

**Revisión investigativa de la conceptualización e intervención de la Anorexia Nerviosa.
Modelo Multidimensional.**

Alejandra Gutiérrez Ruíz

Trabajo de grado para optar al título de Psicóloga

Asesor

David Andrés Montoya- Arenas, PhD.



**Universidad de Antioquia
Facultad de Ciencias Sociales y Humanas
Departamento de psicología
Medellín
2019**

Resumen: Los trastornos de la conducta alimentaria y en especial la anorexia nerviosa representan un reto, tanto en su adecuado diagnóstico y tratamiento; secuelas físicas de gravedad, alta mortalidad y el abandono de los tratamientos son algunas consecuencias ligadas directamente a las patologías alimentarias. Mediante una revisión literaria se abordaron las dimensiones constitutivas de la Anorexia Nerviosa para de esta manera generar un modelo multidimensional sobre este trastorno.

Palabras claves: Trastornos de la conducta alimentaria, anorexia nerviosa, intervención, modelo multidimensional.

Abstract: Eating disorders, specially anorexia nervosa portray a challenge in adequate diagnosis and treatment. The dropout from treatment, severe physical complications and high mortality are some consequences directly linked to eating disorders. Through a literature revision the constitutive dimensions of anorexia nerviosa were approached in order to generate a multidimensional model about this disorder.

Keywords: Eating disorders, anorexia nervosa, intervention, multidimensional model.

Introducción.

Los Trastornos de la conducta alimentaria (TCA) son patologías causadas por múltiples factores entre los cuales intervienen agentes genéticos, biológicos, de personalidad, familiares y socio culturales que afectan a niños (as), adolescentes y jóvenes; por la dificultad que representa formular un diagnóstico y tratamiento en las dimensiones anteriormente mencionadas este trastorno tiene gran incidencia en los temas de salud pública. Integran este grupo la anorexia y la bulimia nerviosa, cuya incidencia y prevalencia vienen aumentando a través de las últimas décadas; los datos aportados por la OMS (2014) señalan que la anorexia nerviosa (AN) ocurre entre un 0.5-1% de la población adolescente y adulta joven, mientras que para la bulimia nerviosa la cifra se acentúa entre un 0.9-4.1% ; haciéndose más preocupante el panorama al identificar que un 5-13% de la población joven sufre de trastornos de la conducta alimentaria no especificados; cabe señalar que estas cifras no recogen estudios de países en vías de desarrollo, por lo cual los números de incidencia y prevalencia podrían aumentar.

Medellín no es ajena a estos padecimientos, y como lo indica el Primer Estudio Poblacional de Salud Mental realizado entre el 2011 y el 2012 el comportamiento de la prevalencia para la anorexia fue de 0.09% para toda la población, con una prevalencia para el sexo femenino de 0,13%; para el caso de la bulimia nerviosa la prevalencia presentó 0,28% para el total de la población con una prevalencia para el sexo femenino de 0,28%. Aunque las cifras no son alarmantes, es importante considerar que en la bulimia se suele presentar un fenómeno de subdiagnóstico, pues al no existir un síntoma manifiesto como en la anorexia nerviosa (un marcado bajo peso) el trastorno puede pasar totalmente inadvertido durante años y aunque es una enfermedad que presenta su inicio durante la adolescencia, las consecuencias generalmente son explícitas luego de una década de padecimiento de dicho trastorno; además los pacientes bulímicos habitualmente se ubican dentro de la categoría de peso considerado normal. (Rava y Silber, 2004).

Referida a este contexto, Palacios (2007) recalca que una de las características de los TCA es su curso crónico que trae graves consecuencias como malnutrición que deriva en problemas cardíacos, óseos, afectaciones en el funcionamiento cerebral y dificultades en los ámbitos sociales y comportamentales de la persona afectada. Lo anterior determina que tanto la anorexia como la bulimia son patologías resistentes al tratamiento, presentando altos índices de mortalidad y comorbilidad.

Aunque existen variedad de intervenciones (psicoterapia, estimulación cerebral, psicodrama, terapia familiar) el tratamiento predominante para los TCA suele ser de tipo cognitivo conductual; sin embargo, las revisiones sistemáticas revelan que la efectividad de estos tratamientos es reducida y se necesita una visión global que facilite la adherencia al tratamiento y el éxito del mismo. (Lock, 2015)

El panorama se torna más incierto al conocer la efectividad de las intervenciones realizadas a través de los programas de salud pública cuyos diseños están enfocados en la prevención, con metodologías unidireccionales que impactan poblaciones parciales, como lo reporta la OMS: Los programas educativos publicados antes de 1995, se centraron en mejorar el conocimiento acerca de los problemas de alimentación y la dieta. En general, mostraron un aumento en el conocimiento, pero no necesariamente tuvieron éxito al cambiar comportamientos y prácticas poco sanas. (WHO, 2004)

Actualmente varios estudios controlados han evaluado los resultados de una nueva generación de programas multidimensionales de integración, reportando mejores resultados. Algunos exponen efectos preventivos de actitudes relacionados con la alimentación, la internalización o aceptación de los ideales sociales de la apariencia, sentimientos de la ineficacia, la insatisfacción corporal y el comportamiento de la dieta. (2014, p.44)

Justificación

Aunque existe una extensa producción de artículos de investigación sobre los TCA estos aún carecen de resultados sólidos y consenso en ejes fundamentales, por ejemplo, en cuanto al éxito de los

tratamientos de los TCA, específicamente para el caso de este trabajo en la anorexia nerviosa. Palacios (2006) señala que el éxito de los tratamientos difiere según el TCA y la efectividad de los tratamientos para la anorexia nerviosa aún se encuentran en fase de estudio que precisan de investigaciones con diseños de grupos randomizados; además Wade y Vall (2015):

Afirman que las revisiones teóricas frente a este tema indican que aún existen definiciones antagónicas frente a la definición de éxito del tratamiento y que aún existen incoherencias en la literatura sobre la anorexia que limitan el grado en el cual se pueden obtener conclusiones sólidas, además se necesita un mayor grado de fiabilidad y réplica para que se den cambios en los enfoques clínicos de los TCA, específicamente en la anorexia nerviosa.

Subyace entonces la necesidad de profundizar en factores como la conceptualización de términos como “éxito del tratamiento” y “desenlace”, pues sin duda ello permitiría identificar nuevas circunstancias de riesgo, posibles etiologías, metodologías para la predicción y el control; para luego plantear nuevas formas de intervención que consideren la heterogeneidad y complejidad de estos trastornos.

Propósito

Se propuso realizar una revisión teórica y crítica dirigida a esclarecer las dimensiones que constituyen la Anorexia Nerviosa y las principales propuestas de intervención a partir de los reportes de investigación aplicada, así como las diferentes guías clínicas lo que permitirá a los profesionales de las ciencias sociales y de la salud la toma de decisiones para abordar este trastorno.

Metodología

Para el desarrollo de la presente revisión se realizó un análisis de artículos investigativos y de guías clínicas consultadas a través de las siguientes bases de datos bibliográficas consultadas; *Apa Psy*

Net que permitió identificar revistas como el *International Journal of Eating Disorders*, *European Eating Disorders*, *Medline*, *Scielo*, *Sciencedirect* y *The Cochrane Collaboration*. Para reconocer potenciales estudios se utilizaron palabras clave como: *anorexia*, *terapia*, *evidencia*.

Se identificaron aproximadamente 50 artículos, de los cuales 22 fueron seleccionados mediante criterios de inclusión como: estudios empíricos sobre intervenciones psicológicas en trastornos de la conducta alimentaria, investigaciones en las que se incluya evaluación y/o intervención en Anorexia Nerviosa

Resultados

La Anorexia Nerviosa (AN) es un trastorno de la conducta alimentaria (TCA) en cuya etiología intervienen factores genéticos, familiares y socioculturales. Esta patología afecta principalmente a adolescente y a adultos jóvenes; y por su complejidad implica serias dificultades para el adecuado establecimiento de un diagnóstico y tratamiento exitoso en las dimensiones anteriormente mencionadas. (Galsworthy y Allan, 2014).

A continuación, se describirán las dimensiones que influyen sobre la anorexia nerviosa de acuerdo con la revisión documental realizada.

Componentes Intrapsíquicos

Factores Cognitivos

Dentro de sus principales características está la afeción en el funcionamiento cognitivo, en consonancia con lo anterior Fairburn (2008) dentro de su conceptualización transdiagnóstica plantea que los TCA son trastornos principalmente cognitivos.

En este marco han de considerarse los esquemas mal adaptativos como las estructuras mediante las cuales los individuos perciben y procesan sus experiencias y su medio ambiente; es por

esto que se teoriza su papel dentro del desarrollo y mantenimiento de la Anorexia Nerviosa; al respecto el resultado de un estudio realizado por Damiano, Reece, Reid, Atkins, y Patton, (2015) reporta la presencia de esquemas maladaptativos en pacientes diagnosticados, especialmente en aislamiento social e inhibición emocional; además subrayan la importancia del subtipo en la presentación e intensidad de características psicopatológicas vinculadas con los esquemas maladaptativos.

Es prudente advertir que el análisis de la existencia de distorsiones cognitivas como la sobre generalización, la abstracción selectiva y el pensamiento dicotómico (Garner y Bemis 1982 citado por Palacios 2007) podrían dar luces sobre una posible etiología de este trastorno, pues las características psicopatológicas parecen ser el resultado de patrones de respuesta poco flexibles entre los cuales están la rumiación, la preocupación constante y las estrategias de control de pensamientos mediante el autocastigo (Olstad, Solem, Hjemdal, y Hagen 2015).

Del mismo modo Fairburn (2008) describe 6 mecanismos cognitivos y comportamentales de mantenimiento de los TCA: 1). Sobre-evaluación de la figura y el peso; 2). Sobre-evaluación del control alimentario; 3). Restricción de la alimentación; 4). Moderación de la alimentación; 5). Bajo peso y 6). Cambios en la alimentación motivados por eventos o estados de ánimo.

Esta descripción sería incompleta si no se considerarían los planteamientos de Palacios (2006) :

(1) el perfeccionismo clínico, que es particularmente superior en las personas con anorexia nerviosa, (2) la baja autoestima, característica de los cuadros de anorexia nerviosa crónica, (3) la irritabilidad, y (4) las dificultades interpersonales se producen en una alta proporción entre los pacientes con anorexia nerviosa.

Factores Neuropsicológicos

Los anteriores patrones de funcionamiento cognitivo parecen estar soportados por hallazgos neuropsicológicos sobre la estructura y el funcionamiento cerebral; al respecto Cucarella, Tortajada, y

Moreno (2012) reportan una gran afectación de las funciones frontales y cambios estructurales a nivel cerebral que podrían estar presentes incluso antes del inicio del trastorno, lo cual supone una predisposición para desarrollar Anorexia Nerviosa; y aunque una vez se ha restaurado el peso corporal se presenta una mejoría considerable en el desempeño cognitivo usualmente los pacientes continúan exhibiendo déficit en cambio de tareas y coherencia central (Garrett, Lock, Datta, Beenhaker, Kesler, y Reiss 2014). Por consiguiente, algunas características clínicas asociadas con los TCA podrían ser el resultado de la desnutrición, el bajo peso y los cambios a nivel metabólico.

Sanchez y Gutiérrez (2014) realizaron un estudio en el cual evaluaron las funciones ejecutivas de tres grupos: pacientes diagnosticadas con TCA, personas con sintomatología de TCA y personas sin sintomatología o riesgo de TCA por medio de la Torre de Londres y el Test de clasificación de Tarjetas de Wisconsin. En sus resultados destacan que el grupo diagnosticados con TCA y el grupo con sintomatología asociada a los TCA obtuvieron un desempeño ineficaz comparado con el grupo con sintomatología; por ejemplo necesitaron más movimientos para la resolución de problemas, obtuvieron más errores perseverativos y tuvieron dificultades para comprender los principios de clasificación, dificultades que reflejan fallas en la planificación de estrategias, la solución de problemas y la creación de soluciones alternativas; por lo tanto *“estas dificultades neuropsicológicas podrían no solo ser una consecuencia de la enfermedad sino una condición previa al inicio de la afección, e incluso pudiesen formar parte de los factores de riesgo o predisponentes para estos trastornos”*

Factores biológicos

En cuanto a la etiología de la Anorexia Nerviosa varía desde factores genéticos como el polimorfismo en el 1 5-HTTLPR del gen SLC6A4 (Hernández-Muñoz & Camarena-Medellín, 2014) que altera los neurotransmisores centrados en la recaptación de serotonina; proceso relacionado con las

alteraciones reportadas por los pacientes diagnosticados con Trastornos de la Conducta Alimentaria especialmente en la Anorexia Nerviosa.

Componentes Psicosociales

Sin duda los factores predisponentes ya mencionados (presencia distorsiones cognitivas, polimorfismo, afecciones estructura y funcionamiento cerebral) interactuarían con factores contextuales como el entorno familiar y social; las personas con AN identifican a su familia como rígida y con problemas de comunicación, particularmente en quienes presentan esta alteración subtipo purgativa, además, la psicología relacional plantea que el apego inseguro puede ser un factor de riesgo para desarrollar TCA durante la adolescencia (Jewell, Collyer, Gardner, Tchanturia, Simic, Fonagy, y Eisler 2015).

Pronóstico y Comorbilidad

La Anorexia Nerviosa suele iniciar durante la adolescencia y generalmente es activada por la restricción en la ingesta de alimentos, luego sobreviene una etapa de incremento en las características psicopatológicas, y en muchos casos la migración de diagnóstico hacia la bulimia. (Fairburn, 2008)) Steinhausen (2002) citado por Galsworthy-Francis y Allen (2014) señala que:

Menos del 50% de las personas diagnosticadas con anorexia nerviosa se recuperan por completo; un 20-30% continúan experimentando síntomas residuales; 10-20%

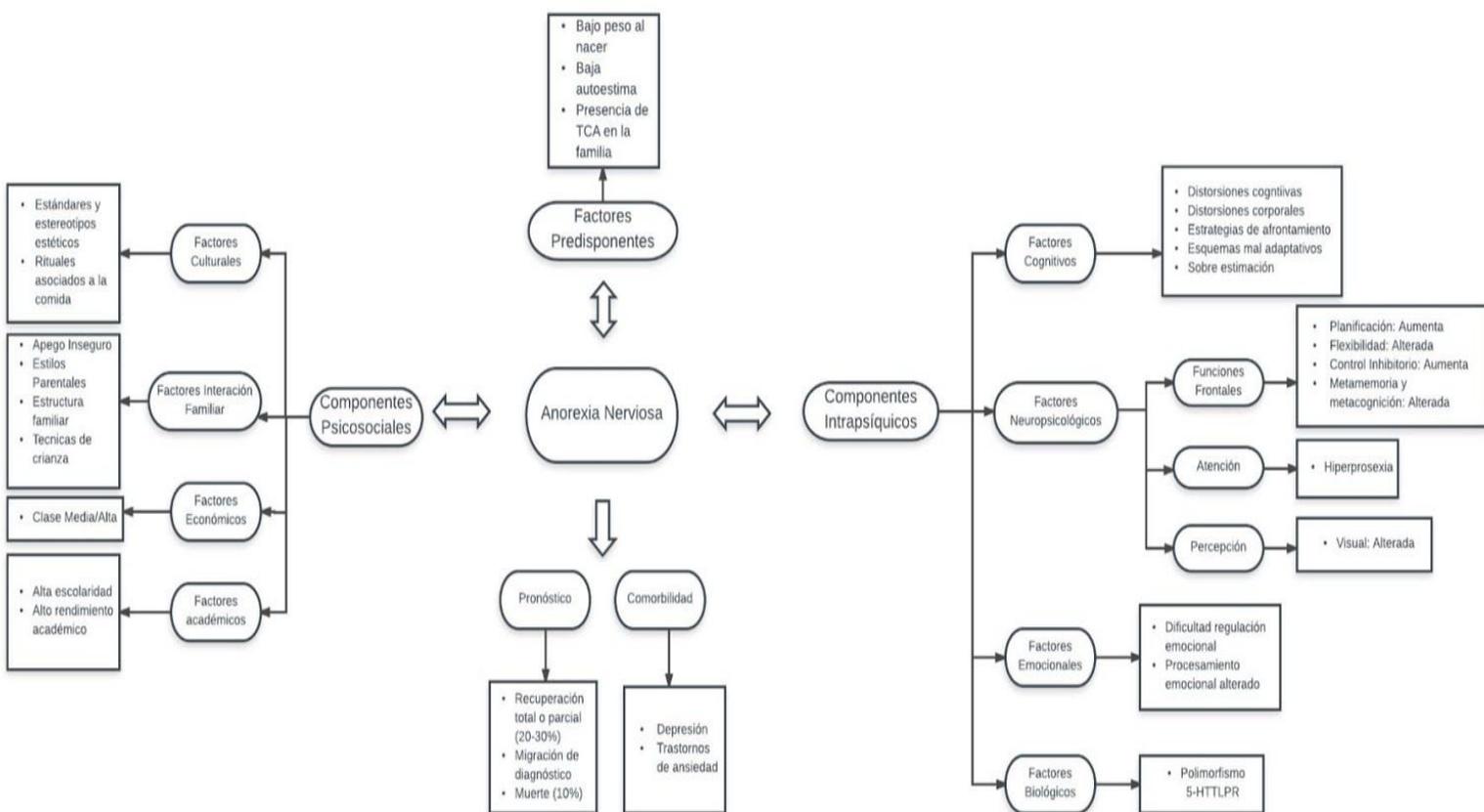
permanecen significativamente enfermos y aproximadamente un 5-10% mueren a causa de ésta enfermedad; además las tasas de mortalidad en la AN son diez veces mayores que la de la población general, y son los más altos de todos los trastornos psiquiátricos. (55)

Bien pareciera que los factores que pueden influir en el aumento de riesgo de muerte en los TCA son la presencia de comorbilidad psiquiátrica, el tratamiento obligatorio, edad adulta al momento de iniciar el tratamiento y el curso crónico del TCA. (Fichter, y Quadflieg 2016).

Seguidamente es necesario resaltar que las tasas de prevalencia de comorbilidad psiquiátrica e ideación suicida son más bajas en pacientes adolescentes con AN en comparación con pacientes adultos, y según los autores esto sugiere que la cronicidad de un TCA tiene consecuencias biológicas, neurológicas y sociales directas que podrían explicar una comorbilidad psiquiátrica más grave.

Luego de la revisión investigativa y documental anteriormente descrita, se propone un modelo multidimensional de la AN, en el que se muestran las dimensiones relacionadas con este trastorno.

Gráfico 1. Modelo Multidimensional de la Anorexia Nerviosa (Gutiérrez-Ruiz y Montoya-Arenas, 2017)



Intervenciones

A continuación, se da una descripción de algunos de los tratamientos para la AN reportados en la literatura científica.

Tabla 1

Tratamientos Anorexia Nerviosa

Nombre del tratamiento	Año	Enfoque	Descripción	Autores
Terapia Familiar y Terapia Sistémica Familiar para la Anorexia Nerviosa (Family Therapy and Systemic Family Therapy for AN)	1988 1998	Dinámico	Evaluar las dinámicas familiares que pueden influir en el desarrollo y mantenimiento de la anorexia nerviosa. Duración variada.	
Terapia Cognitivo Conductual para la Anorexia Nerviosa (CBT Cognitive Behavioural Therapy for AN)	1989 1990 1999	Cognitivo Conductua l	Ayudar a los pacientes a superar las dificultades mediante la identificación y la alteración de pensamientos, comportamientos y respuestas emocionales disfuncionales/distorsionados. Para adolescentes y adultos. Duración variada. (2 a 5 meses o 1 a 2 años) 3 etapas. (Introducción y educación; Reestructuración cognitiva; Prevención de recaídas)	Vicente Caballo Lisa Galsworth y-Francis y Steven Allan Fairbun
Terapia Cognoscitiva experiencial basada en realidad virtual	1999	Cognitivo Conductua l	Generar satisfacción con la imagen corporal y motivación para el cambio por medio del uso de la realidad virtual y el método socrático 5 sesiones	Palacios Riva
Terapia ambulatoria Maudsley Basada en Familia o Terapia Basada en Familia para la Anorexia Nerviosa (Maudsley family-based outpatient treatment or Family Based treatment for AN)	2001	Psicoterap ia Familiar	Tratamiento ambulatorio intensivo en el cual los padres juegan un papel activo y positivo con el fin de ayudar a restaurar el peso del paciente, retomar el control de la alimentación al paciente y fomentar el desarrollo normal del paciente en sus diferentes ambientes. Para adolescentes. 15 a 20 sesiones de tratamiento	Le Grange, D., and J. Lock.

			durante 12 meses aproximadamente. 3 fases (Recuperación del peso; Devolución del control sobre la alimentación; Establecimiento de una identidad saludable)	
Terapia de Aceptación y Compromiso para la Anorexia Nerviosa (Acceptance and Commitment Therapy for AN ACT)	2002	Cognitivo Conductua l	Tratamiento Cognitivo Conductual dirigido a las estrategias de control ineficaces y la evitación experiencial. Duración variada.	Hayes, Steven C.; Strosahl, Kirk D.; Wilson, Kelly G.
Terapia Cognitivo Conductual Mejorada para los Trastornos de la Conducta Alimentaria (CBT-E Enhanced Cognitive Behavior Therapy for Eating Disorders)	2003 2008	Cognitivo Conductua l. Modelo Transdiag nóstico	Tratamiento enfocado en las características psicopatológicas de los trastornos de la conducta alimentaria. Identificar los procesos que mantienen la patología del paciente para lograr un cambio cognitivo. Tratamiento para adultos pero se puede adaptar para adolescentes. 20 sesiones de tratamiento durante 20 semanas. Versión de 40 sesiones para pacientes con IMC entre 15,0 y 17,5. Ambas poseen 4 etapas más una sesión de revisión posterior a las 20 semanas de la finalización del tratamiento.	Christophe r G. Fairburn
Psicocirugía			Talamotomía tipo Zamboni y leucotomía límbica tipo Kelly modificada. Estimulación cerebral profunda de corteza cingular subgenual. Capsulotomía anterior en el tratamiento de la anorexia nerviosa.	Barbier J, Gabriels L. Goodman WK, Insel TR. Israel M, Steiger H.
Realidad Virtual Reforzada	2013	Preventivo	Promover la aceptación de la diversidad corporal mejorando la aceptación de la propia imagen y disminuyendo el problema de alteración de la misma. Presentación de un software en el	Gilda Gómez Péresmitré Rodrigo León Hernández

que la participante tiene la posibilidad de manipular avatares que representan su figura ideal, actual y real e interactuar en un medio virtual, al mismo tiempo que se trabaja con los pensamientos negativos y automáticos sobre la propia imagen corporal. 1 sesión durante 45 o 60 minutos.	Silvia Platas Acevedo
--	-----------------------------

De los tratamientos mencionados Lock (2015) informa que:

Solo Terapia ambulatoria Maudsley Basada en Familia o Terapia Basada en Familia para la Anorexia Nerviosa cuenta con sustentación empírica que la ubica en el nivel 1 de tratamientos bien establecidos, la Terapia Familiar y Terapia Sistémica Familiar para la Anorexia Nerviosa se ubica en el nivel 2 lo cual implica que se trata de un tratamiento probablemente eficaz, mientras que las Terapias Cognitivo Conductuales se encuentran en el nivel 4 lo que corresponde a la modalidad de tratamientos experimentales.

Los datos anteriores aplican para la intervención de adolescentes.

Guías Clínicas

Para la intervención sistematizada se han propuesto diferentes guías para los tratamientos de los TCA, a continuación, se describen algunas:

En inglés:

Estados Unidos: **“Practice Guideline For The Treatment of Patients With Eating**

Disorders” Autor: American Psychiatric Association. Año: 2010. Tercera Edición. Brinda

información sobre recomendaciones para el tratamiento de los trastornos de la conducta

alimentaria, descripción de las patologías (Anorexia Nerviosa, Bulimia Nerviosa, Trastorno por

atracones), datos epidemiológicos, evidencia investigativa en los TCA y recomendaciones para investigaciones futuras.

Reino Unido: “**Critical Care for Anorexia Nervosa, The MARSIPAN guidelines in practice**” Editores: Paul H. Robinson, Dasha Nicholls. Año: 2015 Administra lineamientos para el cuidado de pacientes con Anorexia Nerviosa grave/crónica, sean estos adultos o niños y adolescentes; ofrece información sobre los pasos a seguir para conformar un equipo multidisciplinario; aunque se enfoca en aspectos médicos como la alimentación y el restablecimiento del peso también presenta apartados en los cuales se discute sobre el manejo de síntomas conductuales; incluye un apartado sobre los aspectos éticos del tratamiento de la Anorexia Nerviosa.

En español:

España: “**Guía de Práctica Clínica sobre TCA**” Año: 2009 (Desactualizada) Mediante el análisis de estudios publicados hasta el año 2008 definen y clasifican los TCA; ofrecen herramientas de detección, diagnóstico, tratamiento, evaluación, pronóstico y aspectos legales.

México: “**Guía Clínica para TCA**” Autores: Claudia Unikel Santoncini, Alejandro Caballero Romo. Año: 2010. Adaptación de guías internacionales, ofrece clasificación diagnóstica de los TCA y descripción de abordajes terapéuticos según los niveles de atención en salud; herramientas diagnósticas validadas y desarrolladas para la población mexicana.

Chile: “**Protocolo de Manejo en Red del Trastorno de la Conducta Alimentaria, Anorexia y Bulimia**” Año: 2011. Ofrece criterios para el abordaje bio-psico-social en los diferentes niveles de atención en salud mediante la definición y la descripción clínica y de tratamientos de los TCA.

Colombia: Propuesta de guía clínica: **“Modelo de atención para eventos emergentes en salud mental, en el marco del sistema general de seguridad en salud”** Autores: Ministerio de Salud y Protección Social. Año: 2013. Propone una breve guía clínica para la atención de los TCA; además, el Modelo establece un orden lógico entre las políticas públicas y las propuestas de intervención; promueve la articulación de cada uno de los sectores que intervienen en el marco del fortalecimiento de la salud en el país.

“Guía de atención – Intervención en Trastornos de la Conducta Alimentaria en Niños y Adolescentes” Autores: Angulo Restrepo, Castañeda Cárdenas, Gutiérrez Barbosa y Romero Carrillo. Año: 2013. Como producto de trabajo de grado establece una guía para la atención y la intervención de los TCA mediante un modelo cognitivo conductual; incluye conceptualización sobre trastornos relacionados con la alimentación que se presentan durante la infancia, sin embargo, no es una guía que esté asumida por los protocolos de atención en salud mental de acuerdo a los lineamientos del ministerio de salud.

Conclusiones

Luego de la revisión realizada se encuentra que la anorexia es un trastorno multidimensional, pues no depende de un factor específico para su aparición sino de la interacción entre circunstancias intrapersonales psicosociales y condiciones neonatales como el bajo peso al nacer.

Los programas de intervención se han focalizado en los contenidos del pensamiento y en las conductas que refuerzan y mantienen la restricción alimentaria teniendo como medida de control de eficacia terapéutica el incremento en el peso esperado para la edad y la talla.

Si bien se reportan alteraciones neuropsicológicas como consecuencia del trastorno, no se encontraron programas de intervención que favorezcan el proceso de recuperación cognitiva que facilite el pronóstico y la adherencia al tratamiento.

Recientemente se han propuesto intervenciones para los TCA de tipo médico neurológico pero debido al alto costo de los procedimientos más los riesgos físicos hacen que las intervenciones psicológicas y farmacológicas sigan siendo de primera elección.

Los tipos de intervención más frecuentes son: Terapia familiar, Terapia cognitivo conductual y Terapias combinadas/mixtas (psiquiátricas y psicológicas), siendo según lo revisado la Terapia Familiar la que reporta mayor evidencia de efectividad en adolescentes, sin embargo, para adultos es la terapia cognitivo conductual.

Las utilizaciones de canales virtuales no han demostrado niveles altos de efectividad que justifiquen su elección frente a programas de acompañamiento presencial.

Recomendaciones

En la revisión realizada se encontró que la mayoría de los estudios fueron desarrollados en población femenina, sin embargo, los TCA no es una condición única a este grupo poblacional, por lo que se encuentra necesario realizar investigaciones sobre Anorexia en población masculina y LGTBI.

En el contexto colombiano si bien se encontró una propuesta de guía esta carece de validación por parte de entidades que regulan la salud mental en el país; por lo tanto, no se encuentran guías oficiales enfocadas a la valoración, diagnóstico e intervención de la AN ajustadas y

validadas a las características socioculturales lo que dificulta la atención integral en salud con participación interdisciplinaria.

Se ve la necesidad de generar procesos de investigación en TCA específicamente en AN bajo criterios clínicos y diagnósticos actualizados como los del DSM 5 dado que en éste se eliminó la amenorrea y el porcentaje del peso esperable, lo cual probablemente incrementará el número de casos que requieren atención especializada.

Referencias

- American Psychiatric Association. (2006). *American Psychiatric Association Practice Guidelines for the treatment of psychiatric disorders: compendium 2006*. American Psychiatric Pub.
- Brewerton, T. D. (Ed.). (2004). *Clinical handbook of eating disorders: An integrated approach*. CRC Press.
- Bühren, K., Schwarte, R., Fluck, F., Timmesfeld, N., Krei, M., Egberts, K., ... & Herpertz-Dahlmann, B. (2014). Comorbid psychiatric disorders in female adolescents with first-onset anorexia nervosa. *European Eating Disorders Review*, 22(1), 39-44.
- Caballo, V. (1998). Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos. *Madrid: Siglo Veintiuno Editores*.
- Calugi, S., El Ghoch, M., Conti, M., & Dalle Grave, R. (2014). Depression and treatment outcome in anorexia nervosa. *Psychiatry research*, 218(1), 195-200.
- Castañeda Cárdenas, D. P., Angulo Restrepo, M. A., Barbosa, G., Stick, D., & Romero Carrillo, J. E. (2013). *Guía de atención: intervención en trastornos de la conducta alimentaria en niños y adolescentes* (Bachelor's thesis).
- Constaín, G. A., Ramírez, C. R., de los Ángeles Rodríguez-Gázquez, M., Gómez, M. Á., Múnera, C. M., & Acosta, C. A. (2014). Validez y utilidad diagnóstica de la escala EAT-26 para la evaluación del riesgo de trastornos de la conducta alimentaria en población femenina de Medellín, Colombia. *Atención Primaria*, 46(6), 283-289.
- Cucarella, J. O., Tortajada, R. E., & Moreno, L. R. (2012). Neuropsychology and anorexia nervosa. Cognitive and radiological findings. *Neurología (English Edition)*, 27(8), 504-510.

- Dalle Grave, R., Calugi, S., Doll, H. A., & Fairburn, C. G. (2013). Enhanced cognitive behaviour therapy for adolescents with anorexia nervosa: an alternative to family therapy?. *Behaviour research and therapy*, *51*(1), R9-R12.
- Damiano, S. R., Reece, J., Reid, S., Atkins, L., & Patton, G. (2015). Maladaptive schemas in adolescent females with anorexia nervosa and implications for treatment. *Eating behaviors*, *16*, 64-71.
- Espie, J., & Eisler, I. (2015). Focus on anorexia nervosa: modern psychological treatment and guidelines for the adolescent patient. *Adolescent health, medicine and therapeutics*, *6*, 9.
- Fairburn, C. G. (2008). *Cognitive behavior therapy and eating disorders*. Guilford Press.
- Fairburn, C. G., Bailey-Straebler, S., Basden, S., Doll, H. A., Jones, R., Murphy, R., ... & Cooper, Z. (2015). A transdiagnostic comparison of enhanced cognitive behaviour therapy (CBT-E) and interpersonal psychotherapy in the treatment of eating disorders. *Behaviour research and therapy*, *70*, 64-71.
- Farstad, S. M., McGeown, L. M., & von Ranson, K. M. (2016). Eating disorders and personality, 2004–2016: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, *46*, 91-105.
- Fernández, L. B., Espadas, C. R., González, C. O. F., & Cano, T. R. (2016). Influence of parental rearing styles on attitude towards change in eating disorders. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, *7*(1), 56-63.
- Franco, S., Otero, Ó., González, J. C. A., Guio, Ó. Z., Calderón, M. B., Orduz, R. D., & Lee, Ó. F. (2012). Psicocirugía en el tratamiento de la anorexia nerviosa. *Universitas Médica*, *54*(3), 369-379.

- Frank, G. K. W., Shott, M. E., Riederer, J., & Pryor, T. L. (2016). Altered structural defective connectivity in anorexia and bulimia nervosa in circuits that regulate energy and reward homeostasis. *Translational Psychiatry*, 6(11), e932.
- Fichter, M. M., & Quadflieg, N. (2016). Mortality in eating disorders-results of a large prospective clinical longitudinal study. *International Journal of Eating Disorders*.
- Fitzgerald, P. B., & Segrave, R. A. (2015). Deep brain stimulation in mental health: Review of evidence for clinical efficacy. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 49(11), 979-993.
- Galsworthy-Francis, L., & Allan, S. (2014). Cognitive Behavioural Therapy for anorexia nervosa: a systematic review. *Clinical psychology review*, 34(1), 54-72.
- Garrett, A. S., Lock, J., Datta, N., Beenhaker, J., Kesler, S. R., & Reiss, A. L. (2014). Predicting clinical outcome using brain activation associated with set-shifting and central coherence skills in anorexia nervosa. *Journal of psychiatric research*, 57, 26-33.
- 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. Madrid: Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Consumo. Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques de Catalunya; 2009. Guías de Práctica Clínica en el SNS: AATRM Núm. 2006/05-01.
- Griffiths, S. (2015). Eating disorders stigma: Towards a more comprehensive understanding.
- Godart, N., Radon, L., Curt, F., Duclos, J., Perdereau, F., Lang, F., ... & Corcos, M. (2015). Mood disorders in eating disorder patients: Prevalence and chronology of ONSET. *Journal of affective disorders*, 185, 115-122.
- Gómez Péresmitré, G., León Hernández, R., Platas Acevedo, S., Lechuga Hernández, M., Cruz, D.,

- & Hernández Alcántara, A. (2013). Realidad Virtual y Psicoeducación: Formatos de Prevención Selectiva en Trastornos de la Conducta Alimentaria. *Revista mexicana de trastornos alimentarios*, 4(1), 23-30.
- Guarda, A. S., Schreyer, C. C., Boersma, G. J., Tamashiro, K. L., & Moran, T. H. (2015). Anorexia nervosa as a motivated behavior: Relevance of anxiety, stress, fear and learning. *Physiology & behavior*, 152, 466-472.
- Hay, P. J., Touyz, S., & Sud, R. (2012). Treatment for severe and enduring anorexia nervosa: a review. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 46(12), 1136-1144.
- Hernández-Muñoz, S., & Camarena-Medellin, B. (2014). El papel del gen del transportador de serotonina en los trastornos de la conducta alimentaria. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 43(4), 218-224.
- Jáuregui-Lobera, I. (2014). Executive functions in anorexia nervosa. *Nutr Hosp*, 29(3), 500-507.
- Jewell, T., Collyer, H., Gardner, T., Tchanturia, K., Simic, M., Fonagy, P., & Eisler, I. (2015). Attachment and mentalization and their association with child and adolescent eating pathology: A systematic review. *International Journal of Eating Disorders*.
- Lang, K., Dapelo, M. M., Khondoker, M., Morris, R., Surguladze, S., Treasure, J., & Tchanturia, K. (2015). Exploring emotion recognition in adults and adolescents with anorexia nervosa using a body motion paradigm. *European Eating Disorders Review*, 23(4), 262-268.
- Lang, K., Larsson, E. E., Mavromara, L., Simic, M., Treasure, J., & Tchanturia, K. (2016). Diminished Facial emotion expression and associated clinical characteristics in Anorexia Nervosa. *Psychiatry research*, 236, 165-172.
- Lock, J. (2015). An update on evidence-based psychosocial treatments for eating disorders in children and adolescents. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 44(5), 707-721.

- Lozano-Serra, E., Andrés-Perpiña, S., Lázaro-García, L., & Castro-Fornieles, J. (2014). Adolescent Anorexia Nervosa: cognitive performance after weight recovery. *Journal of psychosomatic research*, 76(1), 6-11.
- Martínez, A. O. R., Arévalo, R. V., Díaz, J. M. M., & Castillo, M. E. H. (2013). Family factors associated to Eating Disorders: a review. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 4(1), 45-57.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2013) Modelo de atención para eventos emergentes en salud mental, en el marco del sistema general de seguridad en salud
- Olstad, S., Solem, S., Hjemdal, O., & Hagen, R. (2015). Metacognition in eating disorders: Comparison of women with eating disorders, self-reported history of eating disorders or psychiatric problems, and healthy controls. *Eating behaviors*, 16, 17-22.
- Palacios Espinosa, X. (2007). Evolución de las teorías cognoscitivas y del tratamiento cognoscitivo conductual de la anorexia nerviosa. *Terapia psicológica*, 25(1), 73-85.
- Rava, M. F., & Silber, T. J. (2004). Bulimia nerviosa (Parte 1): Historia. Definición, epidemiología, cuadro clínico y complicaciones. *Archivos argentinos de pediatría*, 102(5), 353-363.
- Rienecke, R. D., Accurso, E. C., Lock, J., & Le Grange, D. (2016). Expressed emotion, family functioning, and treatment outcome for adolescents with anorexia nervosa. *European Eating Disorders Review*, 24(1), 43-51.
- Robinson, P. H., & Nicholls, D. (2015). *Critical Care for Anorexia Nervosa*. Springer International Publishing:.
- Sánchez, N. A., & Gutiérrez, C. S. (2014). Funciones ejecutivas y sintomatología asociada con los trastornos de la conducta alimentaria. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 46(3), 189-197.

- Solórzano, G., Blanco, A., Morales, C., Codesal, R., Sagardoy, R. C., Kassem, M. S., & Morales, L. T.G. Procesamiento emocional en pacientes TCA adultas vs. adolescentes. Reconocimiento y regulación emocional.
- Shih, P. A. B., & Woodside, D. B. (2016). Contemporary views on the genetics of anorexia nervosa. *European Neuropsychopharmacology*, 26(4), 663-673.
- Smolak, L., & Levine, M. P. (2015). *The Wiley handbook of eating disorders*. John Wiley & Sons.
- Tchanturia, K., Lloyd, S., & Lang, K. (2013). Cognitive remediation therapy for anorexia nervosa: current evidence and future research directions. *International Journal of Eating Disorders*, 46(5), 492-495.
- Torres, Y. et al. (2012). Primer Estudio Poblacional de Salud Mental Medellín, 2011- 2012. Medellín, Colombia. L. Vieco e Hijas Ltda.
- Unikel C, Caballero A. (2010). Guía Clínica para Trastornos de la Conducta Alimentaria. Ed. S Berenzon, J Del Bosque, J Alfaro, ME Medina-Mora. México: Instituto Nacional de Psiquiatría. (Serie: Guías Clínicas para la Atención de Trastornos Mentales).
- Vall, E., & Wade, T. D. (2015). Predictors of treatment outcome in individuals with eating disorders: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Eating Disorders*, 48(7), 946-971.
- Vázquez Arévalo, R., López Aguilar, X., Ocampo Tellez-Girón, M. T., & Mancilla-Díaz, J. M. Eating disorders diagnostic: from the DSM-IV to DSM-5/El diagnóstico de los trastornos alimentarios del DSM-IV-TR al DSM-5. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios/Mexican Journal of Eating Disorders*, 6(2), 108-120.
- World Health Organization. Prevention of mental disorders : effective interventions and policy options : summary report / a report of the World Health Organization Dept. of Mental Health

and Substance Abuse ; in collaboration with the Prevention Research Centre of the Universities of Nijmegen and Maastricht .