

# Farmacoterapia en los trastornos alimentarios (TA)

*Dra. Alicia Langellotti*  
*Médica especialista en Nutrición Htal Carlos G. Durand*  
*Coordinadora área Nutrición del Equipo de TCA –Htal Carlos G.Durand*  
*Docente 2 Cátedra de Nutrición – UBA*  
*Coordinadora Grupo de Trabajo en TCA – SAN*

*Dra. Ana Cascú*  
*Médica especialista en Nutrición*  
*Miembro Equipo de TA- Htal Carlos G.Durand*  
*Secretaria del Grupo de Trabajo en TCA – SAN*

*Dr. Eduardo Chandler*  
*Miembro del Programa Interdisciplinario de Investigación*  
*y Tratamiento de Trastornos Alimentarios*  
*Departamento de Salud Mental*  
*Hospital de Clínicas*  
*Universidad de Buenos Aires*

## Introducción

La etiología de los TA es muy compleja y como bien sabemos, descansa sobre raíces de distinta índole: psicológicas, biológicas, genéticas, familiares y sociales. Existen diferentes formas de presentación clínica y de severidad en los TA, según sea su naturaleza, su conjugación y la edad en la que comiencen a manifestarse. En muchos de ellos, hay un fuerte rechazo al aumento de peso y un grado variable de percepción distorsionada de la imagen corporal que llevan a un patrón alimentario alterado, muchas veces sostenido por dietas en las que el valor calórico resulta marcadamente insuficiente o bien observamos la alternancia de períodos de restricción alimentaria con otros de ingestas sin control y de alto valor calórico. Cabe destacar que en los períodos de restricción autoimpuesta la persona disminuye la ingesta de ciertos nutrientes en forma sistemática.

Estas modificaciones en la ingesta inducen a la alteración de la secreción de moduladores químicos, los que, entre otras funciones, influyen en la alimentación, determinando a mediano o a largo plazo la sintomatología típica de los síndromes restrictivos puros o de tipo bulimiforme.

Las alteraciones en la alimentación y en los mediadores químicos tienen una repercusión orgánica y psíquica. Aún en los casos en los que la acción terapéutica logra la mejoría de los síntomas, la alteración de los neuromoduladores puede perdurar en el tiempo y, de esta manera, ser motivo de recidiva.

En base al diagnóstico psicopatológico de cada caso y a los conocimientos sobre la acción y la interacción de hormonas, péptidos y monoaminas, ha surgido la administración de distintos fármacos en el marco de un tratamiento interdisciplinario.

En cuanto al componente psicofarmacológico del tratamiento y dada la naturaleza particular de los TA, se han ensayado virtualmente todos los psicofármacos conocidos y se prueban, asimismo, los que son constantemente desarrollados. La conclusión actual es que poco puede esperarse de ellos en cuanto a su eficacia y especificidad para colaborar en el tratamiento de la anorexia nerviosa (AN), no siendo, en cambio, tan decepcionantes los resultados en la bulimia nerviosa, en la cual los antidepresivos son un recurso útil, por lo menos a corto plazo.

**Intervención nutricional:** La alimentación es restringida en forma sostenida, AN y algunos trastornos alimentarios no especificados (TANE) ó intermitente, alternando con descontroles alimentarios con o sin mecanismos compensatorios (BN y algunos TANE, entre estos últimos, el Síndrome de Descontrol Alimentario, SDA/ BED).

Los objetivos terapéuticos nutricionales, en cualquier TA, son: obtener y mantener un buen estado nutricional, promover una buena actitud hacia la comida, establecer un patrón alimentario normal, generar un buen registro hambre - saciedad y recuperar las funciones de la comida, que son: nutrir y dar placer. Estos objetivos están basados en el registro alimentario y en el análisis de las condiciones en las que el paciente come, modificando gradualmente el valor calórico total (VCT), el porcentaje de nutrientes, considerando la distribución de las comidas y la relación ayuno-atracción, analizando las porciones, los mitos y reemplazos posibles, el registro hambre - saciedad y la relación entre comida y emociones. También se consideran los hábitos alimentarios familiares y la realización de actividad física (sin que sea utilizada como mecanismo compensatorio).

**Metas en el tratamiento de BN ó TANE Bulimiformes:** Sobreentendiendo que el marco de trabajo necesario es el de una buena relación profesional-paciente, que permita lograr una alianza terapéutica conducente, los objetivos buscados son: tratar la restricción alimentaria que desencadena los ciclos típicos de la enfermedad, no focalizar el tratamiento en el descontrol alimentario o la purga y corregir el patrón alimentario con inclusión lenta y gradual de alimentos “prohibidos”, en especial aquéllos ricos en hidratos de carbono, que suelen ser los más restringidos, junto con las grasas. La incorporación de los hidratos de carbono ha demostrado que mejora el humor de los pacientes en el mediano plazo, debido a la elevación de los niveles de serotonina, además aumenta la sensación de saciedad a los mismos, ya que es específica para ellos.

En BN, su descenso está asociado al bajo control de los impulsos, inestabilidad afectiva y a conductas autoagresivas.

Metas terapéuticas en AN ó TANE Anorexoide: En lo referente al peso, resulta prioritario detener su descenso y luego ir recuperando gradualmente lo que se ha perdido. Como sabemos un buen estado nutricional también es necesario para una intervención psicológica exitosa. También se intentará identificar y corregir creencias erróneas y conductas disfuncionales relacionadas al peso y la comida, dejando en claro que el objetivo buscado es la recuperación del peso perdido y no el exceso de peso. Se deben evaluar las comorbilidades, así como esclarecer los riesgos que implica la desnutrición.

Los objetivos del plan alimentario son, cubrir los requerimientos calóricos y lograr un balance de nutrientes y una adecuada hidratación.

En todo TA el empleo de la balanza será evaluado individualmente. En los pacientes que sufren atracones ó descontroles alimentarios se impone el análisis de las situaciones en las que falla el control, búsqueda a realizar conjuntamente con el terapeuta interviniente. Asimismo, cuando existen conductas purgativas debemos indagar su relación con la ingesta y con las emociones involucradas.

## **Tratamiento farmacológico en trastornos alimentarios**

Dada la naturaleza de breve síntesis que caracteriza a esta actualización destacaremos los aspectos más importantes.

**Osteopenia/Osteoporosis:** El tratamiento de la osteopenia es difícil, ya que requiere de una ganancia de peso sostenida. El uso de hormonas de reemplazo es controvertido, ya que sólo ayudaría cuando hay ganancia de peso concomitante. La única evidencia de efectividad en detener la acelerada pérdida de masa ósea, ocurre en pacientes con valores situados por debajo del 75% del peso teórico. Se están estudiando la calcitonina intranasal, el alendronato vía oral y la dehidroepiandrosterona. Los estrógenos no están indicados en niños y adolescentes porque pueden provocar el cierre prematuro de las epífisis. Evidencia clase C.

**Gastroparesia:** sugerimos dar inicialmente suplementos líquidos isotónicos y con escaso contenido de fibra, fraccionar las comidas en 5-6 ingestas y agregar Mosapride 5 mg, antes de cada comida principal, o Metoclopramida 5-10 mg 1 hora antes de las comidas, para compensar la aletargada motilidad del aparato digestivo y el consecuente enlentecimiento del vaciado gástrico.

**Constipación:** mejora con el incremento en el consumo de alimentos. Si la enferma emplea laxantes, estos deben ser retirados, pues la función colónica mejora luego de suspenderlos. Se tendrá en cuenta que se puede presentar edema ante la suspensión de los mismos. Se indica hidratación y evitar el reposo. También utilizamos Fibra (Psyllium) -no indicar altas dosis- y si la constipación es severa, Lactulosa.

**Reflujo Gastro Esofágico:** se indica inhibidores de la bomba de protones.

**Hipokalemia:** Sugerimos corregir primero la deshidratación y utilizar suplementos orales (Kaon, Control K) si los valores de potasio superan los 2,7 meq/l.

**Perimilolisis:** erosión del esmalte dental, se evitará el cepillado dental luego del vómito e indicaremos enjuague bucal con bicarbonato de sodio. Se propiciará la consulta odontológica. Evidencia clase C.

**Gingivitis:** encías congestivas y dolorosas, indicaremos enjuague bucal y empleo de hilo dental.

**Queilosis:** fisuras en los ángulos labiales, se sugiere suplementar con complejo B2 y B6.

**Sialadenosis:** también llamada sialosis o hiperplasia linforreticular, se caracteriza por infiltración linfocitaria del tejido acinar con hipertrofia intersticial y atrofia de los acinos. Clínicamente se manifiesta por agrandamiento indoloro de las glándulas salivales. El tratamiento es el de la enfermedad de base.

**Suplementación vitamínica y mineral:** se utiliza para cubrir la carencia de micronutrientes y como cofactores enzimáticos.

En AN, debido al riesgo de complicaciones cardíacas, se debe estar atento al empleo de drogas que prolonguen el intervalo QT en el ECG (antipsicóticos, antidepresivos tricíclicos, macrólidos y algunos antihistamínicos). De ser necesario su uso, debe monitorearse la función cardíaca con ECG frecuentes. Evidencia clase C.

**Estimulantes del Apetito:** La Ciproheptadina, antagonista serotoninérgico de acción central, ha sido utilizada como antialérgico y fue responsabilizada del aumento de peso observado. No mostró beneficios en AN ya que el hambre no está ausente sino que la paciente anoréxica lucha arduamente contra sus impulsos por comer, específicamente contra el deseo de comer y el placer que obtendría.

### **Psicofarmacología de la Anorexia Nerviosa**

El tratamiento de la AN siempre será interdisciplinario desde el comienzo, incluyendo los aspectos nutricionales, psicopatológicos y familiares. En el espinoso camino terapéutico de las anorexias nerviosas, frecuentemente debemos tener presente la integración de psicofármacos.

**Antipsicóticos:** su empleo tiene, en la anorexia nerviosa, una indicación válida solamente en lo referido a la comorbilidad psiquiátrica. En la práctica se los emplea toda vez que sea necesario atenuar la oposición extrema a renutrirse debida a la ideación patológica fijada al cuerpo y a la distorsión de la imagen corporal. En algún momento se consideraba un beneficio potencial al hecho de que los antipsicóticos típicos, los más antiguos, produzcan aumento del peso corporal, efecto también causado por los antidepresivos tricíclicos. Hacer que una paciente anoréxica suba de peso sin que haya cambiado su actitud hacia el comer (J. Braguinsky), es un error grave y asegura una estrepitosa recaída.

De los mencionados antipsicóticos, la Clorpromazina ha sido utilizada en la AN prácticamente desde que se la descubrió. No se justifica ya su empleo debido al desarrollo de antipsicóticos sedativos menos tóxicos, los riesgos del descenso del umbral convulsivante, la hipotensión arterial y la constipación. Otros inconvenientes se relacionan con el desarrollo de distonías agudas, parkinsonismo y disquinesia tardía irreversible, así como de leucopenia y disfunción hepática.

La Clozapina es un antipsicótico atípico, es decir “moderno”, que ejerce un efecto favorable sobre el estado de ánimo en la AN. Otros antipsicóticos ensayados en la AN son la pimozida (típico) y la sulpirida (atípico), pero ninguno ha arrojado resultados de nota y además comportan riesgos de producir movimientos anormales, así como de inducir convulsiones y otros efectos colaterales.

De los antipsicóticos atípicos empleados, citaremos también a la Olanzapina, la Quetiapina, el Aripiprazol y la Risperidona.

**Ansiolíticos:** la intensificación de la ansiedad preprandial puede ser combatida con

benzodiazepinas indicadas una hora y media antes de comer. La sedación así obtenida puede, además de tornarle más realizable su alimentación, contener la urgencia imperiosa de la paciente de realizar ejercicios luego de haber comido.

**Antidepresivos:** existe cierta controversia respecto del uso de antidepresivos en AN. Los tricíclicos no son ya utilizados; de ellos recordaremos a la Amitriptilina (Halmi) que no mostró beneficios definidos ni respecto del aumento de peso ni de la mejoría de la alteración de la imagen corporal. La Clorimipramina (Lacey y Crisp) ha sido utilizada en pacientes hospitalizadas mostrando cierto aumento del apetito pero menor ganancia de peso que aquellas que recibieron placebo. Además no se vio impacto de nota sobre la ganancia de peso a largo plazo.

Dentro de los ISRS (Inhibidores Selectivos de la Recaptación de Serotonina) la Fluoxetina no mostró resultados positivos en AN, además de producir pérdida del apetito y cierta excitación en pacientes ya hiperactivas. Lo que debemos señalar es que los ISRS –como también la ya clásica clorimipramina y otros tricíclicos- alivian la ideación obsesiva asociada.

**Drogas Atípicas:**

**Naloxona:** el interés que reviste radica en el hecho de que la AN presenta trastornos en la actividad opioide endógena (al menos en la emaciación final). Se ha ensayado, además de esta droga, la Naltrexona, ninguna de las dos son de empleo habitual.

La Clonidina no arrojó resultados positivos y la administración de sales de litio en la AN emaciada con humor lábil -dada su capacidad para inducir aumento de peso en pacientes bipolares- no resultó una intervención de utilidad ni apoyada en estudios a largo plazo ni libre de riesgos.

**Psicofarmacología de la Bulimia Nerviosa**

**Antipsicóticos:** solo se utilizan para tratar la comorbilidad psiquiátrica mayor de ciertos pacientes con BN. Actualmente se emplean los denominados antipsicóticos atípicos, como la Risperidona, el Aripiprazol, la Quetiapina, etc, cuidando el siempre el temido efecto secundario de la ganancia de peso en pacientes aterradas ante esta posibilidad.

**Ansiolíticos benzodiacepínicos:** han sido usados para disminuir la ansiedad y la angustia de menor intensidad presentes en la BN, pero este beneficio debe contrabalancearse con el riesgo de la tendencia a la utilización abusiva de sustancias que presentan estas pacientes.

**Antidepresivos:** En el tratamiento de la BN, han sido estudiados y ensayados en profundidad todos los antidepresivos existentes. En estas pacientes el índice de depresión alcanza valores de entre el 47 y el 73%, debiéndose esta alteración afectiva a un déficit de actividad serotoninérgica. Este déficit es también responsable de la disminución de la inhibición que normalmente produce la serotonina sobre la ingesta por los hidratos de carbono. Los modernos ISRS revierten este fenómeno, permitiendo que la paciente recupere su capacidad de controlar mejor la ingesta.

Se ha postulado que las dietas pueden disminuir el aporte de triptofano, llevando a que descienda la serotonina presente en el medio sináptico lo que, clínicamente, produciría un descenso en la capacidad de controlar los impulsos, dando ésto lugar a que aparezcan atracones y conductas purgativas descontroladas. De los clásicos antidepresivos tricíclicos, la Imipramina ha sido bien estudiada ya a comienzos de la década del '80. Indicada a dosis diarias de 200 a 300 mg, mostró su eficacia para disminuir la frecuencia de atracones y purgas. No se la utiliza ya porque los nuevos ISRS no presentan sus efectos colaterales a nivel cardiológico.

A partir del éxito inicial, se comenzaron a ensayar otros antidepresivos similares, como la Desipramina, metabolito demetilado de la imipramina. Las ventajas de la Desipramina fueron su menor efecto anticolinérgico respecto de la Imipramina y fue durante mucho tiempo el antidepresivo de elección para tratar los síntomas de BN. Un beneficio adicional de la Desipramina es que resulta de fácil dosaje plasmático, por lo cual es útil darla en pacientes que no cumplen con el tratamiento, o que se purgan. Los IMAO, en su momento también ensayados (Fenelzina, Isocarboxazida y Tranilcipromina) también fueron útiles, pero el riesgo de los descontroles alimentarios, así como la presencia de enfermedades miocárdicas o antecedentes suicidas en la paciente bulímica (hecho ciertamente frecuente) hizo desaconsejable su empleo.

El Trazodone, antidepresivo serotoninérgico, poco tóxico y con leves efectos secundarios que ha sido empleado con éxito en la depresión del esquizofrénico, se ha mostrado eficaz en la BN, pero se han informado casos de delirium asociados con su utilización.

Los ISRS están indicados, en dosis altas. Fluoxetina es tal vez el más ensayado. Le sigue la Paroxetina, mucho más potente que la fluoxetina, por lo cual no se utiliza en dosis mayores a los 50 mg. Es sedativa, no aumenta el apetito y se la prefiere en la BN multi impulsiva, es decir la que se asocia con robo, promiscuidad sexual, compras compulsivas, etc. Otros ISRS frecuentemente utilizados son el Escitalopram y la Sertralina.

La Fluoxetina (40-60 mg diarios) permite un gran alivio de los vómitos, así como un control en el peso y también su descenso. Asociados a la administración de este ISRS se observa una atenuación de los siguientes fenómenos: búsqueda de delgadez, frecuencia e intensidad de los episodios, anhelo por los carbohidratos, insatisfacción por la silueta corporal y cavilación constante acerca de comida y dietas. Algunos de estos fenómenos no son propios de la BN sino que resultan de una superposición de síntomas entre este TCA y el trastorno depresivo que lo acompaña. Es así como la Fluoxetina (60 mg) y también los

demás IRSR nombrados mejoran el estado anímico depresivo, más o menos evidente, pero siempre presente.

El L - triptofano, aminoácido precursor de la Serotonina y de muy baja toxicidad, no mostró acción particularmente eficaz. En los atracones ricos en hidratos de carbono aumenta la insulina y esta promueve la recaptación periférica de todos los aminoácidos, menos el triptofano, el que queda a disposición y pasa selectivamente al SNC y se transforma en serotonina.

### **Antirrecurrencias**

**Sales de Litio:** sus efectos beneficiosos potenciales son ensombrecidos por el riesgo que surge de su toxicidad en pacientes que, como sucede con las BN, tienen conductas purgativas que alteran el balance hidroelectrolítico y que, además, pueden incurrir en sobredosis con una sustancia potencialmente tóxica. El empleo de Litio ha sido sugerido en pacientes con gran inestabilidad afectiva, factor presente en la BN y que contribuye a que su curación sea difícil.

**Anticonvulsivantes:** no se ha demostrado ni en la clínica ni en los estudios EEG que exista real actividad comicial en las BN, no obstante, el frecuente empleo de anticonvulsivantes se fundamenta en la impulsividad presente y en la característica compulsiva del comer bulímico. Fue así que se ensayó la Difenilhidantoina con un resultado alentador y la Carbamacepina, poco empleados ya para tratar la compulsión bulímica.

El Topiramato, de notable efecto anorexígeno entre sus propiedades secundarias, actualmente se utiliza casi regularmente en la BN Su empleo se asocia con una gran reducción de atracones y de purgas, del anhelo por hidratos de carbono, del malestar con la silueta corporal y del hacer dietas. Asimismo se atenúa notablemente la ansiedad.

En TA con trastorno bipolar asociado se usa la Lamotrigina, que tiene la ventaja de no aumentar el peso corporal. Su dosis es de 200 a 500 mg diarios.

El Clonazepam también es de elección si se intenta evitar el aumento de peso, pero muchas pacientes lo utilizan abusivamente. Finalmente cabe consignar que también se ha ensayado el Acido Valproico en pacientes bulímicas.

Aunque no se emplea regularmente en nuestro país, la indicación de Ondansetron se relacionó con un descenso de episodios bulímicos a las cuatro semanas de utilizarlo.

### **Psicofarmacología del BED/SDA**

Los pacientes con BED generalmente tienen sobrepeso, por lo que es necesario investigar las posibles complicaciones clínicas como DBT, HTA y Dislipidemias, entre otras.

Existe una notablemente menor cantidad de trabajos científicos que los realizados en BN ó AN y de los existentes pocos son a largo plazo.

Tres categorías de psicofármacos han sido identificados: antidepresivos, supresores del apetito a nivel central y anticonvulsivantes.

En el primer grupo existen estudios controlados con placebo sobre Desipramina, Fluoxetina, Sertralina, Citalopram Dexfenfluoramina, Venlafaxina y Topiramato. En el segundo grupo, era de uso frecuente la Sibutramina como supresor del apetito, pero ha sido retirada del mercado.

Estudios con placebo confirmaron la eficacia de los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina.

Como ya hemos señalado, el uso de anticonvulsivantes se basa en observaciones que revelaron que algunos pacientes con descontrol alimentario presentaban anomalías electroencefalográficas. Su éxito en el tratamiento del trastorno bipolar y en el control de los impulsos ha renovado el interés de emplearlos en el BED. El más ensayado es el topiramato.

Finalmente los medicamentos deben ser estudiados en combinación y en comparación con los tratamientos psicológicos en un intento de mejorar el diseño de los estudios.

Lineamientos terapéuticos que aconsejamos: debemos comenzar por aclarar los objetivos del tratamiento que se va a realizar, lo cual incluye tanto la reducción de atracones, mejorando la conducta alimentaria y, en pacientes con sobrepeso, su reducción.

La investigación sobre el tratamiento farmacológico del BED está en una fase relativamente temprana. Se necesitan más estudios que determinen las pautas para la selección óptima de los fármacos, como así también sus dosis, la duración de su administración y las posibles combinaciones a realizar.

## Conclusiones

El tratamiento de los trastornos de la alimentación está en directa relación tanto con la complejidad del psiquismo, como de las estructuras nerviosas y de las relaciones sociofamiliares. Debido a ello y a su interrelación, el tratamiento debe ser interdisciplinario, encarando los aspectos psíquicos, físicos, sociofamiliares y, cada vez más, las alteraciones bioquímicas propias de cada trastorno alimentario.

## Bibliografía

*Pharmacologic Treatment of Anorexia Nervosa:Where Do We Go from Here? Evelyn Attia, MD, New York State*

*Psychiatric Institute, Published online in Wiley InterScience, DOI: 10.1002/eat.20133, 2005 Wiley Periodicals, Inc. Int J Eat Disord 37 S60–S63 2005*

*Pharmacologic Treatment of Binge Eating Disorder*

*William P. Carter,1,2\* James I. Hudson,1,2 Justine K. Lalonde,1,2 Lindsay Pindyck,1*

*Susan L. McElroy,3 and Harrison G. Pope Jr.1,2*

*Accepted 28 March 2003*

*What Potential Role Is There for Medication Treatment in Anorexia Nervosa? Scott J. Crow, MD1\* James E.*

*Mitchell, MD2,3 James D. Roerig, PharmD,BCPP2,3 Kristine Steffen, PharmD. (Int J Eat Disord 2009; 42:1–8)*

*The Diagnostic Validity of the Criteria for Binge. Eating DisorderJanet D. Latner, PhD1\**

*Courtney Clyne, PhD2 (Int J Eat Disord 2008; 41:1–14)*

*Bulimia Nervosa Treatment: A Systematic Review of Randomized Controlled TrialsJennifer R. Shapiro, PhD1*

*Nancy D. Berkman, PhD Kimberly A. Brownley, PhD*

*(Int J Eat Disord 2007; 40:321–336)*

*Neurorregulación de la Alimentación: Su alteración en los Trastornos Alimentarios y su relación con las emociones.*

*Dra. Alicia Langellotti, Hospital Durand – Buenos Aires – Argentina*

*Publicado en Psicología Iberoamericana - Universidad Iberoamericana - Ciudad de México - Dto. Vol 13, Nro.2 – Pg 74 - 79 Dic. 2005*

*La importancia de la intervención en materia de nutrición en el tratamiento de los TCA;*

*María T. Rivera Gallardo – Jorge A. Barriguete Menendez- Grupo Médico Río Mayo – Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán – Universidad Iberoamericana, Puebla. Méjico. Publicado en Psicología Iberoamericana Vol 13, Nro.2 Pg 80 -83 - Dic. 2005*

*Obesidad: Saberes y Conflictos, Dr Jorge Braaguinsky, Buenos aires, Argentina – 2007*

*Psychobiology and treatment of anorexia nervosa and bulimia nervosa, Katherine A. Halmi, MD 1993*

*Nutrition Therapy for Eating Disorders. Christina Scribner Reiter; Leah Graves  
Nutrition in Clinical Practice  
Volume 25 Number 2  
April 2010 122-136*

*Guidelines for the nutritional management of anorexia nervosa. Royal College of Psychiatrists London.  
Approved by Council: October 2004. Due for review: 2008*

*Eating disorders Core interventions in the treatment and management of anorexia nervosa, bulimia nervosa  
and related eating disorders. Clinical Guideline 9  
January 2004 Developed by the National Collaborating Centre for Mental Health*

*Trastornos Alimentarios. Guía Médica de Diagnóstico y Tratamiento. Sociedad Argentina de Obesidad y  
Trastornos Alimentarios (SAOTA) 1999.*

*Anorexia nerviosa y bulimia. Amenazas a la autonomía. Cecile Rausch Herscovici, Luisa Bay. Tercera  
edición 1995.*

*Eating Disorder. Becker A., Grinspoon S., Klibanski A., Herzog D. Nejm; Vol.340; Nro14, Mayo 2005.*

*Abuse and Clinical Value of Diuretics in Eating Disorders Therapeutic Applications. M. Mascolo, E. Chu, P.  
Mehler. Review. Int J Eat Disord 2011; 44:200–202*

*Kaplan, Allan S. & Garfinkel, Paul E. (1993). Medical Issues and the Eating Disorders. Brunner Mazel.*

*Mehler, Philip & Andersen, Arnold. (1999). Eating Disorders: A Guide to Medical Care and  
Complications. The John Hopkins University Press.*

*Fairburn, Christopher & Brownell, Kelly. (2002). Eating Disorders and Obesity, a Comprehensive  
Handbook. The Guilford Press.*

*Garner, David & Garfinkel, Paul. (1997). Handbook of Treatment for Eating Disorders, Second Edition. The  
Guilford Press.*

*Striegel-Moore, Ruth & Smolak, Linda. (2001). Eating Disorders, Innovative Directions in Research and  
Practice. American Psychological Association.*

*Halmi, Katherine. (1992). Psychobiology and Treatment of Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa. American  
Psychopathological Association.*

*Barbarich, Nicole & Halmi, Katherine et al. (2004). Use of Nutritional Supplements to Increase the Efficacy of  
Fluoxetine in the Treatment of AN. International Journal of Eating Disorders, Volume 35, Number 1, 10-15.*

*Wardle, Jane & Walters, Rachel. (2004). Sociocultural Influences on Attitudes to Weight and Eating: Results  
of a Natural Experiment. International Journal of Eating Disorders, Volume 35, Number 4, 589-593.*

*Latner, Janet & Wilson, Terence. (2004). "Binge Eating and Satiety in BN and BED: Effects of Macronutrient  
Intake". International Journal of Eating Disorders, Volume 36, Number 4, 402-415.*

*Placidi, Rachel & Chandler, Paula et al. (2004). Stress and Hunger Alter the Anorectic Efficacy of Fluoxetine  
in Binge-Eating Rats with a History of Caloric Restriction. International Journal of Eating Disorders, Volume  
36, Number 3, 328-341.*

O'Reardon, John & Stunkard, Albert & Allison, Kelly. (2004). *Clinical Trial of Sertraline in the Treatment of Night Eating Syndrome*. *International Journal of Eating Disorders*, Volume 35, Number 1, 16-26.

Castro, Josefina & Deulofeu, Ramón et al. (2004). *Persistence of Nutritional Deficiencies after Short-Term Weight Recovery in Adolescents with AN*. *International Journal of Eating Disorders*, Volume 35, Number 2, 169-178.

Kaye, Walter & Barbarich, Nicole et al. (2003). *Commentary: Serotonin in AN: a New Study Supports a Familiar Hypothesis*. *International Journal of Eating Disorders*, Volume 33, Number 3, 268-270.

Barbee, James. (2003). *Topiramate in the Treatment of Severe BN with Comorbid Mood Disorders: A Case Series*. *International Journal of Eating Disorders*, Volume 33, Number 4, 468-472.

Moser, David & Benjamin, Michelle et al. (2003). *Neuropsychological Functioning Pretreatment and Posttreatment in an Inpatient Eating Disorders Program*. *International Journal of Eating Disorders*. Volume 33, Number 1, 64-70.