

UNIVERSIDAD INTERNACIONAL DE LAS AMÉRICAS
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE MEDICINA Y CIRUGÍA

**TRABAJO FINAL DE GRADUACIÓN PARA OPTAR POR EL GRADO DE
MEDICINA Y CIRUGÍA**

**ANÁLISIS DE LAS ESTRATEGIAS DE ABORDAJE DE LOS TRASTORNOS
DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA EN ADOLESCENTES EN ESPAÑA PARA LA
IDENTIFICACIÓN DE RECOMENDACIONES APLICABLES EN EL SISTEMA
DE SALUD COSTARRICENSE.**

MARTHA ALEJANDRA GARCÍA ARGUETA

Tutor:

DR. ESTEBAN ROSALES

Noviembre del 2024

**Modalidad de tesis para optar por el grado de Licenciatura de Medicina y
Cirugía**

I RESUMEN

Los trastornos de la conducta alimentaria constituyen un grupo de trastornos mentales caracterizados por una conducta alterada ante la ingesta alimentaria o la aparición de comportamiento de control de peso, estos trastornos suelen surgir con mayor frecuencia a lo largo de la adolescencia siendo más frecuente en mujeres. Se presentan en esta etapa ya que es donde surgen múltiples transformaciones corporales y psíquicas, propias del desarrollo y maduración psicosexual, para los adolescentes el cuerpo se convierte en un medio de expresión lo que propicia aún más la aparición de los TCA. Es importante recalcar que por los medios de comunicación y redes sociales se han producido cambios en la percepción del peso y la imagen corporal, que han generado un aumento de la incidencia de estos trastornos. Los principales representantes en este grupo son la anorexia nerviosa (AN), bulimia nerviosa (BN) y trastorno por atracón. Las consecuencias de estos trastornos en general a corto y largo plazo repercuten en el bienestar físico, psicológico y social, y en algunos casos pueden llegar a ser irreversible.

Los TCA representan un desafío para la salud pública, según la Organización Mundial de la Salud es el problema más importante de la humanidad ya que cada vez hay más personas afectadas y por las muertes que ocasiona. Por lo que una detección temprana es fundamental para mejorar el pronóstico de los TCA y así poder iniciar de forma eficaz un tratamiento individualizado que incluya intervenciones psicológicas ya que con frecuencia coexisten con otras enfermedades como la depresión, ansiedad, el abuso de sustancias. Los enfoques multidisciplinarios que combinan la terapia cognitivo conductual (TCC), el apoyo familiar y la educación nutricional han demostrado ser efectivos para mejorar los resultados a largo plazo.

II AGRADECIMIENTOS

A lo largo de este camino, he aprendido que cada logro importante requiere de esfuerzo y dedicación, pero sobre todo de amor. Quiero comenzar agradeciéndome a mí misma por la resiliencia y la Fe que he puesto en mi tesis, y por no perder de vista mis sueños. Agradecer al Universo por las oportunidades inesperadas y por demostrarme que cada desafío trae consigo una enseñanza.

A mi padre y mi hermano por ser parte de mis pilares importantes en mi vida, a quienes siempre les estaré agradecida por apoyarme en cada decisión.

A mis amigos quienes han sido mi motivación para cumplir mis metas, porque creen en mí y siempre están a mi lado animándome, recordándome que no estoy sola y su amor ha sido un apoyo en este camino llamado “Medicina”.

III DEDICATORIA

Sin duda alguna, quiero dedicarle esta tesis a mi abuela Alodia Argueta por ser parte de mi crecimiento personal, la mano que siempre me ha sostenido desde pequeña. Por enseñarme lo que es la constancia, ser ejemplo de superación profesional y porque siempre será mi más grande admiración.

A mi madre Nora Argueta, nada de esto hubiera sido posible sin su amor y apoyo incondicional. Estoy cumpliendo un sueño y lo estoy haciendo junto a ella, no he podido tener mejor ejemplo de valentía, seguridad, inteligencia y superación que el de mi madre, mi mujer maravilla. Gracias por dejarme volar alto, gracias por hacerlo junto a mí.

TABLA DE CONTENIDOS

I RESUMEN	ii
II AGRADECIMIENTOS	iii
III DEDICATORIA	iv
TABLA DE CONTENIDOS	v
IV LISTA DE TABLAS	vii
V LISTA DE FIGURAS	vii
CAPÍTULO I – INTRODUCCIÓN	ii
1.1 Introducción	2
1.2 Planteamiento del problema	3
1.3 Objetivos	4
1.3.1 Objetivo general	4
1.3.2 Objetivos específicos	4
1.4 Justificación	5
1.5 Antecedentes	8
1.5.1 Antecedentes históricos	8
1.5.2 Antecedentes internacionales	10
1.5.3 Antecedentes nacionales	13
CAPITULO II – MARCO TEÓRICO	15
2.1 Marco Teórico	16
2.1.1 Definición de adolescencia	16
2.1.2 Definición trastorno de la conducta alimentaria	18
2.1.3 Etiología de los trastornos de la conducta alimentaria	28
2.1.4 Diagnóstico de los trastornos de la conducta alimentaria	29
2.1.5 Tratamiento de los trastornos de la conducta alimentaria	35

2.2 Protocolos de abordaje de los TCA en España	37
2.2.1 Prevención de los TCA	37
2.2.2 Detección de los TCA	39
2.2.3 Protocolo diagnóstico de los TCA.....	40
2.2.4 Tratamiento en los TCA	45
2.3 Protocolo de los TCA en Costa Rica	50
CAPÍTULO III – MARCO METODOLÓGICO	56
3.1 Marco Metodológico.....	57
3.2 Enfoque metodológico	57
3.3 Tipo de investigación	57
3.4 Fuentes de información	58
3.5 Criterios de búsqueda.....	58
CAPÍTULO IV – ANÁLISIS DE RESULTADOS	61
4.1 Análisis de resultados	62
CAPÍTULO V – CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	90
5.1 Conclusiones	91
5.2 Recomendaciones	93
CAPÍTULO VI – REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	97
CAPITULO VII – ANEXO	106
Anexo 1. “Notas algo diferente? Cuestionario para detección de Trastornos de la Conducta Alimentaria en Adolescentes”	106
Anexo 2. Tabla de artículos de revisiones bibliográficas.....	108

IV LISTA DE TABLAS

Tabla 1. Los signos físicos y los efectos de la anorexia -----	20
Tabla 2. Manifestaciones clínicas Bulimia Nerviosa -----	23
Tabla 3. Factores de riesgo de los trastornos de la conducta alimentaria -----	28
Tabla 4. Criterios diagnósticos Anorexia Nerviosa -----	30
Tabla 5. Criterios diagnósticos Bulimia Nerviosa -----	31
Tabla 6. Criterios diagnósticos Trastornos de Atracones -----	32
Tabla 7. Tratamiento para pacientes con trastorno de la conducta alimentaria según la guía APA 2023 (American Psychiatric Association) -----	35
Tabla 8. Abordaje preventivo de los TCA -----	38
Tabla 9. Clasificación de los TCA según el manual para el abordaje de trastornos de la conducta alimentaria en niñas, niños y adolescentes -----	52
Tabla 10. Criterios de búsqueda -----	58
Tabla 11. Criterios de inclusión y exclusión -----	60
Tabla 12. Indicadores o señales de alerta de las TCA -----	66
Tabla 13. “Mitos y Realidades” cuestionario de La Campaña Cuidémonos Nutritiva – Mente -----	70

V LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Referencia del centro educativo a centros de salud ante riesgo de trastornos de comportamiento alimentario -----	69
Figura 2. Algoritmo 1. Detección de potenciales casos de TCA -----	83
Figura 3. Algoritmo 2. Actuación ante la sospecha de un TCA -----	85
Figura 4. Algoritmo 3. Tratamiento en la Anorexia Nerviosa -----	87
Figura 5. Algoritmo 4. Tratamiento en la Bulimia Nerviosa y TA -----	88

CAPÍTULO I – INTRODUCCIÓN

1.1 Introducción

Los TCA representan en la actualidad, según la Organización Mundial de la Salud (OMS), el problema de salud más importante de la humanidad, tanto por el número de personas afectadas que va en aumento, como por las muertes que ocasiona¹. Por esta razón, es importante conocer los aspectos y presentaciones principales de esta patología. El evidente aumento de casos de TCA representa un gran problema para la salud, por lo que, deben considerarse estrategias en promoción y prevención en salud para disminuir su incidencia.

Esta investigación busca identificar los lineamientos de acuerdo con protocolos y guías actualizadas para el abordaje de adolescentes con TCA en España con el fin de generar recomendaciones de manejo aplicables al sistema de salud costarricense con el fin de incidir en los intentos de disminuir los casos de TCA en nuestro país.

En Costa Rica desde el año 2023 el Ministerio de Educación Pública publicó el “Manual para el abordaje de trastornos de la conducta alimentaria en niñas, niños y adolescentes” con el fin de brindar una herramienta a los docentes que les permita brindar un adecuado abordaje desde el sistema educativo a los estudiantes con este tipo de trastornos. Ya que existe un aumento importante de enfermedades de origen biológico, psicológico, social, las autoridades en salud y el Ministerio de Educación Pública han alertado acerca de la atención que desde el sistema educativo debe ofrecerse a diversas patologías o situaciones relacionadas con la salud mental.

Según lo que comenta el manual es indispensable hablar de estilos de vida saludable, temas relacionados con la autoestima y nutrición, entre otros. Se debe trabajar en acciones para prevenir y promover los hábitos alimentarios saludables que ayuden a contribuir a generar un desarrollo integral en los adolescentes.

Los trastornos de la conducta alimentaria amenazan con convertirse en un problema de salud pública en Costa Rica, sin que el país cuente con un registro real de los casos y con una estrategia integral para abordarlo, según especialistas de la Campaña Cuidémonos Nutritiva – Mente³. Según la Vicepresidenta del Colegio de Profesionales en Psicología Ivannia Serrano, La Caja Costarricense del Seguro Social solo tiene registro de las consultas que se realizan a nivel público, las cuales van en aumento al pasar de 1.158 en el 2020 a 1.751 casos en el 2021, en el grupo de personas adolescentes y jóvenes, entre 15 y 19 años. Sin embargo,

no existe registro de los casos que se atienden en consulta a nivel privado, por lo tanto, no se puede saber con certeza la incidencia de los TCA en Costa Rica.

En cambio, España cuenta con sociedades de trabajo exclusivos para TCA como la Sociedad Española de Nutrición Clínica y Metabolismo (SENPE) que trabaja junto con la Sociedad Española de Nutrición Comunitaria (SENC) y la sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN), las cuales han elaborado protocolos y guías para el diagnóstico y tratamiento de los trastornos de la conducta alimentaria.

La investigación cuenta con siete capítulos. El primer capítulo está formado por introducción del TCA. El segundo capítulo es sobre el marco teórico donde se documentará los conceptos básicos del TCA como la definición de adolescentes, de la patología, epidemiología, cuáles son las causas del TCA, factores psicológicos y psiquiátricos, ambientales y socio-culturales, como se diagnostica y que tratamientos se debe utilizar y su prevención. Por otra parte, el tercer capítulo corresponde al marco metodológico. Luego el cuarto capítulo se enfoca en los análisis y resultados. En el quinto capítulo, se encuentran las conclusiones y recomendaciones. El sexto capítulo está compuesto por referencias bibliográficas y finalizando con el séptimo capítulo se encuentran los anexos.

1.2 Planteamiento del problema

Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) en conjunto representan la tercera enfermedad de larga evolución o crónica más frecuente entre la población de pacientes adolescentes. Tres tipos de TCA anorexia nerviosa (AN), bulimia nerviosa (BN) y TCA no especificado (TCANE) se encuentran entre los tres diagnósticos más comunes entre las mujeres adolescentes³.

La presencia de factores de riesgos y el incremento de la incidencia de los trastornos de la conducta alimentaria, es de suma importancia el conocimiento de la prevención de dicha patología, a través de guías de actuación ante los TCA. Debido que en Costa Rica se carece de investigaciones en el área de los desórdenes alimentarios, se sabe que la incidencia de los TCA ha tendido a aumentar en los últimos años. Con la ayuda de diversas encuestas que se han realizado a la población costarricense adolescente se ha podido intuir el aumento de los casos de TCA, ya que solo existen registros de las consultas que se realizan a nivel público pero no existe registro de los casos que atienden a nivel privado, por lo cual no se puede saber con certeza la incidencia de los trastornos de la conducta alimentaria en Costa Rica, al no

existir protocolos de abordaje a nivel de la CCSS y solo contar con un Manual de abordaje por parte del MEP, tener una cierta orientación de los casos que existen gracias a encuestas, se puede determinar que hay un vacío de conocimiento de los TCA en Costa Rica.

La información adecuada y adaptada, puede motivar la necesidad de cambiar, ayudar a desarrollar las habilidades que permitan realizar una elección adecuada de los alimentos, contribuir a la modificación de conductas y actitudes, y orientarlas hacia estilos de vida más saludables que se mantengan en el tiempo⁵. La educación nutricional juega un rol importante en los trastornos de la conducta alimentaria ya que contribuye a que los pacientes modifiquen sus actitudes en relación con la comida, en la disminución del miedo en la ganancia de peso, favoreciendo de este modo a la recuperación nutricional del paciente.

Es necesario dar a conocer los aspectos y presentaciones principales de los trastornos de la conducta alimentaria, métodos de prevención y facilitar ayuda a los pacientes para que ellos mismos puedan identificar patrones de conducta que los llevan a un TCA, para así obtener un diagnóstico temprano, un tratamiento psicológico – terapéutico o farmacológico si es necesario.

Acorde con el tema planteado se decide realizar una exhaustiva revisión bibliográfica para la identificación de protocolos de abordaje utilizados en España para los TCA y establecer acciones aplicables al sistema de salud costarricense.

Por lo anterior, se plantea la siguiente pregunta de investigación: ¿Son aplicables las recomendaciones de los protocolos para el abordaje y tratamiento de los TCA de España, en el sistema de salud costarricense?

1.3 Objetivos

1.3.1 Objetivo general

Analizar los lineamientos de abordaje de los trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes en España para la identificación y generación de recomendaciones aplicables en el sistema de salud costarricense

1.3.2 Objetivos específicos

1. Recopilar información actualizada acerca de los lineamientos en el abordaje de los adolescentes con trastornos de la conducta alimentaria utilizados en España

2. Describir los lineamientos en el abordaje de los adolescentes con trastornos de la conducta alimentaria en el sistema de salud costarricense.
3. Generar en base a la información recopilada las recomendaciones para el abordaje del adolescente con trastorno de la conducta alimentaria implementables en el sistema de salud costarricense.

1.4 Justificación

Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) constituyen un grupo de enfermedades biopsicológicas graves, multifactoriales, con un alto riesgo de mortalidad. Los factores culturales adquieren especial relevancia cuando se trata de entender cómo se describe, minimiza, diagnostica y trata la sociedad esta condición⁶. En los últimos años se ha visto un notable crecimiento del número de casos de pacientes diagnosticados con un TCA y a la vez se considera el principal problema psiquiátrico de la pubertad y adolescencia tanto en mujeres como en hombres, esto puede ser producto de la falta de conocimiento a nivel de factores de riesgo y métodos preventivos. En el sistema de Salud Pública este trastorno está teniendo un gran impacto tanto por los aspectos médicos y psicológicos, así como por el alto costo económico en su manejo.

A pesar de que se han identificado personas con TCA desde los cuatro años de edad, la edad promedio de aparición es la pubertad en ambos sexos, aunque se han descrito picos de presentación a los 18 años⁶. La adolescencia es una etapa de transformación emocional, mental y física, donde los jóvenes se enfrentan a la búsqueda de su identidad lo que los hace más vulnerables a los medios de comunicación que promueven patrones ideales de belleza con excesiva delgadez, a los efectos del ambiente y de las personas, por lo tanto, es en esta etapa donde el trastorno de conducta alimentaria tiene mayores implicaciones.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha ubicado a los TCA entre las enfermedades mentales de prioridad para los niños y adolescentes dado el riesgo para la salud que implican. El diagnóstico más frecuente entre adolescentes es el Trastorno Alimentario No Especificado (TANE), seguido por el de Anorexia Nerviosa y, finalmente, el de Bulimia Nerviosa⁷. Las personas que padecen este trastorno experimentan cambios en sus actitudes, comportamientos y pensamientos hacia los alimentos. Generan preocupaciones obsesivas por

el peso, imagen o tamaño corporal y esto puede derivar en enfermedades físicas y potencialmente en la muerte ya sea por desnutrición o suicidio.

Por otro lado, la influencia del modelo de delgadez y la insatisfacción corporal son dos variables relacionadas con el riesgo de desarrollar TCA. La promoción del modelo de delgadez como el ideal de bella asociado a éxito, control y perfección ha generado que una cantidad importante de jóvenes, especialmente mujeres, se sientan insatisfechas con su imagen corporal, la cual es una característica principal de los TCA⁸.

En Costa Rica existe un código de la niñez y la Adolescencia que recuerda que las personas menores de edad tienen prioridad y las acciones que se tomen como MEP y como país deben priorizar a las mismas². Las encuestas como La Encuesta Nacional de Nutrición y la Encuesta Colegial de Vigilancia Nutricional y Actividad Física, el Hospital Nacional de Niños son instituciones costarricense que colaboran con el abordaje y detección temprana de los TCA.

En la presente investigación interesa conocer el grado de información que existe en Costa Rica para el abordaje de pacientes con TCA, en relación con España. Al realizar la comparativa de ambos países se pretende realizar una revisión de la literatura disponible basada en estudios, evidencia acerca de los factores de riesgos que están asociados con los TCA y que puedan ser de ayuda en la parte clínica para realizar un abordaje integral de estos pacientes a nivel preventivo, diagnóstico y terapéutico en los adolescentes de Costa Rica.

En España existe un grupo de trabajo sobre TCA de la Sociedad Española de Nutrición Clínica y Metabolismo (SENPE) que viene trabajando desde hace tiempo en la elaboración de protocolos y guías para el diagnóstico y tratamiento de este tipo de pacientes. Este mismo grupo trabaja junto con la Sociedad Española de Nutrición Comunitaria (SENC) y la Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMergen) para desarrollar una guía para la prevención de estos problemas de salud.

Las guías clínicas basadas en la evidencia representan un paso importante hacia la difusión e implementación de tratamientos basados en la evidencia de la práctica clínica. En esta dirección, el Grupo de Trabajo de Trastornos de la Conducta Alimentaria adscrito a la Sociedad Española de Nutrición Clínica y Metabolismo (SENPE) publicó en 2018 el “Consenso sobre la evaluación y el tratamiento nutricional de los trastornos de la conducta alimentaria: anorexia nerviosa, bulimia nerviosa (BN), trastorno por atracón (TA) y otros”.

El objetivo fue elaborar un documento de consenso basado en la mejor evidencia científica posible y en la experiencia profesional, con la finalidad de mejorar la práctica asistencial en este campo⁵.

En un estudio realizado por Ballester (2003) se evidencian conductas alimentarias de riesgo en niños españoles entre 11 y 14 años. Habitualmente, el 40% de los niños evita comer alimentos que engordan, el 68% controla su peso, el 4% toma laxantes, el 7% intenta vomitar cuando ha comido mucho y el 17% ha llegado a llorar como consecuencia de su figura física⁹. Es evidente que cada vez el TCA se va presentando en edades muy tempranas, con más razón aún es de vital importancia tener cada vez más conocimiento, tener a la mano guías que orienten a un abordaje ideal, para dar un tratamiento idóneo. No obstante, cabe recalcar la verdadera importancia de tener conocimiento sobre educación nutricional, ya que muchos de los pacientes que padecen TCA especialmente anorexia nerviosa, suelen tener abundante información sobre la energía que aportan los alimentos pero carecen de conocimientos de planificar su consumo de alimentos de una forma más razonada y amplia, estos pacientes tienen creencias muy difíciles de cambiar respecto a los alimentos saludables y no saludables, y con frecuencia recurren a fuentes de información no científica. Es fundamental contar con buena educación nutricional para dar autonomía a los pacientes que sufren estos trastornos.

La clínica de los TCA es muy variable entre cada persona, por ende, es muy difícil su detección y abordaje oportuno. Y es importante para el médico tener armas diagnósticas oportunas para poder realizar una detección temprana de estas patologías de alimentación, tener conocimientos de las manifestaciones o cambios en la conducta que se pueden presentar en los adolescentes, que pueden ser sospechar y poder facilitar el diagnóstico.

Los trastornos alimentarios son enfermedades devastadoras producida por una compleja interacción de factores, que pueden incluir trastornos emocionales y de la personalidad, disfunción familiar, una posible sensibilidad genética o biológica, y el vivir en una cultura en la cual hay una obsesión por la delgadez¹⁰. En la Clínica de Adolescentes del Hospital Nacional de Niños se realizó un estudio con 22 adolescentes donde se encontraron diferentes aspectos que están relacionados al diagnósticos de TCA, como en el caso de violencia doméstica, el abuso sexual, la carencia de afecto son desencadenantes para padecer este tipo de patologías, se observó que la mayoría de los adolescentes presentaban trastornos de ansiedad o depresión lo cual aumenta más el riesgo de mortalidad. En dicho estudio

notaron que, aunque se les diera terapia los pacientes presentaban alteraciones biológicas o mentales, lo cual implicaba un riesgo vital, por lo tanto, el precisar el tratamiento en un régimen intrahospitalario puede ayudar a disminuir el riesgo de padecer TCA o tratar de estabilizarlo.

1.5 Antecedentes

En el siguiente capítulo se desarrollará la descripción de antecedentes históricos acerca del trastorno de la conducta alimentaria (TCA) desde el momento donde este comportamiento comenzó a tener un gran impacto por su prevalencia, hasta la actualidad. Así como investigaciones que se fundamentan a nivel nacional e internacional, para profundizar más sobre el tema en cuestión.

1.5.1 Antecedentes históricos

El ser humano posee instintos o impulsos primarios que son parte de la sobrevivencia, cabe destacar el “hambre” que es la necesidad de comer de ingerir alimentos para mantener la vida, la homeostasis y placer. Tanto el hambre como la sexualidad tienen una estrecha relación con el trastorno de la conducta alimentaria y su evolución a lo largo de la historia.

Anorexia proviene del griego *an* privativo y *orexis* apetito, consiste en el rechazo de mantener un peso corporal mínimo y un miedo intenso a ganar peso o a convertirse en una persona obesa. En las antiguas culturas griegas y egipcias hay registros donde se realizaban rituales de ayunos prolongados, también en las religiones orientales y los primeros cristianos practicaban ayunos severos como reacción radical contra el hedonismo y el materialismo de esa época. Richard Morton en 1689 fue el primer autor que describió un cuadro de anorexia nerviosa donde hace referencia a la pérdida de peso, amenorrea, estreñimiento e hiperactividad sin causas que justifiquen dichos síntomas. Simmonds en 1914 aporta una nueva hipótesis de la anorexia nerviosa nombrándola “caquexia hipofisiaria”, en 1938 Sheehan fue quien estableció la diferencia entre anorexia nerviosa y caquexia hipofisiaria, y es hasta los años 50 donde la anorexia nerviosa fue considerada de origen endocrinológico¹¹. Desde el punto de vista de la psiquiatría en psicoanálisis por parte de Freud, Abraham, Fenichel fueron quienes consideraron la anorexia nerviosa como una neurosis relacionada con la histeria y después con la melancolía.

En 1965 en el Simposio de Gottingen hay tres conclusiones básicas de anorexia nerviosa, la enfermedad está relacionada con las transformaciones de la pubertad, el conflicto es corporal y no estrictamente de la función alimentaria, la etiopatogenia y la clínica son diferentes de los conflictos neuróticos¹².

Bulimia proviene del término griego *bous* buey y *limos* hambre literalmente “hambre de buey”. Desde la época de la antigua Roma es donde esta conducta alimentaria está relacionada con el atracón y posterior a vómitos autoinducidos. En otro momento de la historia como la civilización romana utilizaban el vómito para vaciar el contenido gástrico para continuar la ingesta masiva y descontrolada de alimentos.

En el siglo XVIII James (1743) describió una entidad como *true boulimus* caracterizada por una intensa preocupación por la comida, ingesta de importantes cantidades de alimentos en periodos cortos de tiempos seguido de desmayos o otra variante *caninus appetitus* en donde tras la ingesta se presentaba vómito. Rusell en 1979 publicó la primera descripción clínica de la enfermedad, la llamó bulimia nerviosa una variante ominosa de la anorexia nerviosa¹³.

Los trastornos de la conducta alimentaria (TCAs) como la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa, desde finales del siglo XX y comienzos del XXI han sido un problema de salud que medida que pasa el tiempo va aumentando su prevalencia. Los comportamientos atípicos mencionados inicialmente fueron descritos en el siglo XIX, los cuales fueron adquiriendo una entidad psicopatológica a partir de la década de los sesenta¹⁴.

El argumento del incremento cada vez más evidente de la prevalencia del TCA en la segunda mitad del siglo XX y comienzos del XXI, se asocia a factores predisponentes de carácter sociocultural como la divinización de la delgadez en la mujer como modelo de belleza. A lo largo de la historia se encuentran numerosos casos de personas con algún tipo de trastorno de la conducta alimentaria, siendo lo más famosos ejemplos de religiosas medievales y renacentistas, donde promueven la obesidad y el ayuno. En épocas previas a la edad media, las mujeres robustas poseían un gran atractivo a comparación que las delgadas, ya que estas representaban debilidad y esterilidad¹⁵.

En el siglo XIX se reunió múltiples casos de “chicas ayunadoras” como Santa Luidina de Shiedam, Catalina de Siena, Sor Juana Inés de la Cruz, Anne Moore entre otras. En 1873 dos psiquiatras en su época muy famosos Lasègue y Gull elaboraron una primera definición

del trastorno, siendo esta “anorexia histérica” o “anorexia mirabilis”⁴. Uno de los casos más famosos de TCA en la historia es Anne Moore, tenía 27 años cuando trabajaba de sirvienta cuidando a ulcerosos, pero su motivo de realizar ayuno fue la religión, siendo la causa de generarle ingresos ya que muchos “peregrinos” la visitaban por su concepción de sacrificio como muestra de admirable fe. Anne fue muy famosa ya que podía pasar muchos días sin comer nada en absoluto llegando a afirmar que llevaba años sin probar nada de alimento. Por su fama se realizó una investigación donde se descubrió que su hija utilizaba diferentes métodos para darle alimento a su madre. Aunque se descubrió que es imposible vivir sin alimento no deja de ser un caso de alteración del comportamiento alimentario¹⁶.

Aunque en la historia hay diversos relatos de casos de evidentes casos de TCA, es difícil realizar perfiles psicopatológicos ya que se emplean descripciones parciales, escasas y también se omitían datos que no eran objeto de interés y que hoy en día se consideran importantes. En la actualidad los TCAs tienen el fin de utilizar el comportamiento alimentario como objeto de conseguir una determinada imagen corporal.

Se considera que los trastornos de la conducta alimentaria actualmente están de moda ya que la mayoría de los medios de comunicación informan respecto al tema, su alta causalidad social o su influencia en la moda, como su alarmante frecuencia hasta convertirse en una verdadera epidemia. Es importante textualizar el “contagio” en la rivalidad en cuanto al aspecto y la capacidad de adelgazar se lleva a cabo en los colegios y grupos de adolescentes, es preocupante como cada vez las mujeres adolescentes comienzan su trastorno de vómitos al percibirlo más fácil que soportar el sacrificio del hambre¹⁵.

1.5.2 Antecedentes internacionales

La anorexia nerviosa (AN), la bulimia nerviosa (BN) y el trastorno por atracón (BED) representan los trastornos alimentarios específicos definidos en el *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, 5ª Edición* (DSM-5). Se caracterizan, en diversos grados, por alteraciones persistentes en la alimentación o en el comportamiento de control de peso y por una preocupación excesiva por la forma y el peso¹⁷.

Los trastornos de la alimentación son alteraciones de la conducta alimentaria de origen multifactorial. Tanto la AN como la BN y también el TA tienen en común que las personas que los padecen tienen miedo a engordar y dificultad para aceptarse a sí mismas tanto física

como psicológicamente, siendo la insatisfacción corporal una muestra de su profunda descalificación personal. Utilizando la metáfora del iceberg, los síntomas alimentarios son la parte visible de su malestar psicológico¹⁸.

Se presentan características que diferencian a cada tipo de trastorno de la conducta alimentaria. La anorexia nerviosa se presenta un peso corporal bajo, inducido por la restricción de la ingesta de energía. Las características de la bulimia nerviosa y el trastorno por atracón son los episodios recurrentes de atracones, lo que diferencia a la BN es que los individuos que la padecen generalmente intentan prevenir el aumento de peso a través de conductas compensatorias que son inapropiadas como vómitos autoinducidos, sin embargo, aquellas personas con trastorno por atracón no hacen uso recurrente de ellos. Cabe recalcar que todos los trastornos por conducta alimentaria provocan deficiencias significativas en la salud, el funcionamiento psicosocial y la calidad de vida.

Una gran parte de las adolescentes que sufre de estos trastornos no consulta directamente por ello ya que, en general, la conciencia de enfermedad y motivación para el cambio son escasas, a pesar de que la salud física y psicológica se encuentre severamente amenazada por la enfermedad. Las adolescentes, muchas veces son detectadas por sus padres, profesores o pares, siendo forzadamente llevadas a consultar⁷.

Los TCA se presentan con más prevalencia en adolescentes y adultos jóvenes, estas afecciones pueden llegar a ser graves al conducir a múltiples complicaciones físicas y psiquiátricas, incluso pudiendo llevar al individuo a la muerte. Los TCA al poderse presentar simultáneamente con otras condiciones psiquiátricas y médicas esto puede complicar el tratamiento. Las cuales destacan los trastornos del ánimo y de ansiedad, los trastornos obsesivos – compulsivos, fobia social, déficit de atención e hiperactividad, trastorno negativista desafiante y el abuso de sustancias.

Aunque la evolución clínica de la AN parece ser favorable, con una recuperación del peso corporal alrededor de los 30 años de edad en el 88 % de los casos, también existe riesgo de autolesiones, comportamientos suicidas y mortalidad. En Europa, la prevalencia estimada en las mujeres de la anorexia nerviosa es de un 1-4 %, la de la bulimia nerviosa es del 1-2 % y la del trastorno por atracón del 1-4 %. En los varones, la prevalencia de los TCA es del 0,3-0,7 %. No obstante, se dispone de pocos datos referidos a Asia, Latinoamérica y África. En estos países, por lo general, solo se estudia la prevalencia en la población considerada de alto

riesgo: la de las mujeres jóvenes. En China se observan unas tasas de prevalencia de la AN, BN y TA del 1.05 %, 2.98 % y 3.58 %, respectivamente. En África, las cifras se sitúan en <0,1% para la AN, un 0,87% para la BN y un 4,45% para el TA¹⁸.

En el Perú, se ha registrado, desde 1998 a 2008, un aumento de ocho veces en el número de casos nuevos registrados en establecimientos del Ministerio de Salud. Identificar la población en riesgo permite realizar un diagnóstico precoz, aspecto necesario en el tratamiento para evitar que el trastorno se vuelva crónico. En este sentido, es un eje prioritario para las agendas del sector de salud conocer estos factores, así como el tratamiento de los TCA, y crear la necesidad de implementar estrategias preventivas con el fin de detener su propagación¹⁹.

Un reciente estudio sobre la carga global de la enfermedad puso en evidencia su relevancia debido al impacto que está generando, en particular en población femenina de 15 – 19 años. En Latinoamérica, comparada con Europa del este y Estados Unidos, la prevalencia de la anorexia es menor, pero las prevalencias de la bulimia y los atracones es mayor. En Colombia se ha realizado varios estudios sobre los TCA. Pineros et al.⁶ reportaron un 15% de prevalencia de riesgo, predominantemente en mujeres, en una muestra de estudiantes de 12 – 20 años en Bogotá. El estudio de Ángel et al.⁷, con estudiantes universitarios de la misma ciudad, reportó que el 30,7% de la muestra estaba en riesgo de sufrir el trastorno, con mayor porcentaje de mujeres²⁰.

Teniendo en cuenta el duro impacto que pueden ocasionar estas patologías se han desarrollado numerosos estudios epidemiológicos que intentan medir el alcance de estos trastornos. En el centro y norte de Europa, así como en Australia, Estados Unidos o Canadá, este tipo de estudios aparecen a partir de los años 70 desde aproximaciones teóricas y metodológicas diferentes. Mientras que, en España, las publicaciones relativas a la epidemiología de los TCA no se suceden hasta mediados de los años 90²¹.

A finales del siglo XX, las actitudes y conductas alimentarias desordenadas aumentaron dramáticamente en las poblaciones de mujeres jóvenes de altos ingresos de Asia, y los TCA clínicos proliferaron más allá de Japón, hasta Singapur, Hong Kong, Corea y Taiwán. Desde una perspectiva cronológica, los TCA se volvieron cada vez más comunes en Singapur a lo largo de la década de 1990 y surgieron junto con su aparición en los vecinos Malasia y Hong Kong. Varios estudios también sugieren que la insatisfacción corporal se había vuelto tan

generalizada entre ciertos segmentos de la población, como los estudiantes universitarios y las colegialas chinas de Singapur, como lo fue en Occidente ya en 2003²².

En Europa Occidental, Estados Unidos es común la cultura de la delgadez, últimamente comienza a serlo en otros continentes. La exposición a modelos occidentales en los medios de comunicación ha contribuido a un rechazo de los rasgos faciales asiáticos estereotipados. Los jóvenes del Reino Unido comienzan a demostrar la interiorización más intensa del ideal de delgadez y la presión de los medios de comunicación por verse de cierta manera. Sin embargo, los cuerpos más pesados pueden ser preferidos en sitios de bajo nivel socioeconómico comparándolo con sitios de alto nivel socioeconómico en Malasia y Sudáfrica, pero no es Austria.

Las adolescentes constituyen un grupo de alto riesgo en cuanto a poseer una propensión psicológica específica al desarrollo de trastornos alimentarios como consecuencia de la influencia sociocultural que ejercen los medios de comunicación. Dos predictores socioculturales principales (la internalización y la presión de las normas socioculturales) desempeñan un papel importante en la explicación del desarrollo de la insatisfacción corporal y la búsqueda patológica de la delgadez entre las adolescentes y mujeres polacas. En relación con el perfeccionismo, no se observó un papel significativo de la internalización y la presión sociocultural²³.

1.5.3 Antecedentes nacionales

En Costa Rica actualmente no existe una guía para el manejo de los TCA y hay muy pocas publicaciones respecto al tema siendo muy limitado la obtención de información, solo se cuenta con un manual para el manejo de TCA el cual resalta realizada por el Ministerio de Educación Pública y Dirección de Vida Estudiantil “Manual para el abordaje de trastornos de la conducta alimentaria en niñas, niños y adolescentes”. En donde abordan el tema de trastornos de la conducta alimentaria con personal del sistema educativo para promover una alimentación saludable, fomentar una dieta sana, equilibrada, variada y abordar también estilos de vida saludables tanto en el ámbito académico como emocional.

Los trastornos de conducta alimentaria fueron descritos desde épocas medievales, pero actualmente su relevancia se debe a que han tenido un crecimiento exponencial. La población

más vulnerable son los adolescentes, por la sensibilidad que tienen ellos a la opinión de las otras personas y por la inseguridad con respecto a lo que gustan y lo que quieren de su vida²⁴.

Un estudio por parte del equipo del Hospital Nacional de Niños: “Anorexia y bulimia: caracterización y sistematización de la experiencia de intervención de una Clínica de Adolescentes” (Morales, et al., 2002) donde se muestran aspectos importantes como la dinámica familiar disfuncional, adolescentes que tenían un rendimiento alto escolar antes de la enfermedad, síntomas ansiosos, constante preocupación por la imagen corporal desde la infancia y donde el abuso sexual sigue siendo un antecedente importante de factor de riesgo para desarrollar TCA²⁵.

Según la Organización Mundial de la Salud los TCA representan el problema de salud más importante de la humanidad, ya que va en aumento y aparecen con frecuencia en la adolescencia o adultez, pero también puede darse durante la niñez o adultez avanzada. Los TCA son enfermedades que están representadas por la anorexia nerviosa, bulimia nerviosa y el TCA no especificado donde está incluido el trastorno por atracón, son enfermedades que tienen como comportamiento distorsión de la alimentación y extrema preocupación por la imagen corporal.

Su importancia se basa en que son unas enfermedades que requieren de un tratamiento largo que pueden llegar a convertirse en crónicas e inclusive llevar hasta la muerte. Y están ligadas con la depresión, el abuso de sustancias, trastornos de ansiedad, con la constante insistencia de los medios de comunicación de ver bien visto una delgadez extrema.

CAPITULO II – MARCO TEÓRICO

2.1 Marco Teórico

2.1.1 Definición de adolescencia

La Organización Mundial de la Salud (OMS) considera la adolescencia entre los 10 y 19 años y juventud al periodo entre los 19 y 25 años de edad. La SAHM (Sociedad Americana de Salud y Medicina de la Adolescencia) la sitúa entre los 10 – 21 años. Distinguiendo 3 fases que se solapan entre sí: adolescencia inicial (10 – 14 años), media (15 – 17 años) y tardía (18 – 21 años)²⁶.

A lo largo de la historia, diversos autores han denominado la adolescencia como: “tormenta hormonal, emocional y de estrés”, ya que, en la pubertad hacen eclosión las hormonas gonadales, que originan cambios físicos y en la esfera emocional psicosexual²⁶.

El término adolescencia deriva del latín «adolescere» que significa «crecer hacia la adultez». La adolescencia es aquella etapa del desarrollo ubicada entre la infancia y la adultez, en la que ocurre un proceso creciente de maduración física, psicológica y social que lleva al ser humano a transformarse en un adulto. En este período, en el que ocurren cambios rápidos y de gran magnitud, la persona se hace tanto biológica, como psicológica y socialmente madura y capaz de vivir en forma independiente (o más bien en camino hacia ello en la actualidad, aunque depende de las circunstancias)²⁷.

2.1.1.1 Etapas de la adolescencia

Adolescencia inicial

Abarca aproximadamente desde los 10 a los 13 años, y se caracteriza fundamentalmente por los cambios puberales²⁶.

El desarrollo psicológico de esta etapa se caracteriza por la existencia de egocentrismo, el cual constituye una característica normal de niños y adolescentes, que disminuye progresivamente, dando paso a un punto de vista sociocéntrico. El adolescente se encuentra muy centrado en su propia conducta, cambios corporales y apariencia física, y asume que los otros tienen perspectivas y valores idénticos (as) y los (as) suyos (as)²⁷. El desarrollo cognitivo de esta etapa comprende el comienzo del surgimiento del pensamiento abstracto o formal. La toma de decisiones empieza a involucrar habilidades más complejas, que son esenciales para la creatividad y el rendimiento académico de un nivel superior. En el ámbito

del desarrollo social, se inicia la movilización hacia afuera de la familia. Aumenta el deseo de independencia del joven y disminuye su interés por las actividades familiares²⁷.

En cuanto al desarrollo sexual, en esta fase se produce una acentuada preocupación por el cuerpo y los cambios puberales. Las rápidas transformaciones corporales llevan al adolescente a preocuparse en forma creciente por su imagen, a focalizarse en hallazgos físicos triviales, a hacerse repetidamente la pregunta ¿soy normal? y a necesitar reafirmación de su normalidad²⁷.

Adolescencia media

Comprende de los 14 a los 17 años y se caracteriza, sobre todo, por conflictos familiares, debido a la relevancia que adquiere el grupo; es en esta época, cuando pueden iniciarse con más probabilidad las conductas de riesgo²⁶.

En cuanto al desarrollo psicológico, en esta etapa continúa aumentando el nuevo sentido de individualidad. Sin embargo, la autoimagen es muy dependiente de la opinión de terceros. El joven tiende al aislamiento y pasa más tiempo a solas, se incrementa el rango y la apertura de las emociones que experimenta, y adquiere la capacidad de examinar los sentimientos de los demás y de preocuparse por los otros. Respecto del desarrollo social, en esta fase el involucramiento del adolescente en la subcultura de pares es intenso (alcanza su máximo). No existe otra etapa en la que el grupo de pares sea más poderoso e influyente²⁷.

En cuanto al desarrollo sexual, en la adolescencia media aumenta la aceptación del propio cuerpo y la comodidad con él. La mayoría de los adolescentes ha tenido ya gran parte de los cambios puberales y está menos preocupado de ellos²⁷.

Adolescencia tardía

Abarca desde los 18 hasta los 21 años y se caracteriza por la reaceptación de los valores paternos y por la asunción de tareas y responsabilidades propias de la madurez²⁶.

Esta es la última etapa del camino del joven hacia el logro de su identidad y autonomía. Para la mayor parte de los adolescentes es un período de mayor tranquilidad y aumento en la integración de la personalidad. En el ámbito del desarrollo psicológico, en esta etapa la identidad se encuentra más firme en sus diversos aspectos. La autoimagen ya no está definida por los pares, sino que depende del propio adolescente. Los intereses son más estables y existe conciencia de los límites y las limitaciones personales²⁷.

El desarrollo social en esta etapa se caracteriza por una disminución de la influencia del grupo de pares, cuyos valores se hacen menos importantes a medida que el adolescente se siente más cómodo con sus propios principios e identidad. Respecto del desarrollo sexual, en la adolescencia tardía se produce la aceptación de los cambios corporales y la imagen corporal. El joven ha completado ya su crecimiento y desarrollo puberal, los que no le preocupan a menos que exista alguna anormalidad²⁷.

2.1.2 Definición trastorno de la conducta alimentaria

Los trastornos de la conducta alimentaria y de la ingesta de alimentos se caracterizan por una alteración persistente en la alimentación o en el comportamiento relacionado con la alimentación que lleva a una alteración en el consumo o en la absorción de los alimentos y que causan un deterioro significativo de la salud física o del funcionamiento psicosocial²⁸.

La Asociación Americana de Psiquiatría (APA, en sus siglas en inglés) define los trastornos alimentarios como afecciones conductuales caracterizadas por una alteración grave y persistente de las conductas alimentarias y pensamientos y emociones angustiantes asociados. Estas afecciones pueden ser graves que afectan la función física, psicológica y social.

2.1.2.1 Tipos de trastornos de la conducta alimentaria

Anorexia Nerviosa

La Anorexia Nerviosa fue descrita por primera vez por Richard Morton en 1694, dos siglos después Gull en Inglaterra y Lassegue en Francia describieron otros casos que correspondían a la enfermedad tal como se reconoce actualmente. La etiología de dicha patología aún no se conoce con certeza, pero se piensa que es multifactorial existiendo componentes de tipo: genético, sociales, metabólicos, de personalidad, hormonales, sexuales, de modo de expresar las emociones, de aprendizaje, de historia de abuso, maltrato o perfeccionismo y la coexistencia con otros trastornos psiquiátricos²⁹.

La anorexia nerviosa (AN) es un trastorno psiquiátrico caracterizado por el rechazo a mantener un peso mínimo normal, empleando restricciones en la ingesta calórica, ejercicio excesivo y miedo intenso a ganar peso (Ibarzabal, 2015). Krauss y Halgin (2014) exponen que estos individuos limitan su consumo nutritivo por el temor asociado a ganar peso y, en ocasiones, aunque su masa corporal es seriamente baja, su juicio se distorsiona y creen que

están obesos. Parte importante de la cognición y conducta alimentaria es alterada para adelgazar de forma abrupta, lo cual implica un potencial daño del funcionamiento fisiológico interno. En concordancia con esto, Díez (2022) formula que, en ocasiones, los pacientes son hospitalizados para la estabilización de complicaciones médicas, como desnutrición o deshidratación³⁰.

La anorexia nerviosa suele empezar durante la adolescencia o la edad adulta temprana. Rara vez empieza antes de la pubertad o después de los 40 años, aunque se han descrito casos de inicio tanto temprano como tardío. El inicio de este trastorno se suele asociar a un acontecimiento vital estresante, como dejar el hogar familiar para ir a la universidad. El curso y el desenlace de la anorexia nerviosa son muy variables. Las personas más jóvenes pueden manifestar características atípicas, como negar el "miedo a estar gordos"²⁷.

Es un trastorno que dada su historia es el que ha sufrido más cambios, y no es la excepción en el DMS-V, donde presenta importantes transformaciones. Donde la AN se caracteriza por un intenso deseo de alcanzar la delgadez y el miedo a engordar, junto con conductas inadecuadas para lograrlo, como por ejemplo dietas restrictivas y conductas purgativas, asociado con una distorsión de la imagen corporal.

Normalmente se identifican dos subtipos de anorexia. En primer lugar, las anoréxicas de tipo restrictivo (R-AN) pierden peso simplemente haciendo dieta y haciendo ejercicio sin atracones ni purgas. En segundo lugar, las anoréxicas del tipo atracones/purgas (BP-AN) también restringen su ingesta de alimentos y ejercicio para perder peso, pero periódicamente cometen atracones y/o purgas. La anorexia a menudo se asocia con la negación de la enfermedad y la resistencia al tratamiento. En consecuencia, es difícil involucrar a las personas con AN en el tratamiento, incluida la restauración nutricional y la normalización del peso³⁰.

La anorexia nerviosa considera dominios conductuales y nutricionales de la vida del individuo, este trastorno se instaura ligeramente en el comportamiento y conforme pasa el tiempo, se consolida e incrementa su frecuencia. AN tiene tres características básicas: la restricción de la ingesta energética, el miedo intenso de ganar peso o a engordar y la alteración de la forma de percibir el peso y la constitución propia. La mayoría de los pacientes suelen restringir su ingesta de comida y comienzan a realizar ejercicios exhaustivos para generar así grandes gastos calóricos. Y al comenzar a manifestar un enorme temor a engordar

su visión hacia si mismo se va distorsionando, lo cual luego es un problema mayor ya que les impide ver la gravedad de su desnutrición. Sin embargo, en los niños y adolescentes se puede observar que no se gana el peso esperado o no se mantiene el curso del desarrollo normal en lugar de pérdida de peso.

La valoración del peso puede ser difícil ya que el rango de pesos normales difiere entre individuos y entre los diferentes umbrales que se han publicado para definir la delgadez o el peso insuficiente. El índice de masa corporal (IMC, calculado como peso en kilogramos/altura en metros²) es una medida útil para valorar el peso a partir de la altura. En los adultos, los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (Centers for Disease Control and Prevention, CDC) y la Organización Mundial de la Salud (OMS) utilizan un IMC de 18,5 kg/m² como límite inferior del peso corporal normal. Por otro lado, la OMS ha propuesto un IMC menor de 17,0 kg/m² para indicar la delgadez moderada o grave; en consecuencia, se consideraría que un individuo con un IMC menor de 17,0 kg/m² podría considerarse que tiene un peso significativamente bajo²⁸.

Los altos estándares de belleza y perfección del cuerpo son factores predisponentes, ya que se ha visto que la anorexia nerviosa tiene un incidencia diez veces mayor entre profesionales de gimnasia, ballet y modelos, estas profesiones tiene alto nivel de perfeccionismo y una baja autoestima pueden causar alteraciones de la imagen corporal.

Tabla 1. Los signos físicos y los efectos de la anorexia

Cerebro	<ul style="list-style-type: none"> • Miedo a ganar peso • Mareos • Ansiedad • Depresión
Cabello y piel	<ul style="list-style-type: none"> • Piel y labios secos • Cabello fino • Intolerancia al frío
Corazón	<ul style="list-style-type: none"> • Bradicardia • Insuficiencia cardíaca • Paro cardíaco
Sangre	<ul style="list-style-type: none"> • Anemia

Intestinos	<ul style="list-style-type: none"> • Hinchazón • Dolor abdominal
Riñón	<ul style="list-style-type: none"> • Insuficiencia renal
Huesos	<ul style="list-style-type: none"> • Osteoporosis • Osteopenia
Músculos	<ul style="list-style-type: none"> • Pérdida de músculos • Debilidad
Hormonas	<ul style="list-style-type: none"> • Periodos irregulares • Periodos ausentes

Fuente: elaboración propia con base a la referencia³¹

El compromiso nutricional asociado a este trastorno afecta a la mayor parte de los sistemas orgánicos principales y puede producir varias alteraciones. Entre las alteraciones fisiológicas se encuentra la amenorrea, y son frecuentes las anomalías de las constantes vitales. Aunque la mayoría de las alteraciones fisiológicas asociadas a la malnutrición son reversibles mediante la rehabilitación nutricional, algunas, como la pérdida de densidad mineral ósea, a menudo no lo son del todo. Comportamientos tales como el vómito autoprovocado y la utilización incorrecta de laxantes, diuréticos y enemas pueden causar alteraciones que generan resultados analíticos anormales. Muchas personas con anorexia nerviosa tienen signos y síntomas depresivos, como ánimo deprimido, aislamiento social, irritabilidad, insomnio y disminución del interés por el sexo, cuando tienen un peso muy bajo²⁸.

Los síntomas obsesivo - compulsivos estén o no relacionados con la alimentación, son a menudo destacados. La mayoría de los individuos con anorexia nerviosa está preocupada con pensamientos sobre la comida. Algunos acaparan recetas o acumulan comida. Las observaciones de los comportamientos asociados a otras formas de hambre sugieren que las obsesiones y las compulsiones relacionadas con la comida se pueden exacerbar por la desnutrición. Si los individuos con anorexia nerviosa muestran obsesiones y compulsiones que no están relacionadas con los alimentos, la constitución corporal o el peso, se podría justificar un diagnóstico adicional de trastorno obsesivo-compulsivo (TOC)²⁸.

Bulimia Nerviosa

Etimológicamente el término “bulimia” significa tener un “apetito tan grande como el de un buey” o “la capacidad para comer un buey”. Esto alude a una de las principales características diagnósticas de este trastorno: la presencia de los llamados “atracones”. La BN fue reconocida como un trastorno de la conducta alimentaria en sí misma a fines del siglo XX, luego de la aparición de un importante artículo escrito por Gerald Russel en el Reino Unido, seguido por su inclusión en el DSM-III⁷.

A diferencia de quienes sufren de AN, las adolescentes que presentan BN frecuentemente mantienen su peso sin cambios, dada la ineffectividad de los métodos purgativos. Esta es una de las principales diferencias con AN. Además, la mayoría de las pacientes con BN está muy afectada y avergonzada por la pérdida de control sobre su ingesta, haciendo más fácil que se motiven a recibir ayuda⁷.

Al igual que con la AN, la BN es significativamente más frecuente en las mujeres que en los hombres, pero a menudo su inicio se produce en etapas más avanzadas de la adolescencia que en la AN. La edad promedio de inicio es entre los 16 y 20 años, pero puede producirse incluso durante las primeras fases de la vida adulta³².

Se cree que la etiología de la BN, al igual que la AN, es multifactorial, con una combinación de predisposición genética, influencias ambientales y rasgos psicológicos que influyen. En la BN, la familia como primer agente de socialización de la persona, posibilita el acceso y adaptación de sus hijos a la sociedad. Es por eso que la familia adquiere un lugar prioritario para el desarrollo físico y psicológico de sus miembros³².

La bulimia nerviosa suele comenzar en la adolescencia o en la edad adulta temprana. El inicio antes de la pubertad o después de los 40 años es infrecuente. Los atracones frecuentemente empiezan durante o después de una dieta para perder peso. La experiencia de varios acontecimientos estresantes puede también precipitar el inicio de la bulimia nerviosa. Los comportamientos de ingesta alterados persisten al menos durante varios años en un alto porcentaje de las muestras clínicas.

La bulimia nerviosa tiene tres características principales que son: los episodios recurrentes de atracones, los comportamientos compensatorios inapropiados y recurrentes para evitar el aumento de peso y la autoevaluación que se ve influida indebidamente por el peso y la constitución corporal. Para que se pueda realizar el diagnóstico los atracones y

dichos comportamientos deben producirse una vez a la semana durante 3 meses. Ya que un episodio de atracón se define como la ingestión, en un periodo determinado de tiempo, de una cantidad de alimentos que es claramente superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en un período similar y en circunstancias parecidas.

La expresión "período de tiempo determinado" se refiere a un período delimitado, generalmente inferior a 2 horas. Un único episodio de atracón no se limita necesariamente a un único entorno. Por ejemplo, un individuo puede empezar un atracón en un restaurante para después continuar comiendo al llegar a casa. Picar comida continuamente en pequeñas cantidades durante el día no se consideraría un atracón. La existencia del consumo excesivo de alimentos debe acompañarse de una sensación de falta de control para poder considerarlo un episodio de atracón²⁸.

El vómito autoinducido es el método de purga más utilizado al que recurren los pacientes con trastornos alimentarios para compensar los atracones y perder peso. Las complicaciones médicas del vómito autoinducido llegan a la atención clínica de diversas maneras y se manifiestan a través de los hallazgos del examen físico, así como de anomalías de laboratorio³³. Las manifestaciones clínicas se presentarán en la tabla 4.

Tabla 2. Manifestaciones clínicas Bulimia Nerviosa

Cutáneas	Alopecia, xerosis, hipertrichosis lanuginosa, prurito, fragilidad de las uñas. La introducción de los dedos en la boca produce abrasiones de la piel de la mano. Signo de Rusell: callos en la cara dorsal de la mano
Ojos, oídos y nariz	Hemorragia subconjuntival Epistaxis recurrente
Dental	Erosión dental Reducción del flujo salival Hipersensibilidad dental Caries dental Xerostomía

Garganta	Reflujo laringofaríngeo Ronquera Disfagia Tos crónica Edema de cuerdas vocales
Gastrointestinal	Reflujo gastroesofágico Esofagitis Erosiones y úlceras esofágicas Esófago de Barret Hemorragia
Electrolitos	Deshidratación Regulación positiva de la secreción del sistema hormonal esteroide renina – angiotensina – aldosterona Hipotensión
Cardíaco	Taquicardia sinusal Hipotensión Ortostasis tanto en reposo como en esfuerzo
Pulmonar	Dificultad respiratoria Opacidades del lóbulo inferior en radiografía de tórax por vómitos con aspiración Neumomediastino

Fuente: elaboración propia con base a la referencia³³

La bulimia nerviosa es una enfermedad a comparación de la anorexia nerviosa cuatro veces más común, hay dos tipos de bulimia nerviosa:

1. **Purgativa**: es la que indica que el paciente se autoinduce regularmente el vómito o abusa ya sea con laxantes, diuréticos o enemas.

2. **No purgativa**: es cuando el paciente utiliza otras conductas compensatorias inapropiadas, como ayunos prologados o realizan ejercicio excesivo para controlar el peso, pero no realiza regularmente las purgas habituales.

Los individuos con bulimia nerviosa van al baño inmediatamente después de comer o durante las comidas, y esperan mucho tiempo para purgar los alimentos consumidos hasta que sienten que los alimentos ingeridos están completamente purgados.

Los individuos con bulimia nerviosa suelen estar dentro del rango de peso normal o tener sobrepeso (índice de masa corporal [IMC] 18,5 y < 30 en los adultos). El trastorno se produce, aunque es infrecuente, en personas obesas. Entre los atracones, los individuos con bulimia nerviosa suelen restringir su consumo total de calorías y preferentemente eligen los alimentos menos calóricos, "de régimen", y evitan los alimentos que perciben que pueden engordar o que probablemente puedan desencadenar un atracón²⁸. Las mujeres con bulimia nerviosa comienzan a presentar amenorrea o irregularidades en la menstruación, también se pueden encontrar complicaciones raras, pero son potencialmente mortales (arritmias, desgarros esofágicos, prolapso rectal).

La prevalencia es mayor en adultos jóvenes ya que el trastorno tiene un pico en la adolescencia tardía y en la edad adulta temprana. Hay muy poca investigación sobre la prevalencia de la bulimia nerviosa en los hombres, aunque esta es poco común en ellos a comparación de las mujeres, siendo la proporción entre mujeres y hombres de 10:1.

La BN está relacionada con afecciones psiquiátricas, como depresión, ansiedad y trastornos por abuso de sustancias, que se asocian con una carga económica y social sustancial (Keski-Rahkonen & Mustelin, 2016; Le et al., 2018). Es un trastorno alimentario emocional grave, y el paciente intenta desechar las calorías sobrantes de una forma poco saludable que genera sentimientos de vergüenza, culpa y disgusto. Afecta a casi todos los sistemas del cuerpo; especialmente los efectos en el sistema renal y electrolítico son notables (Nitsch et al., 2021). Afecta a alrededor del 5% de las adolescentes y mujeres jóvenes y, a menudo, ocurre en mujeres 10 veces más que en hombres³⁴.

La idea de que comer también puede utilizarse para regular las emociones ocupa un lugar destacado entre las teorías actuales sobre la alimentación emocional y subyace a muchos enfoques psicoterapéuticos de los trastornos alimentarios³⁵. Se comenta que la

regulación de las emociones tiene que ver mucho con la alimentación y al presentarse déficits en la regulación emocional se debería traducir directamente en trastornos alimentarios. Una manera de ser conscientes de que manera las emociones pueden influir en la conducta alimentaria es observando el aumento o disminución de la ingesta de alimentos en respuesta al efecto negativo que tienen sobre las emociones.

La mayoría de los individuos en muestras no clínicas afirman comer más cuando están tristes, afirman comer menos de lo habitual cuando están enojados o ansiosos. Por ejemplo, comer más en respuesta a emociones negativas se ha relacionado con un mayor peso corporal y sintomatología de trastornos alimentarios, mientras que comer más en respuesta a emociones positivas se ha relacionado con un menor peso corporal y sintomatología de trastornos alimentarios³⁵.

Trastorno de atracones

El trastorno por atracón es reconocido formalmente en el DSM-5 (APA, 2014) como trastorno de la conducta alimentaria y de ingestión de alimentos, siendo considerado el más frecuente en población obesa, e incrementando su presencia rápidamente frente al resto en población general. Su crecimiento de forma alarmante y por delante de la bulimia y la anorexia nerviosa, llevan a considerarlo un problema de salud de gran prevalencia a comienzos del siglo XXI³⁶. Este trastorno se conoce desde los años 50 del siglo XX y tiene una estrecha relación con la bulimia nerviosa. Se caracteriza por un comportamiento compulsivo a través de atracones a la hora de alimentarse, donde la característica principal es la pérdida de control sobre lo que se come.

Pero ¿qué entendemos por comer de manera compulsiva? Este concepto no se refiere a una casual y simple ruptura del patrón alimentario del sujeto. Este trastorno se define por ser un trastorno del comportamiento alimentario caracterizado por la presencia regular de atracones, al menos una vez a la semana durante tres meses, vividos con descontrol y malestar, los cuales no se intenta compensar con otras conductas, como vómitos, ejercicio físico, laxantes o ayuno³⁶. Por lo tanto, es importante determinar la cantidad de alimentos que son ingeridos por el individuo en un determinado tiempo, así como el sentimiento de pérdida de control. A.J. Stunkard en 1959 fue quien implementó el término atracón “binge” para definir el tipo de sobre ingesta, a través de observaciones con pacientes obesos quienes se caracterizaban con dicho comportamiento.

Las personas que padecen trastorno por atracón (BED, por sus siglas en inglés) experimentan deterioro en la calidad de vida y este trastorno la mayoría de las veces pasa desapercibido y no se trata. En los hallazgos neurobiológicos se muestra deficiencia en el procesamiento de la recompensa, el control inhibitorio y la regulación de las emociones con BED. Al igual que otros trastornos mentales, la fisiopatología del BED es compleja y multifactorial, con variables biológicas, individuales y sociales que contribuyen a la alimentación desregulada y otros comportamientos relacionados. Las disfunciones en todo el espectro de la impulsividad podrían estar en el centro del BED, que incluyen alteraciones relacionadas con el procesamiento de la recompensa, el control inhibitorio y la regulación de las emociones. El BED constituye un problema de salud importante ya que tiene una alta prevalencia en la población general y a menudo se asocia con la obesidad y la obesidad extrema. De hecho, hasta el 30% de las personas con obesidad que buscan tratamiento conductual o quirúrgico para perder peso tienen BED concurrente³⁷.

Los datos sugieren que, en comparación con las personas sin BED (en adelante, no-BED), las personas con BED tienen mayores sesgos cognitivos de atención hacia la comida, menor sensibilidad a la recompensa y activación cerebral alterada en regiones asociadas con la impulsividad y la compulsividad. La impulsividad refleja la toma de decisiones que ocurre con una previsión limitada y representa un constructo multidimensional que involucra tendencias a actuar precipitadamente, a tener mayores impulsos relacionados con la recompensa y a tomar decisiones desventajosas³⁸.

Se ha demostrado que las personas con BED exhiben sesgos de atención y memoria alterados con respecto a señales relacionadas con la comida y, en menor medida, señales relacionadas con la imagen corporal. Las mujeres con sobrepeso con BED atendieron preferentemente a estímulos relacionados con la comida en comparación con las mujeres con sobrepeso que no tenían BED, incluida una identificación más rápida de palabras relacionadas con alimentos visualmente oscurecidas que las palabras no relacionadas con alimentos y una fijación más rápida en una señal espacial ubicada en la misma vecindad que una imagen relacionada con la comida³⁸.

2.1.3 Etiología de los trastornos de la conducta alimentaria

La etiología de los trastornos de la conducta alimentaria es desconocida y probablemente multifactorial. Las influencias ambientales incluyen idealizaciones sociales sobre el peso y la forma del cuerpo. El estilo de crianza se ha descartado como la causa principal de los trastornos alimentarios. Sin embargo, el estilo de crianza, el estrés doméstico y la discordia entre los padres pueden contribuir a la ansiedad³⁹.

Los trastornos alimentarios se han considerado tradicionalmente de origen sociocultural. Sin embargo, recientemente se ha descubierto que la genética tiende a tener una fuerte influencia en estos trastornos³¹. Se encuentran diversas investigaciones donde exponen que los síntomas de los trastornos alimentarios suelen ser más comunes en ciertos grupos étnicos como asiáticos, raza negra e hispanos, en comparación con los blancos.

La etiología de los TCA es compleja y, como ocurre en otras enfermedades psiquiátricas, probablemente resulte de la intersección de múltiples factores causales⁴⁰. Se piensa que la combinación de factores genéticos, biológicos, psicológicos, familiares, sociales y ambientales pueden contribuir al desarrollo de los TCA. Uno de los antecedentes más comunes es la preocupación excesiva por el peso, llegar al punto de una obsesión por un cuerpo delgado, estrés sociofamiliar y el abuso sexual en la infancia, aunque esta última carece de investigación y los resultados que se muestran son contradictorios probablemente por la falta de uniformidad a la hora de definir el abuso sexual en la infancia.

Tabla 3. Factores de riesgo de los trastornos de la conducta alimentaria

Factores biológicos	Anormalidad en la función del hipotálamo, alteración del sistema de neurotransmisores (disminución de noradrenalina, serotonina, dopamina), disminución del metabolismo basal.
Factores genéticos	Los factores genéticos son fundamentales en el desarrollo de estas entidades, principalmente la AN.
Factores Psicológicos	Tipos de personalidad o rasgos, factores cognitivos y emocionales. En el caso de los adolescentes se ha descrito que éstos suelen dirigir sus preocupaciones hacia la comida y el

	<p>aumento de peso y suelen perder el sentido de autonomía y autoconfianza.</p> <p>Se describen 3 áreas afectadas:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Un trastorno de proporciones delirantes en la imagen y concepto corporales. b) Percepción e interpretación cognoscitivas inadecuadas y confusas de los estímulos que se inician en el cuerpo, que lo llevaría a no darse cuenta de la sensación de hambre. c) Una sensación paralizante de ineffectividad que produce la convicción de que actúa solamente en respuesta a las demandas de los otros y no por su propia iniciativa.
Factores Familiares	En el caso de la AN se observan con ciertas características como sobre involucramiento, rigidez para cambiar y adaptarse a nuevos patrones y situaciones, sobreprotección, evitación y falta de resolución de conflictos.
Factores socioculturales	Predisposición familiar, interacción padre-hijos, funcionamiento familiar, mayor o menor conflictividad. La sobrevaloración de la delgadez que hace nuestra cultura es un factor de innegable importancia para la generación de estos cuadros.
Factores Desencadenantes	Cambios corporales, enfermedad adelgazante, traumatismo desfigurador, ruptura conyugal de los padres, contactos sexuales, aumento rápido de peso, críticas sobre el cuerpo, aumento de la actividad física e inicio de dieta.
Factores Mantenedores	Consecuencias físicas y psíquicas de inanición, cogniciones anoréxicas, interacción familiar y aislamiento social.

Fuente: elaboración propia con base a la referencia¹.

2.1.4 Diagnóstico de los trastornos de la conducta alimentaria

Para realizar un diagnóstico asertivo o cuando se tiene una sospecha de un trastorno de la conducta alimentaria es indispensable la correcta realización de una historia clínica completa, determinar si la patología es orgánica o psiquiátrica. Es importante como médico

tratante tener una correcta actitud hacia el paciente para obtener una información fiable y así poder garantizar la continuidad del proceso terapéutico.

Se deben recoger datos específicos que van desde la génesis de la enfermedad, el control del peso del individuo, obtener un mapeo de la ingesta y del tipo de alimentos que consume o evita el paciente, así como los horarios de comida, si utiliza métodos para perder peso cuales son estos. Es importante evaluar la salud mental del paciente para precisar la gravedad del trastorno de conducta alimenticia y que diagnósticos están asociados a esta.

Se presentan una serie de tablas donde se describen los criterios diagnósticos de los tipos de trastornos de conducta alimentaria, con las características principales de cada patología según el *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-V* que nos ayuda a realizar un diagnóstico.

Anorexia Nerviosa

Tabla 4. Criterios diagnósticos Anorexia Nerviosa

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

Especificar si:

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

Tipo con atracones/purgas: Durante los últimos tres meses, el individuo ha tenido episodios recurrentes de atracones o purgas (es decir, vómito autoprovocado o utilización incorrecta de laxantes, diuréticos o enemas).

Especificar si:

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

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

Especificar la gravedad actual:

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

Leve: IMC 17 kg/m²

Moderado: IMC 16-16,99 kg/m²

Grave: IMC 15-15,99 kg/m²

Extremo: IMC < 15 kg/m²

Fuente: elaboración propia con base a la referencia²⁸

Bulimia nerviosa

Tabla 5. Criterios diagnósticos Bulimia Nerviosa

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

1. Ingestión, en un período determinado (p. ej., dentro de un período cualquiera de dos horas), de una cantidad de alimentos que es claramente superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en un período similar en circunstancias parecidas.
2. Sensación de falta de control sobre lo que se ingiere durante el episodio (p. ej., sensación de que no se puede dejar de comer o controlar lo que se ingiere o la cantidad de lo que se ingiere).

- B. Comportamientos compensatorios inapropiados recurrentes para evitar el aumento de peso, como el vómito autoprovocado, el uso incorrecto de laxantes, diuréticos u otros medicamentos, el ayuno o el ejercicio excesivo.
- C. Los atracones y los comportamientos compensatorios inapropiados se producen, de promedio, al menos una vez a la semana durante tres meses.
- D. La autoevaluación se ve indebidamente influida por la constitución y el peso corporal.
- E. La alteración no se produce exclusivamente durante los episodios de anorexia nerviosa.

Especificar si:

En remisión parcial: Después de haberse cumplido con anterioridad todos los criterios para la bulimia nerviosa, algunos pero no todos los criterios no se han cumplido durante un período continuado.

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

Especificar la gravedad actual:

La gravedad mínima se basa en la frecuencia de comportamientos compensatorios inapropiados (véase a continuación). La gravedad puede aumentar para reflejar otros síntomas y el grado de discapacidad funcional.

Leve: Un promedio de 1-3 episodios de comportamientos compensatorios inapropiados a la semana.

Moderado: Un promedio de 4-7 episodios de comportamientos compensatorios inapropiados a la semana.

Grave: Un promedio de 8-13 episodios de comportamientos compensatorios inapropiados a la semana.

Extremo: Un promedio de 14 episodios o más de comportamientos compensatorios inapropiados a la semana.

Fuente: elaboración propia con base a la referencia²⁸

Trastornos de atracón

Tabla 6. Criterios diagnósticos Trastornos de Atracones

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

1. Ingestión, en un período determinado (p. ej., dentro de un período cualquiera de dos horas), de una cantidad de alimentos que es claramente superior a la que la mayoría de las personas ingeriría en un período similar en circunstancias parecidas.
 2. Sensación de falta de control sobre lo que se ingiere durante el episodio (p. ej., sensación de que no se puede dejar de comer o no se puede controlar lo que se ingiere o la cantidad de lo que se ingiere).
- B. Los episodios de atracones se asocian a tres (o más) de los hechos siguientes:
1. Comer mucho más rápidamente de lo normal.
 2. Comer hasta sentirse desagradablemente lleno.
 3. Comer grandes cantidades de alimentos cuando no se siente hambre físicamente.
 4. Comer solo debido a la vergüenza que se siente por la cantidad que se ingiere.
 5. Sentirse luego a disgusto con uno mismo, deprimido o muy avergonzado.
- C. Malestar intenso respecto a los atracones.
- D. Los atracones se producen, de promedio, al menos una vez a la semana durante tres meses.
- E. El atracón no se asocia a la presencia recurrente de un comportamiento compensatorio inapropiado como en la bulimia nerviosa y no se produce exclusivamente en el curso de la bulimia nerviosa o la anorexia nerviosa.

Especificar si:

En remisión parcial: Después de haberse cumplido con anterioridad todos los criterios para el trastorno de atracones, los atracones se producen con una frecuencia media inferior a un episodio semanal durante un período continuado.

En remisión total: Después de haberse cumplido con anterioridad todos los criterios para el trastorno de atracones, no se ha cumplido ninguno de los criterios durante un período continuado.

Especificar la gravedad actual:

La gravedad mínima se basa en la frecuencia de los episodios de atracones (véase a continuación).

La gravedad puede aumentar para reflejar otros síntomas y el grado de discapacidad funcional.

Leve: 1-3 atracones a la semana.

Moderado: 4-7 atracones a la semana.

Grave: 8-13 atracones a la semana.

Extremo: 14 o más atracones a la semana.

Fuente: elaboración propia con base a la referencia²⁸

2.1.4.1 Diagnósticos diferenciales de los trastornos de la conducta alimentaria

Anorexia Nerviosa

Se deben descartar enfermedades orgánicas que puedan explicar la pérdida de peso, como en muchos tipos de cáncer, diabetes mellitus, hipertiroidismo, colitis ulcerosa, celiaquía, entre otros. Diferentes trastornos psiquiátricos pueden cursar con pérdida de peso, rumiaciones obsesivas, episodios de llanto y falta de apetito, como a veces ocurre en la depresión, pero en esta enfermedad no existe el miedo a engordar típico de la AN³². Los pacientes con esquizofrenia comienzan a presentar esta patología ya que creen que la comida esta envenenada o los pacientes con fobia social evitan comer en público.

Bulimia Nerviosa

Los médicos deben confirmar que los pacientes no tengan enfermedades neurológicas o médicas, como convulsiones de tipo epiléptico, tumores del sistema nervioso central, síndrome de Klüver – Bucy o síndrome de Kleine - Levin donde se ha observado una conducta alimentaria alterada. El comer en exceso es frecuente en el trastorno depresivo mayor, con síntomas atípicos, pero estos sujetos no recurren a medidas compensatorias ni muestran preocupación excesiva por el peso y la silueta corporales³².

Trastorno de atracones

Un subgrupo considerable de pacientes con BED (en sus siglas en inglés) tiene otros patrones de alimentación desadaptativa y de comer en exceso, como el “pastoreo” (la ingesta incontrolada de pequeñas cantidades de alimentos durante un tiempo prolongado). El BED debe diferenciarse del pastoreo, que es altamente prevalente en pacientes con BED, pero no es un criterio de diagnóstico para BED⁴¹.

También debe diferenciarse de los trastornos de la personalidad, en particular del trastorno límite de la personalidad, que puede asociarse con conductas impulsivas, incluidos los atracones. El diagnóstico diferencial también debe excluir el abuso de alcohol o cannabis o el uso de otras sustancias que aumentan el apetito⁴¹.

Se deben considerar como diagnóstico diferencial somático los trastornos endocrinos (síndrome de Cushing, hipotiroidismo e insulinomas), los trastornos neurológicos (lesiones

neuronales del hipotálamo medial y el craneofaringoma) y los síndromes genéticos raros (como el síndrome de Prader Willi)⁴¹.

2.1.5 Tratamiento de los trastornos de la conducta alimentaria

Tabla 7. Tratamiento para pacientes con trastorno de la conducta alimentaria según la guía APA 2023 (American Psychiatric Association)

Evaluación y determinación del plan de tratamiento

1. La APA recomienda (1C) detección de la presencia de un trastorno alimentario como parte de una evaluación psiquiátrica inicial.
2. La APA recomienda (1C) que la evaluación inicial de un paciente con un posible trastorno alimentario incluya la evaluación de:
 - los antecedentes de altura y peso del paciente (p. ej., peso máximo y mínimo, cambios de peso recientes)
 - presencia, patrones y cambios en la alimentación restrictiva, evitación de alimentos, atracones y otras conductas relacionadas con la alimentación (p. ej., rumiación, regurgitación, masticación y escupida)
 - patrones y cambios en el repertorio de alimentos (p. ej., amplitud de la variedad de alimentos, reducción o eliminación de grupos de alimentos)
 - presencia, patrones y cambios en conductas compensatorias y de control de peso, incluida restricción dietética, ejercicio compulsivo o impulsado, conductas de purga (p. ej., uso de laxantes, vómitos autoinducidos) y uso de medicamentos para manipular el peso
 - porcentaje de tiempo preocupado por la comida, el peso y forma del cuerpo
 - tratamiento previo y respuesta al tratamiento para un trastorno alimentario
 - deterioro psicosocial secundario a preocupaciones o comportamientos relacionados con la alimentación o la imagen corporal
 - antecedentes familiares de trastornos alimentarios, otras enfermedades psiquiátricas y otras afecciones médicas (p. ej., obesidad, enfermedad inflamatoria intestinal, diabetes mellitus)
3. APA recomienda (1C) que la evaluación psiquiátrica inicial de un paciente con un posible trastorno alimentario incluya pesar al paciente y cuantificar las conductas alimentarias y de control de peso (p. ej., frecuencia, intensidad o tiempo dedicado a la restricción dietética, atracones, purgas, ejercicio y otras conductas compensatorias)

4. APA recomienda (1C) que la evaluación psiquiátrica inicial de un paciente con un posible trastorno alimentario identifique condiciones de salud concurrentes, incluidos los trastornos psiquiátricos concurrentes
5. APA recomienda (1C) que la evaluación psiquiátrica inicial de un paciente con un posible trastorno alimentario incluya una revisión integral de los sistemas
6. APA recomienda (1C) que el examen físico inicial de un paciente con un posible trastorno alimentario incluya la evaluación de los signos vitales, incluida la temperatura, la frecuencia cardíaca en reposo, la presión arterial, el pulso ortostático y la presión arterial ortostática; altura, peso e IMC (o porcentaje de la mediana del IMC, percentil de IMC o puntuación Z del IMC para niños y adolescentes); y apariencia física, incluidos signos de desnutrición o conductas de purga.
7. APA recomienda (1C) que la evaluación de laboratorio de un paciente con un posible trastorno alimentario incluya un hemograma completo y un panel metabólico completo, que incluya electrolitos, enzimas hepáticas y pruebas de función renal.
8. APA recomienda (1C) que se realice un electrocardiograma en pacientes con un trastorno alimentario restrictivo, pacientes con conducta purgativa grave y pacientes que toman medicamentos que se sabe que prolongan los intervalos QTc.
9. APA recomienda (1C) que los pacientes con un trastorno alimentario tengan una experiencia documentada, integral, culturalmente apropiada.

Anorexia Nerviosa

10. APA recomienda (1C) que los pacientes con anorexia nerviosa que requieren rehabilitación nutricional y recuperación de peso tengan objetivos individualizados para el aumento de peso semanal y el peso objetivo.
11. APA recomienda (1B) que los adultos con anorexia nerviosa sean tratados con un tratamiento centrado en los trastornos alimentarios en psicoterapia, que debe incluir la normalización de las conductas alimentarias y de control del peso, la recuperación del peso y el tratamiento de los aspectos psicológicos del trastorno (p. ej., miedo a ganar peso, alteración de la imagen corporal).
12. APA recomienda (1B) que los adolescentes y adultos emergentes con anorexia nerviosa que cuentan con un cuidador involucrado sean tratados con un tratamiento familiar centrado en los trastornos alimentarios, que debe incluir educación para los cuidadores destinada a normalizar las conductas alimentarias y de control del peso y a restablecer el peso.

Bulimia nerviosa

13. APA recomienda (1C) que los adultos con bulimia nerviosa sean tratados con terapia cognitivo-conductual centrada en los trastornos alimentarios y que también se prescriba un inhibidor de la recaptación de serotonina (p. ej., 60 mg de fluoxetina al

día), ya sea inicialmente o si hay una respuesta mínima o nula a la psicoterapia sola después de 6 semanas de tratamiento.

14. APA sugiere (2C) que los adolescentes y adultos emergentes con bulimia nerviosa que tienen un cuidador involucrado sean tratados con un tratamiento familiar centrado en los trastornos alimentarios.

Trastorno por atracón

15. La APA recomienda (1C) que los pacientes con trastorno por atracón sean tratados con terapia cognitivo-conductual o terapia interpersonal centrada en el trastorno alimentario, ya sea en formato individual o grupal.
16. APA sugiere (2C) que los adultos con trastorno por atracón que prefieren medicación o que no han respondido a la psicoterapia sola sean tratados con un medicamento antidepresivo o lisdexanfetamina.

Fuente: elaboración propia con base a la referencia⁴²

2.2 Protocolos de abordaje de los TCA en España

El Ministerio de Sanidad y Consumo de España ha implementado ciertas guías dependiendo la región del país, en su mayoría teniendo el mismo enfoque que es la ayuda a la toma de decisiones en la atención sanitaria. Que tiene como objetivo facilitarles a los profesionales sanitarios encargados de la asistencia a personas afectadas de trastornos de la conducta alimentaria una herramienta que les permita tomar las mejores decisiones sobre los problemas que plantea la atención primaria. Además, las guías práctica clínica provee información para pacientes con TCA que podrá ser utilizada también para los familiares de los pacientes y amigos, así como por la población general³.

2.2.1 Prevención de los TCA

La prevención primaria tiene como objetivo limitar la incidencia de la enfermedad, en este caso los TCA, mediante el control de las causas y la exposición a factores de riesgo o el aumento de la resistencia de los individuos a los mismo. Sin lugar a duda, el primer paso para establecer medidas de prevención primaria es identificar las exposiciones pertinentes y evaluar su impacto sobre el riesgo de enfermar en el individuo y en la población⁴³.

Para implementar las medidas de prevención primaria existen dos estrategias, a menudo complementarias: la estrategia poblacional y la estrategia de alto riesgo. La

estrategia poblacional es de tipo general y se dirige a toda la población con el objetivo de reducir el riesgo promedio de la misma. La estrategia de alto riesgo es de tipo individual y se dirige a aquellas personas que más lo necesitan, o sea, a los individuos más vulnerables o que presentan un riesgo especial como consecuencia de la exposición a determinados factores de riesgo⁴³.

La prevención secundaria consiste en la identificación temprana de la enfermedad y la instauración de un tratamiento efectivo. La prevención terciaria implica el establecimiento de medidas eficaces para prevenir las complicaciones y la cronicidad⁴⁴. Prevención secundaria parece ser el nivel preferente al que se han dirigido los esfuerzos, siendo posible reducir el tiempo que media entre la aparición del trastorno y la puesta en marcha de un tratamiento eficaz, sin embargo, la prevención terciaria un tratamiento rápido y adecuado es el elemento principal capaz de reducir la aparición de secuelas asociadas a los TCA y así evitar la cronificación de los pacientes.

Tabla 8. Abordaje preventivo de los TCA

Nivel de prevención	Objetivos	Método
Primario	Reducir la incidencia del trastorno (prevenir la aparición de nuevos casos).	Actuar sobre vulnerabilidad y los factores de riesgo
Secundario	Reducir la prevalencia (acortar la duración del trastorno y el tiempo que media entre su aparición y la búsqueda de tratamiento)	Detección precoz Tratamiento precoz

Terciario	Reducir las consecuencias del trastorno	Evitar la aparición de complicaciones.
		Tratamiento adecuado de las complicaciones

Fuente: elaboración propia con base a la referencia⁴⁵

2.2.2 Detección de los TCA

Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) en conjunto representan la tercera enfermedad de larga evolución o crónica más frecuente entre la población de pacientes adolescentes⁴⁶. Siendo más frecuente en las mujeres adolescentes, aunque también existen otros grupos de riesgo como las personas que practican actividades como gimnasia, patinadores, modelos, atletas y deportistas de élite. Es muy importante tener en cuenta los ejemplos antes mencionados ya que, el retraso en el diagnóstico conlleva a un peor pronóstico.

A pesar de tener un gran riesgo de un mal pronóstico no existen muchos estudios que hayan evaluado la detección y diagnóstico de los TCA en Atención Primaria (AP), existen diferentes razones:

- Entrenamiento inadecuado: en las fases iniciales los síntomas pueden ser subsindrómicos y difíciles de identificar si no se es un experto en TCA.
- Estigma, escasa conciencia o sensibilidad de los profesionales antes estos trastornos.
- La falta de tiempo real por la gran presión asistencial en AP que impide profundizar en la atención integral de los pacientes y en la realización de actividades preventivas.
- La baja asistencia de los adolescentes a las consultas de AP⁴⁶.

La importancia de identificar a las personas con alto riesgo de desarrollar un TCA es para poder aún más establecer estrategias de tratamiento, para conseguirlo se necesita la intervención de los médicos y pediatras de AP en la detección de los síntomas y signos de

alarma. De ahí la clave de dotar a los médicos de AP de instrumentos de criba para que facilite el reconocimiento y manejo de los TCA en adolescentes.

Ante la sospecha de un posible caso de TCA se aconseja el uso de los instrumentos de cribado. Estos son ineficientes para establecer el diagnóstico de TCA, pero en cambio son herramientas útiles para una primera evaluación rápida dirigida a descartar la existencia de síntomas sospechosos en la primera fase del proceso de cribado en dos etapas, en la cual los que puntúan alto son de nuevo evaluados para determinar si cumplen con los criterios diagnósticos formales.

Existen numerosas formas de cuestionarios de cribado autoaplicados que permiten la valoración sistémica del comportamiento alimentario. A continuación, se detallarán cada uno de estos cuestionarios.

2.2.2.1 Cuestionarios autoaplicados

Los cuestionarios autoaplicados aportan síntomas o conductas de riesgo de padecer un trastorno de conducta alimentaria, pero no dan un diagnóstico específico. Cuando se aplica un cuestionario es importante tener en cuenta la posibilidad de que las respuestas estén falseadas por el deseo del paciente de ocultar la gravedad de los síntomas y da una mejor imagen⁴⁷.

2.2.3 Protocolo diagnóstico de los TCA

El diagnóstico de los TCA se basa en la entrevista clínica que se complementa con la exploración física, la psicopatológica y conductual y las exploraciones complementarias con el objetivo de valorar la existencia de alteraciones somáticas, emocionales, conductuales y cognitivas. El diagnóstico tiene una buena validez y fiabilidad⁴³.

2.2.3.1 Atención Primaria

Generalmente será el pediatra o médico de atención primaria quien recibirá en primer lugar al paciente y captará los primeros síntomas de la enfermedad, siendo muy importante la detección precoz. En la primera entrevista es importante llevar a cabo una adecuada valoración del cuadro que incluirá⁴⁵:

- Historia clínica completa:
 - Sintomatología actual
 - Historia menstrual

- Tiempo de evolución del trastorno
- Presencia de complicaciones médicas
- Conciencia de enfermedad y grado de colaboración del paciente
- Apoyo familiar y social
- Exploración física
 - Peso, talla e IMC
 - Constantes vitales
 - Grado de deshidratación, pliegue cutáneo, sequedad de mucosas y presencia de edemas
 - Valoración del estado nutricional
- Exploración psicopatológica y conductual
 - SCOFF
 - EAT – 40, EAT – 26, ChEAT
 - BULIT
- Exploraciones complementarias
 - Electrolitos y minerales en suero: bicarbonato, calcio, sodio, potasio, fósforo y zinc
 - Hemograma
 - Ácido fólico, B12, ferritina, fosfatasa alcalina, AST, CPK, TSH, creatinina
 - Electrocardiograma
 - Densitometría ósea, TAC cerebral, composición corporal por bioimpedancia eléctrica⁴⁶

2.2.3.2 Actuaciones desde la atención primaria (AP)

La asistencia primaria se realiza en los CAP, que es el primer nivel de acceso a la atención sanitaria y sus actuaciones se centran en:

- Identificar a las personas con riesgo de padecer TCA y establecer un diagnóstico precoz
- Decidir si se puede tratar en el propio CAP o debe derivarse a la atención especializada

- Iniciar el tratamiento nutricional que incluye los siguientes objetivos: conseguir en el paciente un peso normal, corregir la malnutrición, controlar las complicaciones médicas⁴³.

2.2.3.3 Signos y síntomas de detección de TCA

- Restricción alimentaria sin control médico: saltarse comidas, disminuir las raciones, evitar alimentos “que engordan”, comer sólo alimentos “*light*” o “*diet*”.
- Adelgazamiento.
- Cambios en hábitos alimentarios: prolongar el tiempo para realizar comidas, rituales: marear los alimentos, jugar con ellos, quitarles la grasa.
- Síntomas y signos físicos de malnutrición: alopecia, sensación de frialdad, mareos, alteraciones menstruales.
- Atracones.
- Vómitos autoprovocados.
- Empleo de laxantes.
- Ejercicio físico con exageración.
- Preocupación excesiva por la gordura; no se ve cómo es, se ve gordo/a (dismorfofobia).
- Irritabilidad, inestabilidad emocional.

2.2.3.4 Derivación a salud mental

Los criterios de derivación de atención primaria a salud mental son los siguientes:

- Cuando existe un diagnóstico de TCA establecido.
- Pérdida de peso igual o superior al 10%-25% del peso, sin una causa que lo justifique.
- Presencia de episodios bulímicos regulares, es decir, conductas de sobreingesta alimentaria y/o conductas purgativas persistentes (vómitos autoinducidos, abuso de laxantes y uso de diuréticos).
- Presencia de alteraciones psicopatológicas asociadas.
- Falta de conciencia de enfermedad.
- Si, a pesar de seguir las pautas de la AP, no mejoran el peso ni las conductas bulímicas⁴³.

2.2.3.5 Signos y síntomas de derivación de TCA a Unidad de TCA especializada

- Pérdida de peso con I.M.C. < 16 Kg/m² (o equivalente según tablas percentiladas). Haber sufrido una importante pérdida de peso (igual o superior al 10%-25% del peso) no justificada médicamente por ninguna enfermedad física, con el fin de realizar un diagnóstico diferencial.
- Pérdida ponderal que no remite.
- Pérdida ponderal acelerada de más de 1 kg por semana.
- Amenorrea de más de 3 meses en relación con el TCA.
- Presencia de episodios bulímicos regulares, es decir, conductas de atracón alimentario y/o conductas purgativas persistentes (vómitos autoinducidos, abuso de laxantes y uso de diuréticos).
- Comorbilidad psiquiátrica: ansiedad, depresión, obsesividad, trastorno de personalidad.
- E.C.G. anormal con QTc mayor de 450 ms, ritmo anormal o disritmia ventricular.
- Deficiencia de potasio, magnesio o fósforo.
- Baja albúmina sérica.
- Temperatura menor de 36°.
- Azotemia.
- Tratamiento ambulatorio sin éxito tras tres meses de activo tratamiento en A.P.

2.2.3.6 Criterios de gravedad o derivación a hospitalización urgente

Los criterios de derivación de la AP a la hospitalización urgente (Servicio de Urgencias de hospital general) para recibir tratamiento médico urgente son los siguientes:

- Pérdida de peso >50% en los últimos meses (30% en los últimos 3 meses).
- Alteraciones de la consciencia.
- Convulsiones.
- Deshidratación.
- Alteraciones hepáticas o renales severas.
- Pancreatitis.
- Disminución de potasio <3 mEq/l o sodio (<130 o >145).

- Arritmia grave o trastorno de la conducción, bradicardia de <40 bpm. Otros trastornos ECG.
- Síncopes o hipotensión con TAS <70 mm Hg.
- HDA: hematemesis, rectorragias.
- Dilatación gástrica aguda.

Los criterios de derivación de la AP a valoración psiquiátrica urgente (Servicio de Psiquiatría de un hospital) son los siguientes:

- Negativa absoluta a comer o beber.
- Sintomatología depresiva, con riesgo de autolisis.
- Conductas autolesivas importantes.

2.2.3.7 Criterios para ingreso hospitalario de TCA

- Pérdida ponderal grave: IMC < 15 en mayores de 14 años, pérdida de peso > 20-25%.
- Alteraciones hidroelectrolíticas: hipokalemia < 3 mEq/L, hiponatremia < 125 mEq/L.
- Alteraciones hemodinámicas graves: bradicardia < 40 p.m., arritmias.
- Otras complicaciones médicas graves.
- Abuso incontrolado de laxantes/diuréticos, descontrol atracones/vómitos.
- Crisis familiar grave, alteraciones del comportamiento, conflictividad notable.
- Comorbilidad psiquiátrica grave (depresión, ideación autolítica, tóxicos, personalidad).
- Fracaso reiterado del tratamiento ambulatorio especializado⁴⁶

2.2.3.8 Criterios de alta del programa de tratamiento ambulatorio

- Mantenimiento de conductas alimentarias no alteradas (dietas, sobreingestas y purgas) durante un año.
- Mantenimiento del peso estable y dentro de la normalidad durante un año.
- Ausencia de irregularidades menstruales secundarias a los TCA.
- Disminución del riesgo de recaída.
- Ausencia de otras alteraciones psicopatológicas que requieran tratamiento.

2.2.3.9 Criterios de alta del TCA

La finalización del proceso tendrá lugar cuando la mejoría clínica sea evidente y permita la incorporación del paciente a la vida cotidiana, verificando que durante un período de tiempo superior a dos años cumple los siguientes criterios:

- Mantenimiento del peso y ausencia de alteraciones nutricionales.
- Ausencia de peculiaridades alimentarias perjudiciales para la salud.
- Vida relacional adecuada.

2.2.4 Tratamiento en los TCA

El tratamiento en los TCA exige la colaboración multidisciplinar y puede realizarse en diferentes niveles de atención y recursos asistenciales. Los objetivos del tratamiento en los TCA son los siguientes:

1. Restaurar o normalizar el peso y el estado nutricional a un nivel saludable
2. Tratar las complicaciones físicas
3. Proporcionar educación sobre patrones alimentarios y nutricionales sanos
4. Modificar las disfunciones previas o adquiridas a consecuencia de los TCA (pensamientos, actitudes, sentimientos, conductas inadecuadas)
5. Tratar los trastornos asociados (comorbilidades)
6. Conseguir el apoyo familiar de la persona afectada del TCA
7. Prevenir las recaídas
8. El tratamiento en los casos de TCA crónicos⁴³

2.2.4.1 Medidas terapéuticas generales

Anorexia Nerviosa:

- a. Reeducación y normalización de los hábitos alimentarios
 - La prescripción calórica se realizará de forma individual. Se puede iniciar, siempre que el paciente se sienta capaz.
 - Establecer una alianza con el paciente asegurándole que no se le va a engordar, solo tratamos de obtener una nutrición adecuada.
 - Cuando se vaya llegando al peso acordado es esencial que el paciente se adhiera a la dieta prescrita para evitar el descontrol.

- Es el médico el que debe organizar la alimentación de acuerdo con el paciente, así se evitan las tensiones familiares.
 - Nadie de la familia debe controlar la comida, ni el peso, no hacer comentarios sobre la apariencia personal
- b. Control de peso
- A menudo es útil pactar un peso mínimo.
 - Para comenzar se les explora y pesa una vez por semana, en ropa interior y luego según la evolución.
 - Pueden ser útiles las hojas de registro de las comidas y gráficos de peso.
- c. Ejercicio físico: restricción inicial y regulación posterior en función de la evolución.
- d. Control de constantes u analíticas: según evolución.
- e. Tratamiento sintomáticos:
- Se evitará la administración de cualquier fármaco, salvo que éste sea necesario.
 - Administración de vitaminas y minerales.
 - En pacientes que sientan distensión abdominal, flatulencia y reflujo se pueden beneficiar con estimulantes de la motilidad intestinal y antiácidos.
 - Para el estreñimiento se puede utilizar fibra, técnicas de relajación y masaje.
 - No se deben emplear los estimulantes del apetito ni antieméticos dadas las características de estos cuadros.

Bulimia Nerviosa:

- a. Reeducación y normalización de los hábitos alimentarios:
- El objetivo más inmediato suele ser controlar los episodios bulímicos y regular la ingesta.
 - Se irán introduciendo de forma paulatina las comidas evitadas en la dieta.
 - Prescripción de una pauta de comidas regulares (restringir la comida a determinados momentos planificados y con un intervalo superior a 3 horas).
 - Intentar no saltarse comidas ni comer entre horas.
 - Limitar la comida disponible mientras se come.
 - Planificar el dejar comida en el plato y tirar las sobras.
 - Tener en casa limitada la comida “peligrosa”.

- b. Control de peso
 - Pesar en la consulta, al principio una vez por semana, y luego según evolución.
 - Pueden ser útiles las hojas de registro y gráficos de peso.
- c. Ejercicio físico: regulación en función del estado físico
- d. Control de constantes y analíticas: según evolución.
- e. Tratamiento sintomáticos: se evitará la administración de cualquier fármaco en general; se preferirán las medidas dietéticas, excepto que sea necesario⁴⁵.

2.2.4.2 Abordaje psicoterapéutico

Intervenciones individuales:

- A. **Terapia cognitivo – conductual** → Este modelo asume que la psicopatología fundamental es el intento de compensar unos déficits en autoestima mediante la definición y evaluación del yo en términos del peso y la talla. Los pacientes afectados son más introvertidos, sensitivos, perseverantes, aislados y desarrollan la idea de que la pérdida de peso les aliviará del malestar, los sentimientos de inseguridad y la disforia. El tratamiento tiene que ayudar a los pacientes a reconocer y cambiar los esquemas tan rígidos que tienen para definir su autovalía.

El paciente cree que estos pensamientos y sentimientos nunca se irán por sí mismos y que no puede hacerse nada al respecto. Este miedo a que no se pueda hacer nada y que el dolor se mantenga para siempre, manteniendo su sentido de indefensión, les impide dar los pasos necesarios para buscar soluciones alternativas y aliviar su malestar.

- B. **Terapia psicoanalítica** → Interesa el proceso terapéutico con continuidad y accesibilidad, por ello se habla de la “toma a cargo” de los pacientes y sus familias, por lo que tiene los siguientes contenidos básicos.
1. No permitir que este tipo de pacientes se encierren en la conducta adictiva del TCA.
 2. Importancia de reinvestir la función narcisista, elaborando la aceptación de la inexistencia de un modelo ideal de persona.
 3. Trabajar con las figuras parentales y la ambivalencia que representa el proceso de dependencia de los hijos, sobre todo en la adolescencia.

C. **Terapia interpersonal** → Es una técnica psicoterapéutica que se basa en abordar el aquí y el ahora de los problemas desde una perspectiva del sujeto y con una proyección hacia la relación cotidiana. Tiene un encuadre preciso de trabajo que responde a objetivos, y se va superando en base a las prioridades que va eligiendo el propio sujeto.

- Fase inicial: Durante las primeras cuatro sesiones (semanas 1 – 2) se dedica a analizar con detalle el contexto interpersonal en el que el trastorno alimentario se desarrolló y se mantiene⁴⁷. Pretende explicar de forma fácil y accesible el proceso evitando la culpabilización del joven o de la familia, intenta aliviar los síntomas. En esta fase es muy importante obtener la confianza del paciente en el psicoterapeuta.
- Fase intermedia: El foco del tratamiento se centra en esas áreas problema, áreas en las que el paciente tiene más frecuentemente déficits personales y dificultad con la transición de roles⁴⁷. Abarca unas veinte sesiones e intenta focalizar el área elegida para abordar y comprender el trastorno. Esta fase consiste en buscar y elaborar estrategias de afrontamiento y resolución de los problemas.
- Fase final: Las sesiones son quincenales, consiste en preparar a paciente y familia para el abandono del tratamiento. Y se revisan los progresos, y formas de manejar y afrontar futuras dificultades.

Intervenciones grupales:

La terapia grupal provee de un contexto social que puede facilitar la salida de su aislamiento, ayuda a desarrollar estrategias interpersonales y a compartir experiencias. El tratamiento en grupo, en sus diferentes orientaciones teóricas, puede realizarse como tratamiento único o complementario a la psicoterapia individual⁴⁵.

Intervenciones familiares:

Los grupos de padres ofrecen la oportunidad de intercambiar experiencias, contrastar estrategias y su operatividad, reducen los sentimiento de aislamiento y culpa y permiten un mayor conocimiento de la enfermedad⁴⁵. En la terapia se procura la modificación de las interacciones y la comunicación entre los miembros de la familia, analizando las alianzas,

permitiendo la individualización, el crecimiento de sus miembros y la asunción de responsabilidades.

2.2.4.3 Medidas psicofarmacológicas

Anorexia Nerviosa:

El tratamiento farmacológico puede estar indicado como coadyuvante de las técnicas psicoterapéuticas y como tratamiento de la psicopatología asociada, en especial de la depresión, aunque a veces ésta revierte con las medidas dietéticas.

En un estudio controlado de tratamiento con Fluoxetina a continuación de la restauración de peso (Kaye et al, 2001) se encontró que mejoraba la evolución de los pacientes al año de seguimiento, evitando las recaídas. En otro estudio retrospectivo del uso de Fluoxetina tras el alta hospitalaria (Strober et al, 1997), no se confirmó este presunto efecto beneficioso⁴⁷.

Los fármacos indicados son:

- Antidepresivos: mejoran el estado de ánimo y la obsesividad.
- Benzodiacepinas: si insomnio o ansiedad intensa riesgo de dependencia y de abstinencia.
- Neurolépticos: por su efecto sedante y ansiolítico.
- Otros fármacos empleados: clonidina, antagonistas opiáceos⁴⁵.

Bulimia Nerviosa:

- Antidepresivos: los antidepresivos tricíclicos, son efectivos a corto plazo en la reducción de atracones y vómitos. Los inhibidores de la recaptación de serotonina son los que han obtenido mejores resultados hasta la actualidad.
- Neurolépticos: por su efecto sedante y ansiolítico.
- Benzodiacepinas: riesgo de dependencia y de abstinencia (preferible las de vida media larga). Administrar si insomnio o ansiedad elevada.
- Deben evitarse los estimulantes del apetito⁴⁵.

Los antidepresivos son útiles como parte del tratamiento inicial combinados con psicoterapia. La adición de antidepresivos puede ser más efectiva que la psicoterapia sola para reducir síntomas de ansiedad y depresión⁴⁷. En dado caso que el paciente no quiera

seguir con el tratamiento de terapia cognitivo conductual o que no sienta ninguna mejora, los antidepresivos ayudarán al paciente a reducir los episodios de atracón/vómitos.

No existen claras diferencias entre unos antidepresivos y otros. Sin embargo, los ISRS son considerados los más seguros. Dosis de Fluoxetina de 60mg han demostrado su eficacia por lo que parecería justificado su uso como tratamiento farmacológico de primera elección⁴⁷.

Trastorno por atracón

El topiramato, un antiepiléptico, ha mostrado en estudios recientes ser aparentemente efectivo en la reducción de la frecuencia de atracones en estos trastornos, así como en la reducción del peso en los pacientes obesos (Appolinario y cols., 2001; McElroy y cols., 2003). Con la evidencia disponible el tratamiento farmacológico no puede ser recomendado como terapia inicial de estos trastornos, aunque pueden resultar útiles en el tratamiento de los trastornos psiquiátricos comórbidos (Wilson & Fairburn, 2002)⁴⁷.

2.3 Protocolo de los TCA en Costa Rica

En Costa Rica en el año 2017 se realizó una encuesta “Encuesta Actualidades 2017” se reveló que el estudio de los trastornos de la conducta alimentaria en el país es relativamente escaso por lo que se decidió conocer las percepciones que tienen las personas sobre los TCA. Y al menos un 20% de los costarricenses conocen a alguien que padece de anorexia nerviosa o bulimia nerviosa.

Los resultados de dicha encuesta demuestran que el 88,5% de la población comprende o ha oído hablar de los TCA, el 19,2% conoce a alguien que presenta este tipo de padecimiento y que el 46,1% de los encuestado afirman estar de acuerdo con el enunciado de que los TCA son por pura “vanidad” y otro 38,3% consideran que quienes tiene un desorden alimenticio es para llamar la atención.

Estos resultados demuestran que una mayoría de la población ha oído hablar de los TCA y se valora positivamente la necesidad de atención por profesionales en salud. El que casi uno de cada cinco conozca personas con este padecimiento corrobora la presencia de este tipo de padecimiento en el país, así como las percepciones sobre el incremento del número de casos en el futuro cercano. Además, aunque la intensidad promedio de los prejuicios hacia los TCA es moderada, se considera que es el momento de iniciar estrategias de sensibilización y de atención más específicas y oportunas⁴⁸.

La Encuesta Nacional de Nutrición 2008 – 2009 realizada por la Dra. María Luisa Ávila es otro de los pocos estudios por los que se cuenta en Costa Rica, donde se realizó el cuestionario Scoff, que es una herramienta considerada para identificar los TCA en atención primaria. En la encuesta se demostró que las edades promedio con mayor TCA rondan entre los 13 – 19 años.

Realizar estudios complementarios que permitan identificar con mayor precisión los trastornos de conducta alimentaria, principalmente en jóvenes quienes son más vulnerables a presiones que imponen modelos de belleza no acordes con la realidad ni compatibles con la buena nutrición y salud⁴⁹.

La Campaña Cuidémonos Nutritiva – Mente aborda los estilos de vida saludables de manera integral: desde lo académico y emocional, y facilita herramientas que permitan mejores condiciones de vida para estudiantes y familias al prevenir también los trastornos de la conducta alimentaria³. La Campaña cuenta con un kit de 24 preguntas de “mitos y realidades” que es un cuestionario para los médicos y una serie de señales de alerta, con el objetivo de poder prevenir, detectar a tiempo este tipo de casos, de manera también de apoyo para las personas que lo están padeciendo.

En el 2018 se realizó la Encuesta Colegial de Vigilancia Nutricional y Actividad Física, donde podemos rescatar los siguientes resultados:

- autopercepción sobre su peso únicamente el 54% de las personas adolescentes expresaron conformidad con su peso corporal y el 46.1% estaba inconforme, tres cuartas partes de los estudiantes (34.8%) querían pesar menos y un 11,2% pesar más².

Se puede observar que casi la mitad de la población no está conforme con su peso corporal hecho que es preocupante, ya que todo los temas que están relacionados con la salud mental requiere de importancia, porque las personas que sufren de TCA recurren a prácticas peligrosas, que producen modificaciones anatómicas, fisiológicas y psicológicas perjudiciales como por ejemplo: desnutrición, problemas cardiovasculares, enfermedades gastrointestinales, problemas dentales por los jugos gástricos, otros trastornos de la conducta y en el peor de los casos muerte.

Para que se considere un trastorno de la conducta alimentaria se debe cumplir con varios indicadores y volverse una preocupación extrema o exagerada. Por ende, tener una

preocupación por la alimentación y mantenerse sano no es considerado un TCA. Aunque estos indicadores pueden estar relacionados con otros trastornos o con manifestaciones de desequilibrio emocional.

Tabla 9. Clasificación de los TCA según el manual para el abordaje de trastornos de la conducta alimentaria en niñas, niños y adolescentes

<p>Anorexia nerviosa: Reducción exagerada de la ingesta y un rechazo a los alimentos, quienes lo padecen tienen una distorsión de su imagen corporal y miedo intenso a engordar, el cual requiere tratamiento médico.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Delgadez extrema (reducción de peso continuo). • Distorsión de imagen corporal (suelen observarse con exceso de peso, aunque se encuentren muy por debajo del peso normal de acuerdo con su edad, talla, peso y género). • Negación rotunda de la enfermedad. • Obsesión con el ejercicio. • Autoexigencia y perfeccionismo en sus actividades diarias (usualmente son estudiantes de alto rendimiento). • Piel reseca y con color grisáceo o amarillento. • Uñas quebradizas. • Debilitamiento o la caída del cabello • Intolerancia al frío y bajas temperaturas en pies y manos, que adquieren un color morado. 	<p>Bulimia nerviosa: Episodios de atracón de comida a escondidas, seguido por vómitos autoinducidos y/o periodos de ayuno; piensa constantemente en comida, es incapaz de dejar de comer voluntariamente, se angustia y deprime con frecuencia. Requiere tratamiento médico.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fluctuaciones de peso (suelen estar en peso normal o sobrepeso). • Uso medidas compensatorias por las grandes cantidades de alimentos consumidos (laxantes, diuréticos, edemas, vómitos autoinducidos, periodos de ayuno, entre otros). • Se deprime y angustia con frecuencia, suele aislarse socialmente y puede recurrir al alcohol y las drogas. • Erosiones de esmalte dentario, debilitamiento de encías, pérdida de dientes. • Formación de piel dura y enrojecida en los nudillos de la mano. • Glándulas inflamadas e irritación gastrointestinal.
<p>Trastorno por atracón: Pierden el control sobre su alimentación. A diferencia de la bulimia nerviosa, a los episodios de atracones no les siguen</p>	<p>Vigorexia: Actitudes y comportamientos excesivos que van dirigidos hacia el desarrollo muscular. Buscan alcanzar el “cuerpo perfecto” a</p>

<p>conductas como purgas, exceso de ejercicio o ayunos. Por esta razón, las personas con trastorno por atracón, a menudo, tienen exceso de peso u obesidad.</p>	<p>cualquier precio; no dudan en pasar horas y horas entrenando en el gimnasio, sacrifican su alimentación en pos de una comida monótona, baja en grasa y rica en proteínas, y para ellos el consumo de sustancias sintéticas (anabolizantes y esteroides) con el fin de obtener más músculo, no supone ningún problema.</p> <p>Ortorexia:</p> <p>Es un “tipo de trastorno obsesivo” que lleva al extremo la idea de alimentación sana y que consiste en “un control exhaustivo y cada vez más estricto de los componentes de los alimentos”, según la OMS actualmente se considera que, en occidente, un 28% de la población tiene tendencia a este trastorno y se agrava por una sociedad que tiene inclinación hacia los extremos.</p>
---	--

Fuente: elaboración propia con base a la referencia².

Medidas para prevenir trastornos de la conducta alimentaria

- Desde la infancia se debe enfatizar en y desde los centros educativos sobre la importancia de la alimentación saludable y seguridad alimentaria.
- Educar con el ejemplo, que las personas docentes lleven meriendas saludables.
- Recomendar establecer y mantener tiempo de comidas regulares, distribuyendo la cantidad de alimentos en 3 o 5 tiempos según sea posible.
- Fomentar hábitos de alimentación saludables desde la infancia.
- Transmitir el concepto de belleza basado en la salud y cuidado personal y no en estándares o estereotipos sociales.
- Establecer estrategias que promuevan, fomenten y evalúen en la comunidad educativa, hábitos alimentarios saludables.
- Es recomendable suspender cualquier tipo de medición antropométrica en el sistema educativo.

- Que el personal del centro educativo vele por los reglamentos de sodas y alimentación de los comedores escolares, según lo establecido.
- No tener la idea preconcebida de que solo las mujeres tienen conductas relacionadas con los trastornos de la conducta alimentaria.

Medidas que se deben tomar en el centro educativo para reducir los factores de riesgo de desarrollar una TCA

Es importante tener en claro que la persona docente puede colaborar en la acción preventiva del TCA entre sus estudiantes, ya que el tratamiento le corresponde a un equipo multidisciplinario conformado por: personal de campo médico, de enfermería, psicológico, nutricional y social².

Para disminuir el riesgo de desarrollar un TCA es primordial que las personas docentes y las familias conozcan e identifiquen cuáles son las influencias y estereotipos sociales relacionados con la belleza física y la delgadez, que podrían influenciar a las personas adolescentes en el desarrollo de un trastorno, fomentando estilos de vida saludables y la salud mental como una prioridad, al igual que la importancia de cuidar de la salud mediante una buena alimentación y actividad física, aceptando la imagen corporal de cada individuo².

Recomendaciones para cuando se detecte o se comunique de parte de un servicio de salud que alguna persona estudiante presenta una condición de TCA

Según la circular DVM – AC – DDC – 0242 – 2021 sobre Consideraciones generales y específicas de enfermedades crónicas, se ofrecen aspectos generales en donde se establece:

- Seguimiento de la dieta establecida desde el personal de salud y comunicada debidamente por la familia, según la condición particular de la persona estudiante, considerando la autorización para ingerir alimentos y líquidos en horas específicas.
- Facilitación de los procesos para la ingesta de medicamentos, en estricto apego de las indicaciones dadas desde el personal médico, en relación con la dosis y horario.
- Ajuste de las actividades y estrategias propuestas en la mediación pedagógica, cuando estas impliquen movimientos, participación en juegos o ejercicios denominados de alto impacto y desde el personal de salud se haya indicado

que pueden ser contraproducentes para el estado de salud del estudiantado con una condición de enfermedad crónica².

En el documento de la Contraloría de Derechos Estudiantiles CDE – 0015 – 2022, se establece que la persona directora de cada centro educativo es la llamada a realizar las coordinaciones pertinentes en relación a asegurar que se cumplan las indicaciones hospitalarias, aún en el caso de requerir algún medicamento intravenoso, dichas coordinaciones deben realizarse con la familia o servicios de salud.

En la circular DDC – DEVA – 140 – 2022 DVM – AC – DDC – DAEED – 0256 – 2022, se cita:

Es por ello que la atención educativa en el ámbito hospitalario, post hospitalario, convaleciente, recurrente a tratamiento, todos ellos en situaciones de salud física o mental, se concibe como un conjunto de acciones propuestas para atender las necesidades que presentan las personas estudiantes hospitalizados, convalecientes o recurrentes a tratamiento médico por salud física o mental, mediante apoyos educativos como son los personales, materiales, tecnológicos, organizativos y curriculares, entre otros².

CAPÍTULO III – MARCO METODOLÓGICO

3.1 Marco Metodológico

La metodología del proyecto incluye el tipo o tipos de investigación, las técnicas y los instrumentos que serán utilizados para llevar a cabo la indagación. Es el “cómo” se realizará el estudio para responder al problema planteado⁵⁰.

El marco metodológico es el “conjunto de pasos, técnicas y procedimientos que se emplean para formular y resolver problemas”. Este método se basa en la formulación de hipótesis las cuales pueden ser confirmadas o descartadas por medios de investigaciones relacionadas al problema⁵¹.

A continuación, se desglosará el marco metodológico, un capítulo que propone la relación entre la teoría expuesta en el marco teórico y la metodología que se busca implementar en el transcurso de la investigación, con el fin de que se desarrollen los objetivos planteados desde un principio, así como los procedimientos utilizados para el análisis y obtención de datos.

3.2 Enfoque metodológico

Este trabajo es una investigación de revisión bibliográfica donde se determinará los lineamientos de abordaje en adolescentes con trastorno de la conducta alimentaria para la identificación de recomendaciones actualizadas basadas en guías y protocolos de España, y que estas sean aplicables en el sistema de salud costarricense.

3.3 Tipo de investigación

Las revisiones bibliográficas, son trabajos que tienen por objetivo analizar y sintetizar el material publicado sobre un tema a elección y así evaluar distintos aspectos sobre el dicho material, generando en un solo trabajo una descripción detallada sobre el estado del arte de un tema específico⁵².

El trabajo de revisión bibliográfica constituye una etapa fundamental de todo proyecto de investigación y debe garantizar la obtención de la información más relevante en el campo de estudio, de un universo de documentos que puede ser muy extenso. Dado que en la actualidad se dispone de mucha información científica y su crecimiento es exponencial, el problema de investigar es precedido por el ¿cómo? manejar tanta información de forma eficiente⁵³.

3.4 Fuentes de información

Este trabajo es una revisión bibliográfica con bases de datos científicos, revistas, libros, páginas de internet, guías de no más de 10 años de vigencia, que están relacionados con el tema seleccionado para la relación de la investigación.

3.5 Criterios de búsqueda

Tabla 10. Criterios de búsqueda

Objetivo	Descriptor	Motores de búsqueda	Periodo de estudio	Idioma
Recopilar información actualizada acerca de los lineamientos en el abordaje de los adolescentes con trastornos de la conducta alimentaria utilizados en España	Adolescentes Trastorno de la conducta alimentaria	Elsevier Pubmed Scielo Google académico Redalyc Libros Dialnet Medigraphyc	2014-2024	Español Inglés

Objetivo	Descriptor	Motores de búsqueda	Periodo de estudio	Idioma
Describir los lineamientos en el abordaje de los adolescentes con trastornos de la conducta alimentaria en el sistema de salud costarricense.	Tipos de trastorno de la conducta alimentaria Guía para el manejo de los trastornos de la conducta alimentaria	Elsevier Pudmed Scielo Google académico Redalyc Libros Dialnet Medigraphyc	2014-2024	Español Inglés
Generar en base a la información recopilada las recomendaciones para el abordaje del adolescente con trastorno de la conducta alimentaria implementables en el sistema de salud costarricense.	Prevención Recomendaciones	Elsevier Pudmed Scielo Google académico Redalyc Libros Dialnet Medigraphyc	2014-2024	Español Inglés

Fuente: elaboración propia

Tabla 11. Criterios de inclusión y exclusión

Criterios de Inclusión	Criterios de exclusión
Artículos con una vigencia no mayor a 10 años	Artículos con una vigencia mayor a 10 años
Artículos de revisión bibliográfica que se enfoque en adolescentes	Artículos de revisión bibliográfica que se enfoque en adultos mayores
Pacientes que presenten trastorno de la conducta alimentaria	Pacientes que no presenten trastorno de la conducta alimentaria
Guías de abordaje basadas en Costa Rica y España	Guías de abordaje que no estén basadas en Costa Rica y España
Artículos o tesis científicos	Otros documentos

Fuente: elaboración propia

CAPÍTULO IV – ANÁLISIS DE RESULTADOS

4.1 Análisis de resultados

Esta revisión bibliográfica tiene como principal enfoque el análisis de las estrategias de abordaje de los trastornos de la conducta alimentaria abordando las diferencias entre el manejo en España y Costa Rica y así explorar cuáles pueden ser las estrategias efectivas que pueden aplicarse en el sistema de salud costarricense. Ya que el tema aborda un problema de salud pública crítico, que es el manejo de los TCA en adolescentes. Se centra en la adolescencia ya que es una etapa de transformación emocional, mental y física donde los jóvenes se enfrentan a la búsqueda de su identidad lo que los hace más vulnerables a los medios de comunicación, que estos informan respecto al tema, su alta casualidad social o su influencia en la moda, que promueven patrones ideales de belleza con excesiva delgadez, por lo tanto, es en esta etapa donde el trastorno de la conducta alimentaria tiene mayores implicaciones. Y es importante textualizar el contagio en la rivalidad en cuanto al aspecto y la capacidad de adelgazar se lleva a cabo en los colegios y grupos de adolescentes, es preocupante como cada vez los jóvenes, pero con más frecuencia las mujeres adolescentes comienzan su trastorno de vómitos al percibirlo más fácil que soportar el sacrificio del hambre.

La incidencia de los TCA sigue aumentando a nivel mundial, según la Organización Mundial de la Salud (OMS) es el problema de salud más importante de la humanidad, tanto por el número de personas afectadas que van en aumento, como por las muertes que ocasiona. Y ha ubicado a los TCA entre las enfermedades mentales de prioridad para los niños y los adolescentes dado el riesgo para la salud que implican. En Costa Rica el tema de los TCA es preocupante por la falta de registros completos y por la ausencia de un abordaje integral en el sistema de salud.

La investigación quiere destacar la importancia de contar con estrategias preventivas y protocolos clínicos que estén bien definidos para mejorar la atención de los TCA que incluyen anorexia nerviosa, bulimia nerviosa y trastorno por atracón, ya que representan un desafío complejo debido a sus causas multifactoriales y su alto riesgo de cronicidad y mortalidad. Indagar cómo los modelos de manejo que son implementados en España podrían ser de guía para mejorar las estrategias de abordaje en Costa Rica, donde las deficiencias en el sistema actual limitan una respuesta efectiva.

El Ministerio de Sanidad y Consumo de España ha implementado ciertas guías dependiendo la región del país, en su mayoría teniendo el mismo enfoque que es la ayuda a la toma de decisiones en la atención sanitaria. Que tiene como objetivo facilitarles a los profesionales sanitarios una herramienta que les permita tomar las mejores decisiones sobre los problemas que se plantean en atención primaria. Además, las guías de práctica clínica provee información para pacientes con TCA que podrá ser utilizada también para los familiares de los pacientes y amigos, así como la población general³.

En España se cuenta con un modelo que tiene un enfoque que está bien estructurado y respaldado por diversas instituciones especializadas que son: la Sociedad Española de Nutrición Clínica y Metabolismo (SENPE), la Sociedad Española de Nutrición Comunitaria (SENC) y la Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN), estas organizaciones han logrado avances significativos ya que han trabajado en el desarrollo de protocolos y la aplicación de guías clínicas basadas en evidencia para el diagnóstico y tratamiento de los TCA. Estas organizaciones también han dado énfasis en la elaboración de pautas para la prevención y la educación, integrando un enfoque multidisciplinario que integra profesionales de la salud que involucra a médicos, psicólogos, nutricionistas y otros profesionales de la salud. Estos protocolos consideran tanto el manejo médico, psicológico como el aspecto nutricional, promoviendo así la intervención temprana para reducir o prevenir la progresión de los trastornos de la conducta alimentaria a estadios más graves.

En el protocolo de abordaje de los TCA en España en el apartado de prevención habla de los 3 tipos que son: prevención primaria cuyo principal objetivo es limitar la incidencia mediante el control de las causas y la exposición de factores de riesgo. Prevención secundaria se encarga de reducir el tiempo que media entre la aparición del trastorno y la puesta en marcha de un tratamiento eficaz. Prevención terciaria para reducir la aparición de las secuelas asociadas a los TCA y así evitar la cronificación de los pacientes.

Tabla 8. Abordaje preventivo de los TCA en España

Nivel de prevención	Objetivos	Método
Primario	Reducir la incidencia del trastorno (prevenir la	Actuar sobre vulnerabilidad y los factores de riesgo

	aparición de nuevos casos).	
Secundario	Reducir la prevalencia (acortar la duración del trastorno y el tiempo que media entre su aparición y la búsqueda de tratamiento)	Detección precoz Tratamiento precoz
Terciario	Reducir las consecuencias del trastorno	Evitar la aparición de complicaciones. Tratamiento adecuado de las complicaciones

Fuente: elaboración propia con base a la referencia⁴⁵

Sin embargo, Costa Rica enfrenta una situación diferente ya que no tiene implementado un abordaje multidisciplinario estandarizado como el de España lo que hace que sea más difícil de ofrecer la capacidad de una atención integral a los pacientes costarricenses. Aunque el Ministerio de Educación Pública (MEP) a implementado un manual educativo “Manual para el abordaje de trastornos de la conducta alimentaria en niñas, niños y adolescentes”, este se centra más a nivel escolar por lo que no es suficiente para un manejo integral ya que no proporciona un enfoque clínico. La ausencia de protocolos clínicos íntegros o guías específicas dentro del sistema de salud pública y la falta de un enfoque multidisciplinario limita la capacidad del país para abordar correctamente estos trastornos, por ende, limita su prevención, diagnóstico y tratamiento eficaz.

Medidas para prevenir trastornos de la conducta alimentaria

- Desde la infancia se debe enfatizar en y desde los centros educativos sobre la importancia de la alimentación saludable y seguridad alimentaria.
- Educar con el ejemplo, que las personas docentes lleven meriendas saludables.
- Recomendar establecer y mantener tiempo de comidas regulares, distribuyendo la cantidad de alimentos en 3 o 5 tiempos según sea posible.
- Fomentar hábitos de alimentación saludables desde la infancia.

- Transmitir el concepto de belleza basado en la salud y cuidado personal y no en estándares o estereotipos sociales.
- Establecer estrategias que promuevan, fomenten y evalúen en la comunidad educativa, hábitos alimentarios saludables.
- Es recomendable suspender cualquier tipo de medición antropométrica en el sistema educativo.
- Que el personal del centro educativo vele por los reglamentos de sodas y alimentación de los comedores escolares, según lo establecido.
- No tener la idea preconcebida de que solo las mujeres tienen conductas relacionadas con los trastornos de la conducta alimentaria.

Es notable la diferencia entre país sobre el abordaje preventivo, en España esta muy bien estructurado cada tipo de prevención, sin embargo en Costa Rica ni siquiera existe una clasificación preventiva, simplemente medidas para prevenir los TCA a nivel escolar como antes mencionado.

Respecto a la incidencia de los TCA en Costa Rica se carece de investigaciones, solo hay información que relatan un aumento en los últimos años, pero no hay artículos científicos o estudios que lo respalden. Simplemente con la ayuda de diversas encuestas que se han realizado a cierta población costarricense adolescente se ha podido intuir este aumento de los TCA. Una de las negativas de no tener un registro exacto de la incidencia de esta enfermedad, es por el hecho de que solo existe un registro de casos que se atienden a nivel público, pero no hay uno a nivel privado. Y se basan también en este aumento de incidencia a nivel público ya que según la Vicepresidenta del Colegio de Profesionales en Psicología Ivannia Serrano, la CCSS hizo un registro en el año 2020 de 1.158 pacientes diagnosticados con TCA y en 2021 fueron 1.751 en un grupo de personas adolescentes entre 15 y 19 años, dando a entender que en un año hubo una diferencia de 593 personas con TCA, por lo que con este dato respaldan el aumento de incidencia de dicha patología. Sin embargo, no existe registro de los casos que se atienden en consulta a nivel privado, por lo tanto, no se puede saber con certeza la incidencia de los TCA en Costa Rica.

En Costa Rica en el año 2017 se realizó una encuesta “Encuesta Actualidades 2017” se reveló que el estudio de los trastornos de la conducta alimentaria en el país es relativamente escaso por lo que se decidió conocer las percepciones que tienen las personas sobre los TCA.

Y al menos un 20% de los costarricenses conocen a alguien que padece de anorexia nerviosa o bulimia nerviosa.

En el 2018 se realizó la Encuesta Colegial de Vigilancia Nutricional y Actividad Física, donde podemos rescatar los siguientes resultados:

- autopercepción sobre su peso únicamente el 54% de las personas adolescentes expresaron conformidad con su peso corporal y el 46.1% estaba inconforme, tres cuartas partes de los estudiantes (34.8%) querían pesar menos y un 11,2% pesar más².

Es notable la falta de conocimiento de los TCA en la población costarricense y el poco estudio científico a nivel del sistema de salud de Costa Rica, ya que la mayoría de las encuestas hechas por diferentes instituciones se basan en la “percepción” y no en los signos y síntomas en sí de los TCA para poder determinar la incidencias tanto de la anorexia nerviosa, bulimia nerviosa y trastornos por atracón. Con los resultados de dichas encuestas no se puede determinar qué tan frecuentes son los TCA en CR, ya que solo habla de la conformidad del peso.

Según la Clínica de Adolescentes del Hospital Nacional de Niños existen unos indicadores o señales de alerta de las TCA como:

Tabla 12. Indicadores o señales de alerta de las TCA

<p>Indicadores físicos:</p> <ul style="list-style-type: none">• Estreñimiento o problemas digestivos• Intolerancia al frío/hipotermia• Hipotensión• Defensas muy bajas, gripes o contagios recurrentes• Bajos niveles de hormonas, cambios en el periodo menstrual• Pérdida de peso extrema/apariencia demacrada• Dolor abdominal• Deshidratación• Resequedad de la piel

<ul style="list-style-type: none"> • Energía excesiva o por el contrario aletargamiento, dependiendo del TCA que se padezca (vigorexia excesiva energía, anorexia aletargamiento o cansancio).
<p>Indicadores de comportamiento:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Obsesión por perder peso (suelen pesarse con regularidad) • Control excesivo de la cantidad de alimentos que consume • Inconformidad con su imagen corporal (suelen criticarse y compararse con otros) • Una autoestima que no está equilibrada • Auto – exigencia y perfeccionismo • Necesidad de aprobación • Relaciones sociales y familiares insatisfactorias (aislamiento) • Episodios recurrentes de sobrealimentación compulsiva (comer en exceso) • Negarse a comer • Esconderse para comer
<p>Indicadores Emocionales:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Irritabilidad • Agitación • Estado de ánimo depresivo • Sentimientos de disgusto consigo misma (o) • Bajo rango de emociones • Depresión y ansiedad

Fuente: elaboración propia con base a la referencia².

La Clínica de Adolescentes comenta que para que se considere un trastorno de la conducta alimentaria se debe cumplir con varios indicadores, pero no especifica cuántos indicadores de los diferentes tipos deben de cumplirse, por lo que esta tabla informativa de indicadores y signos de alarma no sería de ayuda para poder abordar o para considerar que una persona tiene TCA. Se puede observar que el manual carece de información para detectar un TCA.

En el Manual para el abordaje de trastornos de la conducta alimentaria en niñas, niños y adolescentes se habla de las medidas que se deben tomar en el centro educativo para reducir los factores de riesgo de desarrollar una TCA. Comenta que para disminuir el riesgo es primordial que las personas docentes y las familias conozcan e identifiquen cuáles son las influencias y estereotipos sociales relaciones con la belleza física y la delgadez, que podrían influenciar a los adolescentes en el desarrollo de un TCA, fomentando estilos de vida saludables y la salud mental, la importancia de una buena alimentación y actividad física.

Si es muy importante el tema de social como antes mencionado de los medios de comunicación que se dedican a fomentar esa belleza física y delgadez, pero sin embargo los docentes carecen de conocimiento respecto a educación sobre salud mental y nutricional. Por lo que se debe integrar un protocolo que debe estar respaldado por el sistema de salud que en este caso sería La Caja Costarricense del Seguro Social, para así promover la conciencia sobre los TCA, los riesgos y la importancia de buscar ayuda a tiempo.

Las recomendaciones que aporta el Manual para el abordaje de trastornos de la conducta alimentaria en niñas, niños y adolescentes, es para cuando se detecte o se comunique de parte de un servicio de salud que algún estudiante presenta una condición de TCA, establece que se debe dar seguimiento de la dieta establecida desde el personal de salud y comunicada debidamente por la familia. Uno de los riesgos que se pueden observar es el hecho que las instrucciones respecto a la dieta se las da el familiar al centro educativo, cuando puede existir el riesgo por ejemplo que sea un familiar irresponsable, que tenga dificultades de comunicación o no se recuerde de todas las indicaciones debidamente. El manual es su recomendación no especifica que el personal o sistema de salud facilita las instrucciones escritas directamente a la escuela. Por lo que el seguimiento o cuidado del estudiante de TCA no queda debidamente tratado. Otra recomendación es la facilitación de los procesos para la ingesta de medicamentos en relación con la dosis y horarios, actualmente en las escuelas no se puede optar por una persona que exclusivamente sea responsable de los estudiantes que deban cumplir con el tratamiento, por lo que se dificulta que la docente a cargo del curso que el paciente con TCA este llevando, pueda cumplir debidamente con el horario de los medicamentos.

El Manual para el abordaje de trastornos de la conducta alimentaria en niñas, niños y adolescentes, en el apartado de Anexo 1 cuenta con una referencia del centro educativo a

centros de salud ante riesgo de trastornos de comportamiento alimentario. Donde dicha se referencia ser realizó con base a un artículo 41. de su institución política, en la cual redacta “las personas menores de edad gozarán de atención médica directa y gratuita por parte del Estado. Los centros o servicios públicos de prevención y atención de la salud quedarán obligados a prestar, en forma inmediata, el servicio que esa población requiera sin discriminación de raza, género, condición social ni nacionalidad. No podrá aducirse ausencia de sus representantes legales, carencia de documentos de identidad, falta de cupo ni otra circunstancia”³.

Figura 1. Referencia del centro educativo a centros de salud ante riesgo de trastornos de comportamiento alimentario

Forma 27: Signos de riesgo

Fecha: _____ Centro Educativo: _____ Teléfono: _____
 Nombre de la persona referida: _____ Cédula: _____
 Edad: _____ Género: M () F () Sección: _____
 Dirección de residencia: _____
 Nombre encargado (a) legal: _____ Cédula: _____
 Teléfono: _____

El o la estudiante presenta los siguientes signos de riesgo:

- Obsesión por perder peso.
- Control excesivo de la cantidad de alimentos que consume.
- Negación del apetito.
- Inconformidad con su imagen corporal.
- Baja autoestima y sentimiento de culpabilidad al comer.
- Depresión.
- Ansiedad.
- Insomnio.
- Auto exigencia y perfeccionismo.
- Alteraciones de carácter.
- Aislación social.
- Obsesión con el ejercicio
- Uso de medidas compensatorias del consumo de alimentos.
- Atracones recurrentes.

Forma 28: Manifestaciones físicas

El o la estudiante presenta las siguientes manifestaciones físicas:

- Delgadez extrema.
- Fluctuaciones de peso.
- Piel reseca y con color grisáceo o amarillento
- Uñas quebradizas.
- Debilitamiento o la caída del cabello.
- Intolerancia al frío y bajas temperaturas en pies y manos, que adquieren un color morado.
- Estreñimiento grave.
- Problemas dentales.
- Formación de piel dura y enrojecida en los nudillos de la mano.
- Glándulas inflamadas.
- Irritación gastrointestinal
- Fatiga y sudoración extrema

Con relación a lo identificado en el centro educativo, se refiere al estudiante o la estudiante al centro de salud:

EBAIS Clínica Hospital

Nombre del director(a): _____ Cédula: _____
 Firma: _____
 Funcionario(a) 1 que atiende la situación: _____ Cédula: _____
 Cargo: _____ Firma: _____
 Funcionario(a) 2 que atiende la situación: _____ Cédula: _____
 Cargo: _____ Firma: _____

Sello centro educativo _____ Recibido _____

*Adaptación del Anexo 2 del Protocolo de atención a la población estudiantil que presenta lesiones autoinfligidas y/o en riesgo por tentativa de suicidio. (2018). San José, Costa Rica.

Fuente: imagen tomada a partir de la referencia³.

La referencia del Manual para el abordaje de trastornos de la conducta alimentaria en niñas, niños y adolescentes es una adaptación del Anexo 2 del Protocolo de atención a la población estudiantil que presenta lesiones autoinfligidas y en riesgo de tentativa de suicidio. Una vez de dan métodos de ayuda que están lejos de ser únicamente con la intención de hacer un abordaje exclusivamente de los TCA, aunque ya sabe que un riesgo de los trastornos alimentarios a parte de la depresión y ansiedad también se encuentra el suicidio, pero es un tema a parte de lo que debería ser en sí el abordaje para la detección o tratamiento precoz de los TCA.

La Campaña Cuidémonos Nutritiva – Mente que aborda los estilos de vida saludables de manera integral: desde lo académico y emocional, y facilita herramientas que permitan mejores condiciones de vida para estudiantes y familias al prevenir también los trastornos de la conducta alimentaria³. Dicho cuestionario cuenta con un kit de 24 preguntas de “mitos y realidades” que es para los médicos que les ayuda a detectar las señales de alerta, según lo que comenta la Campaña tiene como objetivo prevenir, detectar a tiempo los TCA. Sin embargo, todo el cuestionario da recomendaciones respecto a los “mitos y realidades” sobre personas ya diagnosticadas con TCA, por lo que queda sin entendimiento respecto al detectar o prevenir un TCA.

Tabla 13. “Mitos y Realidades” cuestionario de La Campaña Cuidémonos Nutritiva – Mente

MITOS	REALIDADES	RECOMENDACIÓN
Las personas con trastornos alimentarios se ven apagas, tristes y enfermas	Mucha gente con un trastorno alimentario se ve saludable, a pesar de que pueda estar extremadamente enferma	Si sospechas que tu ser querido está teniendo alguna dificultad con la comida, el cuerpo y el ejercicio: <ol style="list-style-type: none"> 1. Pregúntale directamente y menciona específicamente las cosas que te inquietan 2. Busca especialista en el área para que realicen un diagnóstico adecuado
Las personas con trastornos alimentarios no comen nada	Existen diferentes tipos de trastornos alimentarios y la cantidad de comida que consumen varía en cada uno de ellos	Si sabemos que nuestro familiar tiene un diagnóstico de trastorno alimentario es importante evitar hacer comentarios sobre el cuerpo, la comida y el peso. Esto

		<p>aumenta su ansiedad y temor por los alimentos y el cuerpo. Evitemos hablar de calorías, características de los alimentos y dietas, no sabemos si la persona que tenemos frente tiene un TCA.</p>
<p>Esto es culpa de la familia, seguro en la casa son iguales</p>	<p>Las familias no tienen la culpa del trastorno, es una enfermedad multifactorial</p>	<p>Podemos apoyar a nuestros conocidos y familiares que tengan un hijo o hija con trastorno alimentario, escuchándolas y poniéndonos a su disposición, desde un lugar libre de juicio y con mucha empatía.</p> <p>Si sabemos de una familia que tiene un hijo o hija con trastorno alimentario no juzguemos o culpabilicemos.</p>
<p>La familia no debería involucrarse en la terapia</p>	<p>La familia pueden ser de los mejores aliados para la recuperación de un trastorno de la conducta alimentaria (TCA)</p>	<p>Es importante buscar información sobre los trastornos alimentarios y cómo abordarlos, entre más conocimiento tengamos mejor podemos acompañar a nuestro ser querido.</p> <p>Es recomendable validar la información que encontremos con entidades</p>

		<p>nacionales e internacionales acreditadas.</p> <p>Si hay inquietudes de cómo tratar a nuestro ser querido, contactemos al colegio de profesionales en psicología y nutrición para que nos refieran con los profesionales adecuados.</p>
<p>Los trastornos sólo afectan a la persona que lo padece</p>	<p>La aparición de un trastorno de conducta alimentaria (TCA) supone un problema sanitario que altera el funcionamiento personal y familiar</p>	<p>Es importante que los y las familiares que apoyan o asuman el cuidado de una persona con un trastorno alimentario participen en el tratamiento y que también reciban acompañamiento profesional.</p>
<p>Los trastornos alimentarios son por vanidad y ganas de llamar la atención. Esto se les pasa con la edad</p>	<p>Los trastornos alimentarios no son el resultado de una decisión, sino enfermedades muy graves y determinadas biológicamente</p>	<p>Entendamos que los trastornos alimentarios son enfermedades y no elecciones; evitemos juzgar o culpabilizar a la persona que está atravesando por esto o minimizar lo que siente y piensa.</p> <p>Ante la sospecha o la duda, es importante actuar con prontitud; externándole preocupación al ser querido y ayudándole a buscar la</p>

		valoración de profesionales especializados.
Los trastornos alimentarios son solo una cuestión de mujeres jóvenes de clase alta.	Los trastornos alimentarios afectan a hombres y mujeres de todas las edades, culturas, razas, pesos o formas corporales, orientaciones sexuales y niveles socioeconómicas.	Evitemos hacer juicios de valor sobre quién puede o no puede tener un trastorno alimentario; recordemos que no podemos saberlo simple vista.
Los trastornos alimentarios no son graves y no tienen ninguna consecuencia física.	Los trastornos alimentarios tienen efectos serios sobre la salud física, y pueden lastimar gravemente a las personas que los sufren.	Los trastornos alimentarios tienen efectos serios sobre la salud física, y pueden lastimar gravemente a las personas que los sufren.
Si alguien tiene herencia de trastorno alimentario, ya está condenado a la enfermedad (realidad 7 y 8)	Un trastorno alimentario es multifactorial y no depende sólo de la genética.	Podemos promover prácticas de vida sana que darán cierta protección a individuos que están vulnerables genéticamente a desarrollar un trastorno alimentario. Por ejemplo, comer en familia, evitar los comentarios acerca del cuerpo y la figura, no promover las dietas en menores de edad.
Los trastornos alimentarios son para toda la vida.	Con un tratamiento basado en evidencia, la gran mayoría de las personas puede recuperarse completamente.	La detección temprana de un trastorno alimentario es clave para evitar la cronicidad de la enfermedad y aumentar las posibilidades de una recuperación total. Si

		sospecha que usted o alguien cercano tiene un trastorno alimentario, acuda a un especialista en Nutrición, Psicología, Medicina o Psiquiatría lo más pronto posible.
Todas las personas que tienen un trastorno alimentario están demasiado flacas.	Los trastornos alimentarios pueden ocurrir en personas de todos los tamaños y formas.	Si usted o alguien cercano tiene conductas de riesgo a la comida, no deje de consultar con un profesional de la salud sólo porque no tiene una delgadez extrema. No juzguemos si una persona está enferma, sólo con mirar cómo se ve su cuerpo.
Cuando una persona alcanza un peso sano, ya está recuperada del trastorno alimentario.	El peso es solo uno de muchos factores que se deben valorar para definir si una persona está recuperada de un trastorno alimentario. Por sí solo, el peso nos dice muy poco de la recuperación de esa persona.	Para determinar si una persona ha alcanzado la recuperación de un trastorno alimentario, se debe hacer una valoración nutricional, médica, psicológica y psiquiátrica.
Los trastornos alimentarios son mentales, solo es resolver la forma de pensar.	Los trastornos alimentarios afectan tanto la parte mental como la física. El tratamiento integral es la	Buscar un tratamiento psicológico y nutricional integral, en el que se brinde el acompañamiento de manera conjunta y que tome en

	mejor manera de alcanzar una recuperación total.	cuenta a otros especialistas médicos según sea necesario.
Si mi hijo/a no quiere comer no lo puedo obligar, cada vez que lo hago sufre mucho.	La baja ingesta de comida tiene repercusiones cerebrales sobre la manera en la cual percibo los alimentos. Esta percepción cambia, en la medida en que se consigue un peso saludable.	Confiar en su capacidad, como padres y madres, de tomar las mejores decisiones para su hijo/a y de guiarle en su recuperación. Buscar ayuda profesional para desarrollar o fortalecer las habilidades y estrategias necesarias para acompañar a su hijo/a en el proceso de realimentación.
Si mi hijo/hija no está preparado/a para cambiar, no hay nada que yo pueda hacer al respecto.	La participación de los padres y las madres en el tratamiento del trastorno alimentario aumenta las posibilidades de recuperación.	Con empatía, calidez, y firmeza, guiar el proceso de realimentación de su hijo/a. Informarse sobre las mejores formas de brindar apoyo y guía durante el proceso de recuperación.
La persona luchará contra el trastorno alimentario por el resto de su vida.	Con el tratamiento adecuado, la recuperación total es posible.	Consultar con profesionales en Psicología, Nutrición y Medicina especializados/as en el diagnóstico y tratamiento de los trastornos alimentarios. Fomentar a su ser querido optimismo en la recuperación total y confianza en su capacidad para hacerlo.

Fuente: elaboración propia con base a la referencia³.

Como se puede observar en la tabla 13. La Campaña Cuidémonos Nutritiva – Mente ha realizado un cuestionario que el kit consta de 24 mitos y realidades, en la investigación se describen 16 porque son las únicas que se encuentran disponibles de parte del MEP. El cuestionario se presenta como una herramienta para detectar y prevenir los TCA, sin embargo, carece de preguntas o elementos que permitan evaluar de manera efectiva los participantes, por lo que esta carencia pone en duda su capacidad de cumplir con los objetivos propuestos por parte de la Campaña Cuidémonos Nutritiva – Mente y limita su utilidad en contextos de intervención médica, nutricional o psicológica. Para que sea una herramienta útil para la detección o prevención debería incluir preguntas que aborden aspectos clave relacionados con los hábitos alimentarios, la percepción de la imagen corporal, las emociones asociadas con la alimentación y el nivel de consciencia sobre la salud y el bienestar en general.

Para que el cuestionario “mitos y realidades” tenga relevancia y pueda así contribuir al proceso de detección temprana y prevención, es fundamental que incorpore una estructura bien definida con ítems basados en estudios clínicos y también criterios que estén reconocidos por ejemplo en el DMS – V o por el sistema de salud. Por lo tanto el que carezca de preguntas, el cuestionario necesita un desarrollo sustancial que incluya estas preguntas que estén basadas en evidencia científica y médica para que se pueda cumplir su función de manera eficiente.

Aunque Costa Rica ha tomado pasos importantes en educación sobre los estilos de vida saludables a través del MEP, la falta de integración eficaz entre el sistema de salud y la carencia de programas preventivos limita el alcance y la efectividad de las intervenciones. Por lo tanto, en Costa Rica debido a la falta de guías clínicas impide la creación de un sistema que abarque la prevención como el tratamiento integral de los TCA. Y los esfuerzos educativos no se complementan con políticas de salud por lo que su efectividad se ve reducida a largo plazo, y la falta de un registro de casos incluya tanto el sector público como el privado, es una barrera para evaluar adecuadamente la magnitud del problema y diseñar intervenciones basadas en datos.

España, gracias a sus registros sistematizados y a la colaboración de instituciones de salud, puede monitorear la incidencia y prevalencia de los TCA, lo que facilita la toma de decisiones informadas y la implementación de estrategias preventivas efectivas. Según la

Guía de Prevención de los Trastornos de la Conducta Alimentaria y el Sobrepeso, la incidencia en la anorexia es de 8/100.000 población por año y de 12/100.000 población por año en la bulimia. Se aceptan como cifras muy aproximadas en la población femenina adolescente un porcentaje de 0,5-1% de anorexia nerviosa, de 1-3% de bulimia nerviosa y 3% de trastornos de la conducta alimentaria no especificados entre los que destaca el trastorno por ingesta excesiva más conocido como trastorno por atracones. En total, estaríamos hablando de unas cifras de prevalencia total para los trastornos de la conducta alimentaria entre el 4,1 y el 6,41%⁴⁴.

Los protocolos de prevención en España tienen como objetivo facilitar a los profesionales sanitarios en atención primaria encargados de la asistencia a personas afectadas de trastornos de la conducta alimentaria una herramienta que les permita tomar las mejores decisiones, para reducir el riesgo de un mal pronóstico por lo que se dotan a los médicos de AP con instrumentos de criba para que se les facilite el reconocimiento y manejo de los TCA en adolescentes. Aunque estos cuestionarios de criba son ineficientes para establecer un diagnóstico son herramientas útiles para una primera evaluación rápida dirigida a descartar la existencia de síntomas que sean sospechosos, en la cual los pacientes que puntúan alto son de nuevo evaluados para determinar si cumplen con los criterios diagnósticos.

En la población española se recomienda el uso de cuestionarios adaptados y validados para la identificación de casos (cribado de TCA. Se sugiere utilizar los siguientes instrumentos:

- TCA en general: SCOFF (a partir de los 11 años)
- Anorexia Nerviosa: EAT-40, EAT-26 y ChEAT (este último entre los 8 y los 12 años)
- Bulimia nerviosa (BN): BULIT, BULIT-R y BITE (los tres a partir de los 12-13 años)

Encuesta SCOFF

El Sick, Control, One, Fat, Food questionnaire es un instrumento de cribado de TCA que consta sólo de cinco preguntas dicotómicas (Sí/No) que valoran la pérdida de control sobre la ingesta, las purgas e insatisfacción corporal lo que permite su aplicación en la atención primaria⁴³. El rango de puntuación oscila de 0 a 5 puntos siendo NO = 0 y SÍ = 1,

identificando a las personas con riesgo de TCA obteniendo una puntuación total de 2 o más puntos.

Las preguntas dicotómicas del SCOFF valoran la pérdida de control sobre la ingesta, las purgas e insatisfacción corporal permitiendo su aplicación en la atención primaria⁴⁶. Tiene una sensibilidad AN: 100%; BN:100%; especificidad para AN y para BN:85 y 80% respectivamente; tasa de falsos positivos 7,3% para AN y 8% para BN). Dispone de la versión española adaptada y validada en su medio por García Campayo J. en 2004, para la detección temprana de TCA en AP.

A parte se estudió si este cuestionario era más fiable autoadministrado (escrito) o administrado por el médico (oral), en los resultados se observaron mínimas diferencias en el poder de detección del SCOFF, aun así, los autores prefieren que sea autoadministrado ya que las respuestas pueden ser más honestas al reducirse la confrontación del paciente con el entrevistador.

Versión española de la encuesta SCOFF⁴

Nombre:

Sexo:

Edad:

1. ¿Tiene la sensación de estar enfermo/a porque siente el estómago tan lleno que le resulta incómodo? SÍ NO
2. ¿Está preocupado porque siente que tiene que controlar cuánto come? SÍ NO
3. ¿Ha perdido recientemente más de 6kg en un período de tres meses? SÍ NO
4. ¿Cree que está gordo/a aunque otros digan que está demasiado/a delgado/a? SÍ NO
5. ¿Diría que la comida domina su vida? SÍ NO

EAT – Cuestionario de actitudes ante la alimentación

EAT fue diseñado para la evaluación de las actitudes alimentarias anómalas relacionadas con el miedo a ganar peso, el impulso de adelgazar y la presencia de patrones alimentarios restrictivos. Es una herramienta autoadministrada de 40 ítems, de ahí su nombre EAT – 40, cada ítem se valora en una escala de 6 puntos, que van desde nunca a siempre. El rango de puntuación va de 0 a 120.

El EAT – 40 ha sido el que ha gozado de mayor aceptación para la detección de TCA en la población general, y es un instrumento que parece válido para identificar casos actuales

o incipientes de AN y BN, dada su fácil aplicación, alta fiabilidad, sensibilidad y validez transcultural⁴³.

En España, la versión adaptada y validada en su medio del EAT – 40 fue realizada por Castro J, *et al.* 1991. En Navarra se llevó a cabo un estudio de validación de la adaptación después de un seguimiento de 18 meses a una muestra representativa de estudiantes adolescentes que no acudían a consulta, sino que procedían de la población general, una vez excluidos los casos prevalentes de TCA, donde se obtuvo la mejor predicción diagnóstica con una sensibilidad del 73% y especificidad del 85%. Para concluir el EAT – 40 es un cuestionario adecuado para la detección temprana de TCA en la población general. Y que a pesar de utilizar instrumentos de cribado siempre es necesario realizar entrevistas individuales para confirmar los diagnósticos de TCA.

Además, existe una versión abreviada del EAT – 40 que es el EAT – 26 se desarrolló la versión de 26 ítems de Garner DM, *et al.*, 1982 que es altamente predictivo de la versión completa, este cuestionario autoadministrado consta de los 26 primeros ítems del EAT – 40 que configuran tres subescalas: dieta, bulimia y preocupación por comer o control oral. Y también cuenta con una versión española validada por Gandarillas A, *et al.*, 2003.

El ChEAT fue desarrollado por Maloney MJ, *et al.*, 1998 a raíz de detectar problemas de comprensión en los niños con edad entre 8 y 13 años fueron comparables a los publicados para adultos (EAT – 26) lo que hace del ChEAT un cuestionario autoaplicable a partir de los 8 años⁴³. Una puntuación total en la escala superior a 20 puntos indicaría la posible presencia de TCA. La adaptación al español y validación fue desarrollada por Gracia M, *et al.*, 2008 en una muestra de niños y niñas entre 8 – 12 años.

BULIT – Test de bulimia

El BULIT fue diseñado con el objetivo de cubrir algunas necesidades detectadas en el ámbito de la evaluación de la BN, como son la distinción entre personas con BN frente a personas sin problemas de TCA; personas con BN frente a personas con otros TCA, y subgrupos de BN basados en criterios específicos⁴³.

El cuestionario tiene 32 ítems que se distribuyen en cinco dimensiones que son: atracones o descontrol de las comidas, malestar, vómitos, tipo de alimento y fluctuación en el peso. Cada ítem se puntúa con una escala de 1 a 5 puntos, y permite obtener una puntuación global que oscila entre 32 y 160 (mayor puntuación indica mayor intensidad de la

sintomatología bulímica). La versión adaptada y validada en España del BULIT fue realizada por AJ Vázquez, *et al.*, 2007 en un grupo de mujeres en su mayoría, atendidas en centros de salud mental con un rango de edades de 13 – 54 años.

En atención primaria debido a la baja frecuencia de consultas durante la infancia y adolescencia se recomienda aprovechar cualquier oportunidad para ofrecer una atención integral y detectar hábitos de riesgo y casos de TCA. Es importante tener en cuenta las consultas odontológicas ya que se puede detectar conductas de riesgo de padecer un TCA como las conductas de vómitos. Por lo que es fundamental una adecuada formación de los médicos de atención primaria para que sean capaces de diagnosticar lo más precozmente posible y en consecuencia, tratar o derivar los casos de TCA que lo requieran.

Al entrevistar a un paciente con sospecha de TCA, especialmente si la sospecha es AN, es importante tener en cuenta la falta de conciencia de enfermedad, la tendencia a la negación del trastorno y la escasa motivación de cambio, siendo esto más acusado cuanto más corta es la evolución del trastorno⁴³.

El protocolo diagnóstico en España inicia desde la atención primaria ya que es donde se recibirá en primer lugar al paciente y se captará los primeros síntomas, donde se incluye de primera entrada la realización de una historia clínica completa tanto individual como familiar. Como con frecuencia son personas adolescentes las entrevistas deben de tener unas características concretas ya que el principal obstáculo para el diagnóstico es la sinceridad del paciente para revelar sus motivos, síntomas y conductas, por ende las guías de España recomiendan que por parte del médico tratante tenga una actitud de empatía, apoyo y compromiso para que el paciente durante la entrevista pueda conseguir explicar sus miedos sobre el aumento de peso o sobre sus conductas alimentarias. Las guías recalcan que si el adolescente viene acompañado por algún familiar se le debe pedir que se ausente para así generar un ambiente de privacidad, por lo que es importante enfatizar la confidencialidad del acto médico dejando claro a la persona afectada que se hablará con los padres o familiares sobre lo que desee, esto no se cumpliría con la excepción si hay algún peligro de la integridad física o psicológica del paciente.

Si se determina que el paciente tiene un diagnóstico de TCA se debe informar sobre su enfermedad por lo que se debe adecuar el mensaje según la edad, el nivel educativo y las creencias que el paciente tenga. Y la información de la patología debe ser de manera clara,

describir las características más importantes del trastorno mental que se le haya diagnosticado. Será útil también explicar las dimensiones físicas y alteraciones que provoca, así como su evolución y pronóstico. En cuanto a los familiares las guías aconsejan que se debe establecer una comunicación con el objetivo de explicar qué son los TCA, y dejar claro que es fundamental su implicación activa en el tratamiento y proceso de recuperación de la persona afectada para ayudar a afrontar la situación, y así ayudarles a que tengan cambios positivos en la rutina familiar.

En cuanto a la exploración física es menos útil a la hora de establecer el diagnóstico, pero sin embargo realizar una exploración física completa es crucial para dirigir el estado nutricional del paciente y así poder facilitar la detección de posibles complicaciones físicas secundarias a la restricción alimentarias o las conductas purgativas que de esta manera se determinará la intervención o no a otros especialistas.

Se realizará una exploración general por aparatos y sistemas con una atención especial a los signos de malnutrición y a la detección del crecimiento o del desarrollo sexual⁴³:

- Exploración de piel y mucosas y exploración dentaria. Estado de hidratación de la piel y mucosas (pliegue cutáneo), presencia de pigmentación caroténica, presencia de hipertrichosis, alopecia, uñas frágiles, lesiones dérmicas sospechosas de autoagresión (cortes, arañazos, quemaduras), presencia de petequias, púrpuras, hipertrofia parotídea y/o de glándulas submaxilares, duricias o heridas en el dorso de la mano o los dedos a causa de provocarse el vómito (signo de Russell), lesiones orodentales o faríngeas crónicas, erosiones dentales, desmineralizaciones del esmalte y caries.
- Exploración cardiocirculatoria. El electrocardiograma se debe realizar a las personas con AN y signos de desnutrición y también a las personas con BN con riesgo de diselectrolitemia. Se puede encontrar bradicardia. La hipopotasemia puede causar onda U, aplanamiento/inversión de la onda T, extrasístoles y arritmias ventriculares, y la hipomagnesemia también puede ocasionar arritmias.
- Exploración respiratoria. Posibles infecciones oportunistas. En personas vomitadoras, posible neumotórax o, incluso, neumonía por aspiración.

- Exploración neurológica. Detección de posibles polineuropatías secundarias por déficits vitamínicos, detección de síntomas neurológicos secundarios a hipopotasemia y detección de intoxicación acuosa.

Las guías españolas para el abordaje de los TCA recomiendan que la confirmación diagnóstica y las implicaciones terapéuticas deberán estar a cargo de médicos psiquiatras y psicólogos clínicos, para así obtener un mejor manejo del estado clínico del paciente. Por lo que los profesionales de la salud que no tengan experiencia especializada de los TCA o que presenten situaciones de duda, deben buscar el debido asesoramiento de un especialista cuando se plantee la hospitalización urgente de una persona con TCA.

Respecto a los criterios de actuación de los diferentes niveles de atención en los TCA, se va a determinar según el diagnóstico y gravedad. La mayoría de los pacientes con bulimia nerviosa se podrán tratar a nivel ambulatorio y si se esta ante el riesgo de suicidio se deberá realizar la hospitalización completa. Si se debe actuar en atención primaria con pacientes con anorexia nerviosa crónica se deberá ofrecer supervisión y control de las complicaciones físicas.

Se aconseja que si se detecta un TCA en atención primaria se debe iniciar la reposición nutricional mediante una adecuada renutrición y llevar a cabo una educación nutricional, por lo que las guías facilitan la siguiente información:

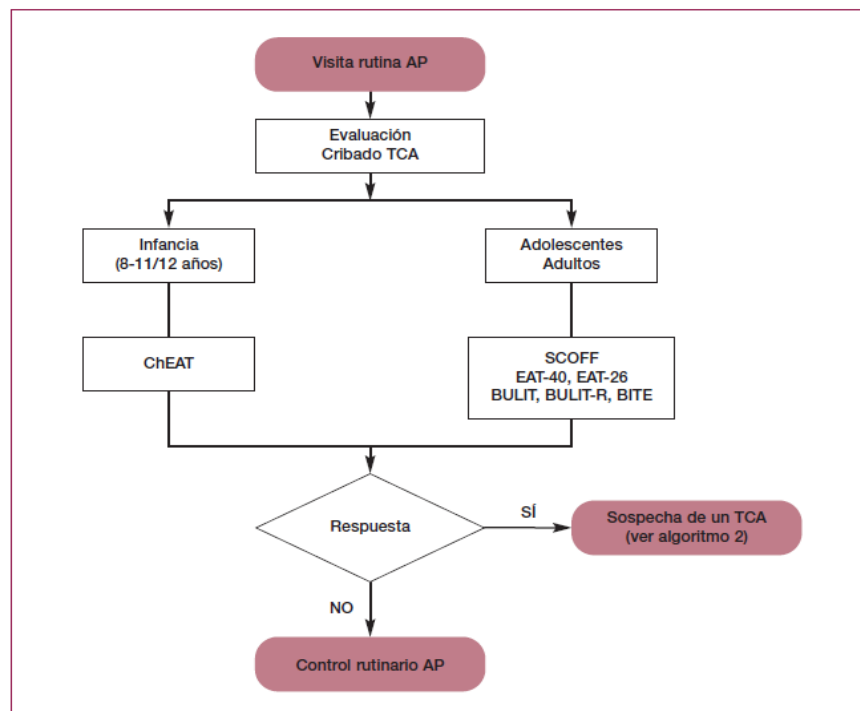
- Realizar la supervisión de los casos atendidos en el CAP, en los pacientes con AN se les pedirá un registro diario de la ingesta, hiperactividad y abuso de laxantes. Pacientes con BN registrar la presencia de atracones y vómitos autoinducidos, consumo de tóxicos
- Informar de manera clara y veraz a las personas afectadas y familiares sobre los TCA
- Intervenir con las familias afectadas
- Efectuar control de las complicaciones físicas⁴³

La Guía de práctica Clínica de los Trastornos de la Conducta alimentaria facilitan algoritmos para estrategias de detección, diagnóstico y tratamiento de los TCA.

Algoritmo 1. Detección de potenciales casos de TCA, da como puntos importantes a tener en cuenta:

1. Las visitas de niños/adolescentes sanos y las previas a la participación en deportes, por ejemplo, serían una buena oportunidad para realizar de forma integrada la prevención (primaria) y cribado de diferentes trastornos, entre ellos los TCA.
2. Los instrumentos de cribado son herramientas útiles para una primera evaluación rápida, dirigida a descartar la existencia de síntomas sospechosos en la primera fase del proceso de cribado en dos etapas, en el cual los que puntúan alto son de nuevo evaluados para determinar si cumplen con los criterios diagnósticos formales.
3. Los instrumentos de cribado son ineficientes para establecer el diagnóstico de TCA.
4. Para la identificación de potenciales casos de TCA, se han ideado numerosas formas de cuestionarios de cribado autoaplicados que permiten la valoración sistemática de comportamiento alimentario.
5. Se recomienda el uso de cuestionarios adaptados y validados en población española para la identificación de casos (cribado) de TCA⁴³.

Figura 2. Algoritmo 1. Detección de potenciales casos de TCA



Fuente: imagen tomada a partir de la referencia⁴³.

Algoritmo 2. Actuación ante la sospecha de un TCA, da como puntos importantes a tener en cuenta:

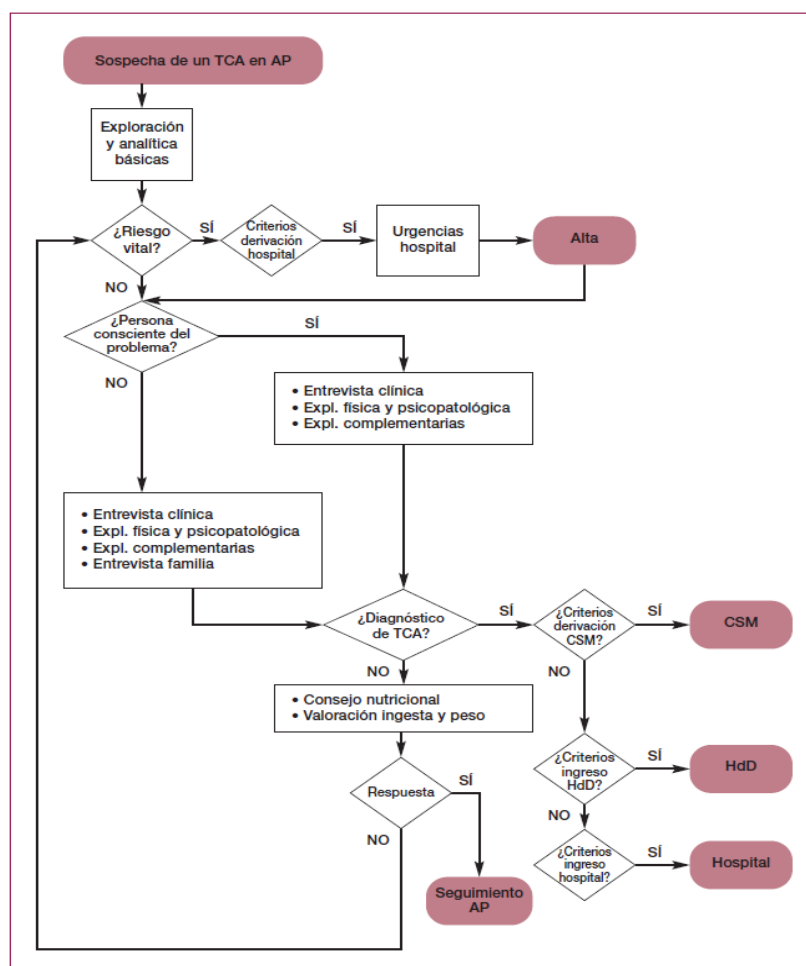
1. Ante una persona que consulta (atención primaria) por sospecha de un TCA, después de realizar la exploración y analítica básica, se debe valorar si está en situación biológica o mental límite.
2. Si la persona que demanda atención es consciente del problema, se debe seguir el procedimiento diagnóstico habitual que consiste en realizar una anamnesis, exploración física y psicopatológica y exploraciones complementarias.
3. Aunque siempre se debe establecer una comunicación con la familia, estudiar el entorno familiar de la persona afectada y generar un clima de confianza y confidencialidad.
4. Se recomienda seguir los criterios diagnósticos de la OMS (CIE-10) y de la APA (DSM-IV o DSM-IV-TR).
5. Se proporciona CN con el objetivo de modificar lo que come la persona, así como aquellos hábitos y actitudes alimentarios no saludables que sigue. Entre los consejos se les indica lo que es una dieta saludable, que se deben mantener horarios fijos, tres comidas al día, raciones normales para la edad, sentado, en familia, con tranquilidad y sin distracciones, sin cocinar ni permanecer en la cocina y haciendo reposo después de comer, entre otros.

Los criterios de derivación de la AP a la hospitalización urgente (servicio de urgencias de hospital general) para recibir tratamiento médico urgente son los siguientes:

- Pérdida de peso >50% en los últimos 6 meses (30% en los últimos 3 meses)
- Alteraciones de la conciencia
- Convulsiones
- Deshidratación
- Alteraciones hepáticas o renales severas
- Pancreatitis
- Disminución de potasio <3 mEq/l o sodio (<130 o >145)
- Arritmia grave o trastorno de la conducción, bradicardia de <40 bpm, síncope o hipotensión con TAS <70 mmHg⁴³

Si la persona afectada cumple con el criterio de derivación de la atención primaria a valoración psiquiátrica urgente, debe presentar la negativa a no comer en absoluto, que presente síntomas depresivos o conductas autolesivas importantes. Y se derivará a los pacientes a una hospitalización completa si este es incapaz de seguir pautas del programa ya sea por otros problemas psicológicos, que tenga una limitación a la hora de realizar actividad física o que tenga una alimentación inadecuada, e importante tener en cuenta a la hora de determinar la hospitalización es el hecho que ante varias intervenciones a nivel de atención primaria la evolución del peso del paciente no sigue el ritmo pautado en el programa ambulatorio.

Figura 3. Algoritmo 2. Actuación ante la sospecha de un TCA

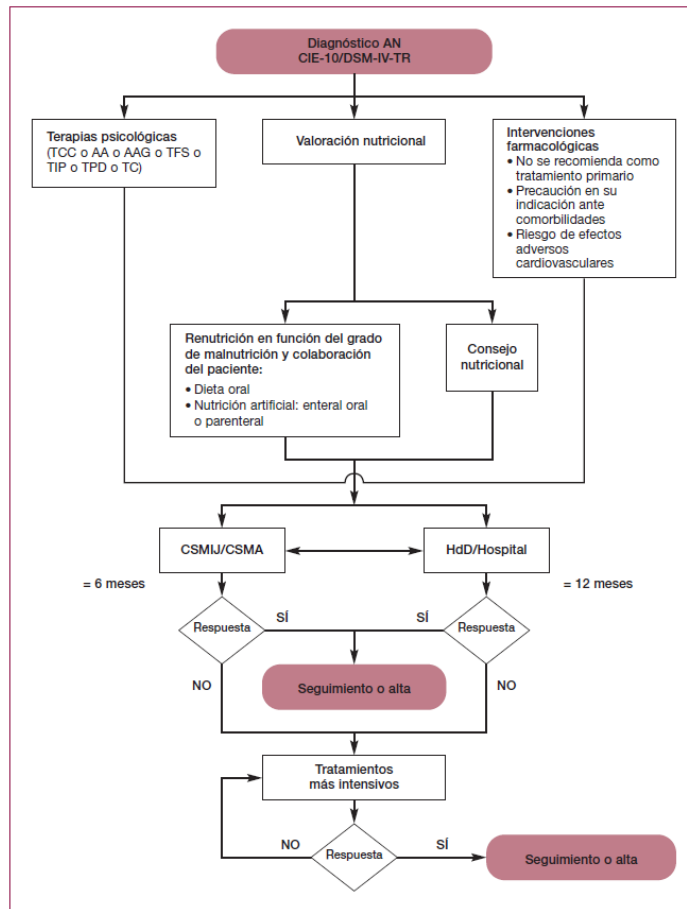


Fuente: imagen tomada a partir de la referencia⁴³

Algoritmo 3. Tratamiento en la Anorexia Nerviosa, da como puntos importantes a tener en cuenta:

1. Se recomienda seguir los criterios diagnósticos DSM – V para establecer el diagnóstico.
2. Consejo nutricional el principal objetivo es la modificación de lo que el paciente come y ayudar a modificar aquellos hábitos y actitudes alimentarias erróneas. Para poder lograr recuperar el peso se va a requerir de una dieta normocalórica y saludable. Y como la investigación se enfoca en adolescentes es importante recalcar la importancia de incluirles información, educación y planificaciones de la dietas a los cuidadores o familiares de estos.
3. Renutrición, en este caso la alimentación forzada solo deberá ser en último recurso en las personas con AN, y en este caso debe ser realizada por psiquiatras.
4. Las intervenciones farmacológicas en esta patología no están recomendadas como único tratamiento primario, siempre tener en cuenta que no presenten por ejemplo un trastorno de la personalidad.
5. Las terapias psicológicas, son las consideradas como el principal objetivo de tratamiento porque ayuda a reducir los riesgos y con las ayudar terapéuticas psicológicas se ha visto que ha habido un aumento del peso a base de una alimentación saludable y otro punto a favor es que ayuda a reducir otros síntomas relacionados con el TCA. El tratamiento de estas terapias deben ser al menos de 6 meses cuando estas se realizan de manera ambulatoria y de 12 meses en pacientes que han estado en hospitalización completa. Tener en cuenta que si se les da de alta a estos pacientes con AN deberán recibir atención ambulatoria con el fin de mantener una supervisión de la recuperación y mejora de los síntomas psicológicos.

Figura 4. Algoritmo 3. Tratamiento en la Anorexia Nerviosa



Fuente: imagen tomada a partir de la referencia⁴³

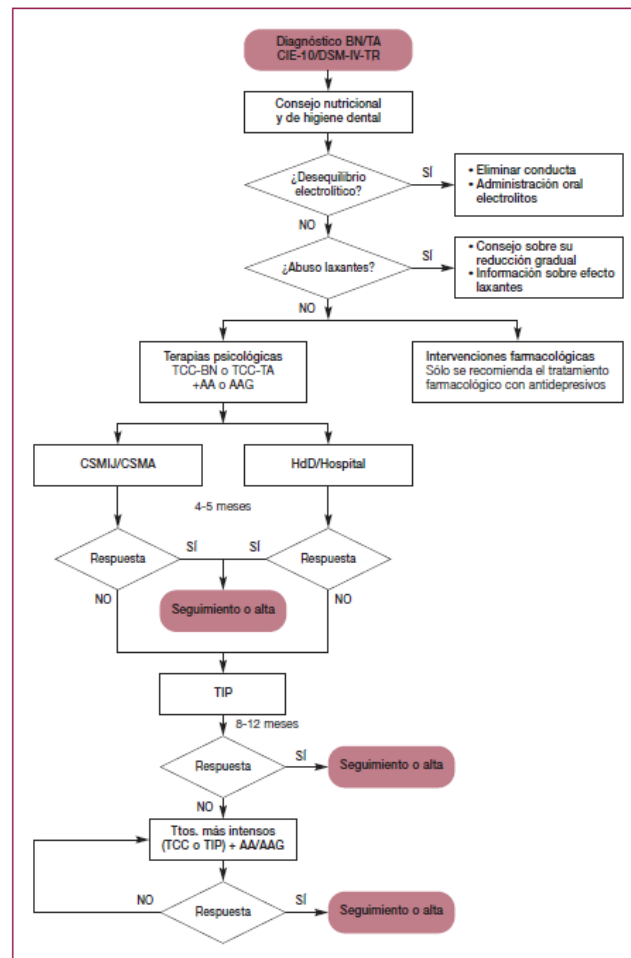
Algoritmo 4. Tratamiento en la Bulimia Nerviosa y TA, da como puntos importantes a tener en cuenta:

1. Al igual que la AN se recomienda seguir los criterios diagnósticos de la DSM – V para establecer un diagnóstico.
2. Consejo nutricional y de higiene dental, a parte de aconsejarlos respecto a sus hábitos y actitudes erróneas respecto a la alimentación a estos pacientes se les debe de dar orientación sobre cómo reducir y suspender el consumo excesivo de alimentos, ya que se debe realizar de forma gradual. También importante informales respecto al uso de laxantes no reduce la absorción de nutrientes.
3. Terapias psicológicas, en este caso la ideal es la terapia cognitivo conductual – BN que es una forma adaptada de TCC y lo recomendable es que sean entre 16 y

20 sesiones de 4 – 5 meses de tratamiento. Si la persona afectada no acepta la TCC, se le recomendará un tratamiento psicológico. Y ante la ausencia de evidencia que guíe la atención a las personas con trastorno por atracón se les recomienda a los médicos el tratamiento del TCA que más se asemeje al TCA que presente el paciente, ya sea AN o BN.

- Intervenciones farmacológicas el único tratamiento recomendado en estos casos son los antidepresivos, ya que estos ayudan a reducir la frecuencia de atracones o purgas. Y saber que la dosis de Fluoxetina en pacientes con BN son mayores (60mg/día) ya que este medicamento es el de elección por su aceptabilidad, tolerancia y reducción de síntomas.

Figura 5. Algoritmo 4. Tratamiento en la Bulimia Nerviosa y TA



Fuente: imagen tomada a partir de la referencia⁴³

Por lo que la adaptación de modelos de protocolos como los utilizados en España podría representar un avance importante para Costa Rica, el hecho de crear una guía clínica adaptada es un gran logro y la ayuda con la colaboración entre profesionales de la salud y la mejora en la recopilación de datos con recomendaciones que podrían ayudar a la transformación en la atención de los TCA en el país y así poder responder mejor a las necesidades de los adolescentes afectados. Ya que los adolescentes cada vez se ven más expuestos ya que no cuentan con los mismos recursos de apoyo médico, psicológico y educativos de España.

CAPÍTULO V – CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 Conclusiones

Los trastornos de la conducta alimentaria están influenciados por múltiples factores sociales, biológicos y psicológicos que ayudan a incidir a la aparición de esta enfermedad y quienes se ven más afectados son los adolescentes ya que son la población principalmente vulnerables por las transformaciones corporales y psíquicas propias de esta etapa del desarrollo, el temor profundo a la ganancia de peso y distorsión de la imagen corporal. Cabe recalcar que son más frecuente en mujeres adolescentes y están asociados frecuentemente a trastornos afectivos, conductas suicidas, autolesivas, entre otros. Se puede observar en la etiología de los TCA se muestra en el caso de la anorexia nerviosa a nivel genético una alta heredabilidad, lo interesante a nivel neurobiológico la participación de todos los diferentes neurotransmisores involucrados y las hormonas en la regulación del apetito, los cambios observados en estudios de neuroimagen a nivel del lóbulo temporal e hipocampo.

La influencia de la obesidad a pesar de no ser un trastorno mental tiene una relación estrecha con los TCA principalmente con la Bulimia Nerviosa y los Trastornos por Atracón, al igual que la poca actividad física que tienen los adolescentes, esta muy asociado a desarrollar un TCA, ya que el efecto de las redes sociales y los medios de comunicación de insistir con un ideal de belleza, delgadez tiende a que los jóvenes comiencen a comparar su cuerpo con otros y la insatisfacción con la imagen corporal se asocia con baja autoestima. La falta de programas sólidos de educación nutricional y promoción de salud mental en las escuelas aumenta aun más el problema.

El análisis comparativo que se ha realizado en esta investigación entre los protocolos de abordaje de los trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes en España y las prácticas implementadas en Costa Rica que vendrían siendo las diferentes encuestas realizadas por La Encuesta Nacional de Nutrición y la Encuesta Colegial de Vigilancia Nutricional y Actividad Física se ha podido intuir el aumento de casos a nivel nacional. Esta comparativa de abordaje en ambos países ha permitido evidenciar importantes diferencias y puntos clave para poder llevar a cabo como método de mejora en Costa Rica.

Si bien ambos países reconocen la importancia de la prevención y detección temprana de los trastornos de la conducta alimentaria, España ha avanzado en programas educativos y preventivos más sólidos que educan a la población y sensibilizan sobre los factores de riesgo y las señales de advertencia, y todo está respaldado por instituciones de salud, mientras que

en Costa Rica se enfoca principalmente en campañas educativas sin un fuerte respaldo clínico.

En España los TCA siempre han tomado mucha relevancia por lo que su atención es exhaustiva y esta coordinada por diferentes instituciones han desarrollado protocolos basados en evidencia que priorizan la prevención, la detección precoz y el tratamiento integral. Esto ha permitido un manejo eficaz de los TCA por lo que se han obtenido buenos resultados en la reducción de las complicaciones.

En Costa Rica carece de protocolos y guías clínicas estandarizadas para el manejo de los TCA a nivel del sistema de salud pública, aunque hay instituciones que se han esforzado como el Ministerio de Educación Pública, la Campaña Cuidémonos Nutritiva – Mente que está ligada al ministerio realizaron el Manual para el abordaje de trastornos de la conducta alimentaria en niñas, niños y adolescentes, que esta más orientado a entorno educativo, lo que restringe la capacidad de ofrecer una atención integral a los pacientes adolescentes.

La carencia de un protocolo de atención primaria y la falta de registro nacional exhaustivo que no solo incluya el sector público que su último registro fue en 2021 se puede notar que no hacen seguimiento año con año, y al no incluir los registros del sector privado limitan la capacidad de respuesta ante el incremento de estos trastornos y no se puede evaluar adecuadamente la magnitud del problema. A demás que no se pueden diseñar intervenciones basadas en datos, el vacío en el diagnóstico y el tratamiento compromete la calidad de atención, dejando sin acceso a muchos adolescentes a un tratamiento adecuado.

En cuanto al tratamiento en Costa Rica se necesita que ante los TCA haya una intervención por parte de un equipo multidisciplinario: médicos, psicólogos, nutricionistas, etc. La primera elección de tratamiento luego de una estabilización médica y nutricional es la psicoterapia individual, grupal y familiar, para el establecimiento de una nutrición saludable y reducción de conductas no saludables para regulación del peso y a la vez intervenir en las distorsiones cognitivas relacionadas con el peso y la imagen corporal, junto con el fortalecimiento del autoestima y habilidades sociales.

En conclusión, los Trastornos de la Conducta Alimentaria son un grupo de trastornos mentales siendo muy frecuentes en la población adolescentes y que con el paso del tiempo va cobrando más interés por su aumento de en la prevalencia y la alta morbimortalidad, por

lo que deben ser intervenidos oportunamente y desde edades tempranas para su prevención, detección y tratamiento temprana.

5.2 Recomendaciones

Considerando las características de la población costarricense se destaca la necesidad de desarrollar protocolos nacionales inspirados en los modelos españoles, que se adapten a la realidad del país y se tomen en cuenta las limitaciones de recursos, la importancia de equipos multidisciplinarios que trabajen de manera coordinada para abordar los aspectos médicos de los TCA, ya que es fundamental para mejorar la atención y reducir la incidencia de estos trastornos. Por lo que se desarrolló un cuestionario (Anexo 1.) que busca identificar comportamientos y actitudes que podrían ser indicativos de TCA en los adolescentes, dicho cuestionario está adaptado a padres y médicos generales costarricenses como ayuda para poder detectar a tiempo un TCA.

A parte como recomendación se detallan 6 puntos para implementar un protocolo que permita la prevención y detección temprana, y poder dar seguimiento de los TCA en adolescentes de Costa Rica alineado con las características y capacidades del sistema de salud costarricense, que es en lo que se enfoca esta investigación.

1. Prevención:

- Campanas educativas: Implementar campañas de sensibilización en escuelas y comunidades sobre los riesgos de los TCA, la importancia de una alimentación equilibrada y la aceptación de la diversidad corporal. En este caso se puede ser uso del “Manual para el abordaje de trastornos de la conducta alimentaria en niñas, niños y adolescentes” realizado por el MEP, ya que cuenta con pautas generales para mantener una buena alimentación.
- Programas Educativos: Incluir módulos sobre salud mental y nutrición en el currículo educativo, impartidos por profesionales capacitados en temas de autoestima y manejo del estrés. Capacitar al personal docente y padres en la identificación de comportamiento de riesgo y como se

debe intervenir. Se puede ser uso del cuestionario “mitos y realidades” de la Campaña Cuidémonos Nutritiva – Mente.

2. Detección Temprana:

- Realización de evaluaciones periódicas en Centros de Salud: Incorporar evaluaciones de salud mental y comportamientos alimentarios como los cuestionarios autoaplicados en consultas de medicina general y pediatría, ya que tienen un papel muy importante ante la detección, así como también en la educación.
- Cuestionarios Autoaplicados: Para una detección rápida de comportamientos alimentarios y actitudes hacia la comida.
 - Cuestionario SCOFF: Consta de 5 preguntas sencillas que abordan atracones, vómitos autoinducidos, pérdida de peso. 2 o más puntos indicarían un riesgo elevados de TCA y la necesidad de seguimiento.
 - EAT – 26: Que es una adaptación más corta y precisa del EAT – 40, incluye preguntas sobre dietas restrictivas, atracones y purgas, el punto de corte es de 22 puntos que indicarían la necesidad de una evaluación clínica detallada.
- Capacitación del Personal de Salud: Desarrollar talleres y cursos para médicos enfermeras y psicólogos para administrar y analizar los resultados de los cuestionarios y también sobre los signos y síntomas de los TCA y cómo abordar a los pacientes de manera empática y efectiva.
- Colaboración con Escuelas: Establecer un vínculo entre el sistema de salud y las instituciones educativas para compartir información y realizar tamizajes periódicos en adolescentes. Ya que estos cuestionarios también deben de aplicarse en escuelas como metodo preventivo.

3. Diagnóstico:

- Criterios diagnóstico: Utilizar criterios internacionales DSM – V adaptados para su aplicación en el contexto costarricense.
- Equipo multidisciplinario: Formar un equipo compuesto por médicos, psicólogos, nutricionistas y trabajadores sociales para realizar evaluaciones integrales y emitir diagnósticos precisos.

4. Tratamiento:

- Plan de Tratamiento Individualizado: Desarrollar un plan que incluya terapia psicológica en este caso terapia cognitivo conductual, asesoramiento nutricional y, si es necesario, intervención farmacológica. Incluir la terapia Familiar para involucrar a la familia en el proceso terapéutico para fortalecer el apoyo y mejorar la adherencia al tratamiento.
- Rehabilitación Nutricional: Diseñar planes nutricionales para la recuperación física y estabilidad emocional.
- Acceso a Servicios Especializados: Facilitar la derivación a centros de atención psiquiátrica y nutricional cuando sea necesario.

5. Seguimiento y Monitoreo

- Controles Periódicos: Establecer citas de seguimiento para evaluar la evolución del paciente y ajustar el tratamiento según sea necesario, y en estas evaluaciones hacer una recopilación de datos para un análisis estadístico.

6. Investigación:

- Fomento de la Investigación: Incentivar estudios y publicaciones científicas locales sobre los TCA para mejorar las prácticas clínicas.
- Evaluación del Protocolo: Realizar revisiones periódicas del protocolo para adaptarlo y mejorarlo con base en los resultados obtenidos y la evolución de las necesidades de la población.

CAPÍTULO VI – REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Vargas MJ. Trastornos de la conducta alimentaria. Revista Médica de Costa Rica y Centroamérica. [Internet] 2013 [citado el 20 de junio 2024]; (607):475 – 482. Disponible en: [RM 607 FINAL.indd \(binasss.sa.cr\)](#)
2. Hall A, Alfaro M. Manual para el abordaje trastornos de la conducta alimentaria en niñas, niños y adolescentes. Ministerio de educación pública [Internet] 2023 [citado el 16 de octubre 2024]. Disponible en: [manualabordajetrastornoconductaalimentaria.pdf \(mep.go.cr\)](#)
3. Ministerio de Educación Pública. Campaña Cuidémonos Nutritiva – Mente promueve la prevención, detección y apoyo a los Trastornos de Conducta Alimentaria (TCA) desde el seno de la familia. [Internet] 2022 [citado el 18 de octubre 2024]. Disponible en: [Campaña Cuidémonos Nutritiva-Mente promueve la prevención, detección y apoyo a los Trastornos de Conducta Alimentaria \(TCA\) desde el seno de la familia | Ministerio de Educación Pública](#)
4. Ruiz PM. Guía de actuación ante los trastornos de la conducta alimentaria en la adolescencia en Atención Primaria. Adolescere. [Internet] 2020 [citado el 20 de junio 2024]; VIII(1):64.e1 – 64.e7. Disponible en: [7 Protocolo - Guía de actuación trastornos conducta alimentaria adolescencia.pdf \(adolescenciasema.org\)](#)
5. Loria V, Campos R, Valero M, Mories MT, Castro MJ, Matía MP, et al. Protocolo de educación nutricional en el tratamiento de los trastornos de la conducta alimentaria en el ámbito clínico y asistencial. Nutr Hops. [Internet] 2021 [citado el 20 de junio 2024];38(4):857 – 870. Disponible en: [Nutrición Hospitalaria - Arán Ediciones, S.L. \(nutricionhospitalaria.org\)](#)
6. Ayuzo NC, Covarrubias JD. Trastornos de la conducta alimentaria. Rev Mex Pediatr. [Internet] 2019 [citado el 20 de junio 2024]; 86(2):80 – 86. Disponible en: [Trastornos de la conducta alimentaria \(scielo.org.mx\)](#)
7. López C, Treasure J. Trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes: Descripción y Manejo. Rev Med Clin Condes. [Internet] 2011 [citado el 20 de junio 2024];22(1):85 – 97. Disponible en: [Trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes: descripción y manejo \(elsevier.es\)](#)

8. Franco K, Días F, López A, Escoto M, Camacho E. Variables predictoras de riesgo de trastorno del comportamiento alimentario en mujeres. *Ter Psicol.* [Internet] 2013 [citado el 20 de junio 2024];31(2):219 – 225. Disponible en: [Variables predictoras de riesgo de trastorno del comportamiento alimentario en mujeres \(scielo.cl\)](#)
9. Valbuena MC. Instrumento de detección temprana de riesgo psicosocial, asociado a TCA. *INVESTICGA.* [Internet] 2017 [citado el 20 junio 2024];1(1). Disponible en: [\(PDF\) Instrumento de detección temprana de riesgo psicosocial, asociado a TCA \(researchgate.net\)](#)
10. Morales A, Ramírez W, Ureña ME, Sevilla A, Umaña P, Chaves R. Anorexia y bulimia: caracterización y sistematización de la experiencia de intervención de una Clínica de Adolescentes. *Acta Pediatr. Costarric.* [Internet] 2002 [citado el 20 de junio 2024];16(3). Disponible en: [Anorexia y bulimia: caracterización y sistematización de la experiencia de intervención de una Clínica de Adolescentes \(scielo.sa.cr\)](#)
11. San Sebastian J. Aspectos históricos en la medicina sobre los trastornos alimentarios. *InJuve* [Internet] 1999 [citado el 6 de junio del 2024];47. Disponible en: [Revista47-2.pdf \(injuve.es\)](#)
12. Cano B. Los trastornos de la conducta alimentaria desde la historia hasta nuestros días. *Revista Peruana de Pediatría* [Internet] 2004 [citado el 6 de junio del 2024]; 56-64. Disponible en: [a11.pdf \(unmsm.edu.pe\)](#)
13. Rava MF, Silber TJ. Bulimia nerviosa. Historia. Definición, epidemiología, cuadro clínico y complicaciones. *Arch.argent.pediatr.* [Internet] 2004 [citado el 6 de junio del 2024]; 102(5). Disponible en: [A5.353-363.Rava \(scielo.org.ar\)](#)
14. Baile JI, González MJ. Trastornos de la conducta alimentaria antes del siglo XX. *Psicología Iberoamericana* [Internet] 2010 [citado el 6 de junio del 2024]; 18(2):19-26. Disponible en: [Redalyc.Trastornos de la Conducta Alimentaria antes del Siglo XX](#)
15. Weiss M. Eating Disorders and Disordered Eating in Different Cultures. *Psychiatric Clinics of North America* [Internet] 1994 [citado el 6 de junio del 2024]; 18(3):537-553. Disponible en: [18-Eating disorders and disordered eating in different cultures.pdf \(harvard.edu\)](#)
16. Miller M, Pumariega A. Culture and Eating Disorders: A Historical and Cross-Cultural Review. *Psychiatry* [Internet] 2001 [citado el 6 de junio del 2024]; 64(2):93-110.

Disponible en: [Culture and eating disorders: a historical and cross-cultural review - PubMed \(nih.gov\)](#)

17. Hilbert A, Hoek H, Schmidt R. Evidence – based clinical guidelines for eating disorders international comparison. Current Opinion in Psychiatry [Internet] 2017 [citado el 20 de junio del 2024]; 30(6): 423 – 437. Disponible en: [Current Opinion in Psychiatry \(lww.com\)](#)

18. Arijá V, Santi MJ, Novalbos JP, Canals J, Rodríguez A. Caracterización, epidemiología y tendencias de los trastornos de la conducta alimentaria. Nutr Hosp [Internet] 2022 [citado el 20 de junio del 2024]; 39(2): 8 – 15. Disponible en: [*Nutricion Hospitalaria V39E2.indd \(isciii.es\)](#)

19. Lazo Y, Quenaya A, Mayta P. Influencia de los medios de comunicación y el riesgo de padecer trastornos de la conducta alimentaria en escolares mujeres en Lima, Perú. Arch Argent Pediatr. [Internet] 2015 [citado el 20 de junio 2024]; 113(6): 519 – 525. Disponible en: [v113n6a08.pdf \(sap.org.ar\)](#)

20. Emiro J, Castañeda T. Riesgo de trastorno de la conducta alimentaria y uso de redes sociales en usuarias de gimnasios de la ciudad de Medellín, Colombia. Rev Colomb Psiquiat. [Internet] 2020 [citado el 20 de junio del 2024]; 49(3): 162 – 169. Disponible en: [RCP EDB 49\(3\).indd \(scielo.org.co\)](#)

21. Álvarez ML, Bautista I, Serra L. Prevalencia de los trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes de Gran Canaria. Nutr Hosp. [Internet] 2015 [citado el 20 de junio 2024]; 31(5): 2283 – 2288. Disponible en: [Redalyc.Prevalencia de los trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes de Gran Canaria](#)

22. Pike K, Dunne P. The rise of eating disorders in Asia: a review. Journal of Eating Disorders. [Internet] 2015 [citado el 20 de junio 2024]; 3:33. Disponible en: [The rise of eating disorders in Asia: a review | Journal of Eating Disorders \(springer.com\)](#)

23. Izydorezyk B, Sitnik K. Sociocultural Appearance Standards and Risk Factors for Eating Disorders in Adolescents and Women of Various Ages. Front Psychol. [Internet] 2018 [citado el 20 de junio 2024]; 9:429. Disponible en: [Frontiers | Sociocultural Appearance Standards and Risk Factors for Eating Disorders in Adolescents and Women of Various Ages \(frontiersin.org\)](#)

24. Schapiro A. Importancia del abordaje diagnóstico en pacientes con trastornos de conducta alimentaria. Revista Costarricense de Psicología [Internet] 2006 [citado el 6 de junio del 2024]; 25(38):47-54. Disponible en: [Redalyc.IMPORTANCIA DEL ABORDAJE DIAGNÓSTICO EN PACIENTES CON TRASTORNOS DE CONDUCTA ALIMENTARIA](#)
25. Morales MJ. Anorexia nerviosa en población pediátrica. Revista Medicina Legal de Costa Rica [Internet] 2019 [citado el 6 de junio del 2024]; 36(2). Disponible en: [Microsoft Word - Anorexianerviosacorregido.docx \(scielo.sa.cr\)](#)
26. Güemes M, Ceñal MJ, Hidalgo MI. Desarrollo durante la adolescencia. Aspectos físicos, psicológicos y sociales. Pediatr Integral. [Internet] 2017 [citado el 21 de junio 2024]; XXI(4): 233 – 244. Disponible en: [Desarrollo durante la Adolescencia.pdf \(adolescenciasema.org\)](#)
27. Gaete V. Desarrollo psicosocial del adolescente. Rev Chil Pediatr. [Internet] 2015 [citado el 21 de junio 2024]; 86(6):436 – 443. Disponible en: [art10.pdf \(conicyt.cl\)](#)
28. Asociación Americana de Psiquiatría. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. DSM-5 [Internet] 2013 [citado el 21 de junio 2024]. Disponible en: [dsm5-manualdiagnosticoyestadisticodelostrastornosmentales-161006005112.pdf \(federaciocatalanatdah.org\)](#)
29. American Psychiatric Association. APA [Internet] 2024 [citado el 21 de junio 2024]. Disponible en: [Psychiatry.org - What are Eating Disorders?](#)
30. Rivera GA. Anorexia nerviosa: un abordaje psicológico para su tratamiento. Rhombus. [Internet] 2023 [citado el 21 de junio 2024]; 3(1). Disponible en: [\(PDF\) Anorexia nerviosa: un abordaje psicológico para su tratamiento. ANOREXIA NERVOSA: A METHODOICAL APPROACH TO TREATMENT \(researchgate.net\)](#)
31. Zam W, Saijari R, Sijari Z. Overview on eating disorders. Progress in Nutrition. [Internet] 2018 [citado el 21 de junio 2024]; 20(2): 29 – 35. Disponible en: [Overview-on-eating-disorders.pdf \(researchgate.net\)](#)
32. Bermúdez LV, Chacón MA, Rojas DM. Actualización en trastornos de conducta alimentaria: anorexia y bulimia nerviosa. Revista Médica Sinergia. [Internet] 2021 [citado el 21 de junio 2024]; 6(8). Disponible en: [Actualización en trastornos de conducta alimentaria: anorexia y bulimia nerviosa - Dialnet \(unirioja.es\)](#)

33. Mehler P, Rylander. Bulimia Nervosa – Medical complications. *Journal of Eating Disorders*. [Internet] 2015 [citado 22 de junio 2024] 3:12. Disponible en: <https://link.springer.com/article/10.1186/s40337-015-0044-4>
34. Mohajan D, Kumar H. Bulimia Nervosa: A Psychiatric Problem of Disorder. *Paradigm Academic Press*. [Internet] 2023 [citado 22 de junio 2024]; 2(3). Disponible en: [View of Bulimia Nervosa: A Psychiatric Problem of Disorder \(paradigmpress.org\)](View of Bulimia Nervosa: A Psychiatric Problem of Disorder (paradigmpress.org))
35. Meule A, Richard A, Schnepper R, Reichenberger J, Georgii C, Naab S, et. al. Emotion regulation and emotional eating in anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Eating Disorders*. [Internet] 2021 [citado el 22 de junio 2024]; 29(2): 175 – 191. Disponible en: https://adrianmeule.wordpress.com/wp-content/uploads/2021/07/meule_2021_eatdisord.pdf
36. Cuadro E, Baile JI. Binge eating disorder: analysis and treatment. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*. [Internet] 2015 [citado el 22 junio 2024]; (6): 97 – 107. Disponible en: <Redalyc.El trastorno por atracón: análisis y tratamientos>
37. Giel KE, Bulik CM, Fernandez F, Hay P, Keski A, Schag K, et. al. Binge eating disorder. *Nat Rev Dis Primers*. [Internet] 2023 [citado el 22 de junio 2024]; 8(1): 16. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9793802/pdf/nihms-1854729.pdf>
38. Kessler RM, Hutson PH, Herman BK, Potenza MN. The neurobiological basis of binge – eating disorder. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*. [Internet] 2016 [citado el 22 de junio 2024]; 63. 223 – 238. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0149763415302542>
39. Harrington B, Jimerson M, Haxton C, Jimerson D. Initial Evaluation, Diagnosis, and Treatment of Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa. *Am Fam Physician*. [Internet] 2015 [citado el 24 de junio 2024]; 91(1): 46 – 52. Disponible en: [p46.pdf \(aafp.org\)](p46.pdf (aafp.org))
40. Gómez C, Palma S, Miján A, Rodríguez P, Matía P, Loria V, et. al. Consenso sobre la evaluación y el tratamiento nutricional de los trastornos de la conducta alimentaria: bulimia nerviosa, trastorno por atracón y otros. *Nutr Hosp*. [Internet] 2018 [citado el 24 de junio 2024]: 49 – 97. Disponible en: [1699-5198-nh-35-02-00489.pdf \(isciii.es\)](1699-5198-nh-35-02-00489.pdf (isciii.es))

41. Giel KE, Bulik CM, Fernandez F, Hay P, Keski A, Schag K, et. al. Binge eating disorder. *Nat Rev Dis Primers*. [Internet] 2023 [citado el 25 de junio 2024]; 8(1): 16. Disponible en: [nihms-1854729.pdf](#)
42. Crone C, Fochtmann LJ, Attia E, Boland R, Escobar J, Fornari V, et. al. The American Psychiatric Association Practice Guideline for the Treatment of Patients With Eating Disorders. *Am J Psychiatry*. [Internet] 2023 [citado el 25 de junio 2024] 180:2. Disponible en: [The American Psychiatric Association Practice Guideline for the Treatment of Patients With Eating Disorders \(psychiatryonline.org\)](#)
43. Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Trastornos de la Conducta Alimentaria. Guía de Práctica Clínica sobre Trastornos de la Conducta Alimentaria. Ministerio de Sanidad y Consumo. AATRM [Internet] 2009 [citado el 9 de noviembre 2024]. Disponible en: [GPC_440_TCA_Cataluya.pdf](#)
44. Gómez A, Gaité L, Gómez E, Carral L, Herrero S, Vázquez J. Guía de Prevención de los Trastornos de la Conducta Alimentaria y el Sobrepeso. Consejería de Sanidad y Servicios Sociales. [Internet] 2008 [citado el 5 de noviembre 2024]. Disponible en: [maq_final.indd](#)
45. Trastornos del comportamiento alimentario. Criterios de ordenación y de recursos y actividades. Ministerio de Sanidad y Consumo. [Internet] 2000 [citado el 5 de noviembre 2024]. Disponible en: [ingesa.sanidad.gob.es](#)
46. Ruiz L. Guía de actuación ante los trastornos de la conducta alimentaria en la adolescencia en Atención Primaria. *Adolescere* [Internet] 2020 [citado el 5 de noviembre 2024]; VIII(1):64.e1 – 64.e7. Disponible en: [Adolescere-2020-1-WEB.pdf](#)
47. Subdirección General de Salud Mental. Guía Práctica Clínica de los Trastornos de Conducta Alimentaria. Servicio Murciano de Salud [Internet] 2005 [citado el 5 de noviembre 2024]. Disponible en: [GPC_440_TCA_Cataluya.pdf](#)
48. Escuela de Estadística. Universidad de Costa Rica. Encuesta Actualidades 2017. [Internet] 2017 [citado el 4 de noviembre 2024]. Disponible en: [estadistica-ucr-encuesta-actualidades-2017-.pdf](#)
49. Ávila ML. Encuesta Nacional de Nutrición Costa Rica 2008 – 2009. [Internet] 2009 [citado el 4 de noviembre 2024]. Disponible en: [Sin título de diapositiva](#)

50. Trastornos del comportamiento alimentario. Criterios de ordenación de recursos y actividades. Ministerio de Sanidad y Consumo. Instituto Nacional de la Salud. [Internet] 2000 [citado el 25 de junio 2024]. Disponible en: ingesa.sanidad.gob.es
51. Arias FG. El Proyecto de Investigación. Introducción a la metodología científica. Editorial Episteme 6ta Edición. [Internet] 2012 [citado el 7 de julio 2024]. Disponible en: [El-proyecto-de-investigacion-F.G.-Arias-2012-pdf-1.pdf \(abacoenred.org\)](https://abacoenred.org/El-proyecto-de-investigacion-F.G.-Arias-2012-pdf-1.pdf)
52. Azuero AE. Significatividad del marco metodológico en el desarrollo de proyectos de investigación. Revista Arbitrada Interdisciplinaria KOINONIA. [Internet] 2019 [citado el 7 de julio 2024]; 4(8). Disponible en: [Significatividad del marco metodológico en el desarrollo de proyectos de investigación - Dialnet \(unirioja.es\)](https://unirioja.es/Significatividad-del-marco-metodologico-en-el-desarrollo-de-proyectos-de-investigacion-Dialnet-unirioja.es)
53. Roussos AJ. Preparación de una revisión bibliográfica para su publicación cuando un solo artículo nos habla de muchos. Reporte de investigación. [Internet] 2011 [citado el 7 de julio 2024]; (1): 1 – 7. Disponible en: [PREPARACIÓN DE UNA REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA PARA SU PUBLICACIÓN.pdf](https://www.researchgate.net/publication/312211111-PREPARACION-DE-UNA-REVISION-BIBLIOGRAFICA-PARA-SU-PUBLICACION)
54. Gómez E, Navas DF, Aponte G, Betancourt LA. Metodología para la revisión bibliográfica y la gestión de información de temas científicos, a través de su estructuración y sistematización. Dyna. [Internet] 2014 [citado el 7 de julio 2024]; 81(184): 158 – 163. Disponible en: [49630405022.pdf \(redalyc.org\)](https://www.redalyc.org/pdf/49630405022.pdf)
55. Van Eeden AE, Van Hoeken D, Hoek HW. Incidence, prevalence and mortality of anorexia nervosa and bulimia nervosa. Current Opinion. [Internet] 2021 [citado el 11 de julio del 2024]; 34(6). Disponible en: [Incidence, prevalence and mortality of anorexia nervosa and bulimia nervosa - PMC \(nih.gov\)](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34611111/)
56. Behar R, Arancibia M. DSM-V y los trastornos de la conducta alimentaria. Rev Chil Neuro – Psiquiat. [Internet] 2014 [citado el 11 de junio 2024]; 52(1): 22 – 33. Disponible en: [DSM-5-y-los-trastornos-de-la-conducta-alimentaria.pdf \(researchgate.net\)](https://www.researchgate.net/publication/263111111-DSM-5-y-los-trastornos-de-la-conducta-alimentaria)
57. Maldonado R, Catalán M, Álvarez V, Jáuregui I. Funcionamiento neuropsicológico en los Trastornos de la Conducta Alimentaria: un estudio comparativo. Neuropsychological functioning in Eating Disorders. [Internet] 2020 [cita el 11 de julio 2024]; 5(5): 504 – 34. Disponible en: [2529-850X-jonnpr-5-05-504.pdf \(isciii.es\)](https://www.isciii.es/2529-850X-jonnpr-5-05-504.pdf)
58. Benítez L, Cano M. Alteraciones fisiológicas en los trastornos de la conducta alimentaria. Rev Esp Cien Farm. [Internet] 2022 [citado el 11 de julio 2024]; 3(1): 25 –

36. Disponible en: https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUK EwjT7I_8n6OHAXVRSTABHebcBZo4ChAWegQIJBAB&url=https%3A%2F%2Fdiario.unirioja.es%2Fdescarga%2Farticulo%2F8816433.pdf&usg=AOvVaw0ccVEYiZjg-3v-15QGnTQl&opi=89978449
59. Idini E, Barceló A, Navarro M, Paredes P, Pérez D, García J. Trastornos de la conducta alimentaria, experiencias adversas vitales e imagen corporal: Una revisión sistemática. Rev Psicopatol Psicol Clin. [Internet] 2021 [citado el 11 de julio 2024]; 26(3): 217 – 235. Disponible en: [\(PDF\) Trastornos de la conducta alimentaria, experiencias adversas vitales e imagen corporal: Una revisión sistemática: Eating disorders, life stressful events and body image: A systematic review \(researchgate.net\)](#)
60. Castro MJ, Valero M, Belmonte S, Díaz M. Educación alimentaria y nutricional en los trastornos de la conducta alimentaria. Nutr Hosp. [Internet] 2022 [citado el 11 de julio 2024]; 39(2). Disponible en: [Educación alimentaria y nutricional en los trastornos de la conducta alimentaria \(isciii.es\)](#)
61. Castro R, Cachón J, Valdivia P, Zagalaz ML. Estudio descriptivo de trastornos de la conducta alimentaria y autoconcepto en usuarios de gimnasios. Revista Iberoamericana. [Internet] 2015 [citado el 11 de julio 2024]; 10(2). Disponible en: [311137747010.pdf \(redalyc.org\)](#)
62. Samatán EM, Ruiz PM. Trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes pandemia covid-19: estudio transversal. Revista Psiquiatría Infanto – Juvenil. [Internet] 2021 [citado el 11 de julio 2024]. Disponible en: [Trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes durante pandemia covid-19: estudio transversal | Revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil \(aepnya.eu\)](#)
63. Cavazos V, Aragón J, López B. Conducta alimentaria materna asociada a la composición corporal del hijo adolescente en la población de Allende – México. Rev Fac Med Hum. [Internet] 2023 [citado el 11 de julio 2023]; 23(2): 16 – 23. Disponible en: [2308-0531-rfmh-23-02-16.pdf \(scielo.org.pe\)](#)
64. Fernández A, Jáuregui I. Variables psicológicas y psicopatológicas asociadas a los trastornos de la conducta alimentaria (TCA). JONNPR. [Internet] 2016 [citado el 11 de julio 2024]; 1(2): 71 – 80. Disponible en: pdf1011.pdf

65. Martínez B. Intervención psicológica de un Trastornos de la conducta alimentaria abordado desde la Terapia Cognitivo Conductual: Presentación de un caso de Anorexia Nerviosa. Dossier. [Internet] 2018 [citado el 11 de julio 2024]; 116: 79 – 94. Disponible en:

<https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUK EwiV4IvxqaOHaxVWVTABHRGtBck4FBAWegQIIBAB&url=https%3A%2F%2Fdi alnet.unirioja.es%2Fdescarga%2Farticulo%2F6735206.pdf&usg=AOvVaw2RX0ZPZS- hNxy94CQ9vcCQ&opi=89978449>

66. Fernández JL, Herranz P, Segovia L. Capacidad de internamiento involuntario de pacientes con anorexia nerviosa: un estudio cualitativo sobre percepciones y actuación de psiquiatras y psicólogos clínicos. Rev Colomb Psiquiat. [Internet] 2022 [citado el 11 de julio 2024]; 51(4): 261 – 271. Disponible en:

https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact =8&ved=2ahUKEwihKGQraOHaxWARjABHVTqDVwQFnoECBEQAQ&url=https %3A%2F%2Fwww.redalyc.org%2Fpdf%2F3111%2F311137747010.pdf&usg=AOvVa w1DE6yRNs_673qzx5Sq4VkO&opi=89978449

67. Cruzat C, Díaz F, Aylwin J, García A, Behar R, Arancibia M. Discursos en anorexia y bulimia nerviosa: un estudio cualitativo acerca del vivenciar del trastorno. Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios. [Internet] 2014 [citado el 11 de julio 2024]. Disponible en: [\(PDF\) Discursos en anorexia y bulimia nerviosa: un estudio cualitativo acerca del vivenciar del trastorno \(researchgate.net\)](#)

68. Alonso M, Corral I, González J, Fernández S, Becerro R, Losa M. Cuidados de enfermería desde la experiencia de personas que padecen trastornos alimentarios: un estudio cualitativo. Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios. [Internet] 2022 [citado el 11 de julio 2024]; 12(1). Disponible en: [mta221a.pdf \(medigraphic.com\)](#)

CAPITULO VII – ANEXO

Anexo 1. “Notas algo diferente? Cuestionario para detección de Trastornos de la Conducta Alimentaria en Adolescentes”

Cuestionario de detección de señales de Trastorno de la Conducta Alimentaria en Adolescentes, dirigido a padres y Médicos Generales:

Responda las preguntas basándose en las observaciones del adolescente, para respuestas afirmativas marcar una X opción SÍ=1 punto, para respuestas negativas marcar una X opción NO= 0 puntos.

“¿Notas algo diferente? Cuestionario para detección de Trastornos de la Conducta Alimentaria en Adolescentes”

1. ¿Ha notado que su hija/o se salta comidas regularmente o reduce las porciones de comida? (SÍ) (NO)
2. ¿Observa que su hija/o tiene patrones de atracones en los que come grandes cantidades de comida en poco tiempo y luego muestra culpabilidad? (SÍ) (NO)
3. ¿Su hija/o ha expresado miedo persistente a ganar peso? (SÍ) (NO)
4. ¿Ha notado que su hija/o evita comer alimentos con muchos hidratos de carbono (por ejemplo: pan, arroz, papas)? (SÍ) (NO)
5. ¿Ha observado que su hija/o siente vergüenza de comer frente a otros, prefiere comer solo/a? (SÍ) (NO)
6. ¿Siente que su hija/o se ve con sobrepeso aún estando en un rango de peso normal o bajo? (SÍ) (NO)
7. ¿Ha notado en su hija/o cambios en el estado de ánimo como ansiedad, depresión, irritabilidad, descontento, que parecen estar relacionados con el peso? (SÍ) (NO)

8. ¿Siente que su hija/o recurre al ejercicio físico de forma excesiva para compensar la ingesta de alimentos? (SÍ) (NO)
9. ¿Ha visto a su hija/o inducirse el vómito (o tiene la sospecha), usar laxantes como método purgativos para eliminar las calorías ingeridas? (SÍ) (NO)
10. ¿Ha notado que hija/o está más cansado de lo normal, mareos, tiene pérdida de cabello o piel seca? (SÍ) (NO)
11. (En el caso de ser mujer) ¿Su hija ha mostrado irregularidades en sus ciclos menstruales? (SÍ) (NO)

Interpretación:

- **0 – 2 puntos:** no hay riesgo, pero se sugiere monitoreo en atención primaria.
- **3 – 5 puntos:** riesgo moderado, consultar con un profesional en el área de salud mental.
- **6 o más puntos:** Alta probabilidad de TCA, derivar a médico especializado.

Anexo 2. Tabla de artículos de revisiones bibliográficas

Autor / Revista / Año	Re	Título del artículo	Tipo de estudio	Nivel de evidencia	Población	Metodología	C
Vargas MJ/ Revista Médica de Costa Rica y Centroamerica/ 2013	1	Trastornos de la conducta alimentaria	Revisión bibliográfica	1	Personas con trastorno de la conducta alimentaria	El presente artículo hace una breve descripción de los TCA, sus características y las particularidades del abordaje de estas patologías.	ac co in de so in E ec re co in T qu in co cu m en ev de de un pr fu pr
Ayuzo NC, Covarrubias JD. / Trastornos de la conducta alimentaria. Rev Mex Pediatr/ 2019	2	Trastornos de la conducta alimentaria	Revisión bibliográfica	1	Pacientes pediátricos	En este artículo se hace una revisión sobre este tema, haciendo énfasis sobre el diagnóstico y tratamiento. En general, el manejo multidisciplinario es fundamental, donde la participación de la familia es necesaria. La identificación en etapas tempranas por el pediatra es relevante, ya que ayudará a que la recuperación sea más eficiente.	al gr E no tr de m di pe co te m
Franco K, Días F, López A, Escoto M, Camacho E./ Ter Psicol. / 2013	3	Variables predictoras de riesgo de trastorno del comportamiento alimentario en mujeres.	Estudio Cuantitativo	5	289 estudiantes universitarias	El propósito de esta investigación fue analizar el papel de la composición corporal, la insatisfacción corporal y el modelo de delgadez sobre el riesgo de desarrollar trastornos del	m si m ca co pr ne in

Autor / Revista / Año	Re	Título del artículo	Tipo de estudio	Nivel de evidencia	Población	Metodología	C
						comportamiento alimentario (TCA). Participaron 289 estudiantes universitarias, quienes contestaron el Cuestionario de Actitudes Alimentarias, el Cuestionario de Bulimia de Edimburgo y el Cuestionario de Influencias del Modelo Estético Corporal. La composición corporal se analizó por medio de bioimpedancia eléctrica.	la co ne im pa ri
Valbuena MC. / INVESTICGA. / 2017	4	Instrumento de detección temprana de riesgo psicosocial, asociado a TCA.	Estudio cuantitativo	5	Población femenina de 603 personas con un rango de 11 a 18 años de edad	En esta investigación se diseñó un instrumento psicométrico compuesto por 124 ítems para detectar el nivel de riesgo psicosocial asociado al desarrollo de TCA, sustentado en una metodología cuantitativa que se aplicó a una muestra poblacional femenina de 603 personas distribuidas entre la ciudad de Bogotá, D. C., y Chía (Cundinamarca), con un rango de 11 a 18 años de edad, no diagnosticadas. Posteriormente los resultados fueron analizados en SPSS, obteniendo un Alfa de Cronbach de $\alpha = 0.951$, en prueba piloto, ratificando la validez y	pr ca ps ni al co re 0, A un

Autor / Revista / Año	Re	Título del artículo	Tipo de estudio	Nivel de evidencia	Población	Metodología	C
						confiabilidad del instrumento, con el fin de otorgar un concepto probabilístico de nivel de riesgo con fines preventivos y de sensibilización en las adolescentes.	
Morales A, Ramírez W, Ureña ME, Sevilla A, Umaña P, Chaves R. / Acta Pediatr. Costarric. / 2002	5	Anorexia y bulimia: caracterización y sistematización de la experiencia de intervención de una Clínica de Adolescentes.	Estudio cualitativo	55	22 adolescentes	Se seleccionó, a criterio de los profesionales de la Clínica de Adolescentes del H.N.N., la población sujeta de investigación con que se trabajaría. Para ello se realizó una revisión cuidadosa de los expedientes clínicos de los adolescentes que tuvieran diagnósticos de trastornos alimentarios y que hubiesen sido valorados por todos los miembros del equipo durante el período comprendido entre enero del 2001 y febrero del 2002. En total se seleccionaron 22 casos con diagnósticos definitivos de trastorno alimentario del tipo bulimia o anorexia.	22 in in si di tr fu 22 se te in lo co di co lo de E. el ac lo er su ho de el in es pe tr
Rava MF, Silber TJ. / Arch.argent.pediatr. /2004	6	Bulimia nerviosa. Historia. Definición, epidemiología, cuadro clínico y	Revisión bibliográfica	1	Pacientes con bulimia	Para este trabajo de revisión acerca de bulimia nerviosa, se seleccionó material compatible con los	al de de pe

Autor / Revista / Año	Re	Título del artículo	Tipo de estudio	Nivel de evidencia	Población	Metodología	C
		complicaciones.				prerrequisitos de la medicina basada en la evidencia; por ende, incluimos preponderantemente aquellas referencias que siguen los pasos propuestos por The McMaster University Evidence Based Medicine Resource Group. Es así que colocamos nuestro énfasis en la definición del problema. La extensión de esta patología en la población adolescente, la búsqueda de la información, incluyendo la evaluación crítica de tal información, su aplicación a la práctica diaria y la evaluación de su efectividad.	la m ta co y el co bu un as po co Fa pr cl de id ri at bi m y el co de co
Baile JI, González MJ. / Psicología Iberoamericana/ 2010	7	Trastornos de la conducta alimentaria antes del siglo XX.	Revisión bibliográfica	1	Población antes del siglo XX con trastorno de la conducta alimentaria	Este artículo revisa algunos de los casos más famosos, valorando las limitaciones de la sesgada información disponible, analizando similitudes y diferencias entre los supuestos casos históricos, y las manifestaciones actuales. El análisis histórico, en el que se constata la presencia de comportamientos alterados a lo largo de los últimos siglos, permite avanzar en los conocimientos actuales	gr qu in en ag cl te se de ca si ap ad se pu ca sa la

Autor / Revista / Año	Re	Título del artículo	Tipo de estudio	Nivel de evidencia	Población	Metodología	C
						de los TCAs tanto desde el punto de vista definitorio como terapéutico.	ac di ps se
Miller M, Pumariega A./ Psychiatry/ 2001	8	Culture and Eating Disorders: A Historical and Cross-Cultural Review	Revisión bibliográfica	1	Grupos étnicos	Esta revisión examina la evidencia del papel de la cultura como factor etiológico para el desarrollo de los trastornos alimentarios. Las experiencias históricas y transculturales sugieren que el cambio cultural en sí puede estar asociado con una mayor vulnerabilidad a los trastornos alimentarios, especialmente cuando están involucrados valores sobre la estética física.	lo pr U E pr cu ec re cu fi tr fo ar id E in m cr bo

Autor / Revista / Año	Re	Título del artículo	Tipo de estudio	Nivel de evidencia	Población	Metodología	C
							pr er in
Hilbert A, Hoek H, Schmidt R. /Current Opinion in Psychiatry/ 2017	9	Evidence – based clinical guidelines for eating disorders international comparison.	Revisión sistemática	5	Población con TAC	La revisión sistemática actual buscó comparar las pautas de tratamiento clínico basadas en la evidencia disponibles para todos los trastornos alimentarios específicos. A través de una búsqueda sistemática se localizaron nueve guías de tratamiento clínico basadas en la evidencia para los trastornos alimentarios. La comparación internacional demostró notables similitudes y diferencias entre estas guías clínicas actuales.	di di po lin di de di ev co tr ur re in di er gr re A gr Z E U S (V D

Autor / Revista / Año	Re	Título del artículo	Tipo de estudio	Nivel de evidencia	Población	Metodología	C
							de di A in no di ac lo ac va ev al E el g y co de ej
Arija V, Santi MJ, Novalbos JP, Canals J, Rodríguez A. /Nutr Hosp/ 2022	10	Caracterización, epidemiología y tendencias de los trastornos de la conducta alimentaria.	Revisión sistemática	5	Población con TCA	Se ha realizado una búsqueda sistemática de la literatura en Medline, EMBASE, Cochrane y Web of Science. Los términos de búsqueda fueron “anorexia nervosa”, “bulimia nervosa”, “binge eating disorders” and “epidemiology” en título y resumen.	g ac ca ne ne at pr di ec m 0, pr (0 (0 13

Autor / Revista / Año	Re	Título del artículo	Tipo de estudio	Nivel de evidencia	Población	Metodología	C
							co pi de at tr tr
Lazo Y, Quenaya A, Mayta P. /Arch Argent Pediatri. /2015	11	Influencia de los medios de comunicación y el riesgo de padecer trastornos de la conducta alimentaria en escolares mujeres en Lima, Perú.	Estudio cuantitativo	5	Mujeres adolescentes escolares de Lima, Perú	Estudio transversal realizado en tres centros educativos del distrito de La Victoria, Lima, Perú. Se midió el riesgo de TCA con la prueba de actitud alimentaria (Eating Attitudes Test- 26; EAT-26, por sus siglas en inglés) y la influencia de los medios de comunicación con el cuestionario sobre actitudes socioculturales con respecto a la apariencia (Sociocultural Attitudes Towards Appearance Questionnaire-3; SATAQ-3, por sus siglas en inglés), categorizada en terciles tanto en el puntaje global como en sus subescalas (acceso a la información, presión, internalización general y atlética). Se calcularon las razones de prevalencia ajustadas (RPa) para TCA.	co 13 T m co S. pr T as ac 93 4, pr g 10 gr 4, m m pa L
Emiro J, Castañeda T. /Rev Colomb Psiquiat. /2020	12	Riesgo de trastorno de la conducta alimentaria y uso de redes sociales en usuarias de gimnasios	Estudio cuantitativo descriptivo de corte transversal.	5	Población femenina que asiste al gimnasio	El objetivo es analizar la relación entre el riesgo de TCA y el uso de redes sociales en 337 mujeres	ca en es el

Autor / Revista / Año	Re	Título del artículo	Tipo de estudio	Nivel de evidencia	Población	Metodología	C
		de la ciudad de Medellín, Colombia.				con edades entre los 15 y los 30 años que llevaban más de 4 meses asistiendo regularmente a gimnasios de la ciudad de Medellín, mediante un estudio cuantitativo descriptivo de corte transversal.	de as so ap ac sa co fa au se pa ha al
Álvarez ML, Bautista I, Serra L. /Nutr Hosp. /2015	13	Prevalencia de los trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes de Gran Canaria.	Estudio cuantitativo	5	1342 participantes de centros educativos de la isla de Gran Canaria, España	Se seleccionaron al azar un total de 1342 participantes de centros educativos de la isla de Gran Canaria, España. Se empleó un diseño transversal de dos fases que incluía un primer cuestionario de cribado (EAT-40 con el punto de corte establecido en 20) y una entrevista clínica semiestructurada (EDE). También se evaluaron variables sociodemográficas y el estado ponderal de los alumnos.	pa ed pr de m se ac en al se L la (5 he di pr fu ne de es tr en re pr di el cu na

Autor / Revista / Año	Re	Título del artículo	Tipo de estudio	Nivel de evidencia	Población	Metodología	C
Pike K, Dunne P. /Journal of Eating Disorders. /2015	14	The rise of eating disorders in Asia: a review.	Revisión bibliográfica	1	Población Asiática con TAC	Esta revisión de los trastornos alimentarios en Asia sugiere comprender la diversidad y las características distintivas de los países y culturas individuales que componen "Asia" es crucial para comprender la aparición y el aumento de los TCA en esta vasta región, lo que sugiere que los trastornos alimentarios no son ligados a una cultura o específicos de una cultura, sino más bien reactivos a la cultura.	ev to ap fl ap de en A ap en rá pe ob ho oc ha ep Ta A
Izydorezyk B, Sitnik K. /Front Psychol. /2018	15	Sociocultural Appearance Standards and Risk Factors for Eating Disorders in Adolescents and Women of Various Ages.	Estudio cuantitativo	5	234 personas: 95 niñas de secundaria, 33 niñas de secundaria, 56 estudiantes y 50 mujeres empleadas	El objetivo principal del presente estudio fue verificar el nivel de impacto que los estándares socioculturales de aparición (conciencia pasiva e internalización activa) tienen sobre la insatisfacción corporal, el deseo de dedicarse a una búsqueda incesante de la delgadez, la adopción de una actitud perfeccionista hacia el cuerpo. y el desarrollo de una tendencia a adoptar una conducta alimentaria bulímica, que puede desarrollarse en niñas adolescentes y mujeres de distintas edades. El grupo de estudio estaba formado por 234 personas: 95	la a al tr gr in ap di pr de ec co si in so co no un te ni pe af de m

Autor / Revista / Año	Re	Título del artículo	Tipo de estudio	Nivel de evidencia	Población	Metodología	C
						<p>niñas de secundaria, 33 niñas de secundaria, 56 estudiantes y 50 mujeres empleadas, todas las cuales vivían en el sur de Polonia. A los participantes no se les diagnosticó ningún trastorno psiquiátrico (incluidos los trastornos alimentarios). Las variables se midieron utilizando la versión polaca del Inventario de trastornos alimentarios de Garner y el Inventario polaco de actitudes socioculturales hacia la apariencia física y la imagen corporal.</p>	<p>pr pe fr co co ex la ni es ap si sa 30 jó ri ps tr re so de</p>
Schapiro A. /Revista de Costarricense de Psicología /2006	16	Importancia del abordaje diagnóstico en pacientes con trastornos de conducta alimentaria.	Revisión bibliográfica	1		<p>Se realizó una revisión de expedientes de pacientes ingresados en el HNP con diagnóstico de trastorno de conducta alimentaria, en el periodo comprendido entre el año 2000 y el 2003.</p>	<p>pa m 17 te qu al la ac de ex tr de di so co pe tr tr</p>

Autor / Revista / Año	Re	Título del artículo	Tipo de estudio	Nivel de evidencia	Población	Metodología	C
Gaete V. /Rev Chil Pediatr. /2015	17	Desarrollo psicosocial del adolescente.	Revisión bibliográfica	1		El objetivo de este artículo es llevar a cabo una revisión del tema del desarrollo psicosocial normal del adolescente, con el fin de aportar a los pediatras información relevante que les facilite la adecuada atención de sus pacientes pertenecientes a este grupo etario. Para esta revisión se realizó una búsqueda bibliográfica en PubMed de los artículos de revisión del tema publicados entre el 1 de enero de 2003 y el 31 de marzo de 2014, en inglés y español.	la ex a se pe pr de a in jo y ev de er ta
Rivera GA. /Rhombus. /2023	18	Anorexia nerviosa: un abordaje psicológico para su tratamiento.	Estudio cualitativo del tipo descriptivo	5	Pacientes con TAC	La investigación consiste en la “recolección y análisis de los datos para afinar las preguntas de investigación o revelar nuevas interrogantes en el proceso de interpretación”	de pr fu pr id p4 m ps in ps bi
Bermúdez LV, Chacón MA, Rojas DM. /Revista Médica Sinergia. /2021	19	Actualización en trastornos de conducta alimentaria: anorexia y bulimia nerviosa.	Revisión bibliográfica	1	Pacientes con TAC	Se revisaron publicaciones con fechas de 5 años previos en bases de datos como Pubmed, Medline, Asociación Americana de Psiquiatría, British Journal of Psychiatry, Journal of the	er m su y er de es se di pe

Autor / Revista / Año	Re	Título del artículo	Tipo de estudio	Nivel de evidencia	Población	Metodología	C
						American Medical Association (JAMA) y buscadores como Google Académico. Dentro de los resultados se revisaron los artículos y se eligieron los que presentaron mayor respaldo y relevancia en la comunidad científica. Se utilizaron un total de 17 referencias bibliográficas.	co te m
Mohajan D, Kumar H. /Paradigm Academic Press. /2023	20	Bulimia Nervosa: A Psychiatric Problem of Disorder.	Revisión bibliográfica	1	TAC	Comenzamos nuestro estudio con antecedentes históricos y luego resaltamos el concepto básico de bulimia. Entonces pensamos que introduciremos síntomas y complicaciones de la bulimia. Por último, hemos consultado sobre la prevención y el tratamiento de la bulimia. Para preparar este artículo nos hemos ayudado de fuentes de datos secundarias sobre la bulimia nerviosa. Los valiosos materiales de este artículo se obtienen de artículos publicados, informes de investigación libros y cuadernos publicados, internets, sitios web, etc.	qu oc pr pe es pa au un la de co la sa ec in m in ec al es hu L. er te

Autor / Revista / Año	Re	Título del artículo	Tipo de estudio	Nivel de evidencia	Población	Metodología	C
Meule A, Richard A, Schnepfer R, Reichenberger J, Georgii C, Naab S, et. al. /Eating Disorders. / 021	21	Emotion regulation and emotional eating in anorexia nervosa and bulimia nervosa.	Estudio cualitativo	5	Mujeres con TAC y mujeres sin TAC	El presente estudio examinó la función reguladora de las emociones de comer en exceso y de menos en respuesta a diferentes estados emocionales en mujeres con AN restrictiva (norte =54), BN (norte =47), y mujeres sin trastornos alimentarios (norte =68). Los participantes completaron medidas de autoinforme que evaluaban el uso de estrategias de regulación de las emociones y la alimentación emocional. Ambos grupos de pacientes informaron haber utilizado estrategias de regulación de emociones más disfuncionales y menos funcionales que los controles.	m er lo pe A ha pe re M di m ne re er m gr la di di ex er
Cuadro E, Baile JI. /Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios. /2015	22	Binge eating disorder: analysis and treatment.	Revisión	1	Personas con TAC	Esta revisión estudia su conceptualización, así como los tratamientos psicológicos más eficaces en cuanto a su abordaje terapéutico, teniendo presente en este sentido, que la perspectiva cognitivo-conductual parece ser la alternativa más completa e integradora,	de re cl el ex in in ps li re co co di co

Autor / Revista / Año	Re	Título del artículo	Tipo de estudio	Nivel de evidencia	Población	Metodología	C
						sobre la cual se cimenta su adecuado manejo.	ur di
Giel KE, Bulik CM, Fernandez F, Hay P, Keski A, Schag K, et. al. /Nat Rev Dis Primers. / 2023	23	Binge eating disorder.	Revisión bibliográfica	1	Pacientes con TAC	Este manual se centra en la epidemiología, las comorbilidades, los mecanismos etiológicos y de mantenimiento del BED, así como en los enfoques de diagnóstico, detección, prevención y tratamiento del BED y la calidad de vida de las personas con este trastorno. The Primer se centra predominantemente en BED en adultos. A medida que la investigación sobre BED se expande rápidamente, también describimos campos de investigación emergentes, particularmente en relación con enfoques de tratamiento novedosos e innovadores.	re Pa tr fe un al er in de ca es al ay sc in in úl la
Kessler RM, Hutson PH, Herman BK, Potenza MN. /Neuroscience and Biobehavioral Reviews. /2016	24	The neurobiological basis of binge – eating disorder.	Revisión bibliográfica	1	Datos en personas y animales	Este artículo revisa los datos BED de neuroimagen humana, neurocognitivos y genéticos y considera datos animales complementarios relacionados con los atracones. Los datos sugieren que, en	ob re in qu bu y cu la co qu

Autor / Revista / Año	Re	Título del artículo	Tipo de estudio	Nivel de evidencia	Población	Metodología	C
						comparación con las personas sin BED (en adelante, no-BED), las personas con BED tienen mayores sesgos cognitivos de atención hacia la comida, menor sensibilidad a la recompensa y activación cerebral alterada en regiones asociadas con la impulsividad y la compulsividad.	
Harrington B, Jimerson M, Haxton C, Jimerson D. /Am Fam Physician. /2015	25	Initial Evaluation, Diagnosis, and Treatment of Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa.	Revisión significativa	1	Población con TAC	Este artículo se centra en la anorexia y la bulimia nervosas criterios de DMS-V haciendo una comparativa con DMS-IV. Es una revisión significativa de los criterios, diagnósticos.	m ne al re pe L m tr ta to 5, ne 80 re
Gómez C, Palma S, Miján A, Rodríguez P, Matía P, Loria V, et. al. /Nutr Hosp. / 2018	26	Consenso sobre la evaluación y el tratamiento nutricional de los trastornos de la conducta alimentaria: bulimia nerviosa, trastorno por atracón y otros.	Revisión bibliográfica	1	Pacientes con TAC	Esta revisión elabora una comparativa entre el DMS-IV y el DSM-V con le objetivo de facilitar el diagnostico en los pacientes con TAC.	re co tr L er co cu 60 20 er de co ri L ve

Autor / Revista / Año	Re	Título del artículo	Tipo de estudio	Nivel de evidencia	Población	Metodología	C
Van Eeden AE, Van Hoeken D, Hoek HW. /Current Opinion. /2021	27	Incidence, prevalence and mortality of anorexia nervosa and bulimia nervosa.	Revisión bibliográfica	1	Pacientes con TAC	Esta revisión tiene como objetivo proporcionar una visión general de los estudios publicados recientemente sobre la epidemiología de la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa. Es una actualización de revisiones anteriores sobre este tema en esta revista.	po tr
Behar R, Arancibia M. /Rev Chil Neuro – Psiquiat. /2014	28	DSM-V y los trastornos de la conducta alimentaria.	Revisión bibliográfica	1	Población con TAC	Se realizó una búsqueda bibliográfica de evidencia sobre los cambios propuestos en el DSM-5 para los TCA mediante las bases de datos Medline/PubMed.	se cr as co si ep 3 se ep se cl re O in m ev al at at pu no ba m A di es

Autor / Revista / Año	Re	Título del artículo	Tipo de estudio	Nivel de evidencia	Población	Metodología	C
Maldonado R, Catalán M, Álvarez V, Jáuregui I. / Neuropsychological functioning in Eating Disorders. /2020	29	Funcionamiento neuropsicológico en los Trastornos de la Conducta Alimentaria: un estudio comparativo.	Estudio cuantitativo	5	Mujeres	Se compararon 38 mujeres: 19 con trastornos de la conducta alimentaria (TCA) y 19 participantes sin TCA. Se usaron diferentes técnicas para evaluar la velocidad de procesamiento, memoria, atención, impulsividad y el estado emocional.	de ne no de in R m m
	30		Revisión bibliográfica	1	Personas con TAC	El objetivo del presente trabajo fue realizar una revisión bibliográfica sobre estas patologías y sus consecuencias fisiológicas. Estos comportamientos específicos conllevan la aparición de múltiples complicaciones médicas que acaban afectando al funcionamiento de distintos sistemas fisiológicos, así como a	al ps pa lle m el co

Autor / Revista / Año	Re	Título del artículo	Tipo de estudio	Nivel de evidencia	Población	Metodología	C
						la actividad psicosocial del paciente e incluso pueden llevar a la muerte.	
Idini E, Barceló A, Navarro M, Paredes P, Pérez D, García J. /Rev Psicopatol Psicol Clin. / 2021	31	Trastornos de la conducta alimentaria, experiencias adversas vitales e imagen corporal: Una revisión sistemática.	Revisión bibliográfica	1	Pacientes con TAC	El objetivo de este trabajo es esclarecer la relación entre experiencias adversas vitales y la alteración de la imagen corporal en los trastornos alimentarios. Se han revisado trabajos en inglés y castellano indexados en MEDLINE, PsychoINFO y ScienceDirect en los últimos 10 años. Se han incluido 16 estudios de los cuales, el 37.5% se centra en trastornos de la alimentación.	id 22 du re el a añ la un (M co (T 20 fi cu re T in pr fi re re es ex al
Castro MJ, Valero M, Belmonte S, Díaz M. /Nutr Hosp. /2022	32	Educación alimentaria y nutricional en los trastornos de la conducta alimentaria.	Revisión bibliográfica	1	Población TAC	Se ha realizado una revisión bibliográfica donde inicialmente se procedió a una búsqueda de artículos científicos publicados entre 2006 y 2017 en las principales bases de datos de carácter nacional e internacional: "Psycinfo", "PubMed", "Scopus", "Cochrane Database of Systematic	gr gr y g P qu s qu pu fu en pr di tr

Autor / Revista / Año	Re	Título del artículo	Tipo de estudio	Nivel de evidencia	Población	Metodología	C
						Reviews”, “The Cochrane Library”, “Esclvier”, “Google Académico” y “Web of Science”. Además se revisaron algunas páginas web y revistas electrónicas como Scielo, Science o Infocop.	de m di en lo de pá en
Castro R, Cachón J, Valdivia P, Zagalaz ML. /Revista Iberoamericana. / 2015	33	Estudio descriptivo de trastornos de la conducta alimentaria y autoconcepto en usuarios de gimnasios.	Estudio cuantitativo	5	Hombres y mujeres	Se trata de un estudio cuantitativo no experimental, de carácter correlacional, el cual utiliza métodos descriptivos y de relación para responder a los tres objetivos de la investigación. La muestra está compuesta por 154 deportistas (n = 154) que realizan habitualmente trabajo de musculación en gimnasios de la provincia de Jaén (España), de los cuales 12 son mujeres (7.79%) y 142 hombres (92.21%), con edades comprendidas entre 16 y 49 años (edad media de 24.97 años \pm 6.90 años), distribuidos en dos grupos de edad, 129 sujetos menores de 30 años (83.8%) y 25 participantes mayores de 30 años (16.2%).	ex A as pu In M po pu su R úl in as qu pr
Samatán EM, Ruiz PM. /Revista Psiquiatría Infanto – Juvenil. / 2021	34	Trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes pandemia covid-19:	Estudio transversal retrospectivo descriptivo	5	132 pacientes	Estudio transversal retrospectivo descriptivo con un total	al er y

Autor / Revista / Año	Re	Título del artículo	Tipo de estudio	Nivel de evidencia	Población	Metodología	C
		estudio transversal.				de 132 pacientes de 151 reclutados tras su primera visita. Se analizaron características sociodemográficas, valores antropométricos, conductas alimentarias, comportamientos compensatorios y síntomas físicos y emocionales.	di gr re in co un re en si (3 (2 pa gr gr si an aj 9,
Cavazos V, Aragón J, López B. /Rev Fac Med Hum. /2023	35	Conducta alimentaria materna asociada a la composición corporal del hijo adolescente en la población de Allende – México.	Estudio cuantitativo	5	Madres, hijos	Se realizó un estudio cuantitativo, transversal y correlacional. El periodo del presente estudio fue de febrero a agosto de 2022. La población fue de 41 binomios (madre e hijo adolescente entre 15 y 17 años) de una preparatoria del Municipio de Allende, Nuevo León, México. Para probar la hipótesis, se utilizó el coeficiente de correlación de Spearman.	se co ni m ac p in co se co ac co
Fernández A, Jáuregui I. /JONNPR. / 2016	36	Variables psicológicas y psicopatológicas asociadas a los trastornos de la conducta alimentaria (TCA).	Estudio cuantitativo	5	Hombres y mujeres	La muestra estuvo formada por 76 pacientes diagnosticados de TCA (edad media 20,13 ± 6,28 años; 69 mujeres y 7 hombres). Se administraron los	si gr re B co es T

Autor / Revista / Año	Re	Título del artículo	Tipo de estudio	Nivel de evidencia	Población	Metodología	C
						siguientes cuestionarios: Rosenberg's Self-Esteem Scale (SES), Symptom Checklist-90-Revised (SCL-90-R), Beck's Depression Inventory (BDI), State-Trait Anxiety Inventory (STAI), Body Shape Questionnaire (BSQ), Body Appreciation Scale (BAS), Eating Disorder Inventory-2 (EDI-2) y Body Image Quality of Life Inventory (BIQLI-SP).	di er sí di es ta pa da re gr
Martínez B. /Dossier. / 2018	37	Intervención psicológica de un Trastornos de la conducta alimentaria abordado desde la Terapia Cognitivo Conductual: Presentación de un caso de Anorexia Nerviosa.	Estudio cuantitativo	5	Adolescente	En el presente artículo se expone un procedimiento de intervención psicológica cognitivo-conductual aplicado a una adolescente de 13 años con un trastorno del comportamiento alimentario, diagnosticada con Anorexia Nerviosa. Se utilizó un diseño de caso único y medidas pre-post, con cuestionarios de patología alimentaria como el EAT40, BULIT-R, la escala YBC-EDS y el BSQ, y de bienestar emocional como el STAI y el BDI-II.	al lo or co re al sí la pr pe ob ac co ni m cr al tr y al re pe la de so re ar

Autor / Revista / Año	Re	Título del artículo	Tipo de estudio	Nivel de evidencia	Población	Metodología	C
Fernández JL, Herranz P, Segovia L. /Rev Colomb Psiquiat. / 2022	38	Capacidad e internamiento involuntario de pacientes con anorexia nerviosa: un estudio cualitativo sobre percepciones y actuación de psiquiatras y psicólogos clínicos.	Estudio cualitativo	5	Psiquiatras, psicólogos	Se entrevistó a 7 psiquiatras, 4 psicólogas clínicas y 1 psicóloga residente de tercer año. Se utilizó un enfoque de investigación cualitativa basado en la teoría fundamentada.	q la a el re ve ca ha co d fa
Cruzat C, Díaz F, Aylwin J, García A, Behar R, Arancibia M. /Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios. /2014	39	Discursos en anorexia y bulimia nerviosa: un estudio cualitativo acerca del vivenciar del trastorno.	descriptivo-analítico cualitativo	5	Pacientes con anorexia y bulimia	se utilizó un diseño descriptivo-analítico cualitativo basado en el modelo de la Grounded Theory. El muestreo fue intencionado, conformándose la muestra por 15 pacientes, 7 anorécticas y 8 bulímicas, según criterios del DSM-IV-TR. Se recolectaron los datos mediante el patrón de entrevista en profundidad y para su análisis una codificación abierta.	pe ve ca (r si al ve co be de (i co pe
Alonso M, Corral I, González J, Fernández S, Becerro R, Losa M. /Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios. /2022	40	Cuidados de enfermería desde la experiencia de personas que padecen trastornos alimentarios: un estudio cualitativo.	Estudio cualitativo	5	19 pacientes con TAC	Este estudio cualitativo propone aproximarse a la vivencia de cuidados de pacientes que padecen trastornos alimentarios desde un enfoque fenomenológico hermenéutico. Diecinueve pacientes	C de la pr fu E ex de PO

Autor / Revista / Año	Re	Título del artículo	Tipo de estudio	Nivel de evidencia	Población	Metodología	C
						de Alcalá de Henares (Madrid) colaboraron en la investigación a través de entrevistas y relatos, que fueron grabados, transcritos y analizados temáticamente. Los resultados se agruparon en cuatro categorías: 1. Una ayuda inesperada, 2. Buscar raíces: encontrar el origen, 3. Derribar barreras y construir contrafuertes, 4. Entender el significado del Trastorno Conducta Alimentaria.	

