Instituto Guatemalteco de Seguridad Social

# Trastornos de la conducta alimentaria

**Elaborado por**
Especialistas en Psiquiatría

Guías de Práctica Clínica Basadas en Evidencia

No. 171

# Guía de Práctica Clínica Basada en la Evidencia (GPC-BE) No. 171

## “Trastornos de la Conducta Alimentaria”

Instituto Guatemalteco de Seguridad Social
Subgerencia de Prestaciones en Salud
Comisión de guías de práctica clínica
basadas en la evidencia

Este documento debe citarse como:

Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS)
Subgerencia de prestaciones en salud
Comisión de guías de práctica clínica basadas en la evidencia (GPC-BE)
**GPC-BE No. 171 "Trastornos de la Conducta Alimentaria"**
Edición 2024, págs. 74
IGSS, Guatemala.

**Elaboración revisada por:**
Subgerencia de Prestaciones en Salud-IGSS
Oficio No. 9877 de 31 de julio 2024

**Revisión, diseño y diagramación:**
Comisión Guías de práctica clínica basadas en evidencia;
Subgerencia de Prestaciones en Salud.

IGSS- Guatemala 2024

**ISBN: 978-9929-795-81-5**

Derechos reservados- IGSS-2024

Se autoriza la reproducción parcial o total de este documento por cualquier medio, siempre que su propósito sea para ines docentes y sin inalidad de lucro a todas las instituciones del sector salud, públicas o privadas.

**MSc. Licenciado Edson Javier Rivera Méndez**
Gerente

**Doctor Francisco Javier Gódinez Jerez**
Subgerente de Prestaciones en Salud

## Grupo de Desarrollo

**Dr. Dennis Roberto Cuevas Morales**
Psiquiatra, coordinador local de guías
Centro de Atención Integral de Salud Mental

**Dra. Ana Karen Fetzer de León**
Jefa de residentes
Centro de Atención Integral de Salud Mental

**Dra. Rosa María Montenegro Paz**
Residente III
Centro de Atención Integral de Salud Mental

**Dr. Estuardo Manuel Eduardo Duran Figueroa**
Residente III
Centro de Atención Integral de Salud Mental

**Dra. Andrea Yadira Rodas Aguirre**
Residente II
Centro de Atención Integral de Salud Mental

**Dra. Joseline Andrea Pineda Landaverde**
Residente II
Centro de Atención Integral de Salud Mental

**Dra. Cristel Lucía Barrientos Reyes**
Residente I
Centro de Atención Integral de Salud Mental

**Dra. Lisbeth Mariela Castillo Escobar**
Residente I
Centro de Atención Integral de Salud Mental

## Comisión de guías de práctica clínica basadas en evidencia

**Dr. Edwin Leslie Cambranes Morales**
Jefe de Departamento
Departamento de Medicina Preventiva

**Dr. Edgar Campos Reyes**
Departamento de Medicina Preventiva
Subgerencia de Prestaciones en Salud

**Dra. Erika López Castañeda**
Departamento de Medicina Preventiva
Subgerencia de Prestaciones en Salud

**Dra. Ana Cristina Arévalo Díaz**
Departamento de Medicina Preventiva
Subgerencia de Prestaciones en Salud

## Declaración de conflicto de interés

Se declara que ninguno de los participantes en el desarrollo de esta guía tiene intereses particulares, es decir: económicos, políticos, filosóficos o religiosos que influyan en los conceptos vertidos en la misma.

# Prólogo

## ¿En qué consiste la medicina basada en evidencia?

Podría resumirse como la integración de la experiencia clínica individual de los profesionales de la salud con la mejor evidencia proveniente de la investigación científica, una vez asegurada la revisión crítica y exhaustiva de esta. Sin la experiencia clínica individual, la práctica clínica rápidamente se convertiría en una tiranía, pero sin la investigación científica quedaría inmediatamente caduca. En esencia, pretende aportar más ciencia al arte de la medicina y su objetivo consiste en contar con la mejor información científica disponible, es decir, la evidencia, para aplicarla a la práctica clínica.

Por lo tanto, se puede afirmar que las **guías de práctica clínica basadas en evidencia** son documentos en los cuales se plasman las evidencias para ponerlas al alcance de todos los usuarios, incluyendo médicos, paramédicos, pacientes y público en general.

**Los grados de recomendación** son criterios que surgen de la experiencia de expertos en conjunto con el **nivel de evidencia** y determinan la calidad de una intervención y el beneficio neto en las condiciones locales. (Ver Tabla 1)

**El nivel de evidencia clínica** es un sistema jerarquizado que valora la fortaleza o solidez de la evidencia asociada con los resultados obtenidos de una intervención en salud. Se aplica a las pruebas o estudios de investigación, como puede verse en la tabla publicada por la Universidad de Oxford (Ver Tabla 2).

**Tabla 1. Significado de los grados de recomendación**

| Grado de recomendación | Significado |
|---|---|
| **A** | Extremadamente recomendable. |
| **B** | Recomendable favorable. |
| **C** | Recomendación favorable, pero no concluyente. |
| **D** | Corresponde a consenso de expertos, sin evidencia adecuada de investigación. |
| √ | Indica un consejo de buena práctica clínica sobre el cual el grupo de desarrollo acuerda. |

**Nota.** Adaptado de Mella Sousa, M., Zamora Navas, P., Mella Laborde, M., Ballester Alfaro, J., & Uceda Carrascosa, P. (2012). Niveles de evidencia clínica y grados de recomendación. Revista de la Sociedad Andaluz de Traumatología y Ortopedia, 20(1/2), 59- 72. Obtenido de https://www.repositoriosalud.es/bitstream/10668/1568/6/Mella_Niveles.pd

**Tabla 2. Niveles de evidencia***

| Grado de recomendación | Nivel de evidencia | Fuente |
|---|---|---|
| A | 1a | Revisión sistemática de ensayos clínicos aleatorios. |
| | 1b | Ensayo clínico aleatorio individual. |
| | 1c | Eficacia demostrada por los estudios. de práctica clínica y no por la experimentación. (All or none**) |
| B | 2a | Revisión sistemática de estudios de cohortes. |
| | 2b | Estudio de cohorte individual y ensayos clínicos aleatorios de baja calidad. |
| | 2c | Investigación de resultados en salud, estudios ecológicos. |
| C | 3a | Revisión sistémica de estudios caso-control, con homogeneidad. |
| | 3b | Estudios de caso control individuales. |
| | 4 | Series de casos, estudios de cohortes y caso-control de baja calidad. |
| D | 5 | Opinión de expertos sin valoración crítica explícita. |

**Nota.** Adaptado de Mella Sousa, M., Zamora Navas, P., Mella Laborde, M., Ballester Alfaro, J., & UcedaCarrascosa, P. (2012). Niveles de evidencia clínica y grados de recomendación. Revista de la Sociedad Andaluz de Traumatología y Ortopedia, 20(1/2), 59- 72. Obtenido de https://www.repositoriosalud.es/bitstream/10668/1568/6/Mella_Niveles.pdf

* Centro de Medicina basada en la evidencia de Oxford.

****All or none (Todos o ninguno):** Se cumple cuando todos los pacientes mueren antes de que el medicamento esté disponible, pero algunos ahora sobreviven; o cuando algunos pacientes mueren antes de que el medicamento esté disponible, pero ahora ninguno muere con el medicamento.

1a

A

En las **Guías de Práctica Clínica** publicadas por el IGSS, el lector encontrará, al margen izquierdo de los contenidos, el **nivel de evidencia** (**1a hasta 5**, en números y letras minúsculas) de los resultados de los estudios que sustentan el **grado de recomendación de buena práctica clínica,** anotado en el lado derecho del texto (**letras A, B, C, D y √,** siempre en letras mayúsculas) basado en la tabla del Centro de Medicina Basada en la Evidencia de Oxford sobre los aspectos evaluados.

Las guías desarrollan cada temática seleccionada con el contenido de las mejores evidencias documentadas, obtenidas luego de revisiones sistemáticas exhaustivas en lo que concierne a estudios sanitarios, diagnósticos, terapéuticas farmacológicas y otros.

Las guías de práctica clínica no pretenden describir un protocolo de atención donde todos los puntos deban estar incorporados, sino mostrar un ideal para referencia y flexibilidad, establecido de acuerdo con la mejor evidencia existente.

Las guías de práctica clínica basadas en evidencia que se revisaron para la elaboración de esta guía fueron analizadas mediante el instrumento AGREE (por las siglas en inglés de Appraisal of Guidelines, Research and Evaluation for Europe), el cual evalúa tanto la calidad de la información aportada en el documento como la idoneidad de algunos aspectos de las recomendaciones, lo que permite ofrecer una valoración de los criterios de validez aceptados

en lo que hoy es conocido como **“los elementos esenciales de las buenas guías”,** incluyendo credibilidad, aplicabilidad clínica, flexibilidad clínica, claridad, multidisciplinariedad del proceso, actualización programada y documentación.

**En el IGSS, el programa de elaboración de guías de práctica clínica se crea con el propósito de ser una herramienta de ayuda en el momento de tomar decisiones clínicas.** En una guía de práctica clínica (GPC) no existen respuestas para todas las cuestiones que se plantean en la práctica diaria. La decisión final acerca de un particular procedimiento clínico, diagnóstico o tratamiento dependerá de cada paciente en concreto y de las circunstancias y valores que estén en juego. **De ahí, la importancia del propio juicio clínico.**

Este programa también pretende disminuir la variabilidad de la práctica clínica y ofrecer tanto a los profesionales de los equipos de atención primaria como a los del nivel especializado un referente en su práctica clínica con el cual poder compararse.

Para el desarrollo de cada tema, se ha contado con el esfuerzo de los profesionales -especialistas y médicos residentes- que a diario realizan una labor tesonera en las diversas unidades de atención médica de esta institución, bajo la coordinación de la **Comisión de Guías de Práctica Clínica (GPC-BE)** que pertenece a los proyectos educativos de la **Subgerencia de Prestaciones en Salud**, con el invaluable apoyo de las autoridades del Instituto.

La inversión de tiempo y recursos es considerable, pues involucra muchas horas de investigación y trabajo con el fin de plasmar con sencillez y claridad los diversos conceptos, evidencias y recomendaciones que se dejan disponibles en cada uno de los ejemplares publicados.

Este esfuerzo demuestra la filosofía de servicio de esta institución, que se fortalece al poner al alcance de los lectores un producto elaborado con esmero y alta calidad científica, aplicable, práctico y de fácil revisión.

El IGSS tiene el privilegio de poner al alcance de sus profesionales, personal paramédico y de todos los servicios de apoyo, esta guía con el propósito de colaborar en los procesos de atención a nuestros pacientes, en la formación académica de nuevas generaciones y de contribuir a la investigación científica y docente que se desarrolla en el diario vivir de esta Institución.

*Comisión de guías de práctica clínica, IGSS,*
*Guatemala, 2024*

## Abreviaturas

| | |
|---|---|
| **ACT** | Terapia de Aceptación y Compromiso |
| **AN** | Anorexia Nerviosa |
| **ARFID** | Trastorno de evitación/restricción de la ingesta de alimentos |
| **BN** | Bulimia Nerviosa |
| **CBT-IC** | Terapia Focalizada en el Tratamiento de la Imagen Corporal |
| **IGSS** | Instituto Guatemalteco de Seguridad Social |
| **IMC** | Índice de Masa Corporal |
| **OMS** | Organización Mundial de la Salud |
| **TCA** | Trastorno de la Conducta Alimentaria |
| **TCC** | Terapia Cognitivo Conductual |
| **TEPR** | Terapia de Exposición y Prevención de Respuesta |
| **RME** | La razón de mortalidad estandarizada |

# Índice


1. Introducción 1
2. Objetivos 5
3. Metodología 7
4. Contenido 11
5. Glosario 45
6. Referencias bibliográficas 47

# 1. Introducción

Se considera un Trastorno de la Conducta Alimentaria (TCA) como una alteración en el patrón alimenticio, o en los comportamientos asociados a este, que provoca cambios en el consumo y absorción de alimentos. Se trata de un trastorno mental que se traduce en comportamientos que existen en un espectro, desde la restricción estricta hasta la ingesta descontrolada. Es un problema de importancia mundial; se estima que 70 millones de personas viven con un trastorno de alimentación. Sin embargo, solo el 20% de personas buscan tratamiento médico. El inicio de la enfermedad suele ser en la adolescencia, cerca de los 12.5 años, por lo que su pronta identificación e intervención es crucial para un pronóstico favorable.

En esta guía se presentan las diferentes clasificaciones de estos trastornos, entre ellos la anorexia nerviosa, que puede dividirse en dos categorías (tipo restrictivo y tipo compulsivo/purgativo); la bulimia nerviosa (dividida en tipo purgativo y tipo no purgativo); y el trastorno por atracón (tipo purgativo y tipo no purgativo). Adicionalmente se incluyen otros trastornos alimentarios especificados o no especificados (trastorno de evitación/restricción y trastorno de rumiación). Estos últimos se refieren a aquellos que no cumplen todos los criterios diagnósticos para una clasificación específica, pero que coexisten con patrones atípicos en la alimentación, una preocupación excesiva por el peso y deterioro de la funcionalidad. También se detallan

en la guía los trastornos alimentarios que pueden presentarse en pacientes pediátricos.

Los TCA se asocian con múltiples complicaciones médicas y psicológicas, que pueden llegar a afectar el funcionamiento psicosocial del individuo. Dentro de las complicaciones médicas de importancia se encuentran las alteraciones del sistema nervioso central, cardiovascular, renal, hematológicas, gastrointestinales, metabólicas y endocrinológicas.

Dado que los TCA son de etiología multifactorial y complejos en su composición, se requiere un equipo multidisciplinario para poder dar un tratamiento eficiente. Este equipo suele estar conformado por el proveedor principal de atención médica, un psiquiatra, un psicólogo, un nutricionista y otros especialistas, según las necesidades orgánicas particulares de cada paciente.

En la presente Guía de Práctica Clínica se abordan las dos patologías más frecuentes de este grupo que se describen en la sección de abordaje terapéutico: anorexia nerviosa y bulimia nerviosa. En su tratamiento se integrarán fármacos como olanzapina, fluoxetina, quetiapina, topiramato y risperidona, así como tratamiento psicoterapéutico: el cual puede ser terapia cognitivo-conductual, terapia familiar, terapia de apoyo nutricional, terapia focalizada en el tratamiento de la imagen corporal, terapia de exposición y prevención de respuesta, terapia interpersonal y terapia de aceptación y compromiso.

Se espera que esta guía de práctica clínica se aplique como una herramienta de información en la atención de pacientes con Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA). Asimismo, ser útil en la identificación y toma de decisiones respecto al abordaje psico-farmacológico y psicoterapéutico, permitiendo la pronta identificación de riesgos, potenciales complicaciones u obstáculos que pueden interferir con el tratamiento de la población afectada.

## 2. Objetivos

### General

Proporcionar las intervenciones necesarias para la atención de los pacientes afectados con Trastornos de la Conducta Alimentaria que asisten al IGSS, dando apoyo al profesional en la toma de decisiones y brindar el adecuado tratamiento al paciente, ofreciéndole las opciones asistenciales más efectivas.

### Específicos

1. Actualizar la descripción de los criterios diagnóstico en uso, definición, clasificación, epidemiología, etiología, evolución, pronóstico y tratamiento de los Trastornos de la Conducta Alimentaria.

2. Contribuir a realizar de manera adecuada la evaluación y el diagnóstico del paciente con TCA.

3. Identificar el riesgo de complicaciones orgánicas u otras situaciones de riesgo, que ameriten el ingreso hospitalario del paciente.

4. Valoración del uso apropiado del tratamiento psicofarmacológico, su indicación y uso en las distintas fases del trastorno, incluyendo tipo, dosis, duración, efectos secundarios, interacciones, otros problemas asociados a la medicación así como la adherencia y el cumplimiento terapéutico.

# 3. Metodología

**Definición de preguntas**

1. ¿Quiénes pueden presentar un trastorno de la conducta alimentaria?
2. ¿Cuáles son los criterios diagnósticos de la anorexia y bulimia nerviosas?
3. ¿Cómo se pueden clasificar los trastornos de la conducta alimentaria?
4. ¿Cuál es el pronóstico de los pacientes con trastornos de la conducta alimentaria?
5. ¿Cuál es el abordaje terapéutico para los trastornos de la conducta alimentaria?

**Criterios de inclusión de los estudios:** temporalidad: artículos, publicaciones del año 2018 al 2023**.** Idiomas: español e inglés**.** Estudios de base científica y fuente confiable**.** Artículos y publicaciones que no requieren pago.

**Criterios de exclusión de los estudios:** artículos y publicaciones en otros idiomas que no sean español e inglés. Artículos y publicaciones previas al año 2018**.** Artículos y publicaciones con acceso mediante pago.

**Estrategia de búsqueda:** se realizaron consultas electrónicas de: guías clínicas, revistas de medicina, revistas de psiquiatría**,** google académico.

Se consultaron las siguientes páginas: http//: www.scielo.org, http//: www.elsevier.es, http//: www.pubmed.com

**Palabras clave:** trastornos de la conducta alimentaria, anorexia nerviosa, bulimia nerviosa

Otras bibliografías: libros de texto de psiquiatría

**Población diana:** pacientes beneficiarios y derechohabientes del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS), que atienden a los centros de atención médica.

**Usuarios de la guía:** profesionales médicos generales y especialistas, médicos residentes, personal de enfermería y personal paramédico.

**Implicaciones para la práctica**

Aspectos en los que se quiere influir mediante el uso de esta GPC.

- Conocer las actualizaciones respecto al diagnóstico y tratamiento de los trastornos de la conducta alimentaria
- Contribuir a la adecuada identificación de pacientes con trastornos de la conducta alimentaria respecto a otros diagnósticos diferenciales
- Establecer protocolos de seguimiento a realizar en todo paciente con trastornos de la conducta alimentaria

**Limitaciones en la revisión de la literatura:** se evidenciaron estudios realizados en poblaciones con perfil sociodemográfico diferente al de Guatemala, por lo que es necesario adaptar las referencias bibliográficas encontradas al contexto guatemalteco.

**Fecha de la elaboración, revisión y año de publicación de esta guía**

Elaboración durante enero a julio del 2023
Revisión agosto 2023
Publicación año 2024

# 4. Contenido

## Trastornos de la Conducta Alimentaria

### Definición

Son alteraciones persistentes en la alimentación o en los comportamientos relacionados con la alimentación que da como resultado la alteración del consumo o la absorción de los alimentos y que pueden conducir a deficiencias significativas en la salud física y en el funcionamiento psicosocial. (Asociación Americana de Psiquiatría, 2022; Carratalá, 2022)

### *Anorexia nerviosa*

Se caracteriza por un peso corporal significativamente bajo para la altura, edad y etapa del desarrollo del individuo, que no se debe a otra condición de salud ni a la falta de disponibilidad de alimentos. El bajo peso corporal se acompaña de un patrón resistente de conductas para evitar la restauración del peso normal, que puede incluir conductas destinadas a reducir la ingesta de energía, conductas de purga y conductas destinadas al aumento del gasto de energía, asociado con el miedo a aumentar de peso.

El peso corporal o la forma física bajos son fundamentales para la autoevaluación de la persona o se perciben erróneamente como normales o incluso excesivos. (OMS 2020)

### *Bulimia nerviosa*

Episodios recurrentes y frecuentes de atracones, los cuales se definen como un período de tiempo definido durante el cual el individuo experimenta una pérdida de control sobre su conducta alimentaria. Un episodio de atracones está presente cuando una persona come notablemente más y/o de manera diferente a la habitual y se siente incapaz de dejar de comer o limitar el tipo o la cantidad de alimentos ingeridos. Además, incluye las siguientes características:

- Comer solo por vergüenza
- Comer alimentos que no forman parte de la dieta regular del individuo.
- Comer grandes cantidades de alimentos a pesar de no tener hambre
- Comer más rápido de lo habitual

Además, se asocia a comportamientos compensatorios inapropiados repetidos para evitar el aumento de peso, del cual el vómito autoinducido es el más común, que generalmente ocurre dentro de la hora posterior al atracón.

Incluye otras conductas compensatorias inapropiadas como: ayuno o uso de diuréticos para inducir pérdida de peso, uso de laxantes o enemas para reducir absorción alimenticia, omisión de dosis de insulina, si la persona tiene diabetes y el ejercicio extenuante para aumentar en gran medida el gasto de energía.

Asimismo, existe una preocupación excesiva por el peso y la forma del cuerpo. (Claudino, M. et al., 2019)

## Clasificación

Los trastornos alimentarios constituyen condiciones de salud mental relacionadas con la interacción entre la comida y la percepción del cuerpo de una persona. La clasificación precisa de estos trastornos es esencial para comprender sus características distintivas, realizar diagnósticos adecuados y proporcionar el tratamiento apropiado.

### *Anorexia nerviosa*

#### *a. Anorexia Nerviosa de Tipo Restrictivo*

Se caracteriza por una restricción persistente de la ingesta de alimentos, sin la presencia recurrente de atracones o conductas compensatorias inapropiadas. Las personas que padecen este tipo de anorexia nerviosa suelen mantener un bajo peso corporal a través de una limitación de la cantidad de alimentos que consumen. (Asociación Americana de Psiquiatría, 2022; Gaete & López, 2020)

#### *b. Anorexia Nerviosa de Tipo Compulsivo/ Purgativo*

Implica la presencia recurrente de atracones seguidos de conductas compensatorias inapropiadas, como el vómito autoinducido o el uso excesivo de laxantes o diuréticos. Las personas con este subtipo de anorexia nerviosa pueden alternar períodos de restricción alimentaria con episodios de atracones y purgas. (Asociación Americana de Psiquiatría, 2022; Gaete & López, 2020)

### *Bulimia nerviosa*

#### *a. Bulimia nerviosa de tipo purgativo*

Se caracteriza por episodios recurrentes de atracones seguidos de conductas compensatorias purgativas, como el vómito autoinducido o el uso excesivo de laxantes o diuréticos. Estas conductas tienen como objetivo evitar el aumento de peso después de los atracones. (Asociación Americana de Psiquiatría, 2022; Gaete & López, 2020)

#### *b. Bulimia Nerviosa de Tipo No Purgativo*

Implica la presencia recurrente de atracones sin conductas compensatorias purgativas. En cambio, las personas con este subtipo pueden utilizar métodos alternativos para compensar los atracones, como el ejercicio físico excesivo o el ayuno prolongado. (Asociación Americana de Psiquiatría, 2022; Gaete & López, 2020)

### *4.2.3. Trastorno por Atracón*

#### *a. Trastorno por Atracón de Tipo Purgativo*

Se caracteriza por episodios recurrentes de ingesta excesiva y descontrolada de alimentos, seguidos de conductas compensatorias purgativas. Estas conductas tienen como objetivo reducir la sensación de haber consumido en exceso y evitar el aumento de peso. (Asociación Americana de Psiquiatría, 2022; Gaete & López, 2020)

#### *b. Trastorno por atracón de tipo no purgativo*

Se caracteriza por episodios recurrentes de ingesta excesiva y descontrolada de alimentos, sin la

presencia de conductas compensatorias purgativas. Las personas con este subtipo de trastorno por atracón pueden sentir una falta de control durante los episodios de atracón, pero no recurren a métodos compensatorios para contrarrestarlos. (Asociación Americana de Psiquiatría, 2022; Gaete & López, 2020)

### *Otros Trastornos Alimentarios Especificados o No Especificados*

Además de las categorías anteriores, existen otros trastornos alimenticios que no cumplen todos los criterios de diagnóstico para una categoría específica. Estos pueden incluir patrones atípicos de conducta alimentaria, preocupación excesiva por el peso y la forma corporal y deterioro significativo en el funcionamiento psicosocial.

Algunos ejemplos de estos trastornos son el trastorno de evitación/restricción de la ingesta de alimentos y el trastorno de rumiación. (Asociación Americana de Psiquiatría, 2022; Gaete & López, 2020)

### *Trastornos Alimenticios Adicionales en la Infancia*

#### *a. Trastorno de evitación/restricción de la ingesta de alimentos (ARFID):*

Es un trastorno alimenticio en el cual un niño presenta una restricción selectiva de la ingesta alimentaria. Esto puede deberse a una falta de interés por la comida, aversiones alimentarias intensas o miedos relacionados con la alimentación.

Los niños con ARFID pueden evitar ciertos grupos de alimentos, texturas específicas o incluso pueden presentar un temor persistente a atragantarse o vomitar. Como resultado, pueden experimentar una alimentación inadecuada y deficiencias nutricionales que pueden afectar negativamente su crecimiento y desarrollo. (Asociación Americana de Psiquiatría, 2022; Gaete & López, 2020)

### *b. Trastorno de rumiación*

Es un trastorno alimentario poco común en el que un niño regurgita, mastica nuevamente y vuelve a tragar los alimentos, sin que haya una enfermedad médica que explique este comportamiento. Esto puede ocurrir de manera involuntaria y puede afectar negativamente la ingesta alimentaria y la absorción de nutrientes.

El trastorno de rumiación puede provocar una pérdida de peso, retraso en el crecimiento y problemas de salud relacionados con la nutrición, no debe confundirse con el reflujo gastroesofágico o problemas gastrointestinales. (Asociación Americana de Psiquiatría, 2022; Gaete & López, 2020)

### *c. Trastorno de pica*

Es un trastorno alimentario en el que un niño presenta una ingesta persistente de sustancias no nutritivas, como tierra, papel, cabello, sustancias químicas o cualquier otro material no comestible. Este comportamiento puede ser preocupante y puede estar asociado con deficiencias nutricionales, obstrucciones intestinales y problemas de salud física.

El trastorno de pica puede surgir debido a factores psicológicos, emocionales o ambientales. (Asociación Americana de Psiquiatría, 2022; Gaete & López, 2020)

## Epidemiología

Globalmente, la prevalencia de los trastornos de la conducta alimentaria ha incrementado un 25%, pero únicamente el 20% de los individuos afectados se presenta para obtener tratamiento. (Treasure, J. et al., 2020)

En la prevalencia de por vida de los trastornos alimentarios, existe un rango de 1-22.7 para individuos femeninos y 0.3-0.6 en individuos masculinos. En una encuesta realizada en el 2011 en USA, la tasa de prevalencia estimada en adolescentes de 13-18 años para anorexia nerviosa, bulimia nerviosa y trastorno alimenticio por atracones era 0.3, 0.9 y 1.6% respectivamente. También se determinó que la edad de inicio para estos trastornos era de 12.5 años. (Hornberger, L. et al., 2021)

En el año 2021, Qian, J. et al describe la tasa de prevalencia de trastornos de la conducta alimentaria que puede apreciarse en la tabla 3. En este estudio se concluye que la prevalencia de bulimia nerviosa era cuatro veces el valor de anorexia nerviosa y la prevalencia de trastorno por atracones era diez veces el valor de anorexia nerviosa (tasa de 1:4:10).

Las tasas de prevalencia de 12 meses también presentaban disparidad en la que la prevalencia de trastorno por atracones era marcadamente elevada en comparación a los otros 2 tipos clásicos y la tasa

de anorexia nerviosa era la más baja de los 3 tipos (tasa de 1:16:46).

**Tabla 3. Tasa de prevalencia de trastornos de la conducta alimentaria**

| Prevalencia | De por vida | 12 meses | 4 semanas |
|---|---|---|---|
| **Trastornos de conducta alimentaria** | 0.91% Femenino: 2.58% Masculino: 0.74% | 0.43% Femenino: 0.93% Masculino: 0.22% | 0.2% |
| **Anorexia nerviosa** | 0.16% Femenino: 0.62% Masculino: 0.0.4% | 0.02% Femenino: 0.03% Masculino: 0.01% | 0.01% |
| **Bulimia nerviosa** | 0.63% Femenino: 1.22% Masculino: 0.38% | 0.31% Femenino: 0.29% Masculino: 0.09% | 0.07% |
| **Trastorno por atracones** | 1.53% Femenino: 2.42% Masculino: 1.17% | 0.93% Femenino: 0.93% Masculino: 0.51% | |

Fuente: Adaptado de Qian, J. et al, 2022

En la revisión sistémica realizada por Galamiche et al. en 2019 fue reportada la media poblacional ponderada y sus rangos de prevalencia de por vida, los cuales se desglosan en la tabla 4, donde se aprecia la prevalencia de por vida, tomando 33 estudios. Y la prevalencia de 12 meses incluye 15 estudios.

Los trastornos de la conducta alimentaria se consideran tradicionalmente que afectan principalmente a mujeres. En efecto, la prevalencia anual y de por vida de trastornos alimentarios fueron más altos en mujeres que en hombres. Sin embargo, este hallazgo puede variar de acuerdo con el tipo de trastorno alimentario, ya que los sujetos masculinos usualmente se consideran el 10% con anorexia y bulimia nerviosas.

No obstante, otros estudios indican que <25% de los sujetos con anorexia y bulimia son hombres y estos forman parte del 36% de sujetos con trastorno por atracones.

**Tabla 4. Media poblacional ponderada de trastornos de la conducta alimentaria**

| Prevalencia | De por vida (33 estudios) | 12 meses (15 estudios) |
|---|---|---|
| **Trastornos de conducta alimentaria** | Femenino: 8.4%<br>Masculino: 2.2% | Femenino: 2.2%<br>Masculino: 0.7% |
| **Anorexia nerviosa** | Femenino: 1.4% (0.1-36%)<br>Masculino: 0.2% (0-0.3%) | Femenino: 0.05% (0-0.8%)<br>Masculino: 0.1% (0-0.2%) |
| **Bulimia nerviosa** | Femenino: 1.9% (0.3-4.6%)<br>Masculino: 0.6% (0.1-1.3%) | Femenino: 0.7% (0.3-2.2%)<br>Masculino: 0.4% (0-1.1%) |
| **Trastorno por atracones** | Femenino: 2.8% (0.6-5.8%)<br>Masculino: 1.0% (0.3-2.0%) | Femenino: 1.4% (0.5-3%) Masculino: 0.6% (0-1.2%) |

**Fuente:** Adaptado de Galmiche. et al, 2019

## Etiología

Los trastornos alimentarios son condiciones complejas y multifactoriales cuya etiología ha sido objeto de estudio e investigación durante décadas. A lo largo del tiempo, se han propuesto diversas teorías para comprender mejor los factores subyacentes que contribuyen al desarrollo de estos trastornos. A continuación, se exploran algunas de las teorías más destacadas en este campo. (Asociación Americana de Psiquiatría, 2022; Carratalá, 2022)

### *Teoría psicodinámica*

Esta teoría se basa en las ideas de Sigmund Freud y sugiere que los trastornos alimentarios pueden ser el resultado de conflictos psicológicos no resueltos y de mecanismos de defensa inadecuados. Según esta perspectiva, los trastornos alimentarios podrían ser una forma de expresar problemas emocionales y de buscar control en la vida. (Asociación Americana de Psiquiatría, 2022; Carratalá, 2022)

### *Teoría cognitivo-conductual*

Esta teoría se centra en los procesos cognitivos y conductuales implicados en los trastornos alimentarios. Propone que los pensamientos distorsionados acerca de la imagen corporal, la comida y el peso, así como las conductas desadaptativas relacionadas con la alimentación, desempeñan un papel crucial en el desarrollo y mantenimiento de estos trastornos. (Asociación Americana de Psiquiatría, 2022; Carratalá, 2022)

### *Teoría sociocultural*

Esta teoría pone énfasis en los factores sociales y culturales que contribuyen al desarrollo de los trastornos alimentarios. Se sugiere que los ideales de belleza culturalmente impuestos, los estereotipos relacionados con la delgadez y las presiones sociales para cumplir con ciertos estándares estéticos pueden influir en el desarrollo de insatisfacción corporal y comportamientos alimentarios problemáticos. (Asociación Americana de Psiquiatría, 2022; Carratalá, 2022)

### *Teoría biológica*

Esta teoría se centra en los factores biológicos y genéticos que pueden contribuir a la aparición de los trastornos alimentarios. Se ha observado una mayor incidencia de estos trastornos en familias con antecedentes similares, lo que sugiere la existencia de un componente hereditario.

Además, se ha investigado la influencia de neurotransmisores y hormonas en la regulación del apetito y la saciedad, evidenciando un posible papel de estos mecanismos en el desarrollo de los trastornos alimentarios. (Asociación Americana de Psiquiatría, 2022; Carratalá, 2022)

### *Teoría integrativa*

Esta teoría propone que los trastornos alimentarios son el resultado de una interacción compleja entre factores biológicos, psicológicos y socioculturales. Reconoce que múltiples variables contribuyen al desarrollo de estos trastornos y que diferentes

teorías pueden ser complementarias en lugar de excluyentes. (Asociación Americana de Psiquiatría, 2022; Carratalá, 2022)

## Manifestaciones clínicas y criterios diagnósticos

Para realizar el diagnóstico de los trastornos de la conducta alimentaria, se pueden utilizar los criterios diagnósticos establecidos en el *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* en su quinta edición, así como en su versión revisada. Estos se enumeran en los siguientes párrafos.

### *Anorexia nerviosa*

A. Restricción de la ingesta energética en relación con las necesidades, lo que conduce a un peso corporal significativamente bajo en comparación con la edad, el sexo, el curso del desarrollo y la salud física. *Se* define como peso significativamente bajo aquel que es inferior al mínimo normal o en el caso de 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 inapropiada 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 haber cumplido con 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 haber cumplido con 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 adultos, en el índice de masa corporal (IMC) actual 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 del Índice de Masa Corporal (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/m$^2$ |
| **Moderado** | IMC 16-16.99 kg/m$^2$ |
| **Grave** | IMC 15-15.99 kg/m$^2$ |
| **Extremo** | IMC <15 kg/m$^2$ |

(Asociación Americana de Psiquiatría, 2022)

Aunque la evaluación del peso puede presentar desafíos por las diferencias en los rangos normales entre individuos y a los diferentes puntos de corte que pueden definir los niveles de delgadez, el IMC es una medida útil para medir el peso en relación con la altura. El límite normal establecido por la Organización Mundial de la Salud (OMS) es igual o mayor a 18.5 kg/m$^2$; por lo que a los adultos que se encuentren arriba de este rango no se les debe asignar el diagnóstico de anorexia nerviosa. (Boland, Verduin & Ruiz, 2022)

A pesar de la pérdida de peso, los pacientes presentan miedo intenso de engordar y pueden tener la sensación de ser obesos o que ciertas partes del

cuerpo, particularmente el abdomen, los glúteos y los muslos, son demasiado “gordos”. Pueden utilizar varias formas de evaluar su cuerpo, incluyendo pesarse frecuentemente, medir partes del cuerpo obsesivamente y uso persistente del espejo para inspeccionar ciertas áreas. (Boland, Verduin & Ruiz, 2022)

***Bulimia Nerviosa***

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

1. Ingestión, en un período determinado (ejemplo: 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 (ejemplo: 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 períodos 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 continuo.

*Especificar la gravedad actual:*

La gravedad mínima se basa en la frecuencia de los comportamientos compensatorios inapropiados. 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. (Asociación Americana de Psiquiatría, 2022)

El contexto en el que ocurre el consumo de comida puede influir en si el clínico percibe la práctica como excesiva; por ejemplo, consumir una gran cantidad de comida durante una celebración.

El tipo de comida consumido durante los atracones parece estar más definido en términos de cantidad que en un tipo de nutriente específico. Un mecanismo compensatorio que presentan es el vómito para evitar la ganancia de peso; pueden utilizar sus dedos o instrumentos para estimular el reflejo nauseoso e incluso llegan a utilizar laxantes o diuréticos seguido de los episodios de atracones. (Boland, Verduin & Ruiz, 2022)

### *Otros Trastornos de la Conducta Alimentaria*

En la pica, los criterios diagnósticos incluyen la ingesta persistente de sustancias no nutritivas durante al menos un mes, la cual no es apropiada para el grado de desarrollo del individuo y no es parte de una práctica aceptada de la cultura. (Asociación Americana de Psiquiatría, 2022; Boland, Verduin & Ruiz, 2022)

Al igual que la pica, otro trastorno de la conducta alimentaria que se puede presentar principalmente en la infancia, es el trastorno de rumiación. Entre los

criterios diagnósticos se menciona la regurgitación repetida de alimentos que incluye volver a masticar, tragar o escupirlos durante mínimo un mes que no se produce solo en el curso de anorexia o bulimia nerviosa ni en el trastorno de atracones o restricción de la ingesta de alimentos. (Asociación Americana de Psiquiatría, 2022)

Otro trastorno es el de evitación/restricción de la ingesta de alimentos. Los criterios diagnósticos incluyen el fracaso persistente para cumplir las necesidades nutritivas o energéticas asociado a uno de cuatro hechos: pérdida significativa de peso, deficiencia nutritiva significativa, dependencia de la alimentación enteral o de suplementos nutritivos por vía oral o una interferencia importante en el funcionamiento psicosocial; estas características no se justifican por la poca disponibilidad de alimentos o por una práctica que forme parte de la cultura del individuo ni por otro trastorno de la conducta alimentaria, afección médica u otro trastorno mental. (Asociación Americana de Psiquiatría, 2022)

Considerando la privación de comida y los comportamientos de purga, los trastornos de la conducta alimentaria también se asocian a otro tipo de alteraciones médicas físicas ya que pueden afectar a la mayoría de los órganos y provocar diversas manifestaciones, incluyendo, pero no limitadas a las ejemplificadas en la tabla 5. (Boland, Verduin & Ruiz, 2022)

**Tabla 5a. Manifestaciones Clínicas Asociadas a los Trastornos de Conducta Alimentaria**

| Anorexia Nerviosa | |
|---|---|
| Signos vitales | Bradicardia, hipotensión con cambios ortostáticos, hipotermia, poiquilotermia |
| General | Atrofia muscular, pérdida de grasa corporal |
| Sistema nervioso central | Atrofia cerebral generalizada con agrandamiento de los ventrículos, disminución de la masa cortical, convulsiones, electroencefalograma anormal |
| Cardiovascular | Edema periférico, diámetro cardiaco disminuido, adelgazamiento de la pared ventricular izquierda, respuesta disminuida a la demanda de ejercicio, síndrome de la arteria mesentérica superior |
| Renal | Azotemia prerrenal |
| Hematológico | Anemia, leucopenia, médula ósea hipocelular |
| Gastrointestinal | Vaciamiento gástrico retardado, dilatación gástrica, lipasa y lactasa intestinal disminuida |
| Metabólico | Hipercolesterolemia, hipoglucemia asintomática, enzimas hepáticas elevadas, densidad mineral ósea disminuida |
| Endocrinológico | Disminución de: hormona luteinizante, hormona foliculoestimulante, estrógeno, testosterona, triyodotironina. Aumento de: Triyodotironina inversa, cortisol, hormona del crecimiento, prolactina. Tiroxina normal o disminuida, diabetes insípida parcial. |

Fuente: Tomado de Boland, Verduin & Ruiz, 20. Modificado por grupo de desarrollo.

**Tabla 5b. Manifestaciones Clínicas Asociadas a los Trastornos de Conducta Alimentaria**

| Bulimia Nerviosa | |
|---|---|
| **Metabólico** | Alcalosis o acidosis hipocalemia, hipercloremia, deshidratación |
| **Renal** | Azotemia prerrenal, falla renal aguada o crónica |
| **Cardiovascular** | Arritmias, toxicidad miocárdica por emetina |
| **Dental** | Pérdida del esmalte en la superficie lingual, múltiples caries |
| **Gastrointestinal** | Glándulas parótidas inflamadas, nivel de amilasa sérica elevada, distención gástrica, sindrome de colon irritable, melanosis coli por uso de laxantes |
| **Musculoesquelético** | Calambres, tetania |

**Fuente:** Tomado de Boland, Verduin & Ruiz, 2022. Modificado por grupo de desarrollo.

## *Pruebas de Tamizaje*

Durante la atención en consulta externa o en los servicios de emergencia puede ser de utilidad pruebas breves de tamizaje para detectar comportamientos anómalos en cuanto a la conducta alimentaria de los pacientes. En el 2005, Rueda et al realizó la validación del cuestionario SCOFF para el cribado de los trastornos del comportamiento alimentario en adolescentes escolarizadas que podrían utilizarse en la consulta diaria con los pacientes como un método corto para la detección de pacientes en riesgo. Según el estudio, concluyeron que el cuestionario era una buena opción para aplicarla debido a que su

administración es rápida y sencilla. El cuestionario cuenta con cinco preguntas que se enumeran en el siguiente cuadro.

| Cuestionario SCOFF |
|---|
| 1. ¿Usted se provoca el vómito porque se siente muy llena? |
| 2. ¿Le preocupa que haya perdido el control sobre la cantidad de comida que ingiere? |
| 3. ¿Ha perdido recientemente más de 7 kg en un periodo de 3 meses? |
| 4. ¿Cree que está gorda, aunque los demás digan que está demasiado delgada? |
| 5. ¿Usted diría que la comida domina su vida? |

## Diagnósticos diferenciales

Los pacientes que tienen un diagnóstico de un TCA, con frecuencia presentan alguna otra comorbilidad psiquiátrica. La presencia de dichas comorbilidades puede aumentar la complejidad y hacer más difícil la definición del diagnóstico. Así que para poder diferenciar el TCA de otros diagnósticos psiquiátricos y otras condiciones médicas deben considerarse los siguientes diferenciales y sus comorbilidades.

### *Anorexia Nerviosa*

#### *Comorbilidades*

La anorexia nerviosa (AN) se asocia con una alta tasa de comorbilidades. Jagielska et al 2017 en su revisión de literatura, indicaron que la comorbilidad es un problema común durante la fase aguda de la

enfermedad. Entre las comorbilidades asociadas, la depresión se encuentra en el 65% de los casos, la fobia social el 34% y el trastorno obsesivo el 26%. (Jagielska, G., & Kacperska, 2017)

Otros padecimientos psiquiátricos asociados son los trastornos afectivos en el 24.7%, el abuso de sustancias en el 14.6%, los trastornos de la personalidad en el 17.4% y el trastorno de estrés postraumático y los ataques de pánico. (Boland, Verduin & Ruiz, 2022)

### *Diagnósticos diferenciales*

Se deben descartar enfermedades orgánicas que expliquen la pérdida de peso como se observa en diferentes tipos de cáncer, diabetes mellitus, hipertiroidismo, colitis ulcerosa, enfermedad celiaca, entre otros. (Boland, Verduin & Ruiz, 2022)

**Tabla 6a. Diagnósticos diferenciales psiquiátricos de la Anorexia Nerviosa y sus características distintivas**

| Diagnóstico diferencial | Características distintivas |
|---|---|
| **Episodios depresivos mayor o persistente** | En esta no existe el miedo a aumentar de peso |
| **Esquizofrenia** | Evitar el consumo de alimentos bajo conductas inapropiadas, como por ejemplo que la comida se encuentre envenenada. |
| **Fobia social** | Conductas de levitación de comer en público. |
| **Trastorno de somatización** | Fluctuaciones de peso, los vómitos y peculiaridades en el manejo de las comidas |
| **Agitación nerviosa** | La hiperactividad que se observa en la AN está planificada y ritualización. |

**Fuente:** Tomado de Boland, Verduin & Ruiz, 2022. Modificado por grupo de desarrollo.

## *Bulimia Nerviosa*

### *Comorbilidades*

Hay mayor comorbilidad con trastornos afectivos, abuso de alcohol y sustancias y trastornos de la personalidad en comparación con la anorexia nerviosa. (Boland, Verduin & Ruiz, 2022)

### *Diagnósticos diferenciales*

Se debe confirmar que los pacientes no tengan enfermedades gastrointestinales, neurológicas o médicas como convulsiones de tipo epiléptico, tumores del sistema nervioso central como el síndrome de Kluver-Bucy o síndrome de Kleine-Levin. (Boland, Verduin & Ruiz, 2022)

**Tabla 6b. Diagnósticos diferenciales psiquiátricas de la Bulimia Nerviosa y sus características distintivas**

| Diagnóstico diferencial | Características distintivas |
|---|---|
| **Episodios depresivos mayores con síntomas atípicos** | El comer en exceso es frecuente, pero en este diagnóstico los sujetos no recurren a medidas compensatorias ni muestran preocupación excesiva por el peso y la silueta corporal. |

**Fuente:** Tomado de Boland, Verduin & Ruiz, 2022. Modificado por grupo de desarrollo.

## Evolución y pronóstico

### *Anorexia Nerviosa*

La evolución de la AN se considera muy variable a nivel global. Puede tener una recuperación espontánea sin tratamiento, así como puede haber una fluctuación de aumentos de peso seguidos de recaídas y si se presenta una evolución gradualmente degenerativa puede dar lugar a la muerte. (Boland, Verduin & Ruiz, 2022)

En relación con el pronóstico Jagielska et al informaron que el 10% de los pacientes seguían cumpliendo con los criterios de Anorexia Nerviosa 12 años después de su primera hospitalización y que incluso quienes no cumplían con los criterios continuaron teniendo un peso corporal significativamente bajo al igual que su función cognitiva. La razón de mortalidad estandarizada (RME) según Klump et al es la más alta de todos los trastornos psiquiátricos y su muerte por suicidio en AN oscila entre 23.1 y 59.6 (Jagielska, G., & Kacperska, 2017)

Adicionalmente, reportaron que entre el 23-73% de pacientes con tratamiento ambulatorio evitan o abandonan su seguimiento. Si bien el pronóstico es variable, existen factores asociados de mal pronóstico como las conductas purgatorias, los trastornos de personalidad, conflictos familiares y la edad de presentación temprana o tardía. Tanto el reconocimiento temprano como un manejo adecuado resultan cruciales para un pronóstico favorable. (Boland, Verduin & Ruiz, 2022)

### *Bulimia Nerviosa*

La evolución de la BN se caracteriza por tasas más elevadas de recuperación parcial y completa comparado con la anorexia nerviosa. Los pacientes bajo tratamiento tienden a tener una mejor recuperación comparado con los que no reciben tratamiento. (Boland, Verduin & Ruiz, 2022)

Según Himmerich et al 2019, informaron que las tasas de mortalidad son elevadas en pacientes con BN, la razón de mortalidad estandarizada (RME) para personas con BN se estimó en 1,49 lo que indica que el número observado de muertes en la población con BN fue aproximadamente 1,5 veces mayor que el esperado en la población general estandarizada por sexo y edad.

El pronóstico es variable según el momento de dar el diagnóstico y el tipo de padecimiento, existen algunos factores de mal pronóstico como las conductas purgatorias, antecedentes de consumo de sustancias y trastornos de la personalidad. Son factores de buen pronóstico el inicio en edades tempranas y el tener menor tiempo de evolución al momento de inicio del tratamiento. (Boland, Verduin & Ruiz, 2022)

### Tratamiento

El tratamiento de estos padecimientos se realiza de manera multidisciplinaria y varía de acuerdo a los enfoques y protocolos de cada país e institución.

El tratamiento hospitalario se utiliza en los casos más graves de anorexia nerviosa, cuando se evidencia un riesgo significativo para la salud y la vida del paciente, debido al componente nutricional y problemas médicos asociados.

El tratamiento inicia con la evaluación nutricional para evidenciar la severidad del caso, las complicaciones médicas y así establecer un tratamiento individualizado. En relación con dicha evaluación se marcan objetivos para restablecer el peso corporal y corregir las deficiencias nutricionales, mediante un enfoque gradual y controlado para aumentar la ingesta de calorías y nutrientes.

Se acompaña de terapia psicológica individual y grupal, para el abordaje de aspectos psicológicos y emocionales, pensamientos disfuncionales, comportamientos alimentarios, detonantes emocionales y distorsiones cognitivas.

De la mano de la continua supervisión médica se monitorizan signos vitales, niveles de electrolitos y complicaciones secundarias. Se recomienda darle participación a la familia para ser un recurso de apoyo para cuando el paciente cuente con alta y seguimiento ambulatorio. (Vogel, et al. 2021)

**Tabla No. 7 Tratamiento Psicoterapéutico**

| Trastorno alimenticio | Tratamientos Psicoterapéuticos |
|---|---|
| **Anorexia nerviosa** | -Terapia Cognitivo-Conductural (TCC)<br>-Terapia Familiar<br>-Terapia de Apoyo Nutricional<br>-Terapia Focalizada en el Tratamiento de la imagen Corporal (CBT-IC) |
| **Bulimia nerviosa** | -Terapia Cognitivo-Conductual (TCC)<br>-Terapia de Exposición y Prevención de Respuesta (TEPR)<br>-Terapia Interpersonal<br>-Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) |

**Fuente:** grupo desarrollador de guía.

### *Terapia Cognitivo-Conductual (TCC)*

**1a** Es un enfoque terapéutico ampliamente utilizado para tratar tanto la anorexia como la bulimia nerviosa. Se centra en identificar y cambiar los pensamientos y comportamientos disfuncionales relacionados con los trastornos alimenticios. **A**

La terapia se basa en la premisa de que los pensamientos distorsionados influyen en los comportamientos y emociones negativas asociadas con los trastornos alimenticios. La TCC se ha demostrado efectiva en la reducción de los síntomas y la prevención de recaídas en ambos trastornos.

### *Terapia de Exposición y Prevención de Respuesta (TEPR)*

**1a** Esta terapia se utiliza principalmente en el tratamiento de la bulimia nerviosa. Se basa en la exposición **A**

gradual a los alimentos desencadenantes y en la prevención de las conductas de purga o restricción alimentaria que suelen seguir a los atracones.

La TEPR ayuda a los individuos a enfrentar y resistir los impulsos de purgar, lo que lleva a una disminución en los atracones y las conductas compensatorias.

***Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT)***

2b

La ACT se centra en ayudar a los individuos a desarrollar una mayor aceptación de sus pensamientos y emociones, al tiempo que los alienta a tomar acciones comprometidas hacia sus valores y objetivos.

B

En el tratamiento de la bulimia nerviosa, la ACT puede ayudar a reducir la evitación de las emociones negativas y promover comportamientos más saludables en lugar de la purga.

Es importante tener en cuenta que la efectividad de cada terapia puede variar según las necesidades individuales y la gravedad del trastorno.

***Terapia de Apoyo Nutricional***

3b

Esta terapia se enfoca en restaurar y mantener un patrón de alimentación saludable. Un dietista especializado trabaja en colaboración con el paciente para establecer objetivos de alimentación adecuados y desarrollar habilidades para tomar decisiones nutricionales saludables.

B

La terapia de apoyo nutricional es una parte integral del tratamiento de los trastornos alimenticios, ya

que ayuda a restablecer un peso corporal saludable y aborda los comportamientos alimentarios desordenados.

***Terapia Focalizada en el Tratamiento de la Imagen Corporal (CBT-IC)***

| | | |
|---|---|---|
| **3b** | La CBT-IC se centra específicamente en los problemas de imagen corporal y la insatisfacción con la apariencia física en la anorexia nerviosa. Esta terapia ayuda a identificar y cambiar los pensamientos y creencias negativas relacionadas con la apariencia y el peso corporal. Se ha demostrado que la CBT-IC reduce la insatisfacción corporal y mejora la autoimagen en personas con anorexia nerviosa. | **B** |

***Terapia interpersonal***

| | | |
|---|---|---|
| **5** | La terapia interpersonal se centra en mejorar las habilidades de comunicación y las relaciones interpersonales del individuo. Se trabaja en la resolución de conflictos, la mejora de la autoestima y la construcción de relaciones más saludables. Esta terapia ha demostrado ser eficaz en el tratamiento de la bulimia nerviosa al abordar los problemas de relaciones interpersonales que pueden contribuir a los trastornos alimenticios. | **D** |

***Terapia Familiar***

| | | |
|---|---|---|
| **5** | La terapia familiar se centra en abordar las dinámicas familiares y los patrones de comunicación disfuncionales que pueden contribuir a los trastornos alimenticios. La terapia busca mejorar la comprensión, | **D** |

la comunicación y el apoyo dentro de la familia. Se ha demostrado que la terapia familiar es eficaz tanto en la anorexia nerviosa como en la bulimia nerviosa, especialmente en adolescentes. (Phillipa hay, et al. 2013) (Eva Vall, et al. 2015)

### *Tratamiento farmacológico*

1c

A

El manejo con psicofármacos en pacientes con trastornos de conducta alimentaria es limitado y la evidencia existente es escasa centrando su enfoque en el tratamiento de la psicopatología comórbida.

En la anorexia nerviosa, cuando el paciente se encuentra extremadamente agitado y resistente a la alimentación, se ha recomendado el uso de antipsicóticos con efectos sedativos como la olanzapina.

En pacientes con bulimia nerviosa se ha demostrado la utilidad de los antidepresivos; no obstante, la evidencia sigue siendo limitada. (Bermúdez, Chacón & Segura, 2021).[1]

1 El enfoque del tratamiento es principalmente psicoterapéutico.

**Tabla No. 8 Tratamiento Farmacológico**

| Trastorno alimenticio | Fármaco |
|---|---|
| **Anorexia nerviosa** | -Olanzapina<br>-Fluoxetina<br>-Quetiapina<br>-Topirtamato<br>-Risperidona |
| **Bulimia nerviosa** | -Fluoxetina<br>-Sertralina<br>-Escitalopram<br>-Citalopram<br>-Topiramato |

**Fuente:** Elaborado por grupo de desarrollo.

### *Olanzapina*

1a

A

Se ha estudiado la olanzapina como un posible tratamiento para la anorexia nerviosa. Se ha encontrado que la olanzapina puede ayudar a aumentar el peso corporal, mejorar los síntomas de ansiedad y depresión en personas con anorexia nerviosa, disminuye los rituales compulsivos y las preocupaciones, mejora la calidad del pensamiento delirante.

Las dosis son variables dependiendo del estudio y de cada individuo. Entre los efectos secundarios más documentados se encuentran el aumento de peso y los cambios metabólicos, los cuales deben ser considerados cuidadosamente en dependencia de cada caso individual.

### *Risperidona*

1b

Es otro psicotrópico que se ha utilizado en el tratamiento de la anorexia nerviosa. Algunos estudios han demostrado mejorías significativas en el peso corporal y los síntomas psicopatológicos como la rigidez cognitiva en el horario de comidas, reducción de quejas bajadas en la distorsión del peso, disminución de la agitación y la agresividad.

A

No obstante, su uso en el tratamiento de la anorexia nerviosa es objeto de debate y se requiere más investigación ya que los estudios varían dosis y presentación del fármaco. (Jacopo Pruccoli, et al. 2022)

### *Fluoxetina*

1a

Es el antidepresivo que se ha utilizado ampliamente en el tratamiento de la bulimia nerviosa. Se ha demostrado que reduce la frecuencia de los atracones y las conductas compensatorias, así como los síntomas de depresión. Es considerado uno de los tratamientos farmacológicos más efectivos para la bulimia nerviosa, al lado de otros inhibidores de la recaptación de serotonina como sertralina, paroxetina y escitalopram, sin embargo, en algunos pacientes se evidencian resultados contradictorios. (Carrillo Melisa, et al. 2022)

A

### *Quetiapina*

3b

Este antipsicótico atípico, ha mostrado resultados prometedores en algunos estudios como tratamiento para la anorexia nerviosa. Se ha evidenciado una mejoría en el peso corporal, en los síntomas

B

depresivos y de ansiedad en ciertos pacientes, funcionando como un estabilizador del estado del ánimo. Sin embargo, se necesita más investigación para establecer su eficacia y seguridad a largo plazo en este trastorno. (Jacopo Pruccoli, et al. 2022)

### *Topiramato*

3b

El topiramato, un antiepiléptico, ha sido investigado como tratamiento potencial para la anorexia nerviosa. Algunos estudios preliminares sugieren que puede ayudar a reducir los síntomas de obsesión y compulsión relacionados con la alimentación en pacientes con anorexia nerviosa. Sin embargo, se requieren más estudios para confirmar estos hallazgos. (Mikail Nourredine, et al. 2021)

B

### *Tratamiento intrahospitalario*

1c

La hospitalización es un procedimiento que aleja al paciente de su lugar de residencia y familia, por lo que es usualmente temida. Por dicha razón la estancia no debe prolongarse más allá de lo necesario, cumpliendo los objetivos establecidos por el equipo multidisciplinario. (Vogel, et al. 2021)

A

Los objetivos de la hospitalización de un paciente con trastorno de la conducta alimentaria son:

1. Contener y revertir dentro de lo posible, los riesgos médicos y psiquiátricos.
2. Reeducar hacia una alimentación normalizada

3. Preparar a la familia para una fase ambulatoria posterior

4. Establecer un vínculo con el equipo y definir un modelo de seguimiento

Dentro del abordaje multidisciplinario debe estar presente la tríada: nutrición, psiquiatría y psicología. Se añade la inclusión de la familia en el tratamiento con un rol de primordial importancia. (Vogel, et al. 2021)

**1c** Las principales indicaciones de hospitalización en trastornos de la conducta alimentaria son: **A**

| | |
|---|---|
| PESO ACTUAL O PERDIDA DE PESO | ADULTOS: IMC <16<br>ADOLESCENTES % IMC P< 75%<br>PÉRDIDA DE PESO SUPERIOR AL 15% EN LOS 3 A 6 MESES ANTERIORES<br>MUY POCA INGESTA DURANTE MAS DE 10 DÍAS |
| PRESIÓN ARTERIAL SISTÓLICA, POSTURAL | <90 MM Hg, HIPOTENSIÓN ORTOSTÁTICA ( ↓20 mm Hg ) |
| FRECUENCIA CARDÍACA | < 40 lpm o > 110 lpm; TAQUICARDIA POSTURAL > 10 lpm |
| TEMPERATURA CORPORAL | < 36 ° C |
| DATOS DE LABORATORIO | ALTERACIONES EN GLICEMIA, ELECTROLÍTOS, ALBÚMINA, ENZIMAS HEPÁTICAS |
| ELECTROCARDIOGRAMA | ALTERACIONES: ARRÍTMIAS, PROLONGACIÓN DEL QT |
| SÍNTOMAS ALIMENTARIOS | ALIMENTACIÓN MUY ALTERADA, PURGAS, VÓMITOS, EJERCICIO, COGNICIONES DE -TA- MUY ALTERADAS |
| EVALUACIÓN DEL RIESGO | IDEACIÓN SUICIDA, AUTOAGRESIONES ACTIVAS, AGITACIÓN U OTRAS CONDICIONES PSIQUIÁTRICAS QUE REQUIEREN HOSPITALIZACIÓN |
| OTROS | DISFUNCION FAMILIAR SEVERA, FALLA DEL TRATAMIENTO AMBULATORIO |

**Fuente:** Manual para el Manejo Intrahospitalario de los Trastornos Alimentarios, 2021

# 5. Glosario

**Anorexia Nerviosa:** Trastorno de la conducta alimentaria caracterizado por un peso significativamente bajo en relación con lo esperado para el individuo, debido a un patrón persistente de conductas para evitar el aumento de peso.

**Atracón:** Ingesta de una cantidad de alimentos superior a la que la mayoría de las personas ingeriría en circunstancias similares, acompañada de la sensación de pérdida de control sobre lo que se ingiere en un período de tiempo definido.

**Bulimia Nerviosa:** Trastorno de la conducta alimentaria caracterizado por atracones acompañados de comportamientos compensatorios para evitar el aumento de peso.

**Trastorno de evitación/restricción de la ingesta de alimentos:** Se define como la falta de interés por la comida o el miedo relacionado con la alimentación que causa una restricción selectiva de la ingesta alimentaria.

**Trastorno de rumiación:** Se refiere a la regurgitación repetida de la comida, en donde esta se vuelve a masticar, tragar o se escupe.

**Trastorno de pica:** Es el consumo recurrente de sustancias no nutritivas

## 6. Referencias bibliográficas


Asociación Americana de Psiquiatría (2022), Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, Quinta Edición, Texto Revisado. Trastornos de la Conducta Alimentaria y de la Ingesta de Alimentos, 382-94. ISBN 9780890425770.

Bermúdez Durán LV, Chacón Segura MA, Rojas Sancho DM (2021). Actualización en trastornos de conducta alimentaria: anorexia y bulimia nerviosa. Rev. méd. Sinerg, 6(8): e753. https://revistamedicasinergia.com/index.php/rms/article/view/753

Boland, RJ, Verduin M, Ruiz P (2022), Kaplan & Sadock. Sinopsis de Psiquiatría. Filadelfia, PA: Wolters Kluwer. ISBN 9781975145569.

Carratalá Ricart, L. (2022). Revisión sistemática sobre los factores de riesgo relacionados con los trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes españoles. Trabajo de fin de grado, Grado en Psicología, Universidad. https://hdl.handle.net/20.500.12880/4135

Carrillo Melisa, Juliana Martínez, et al., “Eficacia y seguridad de antipsicóticos y antidepresivos en el tratamiento de la anorexia nerviosa: revisión sistemática, Revista colombiana de Psiquiatría, vol.51 no.3 Bogotá Jul./Sept. 2022 E pub Nov 25, 2022, https://doi.org/10.1016/j.rcp.2020.11.009

Claudino et al. BMC Medicine (2019) 17:93 The classification of feeding and eating disorders in the ICD-11: results of a field study comparing proposed ICD-11 guidelines with existing ICD-10 guidelines https://doi.org/10.1186/s12916-019-1327-4

Eva Vall, BA, Tracey D, Wade, PhD, “Predictores del resultado del tratamiento en personas con trastornos de la alimentación: una revisión sistemática y un metaanálisis”, Facultad de Psicología, Universidad de Flinders, Adelaida, Australia, 2015, DOI: 10.1002/comer.22411.

Gaete P., Verónica, & López C., Carolina. (2020). Trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes. Una mirada integral. Revista chilena de pediatría, 91 (5), 784-793. https://dx.doi.org/10.32641/rchped.vi91i5.1534

Hay P, Touyz S, Claudino AM, et al. Treatment of Anorexia Nervosa: Insights and Challenges. Int J Eat Disord. 2015;48(8):1237-1251. doi:10.1002/eat.22411

Himmerich, H., Hotopf, M., Shetty, H., Schmidt, U., Treasure, J., Hayes, R. D., Stewart, R., & Chang, C.-K. (2019). Psychiatric comorbidity as a risk factor for the mortality of people with bulimia nervosa. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, *54*(7), 813–821. https://doi.org/10.1007/s00127-019-01667-0

Hornberger LL, Lane MA, AAP THE COMMITTEE ON ADOLESCENCE. Identification and Management

of Eating Disorders in Children and Adolescents. Pediatrics. 2021; 147(1):e2020040279

Jagielska, G., & Kacperska, I. (2017). Outcome, comorbidity and prognosis in anorexia nervosa. *Psychiatria polska*, *51*(2), 205–218. https://doi.org/10.12740/pp/64580

Jacopo Pruccoli, Luca Bergonzini, et al, "Antipsicóticos en el tratamiento de niños y adolescentes con anorexia nerviosa: una revisión sistemática", Biomedicinas 2022, 10(12), 3167; https://doi.org/10.3390/biomedicines10123167

Le Grange D, Lock J. Family-Based Treatment: Where Are We and Where Should We Be Going to Improve Recovery in Child and Adolescent Eating Disorders. Int J Eat Disord. 2015;48(7):872-877. doi:10.1002/eat.22425

Mikail Nourredina, Lucie Jurek, et al., "Uso de topiramato en el espectro de trastornos alimentarios y adictivos, una revisión sistemática que compara los esquemas de tratamiento y características de seguridad", CNS Drugs volume 35, pages177-213 (2021), doi.org/10.1007/s40263-020-00780-y

Organización Mundial de la Salud. (2020). *Trastornos mentales*. Organización Mundial de la Salud. https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders

Phillipa Hay, PhD, et al. "Una revisión sistemática de la evidencia para la psicología Tratamientos

en trastornos alimentarios: 2005-2012", Universidad de Western Sydney, publicado en Wiley Online Library, 2015, doi: 10.1002/eat.22103

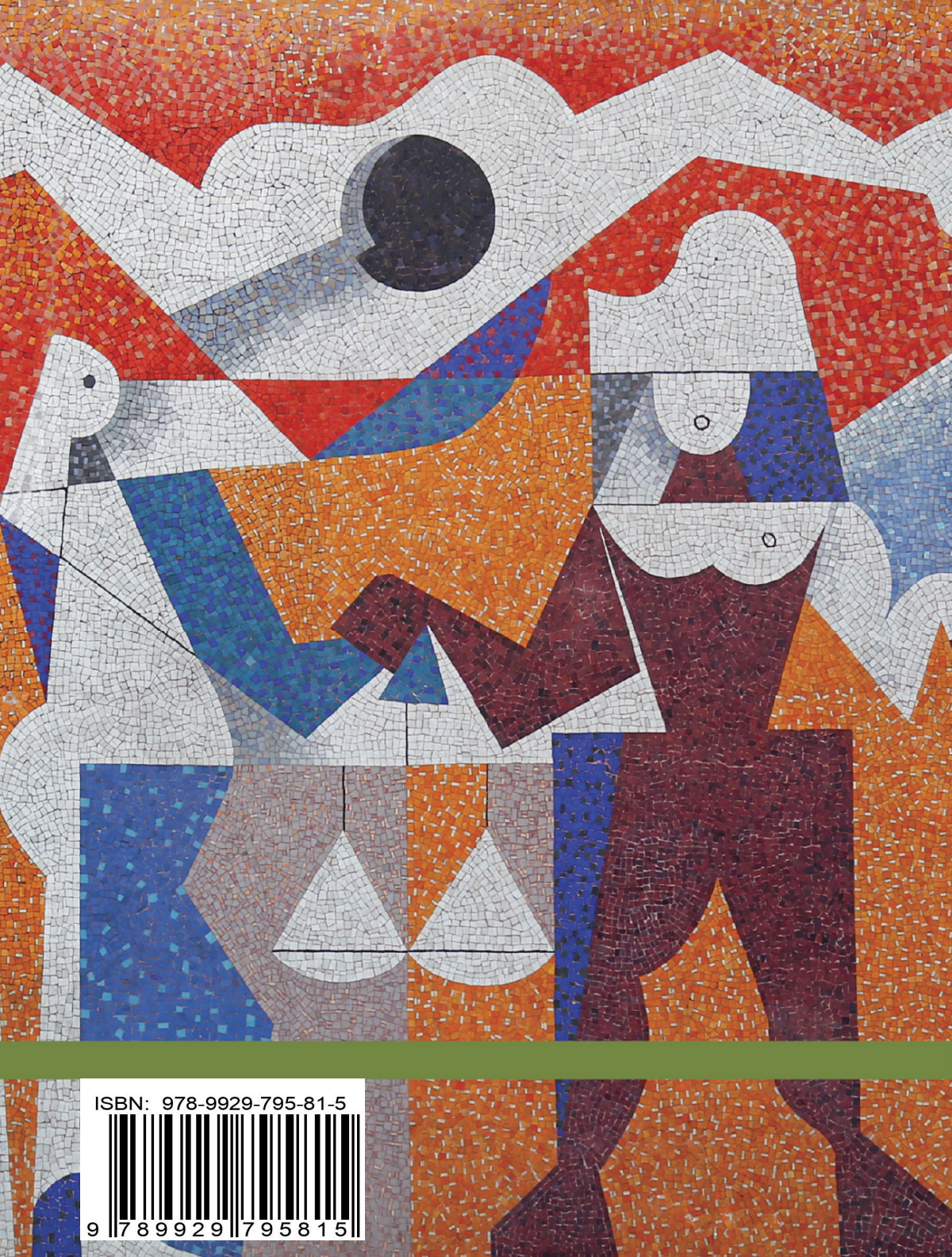
Qian, J. et al. (2022). An update on the prevalence of eating disorders in the general population: a systematic review and meta-analysis. Eating and Weight Disorders - Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity 27:415–428 https://doi.org/10.1007/s40519-021-01162-z

Treasure, J et al. (2020) Eating disorders. Lancet 395: 899–911. Available on: 10.1016/S0140-6736(20)30059-3

Vogel, M., Urrejola, P., Gumucio, M. E., Unger, C., Figueroa, D., Negrón, P., & Irribarra, V (2021). Manual Intrahospitalario para el Manejo de Trastornos Alimentarios. https://medicina.uc.cl/wp-content/uploads/2022/02/Manual-para-el-manejo-intrahospitalario-de-los-Trastornos-Alimentarios.pdf

Wade TD, O'Shea A. Outcomes of a Body Image-focused Early Intervention for Anorexia Nervosa. Eur Eat Disord Rev. 2017;25(2):102-106. doi:10.1002/erv.2504

7a. Avenida 22-72 Zona 1
Centro Cívico, Ciudad de Guatemala
Guatemala, Centroamérica
PBX: 2412-1224
www.igssgt.org



ISBN: 978-9929-795-81-5