

Perspectiva psicósomática de los trastornos alimentarios en niños y adolescentes

Roberto Chaskel¹

Resumen

En este artículo se revisan las patologías digestivas que con mayor frecuencia se presentan en la consulta externa de psiquiatría infantil. Cada una de ellas se analiza desde el ángulo psicósomático y se incluyen los modelos terapéuticos que a cada una le convienen. Se presentan cada una de las condiciones en el orden cronológico en que se presentan, desde el recién nacido hasta el adolescente tardío.

Palabras clave: conducta alimentaria, ansiedad, familia.

Title: Psychosomatic Medicine View of Eating Disorders in Children and Adolescents

Abstract

The gastrointestinal pathologies that most frequently are seen in Outpatient Child Psychiatric care are reviewed in this article. Each one is analyzed from the psychosomatic point of view and the therapeutic interventions that are convenient for each one are outlined. The numerous entities are presented in chronological order from early childhood to late adolescence.

Key words: Feeding behavior, anxiety, family.

Introducción

Los trastornos alimentarios en niños y adolescentes, sin excepción, tienen una connotación psicósomática. Entre éstos se deben incluir los de la infancia temprana, relacionados con la alimentación del seno, la rumiación, la pica, la obesidad, la

encopresis, el estreñimiento, el reflujo gastroesofágico y la anorexia nerviosa.

Los trastornos de alimentación se sitúan en el campo de la medicina pediátrica y la psiquiátrica justamente en la interfase de los denominados trastornos psicósomáticos con expresiones emocionales,

¹ Médico. Profesor asociado de la Escuela Colombiana de Medicina-Universidad del Bosque, Escuela Militar de Medicina-Universidad Militar Nueva Granada.

conductuales y físicas. Hace tan sólo una década la Organización Mundial de la Salud (OMS) asumía que el síndrome de obesidad tenía que estar definido por la ingesta nutricional calórica, motivo por el cual no se le daba un perfil psicopatológico al trastorno (1).

La fenomenología psiquiátrica de los trastornos de alimentación ha sido ampliamente discutida en la literatura médica, al mostrar múltiples puntos de vista y controversia, en particular alrededor de los elementos etiopatológicos que se encuentran entre la biología del trastorno y el medio en el que éste se desarrolla (2).

Dificultades en la alimentación del recién nacido

Las actitudes de las madres modernas han cambiado en los últimos 25 años consecuencia de cambios en la cultura, de la situación socioeconómica y por causa de las tareas que obligan a la madre a separarse de su bebé pocos meses después de su nacimiento (3). Esto ha llevado a una reevaluación en los procesos de nutrición maternos. En Latinoamérica aún se encuentran, afortunadamente, importantes números de población que dan seno a sus hijos por un período mínimo de 6 meses (4).

Desde el punto de vista psicológico, se sabe que los procesos de apego están íntimamente ligados a

la alimentación en etapas tempranas de la vida. La sobrevivencia infantil está ligada a la relación madre-hijo, en términos de estimulación, protección, calor y especialmente nutrición. El problema se encuentra planteado como la dificultad que se desprende hacia la relación de apego, de la disminución del contacto entre el bebé y su madre. Este problema debe ser enfrentado por pediatras, psiquiatras, salubristas y, finalmente, por todos aquellos que entienden la importancia de esta relación durante los primeros meses.

Pica

La pica se define como la ingesta persistente de sustancias no nutritivas durante un período mayor de un mes. Se trata aquí de una ingesta inapropiada para el desarrollo del niño que además no hace parte de la cultura a la que éste pertenece. En la práctica, pica se define según la sustancia que se ingiere: piedras (litofagia), pelo (tricofagia), heces (coprofagia), tierra o greda (geofagia) o plomo (plumbofagia). Se ha encontrado que las intoxicaciones en estos niños se asocian a psicopatología materna que genera privación afectiva (5).

La mayor frecuencia de intoxicados con plomo se encuentra antes de los tres años (6). Pica puede ser exacerbada por ansiedad, depresión

o aburrimiento. Sería inadecuado hacer el diagnóstico antes de los dos años de edad, a menos que el síntoma sea supremamente persistente, ya que a esta edad es de esperar que los niños se pongan objetos en la boca y los succionen o coman.

Se han sugerido múltiples formas de intervenir en pica, como el control del ambiente familiar y una buena evaluación para excluir retraso mental, ya que en este grupo se presenta pica con más frecuencia. También se asocia también con autismo, esquizofrenia infantil y el síndrome de Klein-Levin. Un examen nutricional y de creencias al grupo familiar evitará intervenciones equivocadas de orden psicoterapéutico que no van a resolver la situación.

Rumiación

La rumiación se define como la remasticación y la regurgitación repetida de comida en ausencia de otra enfermedad digestiva durante un período mayor de un mes después de haber adquirido un hábito alimenticio normal (7). Algunos niños con retraso mental se habitúan a regurgitar y a remasticar su alimentación. Este proceso es psicofisiológico y se debe diferenciar del proceso de rumiación que se da en pacientes sin retraso mental (8). Todo parece indicar que se suman tres factores en la comprensión de este síndrome: la dificultad del in-

dividuo en reconocer su estado de saciedad, la propensión a regurgitar comida y la satisfacción adquirida como consecuencia de la regurgitación. De ahí la importancia de evaluar si se asocian a este fenómeno factores de retraso en el desarrollo, irritabilidad y ganancia secundaria.

El comienzo del síndrome es, por lo general, en el primer año de vida, lo que permite mirar cómo son las experiencias de apego y de control entre la madre y el niño. Otra presentación en esta misma época de la vida es la de la rumiación autoestimulante, que deja entrever el desarrollo de un hábito inadecuado por parte del niño. La intervención es más exitosa cuando se usan mecanismos conductuales de *feedback* o reforzamientos positivos y negativos, que van a suprimir la conducta. Cuando se han hecho intentos de manejar exclusivamente factores orgánicos, la rumiación tiende a la recaída, ya que no se cuidan los factores culturales que la generan y la mantienen.

Reflujo gastroesofágico

Aunque el reflujo gastroesofágico se presenta en su gran mayoría como consecuencia de factores orgánicos, el síndrome genera gran ansiedad en el grupo familiar, ya que altera los procesos de alimentación y de sueño. La dispepsia, el vómito, el dolor torácico, la hematemesis, el

ahogo, el estridor, la disfonía son angustiantes para el niño y para los padres (7,9).

Para lograr una adecuada adherencia de los padres a los tratamientos farmacológicos y quirúrgicos es necesaria una intervención matizada por la paciencia y la disponibilidad del médico (10). El tratamiento de este trastorno lleva a cambios en el estilo de vida para el niño y para los padres, en el sentido de que frecuentemente tienen que utilizarse grandes cantidades de medicación y posiciones incómodas de reposo en el día y en la noche que ponen en evidencia el trastorno (11).

Falla en el desarrollo pondo-estatural

Conocido en inglés como *failure to thrive* (12), la falla en el desarrollo pondo-estatural es una de las complicaciones nutricionales mayores en que el niño presenta una ganancia de peso insuficiente como consecuencia de una ingesta calórica inadecuada o restringida. Ocasionalmente se asocia al reflujo gastroesofágico, en el cual los padres, con el propósito de evitar el vómito, restringen los periodos y las cantidades de la alimentación (13).

La terapia requiere una guía que permita intervenir en la situación y que busque un control de la ingesta y de las calorías que puede llevar a una hospitalización breve. Es necesario un período de seguimiento prolongado para asegurar la ganancia

de peso y evitar la cronificación del síndrome.

Dolor abdominal recurrente

El dolor abdominal recurrente (DAR), frecuentemente diagnosticado en psiquiatría infantil de enlace, se define como tres episodios de dolor incapacitante en un período no menor de tres meses. Este trastorno es más frecuente en niñas que en varones, y se asocia a estrés en el colegio o en el hogar (14).

La característica del DAR de ser un trastorno con expresión psicológica se basa en la falta de hallazgos orgánicos para explicar una enfermedad digestiva. Los ataques de dolor pueden estar separados por semanas o meses, pero cuando se presentan en consulta, en el servicio de emergencias del hospital, la mayor parte de las veces requieren hospitalización para su estudio. En la clínica del examen mental se pueden hallar concomitantemente dificultades de sueño, dificultades escolares y alteraciones en el apetito. El DAR es parte de la reacción emocional del niño y refleja patrones de disfunción familiar que generan preocupación exagerada. Es frecuente encontrar disfunción marital, ausencia de los padres y conflictos en el proceso de individuación en estos grupos familiares (14).

La teoría del aprendizaje, además, sugiere que si estos patrones tienen éxito, el dolor abdominal re-

corriente no desaparecerá. Por lo anterior, se interviene psicoterapéuticamente en el niño y en los padres. En ocasiones se requiere una terapia familiar que deshaga mitos y secretos, que son los que centralmente están generando la disfunción familiar y provocando el DAR en el niño.

Gastritis y rasgos de personalidad tipo A

La tipología A es un patrón de conducta que puede ser observado en adultos y también en niños. El niño está agresivamente comprometido en conseguir cada vez más satisfacciones en sus tareas, corriendo contra el tiempo y contra obstáculos creados por personas o situaciones. Es una conducta socialmente aceptada, y ocasionalmente promovida, y su intensidad de presentación puede ser de distintos grados. De ahí que en un ambiente poco exigente la conducta puede pasar inadvertida y en uno exigente se presentará con sintomatología médica o psicológica (15).

Los niños con rasgos de personalidad tipo A muestran serias dificultades en el control del tiempo, ambición exagerada, enorme temor al fracaso y altos índices de perfeccionismo y competitividad. Los padres de los niños frecuentemente se quejan de su mal genio, hostilidad con los hermanos y dificultades en la obediencia. Se efectúa un manejo psicoterapéutico individual, con sesiones semanales para cambiar el estilo de funcionamiento y manejo psicoterapéutico de tipo familiar dentro de un marco multidisciplinarios (16).

Estreñimiento

El estreñimiento se define como el retraso o dificultad en la defecación durante dos o más semanas. Toda desviación de los hábitos normales de defecación es reconocida por los padres de familia, en especial durante los primeros meses de vida. El estreñimiento crónico es una fuente de ansiedad para los padres y de incomodidad para los niños (17).

Con frecuencia se observa que entre mayor sea el dolor causado por las heces duras, mayor la retención que hace el niño para evitar el dolor (18). En niños que ya asisten al colegio, el acto consciente de retener las heces provoca incomodidad, inatención, inquietud motriz y ansiedad. Una vez establecido el diagnóstico de estreñimiento, el tratamiento involucra manejos de consejería y educación, procesos de habituación con posible uso de medicamentos (19).

El tratamiento psicoterapéutico conductual combinado con el uso transitorio de laxantes ha mostrado ser el más recomendado. Consiste en solicitar a los padres o a los niños que mantengan un diario, que se

premie el acto de ir al baño, que se permita inicialmente un tiempo indefinido en el baño y luego se comience a limitar y, finalmente, que el niño reciba premios por el éxito de su participación en el tratamiento (29).

Encopresis

El término *encopresis* se utiliza para describir la salida de materia fecal en sitios inapropiados (ropa o piso), así sea voluntario o involuntario. Para diagnosticarlo debe haber, durante tres meses, un evento mensual y no diagnosticarlo como tal antes de los cuatro años de vida. La mayor parte de los pacientes que consultan se encuentran entre los cuatro y los quince años de edad. Se asume que la encopresis no es debida exclusivamente a los efectos fisiológicos de una sustancia o a condiciones médicas, sino a trastornos en la conducta.

En la literatura médica hay muchos esquemas de clasificación de encopresis que incluyen factores como la disfunción familiar, el ambiente escolar, elementos psicodinámicos, causas constitucionales de la función intestinal, alteraciones en la relación padres-hijos o un inadecuado entrenamiento en el control de esfínteres (7).

La encopresis se correlaciona también con factores de depresión y ansiedad, aunque éstos pueden ser expresión del problema primario del niño (21). El tratamiento se

centra en manejos conductuales, educacionales y psicológicos. Se trata aquí de resolver las tensiones psicológicas que la familia ha desarrollado alrededor de la encopresis. El pronóstico mejora en la medida en que los factores psicológicos concomitantes se controlan. La mayor parte de los niños responderán a los tratamientos y estarán libres de sintomatología durante las citas de control si se ha intervenido con una terapia multimodal.

Obesidad infantil

La obesidad infantil es un trastorno endémico en el mundo occidental, cuyo reconocimiento, tanto en el campo de la salud pública como en el de la psiquiatría, es reciente. La incidencia y prevalencia de obesidad en la niñez no está tan estudiada como la de obesidad en el adulto, pero se estima que un diez por ciento de los niños en edad preescolar pudieran clasificarse como obesos. Se sabe que factores genéticos determinan la presencia de obesidad en algunas familias y que un niño obeso tiene cuarenta por ciento más probabilidades de que su hermano lo sea. Si dos hermanos lo son, hay ochenta por ciento de posibilidades de que el tercer hermano lo sea (22). El nivel socioeconómico alto se correlaciona con la obesidad y su presentación es más frecuente en niñas (1).

La obesidad tiene correlatos de orden orgánico y de orden ambien-

tal. La experiencia en el manejo de los factores psicógenos de la obesidad en la infancia muestran que esta ocurre más frecuentemente en familias desorganizadas con sus hábitos alimenticios, en familias amalgamadas, o sea, familias en las cuales los miembros se diferencian pobremente entre sí, en familias con un miembro depresivo o clínicamente discapacitado y en niños ansiosos o depresivos (23).

El tratamiento psiquiátrico se centra en dos procesos: la ingesta calórica y el tratamiento psicológico de los fenómenos contribuyentes. La obesidad afecta la autoestima en la medida que genera la burla de los compañeros del colegio, afecta el estudio, disminuye la participación en actividades deportivas y limita al niño al sedentarismo. De ahí la importancia de hablar en el colegio y orientar a los profesores conjuntamente con los padres sobre el manejo del niño (20).

Anorexia nerviosa y bulimia nerviosa

En contraste con las formas antes mencionadas de los trastornos de alimentación como la pica, la rumiación, el reflujo gastroesofágico y la obesidad, la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa son trastornos típicos de la adolescencia. En la mayoría de los casos, la anorexia nerviosa se inicia alrededor de los catorce años de edad, mientras que la bulimia nerviosa

inicia alrededor de los dieciocho. Esta última, por lo tanto, refleja la transición entre adolescencia y la edad adulta temprana. La diferenciación de estos dos trastornos se basa no sólo en la edad de inicio, sino también en los síntomas clínicos, lo cual justifica mirarlas separadamente.

Anorexia nerviosa

La anorexia nerviosa se caracteriza por síntomas específicos de tipo conductual y psicopatológico y por signos somáticos inequívocos. Aunque su presentación es más frecuente en mujeres, son cada vez más los hombres que se encuentran afectados por el trastorno (8). El síntoma central de la anorexia es el temor a engordar. Implica este síntoma que el individuo siente que su cuerpo está muy grande y gordo. Por lo tanto, busca perder peso aun en momentos en que está absolutamente delgado (24).

El patrón típico de desarrollo de esta enfermedad es que la paciente comienza a hacer una dieta, tal y como la hacen muchas adolescentes. La dieta típica comienza con una reducción de calorías y dulce, la cual no preocupa a las personas adultas que acompañan a la adolescente. La mayor parte de las veces la consulta se da cuando ya se llevan meses en el proceso y se han recortado no sólo los carbohidratos, sino también las grasas. La ingesta

anormal puede incluir varios litros de agua al día por la fantasía de que el agua limpia las grasas y los carbohidratos. Ocasionalmente, la conducta incluye esconder o botar la comida e insistir en ingerir las comidas sin compañía (20).

La sensación perceptual alterada del cuerpo ha llevado a pensar que se trata de un trastorno neuropsiquiátrico de características temporoparietales. La pérdida de control sobre la dieta puede ir acompañada de ejercicio en exceso con la ambición de perder calorías y crear una musculatura más firme (2).

No todas las anorexias nerviosas son restrictivas en cuanto a comida. Hay aquellas que son purgativas, donde las pacientes se ayudan usando laxantes y purgantes, con la aspiración de que éstos contribuyan a perder aún más peso. Adicionalmente, se encuentran otros síntomas como indecisión, aislamiento social, baja autoestima, disminución de interés en actividades lúdicas, irritabilidad, insomnio, depresión, pensamientos obsesivos y actos compulsivos, que frecuentemente coinciden con el diagnóstico comórbido de trastorno obsesivo-compulsivo.

En algunos casos, las pacientes con anorexia muestran amenorrea, trastornos del sistema nervioso autónomo (con hipotermia, hipotensión y bradicardia), lanugo, todo lo cual se debe observar cuidadosamente, ya que son indicios de gravedad. Los diagnósticos diferenciales deben in-

cluir tuberculosis, sida, trastornos endocrinos, diabetes y trastornos oncológicos (7).

La etiología de la anorexia nerviosa es multifactorial e incluye determinantes como el individuo, la familia, factores biológicos y ambientales, factores precipitantes y factores perpetuantes. Dentro de los factores individuales, los más relevantes están relacionados con los cambios físicos y con los retos psicosociales que la adolescente tiene que enfrentar. Dentro de los factores familiares se encuentran características de comunicación alteradas con una gran dependencia e indiferenciación entre los miembros de la familia. Entre los factores etiológicos psicosociales se cuenta la importancia que ha tomado en culturas occidentales el énfasis y la aprobación de las mujeres delgadas, motivo por el cual este trastorno es más frecuente entre estudiantes de modelaje, bailarinas de ballet y atletas. En los factores biológicos, se encuentra afectado el eje hipotálamo-pituitario-tiroideo. Los factores perpetuantes son aquellos que generan un detrimento en los factores cognitivos y no permiten una solución, como las ganancias secundarias que se obtienen como consecuencia del cuerpo delgado.

Anorexia nerviosa prepuberal

La anorexia nerviosa prepuberal tiene todos los síntomas típicos de

la anorexia nerviosa, entre éstos el temor a engordarse, el trastorno de la autoimagen, la pérdida de peso y la negatividad a permanecer dentro de los pesos límite. En vista de que las niñas son prepuberales, la amenorrea deja de ser un criterio importante. Como la pérdida de grasa corporal es menor, la pérdida de peso tiene un impacto mayor. Cada vez se ve con mayor frecuencia la anorexia prepuberal, que requiere hospitalización. Así, con el paso del tiempo, es mayor el número de pediatras que encuentran en su consulta niñas que caben dentro de estos criterios diagnósticos (25). En el protocolo de estudio se hace necesario que la familia relate el desarrollo y deterioro de los procesos nutricionales (7).

El tratamiento incluye construir una línea de base de la alimentación con todos los exámenes clínicos y de laboratorio mencionados. Sobre esta línea de base se generan metas graduales de aumento en peso para lograr una estabilidad en los niveles de ganancia, a fin de evitar grandes altibajos. Se busca, además, normalidad en la ingesta. Las formas psicoterapéuticas de intervención más exitosas incluyen la terapia cognitivo-comportamental, cuyo objetivo es crear cambios en la conducta como consecuencia de los cambios cognitivos. Durante la hospitalización el tratamiento es primordialmente conductual con premios y castigos que buscan la

recuperación del peso durante un periodo determinado. En ocasiones se utilizan psicofármacos para ayudar con el sueño, la irritabilidad, la ansiedad y la depresión. Todos los procesos terapéuticos van acompañados de terapia familiar, que busca la individuación y maduración de los miembros de la familia (26).

Bulimia nerviosa

El patrón sintomatológico más frecuente en estas pacientes se caracteriza por una necesidad de comer compulsivamente, seguida de una necesidad de vomitar o de purgarse y gran temor de aumentar de peso. Las pacientes pretenden mantener su peso en un punto límite sin la sintomatología de aislamiento o de amenorrea que se presenta en anorexia nerviosa. Estos "atracones" pueden suceder varias veces en el día o en la semana. Pueden durar minutos u horas y suelen ser la consecuencia de tensión, ansiedad o aburrición.

Usualmente, los atracones de comida suceden en la soledad, con el propósito de poder vomitar tranquilamente. En términos terapéuticos, la bulimia nerviosa comparte los modelos de intervención de la anorexia nerviosa. La patología de orden familiar está muy acentuada en las pacientes con bulimia. El tratamiento, además de los procedimientos ya revisados en anorexia nerviosa, incluye terapia de grupo, ya que ésta

obliga a la discusión del autocontrol, evita el aislamiento y rompe con el secreto del trastorno, reta las ideas irracionales y rígidas y señala alternativas distintas para enfrentar ciertos estados emocionales (26).

No hay un factor pronóstico único para la anorexia o para la bulimia. El pronóstico es mejor para cada trastorno individualmente que para la coexistencia de los dos trastornos. Es aún mejor cuando no coexisten la depresión o los síntomas obsesivo-compulsivos. El pronóstico se empeora para ambos trastornos cuando hay abuso de alcohol e intentos de suicidio (27).

Quedan por resolver numerosas preguntas al respecto de la etiología y del desarrollo de estrategias de intervención cada vez más efectivas. De ahí la necesidad de llevar a cabo estudios prospectivos longitudinales continuados para conocer los efectos a largo plazo que tienen estas enfermedades.

Conclusión

Los trastornos de la conducta alimentaria son síndromes psicosomáticos complejos en los cuales intermedian factores psicológicos, biológicos y ambientales que entre sí generan y pueden mantener la alteración. Si bien hay correlación entre rumiación y pica, entre rumiación y reflujo gastrointestinal, entre anorexia y bulimia, los trastornos deben ser vistos con suficien-

te profundidad para encontrar los elementos psicosomáticos que pueden perpetuar el trastorno. De ahí la importancia de intervenirlos pronto después de diagnosticados.

Referencias

1. Cochrane Database Syst Rev. 2002;2:CD002891.
2. Lewinsohn P, Striegel-Moore R, Seeley J. Epidemiology and natural course of eating disorders in young women from adolescence to young adulthood. *J Am Acad Child Adolesc Psych.* 2000; 39 (10);1284-92.
3. Ahmad A. Supplementary infant feeding in developing countries. *Nestle Nutrition Workshop Series.* 1987;10:197-210.
4. Ajenifuja B. Weaning practices in developing countries. *Nestle Nutrition Workshop Series.* 1987;10:205-10.
5. Halstead JA. Geophagia in man: its nature and nutritional effects. *Am J Chem Nutr.* 1968;21:1384-93.
6. Lacey EP. Phenomenology in Pica. *Child and Adolesc Psychiatr Clin of NA.* 1993;2:75-91.
7. American Psychiatric Association. Practice guideline for eating disorders. *Am J Psych.* 1993;150:212-28.
8. Sauvage D, Leddet L, Hameur L, Barthelemy C. Infantile rumination: diagnosis and follow-up of 20 cases. *J Am Acad Child Psychiatry.* 1985;24:97-203.
9. Lee P, Rudolph, C. Gastroesophageal reflux in infants and children. *Adv Pediatr.* 2001;48:301-29.
10. Harris A. Current regimens for treatment of *Helicobacter pylori* infection. *Br Med Bull.* 1998;54:195-205.
11. Fitzgerald JM, Allen CJ, Craven MA, Newhouse MT. Chronic cough and gastroesophageal reflux. *CMAJ.* 1989; 140 (5):520-4.
12. Berwick DM. Non-organic failure to thrive. *Pediatr Rev.* 1980;1:265-70.
13. Gómez R. Evaluación en la falla del crecimiento. XII Curso Anual de

- Educación Pediátrica Continuada. 2003;12:185-90.
14. Woodbury MM. Recurrent abdominal pain in child patients seen at a pediatric gastroenterology clinic. *Psychosom.* 1993;34(6):485-93.
 15. Chaskel R. Gastritis y rasgos de personalidad tipo A. XII Curso Anual de Educación Pediátrica Continuada. 2003;12:103-7.
 16. Dixon MF, Genta RM, Yardley JH, Correa P. Classification and grading of gastritis: the updated Sydney system. *Am J Surg Pathol.* 1994;20 (10):1161-81.
 17. Howe AC, Walker CE. Behavioural management of toilet training, enuresis and encopresis. *Pediatr Clin North Am.* 1992;39:413-32.
 18. Hyman PE, Fleisher D. Functional fecal retention. *Practical Gastroenterology.* 1992;31:29-37.
 19. Loening-Baucke V. Chronic constipation in children. *Gastroenterology.* 1993; 105: 1557-64.
 20. Szmukler JI, Tantam D. Anorexia nervosa: starvation dependence. *Br J Med Psychol.* 1984;57:305-10.
 21. Troiano RP, Flegal KM, Kuczmarski RJ, Campbell SM, Johnson CL. Overweight prevalence and trends for children and adolescents: the national health and nutrition examination surveys. 1963-1991. *Arch Pediatr Adolesc Med.* 1995;149:1085-91.
 22. Dwyer J. Should dietary fat recommendations for children be changed? *J Am Diet Assoc.* 2000;100:36-7.
 23. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4th ed. Washington: APA; 1994. p. 539-50.
 24. Monleon B, Tordera P, Arbona B, Baños Rivera RM. Imagen corporal y restricción alimentaria en adolescentes. *An Pediat.* 2003;58(3):268-72.
 25. Growers SG, Crisp AH, Jourghin N, Bhat A. Premenarcheal anorexia nervosa. *J Child Psychol Psychiatry.* 1991; 32(3): 515-24.
 26. Fairburn CG, Kirk J, O'Conner M, Cooper PJ. A comparison of two psychological treatments for bulimia nervosa. *Behav Res Ther.* 1986; 24 (6): 629-43.
 27. Rodríguez M, Guerrero S. Frecuencia y fenomenología de lesiones autoinflingidas en mujeres colombianas con trastorno de comportamiento alimentario. *Rev Col Psiquiatría.* 2005; 34(3): 343-54.

Bibliografía complementaria

1. Calderón M, Velasco C. Reflujo gastroesofágico, regurgitación. En: Ramos N, et al., editors. *Pediatría práctica.* 1. Bogotá: Universidad El Bosque; 2004. p. 469-74.
2. Fishter MM, Quadflieg N, Gutman A. Binge eating disorder: treatment outcome over a six year course. *J Psychosom Res.* 1998;44:385-405.
3. Orenstein SR. Prone positioning in infant gastroesophageal reflux: is elevation of the head worth the trouble? *J Pediatr.* 1990;117:184-7.
4. Rudolph CD. Feeding disorders in infants and children. *J Pediatr.* 1994;125:S116-24.
5. Weaver LT, Steiner H. The bowel habits of young children. *Arch Dis Child.* 1993;59:649-52.

Recibido para evaluación: 13 de mayo de 2006
Aceptado para publicación: 15 de mayo de 2006

Correspondencia
Roberto Chaskel
Calle 103 # 15-76
Bogotá, Colombia

Correo electrónico: chaskel@cablenet.co