliográfica. *Revista de Posgrado de la Vía Cátedra de Medicina* 2006; 156: 24-30
19. Steiner H, Lock J. Anorexia nervosa and bulimia nervosa in children and adolescents: a review of the past ten years. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 1998;37:352-359