

Trastornos de la conducta alimentaria (TCA)

Dr. Daniel Seijas B.
Dra. Ximena Sepúlveda T.
Departamento de Psiquiatría.
Clínica Las Condes.

Resumen

Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) son conocidos desde el siglo XVII (1689), y tienen una prevalencia de un 10% para la bulimia y de un 0.5% a 1% para anorexia. En este artículo se analizan factores como la morbilidad, los factores predisponentes, la caracterización clínica y las teorías psicológicas que subyacen a la enfermedad. Entre estos destacan la baja autoestima, el perfeccionismo y los problemas parentales. Se enfatizan los problemas del vínculo con los padres en donde la imagen corporal se transforma en el problema central.

Se analizan los diagnósticos diferenciales tanto en la anorexia como en la bulimia y se describen los aspectos médicos y psiquiátricos a considerar en el tratamiento.

Es importante resaltar la asociación de co-morbilidad depresiva, ansiosa, de personalidad y adicción tanto a drogas como alcohol.

Finalmente se analiza la importancia del trabajo multiprofesional, integral y se enfatiza en que las estrategias farmacológicas y psicoterapéuticas cognitivas, conductuales que son el tratamiento de elección.

HISTORIA

Una de las primeras descripciones de la anorexia nervosa fue realizada por Sir Richard Morton en el año 1689 con marcadas similitudes con el cuadro actual. Le siguieron la descripción en 1874 del Dr. William Gull (1) y paralelamente en Francia del Dr. Henri Lasèque (1873) (2).

En el caso de la bulimia nerviosa, fue el Dr. Otto Döerr (1972), psiquiatra chileno, quien realizó la primera descripción de una condición que hoy conocemos como bulimia nerviosa (3). El profesor Russell, del Instituto de Psiquiatría de Londres, acuñó el término de bulimia como la enfermedad del “miedo mórbido a engordar” (1979) (4), aunque también fue descrita por Bruch como la “persecución por la delgadez” (5) o como una “fobia a la obesidad” por Crisp (6).

EPIDEMIOLOGÍA

Varios estudios indican que la prevalencia de la bulimia nervosa sería entre 1,3% y 10,1% de las mujeres en EE.UU., dependiendo de los criterios diagnósticos utilizados en cada estudio. La prevalencia entre adolescentes y mujeres adultas jóvenes es de 1% (7).

La bulimia se ha descrito en todas las clases socioeconómicas, aunque es más común que se presente en países desarrollados y en clases socioeconómicas altas. Al menos un 90% de los sujetos que la padecen son mujeres. La bulimia nervosa puede causar morbilidad e incluso la muerte, representando un importante problema de salud pública.(8)

Si bien la anorexia nervosa (AN) no es una condición muy frecuente en la población general, su morbilidad y mortalidad están entre las más altas dentro de las enfermedades psiquiátricas debidas a la malnutrición, las conductas de purgas y actos suicidas. Su tasa de mortalidad es de un 0,56%, lo que constituye más de 12 veces la tasa de mortalidad femenina en la población general (9). La AN afecta principalmente a niñas adolescentes y a mujeres jóvenes, y es diez veces más frecuente en mujeres que en hombres. Tiene una prevalencia puntual no mayor de un 0,5% dentro del grupo de jóvenes mayores de 15 años (10) (11). Se han descrito mayores incidencias de AN en el siglo XX (12) (13), pero una revisión sistemática mostró una incidencia anual estimada en la población general de 18,5/100.000 en mujeres y de 2,25/100.000 en hombres (13).

Sin embargo, si se evalúa la presencia de algunos síntomas aislados de estos cuadros, sin llegar a constituir un TCA propiamente tal, en población adolescente, la prevalencia aumenta a cerca de un 5% (14). Si bien es cierto que no se trata de patologías de alta frecuencia, la prevalencia de los TCA ha ido aumentando en los últimos años en forma considerable y existe una población de alto riesgo sintomática, la que se podría detectar en forma precoz, intervenir tempranamente (ya sea en forma preventiva o con un tratamiento específico) y quizás mejorar el pronóstico y la calidad de vida de algunos de esos pacientes. El “espacio” pediátrico es especialmente privilegiado en este sentido, ya que por las características del vínculo pediatra-paciente-madre, por tener un inicio muy temprano en la vida del niño,

el cual se extiende a lo largo de su desarrollo, se tiene la posibilidad de observar cómo se va desarrollando la vivencia de corporalidad, tema de gran relevancia en la determinación de esta enfermedad.

CARACTERIZACIÓN CLÍNICA

I.- De acuerdo con la Asociación Psiquiátrica Americana, los TCA se dividen en cuatro categorías diagnósticas:

- Anorexia nerviosa.
- Bulimia nerviosa.
- Trastorno de comer compulsivo (binge eating disorder).
- Trastornos de alimentación atípicos o no especificados.

Este grupo de patologías tiene varias características clínicas y fisiopatológicas en común y es posible que los pacientes transiten entre las diversas categorías diagnósticas. Un rasgo clínico general de los trastornos de alimentación es la presencia de distorsiones perceptuales: principalmente la existencia de una sobrevaluación del peso y del esquema corporal. Así, la percepción que tiene el individuo de su desempeño en la sociedad se basa en forma casi exclusiva en su peso y forma corporal y en su habilidad de controlar estas dos variables.

Habitualmente, los TCA se presentan en forma crónica, con frecuentes remisiones y recaídas. Frecuentemente se acompañan de patologías psiquiátricas como depresión, trastornos de ansiedad, trastorno obsesivo-compulsivo, trastornos de personalidad, abuso y dependencia de alcohol y drogas. Además, los TCA pueden conducir al paciente a desarrollar serias complicaciones somáticas, no siendo raras, por ejemplo, la presencia de graves trastornos metabólicos o desnutrición.

En el caso de los adolescentes, se agrega además el impacto que puede tener un trastorno de este tipo en la organización de la personalidad, la cual aún se encuentra en desarrollo en esa etapa. El curso crónico, el largo tiempo requerido en general para lograr la recuperación puede ser perturbador e invalidante en la vida

de un joven.

ANOREXIA NERVIOSA

Un modelo etiológico multidimensional para AN incluye factores biológicos, sociales y culturales de “presión hacia la figura esbelta” (publicidad de modelos, competitividad a nivel escolar, etc.) como modelo de belleza. Algunas jóvenes tendrían factores de vulnerabilidad psicológicos y genéticos a la vez que problemas familiares que pueden predisponer a los TCA (15).

En relación con los factores genéticos, la predisposición a un tipo de personalidad determinado, los trastornos de ansiedad o depresivos, o a una vulnerabilidad fisiológica pueden jugar un rol. Varios autores coinciden en la teoría genética, pero las dificultades metodológicas producto de la baja prevalencia, muestras pequeñas y otras limitaciones no permiten llegar a conclusiones definitivas sobre esta situación. Sin embargo, Wade (16) estimó que la heredabilidad de AN es de un 58% (95% IC D 33%-77%), mientras que Holland (17) encontró una concordancia entre gemelos homocigóticos de 55 % a 65%.

Sin perjuicio de lo anteriormente planteado, aún quedan muchas preguntas por responder acerca de las contribuciones biológicas al desarrollo de los trastornos de la conducta alimentaria. Las percepciones de hambre y saciedad parecen reflejar una compleja integración de sets cognitivos y de una fisiología interna.

Los modelos biológicos relacionados al inicio y cronicidad de la AN han involucrado varios neurotransmisores (serotonina, dopamina, noradrenalina), neuropeptidos, hormonas neuroendocrinas y el metabolismo que afectan la ingesta alimentaria. Un sinnúmero de anomalías en estos sistemas han sido descritos en AN, pero ha sido difícil diferenciar entre los cambios específicos debidos al trastorno de la conducta alimentaria TCA de aquellos propios de la caquexia asociada (18).

Se han efectuado varios intentos para identificar factores predisponentes putativos, que preceden a la baja de peso o que pueden predisponer a la recurrencia de episodios de baja de peso (19). Por ejemplo, la actividad funcional del sistema serotoninérgico se ha encontrado disminuida durante los periodos de baja de peso, pero puede estar anormalmente aumentada en pacientes anorecticas con un tiempo prolongado de evolución que han recuperado su peso (20).

Aparte de los efectos en patrones de la conducta alimentaria per se, las influencias biológicas pueden contribuir a otros cambios como desregulación del ánimo y aumento de la impulsividad (21).

La mayor parte de las pacientes anorecticas tienen un inicio de su sintomatología alrededor de cinco años de su menarquia, cuando las presiones sociales y las exigencias personales en relación a las tareas del desarrollo (consolidación de identidad, mayor cambio en el rol de género, etc.) influyen en forma importante. En un 30% de los casos las pacientes, previo al inicio del cuadro, presentan un leve sobrepeso que puede generar la "fobia a engordar", intentando volver a un estado prepuberal evitando transformarse en un adulto sexuado. Así entonces la delgadez es vista como segura, atractiva, buena y da la sensación de tener control sobre algo en su vida.

Dentro de las distintas teorías psicológicas, la teoría psicodinámica hace hincapié en el trastorno vincular que existiría entre estas pacientes y sus madres. Se trataría de un vínculo en el cual la identidad de la niña se iría construyendo en base a las expectativas maternas de perfección, el cuerpo se iría viviendo como perteneciente a la madre más que propio, con la sensación de que la madre habita en el propio cuerpo y de la cual sería necesario separarse y controlar. En estas niñas existen dificultades importantes en el proceso de separación e individuación, por lo que la AN podría interpre-

tarse como un intento de diferenciarse, de retomar el control sobre sí mismas, de demostrar "agencia" (de tener una fuerza transformadora) en la vida y de la necesidad de seguir siendo especiales. Tienden a ser niñas que se muestran carentes de necesidades y de impulsos.

Chris Fairburn (22) en la Universidad de Oxford identificó la baja autoestima, el perfeccionismo y los problemas parentales como factores que específicamente ponen en riesgo a las mujeres para que aparezca una AN. Algunos de estos hallazgos han sido apoyados por estudios de epidemiología genética (23) (24).

Estudios nacionales y extranjeros que miran al foco de identidad de género muestran que la feminidad emerge como el mayor rasgo de identidad en pacientes con TCA, en contraste con la androgenicidad mostrada por hombres y mujeres sin TCA (25).

Conocida es la descripción de las niñas con AN que presentan una personalidad perfeccionista, rígida, obsesiva y conformista hasta antes de la adolescencia, siendo generalmente excelentes alumnas, hijas, etc., debutando junto con los cambios hormonales con conductas de tipo anorecticas purgativas y/o restrictivas. Ahora bien, estos rasgos de personalidad fuera de ser sólo predisponentes tienden a mantenerse igual aun luego de la recuperación del peso (26) (27).

En las familias de estas pacientes hay una alta frecuencia de problemas de discordia marital, con "sobreinvolucramiento" de todos en la vida de todos, sin resolución efectiva de los conflictos y sobreprotección de los hijos. Se tiende a evadir el conflicto y a sostener la imagen de la "familia perfecta" incluso a alto costo. No es infrecuente la existencia de patología psiquiátrica en la madre la que incluso puede presentar un TCA también.

El diagnóstico diferencial en estos casos debe hacerse con trastornos depresivos, esquizofrenia, fobias específicas, trastorno obsesivo compulsivo e hipomanía como parte de un trastorno bipolar. Las

causales médicas que deben descartarse son el hipopituitarismo, tirotoxicosis, diabetes mellitus, neoplasias, síndrome de malabsorción y tuberculosis.

Esta enfermedad requiere una intervención precoz y multiprofesional, pues de no tratarse el pronóstico es muy pobre con una alta mortalidad. Sin perjuicio de lo anterior, en los casos que se tratan habría un 30% a 35% de recuperación total; otro 30% se recupera parcialmente, un 20% presenta poco avance o incluso empeoramiento y un 5% podría llegar a la muerte. Las causales más frecuentes de muerte son suicidio, la inanición, alteraciones electrolíticas y enfermedades infecciosas intercurrentes.

El riesgo de vida de abuso y dependencia de alcohol y drogas fluctúa entre un 6% para las anorecticas restrictivas, aumentado hasta un 30% cuando aparecen síntomas bulímicos, siendo el riesgo en las compulsivo-purgativas siete veces mayor que las restrictivas. En relación con la carga familiar, sólo un 7% de las pacientes anorecticas tendrían historia familiar de alcoholismo (28).

Los factores asociados con un pronóstico reservado son: enfermedad de larga duración, inicio más tardío, peso más bajo durante la enfermedad, presencia de vómitos e impulsos bulímicos (bulimarexia), ansiedad al comer en presencia de otros, bajo rendimiento escolar, ser hombre, mala adaptación social durante la infancia y finalmente malas relaciones familiares. Todo esto enfatiza lo perentorio de efectuar un tratamiento multiprofesional, psicológico, farmacológico y familiar, que más adelante describiremos (29).

BULIMIA NERVIOSA

Esta patología es un TCA caracterizado por episodios recurrentes de comer compulsivo en forma descontrolada (lo cual se acompaña de intensa culpa y remordimiento), seguido de conductas compensatorias para prevenir el aumento de peso. Estas conductas incluyen la autoinducción

del vómito (la más frecuente), el abuso de laxantes o diuréticos, enemas y otros medicamentos, ayunos o ejercicio excesivo. Adicionalmente, la figura corporal y el peso tienen un valor excesivo en la evaluación que estas pacientes hacen de sí mismas con respecto a su valía personal. Su autoestima es regulada en forma extrema por estos aspectos de su apariencia, sintiéndose bajo intensa presión de realizar dietas y evitar así el aumento de peso. Estas pacientes pueden tener un peso normal o con leve sobrepeso, pero con frecuencia experimentan igual pequeños cambios de peso, a los que son muy sensibles. Además se asocian con frecuencia episodios depresivos, con disforia, culpa, baja autoestima y con preocupación frecuente por la comida o bajar de peso. Pueden mostrarse estresadas en las relaciones interpersonales, frente a las relaciones sexuales, pero se ven y aparecen como socialmente muy competentes. Frecuentemente, y hasta un 50%, puede abusar de alcohol y/o drogas o incluso tener dependencia de estas sustancias.

Un 27% de los pacientes con TCA presentan dependencia de alcohol y la presencia de dependencia de alcohol en familiares de primer grado puede llegar hasta un 50% en el caso de las pacientes bulímicas (28).

También presentan con mayor frecuencia que la población general trastornos del ánimo, trastornos de ansiedad, trastornos de la personalidad, entre otros. Suelen ser pacientes difíciles de tratar, especialmente por la dificultad en el control de sus impulsos.

Las teorías psicológicas psicodinámicas señalan que estas pacientes también tendrían alteraciones tempranas en el vínculo afectivo y dificultades en el proceso de separación e individuación. Pero a diferencia de las pacientes anorecticas, la paciente bulímica tendría una gran necesidad de establecer un vínculo estrecho y simbiótico con la madre, lo que se expresaría de alguna manera en su voracidad, en su necesidad de incorporar grandes cantidades de comida. Sin embargo, la

ambivalencia, las dificultades para recibir, las emociones negativas como la rabia y la envidia frente al objeto no le permitirían mantenerlo, por lo que surge la necesidad de expulsarlo rápidamente.

Los problemas físicos que pueden hacer sospechar la existencia de esta patología son dilatación gástrica, inflamación parotídea, alteraciones hidroelectrolíticas por los vómitos, alteraciones del esmalte dental (por el pH del vomito) y hasta un 50% pueden presentar amenorrea.

Su cuadro usualmente comienza en la adolescencia más tardía o adultez joven, en varios casos precedida de una anorexia nerviosa o una obesidad. Habría mayor frecuencia de abuso físico y sexual en la infancia que en la población general.

En las familias se encuentra con frecuencia historias de obesidad, depresión, alcoholismo y anorexia nerviosa. A diferencia de la paciente con AN, la paciente bulímica tiende a ser en quien se deposita lo más negativo de la familia. Es frecuente que exista el antecedente de maltrato, abandono o negligencia en lo afectivo.

Muchas familias están muy preocupadas por la dieta, dándole importancia a actitudes culturales exageradas en torno a la dieta. Las madres tienen una preocupación exagerada por hacer dieta o que sus hijas hagan dieta o tienen un problema ellas mismas y también muestran un mayor desagrado por la forma de funcionamiento familiar en general.

Estas familias tienden a no fomentar la independencia personal de sus miembros. Las personas en la familia buscan la independencia emocional, que no siempre logran y el comer y vomitar parece ser un mecanismo en que expulsan "lo malo de sí mismas y también de la familia". Sin embargo, son a veces los familiares los que se dan cuenta que algo malo está sucediendo.

El diagnóstico diferencial debe realizarse con tumores hipotalámicos, tumores frontales y el síndrome de Klein Levin (hipersomnia, hiperfagia, hipersexualidad, alucinaciones y alteraciones del ánimo). Este cuadro evoluciona usualmente en

forma crónica con un curso fluctuante a lo largo de varios años. Frecuentemente, los episodios son gatillados por crisis interpersonales y eventos vitales, entre otros factores.

Los correlatos de gravedad en el caso de la bulimia nerviosa parecen estar relacionados con la edad de inicio (a menor edad peor pronóstico), con rasgos de personalidad en relación con el carácter, (personalidades más frágiles, en las cuales prima el déficit sobre el control impulsivo), menor preocupación y cuidado parental y la presencia de algún trastorno del ánimo en la vida.

Es de vital importancia en la adolescencia, especialmente en etapas tempranas, el poder realizar un tratamiento precoz e intensivo, no sólo orientado al control y manejo de las conductas anormales, sino que también apunte a una resolución de conflictos y aspectos más profundos del desarrollo de ese paciente, ya que a diferencia de los adultos, se trata de una persona que aún no completa su desarrollo y en el cual la presencia del trastorno puede interferir, modular y determinar en parte el camino que tome la organización de su personalidad.

Los tratamientos que han recibido mayor apoyo en estudios controlados de bulimia nerviosa son las aproximaciones psicoterapéuticas multiprofesionales, principalmente psicoterapia cognitiva, medicación antidepressiva y la combinación de ambas. Todos los tipos de antidepressivos parecerían ser útiles en el corto plazo para aliviar los síntomas bulímicos (30). Los resultados de metanálisis muestran que la abstinencia de conductas bulímicas en el corto plazo (aprox. ocho semanas) es alrededor de un 20%, mientras que reducciones en general de conductas bulímicas llegan a un 70% (31).

Sin embargo, existe un significativo porcentaje de recaídas de un 30% a 45% en pacientes durante un seguimiento de cuatro a seis meses. Estos mismos estudios muestran que no existiría diferencia entre los diversos fármacos entre sí e incluso comparados con placebo (32).

De varios estudios de metanálisis se desprende que la combinación de antidepresivos y tratamientos psicológicos pueden ser recomendados como eficientes tratamientos para la bulimia nerviosa, en particular cuando los síntomas bulímicos son muy graves y una aproximación única no ha sido efectiva. Cuando existe un equipo con personal entrenado en terapia cognitivo conductual para TCA el inicio del tratamiento con terapia cognitiva parece ser el indicado como de primera elección. Los antidepresivos pueden ser considerados de primera elección si no se cuenta con un terapeuta entrenado (33). En el primer caso, si se desea potenciar los resultados de la psicoterapia cognitivo conductual se pueden agregar antidepresivos, pero se sugiere implementar medidas para evitar el abandono de la terapia. La necesidad de un trabajo en equipo se hace de por sí evidente en el caso de los TCA, donde la multiplicidad de dificultades no sólo se hacen claras en la descripción de los cuadros clínicos, sino que con mayor relevancia en el manejo de estos pacientes y sus familias que de por sí resultan complejos.

En CLC existe desde hace algunos años un equipo de trabajo en adolescentes con trastornos de la alimentación, al que se agrega hoy en día un equipo multiprofesional para el tratamiento de los trastornos de la conducta alimentaria en adultos, con psiquiatras, médicos nutriólogos, psicólogos (terapias individuales y grupales), terapeutas familiares y ocupacionales, profesores de educación física (relajación, pilates, entre otras), que constituyen el núcleo de trabajo de este programa, cuyo desarrollo no fue el objetivo de detallar en este artículo.

BIBLIOGRAFÍA

1> Gull W.W. Anorexia Nervosa (apepsia hysterica, anorexia hysterica) Transactions of the Clinical Society of London 1874; 7:22-8.
2> J. Bird & G. Harrison. Examination Notes in Psychiatry Second edition pags

84 a 90. Ed. Wright, Bristol 1987, England.
3> Dóerr O. "Sobre una forma particular de perversión oral en la mujer joven: hiperfagia y vómito secundario. Rev.Chil. Neuropsiquiat.11, Nr.2:27-41 (1972).
4> Russell G. F. M. Bulimia Nervosa: an ominous variant of anorexia nervosa. Psicol.Med. 9, 429, 1979.
5> Bruch H. en Eating Disorders, London, Routledge & Kegan Paul 1978.
6> Crisp A.H. Anorexia Nervosa: therapy & theory, Br. J. of Hosp.Med.1,713, 1967.
7> American Psychiatric Association, Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders (DSM-IV). 4th Edition. Washington DC: American Psychiatric Association, 1994.
8> Bacltchuk J., Hay P. Antidepressants versus placebo for people with bulimia nervosa The Cochrane database of Systematic Reviews 2003, Issue 4. Art.No.: CD003391. DOI: 10.1002/14651858.CD003391).
9> Sullivan P.F. Mortality in Anorexia Nervosa, American Journal of Psychiatry 1995; 152 (7):1073-4.
10> Aalto-Setälä T., Martunen M., Tuulio-Henriksson A., Poilolainen K., Lonnqvist J., et al. One month prevalence of depression and other DSM-IV disorders among young adults. Psychological Medicine 2001; 31:791-801.
11> Verhulst F.C., der vzn Ende J., Ferdinand R.F., Kasius M. The prevalence of DSM-III-R diagnosis in a national sample of Dutch adolescents. Archives of General Psychiatry 1997; 54:329-36).
12> Lucas A.R., Beard C.M., O'Fallon W.M., Kurland L.T. 50- year trends in the incidence of anorexia nervosa in Rochester, Minn.: A population based study. American Journal of Psychiatry 1991; 148:917-22.
13> Pawluck D.E., Gorey K.M. Secular trends in the incidence of anorexia nervosa: Integrative review of population based studies. International Journal of Eating Disorders 1998; 23: 347-52.).
14> Behar Rosa. Trastornos del hábito de comer en adolescentes: aspectos clínicos y epidemiológicos. Rev. Med. De

Chile 126:1085-92, 1998.

15> Lamí K.A., Eckert E., LaDu T.J., Cohen J. Anorexia nervosa: Treatment efficacy of cyproheptadine and amytriptiline. Archives of General Psychiatry 1986; 43(2):177-81. 1996.
16> Wade T.D., Bulik C.M., Neale M., Kendler K.S., Anorexia nervosa and major depression: shared genetic and environmental factors. American Journal of Psychiatry 2000;157:469-71.
17> Holland A.J., Sciotte N., Treasure J. Anorexia Nervosa: evidence for a generic basis. Journal of Psychosomatic Research 1988; 32(6):561-71.
18> Mayer L.E., Walsh B.T. Pharmacotherapy of eating disorders. In: Hoek HW, Treasure J.L., Katzman M.A., editor (s). Neurobiology in the treatment of eating disorders. Chichester; Wiley, 1998: 383 -405. 1998.
19> Kaye W.H., Jimerson D.C., Lake C.R., Ebert M.H. Altered norepinephrine metabolism following long term weight recovery in patients with anorexia nervosa. Psychiatry Research 1985; 14(4); 333-42).
20> Kaye W.H., Gwirstman H.E., George D.T., Ebert M.H. Altered serotonin activity in anorexia nervosa alters long term weight restoration: Does elevated cerebrospinal fluid 5-hydroxyindolacetic acid level correlate with rigid and obsessive behavior? Archives of General Psychiatry 1991; 48(6):556-62.
21> Wiseman C.V., Harris W.A., Lami K.A., Eating Disorders .Medical Clinics of North America 1998;82(1):145-59.
22> Fairburn C.G., Cooper Z., Doll H.A., Welch SL, Risk factors in anorexia nervosa: three integrated case-control comparisons. Archives of General Psychiatry 1999;56:468-76.
23> Karwautz A., Rabe-Hesketh S., Hu X Zhao J., Saham P., Collier D.A., et al. Individual-specific risk factors for anorexia nervosa: a pilot study using a discordant sister-pair design.
24> PFCG 2001. The price Foundation Collaborative Group. Deriving behavioural phenotypes in an international mul-

ti-centre study of eating disorders. *Psychological Medicine* 2001;31:635-45.

25> Behar Rosa, Mónica de la Barrera C., Julio Michelotti C. Identidad de género y trastornos de la conducta alimentaria, *Rev. Med. de Chile* v. 129 n. Santiago Sept 2001.

26> Strober M. Personality and symptomatological features in young, nonchronic anorexia nervosa patients. *Journal of Psychosomatic research* 1980;24(6):353-9.

27> Srinivagasam N.M., Kaye W.H., Plotnicov K.H., Greeno C., Weltzin T.E., Rao R. Persistent perfeccionism, symmetry and exactness alter long term recovery from anorexia nervosa. *American Journal of Psychiatry* 1995; 152(11):1630-4.

28> Behar Rosa. Consumo de alcohol y trastornos de la conducta alimentaria: evidencia, similitudes e implicancias, *Rev. ChilNeuro-Psiquiat*2004;42(3):183-194.

29> Sullivan P.F., Bulik C.M., Carter F.A., Joyce P.R. Correlates of severity in bulimia nervosa. *The international journal of eating disorders*, Nov1996 (20)3,239-51.

30> Wolfe B.E. Dimensions of response to antidepressants in bulimia nervosa: a review. *Archives of Psychiatric Nursing* 1995;9(3):111-21.

31> Agras W.S., Rossiter E.M., Arnow B., Schneider J.A., Telch C.F., Raeburn S.D., et al Pharmacologic and cognitive behavioural treatment for bulimia nervosa : a controlled comparison. *American Journal of Psychiatry* 1992;149(1):82-7.

32> Bacaltchuk J., Hay P., Antidepressants versus placebo for people with bulimia nervosa (review) *The Cochrane Database of Systematic reviews* 2003, Issue 4 Art.No:CD003391. DOI: 10.1002/14651858.CD003391.

33> Bacaltchuk J., Hay P., Trefiglio R. Antidepressants versus psychological treatments and their combination for bulimia nervosa. *The Cochrane Database of Systematic reviews* 2001, Issue 4. Art. No:CD003385. DOI: 10.1002/14651858.CD003385.