

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD DE MEDICINA
POSGRADO DE ESPECIALIDADES MÉDICAS



INFORME FINAL DE TESIS DE GRADUACIÓN:

**“ACTUALIZACIÓN DE TRATAMIENTO PARA PACIENTES CON
DIAGNÓSTICO DE TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA”**

PRESENTADO POR:

DRA. ANA DEL CARMEN PADILLA OLAN

PARA OPTAR AL TÍTULO DE:

ESPECIALISTA EN PSIQUIATRÍA Y SALUD MENTAL

ASESOR METODOLÓGICO:

DR. WILSON STANLEY AVENDAÑO MARTELL

SAN SALVADOR, SEPTIEMBRE DE 2022

ÍNDICE

Introducción	6
Capítulo I. Planteamiento del Problema	7
1.1 situación del problema	7
1.2 justificación	7
1.3 alcances y limitaciones	7
1.4 Objetivos	8
Objetivo General	8
Objetivos específicos	8
Capítulo II. Marco teórico	9
2.1 Antecedente de la investigación	9
2.2 Base teórica	9
Anorexia nerviosa	9
Epidemiología	9
Etiología	10
Cuadro clínico	12
Criterios diagnósticos	14
Evaluación	15
Comorbilidades	16
Tratamiento	16
Bulimia nerviosa	20
Epidemiología	20
Etiología	20
Comorbilidades	23
Manifestaciones clínicas	23
Criterios diagnósticos	25
Tratamiento	26
Trastorno de atracón	27
Epidemiología	29
Etología	29
Criterios diagnósticos	30
Comorbilidades	30
Diagnóstico diferencial	31
Tratamiento	31
Trastorno de evitación/ restricción alimentaria	32
Epidemiología	33
Criterios diagnósticos	33
Etiología	34
Comorbilidades	34
Tratamiento	34
Trastorno de rumiación	35

Epidemiología	35
Criterios diagnósticos	35
Fisiopatología	36
Características psicopatológicas	36
Diagnóstico diferencial	37
Tratamiento	37
PICA	37
Epidemiología	38
Etología	38
Criterios diagnósticos	38
Diagnóstico diferencial	38
Tratamiento	39
Capítulo III. Marco Metodológico	40
3.1 Matriz de congruencia	40
Capítulo IV. Marco Metodológico	41
4.1 Diseño del estudio	41
4.2 Población y muestra	41
4.3 Unidad de análisis	41
4.4 Criterios de inclusión y exclusión	41
4.5 Evaluación crítica de los artículos	41
4.6 Limitaciones	41
4.7 Técnicas aplicadas para la recolección de la información	42
4.8 Procedimiento para la recolección de información	42
4.9 Análisis de la información	42
Conclusiones	42
Recomendaciones	44
Bibliografía	45

RESUMEN

Introducción: Los trastornos de la conducta alimentaria son un grupo de patologías caracterizadas por la ingesta no saludable de alimentos, entre las que se encuentran anorexia nerviosa, bulimia nerviosa, trastorno de atracón, trastorno de evitación/restricción alimentaria, pica y trastorno de rumiación. Estas enfermedades se presentan usualmente en adolescentes y adultos jóvenes y son causantes de una alta morbimortalidad dentro de las enfermedades psiquiátricas.

Metodología: se realizó una investigación documental. Población y muestra: investigación teórica. Criterios de inclusión: información de carácter científico publicado en bibliotecas reconocidas en los últimos 7 años.

Resultados: se revisaron 42 fuentes bibliográficas que cumplen los criterios de información científica actualizada, entre las que se encuentran libros de texto en sus últimas ediciones, guías clínicas actualizadas de países como Alemania, España, Gran Bretaña y México; y artículos científicos que fueron traducidos del idioma inglés.

Conclusiones. Los trastornos de la conducta alimentaria se presentan en las edades de adolescentes y adultos jóvenes, pero en el caso de Pica y trastorno de rumiación que no se cuenta con datos epidemiológicos. Los trastornos de la conducta alimentaria deben ser tratados por intervenciones psicoterapéuticas y no solo con farmacoterapia.

Recomendaciones: se recomienda creación de guías clínicas para el manejo del trastorno de conducta alimentaria, formación de equipos multidisciplinarios y creación de grupos de apoyo para pacientes y familiares

AGRADECIMIENTOS

Al finalizar esta etapa de mi formación académica agradezco a cada uno de mis padres: Ricardo Padilla y Lissette de Padilla por apoyarme incondicionalmente en este proceso, así como a mis hermanos.

A mis docentes de cada uno de los años: Dr. Roberto Medina, Dra. Karina Juárez, Dra. Carlota Meléndez y Dr. Melvin Gómez por todas las cosas que nos fueron brindadas con paciencia y cariño.

A mis compañeros Soraya Grande y Jhossph Henríquez que se convirtieron en grandes amigos y casi hermanos de la carrera por el inmenso apoyo que recibí de su parte. Y mi gran amigo Oscar Gonzales inmensamente agradecida por estar a mi lado durante estos tres años.

Y finalmente pero no menos importante al Dr. Roberto Lizama quien en su labor como psicoterapeuta didáctica me acompañó todo este tiempo y me ayudó a superar cada uno de los obstáculos que se presentaban.

Gracias a mis amigos por esperar y tenerme paciencia al escuchar mis aventuras y desventuras en esta hermosa travesía.

INTRODUCCIÓN

La presente investigación es una revisión bibliográfica sobre los trastornos de la conducta alimentaria. Al realizar la investigación se realiza un desglose de las diferentes patologías pertenecientes a esta entidad las cuales son: Anorexia nerviosa, bulimia nerviosa, trastorno de atracón, trastorno de evitación y restricción alimentaria, trastorno de rumiación y pica.

Los trastornos de la conducta alimentaria son un grupo de trastornos que tienen en común comportamientos no saludables en la ingesta de alimentos. Este tipo de enfermedades se presentan comúnmente entre adolescentes y adultos jóvenes con un predominio alto en mujeres.

Existen factores predisponentes de origen biológico, social y psicológico que detonan o contribuyen a la presentación de estos padecimientos, y los cuales se necesita intervenciones específicas para cada uno de los trastornos.

Se presenta una descripción exhaustiva de cada una de las entidades presentando la definición, datos epidemiológicos, psicopatología y se realiza énfasis en el tratamiento de cada una de las entidades nosológicas tomadas en cuenta para esta revisión.

Capítulo I. Planteamiento del problema

1.1 Situación del problema.

Según la literatura consultada he podido observar que son pocas las investigaciones que existen sobre los trastornos de la conducta alimentaria, las más investigadas son anorexia nerviosa y bulimia nerviosa.

En el país no contamos con un protocolo de atención a esta población la cual se ha estado viendo un incremento en el diagnóstico.

1.2 Justificación:

La atención de los trastornos de la conducta alimentaria que incluye anorexia nerviosa, bulimia nerviosa, trastorno de atracón, trastorno de evitación/ restricción alimentaria, pica y rumiación son padecimientos que se ha visto últimamente en incremento y no contamos con guías clínicas que incluyan este problema para su respectivo tratamiento.

En los últimos días, se ha visto un incremento de diagnóstico de estas enfermedades, según el sistema de morbilidad y mortalidad vía web el año 2021 fueron diagnosticados 116 pacientes con anorexia nerviosa siendo 37 diagnosticadas en el Hospital de Niños Benjamín Bloom; anorexia atípica 10 casos, hiperfagia asociada con otras alteraciones psicológicas fueron 4 y bulimia nerviosa fueron 4 casos.

Al no contar con una guía nacional para atención de estas enfermedades estamos en la obligación de investigar sobre el adecuado tratamiento para estas patologías ya que varias de estas como la anorexia y bulimia nerviosa son padecimientos muy graves que pueden llevar a la muerte sino se realizan las intervenciones necesarias para revertir el padecimiento.

1.3 Alcances y limitaciones.

Alcances: proponer opciones de un abordaje clínico para cada una de los trastornos de la conducta alimentaria que incluye: anorexia nerviosa, bulimia nerviosa, trastorno de atracón, trastorno de evitación/ restricción alimentaria, pica y trastorno de rumiación.

Limitaciones: dificultad para revisar artículos con patente, limitado acceso a investigaciones científicas y poco material de estudio sobre los trastornos de la conducta alimentaria.

1.4 Objetivos

Objetivo General:

Realizar una actualización en el tratamiento de los pacientes con diagnóstico de trastorno de la conducta alimentaria.

Objetivos Específicos:

- Identificar las características clínicas y epidemiológicas de los trastornos de la conducta alimentaria.
- Conocer los diagnósticos comórbidos y diagnósticos diferenciales de los diferentes trastornos de la conducta alimentaria.
- Comparar los diferentes protocolos internacionales para tratar los trastornos de la conducta alimentaria.

Capítulo II. Marco teórico

2.1 Antecedentes de la investigación.

La investigación consiste en una revisión bibliográfica donde muestra conocimiento de las principales referencias escritas sobre tratamiento de pacientes con el diagnóstico de anorexia nerviosa, bulimia nerviosa, trastorno de atracón, trastorno de evitación/restricción alimentaria, pica y rumiación.

A nivel nacional no se cuenta con investigaciones realizadas sobre esta temática.

Sin embargo, las investigaciones sobre el tema inician en los años de 1,930 con Melanie Klein quien propuso las primeras clasificaciones de la anorexia nerviosa. Hasta los años 60 del siglo pasado, no se realizaron los primeros estudios españoles sobre dicha enfermedad: como los de M. Escobar (1962), C .L. Carvajal (1965) y L. Zusman (1990), pero no fueron más que evaluaciones psicológicas para algunos pacientes y sus familiares. Hasta 1979, G. F. M. Russell no estableció la diferencia entre la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa como dos enfermedades diferentes, aunque relacionadas entre sí. (41)

2.2 Base teórica:

Los trastornos de la conducta alimentaria los cuales abarcan anorexia nerviosa, bulimia nerviosa, trastorno de atracón, trastorno de evitación/ restricción alimentaria, trastorno de rumiación y pica. Los cuáles serán descritos uno a uno a continuación.

ANOREXIA NERVIOSA

La anorexia nerviosa, es uno de los llamados trastornos por autoinducción.

Cursa con pérdida excesiva de peso iniciada o mantenida voluntariamente, se da mayoritariamente en mujeres adolescentes y jóvenes. Es el trastorno psiquiátrico con mayor riesgo de mortalidad. (1)

Epidemiología

En las mujeres, la tasa de incidencia más alta de anorexia nerviosa es alrededor de los 15 años. Varios estudios informan un aumento notable en la incidencia de anorexia nerviosa entre niñas de 10 a 14 años. Aunque la mayoría de las investigaciones se han realizado en mujeres jóvenes, algunos estudios también informan casos de anorexia nerviosa incidentes en etapas posteriores de la vida.

Es de destacar que el período perimenopáusico se ha sugerido como otro período de alto riesgo en la vida femenina para la aparición o recurrencia de trastornos

alimentarios. En los hombres, los hallazgos relacionados con el período pico de aparición de la anorexia nerviosa son menos claros. Si bien algunos estudios han mostrado una edad máxima de inicio comparable o un poco más alta (16 años), otros encontraron edades máximas más bajas de 12 a 13 años en comparación con las mujeres. (17)

En El Salvador solo en el 2021 se reportaron 116 casos de anorexia nerviosa (datos obtenidos de SIMOW).

En cuanto a la mortalidad, la anorexia nerviosa como la bulimia nerviosa se asociaron con tasas de mortalidad significativamente mayores. En comparación con las personas de la población general de la misma edad y sexo, el riesgo de mortalidad fue aproximadamente dos veces mayor en las personas seguidas después del tratamiento ambulatorio por anorexia nerviosa o después de cualquier tratamiento por bulimia nerviosa. En las personas seguidas después de un tratamiento hospitalario por anorexia nerviosa, el riesgo de mortalidad fue incluso cinco veces mayor (17).

Etiología

Biológico

En los pacientes con anorexia nerviosa, los opioides endógenos pueden contribuir a la negación del hambre. Algunos autores han propuesto la existencia de una disfunción (neuroendocrina) del eje hipotálamo-hipofisario.

Algunos estudios han demostrado disfunciones de la serotonina, la dopamina y la noradrenalina, tres neurotransmisores implicados en la regulación de la conducta alimentaria en el núcleo paraventricular del hipotálamo (4)

Ting Su y col. En su metanálisis “alteraciones cerebrales estructurales y funcionales de la anorexia nerviosa” encontraron que los pacientes con anorexia nerviosa mostraron el volumen de materia gris reducido de la corteza cingulada media (CCM) bilateral y giro occipital medio izquierdo; disminución de la actividad funcional en estado de reposo de la corteza cingulada anterior (CCA) y CCM bilateral y una mayor actividad en la circunvolución parahipocampal derecha; reducciones estructurales y funcionales superpuestas en la CCA y CCM bilateral. Concluyendo que existe una reducción significativa en la actividad funcional y la materia gris en la corteza cingulada en pacientes con anorexia nerviosa, particularmente en corteza cingulada anterior y corteza cingulada media, lo que implica que los cambios estructurales pueden ser la base de alteraciones funcionales. (5).

Un soporte adicional a la teoría de la disfunción hipotalámica en la anorexia nerviosa proviene de los recientes estudios sobre neurotransmisores (6) que se muestran en la tabla 1.

Tabla 1 NEUROTRANSMISORES Y NEUROPEPTIDOS EN LA ANOREXIA NERVIOSA			
Hormona	Efecto sobre la conducta alimentaria	Estatus funcional en la anorexia nerviosa	Manifestaciones clínicas
Noradrenalina	inhibe el efecto inhibitorio sobre la ingesta del CRF	↓	Decrece la ingesta de comida
Serotonina	Facilita la saciedad	↑	Genera sensación de saciedad después de un consumo mínimo de comida
Dopamina	Mediatiza los efectos recompensantes de la comida	↓	¿?
Factor de liberación de la corticotropina	Inhibe la ingesta; estimula la actividad motora	↑	Decremento de comida ingerida; incremento de actividad motora
Neuropeptido Y	Incrementa el consumo de la comida	↑	Estimularía la ingesta, pero es inefectivo en la anorexia nerviosa
Colecistocinina	Atenúa la ingesta	↑	Decremento en la cantidad de comida

Tablas tomada de tabla 25.2 de tratado de psiquiatría de Talbot página 911

Factores de personalidad.

Son varias las características de personalidad y los trastornos de personalidad que aparecen sistemáticamente asociados a la anorexia nerviosa. Investigaciones cuidadosas, longitudinales y de ex pacientes, ha permitido alcanzar conclusiones bastante fiables. El perfeccionismo, una característica de personalidad muy cercana al trastorno obsesivo de personalidad, es el rasgo más estudiado y más confirmado como tal en la anorexia nerviosa. El neuroticismo es otra dimensión altamente frecuente en pacientes anoréxicos. La asociación entre ambos rasgos, el perfeccionismo neurótico, determinaría una pobre autoestima corporal (1). Miguel Garriz y col. En el estudio "personality disorder traits, obsessive ideation and perfectionism 20 years after adolescent-onset anorexia nervosa: a recovery study" en donde observaron que los rasgos obsesivos compulsivos del trastorno de personalidad, la intolerancia a la incertidumbre y el perfeccionismo fueron significativamente más frecuentes en el grupo con trastornos de la conducta alimentaria.

Factores Familiares

Dos influyentes grupos de terapeutas familiares han diseñado modelos familiares para explicar la génesis de la anorexia nerviosa.

- Minuchin y cols. identificaron patrones de interacción deficientes entre los familiares de los pacientes con anorexia nerviosa; el trastorno constituye un intento de resolver los problemas familiares por parte del paciente. Se identificaron cinco características de la interacción familiar perjudiciales para su funcionamiento: amalgama (relaciones familiares estrechas en las que los diferentes miembros creen leer la mente de los demás), sobreprotección, rigidez, implicación del niño enfermo en los conflictos parentales, falta de habilidades de resolución de conflictos.
- Selvini Palazzoli también identificó patrones de comunicación anómalos en estas familias, y además describió relaciones anormales entre sus miembros. La autora supuso que la anorexia nerviosa permite una adaptación lógica a un sistema interpersonal ilógico. Pero aún se desconoce si estas interacciones anómalas son causadas por la enfermedad o se desarrollan como respuesta de afrontamiento por parte de los padres ante un hijo anoréxico. Los terapeutas cautos se esmeran en consolar a los padres al inicio de la terapia familiar. (7)

Cuadro clínico

La anorexia nerviosa tiene diferentes formas de presentación clínica.

A continuación, se describirán las diferentes áreas en la que se presentan.

Características conductuales:

- La restricción alimentaria sistemática es universal.
- Los vómitos provocados y el consumo de laxantes o diuréticos se observan en un 15-20 % de los casos
- Las pacientes suelen leer libros de cocina, artículos sobre dietas, informes sobre contenidos calóricos, etc. Suelen obligar a comer más a las personas que les rodean y se interesan por cocinar.
- Una mayoría incrementa su actividad física, que se torna excesiva y compulsiva, aunque en un principio esté controlada y puesta al simple servicio de la pérdida de peso
- Suelen utilizar ropas muy holgadas para que no se vea su supuesta gordura. (1)

Características emocionales

- La paciente experimenta una intensa ansiedad ante su imagen corporal, que determina la ansiedad fóbica que sufre ante los alimentos

- Los conflictos con sus familiares asociados a las comidas provocan e incrementan su estado general de disforia.
- Su personalidad perfeccionista facilita que su actividad escolar, deportiva, de danza, etc. sea practicada de manera estresante.
- A medida que progresa el trastorno, la disforia inicial va transformándose en auténtica sintomatología depresiva. (1)

Características cognitivas

- La temática alimentaria y corporal se hace progresivamente más intrusiva, permanente, obsesiva. Suelen contar calorías obsesivamente, las del alimento que ingieren y las que gastan, por ejemplo, cuando corren. Sobrevaloran las dimensiones de determinadas partes del cuerpo (distorsión de la imagen corporal).
- Su autoestima generalmente acostumbra ser muy pobre. El perfeccionismo las lleva a una elevada y excesiva autoexigencia permanente, aplicable a todos sus rendimientos.
- La restricción de intereses es muy intensa, limitándose a todo lo relacionado con el cuerpo, el peso, la comida y sus rendimientos personales, sean académicos, laborales o deportivos.
- La alexitimia es frecuente, aunque más en pacientes adultos que en adolescentes. Junto a esta característica también suelen tener dificultades para identificar estados internos: hambre, saciedad e incluso estados afectivos.

Características sociales

- La relación con la familia se hace conflictiva. La presión sobre la paciente suele ser creciente, generando una situación familiar de estrés progresivo y colectivo.
- El retraimiento social se establece gradualmente, y puede acabar en un aislamiento total.

Características biológicas

- El paciente anoréxico está malnutrido y desnutrido, lo que provoca múltiples alteraciones bioquímicas y fisiológicas. Los déficits en proteínas, vitaminas y nutrientes esenciales son los responsables de tales alteraciones. En las primeras fases el peso se reduce a costa del tejido graso. Entonces aparece lanugo, alopecia, piel seca, etc.
- El sistema cardiovascular presenta presión arterial baja y bradicardia sinusal. Si hay deshidratación secundaria, se observará hipovolemia e hipotensión ortostática
- La motilidad gastrointestinal está alterada. El vaciado del estómago está enlentecido, se experimentan molestias abdominales y estreñimiento intestinal.

- Se producen alteraciones en todos los ejes neurohormonales. La reducción de estrógenos da lugar a la amenorrea anoréxica, pero un pequeño porcentaje de pacientes la sufren antes de iniciarse el trastorno, pudiendo tratarse en estos casos de amenorrea por estrés. Las tasas de cortisol están aumentadas.
- La osteopenia se establece en los cuadros de larga duración. Anemia, leucopenia y trombocitopenia son frecuentes

Criterios diagnósticos:

Según el DSM 5 los criterios diagnósticos son los siguientes:

- a. Restricción de la ingesta energética en relación con las necesidades, que conduce a un peso corporal significativamente bajo con relación a la edad, el sexo, el curso del desarrollo y la salud física. Peso significativamente bajo se define como un peso que es inferior al mínimo normal o, en niños y adolescentes, inferior al mínimo esperado.
 - b. Miedo intenso a ganar peso o a engordar, o comportamiento persistente que interfiere en el aumento de peso, incluso con un peso significativamente bajo.
 - c. Alteración en la forma en que uno mismo percibe su propio peso o constitución, influencia impropia del peso o la constitución corporal en la autoevaluación, o falta persistente de reconocimiento de la gravedad del peso corporal bajo actual.
- (1)

Nota de codificación: El código CIE-9-MC para la anorexia nerviosa es 307.1, que se asigna con independencia del subtipo. El código CIE-10-MC depende del subtipo (véase a continuación). Especificar si:

- (F50.01) Tipo restrictivo: Durante los últimos tres meses, el individuo no ha tenido episodios recurrentes de atracones o purgas (es decir, vómito autoprovocado o utilización incorrecta de laxantes, diuréticos o enemas). Este subtipo describe presentaciones en las que la pérdida de peso es debida sobre todo a la dieta, el ayuno y/o el ejercicio excesivo.
- (F50.02) Tipo con atracones/purgas: Durante los últimos tres meses, el individuo ha tenido episodios recurrentes de atracones o purgas (es decir, vómito autoprovocado o utilización incorrecta de laxantes, diuréticos o enemas).

Especificar si:

- En remisión parcial: Después de haberse cumplido con anterioridad todos los criterios para la anorexia nerviosa, el Criterio A (peso corporal bajo) no se ha cumplido durante un período continuado, pero todavía se cumple el Criterio B (miedo intenso a aumentar de peso o a engordar, o comportamiento que

interfiere en el aumento de peso) o el Criterio C (alteración de la autopercepción del peso y la constitución).

- En remisión total: Después de haberse cumplido con anterioridad todos los criterios para la anorexia nerviosa, no se ha cumplido ninguno de los criterios durante un período continuado.

La gravedad mínima se basa, en los adultos, en el índice de masa corporal (IMC) actual (véase a continuación) o, en niños y adolescentes, en el percentil del IMC. Los límites siguientes derivan de las categorías de la Organización Mundial de la Salud para la delgadez en adultos; para niños y adolescentes, se utilizarán los percentiles de IMC correspondientes. La gravedad puede aumentar para reflejar los síntomas clínicos, el grado de discapacidad funcional y la necesidad de supervisión.

- Leve: $IMC \geq 17 \text{ kg/m}^2$
- Moderado: $IMC 16\text{--}16,99 \text{ kg/m}^2$
- Grave: $IMC 15\text{--}15,99 \text{ kg/m}^2$
- Extremo: $IMC < 15 \text{ kg/m}^2$

Evaluación.

Los trastornos alimentarios y de la ingesta de alimentos necesitan una evaluación multidisciplinaria que incluya evaluaciones físicas, diarios de alimentación, gráficos de crecimiento y evaluación psiquiátrica. Los antecedentes familiares y la participación de la familia son cruciales; es esclarecedor observar una comida familiar, preferiblemente en el hogar. (10)

Es fundamental medir y pesar a los pacientes. Esto puede contribuir a explicar que los pacientes que cooperan con la evaluación física pueden ser manejados de manera más segura como pacientes ambulatorios que aquellos que no cooperan, donde la gravedad de la inanición sólo puede ser estimada. (10)

Los análisis de sangre pueden ser útiles para excluir la mayoría de los diagnósticos diferenciales ante un bajo peso. La glucemia tiende a ser baja en la anorexia (excepto en presencia de una diabetes comórbida y mal controlada). La función tiroidea está disminuida de forma reversible, como mecanismo protector en la anorexia, con una TSH normal o ligeramente baja, mientras que los niveles de T4 serán altos, con una disminución de la TSH en casos de tirotoxicosis.

La monitorización de electrolitos plasmáticos suele mostrar una urea baja (reflejado en la ingesta de proteínas) o alta (debido a deshidratación) y un bajo nivel de potasio (debido a los vómitos). Las pruebas hepáticas pueden sugerir problemas de abuso de

drogas o alcohol comórbidos, si bien la inanición extrema puede causar un daño hepático por sí sola. La anorexia por sí sola causa anemia, y si el recuento de glóbulos blancos no es bajo, puede reflejar la presencia de una infección. La neutropenia es frecuente en los pacientes emaciados. El electrocardiograma es útil para monitorizar el estado de los electrolitos y la función cardíaca. (10)

Comorbilidad.

Trastornos de ansiedad

Aproximadamente la mitad de las mujeres con anorexia nerviosa presentan trastornos de ansiedad comórbidos, especialmente ansiedad generalizada, fobia social y trastorno obsesivo-compulsivo. (1)

Trastornos afectivos

La anorexia nerviosa cursa siempre con sintomatología depresiva: tristeza, irritabilidad, sentimientos de culpa, autoestima baja, desesperanza, ideas de muerte, etc. Alrededor de una de cada cuatro pacientes desarrollan un episodio depresivo, tanto antes como después de iniciarse el trastorno alimentario, siendo el trastorno con más elevada comorbilidad la anorexia nerviosa. (1)

Trastorno obsesivo-compulsivo

Sin duda el estudio de la patología obsesiva asociada a la anorexia nerviosa constituye una de las áreas más interesantes de los trastornos de la conducta alimentaria. Se ha dicho que la anorexia nerviosa constituía un síndrome obsesivo-compulsivo moderno. La comorbilidad entre ambos trastornos es muy elevada. (1)

Trastornos de personalidad

Entre un 20 y un 40 % de los pacientes anoréxicos desarrollan algún trastorno de personalidad. En su mayoría corresponden al grupo C del DSM-IV; se trata especialmente de trastornos obsesivos y por evitación. (1)

Tratamiento

Se ha realizado un análisis de las guías del National Institute for Health and Care Excellence (NICE)(8) de reino unido la cual cuenta con una última publicación en el 2017, Joint German Guideline “Diagnosis and treatment of eating disorders” de Alemania publicada el 2018 (13), La guía clínica para trastornos de la conducta alimentaria del instituto nacional de psiquiatría “Ramón de la Fuente Muñiz” de México publicada en el 2010 (9) y el manual de salud infantil y adolescencia de la IACAPAP de España publicado en el 2016.(10)

La guía clínica para trastornos de la conducta alimentaria del instituto nacional de psiquiatría “Ramón de la Fuente Muñiz” de México publicada en el 2010 menciona: Que se debe tener un tratamiento tanto médico y psiquiátrico como nutricional. En el tratamiento médico psiquiátrico refiere que debe existir una evaluación completa; descartar la presencia de comorbilidades que deben ser atendidas por el especialista; realizar psicoeducación; seguimiento subsecuente con una frecuencia semanal recomendada hasta que el paciente se encuentre en un peso saludable. (9)

Todas las guías consultadas concuerdan en la importancia de involucrar a la familia en el tratamiento, por lo que se postula como una alternativa en el tratamiento psicoterapéutico la terapia basada en la familia.

Por otro lado, el manual de salud infantil y adolescencia de la IACAPAP menciona: que existe evidencia que una familia con adecuado apoyo e involucrada en el tratamiento basado en la familia puede ofrecer una alternativa a la atención hospitalaria, puede mantener el progreso y permitir el alta hospitalaria temprana. La psicoeducación a la familia debe centrarse en evitar culpa y en cambio, acoger la responsabilidad, reconocer la seriedad y la dificultad de la situación y enseñar con calma y firmeza. (10)

Las guías británicas (8) mencionan que es la opción para niños y jóvenes. Esta terapia consiste en 18 a 20 sesiones durante 1 año. Revisar las necesidades de la persona 4 semanas después de iniciado el tratamiento y luego cada 3 meses, para establecer la regularidad de las sesiones y la duración del tratamiento. Enfatizar el papel de la familia para ayudar a la persona a recuperarse. No culpar a la persona ni a sus familias o cuidadores. Incluir la psicoeducación sobre nutrición y los efectos de la desnutrición. Al principio del tratamiento, apoye a los padres o cuidadores para que asuman un papel central en ayudar a la persona a manejar su alimentación y enfatice que este papel es temporal. En la primera fase tiene como objetivo establecer. (8)

Couturier, J. y colaboradores en su estudio “Canadian practice guidelines for the treatment of children and adolescents with eating disorders”, menciona el Tratamiento Basado en la Familia (FBT), en el que los padres están a cargo del proceso de realimentación, tuvo la mayor evidencia para apoyar su uso en niños y adolescentes con Anorexia Nervosa. Terapia familiar centrada en los padres; un tipo de FBT en el que la mayor parte de la sesión se pasa solo con los padres, puede ser tan efectivo como el FBT tradicional donde se ve a la familia junta. (11)

La terapia basada en la familia es una forma de terapia familiar sistémica establecida en el hospital Maudsley y utilizada como uno de los brazos de la terapia administrada después del alta de la atención intrahospitalaria. Más tarde se adaptó y desarrolló como tratamiento primario para el primer episodio de anorexia nerviosa en adolescentes.

La terapia basada en la familia, en su forma manualizada, adopta una postura teórica como medio para presentar una actitud de no culpabilización hacia las familias. Sin

embargo, algunas derivaciones posteriores se han modificado para abarcar la idea que las familias pueden organizarse en torno a la enfermedad y se utiliza una formulación con familias.

La terapia basada en la familia se centra en el problema y los objetivos del tratamiento son claramente el restablecimiento de una alimentación regular, la restauración del peso y la reducción de comportamientos de enfermedad como la purga.

La fase dos se enfoca en la transición del control sobre los alimentos al individuo a un nivel apropiado para su edad. Dentro del nuevo modelo Maudsley para la atención colaborativa la definición de cuidador no se limita a los padres, sino que se amplía para incluir cualquier fuente adecuada de apoyo, como amigo, hermano, pareja o hijo. (12)

En general, se puede suponer que los enfoques basados en la familia tienen muchas probabilidades de ser efectivos en los niños. y adolescentes (13)

Además, se hace referencia que la terapia cognitivo conductual es de gran utilidad en el manejo psicoterapéutico de la anorexia nerviosa. Tomando en cuenta la guía británica, la cual menciona que la Terapia cognitivo conductual está centrada en el trastorno alimentario individual el cual consiste en hasta 40 sesiones durante 40 semanas, con sesiones dos veces por semana en las primeras 2 o 3 semanas. Tiene por objetivo reducir el riesgo para la salud física y cualquier otro síntoma del trastorno alimentario.

Fomentar una alimentación saludable y alcanzar un peso corporal saludable, cubrir la nutrición, la reestructuración cognitiva, la regulación del estado de ánimo, las habilidades sociales, la preocupación por la imagen corporal, la autoestima y la prevención de recaídas. Crear un plan de tratamiento personalizado basado en los procesos que parecen mantener el problema alimentario. Explicar los riesgos de la desnutrición y el bajo peso. Mejorar la autoeficacia. Incluir el autocontrol de la ingesta dietética y los pensamientos y sentimientos asociados. Incluir deberes, para ayudar a la persona a practicar en su vida diaria lo que ha aprendido. (8)

Gu, L. y colaboradores en un estudio realizado con terapia cognitivo conductual grupal establece que la terapia cognitivo conductual grupal desarrollada en este estudio parece factible en un entorno ambulatorio y facilita de manera efectiva la recuperación de peso en pacientes chinos con AN, lo que la convierte en una opción de tratamiento rentable para esta población de pacientes. (16)

Tanto las guías alemanas como las guías británicas mencionan que la terapia Modelo de Maudsley de tratamiento de anorexia nerviosa para adultos (MANTRA) es muy efectiva en el tratamiento de la anorexia nerviosa en el adulto.

Esta terapia consiste en 4 puntos importantes a tratar los cuales son:

1. Un estilo de pensamiento rígido y centrado en los detalles caracterizado por miedo a equivocarse.
2. Problemas en el área socioemocional.
3. Creencias positivas sobre la utilidad de la anorexia.
4. Reacciones desfavorables de amigos y familiares. (14)

Típicamente consiste en 20 sesiones con sesiones semanales durante las primeras 10 semanas y un horario flexible después de esto, hasta 10 sesiones extra para personas con problemas complejos. Motivar a la persona y animarla a trabajar con el profesional. Cubrir la nutrición, el manejo de los síntomas y el cambio de comportamiento. Alentar a la persona a desarrollar una "identidad no anoréxica". Involucrar a los miembros de la familia o cuidadores para ayudar a la persona: comprender su condición y los problemas que causa y el vínculo con el contexto social más amplio y cambiar su comportamiento. (8)

Startup en su estudio hace una investigación donde se analiza la estrategia MANTRA dentro de un formato de grupo integrado.

El formato de grupo proporciona un escenario en vivo de apoyo para dar y recibir experiencias de regulación emocional (a través de la sintonía, la resolución de problemas sociales con apoyo, la divulgación segura de comportamientos considerados vergonzosos, así como la compasión hacia uno mismo y hacia otros). Este documento describe la entrega del tratamiento MANTRA traducido a un modelo integrado basado en grupos, basándose en teorías de regulación emocional en contexto, métodos de sociodrama y tratamientos experienciales como la terapia de esquemas. En este estudio se concluye que es una intervención factible y efectiva para personas con anorexia nerviosa grave y persistente. (14)

Otra terapia que también es mencionada es el manejo clínico de apoyo especializado (SSCM) que consiste en por lo general consisten en 20 o más sesiones semanales (dependiendo de la gravedad). Tienen como objetivo ayudar a las personas a reconocer el vínculo entre sus síntomas y su comportamiento alimentario anormal, restaurar el peso estableciendo un objetivo de rango de peso; además permite que la persona decida qué más debe incluirse como parte de su terapia (8). En comparación con el modelo MANTRA, se puede considerar que SSCM tiene muchas probabilidades de ser eficaz. (6).

Cuando se habla de farmacoterapia en anorexia nerviosa se dice que la prescripción de medicamentos psicoactivos es limitada (10). la evidencia sobre la farmacoterapia es insatisfactoria, tanto para los antidepresivos como para los antipsicóticos. (13)

En cuanto a los antipsicóticos se menciona que de los antipsicóticos de 2 generaciones destaca la Olanzapina (13). Ruijun Han y colaboradores realizaron una revisión sistemática mostraron que hubo diferencias obvias en el IMC al final del tratamiento entre los grupos, y el grupo de Olanzapina tuvo un aumento significativo en el IMC en comparación con el grupo de placebo. Este hallazgo brinda un fuerte respaldo a la eficacia de la farmacoterapia en la AN adulta (15).

Los antidepresivos tricíclicos no están indicados debido a que pueden prolongar el intervalo QTc en un corazón que ya se encuentra debilitado (10). La toxicidad potencial y la gama de efectos secundarios son las razones principales por las que los antidepresivos tricíclicos hoy en día rara vez se utilizan en el tratamiento de la AN (13). Los inhibidores selectivos de la receptación de serotonina no hay evidencia de una eficacia específica de los antidepresivos en el tratamiento de la AN si el enfoque está en los criterios relacionados con el peso (13).

La farmacoterapia no debe ser administrada de forma aislada (8).

BULIMIA NERVIOSA

Se caracteriza por episodios recurrentes de atracones combinados con conductas de compensación inapropiadas destinadas a evitar el aumento de peso. El malestar físico (p. ej., dolor abdominal o náuseas) dan fin al atracón, que a menudo va seguido por sentimientos de culpa, depresión o disgusto con uno mismo. A diferencia de los pacientes con anorexia nerviosa, los que presentan bulimia nerviosa suelen mantener un peso normal (4).

Epidemiología

La edad máxima de incidencia oscila entre los 15 y los 29 años, con una relación hombre: mujer de 1:24 para la bulimia nerviosa estrictamente definida y de 1:26 para la bulimia nerviosa ampliamente definida. (17)

En El Salvador en el 2021 se portaron 69 casos de bulimia nerviosa (datos obtenidos de SIMOW),

Etiología

Desarrollo del trastorno

La bulimia nerviosa se inicia de un modo parecido a la anorexia nerviosa, aunque la edad de inicio suele ser más tardía, y las preocupaciones respecto a la silueta y el peso a menudo son anteriores al inicio de la dieta. La restricción alimentaria es parecida a la que se observa en la anorexia nerviosa y conduce a una pérdida de peso suficiente para producir anorexia nerviosa en aproximadamente una cuarta parte de los casos (esta

proporción es más elevada en los casos que acuden a centros especializados). En los casos restantes también hay pérdida de peso, pero ésta es menos extrema. Después de un período de tiempo variable (generalmente alrededor de los 3 años), el control alimentario se rompe con la aparición de episodios puntuales de ingesta excesiva. Al inicio, los episodios de sobreingesta pueden ser modestos por lo que respecta a la cantidad de comida ingerida y esporádica, pero gradualmente pasan a ser mayores y más frecuentes.

En consecuencia, el peso perdido se recupera y el peso corporal se sitúa cerca del nivel original. Llegados a este punto, el trastorno tiende a autoperpetuarse. En algún estadio de esta secuencia de acontecimientos, empiezan los vómitos autoinducidos y el abuso de laxantes para compensar los atracones.

Sin embargo, en la práctica estos dos comportamientos tienen el efecto opuesto, ya que el hecho de creer que son medidas efectivas impulsa a estos pacientes a relajar el control de la ingesta excesiva. Entre aquellos que vomitan, este fenómeno se exagera tras descubrir que el procedimiento es más sencillo después de haber comido grandes cantidades de comida (7).

Factores biológicos

Algunos investigadores han intentado asociar los ciclos de atracones y purgas con diversos neurotransmisores. Como los antidepresivos a menudo ayudan a los pacientes con bulimia nerviosa, y dado que se ha vinculado la serotonina con la saciedad, se ha propuesto la participación de la serotonina y de la noradrenalina. En algunos pacientes con bulimia nerviosa que presentan vómitos las concentraciones séricas de endorfinas están elevadas, por lo que la sensación de bienestar que experimentan algunos después de vomitar puede estar mediada por estas concentraciones elevadas de endorfinas. La frecuencia de la bulimia nerviosa es mayor en los familiares de primer grado de los individuos con el trastorno.

Investigaciones recientes con el empleo de resonancia magnética (RM) sugieren que la sobrealimentación de la bulimia nerviosa podría deberse a una percepción exagerada de las señales de hambre relacionadas con el gusto dulce mediadas por el área anterior derecha de la ínsula cerebral (4).

Factores neurobioquímicos

Las alteraciones en la regulación del apetito que sufre el paciente bulímico, la elevada asociación de la bulimia nerviosa con síntomas y trastornos afectivos y con problemas en el control de impulsos, junto con la buena respuesta a los antidepresivos, han sugerido la implicación de una disfunción serotoninérgica en la génesis del trastorno. Como las irregularidades alimentarias pueden dar lugar a alteraciones serotoninérgicas, se pensó que las detectadas eran secundarias a tales irregularidades. Sin embargo,

estudios realizados con pacientes bulímicas recuperadas desde más de 1 año han hallado que presentan más humor negativo, más obsesiones relativas a perfeccionismo y exactitud, y más sintomatología alimentaria que las controles.

Otras irregularidades influyentes son clara consecuencia de las alteraciones de la ingesta, como, los descensos en la secreción gástrica de colecistoquinina, lo que supone una menor respuesta hipotalámica ante los excesos alimentarios y, por tanto, menor sensación de saciedad. Éste sería, pues, uno de los factores de mantenimiento del trastorno (1).

Factores genéticos

Las diferencias del porcentaje de concordancia en bulimia nerviosa entre gemelos monocigóticos y dicigóticos no es tan clara como en la anorexia nerviosa. Pero esas diferencias alcanzan un volumen semejante al de la anorexia cuando se incluyen casos de bulimia con historia previa de anorexia. Sin embargo, las concordancias entre ambos tipos de gemelos superan significativamente el riesgo determinado en población general, lo que asegura la existencia de un factor genético actuante.

Los estudios de linajes han demostrado que el riesgo de bulimia en mujeres emparentadas con pacientes bulímicos y anoréxicos es semejante en ambos trastornos, alrededor de 4,3 veces más que en población general. Esta transmisión transversal sugiere una diátesis familiar común o compartida para ambos trastornos (1).

Factores sociales

Al igual que sucede con la anorexia nerviosa, los pacientes con bulimia nerviosa tienden a mostrar un alto rendimiento y a responder a las presiones de la sociedad a favor de la delgadez. Asimismo, muchos están deprimidos y tienen un mayor grado de depresión familiar, como sucede en los pacientes con anorexia nerviosa, pero las familias de los primeros suelen ser menos cercanas y más conflictivas que las de estos últimos. Los pacientes con bulimia nerviosa describen a sus padres como negligentes y dados al rechazo. (4)

Factores psicológicos

Los pacientes con bulimia nerviosa, al igual que los afectados por anorexia nerviosa, tienen problemas con las exigencias de la adolescencia, pero los primeros son más extrovertidos, irascibles e impulsivos que los segundos. La dependencia del alcohol, los hurtos en tiendas y la labilidad emocional (incluidas las tentativas de suicidio) se asocian a la bulimia nerviosa.

Por lo general, experimentan el descontrol de su conducta alimentaria de un modo más egodistónico que los pacientes con anorexia nerviosa, por lo que están más dispuestos a buscar ayuda (4).

Los pacientes con bulimia nerviosa muestran la falta de control del superyó y de la fortaleza del yo de sus homólogos con anorexia nerviosa. A menudo sus dificultades para controlar sus impulsos se manifiestan a través de la dependencia de sustancias y de relaciones sexuales autodestructivas, además de los atracones y las purgas que caracterizan el trastorno. Muchos tienen antecedentes de problemas para separarse de sus cuidadores, que se manifiestan a través de la ausencia de objetos de transición durante sus primeros años de infancia.

Algunos clínicos han observado que los pacientes con bulimia nerviosa utilizan sus propios cuerpos como objetos de transición. La lucha por la separación de una figura materna puede representar un deseo de fusionarse con el cuidador, y la regurgitación puede ser la expresión inconsciente de un deseo de separación (4).

Factores de personalidad

El 100 % de los pacientes con trastornos de la conducta alimentaria clasificados bajo un perfil de personalidad caracterizado por alteraciones en la regulación emocional e infracontrol general resultan ser bulímicos. En cambio, sólo lo son alrededor del 15 % de los pacientes considerados constreñidos e hipercontrolados. Ello supone que la impulsividad es una característica muy generalizada en la bulimia nerviosa, sin duda implicada en la génesis y el mantenimiento del trastorno. La impulsividad parece estar muy asociada a un rasgo temperamental, por consiguiente, de origen básicamente genético, que es la «búsqueda de sensaciones» (emociones y aventuras) también mayoritario en pacientes bulímicos (4).

Comorbilidades

Trastornos afectivos

Los trastornos depresivos constituyen la patología más asociada a la bulimia nerviosa. Alrededor del 30 % de los pacientes bulímicos sufren simultáneamente un trastorno depresivo y alrededor del 50 % lo padecen a lo largo de su vida. (6)

Trastornos de ansiedad

Entre el 54 y el 88 % de los pacientes bulímicos desarrollan comórbidamente algún trastorno de ansiedad, siendo el más frecuente la ansiedad o fobia social, con tasas de alrededor del 90 %. El trastorno obsesivo-compulsivo se ha detectado en un 30 % de pacientes bulímicos generales y en un 48 % de los pacientes ingresados, aunque hay estudios que obtienen porcentajes más elevados. En general los trastornos de ansiedad parecen ser más frecuentes en bulímicos con historia previa de anorexia nerviosa que en pacientes con bulimia nerviosa primaria. (6)

Trastornos de personalidad

Los trastornos de la personalidad también son muy frecuentes. Aproximadamente un 70 % de trastornos de la conducta alimentaria cursan con algún trastorno de personalidad y un 20 % con dos. Los pacientes bulímicos con historia previa de anorexia son los que más a menudo presentan dos de estos trastornos. Uno de cada cuatro bulímicos presenta algún trastorno de personalidad del grupo B, siendo el más frecuente el trastorno límite, seguido del histriónico (6).

Manifestaciones clínicas

La bulimia nerviosa normalmente empieza después de un período de régimen que puede oscilar entre unas pocas semanas y un año, o más. Este régimen puede haber existido con la intención, o no, de perder peso. La mayoría de episodios de atracones están seguidos de vómitos autoinducidos y, menos frecuentemente, de uso de laxantes. Una minoría de personas bulímicas usa diuréticos con la intención de controlar su peso. La duración media de un atracón es aproximadamente de 1 hora.

Muchos pacientes aprenden a vomitar introduciéndose los dedos en la garganta, y después de un corto espacio de tiempo aprenden a hacerlo de manera refleja. Algunos pacientes tienen llagas y cicatrices en el dorso de la mano (llamadas «signos de Russell») producidas por sus persistentes intentos de inducir el vómito.

Los pacientes bulímicos no hacen comidas regulares y tienen dificultad para sentirse saciados al finalizar una comida normal. Usualmente estos pacientes prefieren comer a solas y en sus casas. Aproximadamente entre una tercera y una quinta parte de ellos escogerá un peso dentro de los valores normales como su peso corporal ideal. Entre un 25 y un 35% de los pacientes de bulimia nerviosa ha tenido una historia previa de anorexia nerviosa (6).

Actitud respecto a la silueta y el peso

El otro elemento distintivo de la psicopatología de la bulimia nerviosa son una serie de actitudes características respecto a la silueta y el peso. Estas mismas actitudes se hallan en la anorexia nerviosa, y deben estar presentes para poder realizar cualquiera de los dos diagnósticos.

Estas actitudes a menudo se describen como el «núcleo psicopatológico» de los trastornos del comportamiento alimentario. Se caracterizan por una preocupación excesiva por el cuerpo y el peso, basada en un miedo a aumentar de peso y a ser obeso que generalmente se acompaña de la búsqueda de la delgadez y la pérdida de peso. Lo que subyace a esta sintomatología es la tendencia a juzgar la propia valía personal principalmente, sino exclusivamente, en términos de peso y silueta corporales.

Mientras que lo habitual es valorar la propia valía personal en base al comportamiento percibido en una gran variedad de aspectos (como en las relaciones interpersonales, el

trabajo, el deporte, la habilidad artística, etc.), las personas con anorexia nerviosa o bulimia nerviosa se evalúan a ellas mismas principalmente en términos de peso y silueta corporal. Estas actitudes y valores constituyen un buen ejemplo de la sobrevaloración de ciertas ideas (7)

La mayoría de características de la bulimia nerviosa pueden entenderse como secundarias a estas actitudes respecto al cuerpo y el peso. Hacer dieta, utilizar métodos purgativos y realizar ejercicio de forma excesiva son características secundarias obvias.

Además, existen manifestaciones conductuales directamente relacionadas con estas preocupaciones. Por ejemplo, muchos pacientes se pesan repetidamente y examinan con detalle su aspecto en el espejo. Otros evitan conocer datos acerca de su peso aunque son extremadamente sensibles a todo lo que tiene que ver con su apariencia física. Algunos esconden su cuerpo a los demás o incluso evitan mirarse ellos mismos. Esto puede tener un mayor impacto en las relaciones sexuales y sociales.

En los casos más extremos, sienten verdadero odio por su cuerpo (menosprecio por la imagen corporal). A diferencia de lo que ocurre en la anorexia nerviosa, la alteración de la percepción de la imagen corporal se observa en pocos casos (7).

Diagnóstico

Se diferencian dos subtipos:

- Purgativos: donde los pacientes recurren a conductas purgativas provocando el vómito o utilizando laxantes o diuréticos en exceso-
- No purgativos: donde el paciente recurre al uso excesivo de dietas restrictivas o ejercicio intenso.

Criterios diagnósticos

A. Episodios recurrentes de atracones, caracterizados por ambos:
1. Comer, dentro de cualquier período de 2 horas, una cantidad de alimentos que es definitivamente mayor que la que comería la mayoría de las personas en un período de tiempo similar y en circunstancias similares.
2. Sensación de que uno no puede dejar de comer o controlar qué o cuánto está comiendo

B. Comportamientos compensatorios inapropiados recurrentes para prevenir el aumento de peso, como el vómito autoinducido; uso indebido de laxantes, diuréticos u otros medicamentos; ayuno o ejercicio excesivo.

C. Los atracones y los comportamientos compensatorios inapropiados ocurren, en promedio, al menos una vez a la semana durante 3 meses.

D. La autoevaluación es la injustificable influenciada por la forma y el peso del cuerpo.

E. La alteración no ocurre exclusivamente durante episodios de anorexia nerviosa.

Especifique si:

Remisión parcial: después de que los criterios completos se cumplieron previamente, algunos, pero no todos los criterios se han cumplido durante un período prolongado de tiempo.

Remisión completa: después de que se hayan cumplido los criterios completos, ninguno de los criterios se ha cumplido durante un período prolongado de tiempo.

Severidad actual

Leve: un promedio de 1-3 episodios de conductas compensatorias inapropiadas por semana.

Moderado: un promedio de 4-7 episodios de conductas compensatorias inapropiadas por semana.

Severo: un promedio de 8-13 episodios de conductas compensatorias inapropiadas por semana.

Extremo: un promedio de 14 o más episodios de conductas compensatorias inapropiadas por semana (2)

Tratamiento

Se ha realizado un análisis de las guías del National Institute for Health and Care Excellence (NICE)(8) de Reino Unido la cual cuenta con una última publicación en el 2017, Joint German Guideline “Diagnosis and treatment of eating disorders” de Alemania publicada el 2018 (13), La guía clínica para trastornos de la conducta alimentaria del Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente Muñiz” de México publicada en el 2010 (9) y el manual de salud infantil y adolescencia de la IACAPAP de España (10) publicado en el 2016.

Tanto las guías británicas, alemana y española mencionan que la terapia cognitivo conductual es el enfoque terapéutico estándar para el tratamiento de los síntomas bulímicos.

Según las guías británicas, por lo general consiste en hasta 20 sesiones durante 20 semanas y considere sesiones dos veces por semana en la primera fase se enfoca en compromiso y educación, y establecer un patrón de alimentación regular y brindar aliento, asesoramiento y apoyo mientras las personas hacen esto se debe seguir abordando la psicopatología del trastorno alimentario. Hacia el final del tratamiento, espaciar las citas y concentrarse en mantener cambios positivos y minimizar el riesgo de

recaída; si corresponde, involucre a otras personas significativas para ayudar con el tratamiento individual (8).

Bacaltchuk J y colaboradores en su revisión sistemática apoyó la eficacia de la TCC y, en particular, de la TCC-BN, en el tratamiento de los pacientes con bulimia nerviosa y también (pero con menos firmeza debido al pequeño número de ensayos) los síndromes de trastornos alimentarios relacionados.

Respalda la eficacia de la psicoterapia para reducir la gravedad de los síntomas bulímicos, así como la gravedad de los síntomas depresivos, en pacientes con trastornos de atracones recurrentes y específicamente en pacientes con bulimia nerviosa. La TCC tenía más estudios que la respaldan y, en comparación directa con las terapias de control, hubo tendencias para que la TCC fuera superior, lo que alcanzó significación para las tasas de abstinencia de atracones al final del tratamiento (34 % frente al 22 % para otras terapias acumulativas) (18).

Los programas de autoayuda guiados centrados en la bulimia nerviosa para adultos con bulimia nerviosa son tomados en cuenta en las guías alemana como británica. Esta consiste en utilizar materiales de autoayuda cognitivo-conductuales para los trastornos alimentarios y complementar el programa de autoayuda con breves sesiones de apoyo (por ejemplo, de 4 a 9 sesiones de 20 minutos cada una durante 16 semanas, semanales al principio) (8).

Se han identificado varias ventajas potenciales del uso de tales tratamientos de autoayuda:

1. Permiten acceder a tratamientos con eficacia comprobada con un retraso mínimo.
2. Son populares y aceptables para muchos pacientes.
3. El precio puede ser bajo.
4. Dichos tratamientos respetan la privacidad del paciente y evitan el estigma o la vergüenza de la psicoterapia formal. En particular, los pacientes con BN y BED a menudo se avergüenzan mucho de su trastorno y les resulta difícil confiar sus síntomas a un terapeuta.
5. Permiten que los pacientes trabajen en su propio tiempo y a su propio ritmo. Esto es potencialmente importante en los trastornos alimentarios, ya que los pacientes suelen estar ansiosos y deprimidos, lo que puede interferir con su capacidad de concentración durante una sesión con un terapeuta.
6. Empoderan al paciente y fomentan la colaboración.
7. Refuerzan y consolidan el aprendizaje. Esto es importante en los trastornos de la alimentación ya que los déficits de atención y concentración relacionados con el hambre pueden afectar la capacidad del paciente para beneficiarse de las intervenciones terapéuticas "únicas".
8. Permiten a los pacientes renovar o actualizar el tratamiento con la frecuencia que

deseen y sin coste adicional. Dado que BED y BN tienen un curso de recaídas, esto puede ser importante para lidiar con los contratiempos (19).

La autoayuda y la autoayuda guiada pueden ser útiles en el tratamiento de los trastornos alimentarios. En comparación con la lista de espera o el tratamiento de atención/placebo, los tratamientos con PSH/GSH para la BN, el BED y los trastornos relacionados reducen el trastorno alimentario y algunos otros síntomas (incluidos los síntomas psiquiátricos y el funcionamiento interpersonal) a corto plazo; estos efectos son moderados pero valen la pena, aunque no se extienden a la remisión de síntomas conductuales clave, como atracones o vómitos (19).

Los tratamientos para la Bulimia Nerviosa basados en la familia es incluido en las guías alemanas y británicas; se dirigen predominantemente a la activación del apoyo de los padres para superar el trastorno alimentario del niño. En este sentido, en una primera fase, se orienta a los padres para que apoyen activamente a su hijo en el afrontamiento del trastorno alimentario y afronten proactivamente los problemas de conducta alimentaria (alimentación restrictiva, conductas compensatorias, conducta patológica de control de peso, etc.).

Además, los padres reciben apoyo en sus acciones aprendiendo a externalizar el trastorno alimentario y no equipararse con las acciones de sus hijos. Esto debería fomentar el entendimiento mutuo y reducir la resistencia del niño. Una vez que se ha logrado la abstinencia, se le devuelve al niño el control sobre la alimentación paso a paso, y en el ciclo final del tratamiento, se apoya a la familia para hacer frente a las consecuencias de la BN para el desarrollo del niño (13) por lo general consisten en 18 a 20 sesiones durante 6 meses. (8)

Según Couturier, J. y colaboradores las tasas de remisión también fueron significativamente mejores en el grupo FBT en comparación con la psicoterapia de apoyo (39 % frente a 18 %). Sin embargo, cuando se comparó la terapia familiar (con algunos elementos compatibles con la FBT) con la TCC de autoayuda guiada, no hubo diferencias significativas (10 % versus 14 %) (11).

Con respecto a la psicofarmacoterapia las guías españolas, mexicana y alemana menciona que la fluoxetina, la cual, al ser reconocida como medicamento de demostrada utilidad en la bulimia nerviosa, puede tener efectos favorables en la reducción de la frecuencia de los atracones (9) el tratamiento de la bulimia nerviosa, la dosis de fluoxetina puede incrementarse a 40 o 60 mg/día (en comparación con la dosis utilizada para el trastorno depresivo que es de 20 mg/día) (9).

La fluoxetina fue aprobada para el tratamiento agudo y el mantenimiento de la BN en 1994. La eficacia de la fluoxetina para tratar la BN ha sido determinada por varios estudios aleatorizados controlados con placebo (20).

Un estudio multicéntrico realizado por Fluoxetine Bulimia Nervosa Collaborative Study Group de mujeres BN (n = 387) evaluó la frecuencia de atracones y vómitos después de un curso de 8 semanas de fluoxetina (20 mg/día y 60 mg/día) en comparación con placebo 23. La fluoxetina (60 mg/día) redujo eficazmente los episodios de atracones y vómitos por semana durante las primeras 7 semanas.

A partir del análisis de la última observación realizada, la fluoxetina (60 mg/día) redujo los episodios de atracones en un 67 % y los episodios de vómitos en un 56 % desde el pretratamiento, mientras que el placebo dio como resultado una reducción del 33 % en los atracones y una reducción del 5 % en los episodios de vómitos. La dosis más baja de fluoxetina (20 mg/día) solo produjo una reducción significativa de los vómitos, que fue una reducción del 26 % con respecto al pretratamiento (21).

Finalmente, las guías británicas no recomiendan la farmacoterapia como monoterapia (8). La medicación se propone con frecuencia como complemento de la educación, la rehabilitación nutricional y la psicoterapia. La TCC sola generalmente se considera superior a los antidepresivos solos.

Las razones para no utilizar la medicación como tratamiento exclusivo de la bulimia nerviosa generalmente incluyen: la efectividad general de las intervenciones psicológicas bien establecidas se considera buena; La TCC parece más aceptable para los pacientes que la medicación antidepresiva, ya que las tasas de abandono son más altas con esta última; el mantenimiento del cambio a más largo plazo parece ser mejor con la TCC que con los fármacos antidepresivos, ya que las tasas de recaída con la suspensión del fármaco parecen ser altas.(22).

TRASTORNO DE ATRACÓN

Las personas con trastorno de atracones inician atracones recurrentes durante los cuales ingieren cantidades anormalmente grandes de comida en un corto período de tiempo. Al contrario que en la bulimia nerviosa, no llevan a cabo conductas de compensación de ningún tipo tras el episodio de atracón (p. ej., uso de laxantes). Los episodios a menudo ocurren en privado, por lo general incluyen alimentos hipercalóricos y, durante el atracón, la persona siente que no puede controlar su impulso de comer. (4)

Epidemiología:

Una revisión sistemática informó medias poblacionales ponderadas (y rangos) de prevalencia de por vida como: trastorno por atracón 2,8 % (0,6–5,8 %) para mujeres y 1,0 % (0,3–2,0 %) para hombres. Con una prevalencia para 3 meses de 1,5%.

La prevalencia de los trastornos alimentarios es mayor en mujeres y en jóvenes. Sin embargo, el trastorno por atracón es más común en los hombres. (5)

Etiología

El trastorno por atracón puede resultar de numerosos factores psicológicos, sociales, culturales y biológicos. Algunos de los factores de riesgo del trastorno por atracón incluyen:

1. Obesidad infantil
2. Pérdida de alimentación controlada en la infancia
3. Perfeccionismo
4. Problemas de conducta
5. Abuso de sustancias
6. Preocupaciones familiares por el peso y problemas de alimentación
7. Conflictos familiares y problemas de crianza
8. Psicopatología de los padres
9. Abuso físico y sexual
10. Deterioro de la salud mental
11. Compromiso de los genes de los receptores mu de opioides (p. ej., OPRM1) y dopamina (p. ej., DRD2)
12. Percepción distorsionada de la imagen corporal
13. Alteraciones de la microbiota intestinal. (23)

Diagnóstico:

Criterios diagnósticos según DSM 5:

A. Episodios recurrentes de atracones de comida. Un *episodio de atracón* se caracteriza por los dos hechos siguientes:

1. Ingestión, en un periodo determinado, de una cantidad de alimentos que es claramente superior al que la mayoría de las personas ingerían en una población normal en un período similar en circunstancias parecidas.

2. Sensación de falta de control sobre lo que se ingiere durante el episodio.

B) Los episodios de atracones se asocian a tres (o más) de los hechos siguientes:

1. Comer mucho más rápidamente de lo normal.

2. Comer hasta sentirse desagradablemente lleno.

3. Comer grandes cantidades de alimentos cuando no se siente hambre físicamente.

4. Comer solo debido a la vergüenza que se siente por la cantidad que se ingiere.

5. Sentirse luego a disgusto con uno mismo, deprimido o muy avergonzado.

C) Malestar intenso respecto a los atracones.

D) Los atracones se producen, de promedio, al menos una vez a la semana durante tres meses

E) El atracón no se asocia a la presencia recurrente de un comportamiento compensatorio inapropiado como en la bulimia nerviosa y no se produce exclusivamente en el curso de la bulimia nerviosa o la anorexia nerviosa. (2)

Aproximadamente la mitad de los individuos con trastorno de atracones son obesos. Por otro lado, los individuos obesos con este trastorno revelan un inicio más temprano de la obesidad que aquellos sin el trastorno. Los pacientes con trastorno de atracones también son más proclives a presentar un historial de inestabilidad en el peso, con frecuentes episodios de rebotes de peso (aumento o pérdida de más de 10 kg). El trastorno puede aparecer asociado a insomnio, menarquia precoz, dolor de cuello, de hombros y lumbar, dolor muscular crónico y trastornos metabólicos. (4)

Comorbilidades:

El trastorno de atracones está asociado con una comorbilidad psiquiátrica significativa comparable a la de la bulimia nerviosa y anorexia nerviosa. Los trastornos comórbidos más frecuentes son los trastornos bipolares, los trastornos depresivos, los trastornos de ansiedad y en menor grado los trastornos por consumo de sustancias. La comorbilidad psiquiátrica está relacionada con la gravedad de los atracones y no con el grado de obesidad.

Según un estudio realizado por un factor que contribuye al desarrollo y mantenimiento de la psicopatología de los atracones es la impulsividad, un constructo multidimensional que refleja una propensión a involucrarse en una mayor conducta de búsqueda de recompensa y una mala toma de decisiones relacionadas con la recompensa, el estudio concluye con subtipificación dentro del trastorno basada en la impulsividad general identifica un grupo con una presentación clínica más grave. Estos individuos reportan mayor psicopatología relacionada con la alimentación, mayor comorbilidad y antecedentes de la psicopatología a lo largo de su vida, y mayor sintomatología depresiva (24).

Diagnóstico diferencial:

El trastorno de atracones y la bulimia nerviosa comparten el mismo rasgo fundamental: la presencia de atracones recurrentes. En cualquier caso, el primero difiere de la segunda en que los pacientes no presentan una conducta compensatoria como, por ejemplo, los vómitos, el abuso de laxantes o una dieta excesiva. El trastorno de atracones se diferencia de la anorexia nerviosa en que los pacientes no manifiestan un deseo excesivo por la delgadez y tienen un peso normal o son obesos.

La prevalencia del trastorno es mayor en poblaciones con sobrepeso (3%) que en la población general (alrededor del 2%). Sin embargo, existen otras distinciones. Los pacientes obesos con trastorno de atracones presentan una mayor ingesta calórica durante episodios con o sin atracones, trastornos de la alimentación más graves (es decir, mayor ingesta emocional, hábitos alimentarios caóticos) e índices más altos de trastornos psiquiátricos comórbidos. El trastorno de atracones también es más prevalente en familias con obesidad. (4)

El aumento del apetito y el aumento de peso se incluyen entre los criterios del episodio depresivo mayor y en los especificadores de características atípicas de los trastornos, se deben realizar ambos diagnósticos. Se pueden observar atracones y otros síntomas de un comportamiento alimentario alterado en el trastorno bipolar.

Los atracones se encuentran entre los criterios de comportamiento impulsivo que forman parte de la definición del trastorno de la personalidad límite. Si se cumplen los criterios de los dos trastornos, se deben realizar ambos diagnósticos. (4)

Tratamiento

Para el tratamiento del trastorno de atracón las guías clínicas mencionadas anteriormente han sido citadas. Los manejos clínicos que han sido tomados en cuenta son los siguientes:

En primer lugar, las guías británicas ofrecen un programa de autoayuda guiado centrado en el trastorno por atracón para adultos con trastorno por atracón. Los programas de autoayuda guiados para adultos centrados en los trastornos alimentarios compulsivos deben: utilizar materiales de autoayuda cognitivo-conductuales.

El programa de autoayuda debe completarse con breves sesiones de apoyo (por ejemplo, de 4 a 9 sesiones de 20 minutos cada una durante 16 semanas, semanales al principio) (8).

La intervención psicoterapéutica mediante manuales estructurados de autoayuda en general, y en concreto cuando se basa en la TCC, puede ser clasificada como eficaz con respecto a la reducción de los atracones (13).

Grilo, CM., en un estudio pequeño de trastorno de atracón encontró que el material de autoayuda con orientación de un terapeuta cognitivo-conductual en comparación con un tratamiento de control no específico produjo mejoras significativamente mayores en la abstinencia de los atracones y otros síntomas del trastorno alimentario (25).

En lo relacionado a la terapia cognitivo conductual las guías británicas mencionan que por lo general consisten en 16 a 20 sesiones; desarrollan una formulación de los problemas psicológicos de la persona, para determinar cómo los factores dietéticos y emocionales contribuyen a sus atracones (8). Las guías alemanas además de la terapia cognitivo conductual también mencionan la terapia interpersonal como una opción para el tratamiento psicológico del trastorno de atracón.

La psicoterapia interpersonal se basó en el tratamiento desarrollado por Klerman et al. Para la depresión, la primera fase consta de 4 sesiones y está dedicada a un análisis detallado del contexto interpersonal en el que se desarrolla y se mantiene el trastorno alimentario. Esto conduce a una formulación de las áreas problemáticas interpersonales actuales, que luego forman el foco de la segunda etapa de la terapia destinada a ayudar al paciente a realizar cambios interpersonales en el área o áreas específicas

identificadas. Las últimas 3 sesiones están dedicadas a una revisión del progreso del paciente y una exploración de formas de manejar futuras dificultades interpersonales. (26)

La terapia cognitiva conductual (CBT) y la psicoterapia interpersonal (IPT) son terapias especializadas para BED que se enfocan directamente en el trastorno alimentario. Estudios bien controlados han demostrado que estas terapias son confiablemente efectivas para eliminar los atracones y reducir la psicopatología asociada a corto y largo plazo (27).

En cuanto al tratamiento farmacológico las guías españolas mencionan que al igual que en bulimia nerviosa debe usarse en dosis altas de 60 mg/día (10). Mientras que la guía alemana menciona que además de la efectividad de la fluoxetina existen anticonvulsivantes de 2 generación como el topiramato y un psicoestimulante como la lisdexanfetamina que también pueden tener un efecto beneficioso en este trastorno (13).

TRASTORNO DE EVITACIÓN/RESTRICCIÓN ALIMENTARIA

Es un diagnóstico introducido recientemente en el DSM 5 se caracteriza por una alimentación restrictiva o la evitación de alimentos en ausencia de la restricción cognitiva y la fobia al peso que se observa típicamente en la anorexia nerviosa. A menudo se basa en un desinterés general por comer, alimentación selectiva debido a preferencias sensoriales y/o temor a consecuencias adversas como atragantamiento, aunque los criterios diagnósticos permiten otras presentaciones clínicas (28), reemplaza "trastorno alimentario de la infancia o la primera infancia", que era un diagnóstico en el DSM-IV restringido a niños de 6 años o menos (2).

Epidemiología

En comparación con los pacientes con anorexia nerviosa, el grupo de pacientes con ARFID generalmente parece ser más joven, tener una distribución de género más uniforme con más niños/hombres y tener un curso más prolongado de la enfermedad (28). Mientras que los pacientes con anorexia nerviosa tienden a perder peso rápidamente antes de ser elegibles para el tratamiento, los pacientes con ARFID a menudo tienen un historial médico más prolongado en el que el bajo peso puede haber estado presente durante muchos años (28).

Aunque la incidencia de ARFID en poblaciones comunitarias de niños y adolescentes no ha sido bien establecida, un gran estudio de vigilancia canadiense informó una incidencia general de 2 por 100 000 niños y adolescentes de 5 a 18 años (31).

Diagnóstico

Según los criterios diagnósticos del DSM 5:

- A. Una alteración de la alimentación o la alimentación (p. ej., aparente falta de interés en comer o en los alimentos; evitación basada en las características sensoriales de los alimentos; preocupación por las consecuencias aversivas de comer) que se manifiesta por el fracaso persistente en satisfacer las necesidades nutricionales y/o energéticas apropiadas asociadas con una (o más) de los siguientes:
- Pérdida de peso significativa (o incapacidad para lograr el aumento de peso esperado o retraso en el crecimiento en los niños).
 - Deficiencia nutricional importante.
 - Dependencia de alimentación enteral o suplementos nutricionales orales.
 - Marcada interferencia con el funcionamiento psicosocial.
- B. La perturbación no se explica mejor por la falta de alimentos disponibles o por una práctica culturalmente sancionada asociada.
- C. La alteración de la alimentación no ocurre exclusivamente durante el curso de la anorexia nerviosa o la bulimia nerviosa, y no hay evidencia de una alteración en la forma en que se experimenta el peso o la forma del cuerpo.
- D. El trastorno alimentario no es atribuible a una condición médica concurrente o no se explica mejor por otro trastorno mental. Cuando la alteración de la alimentación se produce en el contexto de otra afección o trastorno, la gravedad de la alteración de la alimentación supera la asociada habitualmente con la afección o el trastorno y justifica una atención clínica adicional. (DSM)

Etiología

De hecho, ARFID puede ser el trastorno alimentario con la etiología más heterogénea. Varias subcategorías han surgido en la investigación publicada hasta ahora que intentan definir las razones detrás de la ingesta nutricional restringida. En un estudio retrospectivo realizado entre siete divisiones de medicina para adolescentes, 712 pacientes se presentaron para evaluaciones iniciales de trastornos alimentarios durante un período de 1 año y 98 (13,8 %) cumplieron con los criterios de ARFID.

Según los síntomas documentados, el 28,7 % de los pacientes con ARFID presentaban alimentación selectiva desde la primera infancia, el 21,4 % experimentaba ansiedad generalizada, el 19,4 % presentaba síntomas gastrointestinales, el 13,2 % tenía antecedentes de vómitos o atragantamiento, el 4,1 % presentaba alergias alimentarias y el 13,2 % tenía otros motivos por su alimentación restringida. (29)

ARFID se diferencia de la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa en que no hay alteración de la imagen corporal; Los pacientes con ARFID pueden expresar el deseo de aumentar su alimentación y ganar el peso necesario, pero simplemente no pueden lograrlo. Las razones detrás de esta incapacidad parecen ser tan variadas como los propios pacientes. (30)

Comorbilidad

La comorbilidad de salud mental fue alta en todos los grupos. La ansiedad se observó con mayor frecuencia en toda la cohorte ($n = 19$, 73,1 %) y, aunque no es el caso de los jóvenes con poco apetito/interés limitado, más del 50 % de los pacientes en cada uno de los grupos restantes y mixtos tenían un trastorno de ansiedad concurrente. Poco más de un tercio ($n = 9$, 34,6%) de la muestra fueron diagnosticados con depresión con representación en todas las cohortes. El veintitrés por ciento de los pacientes evaluados tenían un diagnóstico de autismo o trastorno del espectro autista (32).

Tratamiento

Las guías que mencionan el tratamiento para el trastorno de evitación/restricción alimentaria son la guía alemana y la guía mexicana.

La guía alemana menciona que la principal intervención psicoterapéutica es la terapia cognitivo conductual incluyendo a los padres o cuidadores. La terapia conductual incluía técnicas de refuerzo, así como una estructura formalizada para la hora de comer (instrucciones escritas, volumen reducido de bocado y textura de puré). En el marco de las comidas de tratamiento, estaban disponibles ocho alimentos, dos de cada uno de los grupos de proteínas, almidón, frutas y verduras. En cada comida, el cuidador ofrecía cuatro alimentos. El volumen de mordidas se incrementó continuamente.

CBT-AR demostró evidencia inicial de viabilidad, aceptabilidad y prueba de concepto para niños y adolescentes en este ensayo no controlado. Hasta donde sabemos, este es el primer estudio de un tratamiento psicosocial ambulatorio para ARFID en adolescentes mayores. Se demostró los efectos positivos de la TCC en una muestra más grande y al destacar que la TCC puede conducir a una reducción significativa de los síntomas, incluso cuando se administra en un formato ambulatorio semanal menos intensivo y más rentable. Además, nuestros resultados sugieren que es posible tratar ARFID con éxito solo con un terapeuta y un médico, y sin un gran equipo multidisciplinario. (33)

Los enfoques de tratamiento para la atención ambulatoria generalmente aplican la terapia basada en la familia, la terapia cognitiva conductual centrada en el niño o los enfoques conductuales basados en los padres. SPACE-ARFID es un nuevo tratamiento ambulatorio para padres que se centra en las respuestas de los padres a los hábitos alimentarios problemáticos de los niños. SPACE-ARFID tiene como objetivo promover la flexibilidad y el ajuste en situaciones relacionadas con los alimentos.

El tratamiento ayuda a los padres a reducir sistemáticamente la acomodación familiar o los cambios que realizan en su propio comportamiento para ayudar a su hijo a evitar o aliviar la angustia relacionada con el trastorno, al mismo tiempo que aumenta las respuestas de apoyo a los síntomas del niño. (34)

TRASTORNO DE RUMIACIÓN.

El síndrome de rumiación (SR) se caracteriza por la regurgitación de alimentos repetida y sin esfuerzo durante o poco después de comer, seguida de volver a masticar, tragar o escupir el regurgitante. El síndrome de rumiación se clasifica tanto como un “Trastorno Gastroduodenal Funcional” por la Fundación Roma de *Trastornos Gastrointestinales Funcionales: Trastornos de la Interacción Intestino-Cerebro*, 4.ª edición (ROME-IV) y como un “Trastorno de Alimentación y Alimentación” por *Diagnóstico y Manual Estadístico de Trastornos Mentales*, 5ª edición (DSM-5; “trastorno de rumiación”) (35)

Epidemiología:

Existen muy pocos datos sobre este padecimiento y por consiguiente existe poca información relevante sobre prevalencia o incidencia de esta enfermedad secundaria a la falta de estudios epidemiológicos de esta entidad. Sin embargo, As Hartmann en un estudio poblacional reporta que de una muestra de N=2403; 132 (5,49 %; IC 95 % 4,62–6,37) indicaron haber experimentado rumiación al menos una vez; y 17 (35,29 %; IC 95 % 13,33–61,11) manifiestan recurrencia de esta conducta. (36)

Criterios diagnósticos

Según el DSM 5 menciona:

- A. Regurgitación repetida de alimentos durante un período mínimo de un mes. Los alimentos regurgitados se pueden volver a masticar, a tragar o se escupen.
- B. La regurgitación repetida no se puede atribuir a una afección gastrointestinal asociada u otra afección médica (p. ej., reflujo gastroesofágico, estenosis pilórica)
- C. El trastorno alimentario no se produce exclusivamente en el curso de la anorexia nerviosa, la bulimia nerviosa, el trastorno de atracones o el trastorno de evitación/restricción de la ingestión de alimentos.
- D. Si los síntomas se producen en el contexto de otro trastorno mental (p. ej., discapacidad intelectual [trastorno del desarrollo intelectual] u otro trastorno del desarrollo neurológico), son suficientemente graves para justificar atención clínica adicional.

Especificar si:

En remisión: Después de haberse cumplido con anterioridad todos los criterios para el trastorno de rumiación, los criterios no se han cumplido durante un período continuado.
(2)

Fisiopatología

La rumia se caracteriza por un aumento de la presión intragástrica que precede o coincide con el movimiento retrógrado del contenido gástrico hacia el esófago. El aumento de la presión intragástrica se genera por una contracción voluntaria, pero muchas veces no intencional, de la musculatura de la pared abdominal.

Además, se ha sugerido que se utiliza una extensión hacia adelante de la cabeza para abrir el esfínter esofágico superior en el mismo momento. El requisito previo para el movimiento hacia arriba del contenido gástrico durante el esfuerzo es una presión del esfínter esofágico inferior (LOS) que es más baja que la presión intragástrica generada. Las razones de esta baja presión de LOS podrían ser una presión de LOS baja prolongada posprandial o una disminución temporal durante las relajaciones transitorias de LOS que son detectadas por el sujeto (37).

Características psicológicas

En algunos pacientes, los eventos vitales estresantes pueden identificarse alrededor del período de aparición de los síntomas.

Sin embargo, en la mayoría de los casos, la rumia ocurre en ausencia de tales factores desencadenantes identificables. También se han descrito asociaciones entre rumiación y bulimia nerviosa. Los estudios informaron rumiación en el 20% de los bulímicos y antecedentes de bulimia en el 17% de las mujeres con rumiación.

Sin embargo, los rumiadores con bulimia tienden a expulsar los alimentos en lugar de volver a tragarlos, y también pueden presentar vómitos autoinducidos por estimulación digital de la hipofaringe. Se ha sugerido que la rumia en este grupo es un comportamiento aprendido, destinado a controlar el peso corporal sin inducir vómitos francos y, por lo tanto, puede considerarse más una variante de un trastorno alimentario (37).

Diagnóstico Diferencial

Múltiples enfermedades gastrointestinales pueden ser fácilmente confundidas con esta patología. El diagnóstico diferencial debe ser realizado con: acalasia, Infección *por H. pylori*, Gastritis, La enfermedad de úlcera péptica, Enfermedad celíaca, Síndrome del intestino irritable, Sobrecrecimiento bacteriano del intestino delgado, Gastroenteritis eosinofílica, gastroparesia, Síndrome de vómitos cíclicos, Carcinoma gástrico, Trastornos de la alimentación (anorexia nerviosa, bulimia nerviosa), Esofagitis, estenosis esofágica, Cáncer de esófago, Obstrucción del flujo de salida de la unión esofagogástrica, Dispepsia funcional (42).

Tratamiento

El objetivo del tratamiento del trastorno de rumiación es reducir, e idealmente cesar, el comportamiento.

Las técnicas psicoterapéuticas que también se han mencionado en los estudios de casos son la inversión y el refuerzo de hábitos con consecuencias positivas.

Actualmente, no existen recomendaciones basadas en evidencia con respecto al entorno de tratamiento. Se puede suponer que el trastorno de la rumiación se puede tratar fundamentalmente en el ámbito ambulatorio, excepto cuando la conducta conlleve un riesgo médico importante y, por tanto, la persona que lo padece requiere una estrecha supervisión (13).

PICA

El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales de la Asociación Estadounidense de Psiquiatría, quinta edición (DSM-5), define la pica como comer sustancias no nutritivas y no alimenticias durante un período de al menos un mes (38).

Para el diagnóstico, el comportamiento debe persistir durante al menos un mes, no estar en consonancia con la etapa de desarrollo del niño (y el DSM V sugiere una edad límite de 24 meses o más) y no ser un comportamiento socialmente normativo o culturalmente aceptable. La naturaleza de los elementos ingeridos es variable e incluye, entre otros, tierra (geofagia), almidones crudos (amilofagia), hielo (pagofagia), carbón, ceniza, papel, tiza, tela, talco para bebés, posos de café y cáscaras de huevo. (39)

Epidemiología

Este padecimiento es poco estudiado por lo cual se encuentran muy pocos datos epidemiológicos de este. Sin embargo, As Hartmann en un estudio poblacional reporta que de una muestra de N=2403; Un total de 128 participantes (5,33 %; IC 95 % 4,45–6,20) indicaron haber experimentado PICA. fue informado por 26 participantes (1,08 %; IC del 95 %: 0,71 a 1,54) con recurrencia de este padecimiento (36).

Etiología

La etiología y la base molecular de todas las formas de pica, incluida la pagofagia, no se comprenden bien. Sin embargo, el consumo excesivo de hielo se asocia frecuentemente con la deficiencia de hierro. Una hipótesis sugiere que los artículos no alimentarios se consumen para corregir las deficiencias de hierro, calcio, zinc u otros micronutrientes. Sin embargo, esta teoría no explica la pagofagia, ya que el hielo casi no contiene hierro. Una hipótesis más reciente sugiere que masticar hielo provoca una

respuesta vasoconstrictora que da como resultado una mayor perfusión del cerebro. (40)

Diagnóstico

Criterios diagnósticos según el DSM 5 son los siguientes

A. Ingestión persistente de sustancias no nutritivas y no alimentarias durante un período mínimo de un mes.

B. La ingestión de sustancias no nutritivas y no alimentarias es inapropiada al grado de desarrollo del individuo.

C. El comportamiento alimentario no forma parte de una práctica culturalmente aceptada o socialmente normativa.

D. Si el comportamiento alimentario se produce en el contexto de otro trastorno mental (p. ej., discapacidad intelectual [trastorno del desarrollo intelectual], trastorno del espectro del autismo, esquizofrenia) o afección médica (incluido el embarazo), es suficientemente grave para justificar la atención clínica adicional.

Nota de codificación: El código CIE-9-MC para pica es 307.52 y se utiliza en niños o adultos. Los códigos CIE-10-MC para pica son (F98.3) en niños y (F50.8) en adultos.

Especificar si:

En remisión: Después de haberse cumplido todos los criterios para la pica con anterioridad, los criterios no se han cumplido durante un período continuado. (2)

Diagnóstico diferencial:

Se debe realizar una evaluación cuidadosa de los problemas de salud mental en el contexto de la pica. Se deben considerar varias enfermedades psiquiátricas en el diagnóstico diferencial, incluidos otros trastornos alimentarios, esquizofrenia y psicosis, autismo y retraso en el desarrollo de los niños, abuso de sustancias y adicción (39).

Tratamiento

El objetivo del tratamiento de la pica es reducir, e idealmente cesar, la ingestión de sustancias que son no alimentarias y no nutritivas.

Los componentes del tratamiento que se mencionan en los estudios de casos pertenecen principalmente al grupo de modificación de la conducta (técnicas operantes): control de estímulos, inversión de hábitos y refuerzo con consecuencias agradables.

Actualmente, no existen recomendaciones basadas en evidencia con respecto al entorno de tratamiento. Se puede suponer que la pica se puede tratar esencialmente

en el ámbito ambulatorio, excepto si la sustancia preferida conlleva un fuerte riesgo médico y si los pacientes muestran poca comprensión de la enfermedad y, por lo tanto, necesitan una supervisión más cercana con el fin de controlar el estímulo. (13)

Capitulo III. Sistema de variables:

Matriz de congruencia

(Esquematización de ideas)

Idea de problema	Preguntas generadoras	Objetivos	Descriptor es	subdescriptor es	Estado del arte o de la cuestión	Técnica de investigación	Preguntas
La poca investigación con la que se cuenta para el manejo de los trastornos de la conducta alimentaria las cuales se incluyen anorexia nerviosa, bulimia nerviosa, trastorno de atracón, trastorno de evitación/restricción alimentaria, pica y trastorno de rumiación, lo que ocasiona un retraso o manejo inadecuado de estos padecimientos	¿El tratamiento de los trastornos de la conducta alimentaria es el adecuado en la actualidad?	Identificar las características clínicas y epidemiológicas de los trastornos de la conducta alimentaria. Conocer los diagnósticos comórbidos y diagnósticos diferenciales de los diferentes trastornos de la conducta alimentaria. Comparar los diferentes protocolos internacionales para tratar los	Percepciones Ideas conocimiento	Exponer los conocimientos básicos en el manejo actual de los trastornos de la conducta alimentaria. Diagnóstico y diagnósticos diferenciales así como los comórbidos. Actualización de los tratamientos.	Guías clínicas de México, España, Gran Bretaña y Alemania. Libros de texto consultados Artículos científicos.	Revisión bibliográfica y análisis documental Análisis de contenido cualitativo	¿Es necesario la creación de una guía clínica para el manejo de los trastornos de la conducta alimentaria?

		trastornos de la conducta alimentari a.					
--	--	---	--	--	--	--	--

Capítulo IV. Marco metodológico:

4.1 Diseño del estudio:

Investigación documental

4.2 Población y muestra

Se realizó una investigación teórica con el fin de recopilar la información que permita identificar los protocolos de atención actualizados para el tratamiento de los trastornos de la conducta alimentaria que incluye la anorexia nerviosa, bulimia nerviosa, trastorno de atracón, trastorno de evitación/ restricción alimentaria, pica y trastorno de rumiación.

- Población: lo existente sobre el tema.
- Muestreo: intencional (según criterios de inclusión)

4.3 Unidad de análisis:

Artículos científicos, libros, revistas, monografías, boletines epidemiológicos, guías clínicas de atención, páginas web.

4.4 Criterios de inclusión y exclusión:

- Criterios de inclusión

Información de carácter científico publicada en bibliotecas reconocidas en los últimos 7 años, libros de texto en sus últimas ediciones.

- Criterios de exclusión:

Documentos con acceso restringido o que sea necesario un pago para la obtención de estos documentos. Información de carácter científico que tenga más de 7 años.

4.5 Evaluación crítica de los artículos:

Una vez finalizada la recolección y en muchos casos traduciendo la información, se procedió a analizar en base a la relación con el tema en estudio, respaldo científico y actualización según los criterios de inclusión y exclusión.

4.6 Limitaciones:

Las principales limitaciones identificadas en el presente proyecto fue que se encontraron muy pocos artículos y protocolos de investigación actualizados en las diferentes bibliotecas virtuales.

4.7 Técnicas de aplicación en la recolección de la información.

Las técnicas aplicadas en la recolección de información: observación documental.

4.8 Procedimiento para la recolección de información.

Se realizó una búsqueda en bibliotecas electrónicas: PUBMED y COCHRANE.

4.9 Análisis de información.

Para el análisis de información recabada se le dio un orden de acuerdo con las variables y se seleccionó el contenido.

Conclusiones:

Anorexia nerviosa:

- Las edades más frecuentes son entre los 10 a 15 años y con un predominio en el sexo femenino.
- Las comorbilidades más frecuentes que acompañan a la anorexia nerviosa son los trastornos de ansiedad, trastornos afectivos, trastorno obsesivo compulsivo y trastornos de personalidad (con predominio en cluster C).
- Los tratamientos más recomendados con evidencia científica son la terapia basada en la familia, así como también la terapia cognitivo conductual y el modelo de Maudsly para adultos. No se recomienda la farmacoterapia como única opción, debe ir acompañada con psicoterapia.

Bulimia nerviosa

- Las edades más frecuentemente afectadas oscilan entre los 15 y 29 años con mayor frecuencia en mujeres a una razón de 1:24 hombres- mujeres.
- Las comorbilidades más frecuentes que se presentan en la bulimia nerviosa son trastornos afectivos, trastorno de ansiedad y trastorno de personalidad (a predominio de rasgos del cluster B).
- El tratamiento estándar para la bulimia nerviosa es la terapia cognitivo conductual pero también pueden ser utilizados los programas de autoayuda guiados por especialistas, así como la terapia centrada en la familia. La fluoxetina puede ser utilizada como terapia farmacológica pero no debe ser la única intervención, debe ir acompañada con psicoterapia.

Trastorno de atracón

- Los datos epidemiológicos reflejan que este trastorno se presenta con mayor frecuencia en mujeres que en hombres.

- Los trastornos comórbidos más frecuentes son los trastornos bipolares, los trastornos depresivos, los trastornos de ansiedad y en menor grado los trastornos por consumo de sustancias.
- El tratamiento que mayor eficacia ha mostrado son los grupos de autoayuda guiados, la terapia cognitivo conductual y la terapia interpersonal. Además, menciona que fluoxetina en altas dosis (60mg) puede contribuir a mejorar los episodios de atracones, pero no debe usarse como única terapia.

Trastorno de evitación/ restricción alimentaria

- Los grupos etarios para este padecimiento son más uniformes entre niño y adultos y tiene un curso más prolongado de la enfermedad. Sin embargo, no está bien establecida su incidencia.
- Las comorbilidades más frecuentes encontradas son trastorno de ansiedad, trastornos afectivos entre estos el trastorno depresivo, así como también trastorno del espectro autista.
- El tratamiento establecido para esta patología es la terapia cognitivo conductual incluyendo a los padres y cuidadores y la terapia basada en la familia.

Pica

- No se han determinado la incidencia o prevalencia debido a la falta de estudios.
- El diagnóstico diferencial debe de hacerse cuidadosamente entre otras entidades que incluyen esquizofrenia y psicosis, trastorno del espectro autista, abuso y dependencia de sustancias.
- El tratamiento está basado en reducir los estímulos que provocan la ingesta de sustancias no alimenticias por lo que se recomienda control de estímulos, inversión de hábitos y refuerzo con consecuencias agradable.

Trastorno de rumiación

- No se han determinado la incidencia o prevalencia debido a la falta de estudios.
- El diagnóstico diferencial debe realizarse cuidadosamente ya que son múltiples las enfermedades gastrointestinales que pueden ser diagnosticadas erróneamente.
- Actualmente, no existen recomendaciones basadas en evidencia con respecto al entorno de tratamiento

Recomendaciones:

- Es necesario la creación de una guía clínica a nivel nacional para el diagnóstico y tratamiento de los trastornos de la conducta alimentaria.
- Se sugiere la creación de un equipo multidisciplinario para la atención de este grupo de enfermedades ya que no solo involucra al médico psiquiatra, sino que otros campos como nutrición, endocrinología, medicina interna para la evaluación integral de los pacientes.
- La creación de grupos de apoyo a pacientes y familiares con diagnósticos de trastorno de conducta alimentaria ya que se ha visto que son de gran utilidad en el tratamiento de estas patologías.

BIBLIOGRAFÍA:

1. Vallejo Ruiloba; tratado de psiquiatría vallejo, editoriales Marban, España edición 2, 2012 cap 99.
2. Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM 5tm, American Psychiatric Association, capítulo Trastornos alimentarios y de la ingestión de alimentos.
3. Hay P. Current approach to eating disorders: a clinical update. *Intern Med J.* 2020 Jan;50(1):24-29. doi: 10.1111/imj.14691. PMID: 31943622; PMCID: PMC7003934.
4. Saddock, B. J.; Kaplan y Saddoc sinopsis de psiquiatría edición 11ª benjamín james saddoc, capítulo 15 trastornos de la conducta alimentaria.
5. Selma Göller, Kathrin Nickel, Isabelle Horster, Dominique Endres, Almut Zeeck, Katharina Domschke, Claas Lahmann, Ludger Tebartz van Elst, Simon Maier, Andreas A. B. Joos, State or trait: the neurobiology of anorexia nervosa — contributions of a functional magnetic resonance imaging study, *Journal of Eating Disorders*, 10.1186/s40337-022-00598-7, **10**, 1, (2022)
6. J.A. Talbot, tratado de psiquiatría de talbot, edición 2, España, 1996, capítulo 25.
7. Juan Obiols y J. J. LÓPEZ-IBOR, Tratado de psiquiatría de la universidad de Oxford, Lopez lbor.8ª edición, España, 1996. Capítulo 4.10
8. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Eating disorders: recognition and treatment, full guideline. 2017.
9. La guía clínica para trastornos de la conducta alimentaria del instituto nacional de psiquiatría “Ramón de la Fuente Muñiz” de México publicada en el 2010
10. Manual de salud infantil y adolescencia de la IACAPAP de España publicado en el 2016.
11. Couturier, J., Isserlin, L., Norris, M. *et al.* Canadian practice guidelines for the treatment of children and adolescents with eating disorders. *J Eat Disord* **8**, 4 (2020). <https://doi.org/10.1186/s40337-020-0277-8>
12. Le Grange D, Pradel M, Pogos D, Yeo M, Hughes EK, Tompson A, Court A, Crosby RD, Sawyer SM. Family-based treatment for adolescent anorexia nervosa: Outcomes of a stepped-care model. *Int J Eat Disord.* 2021 Nov;54(11):1989-1997. doi: 10.1002/eat.23629. Epub 2021 Oct 22. PMID: 34676907.

13. Herpertz, S.; Herpertz-Dahlmann, B.; Fichter, M.; Tuschen-Caffier, B.; Zeek, A. S3-Leitlinie Diagnostik und Behandlung der Essstörungen (en línea). Disponible en línea: <https://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/051-026.html>
14. Startup, H., Franklin-Smith, M., Barber, W., Gilbert, N., Brown, Y., Glennon, D., Fukutomi, A. y Schmidt, U. (2021). El tratamiento de la anorexia nerviosa de Maudsley para adultos (MANTRA): una serie de casos de viabilidad de un enfoque grupal integrado. *Revista de trastornos alimentarios*, 9 (1), 70. <https://doi.org/10.1186/s40337-021-00424-6>
15. Han, R., Bian, Q., & Chen, H. (2022). Effectiveness of olanzapine in the treatment of anorexia nervosa: A systematic review and meta-analysis. *Brain and behavior*, 12(2), e2498. <https://doi.org/10.1002/brb3.2498>
16. Gu L, Zou Y, Huang Y, Liu Q, Chen H, Chen J. The effect of group cognitive behavior therapy on Chinese patients with anorexia nervosa: an open label trial. *J Eat Disord*. 2021 Sep 15;9(1):114. doi: 10.1186/s40337-021-00469-7. PMID: 34526151; PMCID: PMC8444542
17. van Eeden AE, van Hoeken D, Hoek HW. Incidence, prevalence and mortality of anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Curr Opin Psychiatry*. 2021 Nov 1;34(6):515-524. doi: 10.1097/YCO.0000000000000739. PMID: 34419970; PMCID: PMC8500372.
18. Hay PPJ, Bacaltchuk J, Stefano S, Kashyap P. Tratamientos psicológicos para la bulimia nerviosa y los atracones. Base de datos Cochrane de Revisiones Sistemáticas 2009, Número 4. Arte. Nº: CD000562. DOI: 10.1002/14651858.CD000562.pub3.
19. Perkins SSJ, Murphy RRM, Schmidt UUS, Williams C. Autoayuda y autoayuda guiada para los trastornos alimentarios. Base de datos Cochrane de Revisiones Sistemáticas 2006, Número 3. Art. Nº: CD004191. DOI: 10.1002/14651858.CD004191.pub2
20. Bello, NT y Yeomans, BL (2018). Seguridad de las opciones de farmacoterapia para la bulimia nerviosa y el trastorno por atracón. Opinión de expertos sobre la seguridad de los medicamentos , 17 (1), 17–23. <https://doi.org/10.1080/14740338.2018.1395854>
21. Fluoxetina en el tratamiento de la bulimia nerviosa. Un ensayo multicéntrico, controlado con placebo, doble ciego . Grupo de Estudio Colaborativo de Fluoxetina Bulimia Nervosa. *Archivos de psiquiatría general* 1992. Febrero
22. Hay PPJ, Claudino AM, Kaio MH. Antidepresivos versus tratamientos psicológicos y su combinación para la bulimia nerviosa. Base de datos Cochrane de Revisiones Sistemáticas 2001, Número 4. Arte. Nº: CD003385. DOI: 10.1002/14651858.CD003385
23. Iqbal A, Rehman A. Binge Eating Disorder. 2021 Nov 5. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2022 Jan–. PMID: 31869164.

24. General impulsivity in binge- eating disorder Rebeca G. Boswell and Carlos M. Grilo. Boswell, R., & Grilo, C. (2021). General impulsivity in binge-eating disorder. *CNS Spectrums*, 26(5), 538-544. doi:10.1017/S1092852920001674
25. Grilo CM, Masheb RM. A randomized controlled comparison of guided self-help cognitive behavioural therapy and behavioural weight loss for binge eating disorder. *Behaviour Research and Therapy* 2005;43:1509-25.
26. Klerman GL, Weissman MM, Rounsaville B, Chevron E. *Interpersonal Psychotherapy of Depression*. New York, NY: Basic Books; 1984.
27. Wilson GT, Wilfley DE, Agras WS, Bryson SW. Psychological treatments of binge eating disorder. *Arch Gen Psychiatry*. 2010 Jan;67(1):94-101. doi: 10.1001/archgenpsychiatry.2009.170. PMID: 20048227; PMCID: PMC3757519.
28. Strand M, von Hausswolff-Juhlin Y, Welch E. ARFID: restriktivt ätande utan rädsla för viktuppgång - En patientgrupp som behandlats styvmoderligt i vården [ARFID: food restriction without fear of weight gain]. *Lakartidningen*. 2018 Sep 11;115:E97R. Swedish. PMID: 30226628.
29. Hay P. Current approach to eating disorders: a clinical update. *Intern Med J*. 2020 Jan;50(1):24-29. doi: 10.1111/imj.14691. PMID: 31943622; PMCID: PMC7003934.
30. Callie L. Brown, Megan H. Pesch, Eliana M. Perrin, Danielle P. Appugliese, Alison L. Miller, Katherine Rosenblum, Julie C. Lumeng,: Maternal Concern for Child Undereating, *Academic Pediatrics*, Volume 16, Issue 8, 2016, <https://doi.org/10.1016/j.acap.2016.06.004>.
31. Zimmerman J, Fisher M. Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder (ARFID). *Curr Probl Pediatr Adolesc Health Care*. 2017 Apr;47(4):95-103. doi: 10.1016/j.cppeds.2017.02.005. PMID: 28532967.
32. Pinhas L, Morris A., Crosby R. D., Katzman D. K. (2011). Incidence and age-specific presentation of restrictive eating disorders in children: a Canadian Paediatric Surveillance Program study. *Arch. Pediatr. Adolesc. Med.* 165, 895–899. 10.1001/archpediatrics.2011.145
33. Cooney M, Lieberman M, Guimond T, Katzman DK. Clinical and psychological features of children and adolescents diagnosed with avoidant/restrictive food intake disorder in a pediatric tertiary care eating disorder program: a descriptive study. *J Eat Disord*. 2018 Apr 27;6:7. doi: 10.1186/s40337-018-0193-3. PMID: 29736239; PMCID: PMC5922027.
34. Thomas JJ, Becker KR, Kuhnle MC, Jo JH, Harshman SG, Wons OB, Keshishian AC, Hauser K, Breithaupt L, Liebman RE, Misra M, Wilhelm S, Lawson EA, Eddy KT. Cognitive-

behavioral therapy for avoidant/restrictive food intake disorder: Feasibility, acceptability, and proof-of-concept for children and adolescents. *Int J Eat Disord*. 2020 Oct;53(10):1636-1646. doi: 10.1002/eat.23355. Epub 2020 Aug 9. PMID: 32776570; PMCID: PMC7719612.

35. <https://connect.springerpub.com/content/sgricp/34/3/200c>

36. Murray HB, Juarascio AS, Di Lorenzo C, Drossman DA, Thomas JJ. Diagnosis and Treatment of Rumination Syndrome: A Critical Review. *Am J Gastroenterol*. 2019 Apr;114(4):562-578. doi: 10.14309/ajg.0000000000000060. PMID: 30789419; PMCID: PMC6492032

37. Hartmann AS, Zenger M, Glaesmer H, Strauß B, Brähler E, de Zwaan M, Hilbert A. Prevalence of pica and rumination behaviours in adults and associations with eating disorder and general psychopathology: findings from a population-based study. *Epidemiol Psychiatr Sci*. 2022 Jun 9;31:e40. doi: 10.1017/S2045796022000208. PMID: 35678377; PMCID: PMC9220787.

38. Absah I, Rishi A, Talley NJ, Katzka D, Halland M. Rumination syndrome: pathophysiology, diagnosis, and treatment. *Neurogastroenterol Motil*. 2017 Apr;29(4). doi: 10.1111/nmo.12954. Epub 2016 Oct 20. PMID: 27766723.

39. Al Nasser Y, Muco E, Alsaad AJ. Pica. 2022 Jun 27. In: *StatPearls* [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2022 Jan-. PMID: 30335275

40. Rabel A, Leitman SF, Miller JL. Ask about ice, then consider iron. *J Am Assoc Nurse Pract*. 2016 Feb;28(2):116-20. doi: 10.1002/2327-6924.12268. Epub 2015 May 5. PMID: 25943566; PMCID: PMC4635104.

41. Fernández, A. M. (2015). Historia de la anorexia nerviosa. *MoleQla*, 20, 15-17.

42. Kusnik A, Vaqar S. Rumination Disorder. 2022 May 5. In: *StatPearls* [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2022 Jan-. PMID: 35015429.