



Universitat
de les Illes Balears

Título: Anorexia nerviosa: una revisión actualizada del
trastorno

AUTORA: TAMARA LORENZO PÉREZ

Memoria del Trabajo de Fin de Máster

Máster Universitario en Psicología General Sanitaria

de la

UNIVERSITAT DE LES ILLES BALEARS

Curso Académico 2016-2017

Fecha: 6 de Junio de 2017

Nombre Tutora del Trabajo: M^a del Carmen Borrás Sansaloni

Resumen

Este trabajo presenta una revisión y actualización de uno de los trastornos de la conducta alimentaria y de la ingestión de alimentos más comunes, la anorexia nerviosa (AN).

En los últimos años parece que el interés se ha focalizado en estudios epidemiológicos y estudios sobre factores de riesgo, no obstante parece necesario dirigir la investigación a otros grupos de población menos estudiados.

Por otro lado, a pesar de los avances que han ido apareciendo en cuanto al desarrollo de recursos preventivos y tratamientos para la AN, la evidencia es extremadamente limitada. La generación de conocimiento sobre esta área es necesaria para que el personal sanitario considere a la AN como una enfermedad que difícilmente llega a tener una remisión espontánea. Es necesario mejorar y extender la detección e intervención temprana y la promoción de la salud así como la necesidad de desarrollar tratamientos más efectivos e implementar la comunicación entre investigación y práctica. En definitiva, con el objetivo de analizar su evolución y situación actual, se abordan los aspectos más relevantes procurando actualizar los datos para obtener una visión amplia de la problemática y así conocer el universo actual de esta patología.

Índice

1. Introducción.....	3
2. Justificación del trabajo.....	4
3. Estrategia de búsqueda.....	5
4. Antecedentes históricos.....	5
5. Definición y clasificación.....	6
6. Epidemiología.....	7
7. Etiología.....	8
8. Manifestaciones clínicas.....	10
9. Detección y evaluación.....	12
10. Diagnóstico.....	14
11. Proceso de evaluación y diagnóstico.....	17
12. Diagnóstico diferencial.....	19
13. Comorbilidad.....	19
14. Actuaciones en los diferentes niveles de atención.....	20
15. Tratamiento.....	23
16. Evolución y pronóstico.....	27
17. Conclusión.....	27
18. Referencias.....	34

1. Introducción

Los diversos momentos históricos, traen consigo un conjunto de valores que van cambiando con el tiempo. El tema del que trata este trabajo, es fruto de circunstancias ambientales, de un impacto tan fuerte en nuestra sociedad, sobre todo entre los jóvenes, que dificulta y hasta impide, el desarrollo normal de la persona.

La educación tiende a modelar nuestro cuerpo y a ajustarlo a las exigencias y normativas del entorno en que vivimos, adquiriendo una función muy relevante como mediador cultural (Esteban, 2004). Según los valores, creencias y cánones estéticos que promueve cada sociedad, se va plasmando una imagen corporal ideal en cada uno de nosotros. En este marco surge uno de los trastornos mentales que afecta sobre todo a mujeres jóvenes y que actualmente aparece en el Manual Diagnóstico y Estadístico de las Enfermedades Mentales, en su quinta edición (DSM-5; APA, 2014), bajo el término de Trastornos de la conducta alimentaria y de la ingestión de alimentos. En adelante TCA ya que es como se conocen comúnmente aunque su nomenclatura haya cambiado en el actual DSM.

En los últimos años el interés por estos trastornos ha sido creciente debido, principalmente, a que se trata de una enfermedad caracterizada por la gravedad de sus síntomas, su elevada resistencia al tratamiento y riesgo de recaídas, así como al alto grado de comorbilidad y mortalidad que presenta (Fichter y Quadflieg, 2016).

El TCA que se aborda en el presente trabajo es la anorexia nerviosa (AN). El objetivo es la revisión bibliográfica para conocer la evolución en su concepción y el estado actual de conocimiento.

2. Justificación del trabajo

La AN es una enfermedad grave, con muchas complicaciones asociadas, un gran impacto en la calidad de vida, una prevalencia en aumento y una tendencia a la cronificación.

Hoy en día es una entidad de difícil abordaje clínico y terapéutico sobre la cual sigue sin haberse logrado clarificar sus causas, curso y tratamiento de forma satisfactoria.

Teniendo en cuenta el duro impacto que puede ocasionar esta patología se han ido desarrollado numerosos estudios epidemiológicos que intentan medir su alcance (Gustafsson, Edlung, Kjellin y Norring, 2009).

Por otro lado, se ha hablado mucho de los factores de riesgo, aspecto que se considera fundamental para poder realizar una detección temprana e implantar estrategias y planes de prevención. Recientemente, se ha demostrado que su diagnóstico precoz, incrementa la probabilidad de recuperación (Pinhas, Wong y Woodside, 2014).

Su tratamiento, necesariamente multidisciplinar, es difícil y, con frecuencia, exige ingresos hospitalarios de larga duración, implicando un gran consumo de recursos. El impacto en el coste sanitario, sus complicaciones, su gravedad sintomática, la resistencia al tratamiento y las recidivas, son objeto de preocupación.

Ello evidencia la necesidad de fomentar programas de prevención que ayuden a la reducción de la vulnerabilidad de la población ante los factores de riesgo que pueden llevar a este tipo de trastornos.

Objetivos:

General: Conocer y analizar la evolución y estado actual de la AN a partir de los aspectos históricos y clínicos, los avances en su detección, orientación y manejo terapéutico.

Secundarios:

- Localizar fuentes bibliográficas que permitan identificar los aspectos relevantes sobre el tema.
- Conocer la utilidad práctica y real de los avances científicos en este campo así como las controversias entre los diferentes estudios.

3. Estrategia de búsqueda.

Inicialmente, se procedió a una búsqueda de artículos científicos publicados entre 2000 y 2017 en las principales bases de datos de carácter nacional e internacional: “Psycinfo”, “PubMed”, “Scopus”, “Cochrane Database of Systematic Reviews”, “The Cochrane Library”, “Eservier”, “Google Academico” y “Web of Science”. Además se revisaron algunas páginas webs y revistas electrónicas como Scielo, Science o Infocop.

Las palabras clave de acuerdo al MeSH fueron: Anorexia OR Anorexia nervosa, AND Mental Health, AND Update OR Updating, AND Epidemiology, AND etiology AND Treatment OR outcome AND prevention AND systematic review OR meta-analysis.

En las bases de datos en castellano se ha utilizado un vocabulario DeCS (Descriptores de Ciencias de la salud) utilizando los siguientes términos: Anorexia, Anorexia nerviosa, Salud mental, actualización, epidemiología, evaluación, tratamiento, prevención.

4. Antecedentes históricos

A lo largo de la historia la AN se ha descrito de diferentes formas, entre ellas “consunción nerviosa” (Morton, 1689), “apepsia histérica” (Lasègue, 1873) y “anorexia histérica” (Gull, 1873).

Precisamente al tratarse de la enfermedad psicósomática y somato-psíquica por excelencia, ha favorecido que a lo largo de la historia las distintas disciplinas hayan establecido hipótesis causales, que explica la cantidad de denominaciones (más de 25) que

ha recibido y las diferentes etapas por las que ha transcurrido su descripción e interpretación (Cabases, 1999).

En el s. XX se produce una revolución conceptual y metodológica sobre la AN a la que se llegó mediante un largo proceso de contraste de teorías y escuelas.

La visión moderna de la AN se fija con Bruch (1978), quien describe que esta patología se desarrolla en un contexto familiar concreto, afectando al desarrollo de la personalidad global. Asimismo, destacó algunas características presentes en el desarrollo del trastorno como las influencias socioambientales, problemas de autoestima y adaptación social, obsesiones y predisposiciones genéticas.

5. Definición y clasificación

El término anorexia procede del griego *a-/ an-* (negación) + *orégo* (apetecer) (Powers y Santana, 2002). Se trata de un TCA que se manifiesta como un deseo irrefrenable de estar delgado, acompañado de una serie de comportamientos voluntarios para conseguirlo como dieta restrictiva estricta y conductas de tipo purgativo (vómitos autoinducidos, abuso de laxantes, uso de diuréticos, etc.). A pesar de la pérdida de peso progresiva, la persona muestra un miedo intenso a ser obesa. Presentan distorsión de la imagen corporal, con preocupación extrema por ésta y persisten en conductas de evitación hacia la comida con acciones compensatorias para contrarrestar lo que ingieren (hiperactividad física) sin tener conciencia de enfermedad. Su atención se centra casi exclusivamente en la pérdida ponderal, lo que genera en la persona estados de desnutrición con consecuencias graves para su salud. Por lo general, existen aspectos comunes en las personas que sufren este trastorno como rasgos de personalidad previos con tendencia al conformismo, necesidad de aprobación, hiperresponsabilidad, perfeccionismo y falta de respuesta a las necesidades internas.

Actualmente existen dos importantes sistemas internacionales de clasificación para trastornos de salud mental: DSM-5 y CIE-10.

Según algunos estudios de diversos autores como Russell (1979) y Bruch (1973) entre otros, en 1980 aparece por primera vez la AN en el DSM, en su tercera versión (DSM-III; APA, 1980), la cual contaba con la bulimia como un subtipo.

Es un trastorno que dada su historia es el que ha sufrido más cambios a lo largo de las diferentes revisiones del manual hasta el actual DSM-5.

6. Epidemiología

Los datos epidemiológicos sobre la AN varían según la población estudiada y los instrumentos de evaluación empleados.

Los estudios epidemiológicos sobre AN en España, empiezan a surgir a partir de 1990. Los más recientes, ponen de manifiesto que la prevalencia aproximada de la AN es 0,9% en mujeres y 0,3% en hombres (Álvarez-Malé, Bautista y Serra, 2015; Martínez-Gonzalez y De Irala, 2003; Olesti, Piñol, Marín, De la Fuente, Riera, Bofarull y Ricoma, 2008; Peláez, Labrador y Raich, 2004; Pérez-Gaspar, Gual, De Irala, Martínez-González, Lahortiga y Cervera, 2000; Ruiz-Lazaro, Comet, Calvo, Zapata, Cebollada, Trébol y Lobo, 2010).

En cuanto a las cifras de prevalencia internacional de AN, oscilan de 0,1% a 1,5% (Isomaa, Isomaa, Marttunen, Kaltiala-Heino y Björkqvist, 2010; Portela de Santana, da Costa Ribeiro, Mora Giral y Raich, 2012; Starr y Kreipe, 2014; Swanson, Crow, Le, Swendsen y Merikangas, 2011).

En un estudio realizado en Europa por Keski-Rahkonen y Mustelin (2016), se estima que de las mujeres europeas entre un 1-4% sufren AN. En el caso de los hombres las cifras rondan el 0,3-0,7%.

Respecto a la edad de inicio de la AN las cifras señalan la mayor prevalencia entre 15 y 25 años. Se ha encontrado además que la AN se ha asociado con alto rendimiento escolar. (Ortiz-Moncada, 2007).

Se estima que en España la incidencia es del 0,3% (Ortiz-Moncada, 2015). En población general se presume que es de 1/100.000 habitantes. En mujeres entre 10 a 34 años oscilaría entre 20-30/100.000. (Portela de Santana et al., 2012; Swanson et al, 2011).

7. Etiología

La AN posee una etiología múltiple aún desconocida. Según la literatura, hay evidencia de que la combinación entre diversos factores biológicos, genéticos, familiares, socio-culturales y psicológicos influyen en el desarrollo de la misma (Rutzstein, Murawski, Elizathe y Scappatura, 2010). Sin embargo, Almenara (2003) y Hoyos (2013), resaltan los factores predisponentes, que incluyen los anteriores, factores precipitantes y factores perpetuantes.

En cuanto a los biológicos parece que existe una alteración en los neurotransmisores hipotalámicos principalmente en los noradrenérgicos (estimula la ingesta), serotoninérgicos (interviene en el control de la saciedad) y dopaminérgicos (en la mañana aumenta la ingesta de carbohidratos y en la noche las grasas) (Rivas, Bersabé y Castro, 2001).

Además, hormonas como la leptina, parece alterar las señales de saciedad contribuyendo a un aumento de la ingestión de alimentos, en cambio, la grelina (hormona del hambre), estimula el apetito. (McMinn, Sindelar, Havel y Schwatz, 2000).

La deficiencia de cinc, también está íntimamente asociada con la AN, ligada a otros macronutrientes como la tiamina (Shay y Mangian, 2000).

La predisposición genética está ligada directamente a la prevalencia de enfermedad en la familia, e incluso al predominio entre el sexo femenino. Evidentemente, el mayor riesgo es entre hermanas, con una correlación monocigótica del 55%, mientras que en dicigóticos ocurre únicamente en un 10% (Murguía-Mier, Unikel-Santoncini, Blum-Grynberg y Taracena-Ruiz, 2015). Adicionalmente, varios autores mencionan que la mayoría de pacientes con AN muestran un perfil psicológico muy parecido que incluye baja autoestima, pobre relación social, autoexigencia, compulsividad, hiperactividad, personalidad insegura, alto rendimiento escolar, dificultades de maduración e independencia y creencias irracionales sobre la apariencia física (Rivas et al., 2001).

Entre los factores familiares se encuentra la presencia de TCA en miembros de la familia, abuso sexual, negligencia, maltrato, dieta y/o conducta alimentaria atípica, obesidad y alcoholismo, padres autoritarios, familias sobreprotectoras, y padres que dan mucha importancia a la imagen corporal (Murguía-Mier et al., 2015; Steinhausen, Jakobsen, Heleenius, Munk-jorgensen y Strober, 2015).

Por último, dentro de los factores predisponentes se encuentran los socio-culturales, siendo éste uno de los más influyentes en el desarrollo de la enfermedad. El “anhelo de delgadez”, constituye el principal factor de predisposición y de mantenimiento de éstos trastornos. Los estereotipos de belleza femenina que impulsan a la delgadez como señal de felicidad y triunfo, y la presión social existente por medios de comunicación, redes sociales y moda, son los que fomentan en los individuos la obsesión por querer mantener un peso mínimo (Staudt, Rojo y Ojeda, 2006).

Por otra parte, se encuentran los factores perpetuantes y precipitantes. Estos últimos son aquellos acontecimientos que aceleran la patología en el sujeto, por ejemplo, crisis amorosas, separaciones familiares, amistades inestables, enfermedades físicas, insatisfac-

ción corporal, exceso de actividad física, cambios propios de la adolescencia y conductas alimentarias restrictivas (Unikel-Santoncini, Nuño-Gutiérrez, Celis-de la Rosa, Saucedo-Molina, Trujillo, García-Castro y Trejo-Franco, 2010). En cuanto a los factores perpetuantes, está el refuerzo social por bajar de peso, la malnutrición, el aislamiento, la falta de una adecuada respuesta familiar ante situaciones complejas, y las relaciones sociales alteradas (Murguía-Mier et al., 2015).

8. Manifestaciones clínicas

Son multisistémicas debido a que se afectan casi todas las partes del organismo como consecuencia de la malnutrición, ocasionando muchas veces daños irreversibles.

Alteraciones cognitivas

La AN comienza a manifestarse con distorsiones cognitivas en torno a la comida, al peso y a la imagen corporal. Cuando se repasa la bibliografía, se describen tantas como pacientes. Sin embargo, Garner y Bermis (1982), sistematizaron las irregularidades del pensamiento en la AN identificando un conjunto de cogniciones disfuncionales: abstracción selectiva, pensamiento dicotómico (o todo o nada), generalización excesiva, pensamiento de autorreferencia, ideas de autorreferencia, abstracciones selectiva y pensamiento supersticioso.

De forma similar, Cash y Brown (1987), hablan de las distorsiones cognitivas relacionadas con el peso y la figura, denominándolas la “docena sucia” (belleza o fealdad, ideal irreal, comparación injusta, observación detallada, mente ciega, fealdad radiante, juego de la culpa, mente que lee mal, desgracia reveladora, belleza limitadora, sentimiento de fealdad y reflejo del malhumor).

Alteraciones conductuales

Se suelen iniciar dietas selectivas (supresión de hidratos de carbono y grasas) y posteriormente restrictivas pudiendo llegar en el último extremo a la restricción de agua.

Los atracones, generalmente de comida muy rica en calorías, son frecuentes y generan intensos sentimientos de culpa y autodesprecio que en ocasiones desembocan en ideas atólicas (Ayuso, 1993).

La restricción alimentaria produce estreñimiento, tendiendo a utilizar laxantes para corregirlo; y, en ocasiones, este uso no está relacionado con el estreñimiento sino con fines purgativos.

En la AN el interés por el contenido calórico de los alimentos así como de todo tipo de dietas para bajar de peso, por cremas “adelgazantes” y por el ejercicio físico, es excesivo. Además se preocupan por la alimentación de las personas con las que conviven e incluso cocinan para estas.

También es frecuente el insomnio y la falta de apetito sexual (Bruch, 2001).

Alteraciones emocionales y afectivas

Respecto a los cambios que se pueden instalar en las personas con AN, Staudt et al., (2006) identifican el mal humor, la ansiedad, la irritabilidad y con el paso del tiempo aislamiento social y depresión. Asimismo Cruzat, Díaz, Aylwin, García, Behar y Arancibia (2014) establecen que las personas con AN tienen rasgos orientados a la perfección, exceso de control y exigencia, sentimientos de inseguridad y subordinación especialmente en las relaciones interpersonales.

Alteraciones biológicas y fisiológicas

Dermatológicas como piel seca, lanugo, caída del cabello, uñas frágiles y extremidades frías; metabólicas como disminución de la tasa metabólica basal, distermia, hipercolesterolemia, hipercarotinemia y amenorrea. En el caso de los hombres se muestran características a nivel sistémico, con disminución en las concentraciones de testosterona en el organismo (Staudt et al., 2006).

Cardiovasculares como bradicardia, hipotensión, disminución del tamaño cardíaco, alteraciones del ECG; gastrointestinales como gastroparesia, estreñimiento y distensión abdominal; renales como las alteraciones hidroelectrolíticas, uremia prerrenal y fallo renal crónico; endocrinológicas como hipogonadismo hipogonadotrófico, aumento de cortisol y GH, disminución de T3; óseas como osteopenia, retraso en maduración ósea; y hematológicas como pancitopenia, hipoplasia de la médula ósea.

9. Detección y evaluación

Una de las herramientas más utilizadas por los profesionales es la Guía de Práctica Clínica sobre Trastornos de la Conducta Alimentaria (Grupo de trabajo de la Guía de Práctica clínica sobre los trastornos de la conducta alimentaria, GPC, 2009), que permite dar respuesta a las cuestiones más básicas de esta enfermedad. Este trabajo se basa en las recomendaciones propuestas por esta guía.

Establecer el diagnóstico de AN supone un desafío, pues se trata de un trastorno que quienes lo padecen tienden a esconderlo o negarlo debido a la escasa conciencia de enfermedad y motivación al cambio.

El retraso en su identificación conduce a una mayor morbilidad debido al inicio tardío del tratamiento y, por tanto, a un peor pronóstico. Por ello es importante identificar a aquellas personas con alto riesgo de desarrollarlo para poder incidir en las etapas tempranas del trastorno e intervenir precozmente. Esto hace imprescindible la labor de los médicos de AP en la detección de los síntomas y signos de alarma.

Instrumentos de cribado

Sobre el uso de los instrumentos de cribado ha habido cierta confusión. Son ineficaces para establecer el diagnóstico, aunque son herramientas útiles para una primera

evaluación rápida. Siempre es necesario realizar entrevistas individuales para confirmar los diagnósticos de AN.

Según Morandé, Berna y Blanco (2014), de los instrumentos de cribado existentes solo cuatro cumplirían los criterios establecidos por la Revisión Sistemática de la Evidencia Científica (RSEC): BET (Branched Eating Disorders Test), EDDS (Eating Disorder Diagnostic Scale), SED (Survey for Eating Disorders), y SCOFF (Sick, Control, One, Fat, Food questionnaire)

Se recomienda el uso de cuestionarios adaptados y validados en población española. Por tanto se sugiere utilizar los siguientes:

- TCA en general: SCOFF (Morgan, Reid y Lacey, 1999. A partir de los 11 años) Adaptación española: García-Campallo, Sanz-Carrillo, Ibáñez, Lou, Solano y Alda, 2005. Mujeres entre 14 y 55 años). Versión catalana (SCOFF-c. Muro-Sans, Amador-Campos y Morgan, 2008)

- AN: EAT-40 (Eating Attitude Test. Garner y Garfinkel, 1979. Versión española adaptada y validada por Castro, Toro, Salamero y Guimerá, 1991). Existe una versión abreviada EAT-26 (Garner, Olmsted, Bohr y Garfinkel, 1982. Adaptación española: Garandillas, Zorrilla, Muñoz, Sepúlveda, Galán y León, 2003) y una versión infantil ChEAT (Children Eating Attitudes Test de Maloney, McGuire y Daniels, 1988. Adaptación española: Elizathe, Murawski, Arana, Diez, Miracco y Rutzstein, 2010)

Sólo este cuestionario junto con sus versiones, tiene sensibilidad y especificidad elevada aunque con un valor predictivo positivo (VPP) bajo para la identificación de casos de AN en la población. Se carece de cuestionarios para el cribado de los casos parciales o subclínicos de AN.

Instrumentos para evaluar síntomas y conductas

El EAT-40, EAT-26 y ChEAT, el EDI-3 (Eating Disorder Inventory-3 de Garner, 2004), SCOFF, EDE-Q (Eating Disorders Examination-questionnaire. Fairburn y Belguin, 1993. Adaptación española: Peláez-Fernández, Ruiz-Lázaro, Labrador y Raich, 2014). ACTA (Actitud frente al cambio en los TCA. Beato y Rodríguez, 2003) y ABOS (Anorexic Behaviour Observation Scale for parents. Vandereycken, 1992. Adaptación española: Martín, Padierna, González, Aguirre, Lafuente, Muñoz y Quintana, 2013).

10. Diagnóstico

Para el diagnóstico de la AN se recomienda seguir los criterios de la CIE-10 y DSM-5. Previamente al establecimiento de estos criterios, aparecen una serie de manifestaciones conductuales anómalas que ayudan a realizar un diagnóstico precoz.

- Cambios en el patrón de la ingesta
- Ocultación y manipulación de la comida
- Alteraciones en las relaciones interpersonales.
- Alteraciones en la apariencia personal.
- Incremento de actividad física

Criterios diagnósticos según el DSM-V

- A. Restricción de la ingesta energética en relación con las necesidades, que conduce a un peso corporal significativamente bajo (al mínimo normal esperado) con relación a la edad, el sexo, el curso del desarrollo y la salud física.
- 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:

(F50.01) Tipo restrictivo: Durante los últimos tres meses, el individuo no ha tenido episodios recurrentes de atracones o purgas (es decir, vomito 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.

(F50.02) Tipo con atracones/purgas: Durante los últimos tres meses, el individuo ha tenido episodios recurrentes de atracones o purgas (es decir, vomito autoprovocado o utilización incorrecta de laxantes, diuréticos o enemas).

Especificar si:

En remisión parcial: Después de haberse cumplido con anterioridad todos los criterios de anorexia nerviosa, el Criterio A (peso corporal bajo) no se ha cumplido durante un periodo 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 periodo continuado.

Especificar la gravedad actual:

La gravedad mínima se basa, en los 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 de IMC correspondientes. La gravedad

puede aumentar para reflejar los síntomas clínicos, el grado de discapacidad funcional y la necesidad de supervisión.

Leve: IMC \geq 17 kg/m²

Moderado: IMC 16-16,99 Kg/m²

Grave: IMC 15-15,99 Kg/m²

Extremo: IMC < 15 Kg/m²

Criterios diagnósticos según la CIE-10

La Organización Mundial de la Salud está desarrollando la undécima revisión (CIE-11), cuya publicación será aprobada probablemente en mayo de 2018.

El diagnóstico de anorexia nerviosa se ha de realizar de forma estricta, porque es necesario que estén presentes todas las alteraciones siguientes:

- A. Pérdida de peso, o falta de ganancia de peso en los niños, que conduce a un peso corporal de al menos el 15% por debajo del peso normal esperado para la edad y talla correspondiente.
- B. La pérdida de peso es autoinducida mediante:
 - 1. La evitación de alimentos “que engordan” y por uno o más de los siguientes síntomas:
 - 2. Vómitos autoprovocados.
 - 3. Purgas intestinales autoprovocadas.
 - 4. Ejercicio excesivo y consumo de fármacos anorexígenos o diuréticos.
- C. Distorsión específica de la imagen corporal psicológica, en forma de idea sobrevalorada e intrusa de miedo intenso y persistente a la obesidad, de tal manera que el enfermo se impone un dintel de peso corporal.
- D. Trastorno endocrino generalizado que afecta al eje hipotálamo-hipófisis-adrenal, puesto de manifiesto en la mujer por amenorrea y en el varón por una pérdida de

interés por la sexualidad e impotencia (una excepción evidente es la persistencia de sangrado vaginal en las mujeres anoréxicas bajo terapia de sustitución hormonal, la forma más frecuente de la cual es la toma de píldoras contraceptivas).

E. No cumple criterios A y B de la bulimia nerviosa.

11. Proceso de evaluación y diagnóstico

Se recomienda que el diagnóstico de la AN incluya la anamnesis, que se complementa con la exploración física, la psicopatológica y conductual y las exploraciones complementarias.

A) Anamnesis

Se trata de realizar una historia clínica completa tanto individual como familiar. A través de una entrevista, se pretende conseguir que el paciente con AN explique sus miedos sobre el aumento de peso, sus conductas de alimentación, conductas de purga u otras conductas como el exceso de ejercicio.

Durante la anamnesis se indaga en los antecedentes familiares y personales patológicos, en trastornos físicos (peso, piel y mucosa, menstruación), trastornos emocionales (angustia, depresión, aislamiento social, trastornos del sueño), trastornos conductuales (dietas, ejercicio, atracones, hábitos alimentarios personales y familiares, conductas de tipo purgativo, hiperactividad física), y trastornos cognitivos (distorsión de la imagen, conciencia de enfermedad).

En el caso de adultos con TCA se deberán adaptar las preguntas de la historia clínica y en las que la colaboración familiar no suele ser habitual. En estos casos es importante tener en cuenta posibles problemas laborales, económicos o sociales como factores de mantenimiento o desencadenantes de la AN así como tener en cuenta la existencia de constituciones delgadas, no patológicas.

B) Exploración física

Dirigida a valorar el estado nutricional de la persona y a detectar posibles complicaciones físicas secundarias a la restricción alimentaria y a las conductas purgativas que determinan la intervención o no de otros especialistas.

- Examen físico general:
 - ✓ Peso y talla actual. Índice de masa corporal. En los menores de 18 años, se debe calcular el IMC y comparar con los percentiles para estas edades.
 - ✓ Constantes vitales: tensión arterial, temperatura y pulso.
- Exploración detallada por aparatos:
 - ✓ Buco-dental: valoración de caries
 - ✓ cardiovascular.
 - ✓ Piel y faneras: valorar complicaciones por ejercicio físico excesivo, lanugo, ...
 - ✓ Exploración neurológica: detección de posibles polineuropatías secundarias por déficits vitamínicos, detección de síntomas neurológicos secundarios e hipotasemia y detección de intoxicación acuosa.

C) Exploraciones complementarias

- ✓ Pruebas de laboratorio (exploración analítica): hemograma, glucemia, colesterol, triglicéridos, enzimas hepáticas, iones, proteínas totales y albúmina, creatinina y urea, coagulación, orina y perfil hormonal.

12. Diagnóstico diferencial

Debe realizarse contra otras afecciones médicas, sobre todo aquellas relacionadas con una pérdida grave de peso, como alteraciones gastrointestinales y hepáticas, alteraciones endocrinas como diabetes mellitus e hipertiroidismo; alteraciones inmunológicas graves o enfermedades infecciosas como el SIDA.

Desde el punto de vista psiquiátrico, debe hacerse diagnóstico diferencial con cualquier trastorno psicótico. Del mismo modo con un TOC de tipo somático, cuyas ideas obsesivas limiten el aporte nutricional. También con el trastorno depresivo mayor, con el trastorno por consumo de sustancias, trastorno de ansiedad social y trastorno dismórfico corporal así como con bulimia nerviosa y trastorno de evitación/restricción de ingesta de alimentos.

13. Comorbilidad

Numerosos investigadores han manifestado la existencia de comorbilidad entre los TCA y los trastornos afectivos (Bulik, Sullivan, Fear y Joyce, 1997; Fernández-Aranda, Pinneriro, Tozzi, Thornton, Fichter, Halmi, Kaplan, Klump, Strober, Woodside, Creow, Mitchell, Rotondo, Keel, Plotnicov, Berrettini, Kaye, Crawford, Johnson, Brandt, La Via y Bulik, 2007), ansiedad (Bulik et al., 1997; Pineda-García, Gómez-Peresmitré, Platas y Velasco, 2017), trastornos de la personalidad (Alvarez-Moya, Jimenez-Murcia, Granero, Vallejo, Krug, Bulik, y Fernandez-Aranda, 2007), trastornos obsesivo-compulsivos (Anderlueh, Tchanturia, Rabe-hesketh y Treasure, 2003), trastorno de control de impulsos (Fernandez-Aranda, Pinheiro, Thornton, Berrettini, Crow, Fichter, Halmi, Kaplan, Keel, Mitchell, Rotondo, Strober, Woodside, Kaye y Bulik, 2008), realización de dietas inadecuadas y preocupación por el cuerpo, excesiva rigidez, perfeccionismo, retraimiento social y baja autoestima (Fernandez-Delgado y Jáuregui-Lobera, 2016).

Trastornos de ansiedad, depresivos y bipolares concurren frecuentemente con la AN. En algunas personas con AN se han descrito casos de TOC, especialmente los de tipo restrictivo. El trastorno por abuso de alcohol y consumo de sustancias también pueden ser comórbidos con la AN, especialmente en el tipo con atracones/purgas. (DSM-5; APA, 2014).

La diabetes mellitus, la obesidad, síndromes de mala absorción o enfermedades tiroideas tienen una relevancia importante en la aparición, curso, pronóstico y tratamiento de la AN aunque solo se dispone de descripción de casos (GPC, 2009).

14. Actuaciones en los diferentes niveles de atención.

El modelo de atención propuesto, en el que las personas afectadas derivan desde un dispositivo asistencial a otro, está sujeto a protocolos, recomendaciones y guías elaboradas con criterios clínicos sobre los que actualmente hay poca evidencia que guíe las decisiones sobre donde realizar la atención.

Actuaciones desde atención primaria (AP)

Los centros de atención primaria son el primer nivel de acceso y sus actuaciones se centran en:

- Identificar a aquellas personas con riesgo de padecer AN y establecer un diagnóstico precoz.
- Tomar la decisión de si se puede tratar en el propio centro o debe derivarse a la atención especializada a partir del tipo de AN, la edad, el nivel de riesgo, las complicaciones físicas y psicológicas y las preferencias de la persona afectada.
- Iniciar un tratamiento nutricional cuyos objetivos son: conseguir un peso normal, corregir la malnutrición, controlar o curar las complicaciones médicas, llevar a cabo una educación nutricional, tanto en el paciente como en la familia, y prevenir o controlar las recaídas.

Iniciar la renutrición o realimentación y la educación nutricional.

- Se lleva a cabo una supervisión de los casos atendidos en el centro de AP (a través de un registro diario de la ingesta, hiperactividad, abuso de laxantes y uso de diuréticos por parte del paciente), así como la prevención de recaídas.
- Intervenir con las familias afectadas.
- Efectuar control de las complicaciones físicas.

Actuaciones desde la atención especializada.

Supone el segundo y tercer nivel de acceso a la asistencia sanitaria. Se presta a través de recursos de hospitalización completa (hospital psiquiátrico y general), consultas ambulatorias especializadas (CSMA y CSMIJ), hospitales de día para hospitalización parcial, servicio de urgencias, servicios médicos de hospitales generales y unidades específicas (de TCA).

- Las visitas de valoración y diagnóstico se realizan de manera ambulatoria (CSMA y CSMIJ) a partir de la derivación en AP. En caso de urgencia vital o riesgo autolítico que impida la valoración, el paciente se deriva a los servicios de medicina interna y psiquiatría y se ingresará si así lo indican los médicos de guardia.
- La historia clínica actualiza y completa lo registrado en la AP.
- Después de la confirmación del diagnóstico mediante entrevista y pruebas complementarias, el equipo de salud mental diseña un Plan de Tratamiento Individualizado (PTI).

El grado de deterioro nutricional, junto a la presencia o no de complicaciones, determinan la vía de acceso y alimentación, así como el lugar donde debe realizarse el seguimiento nutricional.

El programa de tratamiento en hospital de día incluye la monitorización de comidas, y las personas afectadas deben rellenar un autorregistro de comidas. Se evalúa médica y nutricionalmente a cada paciente al menos una vez por semana, vigilando el peso,

síntomas médicos asociados, analítica en caso de ser necesario y revisión de objetivos. En la hospitalización completa, el soporte nutricional con nutrición artificial debe ser estrictamente motorizado para evitar o controlar la aparición del síndrome de realimentación.

Otros recursos

Los grupos de ayuda mutua (GAM) están constituidos por personas con el mismo problema, que se reúnen de manera voluntaria para ayudarse mutuamente.

La acogida (counselling) consiste en realizar una serie de entrevistas personales con enfermos y familiares que informan y forman sobre la enfermedad y sus consecuencias, además de orientar sobre la situación actual de los recursos sanitarios, jurídicos, económicos y sociales con la finalidad de tranquilizar y ayudar a la persona afectada y/o a su familia.

Los centros de día son recursos que acogen a pacientes con AN crónica y comorbilidad psiquiátrica, que ofrecen rehabilitación, entre otras actividades. En España no existen centros públicos con estas características.

Los pisos terapéuticos (asistidos o no) son otro recurso de la red pública que permite la reinserción social de afectados por diferentes trastornos. En nuestra red pública no existen pisos específicos para los TCA.

15. Tratamiento

Es esencial un abordaje multidisciplinario. Los objetivos de tratamiento en AN son los siguientes:

1. Restaurar o normalizar el peso y el estado nutricional a un nivel saludable.
2. Tratar las complicaciones físicas.
3. Educar sobre nutrición saludable y patrones de alimentación adecuados.
4. Abordar los conflictos psicosociales.

5. Corregir pensamientos, actitudes y sentimientos erróneos sobre su trastorno.
6. Tratar las complicaciones psiquiátricas asociadas.
7. Favorecer la colaboración de la familia.
8. Prevenir recaídas.

Tratamiento psicológico

De acuerdo con las principales guías internacionales de referencia sobre tratamientos psicológicos con apoyo empírico, el tratamiento más eficaz y duradero para la AN es una forma de psicoterapia o asesoramiento psicológico, junto con una cuidadosa atención a las necesidades médicas y nutricionales (APA, 2006; GPC, 2009; NICE, 2004).

Las dos terapias psicológicas con apoyo empírico en el tratamiento de la AN son la terapia familiar (TF) y la terapia cognitivo- conductual (TCC).

En el caso de niños y adolescentes con AN, las directrices de la APA (APA, 2006), sugieren que la TF es la intervención más eficaz, siguiendo el enfoque de Maudsley (Eisler, Dare, Hodes, Russell, Dodge, y Le Grange, 2000; Robin, Siegal, Moye, Gilroy, Dennis y Sikand, 1999).

Una revisión reciente señala que existen en total 12 ECAs llevados a cabo con adolescentes menores de 18 años que padecen AN (Lock, 2015). Los resultados de estos estudios han mostrado que una forma específica de TF a veces llamada terapia familiar con un enfoque conductual (Lock y Le Grange, 2015) o terapia familiar Maudsley (Eisler, 2005) cumple con los criterios del nivel 1 (bien establecida) como tratamiento para adolescentes con AN (Lock, Le Grange, Agras, Moye, Bryson y Booil, 2010). Además otros de los estudios sugieren que la terapia familiar sistémica (Agras, Lock, Brandt, Bryson, Dodge, Halmi, Jo, Johnson, Kaye, Wilfley y Woodside, 2014; Godart, Berthoz, Curt, Perdereau, Wallier y Jeammet, 2012) y la terapia individual enfocada en el

adolescente (Lock et al, 2010; Robin et al, 1999) cumplen con los criterios del nivel 2 (son probablemente eficaces).

La TCC pretende ayudar a los pacientes a superar dificultades mediante la identificación y alteración del pensamiento disfuncional, la conducta y las respuestas/conductas emocionales. Este procedimiento ha demostrado ser eficaz en el tratamiento de muchos de los problemas que a menudo son una característica de la AN (ansiedad, depresión, autoestima, obsesiones/compulsiones).

La TCC se utiliza en AN como una intervención ambulatoria post-hospitalización con el objetivo de prevenir recaídas una vez que el paciente ha ganado peso tras el tratamiento hospitalario. La TCC diseñada para adolescentes jóvenes y adultos con AN se lleva a cabo normalmente de manera individual en el transcurso de un año, con una sesión a la semana y una vez el peso sea estable, una sesión cada dos semanas (APA,2006).

La eficacia de la TCC en AN es limitada. Algunas revisiones han evaluado la evidencia de una amplia gama de tratamientos para la AN con la TCC como una opción de tratamiento.

Kaplan (2002) llevo a cabo tres ECAs que incluían TCC, mostrando que dos de ellos obtenían un efecto positivo del resultado de la TCC en comparación con otros tratamientos, mientras que el tercer estudio no mostró diferencias en los resultados de tratamiento. No obstante, Kapla, (2002) señaló algunas limitaciones metodológicas de estos ensayos (muestras pequeñas, problemas de potencia, el impacto en los resultados de los abandonos).

Una revisión posterior llevada a cabo por Bulik, Berkman, Brownley, Sedway y Lohr (2007), concluyó que había “evidencia provisional de que la TCC reduce los riesgos de recaídas para los adultos, una vez lograda la recuperación del peso” (p.327). Pero se desconoce su eficacia en pacientes con bajo peso. Mientras que estas revisiones

representan una considerable gama de tratamientos, no hay revisiones específicas de la eficacia de TCC para AN.

Una revisión sistemática reciente llevada a cabo por Galsworthy-Francis y Allan (2014) sugiere que la TCC ha demostrado eficacia como un medio para mejorar la adherencia al tratamiento y minimizar el abandono de los pacientes con AN. Si bien la TCC parecía demostrar algunas mejoras en los resultados clave (índice de masa corporal, síntomas, psicopatología general), no fue consistentemente superior a otros trastornos.

En adultos sin embargo, ninguna forma específica de psicoterapia ha mostrado ser superior. En consecuencia parece que un enfoque que combine la rehabilitación del peso y un tratamiento psicoterapéutico específico se recomienda para el caso de adultos, para los adolescentes el tratamiento familiar debe ser prioritario (Hay, Chinn, Forbes, Madden, Newton, Sugenor, Touyz y Ward, 2014).

Se necesita más investigación con el fin de establecer que variantes de la TCC son más eficaces y útiles en el tratamiento de la AN.

La evidencia sobre tratamientos eficaces para la AN severa y crónica es limitada también. Sin embargo parece que están evolucionando algunas terapias psicológicas en el caso de adultos con AN, aunque requieren más investigación. Entre ellas, un tratamiento conocido con las siglas SSCM (Specialist Supportive Clinical Management) (McIntosh, Jordan, Carter, Luty, McKenzie, Bulik, Frampton y Joyce, 2005), y otro conocido como MANTRA (modelo Maudsley de tratamiento para la AN en adultos), una terapia individual desarrollada a partir de una variedad de enfoques con el objetivo de abordar rasgos obsesivos y de ansiedad/evitación mantenedores de la enfermedad (Schmidt, Wade y Treasure, 2014). El MANTRA, la TCC y SSCM han sido investigados en varios estudios y han mostrado resultados similares.

Hasta el momento no hay pruebas concluyentes disponibles a la hora de elegir la mejor opción de tratamiento y existe una escasez de estudios empíricos de tratamiento en AN (Hay, Touyz y Sud, 2012).

Tratamiento farmacológico

Dirigido al aumento de peso y mejora de su calidad de vida o para tratar la comorbilidad como depresión, ansiedad o rasgos obsesivo-compulsivos. Se han considerado tres fármacos principales para su tratamiento, antidepresivos, antihistamínicos y antipsicóticos. (NICE, 2004).

No hay pruebas suficientes para recomendar la medicación psicotrópica en adolescentes con AN. El uso de medicamentos ansiolíticos o antidepresivos para aliviar los síntomas debe hacerse con precaución. (Hay et al., 2014).

En adultos, la literatura existente sobre el tratamiento de la AN con fármacos es escasa e inconclusa. Revisiones sistemáticas y meta análisis recientes sugieren una evidencia débil de su uso (Aigner, Tesoro, Kaye y Kasper, 2011; Flament, Bissada y Spettigue, 2012; Hay y Caudino, 2012).

16. Evolución y pronóstico

Los datos existentes acerca del pronóstico de la AN a pesar de su largo recorrido histórico son algo contradictorios debido a estudios de seguimiento con gran variabilidad temporal, resultados dispares según la época en la que se realizan estos estudios y escasez de estudios de intervención aleatorizados con una valoración suficiente de los resultados.

Un mayor seguimiento del paciente y la edad temprana de inicio del trastorno parecen ser factores favorables en el pronóstico, mientras que la presencia de vómitos, uso de laxantes, personalidad obsesiva-compulsiva y la conicidad de la enfermedad se consideran factores de mal pronóstico (Alarcón, Mazzotti y Sánchez, 2005; Hjern, Lindberg y Lindblad, 2006; Steinhausen, 2002)

Teniendo en cuenta lo anterior, la literatura recoge que el 50% de los casos de AN evolucionan a remisión completa, entre el 20% y 30% son de remisión parcial y entre un 10% y 20% evolucionan a cronicidad, mortalidad 5%. (Keski-Rahkonen, Hoek, Susser, Linna, Sihvola, Raevuori, Builk, Kaprio y Rissanen, 2007; Zipfel, Lowe, Reas, Deter y Herzog, 2000).

17. Conclusión

En resumen, este trabajo ha pretendido un acercamiento teórico a las cuestiones más importantes de la AN. Debido a la limitación de espacio y a la escasez de estudios recientes, no he podido extenderme en algunos aspectos relevantes, no obstante he intentado recopilar la información lo más actualizada posible.

Hemos visto que la AN no es una enfermedad actual, sino, más bien, el resultado de un constructo social, cultural, religioso y médico que ha respondido, a lo largo de la historia, a los conocimientos de cada época. Con el paso del tiempo, los estudios han ido centrando el foco de atención en diferentes aspectos.

Es una de las enfermedades más representativas dentro de los TCA, siendo los adolescentes la población más vulnerable para su desarrollo, debido a la falta de armonía entre los cambios físicos propios de esta etapa y los estándares de belleza establecidos, además de otros aspectos psicosociales. Por ello sería importante la creación de estrategias dirigidas a aumentar la autoestima, la adecuada nutrición y el fortalecimiento familiar, ya que al parecer son éstas las áreas más afectadas.

En cuanto a su epidemiología, el aumento de su incidencia y prevalencia, ha hecho necesario considerarlo como un problema de salud pública y abordarlo con protocolos adaptados a la realidad particular. Es cierto, que los métodos de análisis han evolucionado mucho desde las primeras investigaciones, y gracias a ello ahora se usan metodologías más

complejas que permiten una mayor fiabilidad y facilitan la comparación de los resultados, no obstante hay que destacar la necesidad de estudios en ciertos grupos de edad. Más que repetir estudios similares en todas las comunidades autónomas, el foco debería centrarse en muestras infantiles, adultos y varones. No existen muchos estudios españoles en dos fases que incluyan adolescentes tempranos y población universitaria.

Su etiología compleja y aún desconocida, refleja la importancia de la aplicación de medidas preventivas. Las investigaciones realizadas evidencian el carácter poligénico de esta enfermedad, si bien se necesitan estudios que permitan concretar con más precisión los mecanismos subyacentes de la neurobiología y la necesidad de estudios sobre factores de riesgo en general.

Al ser la adolescencia una etapa crucial en el inicio de la AN, permite identificar como este trastorno genera una serie de complicaciones tanto físicas como psicológicas que comprometen el bienestar y desarrollo del adolescente, y la importancia que tiene la identificación precisa de las manifestaciones clínicas desde etapas muy tempranas.

Por otro lado, se observa también alta comorbilidad de AN con otros trastornos, razón por la que es indispensable establecer diagnósticos diferenciales claros, lo que contribuye a la precisión en las estrategias de intervención y en el diseño de planes de intervención individualizados.

En cuanto a su detección y diagnóstico, diversos estudios sugieren que la capacidad de los médicos de AP para detectar problemas mentales es relativamente baja (Becerra, 2008; Chueca, María, Bayo, Durán, Vila y Blanco, 2003; García-Testal, Sancho, Julve, Puche y Rabanaque, 1998; González, Sarriés, de Jalón Aramayo y Urra, 2008; Maginn, Boardman, Craig, Haddad, Heath y Stott, 2004; Mechanic, 2007; Menchetti, Belvederi, Bertakis, Bortolotti y Beradi, 2009). Según Becerra (2008), el motivo sería una situación de subdiagnóstico, debida a la escasa conciencia de los profesionales ante estos problemas,

la falta de tiempo por la gran presión asistencial que impide profundizar en la atención integral de las personas afectadas y en la realización de actividades preventivas, la baja asistencia de adolescentes a las consultas y su falta de conciencia de enfermedad.

Dadas las circunstancias, el uso de una herramienta de cribado apropiada, breve y validada es fundamental, aunque éstos no son suficientes para establecer un diagnóstico. No obstante permiten una primera evaluación rápida. Como se ha visto, existen varias herramientas de cribado, pero se hace necesario promover su uso en AP ya que es muy importante facilitar el diagnóstico precoz, así como una formación coordinada entre niveles, información y sensibilización de los profesionales sobre la AN. Por tanto se trataría de dirigir los esfuerzos a eliminar la brecha entre la investigación y la práctica.

También es sabido que todos los modelos de intervención psicológica obtienen logros y tienen sus limitaciones. En el caso de la AN no hay pruebas concluyentes de que haya una forma específica de psicoterapia que sea considerada la mejor, pero si existe unanimidad en que el programa terapéutico general incorpore el apoyo y el asesoramiento de los familiares. Las distintas modalidades y enfoques de tratamiento hacen que sea necesario llegar a un consenso donde se recojan los acuerdos mínimos entre profesionales y permita un abordaje multidisciplinar, pensando en el paciente y sus circunstancias para cada actividad de prevención, diagnóstico y tratamiento.

Los pacientes con AN deben ser tratados en el nivel asistencial adecuado según criterios clínicos: ambulatorio, hospital de día (hospitalización parcial) y hospital general (hospitalización completa) así como la derivación correcta de uno a otro en el momento adecuado.

En términos de evidencia científica sobre los tratamientos actuales en AN es muy limitada y existe una clara necesidad de nuevos estudios de mejora y desarrollo de nuevos enfoques.

Han sido varias las revisiones llevadas a cabo sobre la eficacia de las terapias psicológicas para los TCA (Bulik, et al., 2007; Hay et al., 2012; Lock y Fitzpatrick, 2007; Rosenblum y Forman, 2002; Rutherford y Couturier, 2007; Watson y Bulik, 2012; Wilson, Grilo, y Vitousek, 2007). El consenso de todas ellas fue la escasez de pruebas (específicamente ECAs) para apoyar cualquier tratamiento particular para adultos con AN. Lo que contrasta con la BN, donde se considera a la TCC el tratamiento de elección (NICE 2004).

Hay dificultades metodológicas en la realización de ECAs con personas que padecen AN, particularmente a la hora del reclutamiento y la cumplimentación (Treasure y kordy, 1998), por lo que éstos son relativamente raros: “intentar llegar a un tratamiento de referencia para la AN es difícil de conseguir” (Goldstein, Peters, Baillie, McVeagh, Minshall y Fitzjames, 2011). El NICE (2004) hizo más de 100 recomendaciones para los TCA. La TCC para la BN y el TA recibieron un fuerte apoyo empírico, sin embargo no se hicieron recomendaciones específicas para la AN.

Actualmente, se consideran eficaces la TF en caso de adolescentes y en adultos la TCC como un medio para mejorar la adherencia al tratamiento y minimizar el abandono una vez se ha restaurado el peso.

Un aspecto que llama la atención, es que aunque los TCA en su mayoría debutan durante la adolescencia, existen muy pocos estudios que hayan considerado a este grupo (Lock, 2010; Watson et al., 2012). Sin nuevos tratamientos, un alto porcentaje de pacientes adolescentes son propensos a convertirse en enfermos crónicos.

En el caso de los adultos con AN la evidencia sobre tratamiento es extremadamente limitada y parece urgente la necesidad de desarrollar intervenciones más efectivas en este sentido (Berkman, Lohr y Builk, 2007; NICE, 2004). Los nuevos estudios deberían basarse en la evidencia actual, y aprovechar el uso de las nuevas tecnologías tanto como

herramienta terapéutica adicional, como en procedimientos de aprendizaje y formación de especialistas.

Los estudios de tratamiento necesitan ir más allá del aspecto central de esta patología (la recuperación del peso) y examinar la eficacia y la efectividad en cuanto a la reducción de daños y reducir los costes personales y sociales de la enfermedad crónica.

Por último, existen fármacos que se usan en el tratamiento de condiciones comórbidas, no obstante, considero que disponemos de suficientes tratamientos eficaces para tratar enfermedades tales como la depresión o rasgos obsesivo-compulsivos, que además en ocasiones pueden resolverse por sí solos una vez haya aumentado el peso.

En la actualidad, la evidencia publicada en la literatura es limitada como para sugerir que un tipo particular de programa es efectivo para prevenir la AN. Se ha hablado mucho sobre su eficacia en este tipo de trastornos y parece que hay una serie de intervenciones preventivas prometedoras en cuanto a los factores de riesgo, sin embargo hay muchas críticas de funcionamiento a los programas diseñados (Le, Barendregt, Hay, y Mihalopoulos, 2017; Levine y Smolak, 2006; Stice, Shaw y Marti, 2007). Las características de muestra, formato y diseño de los programas que han mostrado mayor eficacia deberían considerarse modelos de futuros programas.

Otra de las cuestiones a la orden del día sobre este trastorno, surge del uso de las nuevas tecnologías. La difusión de información a través de internet genera diversas opiniones. Por un lado, hay quienes lo ven como una herramienta de gran utilidad a la hora de proyectar información, enfocada a la prevención y a los recursos a los que acudir a pedir ayuda. Sin embargo, para otros, la falta de control a la hora de navegar por la red puede provocar el efecto contrario ya que el acceso a determinadas páginas “pro-ana” y “pro-mía”, blogs, foros o chats, contienen contenidos muy peligrosos que suponen un riesgo en el caso de adolescentes.

Finalmente me gustaría recalcar la escasez de investigación reciente sobre AN pues como hemos visto, algunas de estas organizaciones informan de evidencia de estudios o revisiones nada actualizadas, lo que dificulta visibilizar ampliamente la problemática. Por tanto, se requieren más publicaciones que permitan conocer el universo actual de esta patología.

No obstante, NICE tiene previsto publicar una nueva guía sobre TCA este año, que aportará datos relevantes sobre detección, evaluación, seguimiento y tratamiento de la AN. Además añadirá nuevos datos sobre el tratamiento de los problemas de salud físicos causados por un TCA, sobre intervenciones para TCA en el contexto de comorbilidades físicas y psicológicas comunes y sobre intervenciones que apoyen a las familias y cuidadores, lo que permitirá actualizar y ampliar los conocimientos actuales, que falta hacía.

Quizá un modo de mejorar esta situación podría ser que todas las organizaciones asumieran criterios compartidos de evidencia, así como llevar a cabo actualizaciones periódicas o estables de las revisiones y guías.

18. Referencias

- Agras, W. S., Lock, J., Brandt, H., Bryson, S. W., Dodge, E., Halmi, K. A.,... y Woodside, B. (2014). Comparison of 2 family therapies for adolescent anorexia nervosa: a randomized parallel trial. *JAMA psychiatry*, 71(11), 1279-1286.
- Aigner, M., Tesoro, J., Kaye, W., y Kasper, S. (2011). Federación Mundial de Sociedades de Psiquiatría Biológica (WFSBP) Directrices para el tratamiento farmacológico de los trastornos alimentarios. *La World Journal of Biological Psychiatry*, 12 (6), 400-443.
- Alarcón, R. D., Mazzotti, G. y Sánchez, H. N. (2005). *Psiquiatría*. El Manual Moderno.
- Almenara, C. (2003). Anorexia nerviosa: una revisión del trastorno. *Revista de neuro-psiquiatría*, 66(1), 52-62.
- Alvarez-Malé, M. L., Bautista, C. I., y Serra, M. L. (2015). Prevalence of eating disorders in adolescents from Gran Canaria. *Nutrición hospitalaria*, 31(5), 2283-2288.
- Álvarez-Malé, M. L., Castaño, I. B., y Majem, L. S. (2015). Prevalencia de los trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes de Gran Canaria. *Nutrición hospitalaria*, 31(5), 2283-2288.
- Alvárez-Moya, E. M., Jiménez-Murcia, S., Granero, R., Vallejo, J., Krug, I., Bulik, C.M., Fernández-Aranda, F. (2007). Comparison of personality risk factors in bulimia nervosa and pathological gambling. *Compr Psychiatry*. 48(5):452-7.
- American Psychiatric Association. (2006). *American Psychiatric Association Practice Guidelines for the treatment of psychiatric disorders: compendium 2006*. American Psychiatric Pub.

- American Psychiatric Association (APA) (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders. (DSM-III)*. Barcelona: Masson.
- American Psychiatric Association (APA) (1996). Treatment of patients with eating disorders, third edition. *The American Journal of Psychiatry* 163.
- American Psychiatric Association (APA) (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5)*. Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Anderluh, M. B., Tchanturia, K., Rabe-Hesketh, S., y Treasure, J. (2003). Childhood obsessive-compulsive personality traits in adult women with eating disorders: defining a broader eating disorder phenotype. *American Journal Psychiatry*.160 (2):242-7.
- Ayuso, J.L. (1993). Heterogeneidad de los trastornos de la conducta alimentaria. *Actas Luso-Esp. Neurol. Psiquiatr.*, 21,4: 115-120.
- Beato, F., L., y Rodríguez, C., T. (2003). El cuestionario de actitudes frente al cambio en los trastornos de la conducta alimentaria (ACTA). Desarrollo y propiedades psicométricas. *Actas españolas de psiquiatría*, 31(3), 111-119.
- Becerra, N. (2008), "Tamización de los Trastornos de la Conducta alimentaria en niños y adolescentes". Colombia: Temas de medicina familiar.
- Berkman, N. D., Lohr, K. N., y Bulik, C. M. (2007). Outcomes of eating disorders: a systematic review of the literature. *International Journal of Eating Disorders*, 40(4), 293-309.
- Bruch, H. (2001). *The golden cage: The enigma of anorexia nervosa*. Harvard University Press.
- Bulik, C. M., Berkman, N. D., Brownley, K. A., Sedway, J. A., y Lohr, K. N. (2007). Anorexia nervosa treatment: a systematic review of randomized controlled trials. *International Journal of Eating Disorders*, 40(4), 310-20.

- Bulik, C. M., Sullivan, P. F., Fear, J. L., y Joyce, P. R. (1997). Eating disorders and antecedent anxiety disorders: a controlled study. *Acta Psychiatr Scand.* 96(2), 101-107.
- Cabasés, J. S. S. (1999). Aspectos históricos en la medicina sobre los trastornos alimentarios. *Revista de estudios de Juventud*, 47, 17-22.
- Cash, T. F., y Brown, T. A. (1987). Body image in anorexia nervosa and bulimia nervosa: A review of the literature. *Behavior Modification*, 11, 487-521.
- Castro, J., Toro, J., y Salamero, M. y Guimerá, E. (1991). The eating attitudes test: validation of the Spanish version. *Evaluación Psicológica*, 7, 175-90.
- Chueca, I. M., María, M. P., Bayo, I. G., Durán, E. C., Vila, M. S., y Blanco, A. S. (2003). ¿Cómo derivamos a salud mental desde atención primaria? *Atención Primaria*, 32(9), 524-530.
- Couturier, J., Kimber, M., y Szatmari, P. (2013). Efficacy of family- based treatment for adolescents with eating disorders: A systematic review and meta- analysis. *International Journal of Eating Disorders*, 46, (1) 3-11.
- Cruzat, C., Díaz, F., Aylwin, J., García, A., Behar, R., y Arancibia, M. (2014). Discursos en anorexia y bulimia nerviosa: un estudio cualitativo acerca del vivenciar del trastorno. *Revista mexicana de trastornos alimentarios*, 5(2), 70-79.
- De Gracia, M., Marco, M., y Trujano, P. (2007). Factores asociados a la conducta alimentaria en preadolescentes. *Psicothema*, 19(4), 646-53.
- Eisler, I., Dare, C., Hodes, M., Russell, G., Dodge, E., y Le Grange, D. (2000). Family therapy for adolescent anorexia nervosa: the results of a controlled comparison of two family interventions. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 41(6), 727-736.

- Elizathe, L., Murawski, B. M., Arana, F. G., Diez, M., Miracco, M., y Rutzstein, G. (2010). Detección de trastornos alimentarios en niños: adaptación lingüística y conceptual del Children's Eating Attitudes Test (CHEAT). *Anuario de investigaciones*, 17, 33-40.
- Esteban, M. L. (2004). Antropología encarnada. Antropología desde una misma. Papeles del CEIC. *International Journal on Collective Identity Research*, (12).
- Fairburn, C., y Cooper, Z. (2011). Eating disorders, DSM-5 and clinical reality. *The British journal of Psychiatry: the journal of mental science*, 198 (1): 8-10.
- Fernández-Aranda, F., Pinheiro, A. P., Thornton, L. M., Berrettini, W. H., Crow, S., Fichter, M. M.,... Bulik, C. M. (2008). Impulse control disorders in women with eating disorders. *Psychiatry Research*, 157(1-3), 147-57.
- Fernández-Aranda F, Pinheiro AP, Tozzi F, Thornton LM, Fichter MM, Halmi K. A.,... Bulik, C.M. (2007). Symptom profile of major depressive disorder in women with eating disorders. *The Australian and New Zealand journal of psychiatry*, 41(1), 24-31.
- Fernández-Delgado, A., y Jáuregui-Lobera, I. (2016). Variables psicológicas y psicopatológicas asociadas a los trastornos de la conducta alimentaria (TCA). *Journal of Negative and No Positive Results*, 1(2), 71-80.
- Fichter, M. M., y Quadflieg, N. (2016). Mortality in eating disorders - results of a large prospective clinical longitudinal study. *International Journal of Eating Disorders*, 49(4), 391-401.
- Flament, M. F., Bissada, H., y Spettigue, W. (2012). Evidence-based pharmacotherapy of eating disorders. *International Journal of neuropsychopharmacology*, 15(2), 189-207.

- Gandarillas, A., Zorilla, B., Muñoz, P., Sepúlveda, A.R., Galan, I., y León, C. (2002). Validez del Eating Attitudes test (EAT-26) para cribado de trastornos del comportamiento alimentario. *Gaceta Sanitaria*, 1, 40-42.
- García-Campayo, J., Sanz-Carrillo, C., Ibáñez, J. A., Lou, S., Solano, V. y Alda, M. (2005). Validation of the Spanish version of the SCOFF questionnaire for the screening of eating disorders in primary care. *J Psychosom Res.* 59 (2), 51-55.
- García-Testal, A., Sancho, B. F., Julve, P. R., Puche, P. E., y Rabanaque, M. G. (1998). Study of referrals from primary care to mental health: What coincidence does exist between the reasons for the referral and the diagnosis of the specialist. *Atención primaria/Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria*, 22(4), 233-238.
- Garner, D. M. (2004). Eating disorder inventory-3 (EDI-3). *Professional manual*. Odessa, FL: *Psychological Assessment Resources*.
- Garner, D. M., Olmsted, M. P., Bohr, Y., y Garfinkel, P. E. (1982). The eating attitudes test: psychometric features and clinical correlates. *Psychological medicine*, 12(4), 871-8.
- Garner, D. M. y Bemis, K. M. (1982). A cognitive behavioral approach to anorexia nervosa. *Cognitive Therapy and Research*, 6, 1-27.
- Garner, D. M., y Garfinkel, P. E. (1979). The Eating Attitudes Test: An index of the symptoms of anorexia nervosa. *Psychological medicine*, 9(02), 273-279.
- Galsworthy-Francis, L., y Allan, S. (2014). Cognitive Behavioural Therapy for anorexia nervosa: A systematic review. *Clinical psychology review*, 34(1), 54-72.
- Godart, N., Berthoz, S., Curt, F., Perdereau, F., Rein, Z., Wallier, J. y Jeammet, P. (2012). A randomized controlled trial of adjunctive family therapy and treatment as usual following inpatient treatment for anorexia nervosa adolescents. *PloS one*, 7 (1), e28249.

- Goldstein, M., Peters, L., Baillie, A., McVeagh, P., Minshall, G. y Fitzjames, D. (2011). The effectiveness of a day program for the treatment of adolescent anorexia nervosa. *International Journal of eating disorder*, 44, 29–38.
- 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 (GPC) (2009) Madrid: Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Consumo. Agencia de evaluación de Tecnología y Recerca Médicas de Cataluña. Guías de Práctica Clínica en el SNS: AATRM Núm. 2006/05-01.
- Gustafsson, S. A., Edlund, B., Kjellin, L. y Norring, C. (2009). Risk and protective factors for disturbed eating in adolescent girls—aspects of perfectionism and attitudes to eating and weight. *European Eating Disorders Review*, 17(5), 380-389.
- Hay, P., Chinn, D., Forbes, D., Madden, S., Newton, R., Sugenor, L., Touyz, S. y Ward, W. (2014). Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists clinical practice guidelines for the treatment of eating disorders. *The Australian and New Zealand journal of psychiatry*, 48, 977–1008.
- Hay, P. J., Touyz, S., y Sud, R. (2012). Treatment for severe and enduring anorexia nervosa: a review. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 46(12), 1136-1144.
- Hay, P. J., y Claudino, A. M. (2012). Clinical psychopharmacology of eating disorders: a research update. *International Journal of Neuropsychopharmacology*, 15(2), 209-222.
- Hjern, A., Lindberg, L., y Lindblad, F. (2006). Outcome and prognostic factors for adolescent female in-patients with anorexia nervosa: 9-to 14-year follow-up. *The British Journal of Psychiatry*, 189(5), 428-432.

- Hoyos, S. M. (2013). La anorexia nerviosa mental o como problema social. *Revista de actualización clínica investiga*, 35, 1833.
- Isomaa, R., Isomaa, A.L., Marttunen, M., Kaltiala-Heino, R., y Björkqvist, T. K. (2010). Psychological distress and risk for eating disorders in subgroups of dieters. *European Eating Disorders Review*, 18, 296-303.
- Kakhi, S., y McCann, J. (2016). Anorexia nervosa: Diagnosis, risk factors and evidence-based treatments. *Progress in Neurology and Psychiatry*, 20(6), 24-29c.
- Kaplan, A. S. (2002). Psychological treatments for anorexia nervosa: a review of published studies and promising new directions. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 47(3), 235-242.
- Keski-Rahkonen, A., Hoek, H. W., Susser, E. S., Linna, M. S., Sihvola, E., Raevuori, A.,... Rissanen, A. (2007). Epidemiology and course of anorexia nervosa in the community. *Am J Psychiatry*, 164(8), 1259-65.
- Keski-Rahkonen, A., y Mustelin, L. (2016). Epidemiology of eating disorders in Europe: prevalence, incidence, comorbidity, course, consequences, and risk factors. *Current opinion in psychiatry*, 29(6), 340-345.
- González, N. L., Sarriés, A. G., de Jalón Aramayo, E. G., & Urra, E. L. (2008). Concordancia en el diagnóstico entre atención primaria y salud mental. *Atención primaria*, 40(6), 285-289.
- Le, L. K., Barendregt, J. J., Hay, P., y Mihalopoulos, C. (2017). Prevention of eating disorders: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 53, 46-58.
- Levine, M. P., y Smolak, L. (2006). *The prevention of eating problems and eating disorders: Theory, research, and practice*. Psychology Press.

- Lock, J. (2015). An update on evidence-based psychosocial treatments for eating disorders in children and adolescents. *J. Clin. Child Adolesc. Psychol.* 44,707–721.
- Lock, J. (2010). Treatment of Adolescent Eating Disorders: Progress and Challenges. *Minerva Psichiatrica*, 51 (3), 207–216.
- Lock, J., y Fitzpatrick, K. K. (2007). Evidenced-based treatments for children and adolescents with eating disorders: Family therapy and family-facilitated cognitive-behavioral therapy. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 37(3), 145-155.
- Lock, J., Le Grange, D., Agras, S., Moye, A., Bryson, S. W. y Booil, J. (2010). Randomized clinical trial comparing family-based treatment with adolescent-focused individual therapy for adolescents with anorexia nervosa. *Arch Gen Psychiatry*, 67, 1025-1032.
- Madden, S., Miskovic-Wheatley, J., Wallis, A. , Kohn, M. , Lock, J. , Le Grange, D. y Touyz, S. (2014). A randomized controlled trial of in-patient treatment for anorexia nervosa in medically unstable adolescents. *Psychological Medicine*, 45 (2), 415-27.
- Maloney, M. J., McGuire, J. B., y Daniels, S. R. (1998). Reliability testing of a children's version of the Eating Attitude Test. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 27(5), 541-3.
- Martín, J., Padierna, A., González, N., Aguirre, U., Lafuente, I., Muñoz, P. y Quintana, JM (2014), la evaluación de las características psicométricas de la versión española del comportamiento anoréxico Escala de observación. *Int J Clin Pract*, 68, 83-93.
- Martinez-Gonzalez, M. A. y De Irala, J. (2003). Los trastornos del comportamiento alimentario en España: ¿Estamos preparados para hacerles frente desde la salud pública? *Gaceta Sanitaria*, 17 (5), 347-350.

- McIntosh, V. V., Jordan, J., Carter, F. A., Luty, S. E., McKenzie, J. M., Bulik, C. M.,... y Joyce, P. R. (2005). Three psychotherapies for anorexia nervosa: a randomized, controlled trial. *American Journal of Psychiatry*, *162*(4), 741-747.
- McMinn, J. E., Sindelar, D. K., Havel, P. J., y Schwartz, M. W. (2000). Leptin deficiency induced by fasting impairs the satiety response to cholecystokinin. *Endocrinology*, *141*(12), 4442-4448.
- Maginn, S., Boardman, A. P., Craig, T. K., Haddad, M., Heath, G., y Stott, J. (2004). The detection of psychological problems by General Practitioners - influence of ethnicity and other demographic variables. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, *39*, 464-471.
- Mechanic, D. (2007). Barriers to help-seeking, detection and adequate treatment for anxiety and mood disorders: Implications for health care policy. *J Clin Psychiatry*, *68*, 20-26.
- Menchetti, M., Belvederi, M., Bertakis, K., Bortolotti, B., y Beradi, D. (2009). Recognition and treatment of depression in primary care: Effect of patients presentation and frequency of consultation. *J Psychosom Res.*, *66*, 335-341.
- Morandé Lavín G, Graell Berna M, y Blanco Fernández M. A. (2014). *Trastornos de la Conducta Alimentaria y Obesidad: un enfoque integral*. 1ª ed. España: Editorial Médica Panamericana.
- Morgan, J. F., Reid, F., y Lacey, J. H. (1999). The SCOFF questionnaire: assessment of a new screening tool for eating disorders. *BMJ*, *319*(7223), 1467-8.
- Murguía-Mier, S. P., Unikel-Santoncini, C., Blum-Grynberg, B., y Taracena-Ruiz, B. E. (2015). Anorexia nerviosa: el cuerpo y los mandatos sociales superyóicos. *Revista latinoamericana de ciencias sociales, niñez y juventud*, *13*(2), 923-935.

- Muro-Sans, P., Amador-Campos, J. A., Morgan, y J. F. (2008) The SCOFF-c: psychometric properties of the Catalan version in a Spanish adolescent sample. *J Psychosom Res*, 64(1), 81-6.
- National Collaborating Centre for Mental Health (2004). *Eating disorders: Core interventions in the treatment and management of anorexia nervosa, bulimia nervosa and related eating disorders*. British Psychological Society (UK).
- Olesti, M., Piñol, J. L., Martín, N., De la Fuente, M., Riera, A., Bofarull, J. M. y Ricoma, G. (2008). Prevalencia de la anorexia nerviosa, bulimia nerviosa y otros TCA en adolescentes femeninas de Reus. *Anales de Pediatría*, 68(1): 18-23.
- Ortiz-Moncada, M. R. (2007). Materiales didácticos. Ministerio de Sanidad y Consumo-Observatorio de salud de la Mujer. Universidad Complutense. 1º edición. Madrid.
- Ortiz-Moncada, M. R. (2015). Epidemiología de los trastornos del comportamiento alimentario. Alicante: Universidad de Alicante. Departamento de Enfermería Comunitaria, Medicina Preventiva y Salud Pública e Historia de la Ciencia.
- Peláez, M. A., Labrador, F. J. y Raich, R. M. (2004).Epidemiología de los trastornos de la conducta alimentaria en España: revisión y estado de la cuestión. *C. Med. Psicodom*, (71/72), 33-41.
- Peláez-Fernández, M. A., Ruiz-Lázaro, P. M., Labrador, F. J., y Raich, R. M. (2014). Validación del Eating Attitudes Test como instrumento de cribado de trastornos de la conducta alimentaria en población general. *Medicina Clínica*, 142(4), 153-155.
- Pérez-Gaspar, M., Gual, P., De Irala, J., Martínez-Gonzalez, M. A., Lahortiga, F. y Cervera, S. (2000). Prevalencia de los trastornos de la conducta alimentaria en las adolescentes navarras. *Med Clin (Barc)*, 144, 481-486.
- Pineda-García, G., Gómez-Peresmitré, G., Acevedo, S. P., y Ariza, V. V. (2017). Ansiedad como predictor del riesgo de anorexia y bulimia: Comparación entre universitarios de

- Baja California y Ciudad de México. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 8(1), 49-55.
- Pinhas, L., Wong, J., y Woodside, D. B. (2014). *Early Intervention in Eating Disorders. Early Intervention in Psychiatry: EI of Nearly Everything for Better Mental Health.* (pp. 288-304). Chichester, UK: Wiley.
- Portela de Santana, M. L., da Costa Ribeiro Junior, H., Mora Giral, M., y Raich, R. M. (2012). La epidemiología y los factores de riesgo de los trastornos alimentarios en la adolescencia: una revisión. *Nutrición hospitalaria*, 27(2), 391-401.
- Powers, P. S. y Santana, C. A. (2002). Eating disorders: a guide for the primary care physician. *Primary Care: Clinics in Office Practice*, 29(1), 81-98.
- Raich, R. M. (2011). *Anorexia, Bulimia y otros trastornos alimentarios*. Madrid: Pirámide.
- Rivas, T., Bersabé, R., y Castro, S. (2001). Prevalencia de los trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes de Malaga (España). *Salud Mental*, 24(2), 25-31.
- Robin, A. L., Siegal, P. T., Moye, A. W., Gilroy, M., Dennis, A. B., y Sikand, A. (1999). A controlled comparison of family versus individual therapy for adolescents with anorexia nervosa. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 38, 1482-1489.
- Rosenblum, J., y Forman, S. (2002). Evidence-based treatment of eating disorders. *Current opinion in pediatrics*, 14(4), 379-383.
- Ruiz-Lazaro, P. M., Comet, M. P., Calvo, A. I., Zapata, M., Cebollada, M., Trébol, L. y Lobo, A. (2010). Prevalencia de los trastornos alimentarios en estudiantes adolescentes tempranos. *Actas Esp. Psiquiatr.* 38, 204-211.
- Rutherford, L., y Couturier, J. (2007). A review of psychotherapeutic interventions for children and adolescents with eating disorders. *Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 16(4), 153.

- Rutzstein, G., Murawski, B., Elizathe, L. y Scappatura, M. L. (2010). Trastornos alimentarios: Detección en adolescentes mujeres y varones de Buenos Aires. Un estudio de doble fase. *Revista mexicana de trastornos alimentarios*, 1(1), 48-61.
- Shay, N., y Mangian, H. (2000). Neurobiology of cinc-influenced eating behavior. *J Nutr*, 130, 1493-1499.
- Schmidt, U., Wade, T. D., y Treasure, J. (2014). The Maudsley Model of Anorexia Nervosa Treatment for Adults (MANTRA): development, key features, and preliminary evidence. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 28(1), 48-71.
- Starr, T. B., y Kreipe, R. E. (2014). Anorexia nervosa and bulimia nervosa: brains, bones and breeding. *Current psychiatry reports*, 16(5), 1-11.
- Staudt, M. A., Rojo, N. M., y Ojeda, G. A. (2006). Trastornos de la conducta alimentaria: anorexia nerviosa. Revisión bibliográfica. *Revista de Posgrado de la VI Cátedra de Medicina*, 156, 24-30.
- Steinhausen, H. C. (2002). The outcome of anorexia nervosa in the 20th century. *American journal of Psychiatry*, 159(8), 1284-1293.
- Steinhausen, H. C., Jakobsen, H., Helenius, D., Munk-Jørgensen, P., y Strober, M. (2015). A nation-wide study of the family aggregation and risk factors in anorexia nervosa over three generations. *International journal of eating disorders*, 48(1), 1-8.
- Stice, E., Shaw, H., y Marti, C. N. (2007). A meta-analytic review of eating disorder prevention programs: encouraging findings. *Annu. Rev. Clin. Psychol.*, 3, 207-231.
- Swanson, S. A., Crow, S. J., Le, G. D., Swendsen, J. y Merikangas, K. R. (2011). Prevalence and correlates of eating disorders in adolescents: results from the national comorbidity survey replication adolescent supplement. *Arch. Ge. Psychiatry*, 68: 714-723..

- Treasure, J. y Kordy, H. (1998), Evidence based care of eating disorders: beware the glitter of the randomised controlled trial. *Eur. Eat. Disorders Rev.*, 6: 85–95.
- Treasure, J., Zipfel, S., Micali, N., Wade, T., Stice, E., Claudino, A., Schmidt, U., Guido, F., Bulik, C., y Wentz, E. (2015). Anorexia nervosa. *Nature Reviews Disease Primers*, 1.
- Unikel-Santoncini, C., Nuño-Gutiérrez, B., Celis-de la Rosa, A., Saucedo-Molina, T. D. J., Trujillo, E. M., García-Castro, F. y Trejo-Franco, J. (2010). Conductas alimentarias de riesgo: prevalencia en estudiantes mexicanas de 15 a 19 años. *Revista de investigación clínica*, 62(5), 424-432.
- Vandereycken, W. (1992) .Validity and reliability of theAnorectic BehaviorObservation Scale for parents. *Acta Psychiatr Scand*, 85(2):163-6.
- Watson, H. J., y Bulik, C. M. (2012). Update on the treatment of anorexia nervosa: Review of clinical trials, practice guidelines and emerging interventions. *Psychosomatic Medicine*, 43, 2477–2500.
- Wilson, G. T., Grilo, C. M., y Vitousek, K. M. (2007). Psychological treatment of eating disorders. *American Psychologist*, 62(3), 199.
- Zipfel, S., Löwe, B., Reas, D. L., Deter, H. C., y Herzog, W. (2000). Long-term prognosis in anorexia nervosa: lessons from a 21-year follow-up study. *The Lancet*, 355(9205), 721-722.