

## **Los trastornos de la conducta alimentaria**

Visión desde la psicopatología del desarrollo  
("Mi hija/o no ME come nada")

Pedreira, J.L.

### **ÍNDICE**

#### **INTRODUCCIÓN**

#### **LOS TRASTORNOS ALIMENTICIOS**

##### **EN LA PRIMERA INFANCIA**

- 1. INTRODUCCIÓN**
- 2. LOS CONTENIDOS DE LA CLÍNICA**
- 3. LA IMPORTANCIA DE LA ALIMENTACIÓN EN LA PRIMERA INFANCIA**
- 4. PRINCIPALES TRASTORNOS ALIMENTICIOS EN LOS PRIMEROS AÑOS DE VIDA**
- 5. ALTERACIONES DE LA ORALIDAD**
- 6. HIPERFAGIA**
- 7. LA ANOREXIA EN EL BEBÉ**
- 8. MERICISMO O RUMIACIÓN**

#### **LOS TRASTORNOS ALIMENTICIOS EN LA EDAD ESCOLAR**

#### **LOS TRASTORNOS ALIMENTICIOS EN LA ADOLESCENCIA**

- 1. INTRODUCCIÓN EPIDEMIOLÓGICA**
- 2. PSICOPATOLOGÍA Y CLÍNICA DE LOS TCA**  
**CONTENIDOS PSICOPATOLÓGICOS**  
**CUADRO CLÍNICO**  
**CUADROS PSICOPATOLÓGICOS Y TCA**  
**FACTORES MANTENEDORES DE TCA**

#### **PRINCIPIOS PARA LA INTERVENCIÓN EN LOS TCA**

- 1. BASES GENERALES**
- 2. NORMAS NUTRICIONALES**
- 3. PRONÓSTICO**
- 4. LA TOMA A CARGO**
- 5. PRINCIPIOS PARA LA PREVENCIÓN DE LOS TCA**

#### **REPERCUSIONES ASISTENCIALES EN LOS TCA**

- 1. IMPRECISIONES EN LA ESPECIFICIDAD ASISTENCIAL DE LOS TCA**
- 2. ALTERNATIVAS PARA LA COMPRESIÓN Y EL ABORDAJE DE LOS TCA EN LA ADOLESCENCIA**

## CONCLUSIONES

## BIBLIOGRAFIA

### I.- INTRODUCCION

Los trastornos alimenticios están representando uno de los temas que aparecen y reaparecen en los medios de comunicación y en las publicaciones profesionales. Su importancia trasciende lo meramente anecdótico para adquirir, cada vez con más fuerza, múltiples y variadas perspectivas en el enfoque y en el estudio.

El debate se centra en poder abordar la índole del problema para dilucidar si es un trastorno psicopatológico independiente o es un síndrome que puede tener varias causas y ser un dato que acompaña a uno o a varios procesos psicopatológicos.

Sin duda es el trastorno psicopatológico de moda en determinadas etapas del desarrollo humano: Se han destapado gentes nobles padeciéndolo, o clases sociales situadas que lo sufren, se han disparado las cifras de prevalencia (al menos aparentemente), aparece en teleseries de tres al cuarto, también en programas denominados educativos y de divulgación, presentadores/as de renombre acogen en sus programas/tertulias "el caso", las asociaciones de familiares de enfermos/as adquieren un poder como ninguna asociación de este tipo ha tenido jamás. Esta eclosión resulta, cuanto menos, preocupante para algunas mentes rigurosas, razonables y sensatas: ¿cómo es posible aislar un trastorno, como paradigmático, y descuidar un criterio global, de atención a la totalidad de los trastornos mentales que acontecen en el proceso de desarrollo humano? La pujanza social, económica y cultural de estas familias (la gran mayoría de clase media, media-alta y alta) es solo una razón (a diferencia del origen humilde y con escasa cultura de otros trastornos mentales de la infancia y de la adolescencia); pero tampoco podemos olvidar el legítimo deseo de relevancia de algunos grupos de profesionales.

Los trastornos de la alimentación o la más sofisticada denominación (un tanto forzada a nuestro entender) de trastornos de la conducta alimentaria (TCA), como se les denomina genéricamente en los sistemas de clasificación de los trastornos mentales CIE-10 y DSM-IV, no son ni algo nuevo ni algo que solo acontece en esta etapa ni con esta patoplastia. Ya en 1.689 RICHARD HORTON describió un cuadro clínico que denominó "**consumpción nerviosa**" que coincide básicamente con este tipo de trastornos.

En 1.874 Sir WILLIAM GULL describe con gran minuciosidad un cuadro clínico que se

caracterizaba porque se presentaba sobre todo en mujeres jóvenes y adolescentes, con edades comprendidas entre los 16 y 25 años; que cursaba con una extrema delgadez, una disminución o falta total de apetito sin que existiera una causa física demostrable y se acompañaba de amenorrea, bradicardia, estreñimiento, astenia e hiperactividad psicomotriz y social. Lo cierto es que este científico no pudo estar más acertado, fenomenológicamente hablando.

Tampoco es ajeno a este planteamiento las necesidades asistenciales: ¿Unidades específicas? ¿Integración asistencial a la edad de la adolescencia? La posición depende más del origen del profesional que lo expone que de un análisis sereno y documentado de los factores que condicionan el mantenimiento de una u otra postura.

## ***LOS TRASTORNOS ALIMENTICIOS EN LA PRIMERA INFANCIA: MI NIÑO/A NO ME COME NADA***

### **INTRODUCCION**

Los TCA presentan mucha mayor dificultad en las primeras etapas del desarrollo, puesto que los criterios de las clasificaciones de trastornos mentales más utilizadas tienen escaso valor, de hecho existen los iniciales trabajos en sistematizarlos por parte de KREISLER, recientemente en USA ha aparecido un documento de especial relevancia coordinado por National Center for Clinical Infant Programs y con la participación de científicos como EMDE, SAMEROFF, GREENSPAN, MINDE, SOLNIT, ZUCKERMAN, FENICHEL, etc. La tentativa de estos grupos de investigadores consiste en sistematizar y clasificar los trastornos psicológicos, mentales, conductuales y emocionales en la primera infancia, entre los que incluyen a los TCA, pero en todas estas sistematizaciones se incluyen más como trastornos digestivos y de la alimentación, dando una idea de reacción y expresión más que como cuadros autónomos.

Pero hablar de trastornos de la conducta alimentaria parece reducirse, a tenor de lo publicado, a los trastornos que aparecen en la adolescencia, es la llamada anorexia nerviosa (AN) o anorexia mental y la bulimia nerviosa (BN). Desde la práctica clínica se puede decir que los trastornos alimenticios son un tipo de trastornos común a todas las edades y representa una de las formas más prevalentes de expresión de una disfunción emocional y/o relacional en toda la infancia. De esta suerte se constituyen, junto con los trastornos del sueño, en una de las alteraciones más fiables a la hora de realizar la semiología psicopatológica y la expresión del funcionamiento vincular durante las primeras etapas del desarrollo emocional del sujeto.

Por otro lado hay que señalar que es un trastorno que origina una importante preocupación en el ambiente familiar, sobre todo en la figura materna, lo que aporta a

este tipo de trastornos una significación relacional de primera magnitud.

## LOS CONTENIDOS DE LA CLINICA

Sobre un total de 221 casos nuevos atendidos durante un año, se seleccionaron las demandas referidas a niños/as cuya edad era inferior a 5 años y se establecieron dos grupos: 0-2 años y 3-5 años. El número total de casos estudiados que presentaron trastornos alimenticios fueron 40 y su distribución por edad y sexo se esquematiza en la \* Fig. 1. La mayoría de este tipo de trastornos se presentaron en niños y con una edad comprendida entre los 3-5 años.

Una vez seleccionados los casos se analizó la fenomenología psicopatológica acompañante de los casos que presentaban trastornos alimenticios \*Fig. 2. Se recogieron también posibles alteraciones somáticas que pudieran explicar el origen de los trastornos alimenticios \*Fig. 3. Este tipo de causas fueron detectadas en el 32,5% de los casos. Algunas podrían ser consideradas causas como tal, caso de la Parálisis Cerebral Infantil, pero en el resto de los trastornos somáticos habría que delimitar con mucha precisión si el trastorno alimenticio era causa o efecto, factor desencadenante o trastorno acompañante de la globalidad del proceso. En este último caso podemos agrupar los déficit sensoriales (sorderas y cegueras), trastornos de expresión psicósomática (asma y atopias) y procesos de evolución crónica (anemias y cardiopatías congénitas). En el 20% de los casos estudiados \*Fig. 4 se detectaron importantes contenidos relacionales acompañantes en los niños/as que presentaban este tipo de trastornos: la presencia de malos tratos se detectaron todos en el grupo de los 0-2 años, mientras que los celos hacia los hermanos aparecían en el grupo de 3-5 años y más en los niños que en las niñas (proporción 4/1). Lo que confería a ambas situaciones una gran significación estadística ( $p < 0.0001$ ).

## LA IMPORTANCIA DE LA ALIMENTACION EN LA PRIMERA INFANCIA

En la primera infancia los motivos de acudir al Pediatra por causa de la alimentación son muy frecuentes y variados: tipo de alimentación, introducción de nuevos alimentos, alteraciones alimenticias y nutricionales, etc. Al niño/a se le mide y pesa con cierta frecuencia y los exámenes periódicos de salud dan una importancia muy evidente a los aspectos nutricionales. Los efectos de los trastornos alimenticios como las distrofias más o menos severas, caprichos alimenticios, etc. son signos que podrían hacer sospechar un síndrome del niño/a maltratado. Por lo tanto constituyen una atalaya de observación de los procesos del desarrollo de primera magnitud y de una gran relevancia, de tal suerte que el Grupo de Expertos de OMS-Europa sobre Promoción del Desarrollo Psicosocial en los cinco primeros años desde los Servicios de Atención Primaria considera al proceso de alimentación-nutrición como de gran relevancia e impacto en todo el proceso del desarrollo psicosocial del sujeto; con ello se intenta destacar el contenido relacional y emocional de la alimentación más allá de lo

meramente descriptivo y somático, tal y como se presenta en los exámenes periódicos de salud, al menos hasta el momento actual.

Entre las funciones de la alimentación en los bebés se destacan dos grandes grupos obtenidos de la prolongada observación de bebés y en los que coinciden la mayoría de las perspectivas teóricas serias de estudio de las interacciones precoces madre-bebé:

**1º Satisfacer y calmar hambre y sed** del bebé, como forma de comunicar y expresar sus necesidades vitales.

**2º Descarga tensional.** No queda extraño que ante situaciones de inquietud o nerviosismo o bien de retraimiento los bebés estimulan la zona oral, sobre todo con el reflejo de succión.

Entre los factores que intervienen en la alimentación de los bebés queremos destacar la importancia de los reflejos de succión y faríngeo, tal y como lo exponen BRAZELTON & CRAMER en una reciente publicación: Para liberarse del moco faríngeo los recién nacidos hacen conductas respiratorias para expulsarlo. En ese momento los reflejos faríngeos compiten con los de succión. Por ello un bebé al iniciar la succión puede hacer arcadas o escupir antes de succionar, lo que puede inquietar a una función materna sin la suficiente experiencia o que sea muy ansiosa. Esta situación podría ser interpretada por estos tipos de madres como si el bebé la rechazara, cuando solo es la necesidad de acoplamiento mutuo. Aprender a succionar es la tarea del bebé, mientras que la tarea de la madre es sostenerlo y estimular al bebé. De esta suerte se constituye una sincronía para establecer las conductas de apego, por medio de las que se aseguran los vínculos, y se comprende los diferentes ritmos de la madre y del bebé a la hora de la estimulación, en el sentido que lo concibe MAZET de adecuar el estímulo a cada par madre-hijo/a y en cada situación concreta para poder saber si un mismo estímulo es hipo, normo o hiperestimulación.

Con estas fundamentaciones teóricas, los factores de relevancia que se han esgrimido en la alimentación infantil serían los siguientes:

**1.- Núcleo de la relación madre-bebe:** En este factor convergen las dos grandes perspectivas teóricas que fundamentan la psicopatología del desarrollo aplicada a los bebés:

**1.1- Satisfacción oral:** FREUD expresó la fase oral en su doble función: satisfacción de necesidades alimenticias y canalización de contenidos emocionales. Por lo tanto es la primera fase de la evolución pulsional con dos contenidos básicos: la incorporación incluida en la primera subfase y el devorar que constituye la canalización de la agresividad oral o subfase oral sádica.

**1.2- Satisfacción primaria de apego por la succión:** Fue BOWLBY quien incorporó la lectura etológica a la observación de las primeras relaciones objetales, en su doble

vertiente de psicoanálisis y etología. Describió, con gran acierto, la secuencia e importancia de las conductas de apego en la especie humana con la consecuencia del establecimiento del vínculo como un proceso llamado de vinculación. Precisamente la alimentación y en concreto la succión representaban algo nuclear a la hora del establecimiento y estabilización vinculares y, por consiguiente, de una correcta conducta de apego.

**2.- Disposición emocional materna hacia los investimentos del bebé:** De gran importancia para completar el proceso de vinculación: el estado de los investimentos y deseos de la figura materna hacia su bebé. La inscripción en el deseo materno y su contrastación con la realidad: es un niño/a que satisface o un bebé que agrade (rechaza la alimentación que pasa a ser una ecuación simbólica que realiza la figura materna de alimento=madre); es un bebé que acepta o que expulsa (vomita) los que se le oferta; lo hace con tranquilidad o es inquieto/a, etc. son aspectos que configuran la disposición materna hacia ese/a bebé y, por lo tanto, el tipo de investimentos que va a realizar.

**3.- Influjo de ritos sociales:** Existen multitud de ritos sociales a la hora de abordar la alimentación infantil: "Echar los aires", confusión de regurgitación con vómitos, la introducción de nuevos alimentos, unir llanto con hambre, "enchufar" a un pecho/biberón ante cualquier protesta del bebé, la importancia del "niño/a hermoso" por lo que se tiende a "cebar" al bebé, etc. son solo una muestra que configura la relación del bebé con la comida por medio de sus figuras parentales.

**4.- Ideas familiares preconcebidas:** Participa, al menos parcialmente, de lo expuesto en el punto anterior. A ello se une la actitud familiar que puede hacer de "presión" emocional sobre las figuras parentales: color de las deposiciones, llanto e irritabilidad, rechazos y "no gustar", o bien el peso de las tradiciones familiares ("siempre se hizo así y no os pasó nunca nada", curiosa construcción de las abuelas) pero que, además, tiene un gran valor de aseguramiento emocional para las figuras parentales.

**5.- "Moda" pediátrica:** Depende del estado de los conocimientos del momento, en los que influyen buen número de factores internos (científicos) y externos (comerciales). Se podría citar: duración de la alimentación láctea exclusivamente, introducción y secuencia de los nuevos alimentos, época de introducción del gluten, etc. cuyos patrones de aplicación se han visto muy modificados y no siempre aplicados de manera uniforme por todos los especialistas.

**6.- Afecciones orgánicas precoces del niño/a:** Bien sea por razones de ingresos precoces neonatales o posteriores, por causas genéticas y/o congénitas o bien por causas secundarias sean banales o serias, la preocupación por la alimentación, la tolerancia digestiva, el apetito, etc. se manifiesta de forma prevalente en estas épocas precoces. Ejemplos claros serían los recién nacidos pre-término, ingresos neonatales, cardiopatías congénitas, fisuras palatinas y/o labios leporinos, intolerancias digestivas

sean precoces a las proteínas de leche vacuna o más tardías tipo celiacas, la mucoviscerosis, etc. En muchos casos se precisa una dieta más o menos rígida que hace de "fijación" de las figuras parentales en el proceso de la alimentación.

## PRINCIPALES TRASTORNOS ALIMENTICIOS EN LOS PRIMEROS AÑOS DE LA VIDA

A la hora de abordar los trastornos alimenticios de la primera infancia hemos preferido exponerlo en dos grupos: el primero serían los trastornos relacionados con la alimentación como tal y el segundo grupo hace referencia a los trastornos digestivos que en la primera infancia están muy relacionados con los procesos de la alimentación. Son dos grupos descriptivos de base clínica y según sean los síntomas que obtienen una mayor importancia. Según el documento de trabajo americano, referido con anterioridad, se debe considerar un trastorno de la conducta alimentaria cuando un niño menor de cinco años muestra dificultades para establecer unos patrones normalizados de alimentación con una adecuada o apropiada ingesta de alimentos. Esta categoría debe utilizarse solo una vez que han sido descartados otros procesos motores u orgánicos.

**1.- Los trastornos alimenticios** \*Tabla I puros en la primera infancia se pueden clasificar en:

**1.1- ANOREXIA:** Más correctamente debería llamarse hiporexia, es decir: un trastorno cuyo rasgo más significativo es la marcada disminución en la ingesta de alimentos, que cursa con una casi desaparición del apetito y se manifiesta con un rechazo hacia la oferta de los alimentos, a veces se inicia el rechazo con la mera preparación de los utensilios para preparar la comida. En todo caso se constata que en todas las tomas sobra alimento, en relación a la cantidad que se espera debiera tomar para su edad: saca la lengua al introducir la cuchara, escupe o llega a vomitar. Se suele acompañar con un estancamiento primero y retraso posterior en la curva pondero-estatural. Cronológicamente hablando se consideran dos cuadros clínicos de especial significación y gravedad variable que serán abordados con posterioridad:

- 1.1.1- Anorexia común del segundo semestre.
- 1.1.2- Anorexia precoz severa.

**1.2- Hiperfagia.**

**1.3- Coprofagia:** Ingesta de los propios excrementos. Por extensión se aplica a la

ingesta de tierra, restos alimenticios, basura, etc.

**1.4- Potomanía:** Ingesta compulsiva de agua y/o líquidos sin causa orgánica demostrable y requiriendo la presencia de la figura materna. Se acompaña de polaquiuria y, en ocasiones, de disminución de apetito.

**1.5- Pica:** Según la CIE-10 consiste en la ingestión persistente de sustancias no nutritivas (sobre todo yeso, pintura, desconchones de la pared, tiza, etc.). Puede ser un síntoma de un trastorno psíquico más severo (como el autismo y/o la psicosis infantil, deficiencia mental) o bien como un trastorno psicopatológico relativamente aislado. En este último caso suelen tener inteligencia normal, aparece en el curso de la primera infancia y suele detectarse un trastorno vincular como base relacional. La pica suele presentar clínica asociada de expresión hematológica (anemias por déficits diversos en la nutrición por la ingesta de los componentes derivados del yeso y la tiza).

**1.6- Alteraciones de la oralidad:** Hemos señalado con anterioridad la importancia de la oralidad en el desarrollo pulsional de la infancia. Hay que señalar, de forma complementaria, el valor semiológico de la oralidad en la exploración de los bebés (reflejo de succión, reflejo de deglución, reflejo de búsqueda o de los puntos cardinales, etc.). En cuanto a la expresión de estas alteraciones dos son los polos, según sea por exceso o por defecto de la oralidad:

1.6.1- Oralidad frenética.

1.6.2- Anoralidad.

**2.-** En íntima relación con los trastornos alimenticios se encuentran **los trastornos digestivos de la primera infancia en relación con la alimentación** \*Tabla II, entre los que se incluyen los siguientes grupos:

**2.1- Cólicos del primer trimestre:** Aparecen a partir de las 48-72 horas del alta de la maternidad. Se manifiesta como llanto inconsolable de preferente aparición vespertina o por la noche y que se clama con la succión y el acunamiento. Se sabe que en las instituciones infantiles este cuadro no se presenta y en los niños/as que tienen cólicos, éstos desaparecen si son ingresados.

**2.2- Vómitos:** Suelen aparecer en relación con la alimentación tras ser obligados/as a la ingesta y en ocasiones tras unas pocas cucharadas, suelen estar precedidos de náuseas y pueden tener repercusiones en el peso, pero no es extraño que su repercusión ponderal sea escasa salvo que se presenten de forma persistente y asociados con un trastorno alimenticio más severo o con trastornos psicopatológicos importantes en el niño/a o en el proceso vincular.

**2.3- Mericismo o rumiación:** Según la CIE-10 se define como la regurgitación repetida sin náuseas o malestar gastrointestinal.

## ALTERACIONES DE LA ORALIDAD \*Tabla III

**1.- Oralidad frenética:** Se caracteriza por una gran avidez oral del lactante que se acompaña de una cierta agitación psicomotriz, succión compulsiva de los dedos que hace pensar que el niño/a tiene un hambre imperiosa. No obstante en su relación con los alimentos aparecen ciertos signos con la comida: come mal, grita, engulle en vez de deglutir y no es extraño la aparición de vómitos postprandiales. Los estudios realizados describen a la madre como muy ansiosa: presenta conductas anticipatorias de las que realiza el bebé, insegura, no consigue adecuar las cantidades que oferta de alimento al niño/a con las necesidades reales que tiene el niño/a.

**2.- Anoralidad:** Se caracteriza por una marcada disminución de la actividad oral del bebé, tanto la refleja como la voluntaria. Es común en lactantes enfermos e ingresados: Frecuente en neonatología y/o niños/as que no han deglutido (p.e. atresia de esófago), sobre todo en bebés que han tenido sonda nasogástrica, han estado intubados, etc. Entre las características del comportamiento de los bebés hay que destacar: son niños/as pasivos, indiferentes y una tendencia a la inmovilidad. Pero en su comportamiento con los alimentos se constata que come mal pero no rechaza el alimento pero su succión es escasa y poco intensa, se "cansa". La madre aporta los cuidados formales, pero con poca calidez emocional y afectiva, son cuidados "fríos".

## HIPERFAGIA:

Tal como se resume en la \* Tabla IV la hiperfagia es un trastorno más frecuente que la bulimia y consiste en un incremento en la ingesta de alimentos.

Las causas pueden agruparse en dos grandes apartados:

- 1º Los hábitos familiares: Serían familias que "comen de más" en relación con sus necesidades y consumo.
- 2º Los conflictos psicológicos: La baja tolerancia a la frustración unida a una incapacidad para tolerar el aplazamiento de satisfacción de las demandas. Ante ello se sule con la incorporación/ingesta de alimento real/comida.

Aunque las causas sean de uno u otro grupo, los mecanismos propuestos para explicarla han sido de diversa índole:

- 1.- La solicitud de la madre al bebé se hace de forma preferente por la alimentación, es decir la madre desea que su hijo/a "coma bien y todo lo que le doy".
- 2.- La reacción del bebé hacia el alimento se manifiesta como un deseo de satisfacción inmediata, no tolera la espera ni demora.

- 3.- El alimento aparece como un vector de primer orden lleno de cargas emocionales intensas entre la madre y el bebé. En ocasiones casi se puede decir que es el único vehículo para esas cargas emocionales o resulta dificultoso encontrar otras vías para expresarlas.
- 4.- En determinadas circunstancias el alimento aparece como un medio para calmar la angustia de la interacción en el seno de la diada madre-bebe
- 5.- De esta manera la sensación de insatisfacción y la demanda al otro tienen un comodín: el alimento. De suerte que existe una anulación de la distancia entre la necesidad y su satisfacción.

El riesgo evolutivo que tiene este tipo de conducta es la obesidad a medio y largo plazo. En ocasiones aparece concomitante con clínica de depresión, el rasgo más característico es que: a pesar de la hiperfagia existe un retraso pondero-estatural en estos niños/as.

## LA ANOREXIA EN EL BEBE

### I - ANOREXIA DEL SEGUNDO SEMESTRE: \*Tabla V

Se la podría considerar como la forma de presentación más típica y se caracteriza por una conducta de rechazo de los alimentos que le son ofertados. El/la bebé es descrito como curioso y vivaz en la observación y a la exploración aparece una cierta precocidad en las áreas del desarrollo. La actitud de la madre se caracteriza por realizar una presión a la hora de alimentarlo. Las formas de presentación más frecuentes en la clínica son de dos tipos:

**1.1- Simple o reactiva:** Por ejemplo es común en el momento del destete, al realizar el cambio de alimentos, cuando aparece concomitante con enfermedades del niño/a (p.e. amigdalitis, gastroenteritis, procesos de evolución crónica, ingreso hospitalario, etc.).

**1.2- Compleja:** En estos casos el trastorno de la alimentación es un síntoma acompañante en el seno de un trastorno psicopatológico más complicado o bien es un trastorno alimenticio con caracteres peculiares (p.e. con fobia alimentos, con alteración interacción, expresión de un trastorno vincular, etc.).

### II - ANOREXIA PRECOZ SEVERA: \*Tabla V

En este caso la anorexia aparece en los primeros meses, incluso en las primeras semanas, de vida del bebé y se detecta como un trastorno concomitante con un contexto depresivo, de la madre y/o niño/a. En el bebé se constata un nivel de apatía e indiferencia muy evidente, con un importante desinterés por el medio externo que le circunda. Todo lo anterior se une con signos evidentes de tristeza en el bebé, lo que sugiere valorarlo como datos claros de la depresión en el lactante. En este contexto la actitud de la figura materna es de sufrimiento por la situación (personal, de vivencia de

los trastornos detectados en el bebé, por la percepción de la alteración en la interacción, etc.) e incoherencia en los estímulos que hace al bebé (pudiendo ser contradictorios los mensajes que transmite, en ocasiones pasar de la hipo a la hiperestimulación, etc.).

## **MERICISMO O RUMIACION** \*Tabla VI

El mericismo o rumiación es un tipo de trastorno que en tiempos aún no lejanos parecía que había disminuido el interés de los clínicos por él, dado que parecía unirse a situaciones de desamparo, abandono e institucionalización que ya estaban en vías de superación. Pero en los dos últimos años se han incrementado los estudios clínicos y psicopatológicos sobre este tema de forma específica. Algunas de las razones cabría situarlas en el número y avance de la investigación en temas de la psicopatología del lactante, la cantidad y calidad de estudios de observación de bebés, la importancia de la Atención Primaria de Salud en la infancia con desarrollo de programas sobre el crecimiento del niño/a sano, etc.

El mericismo o rumiación es un tipo de trastorno alimenticio que aparece a partir de los 6-8 meses de edad y que suele acompañarse de desnutrición, a veces severa.

La secuencia de aparición del trastorno es una secuencia que se describe en los dos tiempos siguientes:

- 1º Vómito/regurgitación del alimento ya ingerido desde los tramos gástricos.
- 2º Masticación interminable de los alimentos regurgitados dentro de la cavidad bucal.

Los datos procedentes de la observación de niños/as filmados aportan una información de gran interés acerca de las características del mericismo: dicho trastorno aparece sobre todo cuando el niño/a se encuentra solo/a, entonces se incrementa el replegamiento y la falta de contacto con el exterior. Como dato de gran valor semiológico se ha constatado que el niño/a, cuando está realizando la secuencia de la rumiación, busca con la mirada alrededor suyo y reclama un contacto silencioso con alguna figura de apego, en muchas ocasiones inexistente y/o imposible.

En su etiología se han destacado dos grandes grupos:

**1- Deprivación materna brusca y mantenida:** abandono de las funciones maternas y de crianza del bebé, graves procesos psicopatológicos en la madre (psicosis severas, etc.), malos tratos al bebé. Estaría en el orden de lo que RUTTER ha denominado como Síndrome de deprivación materna y que sería la lectura clínica y aplicada de los estudios que HARLOW había realizado con crías de mono en los años finales de la década de los cincuenta y que hemos criticado en algún trabajo previo la mera consideración experimental de dichos resultados de observación.

**2- Depresiones severas:** las más evidentes desde la perspectiva clínica serían las depresiones anaclíticas descritas inicialmente por SPITZ, institucionalización por la dificultad o imposibilidad a la hora del establecimiento vincular de forma estable.

## LOS TRASTORNOS ALIMENTICIOS EN LA EDAD ESCOLAR

La clínica digestiva, en concreto los trastornos alimenticios son, con mucho, los trastornos de mayor prevalencia en la etapa escolar, al menos según lo señalan las figuras maternas en las consultas de Pediatría al rellenar el CBC de Achenbach & Edelbrock\*Figs. 5-6. El trastorno por el que más se consulta al pediatra de atención primaria es el comer mal (Ítem 24 de dicha escala de evaluación de la conducta infantil), siendo un síntoma que en los niños va descendiendo desde el 80% a los 9 años hasta el 20% a los 11 años; mientras que en las niñas presenta su máxima prevalencia a los 7 años con el 60% y tras un descenso se estabiliza (en torno al 40%) con ligera tendencia al alza a los 11 años. La pica es poco prevalente, 6% en ambos sexos, presentándose un pico a los 8 años en las niñas y otro pico a los 10 años en los niños. No obstante la forma más peculiar de pica sería la onicofagia que se va incrementando en los niños y evoluciona en forma de picos en las niñas. La bulimia \*(Ítem 53 de la citada escala) es un trastorno que evoluciona con picos hacia el alza, tanto en niños como en niñas; se presentan los picos más precozmente en las niñas y se corresponde con un valle en los niños; en este periodo de edad la tasa casi se triplica y se corresponde con un incremento de peso en igual proporción. Las abdominalgias son un síntoma más frecuente en las niñas que en los niños, sobre todo a partir de los 9-10 años de edad.

Una atenta observación y seguimiento de los casos derivados a los servicios de Salud Mental infantil por parte de los Pediatras, tanto de Atención Primaria como desde el Hospital, evidencia los siguientes datos:

1ª Los trastornos de la conducta alimentaria más frecuentes en esta etapa son los inespecíficos, cuyas características básicas son: caprichos alimenticios; rechazos parciales de algún alimento sea en cantidad o calidad; como de forma irregular; se presenta sobre todo en presencia de la figura materna y en el hogar familiar nuclear, siendo mucho más leve o pasando totalmente desapercibido en otros ambientes (p.e. en el comedor escolar o casa de amigos); la presión de la figura materna es de gran importancia para obligar a comer, para buscar "otra comida", u "otros gustos", en ocasiones se continua aportando "papillas" (en forma de purés, comidas "pasadinas", etc.); son comidas "interminables" en las que la secuencia enfriar-recalentar se repite en una o varias ocasiones con un empeoramiento del "humor" de la figura materna y un cierto "pasotismo" en el niño/a. No es extraño que al "forzar" la ingesta de alimentos aparezcan dos síntomas de importancia: abdominalgias de localización epigástrica, en forma de

punzada y que se suele acompañar de sensaciones nauseosas y, a menudo, terminan con vómitos.

2ª No es extraño obtener bases psicopatológicas, más o menos larvadas, en estos procesos: cierta compulsividad de las conductas tanto de la figura materna como del propio niño/a; trastornos afectivos y/o depresivos más menos subclínicos; algún trastornos relacional menor (p.e. celos, envidia,) o la presencia de algún acontecimiento vital estresante (p.e. nacimiento de hermano/a, fallecimiento de alguna persona de relieve en la familia, presencia de violencia familiar, malos tratos y/o abusos sexuales, etc.); la presencia de procesos crónicos u otras afecciones es preciso que sean conocidas y diagnosticadas; los trastornos vinculares son u tipo de trastornos que suelen pasar desapercibidos o disimulados bajo el manto de "todo normal", no es extraño que los trastornos de la alimentación sean una señal de alarma hacia este tipo de trastornos.

3ª La percepción materna en cuanto a la cantidad que come o deja de comer el niño/a es fundamental, en ello influyen varios factores de impacto irregular, p.e. costumbres y usos culturales hacia la comida de los niños/as (p.e. hígado para la anemia, sesos para que se desarrolle el cerebro, etc.), la respuesta emocional y su expresión en la figura materna, la presencia de psicopatología en la figura materna, etc.

4ª En cuanto a las formas clínicas son más parecidas a las descritas para la primera infancia con anterioridad, que a las que se presentan en etapas posteriores.

## LOS TRASTORNOS ALIMENTICIOS EN LA ADOLESCENCIA INTRODUCCION EPIDEMIOLOGICA

Un estudio desarrollado por Lucas & cols. en la Clínica Mayo sobre los casos atendidos en tan prestigioso centro hospitalario y que abarcaba un seguimiento evolutivo desde 1930 a 1990, concluía diciendo: "con los datos obtenidos de este estudio no se puede sostener la idea de que el incremento de las tasas de incidencia de los TCA en este periodo de tiempo sean una realidad". De forma similar se expresan Hsu (1996) y Turnbull & cols. (1996), negando que las tasas de incidencia de los TCA alcancen la progresión necesaria como para poder considerarse unas cifras de "epidemia", con lo que desdramatizan una percepción muy extendida en la población y en los profesionales sobre este tipo de trastorno.

Los TCA son un tipo de trastorno que puede llegar a ser severo, de hecho hoy por hoy hay que admitir que es la única causa de mortalidad muy relevante en la que se

reconoce una causa psiquiátrica. Quizá sea el motivo de la alarma social creada, a lo que contribuye la sensación de no ser atendidas/os por el sistema sanitario de forma conveniente, lo que tampoco es totalmente una inexactitud. Entonces ¿qué está sucediendo para que exista esta distorsión perceptiva y se piense en una epidemia de nuevo cuño?

Los trabajos de investigación sobre TCA realizados en población evidencian que la incidencia de Anorexia Nerviosa (AN) detectada en el sexo femenino en edades comprendidas entre los 10-39 años permanece estable (Fig.7), siendo la Bulimia Nerviosa (BN) la que puede llegar a triplicarse. El 80% de los casos de AN (3 por 100.000 habitantes) y el 60% de los de BN (7,3 por 100.000 habitantes) fueron derivados desde los servicios de atención primaria a un servicio de atención especializada, de ellos solamente el 30% de los casos precisó ingreso (Turnbull & cols., 1996). \*Figs. 8-9

El aparente incremento de la incidencia de los TCA refleja, en nuestra opinión, tres grupos de razones:

1º Cambio en la conducta diagnóstica. De hecho solo el 60% de los casos derivados con el diagnóstico de AN cumplían los criterios DSM-IV o CIE-10, dicha proporción se reducía al 52% en el caso de la BN \*Figs. 8-9. A ello hay que añadir que en edades inferiores a los 10 años resulta prácticamente imposible poder aplicar dichos criterios diagnósticos.

2º Cambio en las prácticas de derivación desde los servicios sanitarios de atención primaria y otros servicios hospitalarios a los servicios de salud mental. En efecto, la integración de los servicios de asistencia psiquiátrica en los servicios sanitarios generales, como una atención especializada más, facilita la derivación, disminuye el sentimiento de estigmatización, permite el contraste y la discusión clínica con otros especialistas.

3º Cambios en la práctica de los servicios de segundo nivel y hospitalarios en relación a los TCA. Se podría decir que ha existido un peligroso movimiento pendular: de tener que insistir a otros servicios médicos especializados de la existencia del trastorno, se ha pasado a pensar primero en es TCA y derivar a los servicios psiquiátricos. A ellos ha contribuido la indiscriminada y descontextualizada creación de unidades específicas para los TCA, sin ningún tipo de fundamentación sobre la cobertura a realizar. En otras palabras: se crean estructuras asistenciales a las que, a posteriori, se les llena de pacientes y contenido.

Las investigaciones epidemiológicas rigurosas evidencian que la mayor incidencia de la AN se encuentra en el rango de edades 10-19 años; mientras que para la BN es algo superior, entre los 20-39 años, aunque el segundo lugar es ocupado por el rango etéreo 10-19 años. En ambos casos el sexo femenino presenta el trastorno entre 7-8 veces mayor, aunque existen algunos autores que comienzan a señalar un supuesto incremento también en el sexo masculino. De los dos cuadros clínicos se ha podido

comprobar que es más precoz en diagnosticarse la AN, pues la visibilidad del cuadro por parte de las amistades y de la familia es muy evidente, mientras que en la BN la visibilidad externa es mucho menor.

Como complemento a lo dicho hay que señalar que en las culturas orientales apenas conocen los TCA, pero aparecen en cuanto se introducen las dietas occidentales. De forma más evidente se constata que en los países del denominado los TCA son desconocidos, más allá del hambre física real y sus alteraciones. De tal suerte que los TCA son un "artificio" propio de las culturas occidentales y del mundo desarrollado, lo que hace que el proceso adquiera unas connotaciones de especial relevancia.

Hemos estudiado las historias clínicas de nuestro RACP (Registro Acumulativo de Casos Psiquiátricos) y los datos nos aportan que en los dos últimos años en el Área Sanitaria de Avilés nos fueron remitidos 23 casos, cuyas edades oscilaron entre los 11 y 17 años y predominantemente \*Fig. 10 jovencitas. Cuando aplicamos criterios CIE-10 solo el 78,26% de los casos (18 de entre ellos) reunían las características clínicas. Pero lo más llamativo que en la totalidad de los casos existía una psicopatología fundamental que quedaba "enmascarada" por la gran preeminencia dada al TCA y porque todos los diagnósticos y profesionales se habían centrado y focalizado en ellos. En efecto, solamente en los casos que cumplían los criterios CIE-10 de TCA: los dos casos de los chicos presentaban cuadros severos de TOC confirmado por la escala de Yale Brown. Entre las chicas el cuadro clínico, a nuestro entender, fundamental fue más diverso: en un caso existía un trastorno narcisista de la personalidad; en dos casos un trastorno vincular; en tres casos un cuadro fobo-obsesivo de importancia; por fin con cuadros de histeria y trastorno depresivo de cierta relevancia se detectaron cinco casos en cada uno de ellos. Cinco de los casos (27,8%) que cumplían los criterios CIE-10 de TCA, precisaron ingreso \*Fig. 11 al reunir causas que lo justificaban: desnutrición, alteraciones bioquímicas y clínicas de relevancia y presentar un trastorno relacional en la familia de cierta importancia. Nuestros ingresos se llevaron a efecto en el Servicio de Pediatría del Hospital General Universitario del Área Sanitaria y tuvieron un tiempo de estancia medio de 40,3 días; se realizó un trabajo continuado de supervisión, interconsulta y enlace, sesiones de trabajo con Pediatras, Servicio de Nutrición y personal de enfermería; posibilitando un abordaje integrado, interdisciplinar y en equipo. Un abordaje alternativo que, creemos, abre la intervención a la realidad: el dilema de atender los TCA consiste en tomar la decisión de atender a una etapa de la vida, a la totalidad de los trastornos mentales que acontecen en una etapa de la vida; o bien la creación de las unidades específicas para TCA que solo asisten procesos que acontecen en unos/as jóvenes. La diferencia es algo más que semántica, como veremos a continuación.

## PSICOPATOLOGIA Y CLINICA DE LOS TCA

Lacan describió gráficamente a la AN como "**Comer nada**", sin duda era una

descripción tan acertada como arriesgada. Un análisis pormenorizado de su contenido hace que nos obligue a pensar la psicopatología de otra forma más cercana al sujeto que padece el trastorno. En efecto el sujeto que padece AN no es que no coma, es que come en forma de ayuno, esta distorsión perceptiva y del discurso origina importantes disfunciones.

## 1. Contenidos psicopatológicos:

Existe, en estas pacientes, un conflicto de identidad entre los aportes del grupo étnico, cultural y las demandas familiares. No están ajenos a estos avatares los medios de comunicación social, con sus reportajes de ensalzar las figuras longilíneas y, un tanto asexuales, de determinadas modelos ("top-models" en un anglicismo invasor), secundados por la presión de los fabricantes de ropa en serie ("pret à porter", afrancesado término usado para este fin) y del grupo de pares, para sorpresa y anonadamiento de las figuras parentales. La adolescente (la relación chicos/chicas es 1/7, aunque tiende a disminuir la diferencia entre ambos sexos y la edad de presentación) queda atrapada en las relaciones del grupo y la identidad corporal, existiendo una confusión hacia las presiones del grupo y de los fenómenos sociales. De forma lúcida la Dra. SASTRE señalaba en una reciente reunión científica dos factores en forma de preguntas de sumo interés psicopatológico: "¿Conocen alguna AN sin Madre? El impacto de los diseños y la moda actuales ¿tendrá algún impacto en esta concepción las tendencias sexuales (claramente hacia la homosexualidad) de la mayor parte de los diseñadores de fama?". El interés de los contenidos expresados por una especialista en Nutrición nos hace profundizar en contenidos psicopatológicos, evitando caer en la mera exposición descripción que, aunque necesaria, se muestra con francas insuficiencias.

De hecho en este tipo de pacientes aparecen reacciones negativistas y opositoristas hacia las situaciones vitales. Aparecen reacciones de naturaleza ansiosa, persecutoria o depresiva hacia determinados factores de estrés, como p.e. la ruptura familiar, cambio de roles familiares, estrés educativo, etc.

Todo ello se presenta en una fase con conflictos específicos y con conflictos internalizados de cierta relevancia y relacionados con las pulsiones sexuales y agresivas, con los cambios corporales y con los cambios de la imagen corporal y de la identidad psicológica. De esta suerte el cuerpo perfecto es el instrumento con el que se expresa la omnipotencia infantil y sirve para aislar, aunque de forma variable, los mecanismos psicóticos.

La ansiedad y la confusión, expuestas en los apartados precedentes, con la sumación de otros aspectos alteran la percepción corporal del apetito. De esta suerte emergen defensas bastante fuertes y abandonicas frente a las situaciones de querer y ser querido, es decir frente a la elección del objeto de deseo y de amor. El problema del control de los conflictos se desplaza hacia el control de la bulimia, con lo que aparecen

fases alternativas de anorexia y de bulimia.

Más importancia tienen los rasgos premórbidos de la personalidad que han sido descritos en estas/os pacientes y que Espina (1997) ha resumido de forma pedagógica con el siguiente esquema: En la AN destaca el autocontrol, los antecedentes de niños/as modelo, la introversión, la baja autoestima y rasgos de personalidad anancástica. Para la BN se destaca la impulsividad, cierta intolerancia a la frustración, extroversión, baja autoestima y rasgos histriónicos en la personalidad.

Desde la perspectiva sistémica existen pocas aportaciones novedosas, repitiéndose las descripciones de Minuchin, con aspectos descriptivos sin apenas sistematización y con escasa originalidad en relación a otros procesos psicopatológicos, p.e. los trastornos psicósomáticos en general. Los rasgos más reiteradamente expuestos son los descritos en el funcionamiento familiar definido como "aglutinamiento", la sobreprotección, la evitación de encarar los conflictos, las alianzas coyunturales, la presencia de triangularizaciones patógenas con la paciente, la pseudomutabilidad, los procesos comunicacionales de individuación "con" o de individuación "contra", la baja capacidad de individuación de estas/os pacientes, la existencia de disfunciones en la pareja parental o de disfunciones por la presencia de duelos no resueltos o deficientemente elaborados y los antecedentes de maltrato (sobre todo de abuso sexual) en los casos de BN. En definitiva, tal como expresa Selvini (1974 y 1983), las características familiares se definen por la existencia de un problema de comunicación caracterizado porque las figuras parentales no asumen el liderazgo en el sistema familiar, estableciéndose una serie de alianzas y coaliciones "negadas", no se asumen responsabilidades en la relación y no es extraño detectar la existencia de un claro divorcio emocional.

Desde una perspectiva psicopatológica se constata una limitación y bloqueo de los afectos, en la que los sentimientos se sustituyen por sensaciones y percepciones. De tal suerte que los aspectos que no se simbolizan en la adolescencia se actúan, en ocasiones en el seno del propio cuerpo. Jeammet realiza una aportación novedosa, considera a los TCA con características similares y comunes a los trastornos adictivos; ya hubo un claro intento en años pretéritos por parte de otros psicopatólogos franceses y en España el Prof. Alonso Fernández los incluyó en las adicciones sin sustancias en la lección inaugural de la Real Academia Nacional de Medicina del año 1995.

Jeammet (1997) plantea que los contenidos referidos a la precaria tolerancia a la frustración, con la consiguiente expresión violenta al ser vivida como una clara amenaza a su propia identidad, hace que el sujeto se vea impelido a destruir a quien le amenaza. De esta suerte emerge las características del narcisismo con una paradoja interna: mientras en su clara vivencia narcisista la AN piensa en sobrevivir, realiza conductas que le llevan a la muerte de forma inexorable. Esta patología del narcisismo en los TCA ya fue discutida en la escuela fenomenológica y psicopatológica de Alemania, hace varios años.

Los TCA no responden a una estructura específica, son solo conductas adaptativas en torno a la problemática borderline, la cual refleja una conflictividad social en su forma de presentación y en su patoplastia. Por ello la noción de dependencia, que se encuentra en la base de los TCA y los emparenta con las conductas adictivas, representa el equilibrio psíquico que se asegura por el investimento motor y que con la presencia evolutiva del pensamiento operatorio/alexitimia expresa las dificultades de simbolización.

Desde una comprensión de la psicopatología del desarrollo se comprenden dos ejes: la relación con las figuras de apego, que por extensión hacen referencia a la relación con los otros y, en segundo lugar, los contenidos narcisistas, en tanto aceptación/rechazo del proceso de diferenciación con los otros. Jeammet completa esta visión aportando que la diferencia entre ambos ejes se establece con la función del autoerotismo y el papel estructurante de los procesos de triangularización edípica, lo que aporta los fundamentos para diferenciar la relación objetal /vincular y a los otros. De hecho en las conductas adictivas la figura de apego (u objeto según la terminología psicoanalítica más clásica) es reemplazada por un objeto nuevo, externo, real que tiende a sustituir los vínculos perdidos (o relaciones objetales perdidas en la terminología psicoanalítica más clásica); de esta suerte se tiende a reemplazar la complitud narcisista. Es desde esta posición que la transferencia puede recuperar ese daño narcisista y sustituir esa amenaza percibida por el sujeto ante su posible pérdida. Por lo tanto esta visión de la psicopatología del desarrollo establece un proceso a lo largo de todo el desarrollo infantil y la función que las sucesivas fases de pérdidas y establecimientos vinculares juegan en la estabilidad y estabilización psicológica del sujeto, lo que remite a la capacidad de adaptación, a los objetos sustitutivos, a la forma en cómo se elaboran los duelos, a la aceptación de la frustración, al papel de la sexualidad versus del autoerotismo y, en definitiva, al funcionamiento de esos vínculos sean de forma simbiótica o con una franca tendencia a la autonomía.

## 2. El cuadro clínico:

La clínica que con más frecuencia se presenta consiste en un cuadro clínico inespecífico, que en los sistemas de clasificación actuales (CIE-10 y DSM-IV) se denomina: **trastorno inespecífico de la conducta alimentaria** y que se caracteriza porque el promedio de peso es adecuado, no hay episodios de voracidad, pero existe temor a ganar peso y hasta se puede llegar a provocar el vómito, puede presentarse síntomas de anorexia en una adolescente, pero sin llegar a presentar amenorrea o bien síntomas de bulimia, pero sin la frecuencia periódica de los episodios de voracidad. Es un cuadro que puede desembocar en un trastorno alimenticio severo, sino se aborda en el momento pertinente de la forma adecuada, para lo que se deben tener en cuenta la existencia de factores de riesgo \*(Tabla VII) y unos factores individuales favorecedores de esta evolución \*(Tabla VIII).

Hay que conocer que existen determinadas afecciones médicas que pueden presentar trastornos alimenticios, como síntoma acompañante del proceso, por ello debe descartarse su presencia: Tumores del sistema nervioso central, Insuficiencia hipofisaria anterior, Hipertiroidismo, Diabetes mellitus, Enfermedad de Addison, Malabsorción gastrointestinal, Enteritis regional (Enfermedad de Crohn) y Úlcera gastrointestinal, entre los cuadros clínicos más relevantes. No obstante los dos cuadros más relevantes dentro de los trastornos alimenticios, que no los únicos, son los siguientes:

**1º ANOREXIA NERVIOSA:** Responde a los siguientes criterios para su diagnóstico:

- 1.1- Rechazo firme a mantener el peso corporal por encima del valor mínimo normal de acuerdo a la edad y la talla (15% inferior al peso esperado).
- 1.2- Temor a ganar peso o a convertirse en obeso, incluso aunque se encuentre por debajo del peso considerado como normal.
- 1.3- Percepción alterada del propio peso, talla o silueta corporal.
- 1.4- Ausencia de, al menos, tres ciclos menstruales cuando ya se ha tenido la menarquía.

Los signos y síntomas de la anorexia nerviosa aceptados por la comunidad científica son los siguientes:

- 2.1- Cambios en el peso ideal.
- 2.2- La comida incrementa la insatisfacción con el propio cuerpo.
- 2.3- La comida favorece el aislamiento social.
- 2.4- Amenorrea.
- 2.5- Vómitos.
- 2.6- Uso de laxantes, diuréticos, etc.

**2º BULIMIA NERVIOSA:** Los criterios clínicos para su diagnóstico son los siguientes:

- 1.1 Episodios recurrentes de ingesta alimenticia voraz.
- 1.2- Sentimiento de falta de control sobre la conducta alimentaria en los episodios de voracidad.
- 1.3- Empeño en el uso periódico de laxantes, diuréticos, práctica de dietas estrictas (incluso ayunos), provocación de vómitos, hacer ejercicio para evitar ganancias ponderales, etc.
- 1.4- Dos episodios de voracidad a la semana, como media.
- 1.5- Preocupación intensa y persistente por la silueta y el peso.

Los signos y síntomas de la bulimia nerviosa se esquematizan de la siguiente forma:

- 2.1- Alcalosis metabólica hipoclorémica-hipokaliémica.
- 2.2- Hipertrofia parotídea.
- 2.3- Pérdida de piezas y del esmalte dentario.
- 2.4- Alternancia de diarrea y estreñimiento.
- 2.5- Callosidades en el dorso de la mano.

2.6- Componentes depresivos y preocupación excesiva por el peso.

### 3º Otros trastornos alimenticios: criterios diagnósticos:

#### 3.1.- PICA:

3.1.1- Ingesta repetida de sustancias no nutritivas, al menos durante un mes. Las sustancias más frecuentes consisten en la cal de las paredes que arranca con las uñas (ver lesiones de fragilidad y fracturas ungueales), tiza, papel, etc. Entre los signos clínicos más relevantes se sitúa una anemia megaloblástica de características peculiares.

3.1.2- No existen criterios para el diagnóstico de autismo o psicosis infantil.

#### 3.2.- RUMIACION:

3.2.1- Regurgitaciones repetidas, sin náusea ni afección gastrointestinal asociada, al menos durante un mes. La secuencia clínica es particular: regurgitación del contenido gástrico que queda en la boca y se vuelve a masticar. Es frecuente observar que este tipo de alteración se asocia a una malnutrición evidente, a un encerramiento relacional y aislamiento social.

3.2.2- Pérdida/dificultad/incapacidad para alcanzar el peso normal.

#### 3.3.- TRASTORNO INESPECIFICO DE LA CONDUCTA ALIMENTICIA:

3.3.1- El promedio de peso es adecuado, no hay episodios de voracidad, pero existe temor a ganar peso y hasta se puede llegar a provocar el vómito.

3.3.2- Síntomas de anorexia en una joven, pero sin llegar a la amenorrea.

3.3.3- Síntomas de bulimia pero sin la frecuencia periódica de los episodios de voracidad.

**4º Los signos físicos** más frecuentes que se presentan en la anorexia nerviosa son los siguientes: Delgadez extrema (casi llega, en casos extremos, a ser el armazón del esqueleto cubierto de una piel seca y arrugada) que puede llegar a la caquexia; lanugo y un pelo muy ralo; sensación de frialdad y acrocianosis; erosión del esmalte dental y caries, tanto por el efecto ácido de los vómitos como por la malnutrición y carencias vitamínicas; hipertrofia de glándula parotídea, se plantea como un signo bastante precoz en las BN; deshidratación, síncope y mareos; hipotermia e hipotensión, bradicardia y posibles arritmias; parestesias; edema, como consecuencia de la hipoalbuminemia. Constipación crónica y/o diarrea.

**5º Manifestaciones clínicas:** Por sistemas y aparatos se pueden sistematizar, como sigue, sistematizándose las complicaciones posibles y los factores causales, de mantenimiento y de superación de esas complicaciones médicas en la Tabla IX:

#### 5.1.- CARDIOVASCULARES:

5.1.1- Disminución volumen cardíaco.

5.1.2- Prolapso válvula mitral.

5.1.3- Arritmias-Acrocianosis.

#### 5.2.- GASTROINTESTINALES:

5.2.1- Vaciado gástrico enlentecido.

- 5.2.2- Deficiente motilidad intestinal.
- 5.2.3- Abdominalgias.
- 5.2.4- Otras posibilidades:
  - 5.2.4.1- Dilatación gástrica.
  - 5.2.4.2- Perforación gástrica.
  - 5.2.4.3- Tricobezoar.
  - 5.2.4.4- Pancreatitis.
  - 5.2.4.5- Compresión vascular de duodeno.
- 5.3.- RENALES:
  - 5.3.1- Reducción del filtrado glomerular.
  - 5.3.2- Litiasis.
  - 5.3.3- Edemas.
- 5.4.- ENDOCRINO-METABOLICAS:
  - 5.4.1- Amenorrea primaria/secundaria.
  - 5.4.2- Hipogonadismo hipogonadotrópico.
  - 5.4.3- Disfunción tiroidea/adrenal.
  - 5.4.4- Reducción de tolerancia a la glucosa.
  - 5.4.5- Osteoporosis.
  - 5.4.6- Distermia.
- 5.5.- OTRAS MANIFESTACIONES:
  - 5.5.1- Hipoalbuminemia.
  - 5.5.2- Hipercolesterolemia.
  - 5.5.3- Hipercarotinemia.
  - 5.5.4- Hiperuricemia.
  - 5.5.5- Déficit de Zinc.
  - 5.5.6- Anemia ferropénica.
  - 5.5.7- Trombopenia.
  - 5.5.8- Leucopenia.

**6º Pruebas complementarias:** La importancia en la realización de estas pruebas estriba en evitar molestias y retornos innecesarios a la paciente y su familia, a la par que se pueden detectar posibles causas médicas que pudieran condicionar el cuadro clínico. Estas pruebas pueden realizarse desde Atención Primaria, en todo caso desde la coordinación necesaria entre los niveles asistenciales del sistema sanitario.

#### 6.1.- DE INICIO:

- 6.1.1- Hemograma.
- 6.1.2- Proteínas totales y proteinograma. En determinados casos se puede evaluar la necesidad de solicitar la tasa de prealbúmina.
- 6.1.3- Lípidos y colesterol.
- 6.1.4- Análisis urinarios completos. Creatinina. BUN.
- 6.1.5- Ca. P. Mg.
- 6.1.6- ECG.
- 6.1.7- RX de tórax.

#### 6.2.- VALORAR INDIVIDUALIZADAMENTE CON CADA CASO:

- 6.2.1- Estudio endocrino completo.
- 6.2.2- Fe. Transferrina. Ferritina.
- 6.2.3- Ac. fólico. Zn.
- 6.2.4- Estudio inmunológico.
- 6.2.5- Amilasa.
- 6.2.6- Densidad ósea. La causa más frecuente, al menos en la actualidad, de osteoporosis en adolescentes y jóvenes mujeres son los TCA.
- 6.2.7- CT. Craneal.
- 6.2.8- Estudio de diagnóstico por imágenes: TAC, RMN, SPECT. PET.

### 3. Los cuadros psicopatológicos y los TCA:

Los trastornos de alimentación son clínica acompañante de varios procesos psicopatológicos, se debe señalar el proceso para poder hacer una comprensión rigurosa del cuadro clínico, como orientación señalamos algunos signos diferenciales en la Tabla X de diferentes organizaciones psicopatológicas que pueden presentar trastornos alimenticios de diversa gravedad.

No obstante frente a los criterios de co-morbilidad nosotros propugnamos la comprensión multiaxial, que tan extendida está en la Psiquiatría de la Infancia y la Adolescencia. En efecto co-morbilidad implica un proceso de coincidencia, más o menos aleatorio. Sin embargo multiaxialidad es un proceso comprensivo diferente que integra varios ejes o perspectivas de focalización para comprender el proceso, son las diferentes caras de un único poliedro. Desde esta perspectiva podemos asegurar que, en nuestra experiencia, en los chicos los contenidos de TOC son dominantes, mientras en las chicas existe una mayor diversidad: trastornos vinculares, trastornos fobo-obsesivos, trastornos narcisistas de la personalidad, histeria (en el sentido más clásico del concepto) y trastornos depresivos (Tabla XI). De esta suerte que los trastornos de la conducta alimentaria constituyen el síntoma princeps de presentación, de dominio de la escena, del cuadro clínico de los trastornos mentales referidos.

Aportamos en modelo alternativo comprensivo desde la perspectiva psicopatológica y clínica que resulta clarificador y muy comprensivo. Consiste en un modelo psicosomático de los trastornos de la conducta alimentaria (Tabla XII). En este modelo integrador y comprensivo no se excluye unos **factores predisponentes individuales** (TOC, rasgos esquizoides o narcisistas de la personalidad, historia previa de malos tratos o abusos sexuales en la infancia); **factores familiares**, sobre todo los referidos a la dificultad en la resolución de los conflictos, y **factores culturales** (preocupación por la delgadez y el cambio de roles de la mujer en la cultura actual).

Esos factores predisponentes condicionan una **vulnerabilidad** hacia la presentación clínica de trastornos de la alimentación, pero para que acontezca el cuadro clínico de trastorno de la conducta alimentaria precisa la concurrencia de dos tipos de factores que establecen el funcionamiento en círculo vicioso y, por lo tanto la persistencia del

cuadro clínico. Para que la vulnerabilidad se convierta en un cuadro clínico de TCA se precisan unos **factores predisponentes** que pueden presentarse de forma aislada o con la concurrencia de varios de ellos: Separaciones, pérdidas y duelo; ruptura de la homeostasis familiar; nuevas demandas del entorno a las que previamente estaban "controladas"; baja autoestima; enfermedad personal, sobre todo de tipo crónico o que afectan al esquema corporal; demandas propias del momento evolutivo (p.e. pubertad, gestación, etc.) y, sobre todo, la realización indiscriminada y descontrolada de dietas alimenticias. De una u otra forma estos factores hacen referencia a rupturas vinculadas, más o menos bruscas o tórpidas, y por lo tanto a la presencia de duelos mal elaborados o con una elaboración francamente patológica, aunque sea diferida en el tiempo.

La acción de estos factores predisponentes hacen que se presenten los TCA, pero para su definitivo establecimiento se precisa la acción de **factores mantenedores** del proceso: los efectos del síndrome de inanición, sobre todo por el cambio de la percepción del hambre/replectud; la presencia de vómitos, sobre todo los autoprovocados; los cambios de la fisiología gastrointestinal, unos provocados por el/la paciente y otros que son efecto del proceso; las alteraciones perceptivas, que contienen un fuerte contenido regresivo, p.e. confusión de retortijones de hambre con dolores y ellos con imposibilidad de ingerir alimentos, o la alteración perceptiva de la imagen corporal: verse gorda, identificar los movimientos peristálticos como replectud intestinal, etc.; factores yatrogénicos, son de gran importancia la "lectura" de determinados profesionales que pueden precipitarse en el proceso diagnóstico, la atención en unidades específicas que potencian el rol "enfermo especial" o las normas contradictorias provocadas por la ruptura de la continuidad asistencial, etc. y, por fin, la co-morbilidad real y la inserción del proceso como síntoma en un cuadro psicopatológico de mayor calado, p.e. señalar como TCA por el "prestigio del enfermar" actual algunos procesos más severos como una psicosis incipiente en la adolescencia (algún caso podemos aportar sobre el particular).

Es importante señalar algunos contenidos psicopatológicos que identifican este tipo de TCA, tanto desde aspectos estructurales como de la fenomenología más relevante. Son claves las relaciones sociales, el funcionamiento alexitímico, la sexualidad, el autocontrol y los aspectos de introversión/extroversión y su relevancia en los distintos cuadros clínicos (Tabla XIII).

#### **4. Factores individuales que perpetúan los TCA:**

4.1.- **Efectos del hambre** en los pensamientos, interacciones y en la conducta. Se conoce que altera las percepciones y las relaciones de forma importante y contribuye a crear círculos viciosos relacionales en las pacientes, ya que una importante parte de sus actitudes y de la reacción del contexto circundante quedarían fijadas en los temas alimenticios, dificultando salir de ese círculo vicioso.

- 4.2.- **Uso de la bulimia y de los vómitos como moduladores afectivos.** Esta clínica se presenta como forma de establecer una demanda de cuidado y afecto, pero de forma un tanto disfuncional ya que la demanda afectiva se establece mediante la explotación de un síntoma que origina una dificultad en el proceso de comunicación.
- 4.3.- Efecto de **refuerzo por el hecho de la pérdida de peso.** Los TCA buscan de forma explícita bajar de peso, independientemente de las causas manifiestas que sostengan dicho objetivo, por lo que si consiguen bajar de peso con el síntoma propio de los TCA el objetivo aparente estaría conseguido y, por lo tanto, actuaría como refuerzo de la presencia de los síntomas.
- 4.4.- **Pérdida de relaciones sociales y de amistades paulatinamente.** Los TCA contribuyen a un aislamiento social y a una dificultad en las relaciones interpersonales. Esta dificultad hace que el aislamiento social sea, de forma paulatina, más evidente y contribuye a que las amistades se vayan perdiendo y/o alejando. Los factores son múltiples: el aspecto físico, la baja autoestima versus narcisismo, el apagamiento afectivo, etc.
- 4.5.- **Pérdida de interés en las obligaciones escolares.** Mientras estas pacientes mantengan una actividad social productiva se favorece la posibilidad de una intervención terapéutica, pues consiguen invertir algo que no esté estrictamente relacionado con los alimentos y/o la imagen corporal. Las actividades escolares son el grupo de actividad más relevante a estas edades, además no es extraño que el rendimiento de estas chicas sea bastante aceptable con anterioridad a la presentación del cuadro clínico e incluso durante un lapso importante de la evolución, por ello la disminución en el rendimiento escolar es un signo evidente de alarma.
- 4.6.- **Cambios en las relaciones familiares y/o constitución familiar.** Precisamente por la importancia de los duelos y de las rupturas vinculares en estos cuadros clínicos, es por lo que la concurrencia de estos cambios se hace especialmente significativa para una deficiente evolución clínica. Entre los factores que sustentan esta mala evolución se encuentran la baja autoestima y el sentimiento de culpa incrementado por el desenlace familiar.
- 4.7.- **Clínica activa de depresión.** En estos casos los TCA no son más que una expresión muy manifiesta de un cuadro depresivo severo, lo que hace que la forma de presentación y el cuadro clínico depresivo se potencien mutuamente, ensombreciendo la evolución clínica.
- 4.8.- **Obtención de beneficios secundarios:** incrementar el poder sobre los otros, obtención de cuidados especiales por ser considerada una personas enferma,

etc. son solo alguno de los que se repiten de forma más significativa.

- 4.9.- **Dificultad y/o ausencia de capacidad para resolver los factores predisponentes.** Con lo que la acción de ellos y el impacto relacional y en el proceso se perpetúa, cerrando el círculo vicioso entre los factores predisponentes, los desencadenantes y los de mantenimiento.

## PRINCIPIOS PARA LA INTERVENCION EN LOS TCA

La intervención en los TCA es compleja, lenta y, en ocasiones, descorazonadora para muchos profesionales. La tercera reflexión de la Dra. Sastre (1997) fue clarificadora: "En la primera entrevista me muestro cariñosa y comprensiva; en la segunda, correcta y en la tercera aparece el rechazo". La situación transferencial y contratransferencial en los TCA es de gran magnitud y se precisa formación psicoterapéutica y supervisión para poder abordar estos procesos. No obstante podemos exponer unas líneas generales que pueden orientar la intervención:

- 1.- **EN EL PROCESO DE EVALUACION:** No es sencilla la evaluación y puede complicar el conjunto del diseño posterior de la intervención, por lo que se precisa una serie de contenidos a tener en cuenta, sobre todo por parte de los profesionales de la Atención Primaria de salud que suelen ser los primeros en recibir este tipo de pacientes:
  - 1.1- Detenida historia clínica individual y familiar.
  - 1.2- Recoger de forma precisa los aspectos relacionales y sociales.
  - 1.3- Recoger gustos, aficiones, mitos culturales, etc., sobre todo los referidos a las modas y personajes de fácil identificación para las y los adolescentes.
  - 1.4- Exploración física detenida, que permita tener un punto de referencia inicial (talla, peso, panículo adiposo, aspecto general, etc.).
  - 1.5- Pruebas complementarias: aquellas que se crean necesarias, se deben incluir las endocrinológicas y neurológicas. Ya hemos referenciado con anterioridad las recomendadas de forma general y para evaluar en el caso a caso.
- 2.- **EN LA ACTITUD Y LA RELACION:**
  - 2.1- No ser alarmista. Frenar los primeros impulsos de rechazo, saber que se va a tener que insistir una y otra vez aparentemente sobre muy parecidos contenidos.
  - 2.2- Actitud receptiva y contenedora.
  - 2.3- Señalar la severidad del cuadro, lo que implica ubicar lo más precisamente la situación en torno a la complejidad y el trabajo

terapèutic a medio y largo plazo.

- 2.4- Hacer constar explícitamente: la complejidad para comprender y abordar el cuadro. Este hecho facilita introducir otros profesionales y la secuencia de las intervenciones sucesivas.
- 2.5- Resaltar la necesidad de colaborar varios especialistas de diversa titulación y de integrar las acciones.
- 2.6- Evitar plantear atenciones superespecializadas o lugares utópicos/idealizados para realizar el tratamiento. En un apartado posterior se analizará detenidamente este razonamiento.
- 2.7- Evitar precipitarse en las orientaciones, buscar acciones coordinadas e integradas con el conjunto de los recursos asistenciales y sanitarios del área, evitando los mensajes contradictorios. Lo que implica que es preciso llegar a acuerdos entre los diferentes dispositivos y niveles asistenciales.

### **3.- EN LA INFORMACION:**

- 3.1- No aceptar la fácil trampa de informar sobre la evolución del peso en la información a la familia. Se debe asegurar que está dentro de lo esperado, o más lento de lo esperado, o la preocupación por el estacionamiento y descenso, pero no decir el peso en cifra. Se pesará de espaldas a donde estén señaladas las cifras y se borrará. Es necesario contener los comentarios de pasillo de los profesionales o decir en alto a un segundo o tercer profesional la cifra del peso, para evitar estos escapes quien realice la pesada lo anotará en la historia.
- 3.2- Ser concisos pero claros en la información, evitando paráfrasis o lenguajes profesionalizados. Suelen ser pacientes y familias de cierto nivel cultural, y obtienen un lenguaje pseudo-científico con gran facilidad. La sencillez informativa y su concisión facilitará la confianza en la información y ganar esta confianza es un paso importantísimo para el tratamiento.
- 3.3- Evitar tecnicismos y el lenguaje científicista, ya que hace emerger las defensas y dificulta el proceso de comunicación espontáneo y con confianza al subrayar los aspectos más formalistas.
- 3.4- No se debe resaltar lo negativo de la evolución o de los aspectos relacionales, como alternativa subrayar lo positivo hace que se enfatice el avance y el cambio, por lo tanto introduce flexibilidad.
- 3.5- No subrayar hipotéticos pronósticos inciertos basados en trabajos poco contrastados. Es preferible enfatizar la individualidad de cada caso, la influencia de la precocidad del diagnóstico y de la instauración del tratamiento, del trabajo en equipo y de la esperanza de su colaboración.

### **4.- EN LA CONTENCION:** Contener, según el diccionario de D<sup>a</sup>. M<sup>a</sup>. Moliner, tiene la acepción de mantener en sus límites algo que puede desbordarse. Aplicar esta acepción en este caso nos parece pertinente, por ello sugerimos:

- 4.1- Evitar intervencionismos excesivos y dejar que la familia de la paciente

- se expresen, aunque en muchas ocasiones parezcan en exceso reiterativos.
- 4.2- Consultar ante cualquier duda a otros compañeros/as o bien a otros/as especialistas. Posibilitando el contraste de parecer y las orientaciones para abordar las diferentes complicaciones que surjan.
  - 4.3- Tolerar amenazas, denuncias y presiones familiares, pero no caer en fáciles concesiones a la familia. Este es un contenido fácil de decir e incluso de comprender, pero difícil de llevar a la práctica. Solo la coherencia del diseño de tratamiento y el trabajo en equipo puede hacer que se respete. De aquí la importancia de la supervisión que sitúa el tercero en la relación frente a la demanda, el profesional y la familia y que hemos expresado en un trabajo precedente (Fernández, García Carvajosa y Pedreira, 1990).
  - 4.4- Escuchar las ansiedades y temores de la familia, aunque sean recurrentes y reiterativos, insistir en lo que expresaba Sastre y que hemos expuesto con anterioridad al inicio de este apartado, pues lo consideramos de especial relevancia.
  - 4.5- Saber poner límites claros y comprensibles para poder cumplirlos (p.e. horarios de consulta, disponibilidad y accesibilidad, normas, etc.).
  - 4.6- No fijar el síntoma alimenticio (p.e. evitar preguntar todas las entrevistas por el síntoma, saber cortar con delicadeza cada intento de retorno al síntoma por parte de la familia, reconducir la entrevista hacia otros aspectos con mayor calado afectivo y relacional, etc.).
- 5.- Prescripción de fármacos: NO DEBE SER LA PRIMERA medida para el abordaje, en Tablas XIV y XV donde se refieren las pautas de tratamiento que se sugieren, tanto para los fármacos que deben evitarse, como para la prescripción con finalidad terapéutica. No obstante se debe señalar que la farmacología ayuda pero no cura por sí sola. La terapia vitamínica o de complemento alimenticio debe realizarse de acuerdo con los Servicios de Nutrición. En este caso hacemos referencia a la psicofarmacología, en ocasiones necesaria y de gran utilidad, pero que será prescrita de acuerdo con el diagnóstico psicopatológico que subyace a los TCA. Bien es cierto que los procesos depresivos y los trastornos de la personalidad son los más frecuentes, por esta razón el grupo de los ISRS suelen ser los que más y mejores resultados aportan.
- 6.- En ocasiones habrá que **valorar la necesidad de realizar un ingreso hospitalario**, las indicaciones se señalan en la Tabla XVI, pero además debe considerarse:
- 6.1- Es una medida que debe ser contemplada como forma de intervención psicológica, por lo tanto no será una medida aislada y deberá tener unos objetivos en el plan terapéutico.
  - 6.2- Se debe programar el alta para establecer la continuidad asistencial por parte del conjunto de la red asistencial.

- 7.- **DERIVAR A SALUD MENTAL**, la prioridad sería a Unidades específicas para atender trastornos mentales de la infancia y de la adolescencia: ANTE LA PRIMERA SOSPECHA del cuadro pero debe hacerse con unas premisas:
- 7.1- No alarmar, dado que suele existir resistencia a este tipo de derivaciones.
  - 7.2- Señalar que la derivación se encuadra en el seno de la complejidad del cuadro y en el componente psicológico, de indudable impacto en estos procesos.
  - 7.3- EVITAR DECIR QUE ES UN PROBLEMA O QUE LA NIÑA/O TIENE PROBLEMAS O QUE HAY PROBLEMAS EN LA FAMILIA. Hacer este tipo de comentarios, aunque se hagan con una indudable buena voluntad, hace que emerjan resistencias y un discurso "normalizador".
  - 7.4- Resaltar que derivar a este tipo de servicios no implica un alta o un abandono, sino que es un abordaje CONJUNTO de la situación y una co-responsabilización del proceso por parte de los diferentes servicios asistenciales.
  - 7.5- Señalar que es un estudio, evaluación y posible tratamiento, evitando hacer prescripciones terapéuticas específicas de tipo psicológico (p.e. no decir que es para psicoanálisis o para psicoterapia, etc.).
  - 7.6- Aclarar que acudir a un servicio de salud mental no es por locura (hay que considerar que es uno de los temores y una de las causas mayores de rechazo para este tipo de derivaciones, sobre todo en la adolescencia) y presentarlo como ayuda para todos, incluido el servicio sanitario.
- 8.- En ocasiones y **periódicamente**:
- 8.1- Realizar interconsultas conjuntas entre los servicios médicos y los de salud mental, favorece la visión integral del proceso y del conjunto de la situación y de la intervención ante la familia y entre los diversos niveles asistenciales del sistema sanitario (atención primaria, atención especializada, etc.).
  - 8.2- Evaluaciones conjuntas con los servicios de Salud Mental de la infancia y la adolescencia van a favorecer la convergencia de las intervenciones, la llegada a acuerdos y evitar las contradicciones en las orientaciones a la familia.
- 9.- **NO OLVIDAR:**
- 9.1- Los TCA son unos procesos de evolución lenta.
  - 9.2- Se suele acompañar de alternancias con fases de anorexia y de bulimia y vómitos, en otras ocasiones puede aparecer potomanía, acopio de alimentos y esconderlos, caprichos alimenticios, etc. LA FAMILIA PRESENTA LAS FASES COMO COSAS AISLADAS Y SEPARADAS CON GRAN ANGUSTIA. Conocer la presentación en fases y la angustia de la familia favorece contextualizar el proceso en la continuidad evolutiva.

- 9.3- En la evolució puede haber ocasiones en que la familia decide acudir a otro especialista y/o servicio asistencial. En este caso se puede recomendar:
- \* Suspender nuestra intervención con delicadeza.
  - \* Remitir un informe detallado y completo, caso de necesitarlo la familia y/o el servicio asistencial al que acuden.
  - \* Posibilitar el retorno, caso de reconsiderar la marcha a otro servicio. Lo que evita culpabilizaciones y facilita reiniciar el tratamiento.

## **10.- NO CULPABILIZAR A LA FAMILIA.**

11.- Evitar posibles intervenciones yatrogénicas o descontextualizadas de los acuerdos a los que se han llegado en equipo. Las discusiones clínicas de las dificultades en equipo favorecen un abordaje coherente y previenen la yatrogenia.

## **ESTABILIZACION IONICA DEL PROCESO**

1. La corrección hidroelectrolítica, caso de estar alterada, es prioritaria y previa a otro tipo de intervenciones.
2. La corrección de la hipovolemia es prioridad en los casos que presentan vómitos autoinducidos y/o abuso de laxantes/diuréticos.
3. Si la hipopotasemia se acompaña de kaliuria  $> 30$  mEq/l, debe establecerse una reposición urgente intravenosa.
4. El suplemento oral de potasio puede ser necesario, por existir deplección crónica.
5. En pérdidas de peso superior al 40% del peso corporal la prescripción más correcta sería: evaluar la corrección intravenosa urgente de la hipofosfatemia, e hipomagnesemia.
6. Tener en cuenta que la reintroducción alimenticia puede empeorar el cuadro de alteración electrolítica (sobre todo la hipokaliemia, la hipofosfatemia) por la entrada rápida de cationes, lo que implica la realización de controles posteriores.
7. El abuso de laxantes agrava el cuadro de constipación crónica y empobrece más el tono cólico.

## **ALGUNAS NORMAS NUTRICIONALES**

- 1.- **NORMAS GENERALES:** Es fundamental el acuerdo y las indicaciones del Servicio de Nutrición correspondiente, no obstante se pueden señalar las siguientes indicaciones.
  - 1.1. Al inicio se aportarán requerimientos basales, puesto que la tasa metabólica se reduce como mecanismo de adaptación al déficit de ingesta.
  - 1.2. Cuando el metabolismo basal se haya normalizado: Se calculan las

calorías de mantenimiento:  $1.5 \times$  Tasa Metabólica Basal. En estadios precoces los requerimientos para ganar peso varían entre 5-7.5 Kcal/gr.peso.

- 1.3. Según sea la ganancia de peso se realizan incrementos calóricos adicionales: 100-200 kcal/2kgr. peso ganados.
- 1.4. Aporte complementario de otros nutrientes: ingesta proteica 1.5-2 gr/kg de peso y suplementos de minerales y vitaminas.
- 1.5. Restricción inicial de la actividad física, ya que facilita el mantenimiento del TCA: se iniciará una actividad regulada cuando la ganancia ponderal esté estabilizada y de forma paulatina y realizando los correspondientes incrementos calóricos en la dieta. No obstante hay que recordar que la actividad física es un mecanismo protector de la osteoporosis.

**2.- NORMAS DE ALIMENTACION:** También debe ser por indicación con los correspondientes servicios clínicos y de nutrición:

2.1. Alimentación parenteral: Se prescribirá cuando:

2.1.1. Desnutrición severa.

2.1.2. Pérdida de peso  $> 40-60\%$  peso.

2.1.3. Inestabilidad metabólica y electrolítica.

2.1.4. RIESGOS: Propios de la técnica.

Derivados de realimentación rápida.

2.2. Alimentación enteral:

2.2.1. Indicaciones similares a las anteriores.

2.2.2. La más indicada fisiológicamente en esos casos.

2.2.3. NUNCA SE UTILIZARA COMO CASTIGO, sino que es un apoyo al tratamiento dietético.

2.2.4. Precisa buena función gastrointestinal.

2.2.5. RIESGOS: Ileo paralítico por hipokaliemia.

Erosión-ulceración mucosa esofágica.

Perforaciones traumáticas (sobre todo en desnutridos graves).

2.3. Alimentación oral:

2.3.1. Aporte calórico progresivo, reduciendo al principio los carbohidratos y grasas.

Riesgos: Dilatación gástrica aguda.

Bezoars.

Hiperglucemias.

Insuficiencia cardíaca congestiva.

2.3.2. Reinicio con dieta líquida a la razón de 1-2 kcal/cc. Disminuye de forma precoz la ansiedad frente a los alimentos.

2.3.3. Paulatinamente llegar hasta 2.500 kcal. /día.

2.3.4. Regularizar los horarios de comidas, comprendido un espacio de

selección de menús no superior a los 15 minutos. Secuenciar las comidas: 30 minutos para cena y comida y 15 minutos para desayuno y merienda.

2.3.5. Vigilancia: si se deja comida se añade cuantía calórica en la siguiente comida.

### **3.- EVALUACION EVOLUTIVA:**

3.1. La pesada inicial se realizará cada dos días y no se le dirá el peso exacto al niño/a.

3.2. Expectativa de ganancia de peso.

3.2.1. 120-150 gr/día sería lo normal.

3.2.2. < 100 grs/día: revisar el aporte calórico.

3.2.3. > 300 grs/día: ingestar excesivas de líquidos, edemas por realimentación rápida, ingestas compulsivas.

3.3. Estabilización evolutiva: ganancia en torno a 1 kg/semmana.

3.4. Establecer un programa con equivalencias dietéticas para que pueda elegir entre comidas de alto valor calórico y poco volumen, pero que esa elección sea de forma controlada.

## **PRONOSTICO**

### **1.- CRITERIOS DE CURACION:**

1.1. Aceptación de un peso adecuado para su edad y talla.

1.2. Restauración de la función menstrual, no es extraño que sea la más tardía en aparecer.

1.3. Desaparición o mitigación de las alteraciones psicopatológicas.

1.4. Mantenimiento de la buena evolución durante 4 años.

### **2.- SEGUIMIENTO:**

2.1. Durante los 2 primeros años las crisis son posibles y con relativa frecuencia.

2.2. Controles mensuales durante el primer año:

2.2.1. Revisando las pautas de alimentación.

2.2.2. Revisiones clínicas y analíticas.

### **3.- PRONOSTICO DESFAVORABLE:**

3.1. Obesidad premórbida de inicio.

3.2. Comienzo tardío del proceso, se acepta que cuanto más precoz sea el inicio del cuadro clínico tiene un pronóstico más favorable.

3.3. Retraso en el inicio integral del tratamiento o un tratamiento parcial o sesgado y descontextualizado o sin asegurar la continuidad terapéutica.

- 3.4. Hospitalización previa sin éxito terapéutico.
- 3.5. Desarrollo de bulimia, tras una fase inicial de anorexia.
- 3.6. Persistente inmadurez sexual.
- 3.7. Contexto familiar muy disfuncional y patógeno, pues cronifica un tipo de relación y dificulta el cumplimiento de las prescripciones terapéuticas.
- 3.8. Prescripciones culpabilizadoras y amenazantes desde cualquiera de los niveles asistenciales.

## LA TOMA A CARGO EN LOS TCA

Jeammet sistematiza magistralmente la actitud de los servicios asistenciales frente a estos difíciles casos, sobre todo para evitar la secuencia que Sastre señalaba de forma honesta y que hemos reseñado con anterioridad. Esta toma a cargo tiene los siguientes contenidos:

1º No permitir que estas/os pacientes se encierren en la conducta adictiva, para ello es preciso poner límites evitando que sean contradictorios, pero soslayando la agresividad. En este sentido es preciso reseñar la significación de los posibles ingresos hospitalarios: no son un castigo o una venganza, sino que deben ser considerados como una restitución de la función materna.

2º Reinvertir la función narcisista: para ello es preciso aceptar que no existe un modelo ideal de persona humana y que el narcisismo no es patológico en sí mismo, salvo que el funcionamiento narcisista se repita reiteradamente, de forma dominante y/o como única característica también de las conductas hacia el exterior.

3º Es preciso trabajar con las figuras parentales todo lo relativo al conrainvestimento/reinvestimiento de la ambivalencia que representa todo el proceso de dependencia/autonomía de los hijos/as y, sobre todo, en la etapa de la adolescencia.

La clave para la toma a cargo de forma productiva consiste en **evitar dar una única respuesta terapéutica**. La división del trabajo del equipo es un factor dinámico, ya que evita la posible manipulación de las impresiones por parte de las/os pacientes y de sus familias de cada parte del equipo.

De aquí la importancia de saber simultanear las psicoterapias individuales, desde luego de forma integrada es decir: psicoterapia junto con el tratamiento psicofarmacológico pertinente. En nuestra experiencia, este abordaje hace más permeable la intervención psicoterapéutica, disminuye sensiblemente la dosis de fármaco, acorta la fase aguda y permite un mejor abordaje por parte de otros miembros del equipo al incrementar la confianza de la paciente y la familia en la intervención terapéutica. Dichas psicoterapias pueden/deben simultanearse con terapias familiares, bien sea de orientación sistémica

y/o dinámica y/o cognitivo-conductual, según la formación base de los psicoterapeutas acreditados que aborden al caso.

Más discutibles son las psicoterapias grupales, dado que según la perspectiva teórica de los terapeutas podrían considerarse unos u otros criterios para el agrupamiento. No obstante, parece existir un consenso en que las AN restrictivas puras, al menos en las primeras fases, la participación grupal es bastante poco eficaz, dado el funcionamiento de la personalidad y de las defensas o mecanismos de afrontamiento; quizá en una segunda fase, tras superar la fase inicial y con cierta conciencia de enfermedad, podrían integrarse de forma paulatina en grupos de discusión o psicoeducativos, donde la intervención de los psicoterapeutas es más directiva. De igual forma parece aceptarse que en las BN el agrupamiento es posible, incluso en grupos heterogéneos.

Por fin, queda señalar la importancia del trabajo con grupos de familias de pacientes y con denominados grupos de autoayuda. La labor psicoeducativa, la participación en grupos de discusión, etc. permite la integración definitiva en el proceso terapéutico, la co-responsabilización en el abordaje y la comprensión del proceso. Los grupos de autoayuda, inicialmente surgieron de las propias familias, se constituyen en un punto de referencia para los momentos de crisis y para superar las recaídas, así como para consolidar la fase de mantenimiento. No obstante es preciso señalar la dificultad del trabajo con este tipo de grupos, pues la búsqueda de alianzas concretas y/o la potenciación del rol "paciente especial" o "familia especial", unido a la existencia de ciertos privilegios, reales o imaginarios, hace que este tipo de abordajes sean una verdadera encrucijada que ya, por sí misma, justificaría el trabajo en equipo y la supervisión del equipo terapéutico.

#### PRINCIPIOS PARA LA PREVENCIÓN DE LOS TCA

- 1.- La alimentación infantil ES ALGO MÁS que el mero balance calórico-proteico correcto.
- 2.- Saber introducir el aspecto relacional, interactivo y cultural desde el principio de las consultas por alimentación, desde la etapa de bebés, es realizar prevención precoz.
- 3.- Evitar las normas rígidas en torno a la alimentación infantil, (horarios, dieta estricta, etc.), con el fin de favorecer la interacción.
- 4.- Huir de los alarmismos y exageraciones tan al uso (anemias, raquitismos, etc.) ante cualquier rechazo alimenticio.
- 5.- NO AMENAZAR ni a la madre/padre ni al niño/a. Saber tolerar las desviaciones culturales y corregirlas con suavidad, con el fin de conseguir la colaboración.
- 6.- ESCUCHAR Y CONTENER las ansiedades de las familias en torno a la alimentación. No hay que olvidar que el desarrollo de la función materna está muy ligado a la alimentación, ya que la madre es la que compra los alimentos, los prepara, cocina, distribuye, etc. empleando buena parte de su tiempo y sus energías en este menester.

- 7.- Evitar tópicos y fórmulas hechas en torno a la alimentación, individualizar lo más posible, con el fin de que se contextualice nuestras orientaciones.
- 8.- **REGULAR RACIONALMENTE** la composición y duración de cada comida y la distribución de ella (p.e. evitar las comidas interminables, cancelar la tentación de dejar para otra hora lo que no quiera ahora, etc.).
- 9.- Señalar que **LOS CAPRICHOS ALIMENTICIOS** son efecto de la **COMODIDAD** de las familias y fuente de obtención de beneficios secundarios para los niños/as, es decir, **EL GUSTO ALIMENTICIO ES EDUCABLE**.
- 10.- Los domicilios familiares **NO DEBEN SER** ni restaurantes (no se come a la carta) ni las madres son cocineras (aunque hagan la comida, pero sólo una y para todos, al menos desde una determinada edad).
- 11.- **EVITAR LAS FIJACIONES ALIMENTARIAS** (p.e. señalar que cada etapa en la infancia tiene unas características y los componentes regresivos como biberón, papillas, dar de comer, etc. son sólo de las primeras etapas del desarrollo humano).
- 12.- **EL ACTO DE LA COMIDA NO DEBE SER UN MARTIRIO** (evitar el martilleo y la vivencia de suplico tanto en las madres como en los niños/as, huir de los chantajes afectivos, la comida no es recorrer pasillos tras el niño, evitar la TV, etc.).
- 13.- Dar tiempo al niño/a y darse tiempo para los cambios y acomodaciones (p.e. el apetito no tiene por qué ser constante y puede que exista alguna época con más o menos apetito, valorar las épocas de mayor tensión como son los exámenes u otro tipo de cambios por pequeños que nos parezcan a los adultos como cambio de casa, colegio, compañeros, etc.).
- 14.- **NO INICIAR EL TRATAMIENTO FARMACOLOGICO DE ENTRADA ANTE CUALQUIER TRASTORNO DE ALIMENTACION** (p.e. evitar los estimulantes del apetito, o los polivitamínicos de complacencia, etc.).

## REPERCUSIONES ASISTENCIALES EN LOS TCA

Existe una creencia bastante extendida, tanto entre los familiares de pacientes, como en los profesionales, para recabar Unidades Específicas para atender los TCA. Pero esta opinión está poco fundamentada y escasamente contrastada. En efecto el origen de estas Unidades Específicas posee un doble origen: surgen en sistemas asistenciales en los que la atención a los trastornos mentales de la infancia y la adolescencia está asegurada por servicios específicos y por profesionales con formación y acreditación específicas. En este caso las Unidades Específicas de contextualizan como un nivel asistencial complementario. Es el caso del Reino Unido, en que el nivel terciario lo constituyen los Servicios de Psiquiatría de la Infancia y la Adolescencia **desde** los que se desarrollan determinadas unidades específicas de investigación y tratamiento, entre las que se encuentran los TCA.

Un segundo origen está representado por USA, su base hay que buscarla en la financiación de la asistencia sanitaria por medio de aseguradoras múltiples. La diferencia entre las aseguradoras se basa en técnicas específicas que se ofertan con el fin de que tengan su correspondiente repercusión en el pago de las cuotas de cobertura asistencial por parte de los mutualistas. Por esta razón proliferan Unidades Específicas por patologías, p.e. ansiedad, depresión, alcoholismo, TCA, etc. pues se convierten en fuente de financiación del sistema en su conjunto: a mayor oferta desde la aseguradora sanitaria, mayor cuota que debe satisfacer el paciente/usuario/cliente. De esta suerte las aseguradoras se diferencian de sus competidoras por la presencia de estos u otros programas. Es obvio que es un esquema propio de la privatización asistencial derivado de la existencia de un aseguramiento múltiple y no de la existencia de un sistema nacional de salud con aseguradora única, como es hasta el momento actual el sistema sanitario español.

## IMPRECISIONES EN LA ESPECIFICIDAD DE LOS TCA

**1. Dudas conceptuales:** No queda lo suficientemente claro si los TCA son un síntoma relacionado con el proceso de alimentación; un signo puesto que se constata de forma objetiva; un síndrome, como conjunto de síntomas y signos comunes con distintas etiologías; un proceso aislado, más que discutible si se considera la multiaxialidad y el proceso de desarrollo; o una categoría estadística, tal y como se recoge en los glosarios de clasificación más utilizados (DSM-IV y CIE-10). En estas imprecisiones conceptuales hemos detectado, al menos, el impacto de tres grupos de factores:

1.1. La presión de la "moda" en diagnosticar el proceso TCA, como alternativa a otras formas de presentación de los trastornos mentales en la adolescencia. Hace unos lustros los conflictos relacionales en estas etapas se solventaban con fugas del domicilio parental, más tarde fueron sustituidas por la realización de conductas parasuicidas y, en el momento actual, se presentan los TCA como forma de "negociar" el conflicto relacional. El impacto "moda" tiene otras dimensiones: presión de los medios de comunicación, el culto a una imagen corporal estándar, la extensión indiscriminada de "dietas" de los famosos en publicaciones de gran difusión en el mundo juvenil, etc.

1.2. El "prestigio" de este tipo de enfermar entre algunos círculos juveniles. Es evidente que decir que se padece un cuadro más severo (p.e. depresión mayor, crisis psicótica, trastorno de conducta severo, TOC o trastorno de la personalidad) podría ser rechazado o tildado de parafernalia psicologizante o psiquiatrizante. Sin embargo, los TCA han adquirido una cierta aureola un tanto mítica para difuminar el proceso subyacente, ya no se contextualiza el TCA en el proceso psicopatológico, sino que se focaliza el problema en el TCA, aquí está la base de buena parte de las consecuencias yatrogénicas que pueden aparecer y que un número, afortunadamente cada vez mayor, de investigadores están alertando en los últimos meses.

1.3. El "prestigio" profesional tampoco ha quedado al margen de esta consideración del impacto actual. La creación de "Unidades específicas" ha contribuido a un cierto mito del "super-especialista", lo que se ha extendido de forma rápida por todo el país con la inestimable colaboración de algunos medios de comunicación social que han difundido datos alarmistas, incompletos, parciales, sesgados y con falta de rigor. Hace unos años había que convencer a Internistas, Pediatras y otros especialistas como Endocrinólogos, para que se contemplara el cuadro denominado AN, hoy en día casi hay que frenar un cierto furor diagnóstico del proceso y reubicar el proceso diagnóstico.

**2. Imprecisiones de las investigaciones al uso:** Una atenta revisión de las publicaciones sobre el tema aporta una curiosa visión del cuadro: incremento de publicaciones de todo tipo sobre los TCA en la práctica totalidad de las publicaciones nacionales e internacionales, sobre todo en los últimos cinco años. Pero el contenido de ellas aporta algunos elementos de sumo interés: la mayoría se remiten a exponer alegaciones que confirmen lo pre-establecido, lo que confirma un seguidismo de moda; contribuye a que el prestigio profesional se asiente, dado que los grupos publican sobre el tema; la mayoría de los trabajos son de tipo descriptivo, en ocasiones desmenuzan la descripción hasta extremos insospechados; apenas existen investigaciones sobre población general y realizadas en diversos niveles asistenciales, se limitan a analizar los casos derivados a su propio servicio; en ocasiones aparece una, calculada(?), confusión causa-efecto en los resultados y conclusiones, como ejemplo se podría citar el reciente trabajo sobre los hallazgos del PET cerebral, se habían realizado en sujetos con diagnóstico de TCA, aparecían solo en una parte y no se aclaraba si esas lesiones eran causa o efecto de la malnutrición (p.e. si hubieran aparecido en la infancia malnutrida de los países en vías de desarrollo, pues se tiene el antecedente de algunas descripciones con la TAC cerebral cuando apareció y luego se comprobó que esas mismas lesiones aparecían en los casos de malnutrición e incluso de deshidratación hipernatrémica).

**3. Impacto en la gestión de servicios:** La creación de Unidades Específicas de TCA, con las líneas definitorias actuales de España, tiene un impacto negativo de gran relevancia:

**3.1. En la eficacia:** Al atender solo un tipo de trastornos, los TCA, se aporta una cobertura muy limitada a la población puesto que la incidencia de los TCA es poco relevante, tal como hemos analizado con anterioridad. Su impacto asistencial hace que aborde un único problema de salud y, por lo tanto, trata pocos casos. La alternativa sería concentrar en una Unidad varias zonas, con ello la eficacia se ve quebrada puesto que se rompe la continuidad de cuidados y, sobre todo, introduce sesgos en el análisis de los datos obtenidos.

**3.2. En la eficiencia:** Precisamente por lo expuesto en el punto precedente, la relación coste/beneficio es muy elevada, al menos por las siguientes razones: sofisticación

asistencial (unidad de hospitalización, cubrir tres turnos diarios, mantenimiento, etc.) elevada para dar muy poca cobertura; la relación profesionales/casos atendidos es muy desbalanceada (p.e. baste con asignar titulados superiores, para que exista una gran inequidad, puesto que en muchos casos son los mismos que se asignan para dar cobertura total a más de 200.000 habitantes); la accesibilidad a dicha unidad está muy limitada y tiene su proceso y protocolo, con el consiguiente encarecimiento de los costes de burocratización; pero sobre todo la continuidad de cuidados, clave en procesos de evolución tórpida y crónica, se ve quebrada. Un ejemplo reciente: en una Comunidad Autónoma uniprovincial del norte de España, pionera en la creación de este tipo de Unidades Específicas, se solicitó a INSALUD la dotación de recursos para una Unidad de Salud Mental Infanto-juvenil, la respuesta del ente gestor fue contundente: ya se aportaba una financiación de varios millones mensuales, buscando esta financiación se encontraba en la Unidad de TCA, la financiación solicitada para la Unidad de Salud Mental Infanto-juvenil era bastante inferior a la que aportaba el INSALUD y la cobertura sería muy superior, según el propio protocolo de solicitud de financiación.

**3.3. En la efectividad:** El grado de satisfacción de profesionales y población inicialmente es satisfactorio, pero a medio y largo plazo aparecen elementos distorsionadores que hacen impacto en la efectividad a ambos niveles:

**3.3.1. En los clientes internos:** Al limitarse a un solo tipo de trastornos los profesionales se exponen a un movimiento pendular: o a una fácil acomodación un tanto rutinaria o bien a caer en el síndrome de "burn-out". Aparecen importantes sesgos a nivel asistencial y a nivel de la formación, con un cierto adultomorfismo muy medicalizado que puede facilitar la disociación en buenos (los de la unidad) y malos (los demás).

**3.3.2. En los clientes externos:** En las/los pacientes que son atendidos en estas unidades específicas se potencia el "rol enfermo especial"; lo que se consolida por la presión de las asociaciones de las asociaciones de familiares, que en este caso pertenecen a la clase social media-alta y conocen los funcionamientos administrativos, sus recovecos y contradicciones, lo que hace que el impacto de su presión sea francamente desigual en relación a otras asociaciones de familiares. Aparece el impacto de la ruptura de la continuidad asistencial: incremento de desplazamientos, confusión ante la posibilidad de contradicciones en el abordaje entre la Unidad y el profesional del territorio de origen.

## ALTERNATIVAS PARA LA COMPRESION Y EL ABORDAJE DE LOS TCA EN LA ADOLESCENCIA

Seguiremos el esquema marcado en el apartado de las imprecisiones, con el fin de poder comparar la exposición.

**1. Alternativas conceptuales:** Frente a la preponderancia de los aspectos descriptivos, sugerimos el estudio de los contenidos psicopatológicos de los TCA. Desde esta perspectiva nos obliga a considerar que es un grupo de trastornos que aparece en la infancia y la adolescencia, por lo que representa una de las formas de expresión fundamental de los trastornos mentales, en términos de Kreisler, en estas etapas de la vida, lo que hace que para el diseño de investigaciones y aproximaciones conceptuales se precise contemplar la perspectiva de la psicopatología del desarrollo, según los fundamentos aportados por Rutter y Graham entre otros. En este contexto cabe señalar un equívoco, en nuestra opinión, al considerar la presencia de otros trastornos mentales asociados como co-morbilidad, creemos que el término co-morbilidad resulta insuficiente ya que significaría concurrencia casi por efecto del azar, simultaneidad de trastornos. Frente a esta concepción un tanto reduccionista, proponemos la más firme tradición de la psicopatología del desarrollo de considerar la evaluación de los trastornos mentales desde la multiaxialidad; esta perspectiva obliga a delimitar lo que son concurrencia de trastornos, pero también a contextualizarlos en el marco de otras dimensiones y ejes que complementan la evaluación psicopatológica. P.e. mucho se ha escrito acerca de las tentativas de suicidio en los TCA, bien estudios recientes aportan que la presencia de conducta suicida en la AN podría presentarse en procesos de larga evolución y en los que aparecen consumo de sustancias (alcohol o drogas) y en el marco de una ideación obsesiva; mientras que en la BN las tentativas suicidas aparecieron en el seno de trastornos psiquiátricos y, sobre todo, cuando en los antecedentes aparecían antecedentes de abusos sexuales.

En la \*Tabla XVII aportamos un modelo conceptual y comprensivo para los TAC desde la perspectiva del funcionamiento psicósomático. Para la presencia de TCA se precisan unos factores predisponentes de tipo individual (p.e. factores constitucionales, TOC, rasgos esquizoides de la personalidad, y la historia precedente de maltrato físico y/o abuso sexual en la infancia); factores familiares, sobre todo en la resolución de los conflictos relacionales y los factores culturales, entre los que destacan la preocupación excesiva actual por la delgadez, sobre todo en el seno del cambio actual de roles de la mujer en la cultura occidental.

Estos factores predisponentes deben actual sobre una vulnerabilidad hacia los TCA, esta vulnerabilidad está latente y debe sufrir el impacto de unos factores precipitante, que la mayor parte tienen relación con el tipo y funcionamiento de la conducta vincular y de las figuras de apego; por ello estos factores precipitantes de los TAC han sido identificados como las respuestas a los procesos de separación, pérdida y duelo de figuras significativas, sean de forma real o simbólica; la ruptura brusca de la homeostasis familiar (p.e. separaciones, divorcios, abandonos del hogar, accidentes, etc.); la presencia de nuevas demandas en el entorno que se presentan de forma aguda y/o con escaso tiempo de elaboración y adaptación, pidiendo respuestas concretas en espacios cortos de tiempo; baja autoestima, hacia el valor físico, psíquico y social propio frente a sí mismo y a los demás; enfermedades personales, de mayor

impacto son los procesos crónicos y sobre todo si incluyen un tipo de dietas en el tratamiento; las demandas propias de la etapa evolutiva, como la adolescencia con sus cambios de la imagen corporal, cambios relacionales, las "ideas" transmitidas acerca de la alimentación; pero sobre todo el factor precipitante de mayor impacto es la presencia de dietas, más o menos, especiales que se difunden sin ningún tipo de control en publicaciones juveniles y se asocian a las dietas seguidas por las denominadas top-model o figuras del cine; el impacto de estas dietas es de tal importancia que al comparar la presencia de TCA en sociedades occidentales y orientales se comprueba que los TCA aparecen en la conducta oriental cuando se introduce la dieta occidental o se inician dietas similares a las publicadas en occidente, abandonando las costumbres propias de su cultura de origen.

La acción de estos factores precipitantes sobre la vulnerabilidad previa, hace que se precipiten los síntomas que identifican a los TCA. Pero se precisa la presencia de unos factores de mantenimiento que actúan sobre los factores precipitantes para que su acción haga que perduren los TCA. Estos factores mantenedores son: el síndrome de inanición consecuente a los TCA; la presencia de vómitos, sobre todo en relación con atracones o tras una pequeña ingesta; los cambios de la fisiología gastrointestinal como consecuencia de la alteración alimenticia y nutritiva; las alteraciones perceptivas, tanto de las sensaciones corporales (p.e. confundir la sensación de hambre con dolor intestinal, reminiscencia de etapas infantiles; o la alteración sobre la percepción de la propia imagen corporal en cuanto a la delgadez/gordura, cuando se identifica correctamente en los otros); distorsiones cognitivas, sobre todo del tipo de creer/creerse que su razonamiento es el que contiene mayor nivel de certeza y el funcionamiento aparentemente lógico pero en construcciones de sofismas. Dos aspectos clave se sitúan en los efectos yatrogénicos, la intervención de los profesionales define el concepto del trastorno, le da un pronóstico, aporta un tratamiento y oferta un tipo de comprensión de forma integrada y contextualizada o, por el contrario, sesga y focaliza, esta confusión de la parte por el todo tiene efectos yatrogénicos de singular relevancia, incluso de hacer "responsable" a los TCA de todo tipo de trastorno relacional, estos efectos yatrogénicos son más fáciles de presentarse y de una forma mucho más sutil cuando se establecen el desarrollo de unidades específicas para los TCA, puesto que el rol enfermo especial se incrementa y el saber del profesional se convierte en poder. El segundo aspecto, en el campo de los profesionales, consiste en la co-morbilidad: ¿a qué se llama co-morbilidad? ¿qué trastorno toma importancia para la prescripción terapéutica?

**2. Alternativas a la investigación en TCA:** Se están realizando múltiples esfuerzos con protocolos de investigación multicéntrica, esperemos que corrijan alguna de las distorsiones expuestas con anterioridad. Nos permitimos señalar algunos pre-requisitos para las investigaciones en este campo: se precisa de diseños exigentes en cuanto al método epidemiológico, es decir referidos a población y territorio concretos, lo que permite saber la incidencia y prevalencia del trastorno. Los instrumentos a emplear, al menos inicialmente y en la primera fase de la investigación epidemiológica, deberían

ser instrumentos estándares de evaluación y screening, para en la segunda fase poder ser más precisos, esta metodología evitaría sesgos y daría credibilidad científica a las investigaciones. Los estudios de seguimiento longitudinal precisan de instrumentos sofisticados, los RACP serían imprescindibles si se quiere aportar la secuencia de uso de dispositivos, quien interviene y tipo de intervención de acuerdo al diagnóstico emitido. Intentar discernir en los resultados entre causa y efecto de los hallazgos, lo que implica una gran modestia ante los resultados por parte de los equipos de investigadores e incluir las diferentes perspectivas en la interpretación de los resultados obtenidos.

**3. Alternativas asistenciales en el caso de los TCA:** Frente a las Unidades específicas para los TCA, se precisa un desarrollo estable y suficiente para el conjunto de la infancia y la adolescencia con trastornos mentales y emocionales. Este sistema de atención debe ser flexible, moderno, adecuado a las características de la población que va a atender y, sobre todo, integrado en el conjunto de la asistencia sanitaria para ese rango de edad.

**3.1. Incrementar la eficacia:** Se precisan servicios que atiendan al conjunto de los trastornos mentales de la infancia y la adolescencia, lo que hace incluir el proceso del desarrollo y las diferentes formas de expresión diferenciada de dichos trastornos en estas etapas del desarrollo humano. Por ello la única forma consiste en establecer una atención integrada en un territorio determinado donde se contemple, sobre todo, la atención a la adolescencia en su conjunto, dado que esta etapa está con poca cobertura y los servicios tienen muy escasa adecuación (tanto de locales como de personal y funcionamiento institucional) a los requisitos y necesidades de los y las adolescentes.

**3.2. Incrementar la eficiencia:** La propuesta consiste en adecuar los recursos (materiales, económicos y humanos) para atender al conjunto de la población infanto-juvenil de un territorio determinado, por lo que el incremento de población atendida y de trastornos identificados y a los que se da respuesta, hace que los costes sean menores. De esta suerte se diferencia, de forma clara, financiación de asistencia; en efecto, la creación de unidades específicas para atender determinados procesos es propia de la influencia de USA, donde existen aseguradoras múltiples y las pólizas aportan múltiples posibilidades, atender procesos se convierte en una fuente de financiación del sistema y de los servicios a la par que diferencia a unas aseguradoras de otras, pero este no es el caso de los países que tienen una aseguradora universal, como es el nuestro. Otro aspecto para mejorar la eficiencia consiste en la elaboración conjunta de protocolos de identificación e intervención de trastornos mentales en la infancia y la adolescencia, estos protocolos abarcan a los diversos niveles asistenciales y se aplican al conjunto de la población de un territorio.

**3.3. Incrementar la efectividad:** Esta alternativa que proponemos incrementa y consolida el grado de satisfacción de los profesionales y de la población en base a

algunos planteamientos fundamentales:

**3.3.1. Clientes internos:** La diversificación de tareas al atender al conjunto de una población infanto-juvenil a lo largo de la totalidad del proceso evolutivo hace que incremente la motivación por el trabajo, aportando como instrumento fundamental la adecuación de los planes de formación continuada a la demanda real, diferenciando de forma rotunda la financiación de la asistencia, reconociendo el trabajo en equipo y asegurando la accesibilidad por parte de la población al servicio asistencial al favorecer y desarrollar la continuidad asistencial. De esta suerte se evita el adultomorfismo asistencial de soslayar los temas escabrosos de la práctica asistencial, derivándolos fuera del circuito asistencial hacia unidades/servicios especiales.

**3.3.2. Clientes externos:** Les centra el conjunto de sus demandas al contextualizar los procesos y los TCA con los factores expuestos con anterioridad y la etapa del desarrollo. Además se trasmite la disminución de la desigualdad, al hacer exigir que la asistencia sea para el conjunto de los niños/as y adolescentes y no solo para una minoría, de esta suerte se establece de forma unificada la accesibilidad a los servicios asistenciales con la necesaria continuidad asistencial de forma comprensible para el conjunto de una población en un territorio. En definitiva la alternativa que aporta un elevado grado de satisfacción es que se trasmite y se perciba que se atienden a adolescentes que tienen un tipo de trastorno mental, que esta atención es de calidad e individualizada, mientras que en las unidades específicas se aporta atender a un proceso, aunque sea con mucho fundamento se despersonaliza por descontextualizar al sujeto de su entorno.

## CONCLUSIONES

### 1º En cuanto a la entidad de los TCA:

1.1. Los TCA son un síndrome estadístico y clínico, pero no representan un cuadro/proceso clínico aislado.

1.2. Al presentar en todas las etapas del desarrollo humano, desde la primera infancia hasta la etapa de adulto joven, estos TCA representan una forma de presentación muy relevante de los trastornos mentales, en el seno de dos referentes fundamentales: el proceso vincular y la organización psicósomática.

1.3. La presentación de los TCA no se supedita solo a la presencia de factores de riesgo individuales, familiares y/o socio-culturales, sino que precisa una vulnerabilidad vincular y la concurrencia de factores precipitantes y la existencia de factores de mantenimiento una vez que se ha instaurado el cuadro clínico.

1.4. Es preciso más estudios de contenidos psicopatológicos con el fin de profundizar en las coincidencias entre los TCA y las conductas adictivas y los trastornos de personalidad.

1.5. Parece más pertinente hablar de multiaxialidad, en el sentido que se le otorga en Psicopatología del desarrollo, que simplemente de co-morbilidad.

## **2º En referencia a los datos epidemiológicos:**

2.1. Existen escasos estudios epidemiológicos con metodología rigurosa (en doble fase) y referidos a población general.

2.2. No parece confirmarse, de los datos existentes, que los TCA están representando una "epidemia" en la adolescencia, ya que las tasas de incidencia interanual de AN permanecen bastantes constantes a lo largo del tiempo y al aplicar criterios DSM-IV o CIE-10 solamente el 60% de los casos remitidos confirman su diagnóstico clínico. Sin embargo las tasas de incidencia interanual de BN se han triplicado en los últimos diez años, aunque solamente algo más del 50% de los casos derivados cumplían los criterios DSM-IV o CIE-10.

2.3. El aparente incremento de casos de TCA responde al cambio efectuado en tres esferas: en la de los criterios diagnósticos, con una mayor precisión derivada de la utilización de los nuevos sistemas de clasificación de los trastornos mentales; en la de los servicios médicos generales, con una mayor sensibilidad hacia este tipo de trastornos; y, en tercer lugar, al cambio en los criterios y atención hospitalaria de estos procesos, con el desarrollo en algunos países de Unidades Específicas que focalizan la demanda y aportan fuentes de financiación de forma específica (sobre todo en los sistemas sanitarios con aseguramiento múltiple).

2.4. Una razón fundamental del aparente incremento de los casos atendidos hay que buscarla en una cierta alarma social creada en torno a este tipo de procesos y al impacto de determinado grupo de profesionales y de familiares de cara a este tipo de padecimientos.

## **3º En referencia a la asistencia:**

3.1. Se precisa una información y formación mayor de los profesionales sanitarios en lo tocante a los contenidos de la psicopatología del desarrollo y a las formas de expresión de los trastornos mentales en cada etapa.

3.2. La labor de interconsulta y enlace entre los diversos niveles asistenciales sanitarios debiera incrementarse, dado que el trabajo en equipo es clave para el abordaje terapéutico de este tipo de TCA, dada la complejidad de la presentación clínica y del diseño terapéutico.

3.3. Aunque esté muy extendida la creencia de la necesidad de Unidades Específicas para la asistencia de los TCA, este tipo de dispositivos asistenciales debieran desarrollarse una vez que se encuentre consolidada la atención a los trastornos mentales de la infancia y la adolescencia en su conjunto, por el gran componente del impacto del proceso de desarrollo y de los establecimientos vinculares. Hay que considerar que las indicaciones de ingreso no superan el 30% de los casos diagnosticados como TCA, lo que haría a las Unidades Específicas, si se desarrollaran de forma aislada, unos dispositivos poco eficaces, ineficientes y escasamente efectivos

a medio y largo plazo.

3.4. No se debe aportar una respuesta terapéutica única a este tipo de pacientes y a sus familias, por la tendencia a la obtención de beneficios secundarios y la búsqueda de conocimientos pseudocientíficos, lo que dificultaría el tratamiento de forma correcta.

**4º Se precisan más investigaciones, sobre todo multicéntricas, en este tipo de trastornos, preferentemente en tres campos: investigaciones epidemiológicas referidas a población general con metodología rigurosa; contenidos psicopatológicos y las investigaciones de seguimientos longitudinales,** sobre todo las referidas a los diferentes tipos de tratamientos y la necesidad de tratamientos integrados.

## **BIBLIOGRAFIA**

- Abraham, S. & Llewellyn-Jones, D.: Anorexia y bulimia. Madrid: Alianza, 1994.
- Ainsworth, M.: Patterns of attachment. Erlbaum: Hillsdale, N.J., 1978
- Allard, C.: Psychothérapie et image du corps chez l'enfant. París: Masson, 1993.
- Alonso Fernández, F.: Las adicciones sin drogas. Conferencia inaugural de la Real Academia Nacional de Medicina. Madrid, 1.995.
- American Psychiatry Association: DSM-IV. Barcelona: Masson, 1993.
- American Psychiatry Association: Directrices para la práctica clínica de los trastornos de la conducta alimentaria. Barcelona: EDIKA, MED, 1.995.
- Ballabriga, A.: Hacia una nueva Pediatría. Bol. Pediatría, 1995, 36: 163-73.
- Balleyguier, G.: Le développement de l'attachement selon le tempérament du nouveau-né. Psychiatr. Enfant, 1991 XXXIV, 2, 641-657.
- Baravalle, G.; Jorge, C.H. & Vaccarezza, L.E. Anorexia: Teoría y clínica psicoanalítica. Barcelona: Paidós, 1993.
- Barnard, K. E. & al.: Caring for high-risk infants and their families. En M. Green (Edt.): The Psychosocial aspects of the family. Lexington: D.C. Heath, 1985.
- Bauleo, A.; Duro, J.C. & Vignale, R.: La noción operativa de grupo. Madrid: AEN, 1990.
- Bayo, C.: Interacciones madre-bebé en situaciones de riesgo. I Congreso Internacional Infancia y Sociedad. Madrid: Ministerio de Asuntos Sociales, 1991.
- Bayo, C.: Intervención terapéutica familiar: Vinculación, separación-individuación en TCA. Jornadas de AETCA, Madrid, 1.997.
- Beaty, S.R.: Continuity of Care: The Hospital and the Community. London: Grune & Stratton, 1980.
- Bowlby, J.: El vínculo afectivo. Buenos Aires: Paidós, 1979.
- Bowlby, J.: La separación afectiva. Buenos Aires: Paidós, 1980.
- Bowlby, J.: La pérdida afectiva. Buenos Aires/Barcelona: Paidós, 1986.
- Brazelton, T.B.: El saber del bebé. Barcelona: Paidós, 1987. - Brazelton, T.B.:

Escuchemos al niño. Madrid: Plaza y Janés, 1989.

- Brusset, B.: L'assiette et le miroir: L'anorexie mentale de l'enfant et de l'adolescent. Toulouse: Privat, 1991.

- Buck, C. de; Matot, J.P.: Hospitalisation en pédiatrie d'enfants ou adolescents présentant une problématique psychologique ou/et sociale. Neuropsychiatr. Enfance Adolesc., 1996, 44(12), 604-8.

- Burns, B.J.: Mental Health Services Use by Adolescents in the 1970s and 1980s. J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry, 1991, 30,1 (january), 144-150.

- Cahn, R.: La Psicopatología del adolescente hoy. Confrontaciones Psiquiátricas, 1990, 24, 37-61.

- Calvo, R.: Abordaje terapéutico de la paciente anoréxica crónica. Jornadas AETCA, Madrid, 1997.

- Carney, C.P.; Andersen, A.E.: Eating Disorders: Guide to Medical Evaluation and complications. The Psychiatric Clinics of North America, 1996, 19(4), 657-79.

- Conde, V.; Ballesteros, C.: La psicopatología y la psiquiatría infanto-juveniles desde la perspectiva de la psiquiatría del adulto. En J. Rodríguez-Sacristán (Edt.): Psicopatología del niño y del adolescente. Sevilla: Ediciones de la Universidad de Sevilla, 1.995, tomo II, págs. 1017-1070.

- Conde, V.J.Mª; Ballesteros, M.C.; Franco, M.A. & Geijo, M.S.: Evaluación crítica de la utilización de antidepresivos en la infancia. Act. Luso-Esp. Neurol. Psiquiatr., 1997, 25, 2, 105-17.

- Conde, V.J.Mª; Ballesteros, M.C.; Franco, M.A. & Geijo, M.S.: Evaluación crítica de la utilización de antidepresivos en la adolescencia. Act. Luso-Esp. Neurol. Psiquiatr., 1997, 25, 4, 251-70.

- Cosnier, J.: Observation directe des interactions précoces, ou les bases de l'épigégese interactionnelle. Psychiatrie de l'Enfant, 1984 27, 1, 107-126.

- Cramer, B.; Stern, D.: Psychiatrie du bébé: nouvelles frontières. París: Eshel & Méd. & Hygiène, 1988.

- Crespo Hernández, M.: Pediatría 1997: En la frontera de dos siglos (Cambios necesarios en el quehacer y en el enseñar). Discurso de ingreso en la Real Academia de Medicina de Asturias y León. Oviedo, 1997.

- Cruz Hernández, M. (Edt.): Tratado de Pediatría. 7ª Edición. Barcelona: Espax, 1995.

- Davahloo, H.: Psicoterapia breve. Madrid: Door, S.L. Ediciones, 1992.

- Espina, F.: Abordajes individual (dinámico) y familiar (sistémico) en la AN y BN. Jornadas de AETCA. Madrid, 1997.

- Fava, M.; Abraham, M.; & cols.: Eating Disorders symptomatology in Major Depression. The Journal of Nervous and Mental Disease, 1997, 185(3), 140-44.

- Favaro, A.; Santonastaso, P: Suicidality in eating disorders: clinical and psychological correlates. Acta Psychiatr. Scand., 1997,95: 508-14.

- Fernández, R.; García Carvajosa, M.A. & Pedreira, J.L. (Coords.): La contención. Madrid: AEN, 1990.

- Fernandez, F.; Ayats, N.; Jiménez, S.; Saldaña, C.; Turón, J.V. & Vallejo, J.: Entrenamiento en habilidades conversacionales en un grupo ambulatorio de pacientes anoréxicas. Un diseño de línea base múltiple. Análisis y Modificación de Conducta,

1997, 23, 87, 5-22.

- Fombonne, E.: Anorexia Nervosa: No evidence of an increase. Br. J. Psychiatry, 1995, 166: 462-71.
- Forfar, J.O.: Child Health in a changing Society. Oxford: Oxford University Press, 1988.
- Freud, S.: Inhibición, síntoma y angustia. En: Obras Completas. Madrid: Biblioteca Nueva, 1976.
- Freud, S.: Análisis de la fobia de un niño de cinco años. Opp. cit.
- Garfinkel, B.D.; Carlson, G.A. & Weller, E.B. (Edts.): Psychiatric Disorders in Children and Adolescents. Montreal: W.B. Saunders Company, 1990, págs. 106-20.
- Garfinkel, P.E. & Garner, D.M.: Anorexia Nervosa: A Multidimensional Perspective. New York: Basic Books, 1982.
- Garfinkel, P.E.; Lin, E.; Goering, P & cols.: Bulimia Nervosa in a Canadian community sample: Prevalence and comparison of subgroups. Am. J. Psychiatry, 1995, 152: 1052-58.
- Gauvain-Piquard, A.: Le nourrisson qui a mal. Devenir, 1990, 2, 10-22.
- Glasserman, M.R. & Sirlin, M.E.: Psicoterapia de grupo en niños. Buenos Aires: Nueva Visión, 1984.
- Gonzalez de Rivera, J.L.: La práctica psicósomática. Madrid: Publicaciones Científicas Roche, 1.983.
- González de Rivera, J.L.: Tratamiento psicoterapéutico. En J. Rodés & J. Guardia (Dirts.): El manual de Medicina. Barcelona: Masson-Salvat, 1993, págs. 1020-27.
- Graham, Ph.: Child Psychiatry: A developmental Approach. Oxford: Oxford University Press, 1991, págs. 73-95.
- Grassi, A. & Falzoni, M.C.: Mental Health in young people. A descriptive study. Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol., 1991, 26, 183-186.
- Heatherton, T.F.; Mahamedi, F.; Striepe, M.; Field, A.E. & Keel, P.: A 10-year longitudinal study of Body Weight, Dieting and Eating Disorders Symptoms. Journal of Abnormal Psychology, 1997, 106(1), 116-25.
- Hekier, M. & Miller, C.: Anorexia-bulimia: Deseo de nada. Barcelona: Paidós, 1.994.
- Herzog, D.B.; Nussbaum, K.M. & Marmor, A.K.: Comorbidity and outcome in Eating Disorders. The Psychiatric Clinics of North America, 1996, 19(4), 843-59.
- Hill, P.: Adolescent Psychiatry. London: Churchill Livingstone, 1989.
- Hsu, L.K.G.: Is weight phobia always necessary for a diagnosis of anorexia nervosa? Am. J. Psychiatry, 1993, 150: 1466-71.
- Hsu, L.K.G.: Epidemiology of the Eating Disorders. The Psychiatric Clinics of North America, 1996, 19(4), 681-700.
- Hsu, L.K.G. & Sobkiewicz, T.A.: Body image disturbance: time to abandon the concept for eating disorders. International Journal of Eating Disorders, 1991, 10: 15-30.
- INSALUD: Programa de atención de los trastornos de la conducta alimentaria. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 1.995.
- Jeammet, J.: La toma a cargo psicoanalítico en los TCA. Jornadas de AETCA, Madrid, 1997.
- Jellinek, M.S. & Herzog, D. B.: Psychiatric aspects of General Hospital Pediatrics.

Chicago: Year Book Medical Publishers, 1990.

- Jimerson, D.C.; Wolfe, B.F.; Brotman, A.W. & Metzger, D.: Medications in the treatment of Eating Disorders. The Psychiatric Clinics of North America, 1996, 19(4), 739-53.

- Johnson, C.J. & Taylor, C.: Working with difficult-to-treat Eating Disorders using an integration of twelve-step and traditional Psychotherapies. The Psychiatric Clinics of North America, 1996, 19(4), 829-41.

- Kazdin, A.E.: Child Psychotherapy: Developing and identifying effective treatments. New York: Pergamon Press, 1988.

- Kearfott-Hill, K.S. & Hili, D.B.: The biological substrate of eating disorders. Current Opinion in Psychiatry, 1997, 10: 296-99.

- Kestemberg, E.; Kestemberg, J & Decobert, S.: El hambre y el cuerpo. Madrid: Espasa-Calpe, S.A., 1.976.

- Klaus, M.H. & Kennell, J.H.: La relación madre-hijo. Buenos Aires/Madrid: Panamericana, 1978.

- Kleifield, E.I.; Wagner, S. & Halmi, K.A.: Cognitive-Behavioral treatment of Anorexia Nervosa. The Psychiatric Clinics of North America, 1996, 19(4), 715-37.

- Klein, R. G. & Last, C. G.: Anxiety disorders in children. London/New Delhi: Sage, 1989.

- Koot, H.M. & Verhulst, F.C.: Prevalence of problem behavior in dutch children aged 2-3. Act. Psychiatrica Scand., 1991, 83 (supp. 367), 1-37.

- Kreisler, L.: Problèmes spécifiques de classification en psychiatrie dans le premier âge. Propositions nosographiques nouvelles. Confrontations Psychiatriques, 1984, 24, 222-250.

- Kreisler, L.: Le nouvel enfant du desordre psychosomatique. Toulouse: Privat.ouvelles. Confrontations Psychiatriques, 1988, 24, 221-250.

- Ladame, F. & Jeammet, Ph.: La Psychiatrie de l'adolescence aujourd'hui. Paris: PUF, 1986.

- Lahalle, H.: Psicología de los adolescentes. Barcelona: Crítica, 1986.

- Lang, J.L.: Introducción a la psicopatología infantil. Madrid: Paraninfo, 1.985.

- Lebovici, S.: Le nourrisson, la mère et le psychanalyste. Paris: Le Centurion/Paidos, 1983.

- Lebovici, S; Weil-Halpern, F.: Psychopathologie du bébé. Paris: PUF, 1991.

- Lindström, B. & Spencer, N.: Training Course in Social Pediatrics: Pre-school Period. Gotteborg: Nordic School of Public Health-European Society for Social Pediatrics, 1989.

- López, F.: Vínculos afectivos y salud. En J.L.Pedreira (Coord.): Gravedad psíquica en la infancia. Madrid: AEN-Ministerio Sanidad y Consumo, 1988, págs. 3-38.

- López-Ibor Aliño, J.J. (Coord.): CIE-10: Manual y glosario para los trastornos mentales. Madrid: Smithkline-Beecham, 1992.

- Lowe, M.R.; Gleaves, D.H. & cols.: Restraint, Dieting, and the continuum model of Bulimia Nervosa. Journal of Abnormal Psychology, 1996, 105(4), 508-17.

- Lucas, A.R.: The Eating Disorder "epidemic": More apparent than real? Pediatric Annals, 1992, 21, 746-51.

- Lucas, A.R.; Beard, C.M.; O'Fallon, W.M. & cols.: 50-year trends in the incidence of Anorexia Nervosa in Rochester, Minn: A population-based study. American Journal of Psychiatry, 1991, 148, 917-22.
- Macias, M.: Les fonctions cible de l'investissement maternel. Devenir, 1991, 3, 2, 51-59.
- Macias, M.: Regarding the quality of the relationship between the mother and her baby. Second Delphi International Psychoanalytic Symposium. Greece, 1988.
- Manchi, M & Cohen, P.: Early Childhood Eating Behavior and Adolescent Eating Disorders. Journal Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry, 1990, 29: 112-17.
- Mardomingo, M<sup>a</sup>.J. & Rodríguez Ramos, P.: Psicofarmacología en Psiquiatría Infantil. Madrid: Diaz de Santos, 1997.
- Mazet, Ph.; Stoleru, S.: Psychopathologie du nourrisson et du jeune enfant. París: Masson, 1988.
- McNab, F.: Brief Psychotherapy: An integrative approach in Clinical practice. New York: John Wiley & Sons, 1991.
- Mille, C.; Daroux, J.L.; Bourgain, A. & Laurent, B.: L'anorexique et sa famille: ou l'esprit de corps à corps perdu. Neuropsychiatr. Enfance Adolesc., 1996, 44(11), 555-59.
- Minuchin, S.: Familias y Terapia familiar. Barcelona: Gedisa, 1979.
- Minuchin, S.: Caleidoscopio familiar. Barcelona: Paidós, 1986, págs. 88-114.
- Mitchell, J.E.: A review of the controlled trials of Psychotherapy for Bulimia Nervosa. J. Psychosom. Research, 1991, 35 (suppl. 1), 23-32.
- Mitchell, J.E.; Pyle, R.L.; Eckert, E.; Hatsukami, D.; Pomeroy, C. & Zimmerman, R.: A comparison study of antidepressants and structured intensive group psychotherapy in the treatment of Bulimia Nervosa. Arch. Gen. Psychiatry, 1990, 47, 149-60.
- Montagner, H.: L'attachement les débuts de la tendresse. París: Odile Jacob, 1988.
- Morandé, G.: Los lenguajes del bebé. En Actas del XIV Congreso Nacional de Logopedia, Foniatría y Audiología. Madrid: CEPE, S.A., 1987, págs. 47-56.
- Morandé, G.: Atención a la anorexia nerviosa y la bulimia: ¿dónde, quién, cómo? Documentos ADANER, nº 2. Madrid: ADANER, 1997.
- Morandé, G.: Trabajo con la familia en TCA. Jornadas de AETCA, Madrid, 1997.
- National Center for Clinical Infant Programs: Diagnostic Classification of Mental Health and Developmental Disorders of Infancy and Early Childhood. Arlington: National Center for Clinical Infant Programs, 1994.
- Nicolle, M.: Les groupes mères-enfants en PMI. Neuropsychiatrie de l'enfant, 1990, 38, 7, 434-443.
- Patton, G.C. & King, M.B.: Editorial: Epidemiological study of Eating Disorders: Time for a change of emphasis. Psychological Medicine, 1991, 21, 287-91.
- Pavlovsky, E.: Psicoterapia de grupo en niños y adolescentes. Madrid: Editorial Fundamentos, 1981.
- Pedreira, J.L. (Coord.): Gravedad psíquica en la infancia. Madrid: Ministerio Sanidad y Consumo-AEN, 1988.
- Pedreira, J.L.: The Diagnostic problems in Child and Adolescent Psychiatry. En A. Seva (Coord.): European Handbook of Psychiatry and Mental Health. Barcelona:

- Anthropos- Universidad de Zaragoza, 1991, tomo I, págs. 487-512.
- Pedreira, J.L.: Trastornos psicossomáticos y funcionales precoces. En J.L. Pedreira (Coord.): Desarrollo psicossocial de los cinco primeros años de vida. Barcelona: Sociedad Española de Psiquiatría Infanto-juvenil-Centro de Estudios del Menor, 1992.
  - Pedreira, J.L.: Protocolos de Salud Mental Infantil para Atención Primaria. Madrid: ELA-ARAN, S.A., 1.995.
  - Pedreira, J.L.: Los factores psicossociales en la adolescencia. En F. Rodríguez-Pulido; J.L. Vázquez-Barquero & M. Desviat (Dists.): Psiquiatría Social y Comunitaria. Las Palmas de Gran Canarias: Instituto Canario de Estudios y Promoción Social y Sanitaria (ICEPSS), 1997, tomo I, págs. 417-498.
  - Pedreira, J.L.: La vulnerabilidad en la primera infancia. Anales de Psiquiatría, 1997, 13, 7, 299-310.
  - Pedreira, J.L.: Las Psicoterapias en la infancia y la adolescencia: Concepto y aplicaciones clínicas. Psiquis (en prensa).
  - Pedreira, J.L. & Sardinero, E.: La exploración psicomotriz en el primer trimestre de vida. Psicomotricidad, 1989, 33, 47-70.
  - Pedreira Massa, J.L. & Martin-Alvarez, L.: Munchausen syndrome: clinical management and case management. 4th European Conference on Child Abuse and Neglect. Padua, 1.993.
  - Pedreira, J.L. & Kreisler, L.: La psicossomática infantil. En J. Rodríguez-Sacristán, (Edt.): Psicopatología del niño y del adolescente. Sevilla: Ediciones Universitarias de Sevilla, 1.995, tomos II, págs. 1103-1148.
  - Pedreira, J.L. & Sardinero, E.: Prevalencia de trastornos mentales en la infancia en Atención Primaria. Act. Luso-Esp. Neurol. Psiquiatr., 1996, 24, 4, 173-190.
  - Pedreira, J.L. & Suárez, M<sup>a</sup>. E.: Atención de adolescentes con anorexia versus anorexia en adolescentes. Jornadas sobre TCA de AETCA. Madrid, septiembre de 1.997.
  - Peral, M.; Gijon, P.: Trastornos del vínculo. En A.I. Romero & A. Fernández Liria: Salud Mental. Madrid: IDEPSA, 1990, tomo II, págs. 109- 120.
  - Pérez-Sánchez, M.: Psychiatric evaluation of the infant. En A. Seva (Dir.): The European Handbook of Psychiatry and Mental Health. Barcelona: Anthropos-Universidad Zaragoza, 1991, tomo II, págs. 1495-1500.
  - Powers, P.S.: Initial Assessment and Early treatment options for Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa. The Psychiatric Clinics of North America, 1996, 19(4), 639-53.
  - Råstam, M.; Gilbert, C.; Gilbert, I.C. & Johanson, M.: Alexithymia in Anorexia Nervosa: A controlled study using the 20-item Toronto Alexithymia Scale. Act. Psychiatr. Scand., 1997, 95, 385-88.
  - Roberts, M.C. & Walker, C.E.: Casebook of Child and Pediatric Psychology. New York: Guilford Press, 1989, págs. 161-175; 255-280; 404-424.
  - Robinson, H.B. & Robinson, N.M. (eds.): Early Child Care in Britain. London: Gordon & Breach, 1975.
  - Rodríguez-Sacristán, J.: Los síndromes de transición en la adolescencia. Conferencia Extraordinaria. VII Congreso de Psiquiatría Infanto-juvenil. Madrid, 1.994.
  - Rodríguez-Sacristán, J. (Edt.): Psicopatología del niño y del adolescente. Sevilla:

Ediciones Universitarias de Sevilla, 1.995, tomos I y II.

- Rodríguez-Sacristán, J.; Pedreira, J.L.; Menéndez, F. & Tsiantis, J.: La Salud Mental en la Infancia. En J. Rodríguez-Sacristán (Dir.): Psicopatología del niño y del adolescente. Sevilla: Prensas Universitarias de la Universidad de Sevilla, 1995, tomo II, págs. 1349-94.
- Rorty, M. & Yager, J.: Histories of Childhood Trauma and complex postraumatic sequelae in Women with Eating Disorders. The Psychiatric Clinics of North America, 1996, 19(4), 773-91.
- Rubín, M. C.: Ansiedad en la infancia. Madrid: Científica Roche, 1991.
- Rutter, M.; Hussain Tuma, A. & Lann, I.S.: Assessment and diagnosis in Child Psychopathology. London: David Fulton Publishers, 1988.
- Rutter, M.: Psiquiatría del Desarrollo. Barcelona: Salvat, 1989.
- Rutter, M.: La deprivación Materna. Madrid: Morata, 1990.
- Rutter, M.; Taylor, E & Hersov, L. (Edits.): Child and Adolescent Psychiatry. Oxford: Blackwell Scientific Publications, 1994, págs. 425-440.
- Rutter, M.: De los hallazgos en la investigación a la práctica clínica. Córdoba: Fundación Castilla del Pino-Lab. Juste, 1997.
- Sameroff, A.J.; Emde, R.N.: Relationship disturbances in early childhood: A developmental approach. New York: Basic Books, 1989.
- Sami-Ali: Cuerpo real, cuerpo imaginario. Buenos Aires: Pidos, 1.979.
- Sánchez Villares, E. & Sánchez Jacob, M.: Delimitación conceptual y contenido de la adolescencia. Medicine, 1995, 85: 3265-68.
- Sardinero, E.: Las competencias del bebé y la clínica psicosomática del lactante. Curso Medicina Psicosomática. Universidad de La Laguna, 1990.
- Sastre, A.: Debate en Jornadas de AETCA. Madrid, 1997.
- Schmidt, U.; Tiller, J.; Blanchard, M.; Andrews, B. & Treasure, J.: Is there a specific trauma precipitating Anorexia Nervosa? Psychological Medicine, 1997, 27, 523-30.
- Selvini-Palazzoli, M.: Self Starvation. London: Chaucer, 1974.
- Selvini Palazzoli, M.; Cirillo, S.; Selvini, M. & Sorrentino, A.M.: Los juegos psicóticos en la familia. Barcelona: Paidós, 1990.
- Serrano, J.A.; Jetten, P.; Cornu, G. & Charlier, D.: Prise an charge intégrée des pré-adolescentes et des jeunes adolescentes anorexiques. Neuropsychiatr. Enfance Adolesc., 1996, 44(8) 352-61.
- Serrano, I.: La planificación y niveles asistenciales en los trastornos mentales de la infancia en el Reino Unido. Jornada de Trabajo de la Consejería de Sanidad, diputación General de Cantabria. Santander, 1997.
- Shaw, K. & Raj, B.A.: Eating Disorders as models of Psychosomatic illness. En P.S. Powers & R.C. Fernández (Edts.): Current Tratment of Anorexia Nervosa ans Bulimia. (Karger Biobehavioral Medicine Series 4). Basel: Karger, 1984, pág. 143.
- Siksou, J.; Golse, B.: L'ancrage corporel des systèmes de symbolisation précoces. Devenir, 1991, 3, 2, 63-71.
- Speier, A.: Psicoterapia de grupo en la infancia. Buenos Aires: Nueva Visión, 1984.
- Speier, A.: Silvina: Psicoterapia familiar en un caso de anorexia nerviosa. Buenos Aires: Nueva visión, 1986.

- Sperling, M.: The psychosomatic disorders in childhood. New York Arosen, 1984.
- Steinhausen, H.C.; Rauss-Mason, C. & Seidel, R.: Follow-up studies of Anorexia Nervosa: A review of four decades of outcome research. Psychological Medicine, 1991, 21, 447-51.
- Sterling, J.W. & Segal, J.D.: Anorexia Nervosa in males: A critical review. International Journal of Eating Disorders, 1985, 4, 559-72.
- Stern, D.: La primera relación madre-hijo. Madrid: Morata, 1983.
- Stern, D.: Le monde interpersonnel du nourrisson. París: PUF, Le Fil Rouge, 1989.
- Stern, D.: El diario de un bebé. Barcelona: B, 1991.
- Thöma, H. & Kächele, H. (Dirts.): Teoría y práctica del psicoanálisis: II Estudios clínicos. Barcelona: Herder, 1990, tomo II, págs. 415-516.
- Tizón, J.L.; San José, J. & Nadal, D.: Protocolos y programas elementales para la Atención Primaria a la Salud Mental. Barcelona: Herder, 1997, tomos I y II.
- Toro, J. & Vilardell, E.: Anorexia Nerviosa. Barcelona: Martínez Roca, 1.987.
- Toro, J.; Cervera, M.; Osejo, E. & cols.: Obsessive-compulsive disorder in Childhood and Adolescence: A clinical study. J. Child. Psychol Psychiatr., 1992, 33, 6, 1025-27.
- Toro, J.: Los trastornos oroalimenticios. En J. Rodríguez-Sacristán (Dir.): Psicopatología del niño y del adolescente. Sevilla: Prensas Universitarias de la Universidad de Sevilla, 1995, tomo I, págs. 413-28.
- Toro, J.: El ejercicio físico y los TCA. Jornada de AETCA, Madrid, 1997.
- Treasure, J.L.; Troop, N.A. & Ward, A.: An approach to planning Services for Bulimia Nervosa. British Journal of Psychiatry, 1996, 169, 551-54.
- Troop, N.A. & Treasure, J.L. Setting the scene for Eating Disorders, II. Childhood Helplessness and Mastery. Psychological Medicine, 1997, 27, 531-38.
- Turnbull, S.; Ward, A.; Treasure, J.L.; Hersel, J. & Derby, L.: The demand for Eating Disorders Care: An Epidemiological Study using the General Practice Research Database. British Journal of Psychiatry, 1996, 169, 705-12.
- Turón, V.J. (Edt.): Trastornos de la alimentación: Anorexia, Bulimia y Obesidad. Barcelona: Masson, 1997.
- Vandereyken, W.: The addiction model in Eating Disorders: Some critical remarks and selected bibliography. International Journal of Eating Disorders, 1990, 9, 95-102.
- Van der Ham, T.; Meulman, J.J.; Van Strien, D.C. & Van Engeland, H.: Empirically based subgrouping of Eating Disorders in Adolescents: A longitudinal perspective. British Journal of Psychiatry, 1997, 170, 163-68.
- Venisse, J.L. (dir.): Les nouvelles addictions. Paris: Masson, 1991.
- VV. AA.: Clínica y tratamiento de la anorexia nerviosa en adolescentes. Madrid: ADANER-AETCA, 1997.
- Walsh, B.T.; Wilson, G.T.; Loeb, K.L.; Devlin, M.J.; Pike, K.M.; Roose, S.P.; Fleiss, J.; & Waternaux, C.: Medication and Psychotherapy in the Treatment of Bulimia Nervosa. Am. J. Psychiatry, 1997, 154, 4 (april), 523-31.
- Weisz, J.R. & Weiss, B.: Effects of Psychotherapy with Children and Adolescents. London: Sage, 1993.
- West, R.: Eating Disorders: Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa. London: Office of Health Economics, 1994.

- W.H.O.: Promotion psychosocial development in children through Primary Health Care Services. Copenhagen: W.H.O.-Europe, 1990.
- Williams, P. & King, M.: The "epidemic" of Anorexia Nervosa: Another medical myth? Lancet (january), 205-08.
- Winnicott, D.W.: Observación del niño en una situación dada. En: Escritos de Psicoanálisis y Pediatría. Barcelona: Laia, 1980.
- Winnicott, D.W.: Realidad y juego. Barcelona: Gedisa, 1983.
- Winnicott, D.W.: Los bebés y sus madres. Barcelona: Paidós, 1990.
- Wonderlich, S.; Peterson, C. & Mitchell, J.: Body image, Psychiatric Co-morbidity and Psychobiological factors in the Eating Disorders. Current Opinion in Psychiatry, 1997, 10, 141-46.
- Woolston, J.L.: Eating and Growth Disorders in Infants and Children. London: Sage, 1991.
- Yager, J.: The treating of Eating Disorders. J. Clinical Psychiatr., 1988, 49 (suppl.), 18-25.
- Zeanah, Ch.H.; Anders, T.F.; Seifer, R.; Stern, D.: Implications of research on infant development for Psychodynamic theory and practice. J. Am. Academy Child Psychiatr., 1989, 28, 5, 657-668.