

TRASTORNOS DEL COMPORTAMIENTO ALIMENTARIO EN PACIENTES DE CIRUGÍA PLÁSTICA ESTÉTICA

¿ES O NO UNA POBLACIÓN EN RIESGO?

Giovanni Montealegre MD*, Carlos Eduardo Román Herazo MD**

Resumen

En la actualidad no se conoce la frecuencia de los trastornos de alimentación en pacientes de cirugía estética, pero se sospecha que sea mayor a la población general. Hay diferentes pruebas o cuestionarios para detectar aquellos en riesgo, siendo el examen mental el que comprueba presencia de psicopatología aplicando criterios DSM IV y CIE 10. La prevalencia de trastornos del comportamiento alimentario ha venido en aumento en la población adolescente y no está claro si es un hecho real o que se ha mejorado la capacidad para detectarlos. No se puede descartar que los estereotipos de belleza actuales hacia una figura corporal más delgada, estén jugando un papel clave en la epidemiología. El conocimiento de los factores de riesgo es de vital importancia para su detección temprana y la toma de medidas preventivas que aseguren mejores resultados terapéuticos. Así se podrían identificar los casos con problemas en el posoperatorio o que no son candidatos para procedimientos quirúrgicos. El tratamiento multidisciplinario es fundamental para corregir las alteraciones nutricionales y mentales en forma paralela.

Palabras clave: prevalencia, trastornos del comportamiento alimentario, bulimia, anorexia nerviosa, cirugía estética, mortalidad, tratamiento.

Abreviaturas: TCA, trastornos del comportamiento alimentario; BN, bulimia nerviosa; AN, anorexia nerviosa.

PLASTIC SURGERY PATIENTS AND EATING DISORDERS – ARE THEY A POPULATION AT RISK?

Abstract

The presence of eating disorders in patients undergoing aesthetic surgery is currently unknown, but it is believed to be greater than in the general population. Various tests and questionnaires for detecting those at risk are available and a psychopathologic condition is confirmed by performing a mental assessment using the DSM IV and ICD 10 criteria. Prevalence of eating disorders has increased in the adolescent population and it is not yet clear if it is an actual fact or rather that the ability to detect these disorders has improved. It cannot be out ruled that current beauty stereotypes

promoting a slimmer body image may be playing a key role in the epidemiology of these disorders. Knowledge on risk factors is critical for early detection and for taking preventive measures to assure better therapeutic outcomes. Patients with problems could be identified in the postoperative period as well as those who are not suitable candidates for surgical procedures. A multidisciplinary therapeutic approach is fundamental to correct nutritional and mental alterations in a parallel manner.

Key words: prevalence, eating disorders, bulimia, anorexia nervosa, aesthetic surgery, mortality, treatment

Introducción

La nueva tendencia de mantener una buena imagen corporal así como una alta autoestima en los jóvenes y adultos, ha venido de la mano con el incremento de la incidencia de los TCA en especial BN, AN y trastornos no especificados de la alimentación.¹ De igual forma, se ha visto un aumento significativo en el desarrollo de cirugías estéticas. En 2009 la asociación americana de cirugía plástica reportó que el número de intervenciones quirúrgicas aumentó de 7'400.000 a 12'000.000 en el 2008, que significó un incremento de 63% desde el año 2000². Algunos estudios^{3,4} han encontrado asociación entre los TCA y las cirugías estéticas pero sin resultados conclusivos. No se conoce en forma real su frecuencia en los pacientes de cirugía estética.

Generalidades

A diferencia de otras poblaciones, en la literatura no se conoce cuál es la prevalencia de estos tipos de trastornos en los pacientes que consultan por un procedimiento estético. En Colombia hay un estudio que reporta una prevalencia del 37%⁵ de los TCA en estudiantes de bachillerato. Es muy posible que en quienes consultan por una cirugía estética esta cifra sea mayor. Varias razones pueden explicar dicha afirmación. Como primer punto, de la población que tiene un TCA el 90 a 95%^{6,7} son mujeres, lo cual representa el mayor porcentaje de la población de cirugía estética. El segundo punto es que otros trastornos psiquiátricos se encuentren con relativa frecuencia en dicha pobla-

ción. Por ejemplo, en Japón al menos una alteración psiquiátrica fue encontrada en el 48% de 415 pacientes sometidos a cirugía estética, entre ellas esquizofrenia y trastornos del afecto (depresión, síndrome bipolar).⁸ El tercer punto es que hay pacientes con TCA causado por un cambio en el tamaño o deformidad de alguna parte de su cuerpo. Losee J y cols.⁹ describen cuatro pacientes con gigantomastia que desarrollaron BN y su total recuperación al realizar mamoplastia de reducción. De igual forma mencionan cómo dicho trastorno se puede expresar en dos patrones: en el primero, las pacientes en un intento de camuflar el gran tamaño de sus senos aumenta su ingesta alimentaria, incrementando los depósitos de grasa para regularizar el contorno corporal, y en el segundo hacen una restricción de su ingesta con el fin de disminuir el tamaño de sus senos.

Instrumentos de detección

Hay varias pruebas de tamizaje para detectar los casos que requieren un examen mental detallado por parte del médico psiquiatra para hacer un diagnóstico acertado. Las pruebas de autorreporte resultan ser las más apropiadas por su facilidad para aplicarlas y su bajo costo. Una de las más usadas a nivel mundial es la EDE-Q (Eating Disorder Examination Questionnaire) el cual ha demostrado tener una adecuada validez y confiabilidad para detectar bulimia.^{10,11} Las EAT-40 y EAT-26 (Eating Attitudes Test), en especial la primera cuenta con mayor aceptación y se considera un instrumento válido para identificar casos actuales o incipientes de AN y BN, con sensibilidad de 73.3% y especificidad del 85.1%.¹²⁻¹⁴ El cuestionario SCO-FF

(Sick Control On Fast Food) consta de cinco preguntas que hacen énfasis en las características fundamentales de la BN y la AN tiene sensibilidad de 81.9% y especificidad de 78%.⁷

La encuesta del comportamiento alimentario (ECA), es un cuestionario que incluye diferentes actitudes y hábitos hacia la alimentación, peso corporal, pensamientos y conceptos sobre su imagen corporal, aspectos volitivos y sociales de la alimentación, realización de dietas y consumo de medicamentos. Estos son explorados en forma detallada ofreciendo los patrones más comunes dentro de la población y también aquellos que se alejan, los cuales con frecuencia van en contra de los aspectos biológicos y psicológicos del individuo. El estudio realizado por Angel L. y col¹⁵ mostró una confiabilidad en el *test-retest* con correlación del 0.91 en la puntuación total y sin diferencias en cuanto a género. La sensibilidad y especificidad fueron 90.5 a 94.5% y de 74.5 a 80%, con valores predictivos positivos entre 91 y 94%. Esta encuesta consta de 32 preguntas, la máxima puntuación posible es de 94 puntos y la mínima de 0. Se requiere un valor mayor o igual a 23 para considerarla como positiva para los TCA.

Clasificación y definición de los TCA

Se definen como una alteración persistente en la conducta alimentaria con el fin de mantener un control del peso que conlleva a daños en la salud física y mental y que no son secundarios a una enfermedad general ni a ningún otro trastorno psiquiátrico.¹⁶ Estos pueden llegar a poner en riesgo la vida convirtiéndose en una causa importante de morbilidad y mortalidad en mujeres adolescentes y adultas jóvenes¹⁷⁻¹⁹

Los TCA se clasifican en AN, BN y desórdenes atípicos o no especificados. El trastorno alimentario por atracones es una subcategoría dentro de los no especificados y se entiende como la ocurrencia de excesos frecuentes diferenciándose de la bulimia por no presentar conductas compensatorias y por lo tanto asociándose con obesidad.²⁰ La AN y la BN comparten una fisiopatología característica que se ve tanto en

hombres como en mujeres y consiste en la preocupación extrema de su peso y la forma de su cuerpo.²¹ Así como en las personas sanas su nivel de autoestima está basado en su desempeño en diferentes categorías como por ejemplo relaciones interpersonales, trabajo, deportes, etc., en aquellos su autoestima depende en forma exclusiva del peso y forma del cuerpo y de la capacidad para controlarlo.

La AN se refiere a la pérdida nerviosa del apetito y se deriva del griego *orexis* que significa apetito. Su característica principal es la búsqueda incansable de la delgadez y el rechazo a mantener un índice de masa corporal dentro de los rangos normales para la edad y estatura.²² En los estados iniciales la enfermedad puede pasar inadvertida o enmascarada ya que las raciones de comida semejan una dieta, pero a medida que progresa las porciones disminuyen haciéndose difícil de disimular. Los criterios diagnósticos de AN según el DSM- IV se ilustran en la **Tabla 1**.²²

La BN significa apetito de un toro (“bull” sería su traducción al inglés) y se caracteriza por presentar episodios recurrentes de atracones (ingesta de grandes cantidades de comida en un corto período, con pérdida del control durante el episodio), con posteriores conductas inapropiadas compensatorias.²³ Entre ellas están las llamadas de purga como el vómito autoinducido, uso de laxantes, diuréticos y actividad física excesiva. Contrario a la AN la BN cursa con un índice de masa corporal normal o en sobrepeso según la estatura²⁴ y al igual que la primera, hay negación del problema. En la **Tabla 2** se presentan los criterios diagnósticos según el DSM-IV para bulimia nerviosa.²⁵

Los desórdenes alimenticios atípicos recuerdan la AN y a la BN y muchos pueden ser severos y de larga duración, aunque sin compartir todos los criterios. Algunos pueden estar por encima del índice de masa corporal requerido para el diagnóstico o pueden presentar ciclos menstruales. En otros casos el cuadro puede ser mixto. También se pueden observar comportamientos anormales como restricción extrema por medio de dietas, ejercicio extremo, atracones alimenticios ocasionales o peso levemente bajo. En la mayoría de los casos existe una preocupación extrema por el control estricto del peso y la forma del cuerpo.

Tabla 1. Criterios diagnóstico DSM IV para la anorexia nerviosa

Peso	<ul style="list-style-type: none"> • Rehusarse a mantener el peso corporal a nivel o por encima del mínimo normal para la edad y la talla (ej: pérdida de peso para mantener menos del 85% del esperado). • Incapacidad para aumentar de peso durante el período de crecimiento teniendo <85% del normal esperado.
Fobias conductas/comportamientos asociados	<ul style="list-style-type: none"> • Intenso miedo a ganar peso o convertirse en obeso, a pesar de estar bajo.
Percepción corporal	<ul style="list-style-type: none"> • Distorsión en la percepción del peso y el contorno corporal. • Excesiva influencia del peso o del contorno corporal en la autoevaluación. • Negación del excesivo bajo peso corporal.
Amenorrea/fluctuaciones hormonales	<ul style="list-style-type: none"> • Amenorrea en postmenárgicas. Ej: ausencia de al menos tres ciclos menstruales consecutivos.
Tipo específico	<ul style="list-style-type: none"> • Tipo restrictivo: durante el episodio de AN la persona no presenta atracones de comida ni conductas de purga (vómito autoinducido, uso de laxantes, diuréticos o enemas). • Tipo atracones/purga: durante el episodio de AN la persona presenta atracones de comida o conductas de purga (vómito autoinducido, uso de laxantes, diuréticos o enemas).

Tabla 2. Criterios diagnósticos según el DSM IV para la bulimia nerviosa

Episodios recurrentes de atracones. Estos se caracterizan por: Comer en un período discreto (ej: en dos horas), una porción de comida más abundante que la mayoría de las personas durante un tiempo y circunstancias similares. Pérdida de control durante el episodio de ingesta (ej: la sensación de que no se puede parar de comer o el control de cuánto y de lo que se come).
Recurrir a conductas compensatorias inapropiadas para prevenir el aumento de peso como son el vómito autoinducido, mezcla y uso de laxantes, diuréticos, enema u otras medicaciones, ayuno, ejercicio excesivo.
Los atracones y las conductas inapropiadas suceden por lo menos dos veces a la semana por tres meses.
La autoevaluación de la persona está influenciada por el peso y el contorno corporal.
El trastorno no ocurre solo durante episodios de AN.
Tipos específicos: Tipo purga: durante el episodio de bulimia nerviosa, la persona presenta vómito autoinducido, uso de laxantes, diuréticos o enema. Tipo de no purga: la persona usa otras conductas compensatorias inapropiadas como el ayuno o el ejercicio excesivo.

Epidemiología de los TCA

Si bien se sabe que los trastornos de la TCA son raros en la población general, la incidencia y prevalencia en adolescentes y mujeres jóvenes han venido aumentando desde los años 70 y la controversia se presenta al analizar si es un hecho real o por la mejoría en la capacidad de diagnosticarlos.²⁶ Hay que reconocer que

los cambios en los ideales del cuerpo de la mujer las estimula a tener modificaciones en sus hábitos alimentarios. Por ejemplo, Mazzeo S. y col.³ muestran como los programas reality sobre cirugías estéticas que abogaban por una figura delgada, producían un impacto negativo desde el punto de vista psicológico como baja autoestima y trastornos de la alimentación en los televidentes, por lo que este punto se convierte

en un interrogante con respecto a la causa del aumento.

En la literatura existen muchos estudios sobre frecuencia de estos trastornos en diferentes tipos de poblaciones, lo que limita que estos datos se puedan generalizar. En Colombia, Ángel L. y col.⁵ encuentran una prevalencia para la AN del 0.28 %, 3.25% para la BN y del 33% para los trastornos no especificados. Sancho C. y cols.²⁷ reportan una prevalencia de los trastornos del comportamiento alimentario en una población de estudiantes adolescentes de 3.44 %. Crowther J. y col.²⁸ reporta una prevalencia de BN en universitarias entre el 1 y 1.8% desde 1990 hasta el 2004 concluyendo que no había aumento. Ackard D. y cols.²⁹ en una población de 2.357 mujeres adolescentes, reportan un prevalencia del 0.04% para AN y 0.34% para la BN. También informan una prevalencia en 2.377 hombres de 0% para AN y del 0.17% en BN. Alegria M. y col.³⁰ en su estudio con 2.554 latinos mayores de 18 años, reportan una prevalencia de la AN durante el tiempo de vida de 0.12% y 0.03% en mujeres y hombres, y para la BN 1.91% y 1.34. En la actualidad se acepta que la prevalencia de estos trastornos en la población adulta durante la vida es AN 0.6%, 1% BN y 3% para los trastornos alimentarios por atracones.²⁰ Teniendo en cuenta el género, estos son más comunes en mujeres siendo la prevalencia de 0.9% para AN, 1.5% BN y 3.5% trastornos alimentarios por atracones en mujeres y 0.3%, 0.5% y 2% en hombres.²⁰

En cuanto a la incidencia de estos trastornos, en un metaanálisis³¹ se reporta para Europa occidental y Estados Unidos 8/100.000 habitantes por año y 12/100.000 para la AN y la BN. Hoek HW.³² realizando un metaanálisis registra resultados semejantes al estudio anterior en Europa del norte con 8/100.000 habitantes por año y 13/100.000 para AN y BN.

Morbimortalidad de los TCA

Dadas las alteraciones nutricionales que ocurren en estos casos es obvia la presencia de enfermedad y muerte. Signorini A. y cols.³³ en un seguimiento de

ocho años en AN y revisando la literatura reportan una tasa de mortalidad de 4%. En otro estudio³⁴ se encontró que las causas más frecuentes en AN fueron la afección como tal y los problemas somáticos que se derivan, y la segunda fue el suicidio. Según Button E. y col.³⁵ en una cohorte con TCA, afirman que un bajo índice de masa corporal y el abuso de alcohol son los principales determinantes de mortalidad, sin asociación de esta última y BN.

Las complicaciones médicas en AN se deben al problema en la ingesta de alimentos y su estado nutricional, que en la mayoría de los casos se encuentra muy comprometido. Pueden ocurrir en varios órganos alterando niveles hormonales (sexuales, tiroideos), cambios electrocardiográficos (defectos en la conducción), disminución del vaciamiento gástrico y la motilidad intestinal, anemia normocítica, trombocitopenia, hipercolesterolemia, hipopotasemia, deshidratación y trastornos electrolíticos.²¹ De las complicaciones médicas hay tres que merecen especial mención: la primera es la osteopenia y osteoporosis en casos de larga evolución, asociándose con aumento importante del riesgo de fracturas.³⁶ La segunda hace referencia a las complicaciones durante el embarazo. Por lo general los desórdenes alimenticios mejoran, pero el peso del recién nacido puede ser anormal y existe un aumento en la frecuencia de cesáreas.³⁷ En una proporción menor la crianza del bebé se puede afectar produciendo efectos secundarios en la alimentación y el crecimiento. La tercera es con respecto a las complicaciones cardiovasculares que son una causa de importante mortalidad. Entre ellas encontramos prolongación del intervalo QT el cual se considera un factor desencadenante de arritmias y muerte súbita, disminución de la masa cardíaca, bajo gasto, hipotensión, bradicardia y aumento de la resistencia vascular periférica como mecanismo compensatorio.³⁸

En BN las complicaciones clínicas son menores, a no ser que cursen con vómito, abuso de laxantes o de diuréticos. Una que merece especial mención es la hipocalemia, observada en 14% de los pacientes con BN y puede ser causa de arritmias cardíacas.³⁹ La deshidratación también es una alteración a tener en cuenta.

Factores de riesgo y etiológicos en TCA

Se considera que es muy importante conocer los factores de riesgo para el desarrollo de los TCA ya que el éxito de los programas de prevención depende de su identificación. Los genéticos juegan un papel importante en la susceptibilidad y se ha documentado que una mujer con un familiar afectado tiene una posibilidad siete a veinte veces mayor de padecerlo que la población general.¹⁶

La personalidad y el temperamento se han considerado factores de riesgo ya que las personas con TCA por lo regular se caracterizan por ser perfeccionistas, obsesivas, ansiosas, con bajo autoestima y emocionalidad negativa.⁴⁰ En los hombres con TCA, la característica predominante es el perfeccionismo.⁴¹ Las influencias socioculturales, sobretodo en occidente, están implicadas en las etapas iniciales cuando asocian la belleza con los estereotipos de mujeres con delgadez extrema y promulgando los medios por los cuales se puede conseguir (dietas, ejercicios, etc).⁴² Los problemas de género, en especial en los hombres también son un factor de riesgo. En los homosexuales son más frecuentes los TCA que en heterosexuales.⁴²

Tratamiento de los TCA

Conociendo los factores de riesgo y la morbimortalidad asociada con los TCA, sobre todo en adolescentes, es de vital importancia identificar estos pacientes ojalá en las fases tempranas de la enfermedad. Las características de estas afecciones hacen necesario un tratamiento multidisciplinario conformado por médico general, nutricionista y psiquiatra.

Anorexia nerviosa

El manejo agudo debe encaminarse a la recuperación nutricional y el aumento del peso. Se considera que pacientes con un peso igual o menor al 70% del ideal, deben internarse en el hospital, o bien cuando

se asocia con alteraciones electrolíticas (hipocalemia, hipofosfatemia), cardíacas (bradicardia, hipotensión) y hormonales (hipoglicemia).⁴³ Se deben controlar los problemas nutricionales y metabólicos e iniciar la psicoterapia, lo cual se conoce como intervención del comportamiento en forma simultánea. El objetivo es ayudar a cambiar el comportamiento causado por el trastorno (atracones, purga, restricción de la ingesta)⁴⁴ y los pensamientos (imagen corporal negativa, baja autoestima).⁴⁵ En la AN se deben realizar varios tipos de estas intervenciones, ya sea individual, en familia o terapia cognitiva del comportamiento. En cuanto al manejo con psicofármacos, estos no han demostrado un impacto positivo,^{46,47} aunque algunos estudios han arrojado resultados prometedores con antipsicóticos atípicos como olanzapina, la cual está asociada con el incremento de peso y una reducción de la ansiedad y la agitación antes y después de las comidas.^{48,49}

Bulimia nerviosa

En los pacientes con este tipo de trastorno, la terapia cognitiva de comportamiento se considera el tratamiento más efectivo.⁵⁰ Se divide en dos etapas: la primera es de psicoterapia por un tiempo entre tres y cuatro meses, y la segunda es con fármacos antidepressivos.¹⁶ Estos han demostrado ser benéficos en especial los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina.⁵¹

Trastornos atípicos del comportamiento alimentario y trastorno alimentario por atracones

El tratamiento en estos casos es similar al de la BN siendo efectivos la terapia cognitiva de comportamiento y los antidepressivos. Cuando es por atracones, los medicamentos antiobesidad como la sibutramina o el topiramato, han mejorado los síntomas y la reducción en el peso.

Referencias

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders DSM-IV-TR. Fourth ed. 1994.
2. American Society of Plastic Surgeons. 2000/2007/2008 National Plastic Surgery Statistics. 1-1-2009.
3. Mazzeo SE, Trace SE, Mitchell KS, Gow RW. Effects of a reality TV cosmetic surgery makeover program on eating disordered attitudes and behaviors. *Eat Behav* 2007;8(3):390-397.
4. Derenne JL, Beresin EV. Body image, media, and eating disorders. *Acad Psychiatry* 2006;30(3):257-261.
5. Angel L, Martínez L, Gómez M. Prevalencia de los trastornos del comportamiento alimentario (T.C.A) en estudiantes de bachillerato. *Rev Fac Med* 2008;56:193-210.
6. Rueda Jaimes GE, Díaz Martínez LA, Ortiz Barajas DP, Pinzon PC, Rodríguez MJ, Cadena Afanador LP. [Validation of the SCOFF questionnaire for screening the eating behaviour disorders of adolescents in school]. *Aten Primaria* 2005;35(2):89-94.
7. Rooney B, McClelland L, Crisp AH, Sedgwick PM. The incidence and prevalence of anorexia nerviosa in three suburban health districts in south west London, U.K. *Int J Eat Disord* 1995;18(4):299-307.
8. Ishigooka J, Iwao M, Suzuki M, Fukuyama Y, Murasaki M, Miura S. Demographic features of patients seeking cosmetic surgery. *Psychiatry Clin Neurosci* 1998;52(3):283-287.
9. Losee JE, Jiang S, Long DE, Kreipe RE, Caldwell EH, Serletti JM. Macromastia as an etiologic factor in bulimia nerviosa: 10-year follow up after treatment with reduction mammoplasty. *Ann Plast Surg* 2004;52(5):452-457.
10. Ro O, Reas DL, Lask B. Norms for the Eating Disorder Examination Questionnaire among female university students in Norway. *Nord J Psychiatry* 2010;64(6):428-432.
11. Grilo CM, Masheb RM, Lozano-Blanco C, Barry DT. Reliability of the Eating Disorder Examination in patients with binge eating disorder. *Int J Eat Disord* 2004;35(1):80-85.
12. de JJ, Cano-Prous A, Lahortiga-Ramos F, Gual-García P, Martínez-González MA, Cervera-Enguix S. [Validation of the Eating Attitudes Test (EAT) as a screening tool in the general population]. *Med Clin (Barc)* 2008;130(13):487-491.
13. Szabo CP, Allwood CW. Application of the Eating Attitudes Test (EAT-26) in a rural, Zulu speaking, adolescent population in South Africa. *World Psychiatry* 2004;3(3):169-171.
14. Ruiz-Lazaro PM, Comet MP, Calvo AI et al. [Prevalence of eating disorders in early adolescent students]. *Actas Esp Psiquiatr* 2010;38(4):204-211.
15. Angel L, Vázquez R, Martínez LM, Chavarró K, García J. comportamiento alimentario. desarrollo, validez y fiabilidad de una encuesta. revista colombiana de psiquiatría 2000;29:29-48.
16. Klein DA, Walsh BT. Eating disorders. *Int Rev Psychiatry* 2003;15(3):205-216.
17. Herzog DB, Greenwood DN, Dorer DJ et al. Mortality in eating disorders: a descriptive study. *Int J Eat Disord* 2000;28(1):20-26.
18. Hewitt PL, Coren S, Steel GD. Death from anorexia nerviosa: age span and sex differences. *Aging Ment Health* 2001;5(1):41-46.
19. Millar HR, Wardell F, Vyvyan JP, Naji SA, Prescott GJ, Eagles JM. Anorexia nerviosa mortality in Northeast Scotland. 1965-1999. *Am J Psychiatry* 2005;162(4):753-757.
20. Treasure J, Claudino AM, Zucker N. Eating disorders. *Lancet* 2010;375(9714):583-593.
21. Cordas TA. [Plastic surgery and eating disorders]. *Rev Bras Psiquiatr* 2005;27(4):347.
22. Bulik CM, Reba L, Siega-Riz AM, Reichborn-Kjennerud T. Anorexia nerviosa: definition, epidemiology, and cycle of risk. *Int J Eat Disord* 2005;37 Suppl:S2-S9.
23. Wilfley DE, Bishop ME, Wilson GT, Agras WS. Classification of eating disorders: toward DSM-V. *Int J Eat Disord* 2007;40 Suppl:S123-S129.
24. Rome ES. Eating disorders. *Obstet Gynecol Clin North Am* 2003;30(2):353-77, vii.
25. Levine JC, Anderson RC. Preoperative assessment of eating disorders in plastic surgery patients. *Plast Surg Nurs* 2009;29(1):60-63.
26. Guerro-Prado D, Barjau Romero JM, Chinchilla MA. [The epidemiology of eating disorders and the influence of mass media: a literature review]. *Actas Esp Psiquiatr* 2001;29(6):403-410.
27. Sancho C, Arijá MV, Asorey O, Canals J. Epidemiology of eating disorders: a two year follow up in an early adolescent school population. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2007;16(8):495-504.
28. Crowther JH, Armev M, Luce KH, Dalton GR, Leahey T. The point prevalence of bulimic disorders from 1990 to 2004. *Int J Eat Disord* 2008;41(6):491-497.
29. Ackard DM, Fulkerson JA, Neumark-Sztainer D. Prevalence and utility of DSM-IV eating disorder diagnostic criteria among youth. *Int J Eat Disord* 2007;40(5):409-417.
30. Alegria M, Woo M, Cao Z, Torres M, Meng XL, Striegel-Moore R. Prevalence and correlates of eating disorders in Latinos in the United States. *Int J Eat Disord* 2007;40 Suppl:S15-S21.
31. Hoek HW, van HD. Review of the prevalence and incidence of eating disorders. *Int J Eat Disord* 2003;34(4):383-396.
32. Hoek HW. Incidence, prevalence and mortality of anorexia nerviosa and other eating disorders. *Curr Opin Psychiatry* 2006;19(4):389-394.
33. Signorini A, De FE, Panico S, De CC, Pasanisi F, Contaldo F. Long-term mortality in anorexia nerviosa: a report after an 8-year follow-up and a review of the most recent literature. *Eur J Clin Nutr* 2007;61(1):119-122.
34. Huas C, Caille A, Godart N et al. Factors predictive of ten-year mortality in severe anorexia nerviosa patients. *Acta Psychiatr Scand* 2011;123(1):62-70.
35. Button EJ, Chadalavada B, Palmer RL. Mortality and predictors of death in a cohort of patients presenting to an eating disorders service. *Int J Eat Disord* 2010;43(5):387-392.
36. Grinspoon S, Thomas E, Pitts S et al. Prevalence and predictive factors for regional osteopenia in women with anorexia nerviosa. *Ann Intern Med* 2000;133(10):790-794.
37. Andersen AE, Ryan GL. Eating disorders in the obstetric and gynecologic patient population. *Obstet Gynecol* 2009;114(6):1353-1367.
38. Casiero D, Frishman WH. Cardiovascular complications of eating disorders. *Cardiol Rev* 2006;14(5):227-231.
39. Judge BS, Eisenga BH. Disorders of fuel metabolism: medical complications associated with starvation, eating disorders, dietary fads, and supplements. *Emerg Med Clin North Am* 2005;23(3):789-813, ix.
40. Bulik CM, Hebebrand J, Keski-Rahkonen A et al. Genetic epidemiology, endophenotypes, and eating disorder classification. *Int J Eat Disord* 2007;40 Suppl:S52-S60.
41. Steiner H, Kwan W, Shaffer TG et al. Risk and protective factors for juvenile eating disorders. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2003;12 Suppl 1:I38-6.
42. Schmidt U. Aetiology of eating disorders in the 21(st) century: new answers to old questions. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2003;12 Suppl 1:I30-I37.
43. Williams PM, Goodie J, Motsinger CD. Treating eating disorders in primary care. *Am Fam Physician* 2008;77(2):187-195.
44. Carter WP, Hudson JI, Lalonde JK, Pindyck L, McElroy SL, Pope HG, Jr. Pharmacologic treatment of binge eating disorder. *Int J Eat Disord* 2003;34 Suppl:S74-S88.
45. Murphy R, Straebl S, Cooper Z, Fairburn CG. Cognitive behavioral therapy for eating disorders. *Psychiatr Clin North Am* 2010;33(3):611-627.
46. Herpertz S, Hagenah U, Vocks S, von WJ, Cuntz U, Zeeck A. The diagnosis and treatment of eating disorders. *Dtsch Arztebl Int* 2011;108(40):678-685.
47. Ferguson CP, La Via MC, Crossan PJ, Kaye WH. Are serotonin selective reuptake inhibitors effective in underweight anorexia nerviosa? *Int J Eat Disord* 1999;25(1):11-17.
48. Norris ML, Spettigue W, Buchholz A et al. Olanzapine use for the adjunctive treatment of adolescents with anorexia nerviosa. *J Child Adolesc Psychopharmacol* 2011;21(3):213-220.
49. Brambilla F, García CS, Fassino S et al. Olanzapine therapy in anorexia nerviosa: psychobiological effects. *Int Clin Psychopharmacol* 2007;22(4):197-204.
50. Sim LA, McAlpine DE, Grothe KB, Himes SM, Cockerill RG, Clark MM. Identification and treatment of eating disorders in the primary care setting. *Mayo Clin Proc* 2010;85(8):746-751.
51. Goldstein DJ, Wilson MG, Ascroft RC, al-Banna M. Effectiveness of fluoxetine therapy in bulimia nerviosa regardless of comorbid depression. *Int J Eat Disord* 1999;25(1):19-27.