



Universidad
Zaragoza



Universidad de Zaragoza
Escuela de Enfermería de Huesca

Grado en Enfermería

Curso Académico 2017/ 2018

TRABAJO FIN DE GRADO

**FACTORES DE RIESGO DE LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA
ALIMENTARIA.**

REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

Autora: María José Sevillano Martínez

Tutora: María Carmen Campos Avellana

ÍNDICE

1. RESUMEN	2
1.1. Introducción	2
1.2. Objetivos	2
1.3. Metodología	2
1.4. Desarrollo	2
1.5. Conclusión	2
1.6. Palabras clave	2
2. ABSTRACT	3
2.1. Introduction:.....	3
2.2. Objectives.....	3
2.3. Methodology.....	3
2.4. Development.....	3
2.5. Conclusion	3
2.6. Key words	3
3. INTRODUCCIÓN	4
4. OBJETIVOS	6
4.1. General.....	6
4.2. Específicos:.....	6
5. METODOLOGÍA.....	7
6. DESARROLLO	9
6.1. Insatisfacción corporal	9
6.2. Medios de comunicación	10
6.3. Conducta perfeccionista.....	10
6.4. Baja autoestima.....	11
6.5. IMC	12
6.6. Edad de riesgo para el desarrollo de TCA	13
7. CONCLUSIONES	15
8. BIBLIOGRAFÍA.....	16
9. ANEXOS	20
Anexo I.....	20
Anexo II.....	22

1. RESUMEN

1.1. Introducción: En la actualidad existe gran preocupación por el peso corporal y la figura que conllevan a la persona a buscar la delgadez como sinónimo de "éxito". Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) son trastornos mentales caracterizados por una alteración persistente en la alimentación o en el comportamiento relacionado con la misma. Estos trastornos mentales han sufrido un incremento tanto en la incidencia como en la prevalencia, en las últimas décadas, suponiendo un importante problema de salud pública.

1.2. Objetivos: Analizar el estado actual en las investigaciones sobre los factores de riesgo en los TCA desde un enfoque multidisciplinar. Identificar aquellos factores con mayor predisposición y analizar cuál es la población de mayor riesgo.

1.3. Metodología: Se ha realizado una búsqueda bibliográfica en publicaciones y bases de datos científicas Scielo, Cuiden, Dialnet, Ibes y ScienceDirect. El proceso de búsqueda se realizó de Enero a Marzo de 2018.

1.4. Desarrollo: La preocupación creciente por la imagen corporal en una población vulnerable como la adolescencia, está predisponiendo a los trastornos alimentarios. Los factores de riesgo más característicos son: insatisfacción corporal, influencia de los medios de comunicación, perfeccionismo, baja autoestima, índice de masa corporal y percepción de la crianza.

1.5. Conclusión: Se pone en evidencia la necesidad de estudiar la salud mental de los adolescentes puesto que los TCA aparecen cada vez a una edad más temprana siendo la adolescencia el momento crítico.

1.6. Palabras clave: Trastorno Alimentario, TCA factores de riesgo, TCA imagen corporal, Edad de inicio TCA, Riesgo TCA.

2. ABSTRACT

2.1. Introduction: Nowadays there is a big concern over body weight and figure that leads to the search for thinness as synonymous with 'success'. Eating disorders (ED) are mental disorders characterised by a persistent alteration to the diet or to the behaviour related to it. These mental disorders have undergone an increase in both the incidence and the prevalence in the last decades, which means a public health problem of major importance.

2.2. Objectives: To analyse the current state of the researches on risk factors in (ED) from a multidisciplinary approach. To identify those factors with a higher tendency and to analyse which is the population at greatest risk.

2.3. Methodology: A bibliographic search on scientific publications and databases (i.e. Scielo, Cuiden, Dialnet, Ibes and ScienceDirect) has been carried out.

2.4. Development: The growing concern about body image in a vulnerable population such as the adolescence is predisposing people to eating disorders. The most characteristic risk factors are the following: body dissatisfaction, the mass media influence, perfectionism, low self-esteem, body mass index and people's perceptions of upbringing.

2.5. Conclusion: The need to study adolescents' mental health is emphasised, as (ED) appear at ever younger ages, among which adolescence is the critical time.

2.6. Key words: Eating disorder, ED risk factors, ED body image, Initial age ED, Risk ED.

3. INTRODUCCIÓN

En las últimas décadas, se ha producido un aumento de las tasas de incidencia y prevalencia de los trastornos de la conducta alimentaria. En los países desarrollados o en vías de desarrollo, este tipo de desórdenes conllevan un problema de salud pública. Los datos epidemiológicos unidos a la gran repercusión en el estado de salud de la persona, implica un abordaje difícil de tratar que engloba a un extenso equipo multidisciplinar sociosanitario como profesionales de enfermería, médicos, psiquiatras, psicólogos y trabajadores sociales. Se trata de enfermedades que requieren un tratamiento largo y que pueden cronificarse.¹

En el caso de la AN, la prevalencia media estimada es del 0.3 por 100, y para la BN, entre el 1-3 por 100 en muestras de mujeres norteamericanas. En España contamos con estudios que muestran cifras menores 0.7 por 100 para AN y 0.4-0.8 para BN. Pero lo alarmante ha sido que en las tres últimas décadas, se incrementaron sus cifras de dos a cinco veces más.

Los TCA se considera que van ligados a la cultura, ya que el aumento en la incidencia tanto de la AN como de la BN se han producido en sociedades industrializadas. En términos de clase social, la AN parece ser más común en grupos de estatus socioeconómicos altos, por el contrario la BN se reparte entre todos grupos sociales. La mayoría de pacientes son mujeres encontrando un 90 por 100, y de ellas la inmensa mayoría son adolescentes.²

Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) también pueden desarrollarse en la niñez o edad adulta avanzada. Por lo que, debe tratarse desde otros terrenos tales como el sistema educativo, políticas sociales y en el conjunto de la sociedad. ^{1,3}

La clasificación de los TCA, en el DSM- IV se caracteriza por alteraciones graves de la conducta alimentaria. Se incluyen trastornos específicos: la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa. Una característica principal de estos trastornos es una alteración en la percepción de la forma y el peso corporal. Anorexia nerviosa (AN) fue descrita a comienzos de 1694 por Richard Morton, dos siglos después por Gull en Inglaterra y Lasegue en Francia, se caracteriza por el rechazo a mantener el peso corporal en unos valores mínimos

normales. La etiología de este trastorno no se conoce con exactitud, pero se cree que tiene un origen multifactorial interviniendo distintos elementos tales como: genéticos, sociales, metabólicos, de personalidad, hormonales, modo expresar las emociones, maltrato o perfeccionismo y la coexistencia con otros trastornos psiquiátricos como puede ser el componente depresivo, obsesivo-compulsivo.³

Criterios diagnósticos en el Manual Diagnósticos de los Trastornos Mentales (DSM-V), actualización en Septiembre 2016 describe los términos (AN) tiene tres características básicas: la restricción de la ingesta energética persistente, el miedo intenso a ganar peso o a engordar y la alteración de la forma de percibir el peso y la constitución propia. El individuo mantiene un peso corporal que está por debajo del nivel mínimo normal para su edad, sexo, fase de desarrollo y salud física.

La bulimia nerviosa (BN) hay tres características principales: los episodios recurrentes de atracones, los comportamientos compensatorios inapropiados y recurrentes para evitar el aumento de peso, y la autoevaluación que se ve influenciada indebidamente por el peso y la constitución corporal.⁴

Tras la última actualización de los criterios diagnósticos del DSM-V se explicaran en los (anexos I y II)

Los TCA tienen una gran repercusión psicosomática comparten una relación con una serie de elementos como son: repercusión nutricional, preocupación extrema por la silueta "imagen corporal" la cual será uno de los factores de riesgo más importante y respuestas conductuales desadaptativas y malestar emocional.¹

Los principales factores de riesgo y los más estudiados son, imagen corporal, perfeccionismo y baja autoestima, consumo de sustancias adictivas, índice de masa corporal (IMC), medios de comunicación (MC) y el papel de la familia.

4. OBJETIVOS

4.1. General: Analizar el estado actual en las investigaciones sobre los factores de riesgo en los Trastornos de la Conducta Alimentaria desde un enfoque multifactorial.

4.2. Específicos:

- Conocer cuáles son los factores de riesgo más frecuentes que conllevan a la persona a desarrollar los Trastornos de la Conducta Alimentaria.
- Identificar la población de mayor riesgo para el desarrollo de Trastornos de la Conducta Alimentaria

5. METODOLOGÍA

Este trabajo que se presenta es una revisión bibliográfica basada en la evidencia científica actual sobre los factores de riesgo en los TCA.

Este proceso de búsqueda se ha realizado durante el periodo comprendido de Enero a Marzo de 2018.

Se ha realizado una revisión de las siguientes publicaciones, DSM-IV-TR Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos mentales ,DSM-V Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos mentales, Enfermería 21 Enfermería en Psiquiatría y Salud Mental, Manual de Psicología y Trastornos Psicológicos.

Del mismo modo se han utilizados distintas bases de datos como fuente de información: Scielo, Dialnet, Cuiden, Ibecs y ScienceDirect

Para de limitar las palabras clave, se utilizó el Thesaurus de Descriptores en Ciencias de la salud (DeCS).

Antes de comenzar la búsqueda bibliográfica, se definieron los criterios de inclusión y exclusión para todas las bases de datos consultadas.

Tabla 1: Criterios de inclusión y exclusión

Criterios de inclusión	Criterios de exclusión
Artículos publicados en la última década (2008-2018)	Artículos publicados antes de 2008
Publicados en Castellano e Inglés	Idioma distinto al Castellano e Inglés
Libre acceso a texto completo	No acceso a texto completo
Ofrecer información relevante sobre los factores de riesgo de los TCA	No se adaptan a los objetivos planteados en esta búsqueda bibliográfica

Fuente: Elaboración propia.

El operador boleano utilizado fue AND, para agrupar los términos de búsqueda. Los boleanos NOT y OR no fueron utilizados en ninguna de las búsquedas.

La primera búsqueda en la base de datos fue la palabra Trastornos alimentarios, tras la lectura completa del título y resumen se seleccionaron unos artículos. A continuación, para ceñirme al tema principal seguí la exploración con las palabras TCA factores de riesgo y por último para poder afinar más los conceptos incluyendo AN y BN. También se utilizó el término edad de inicio.

Al final de este proceso obtuve una selección de artículos que se muestra en la siguiente tabla.

Tabla 2: Búsqueda bibliográfica en bases de datos.

BASE DE DATOS	PALABRAS CLAVE	ARTICULOS ENCONTRADOS	ARTICULOS ÚTILIZADOS
IBECS	Anorexia AND Bulimia	162	0
CUIDEN	Factores AND Riesgo AND Anorexia AND Nerviosa	9	0
DIALNET	Factores Riesgo TCA	41	3
SCIELO	TCA Factores de Riesgo	28	6
	TCA imagen corporal	30	1
	Trastorno Alimentario	83	2
	Riesgo TCA	70	1
ScienceDirect	Edad de inicio TCA	189	6

Fuente: Elaboración propia.

6. DESARROLLO

En la actualidad existe una preocupación excesiva por el peso y la figura que lleva en muchas situaciones, al desarrollo de TCA. En relación a estos existe una especial preocupación por anorexia y bulimia debido a que, comportan graves anormalidades en la ingesta y sus índices de prevalencia e incidencia se han aumentado notablemente en las últimas décadas. En cuanto al origen de los trastornos se han recogido datos ya en 2008 que el 76% de los casos de anorexia y bulimia existe un acontecimiento detonante previo, puesto que requieren de una respuesta adaptativa por parte del individuo que en muchas ocasiones no dispone y puede ocasionar el inicio de los TCA.

Otras investigaciones hablan del afrontamiento como un importante factor mediador entre el estrés producido por la enfermedad y la adaptación de la misma. En el caso de los TCA la literatura expone que el estilo de afrontamiento es poco adaptativo y que hay un mayor uso de estrategias de afrontamiento evitativo y un menor uso de estrategias centradas en el problema. Puede deberse a la poca capacidad de confianza por parte de los pacientes y a la poca capacidad de resolver problemas.⁵

6.1. Insatisfacción corporal

La imagen corporal distorsionada ó insatisfacción corporal (IC), es un buen predictor de los TCA ya que la población adolescente tiende a despreciar un cuerpo con sobrepeso, puesto que socialmente existe la creencia de que un cuerpo delgado es el ideal.⁶

Se ha demostrado la importancia de la alteración de percepción de la IC como un síntoma precoz para la detección de TCA, como la anorexia y la bulimia. Además de un criterio diagnóstico e importante factor de mantenimiento.

IC es mayor en las mujeres pero también se presenta en hombres. Los hombres presentan preocupación con su IC que tiende a bajar al incrementar la edad, mientras que en las mujeres se observa un incremento conforme aumenta su edad.^{7.8.9}

El culto a la excesiva delgadez, desgraciadamente extendido en las sociedades industrializadas, ha ocasionado cambios drásticos en la forma de percibir el pensamiento distorsionado y desadaptativo¹⁰

6.2. Medios de comunicación

Como causa de ellos desarrollan un papel fundamental, los medios de comunicación, el ambiente social y los factores personales. Los mensajes acerca de la delgadez como icono de belleza y el modo para conseguirlo no han surgido de repente, el factor detonante fue los medios de comunicación del siglo XX.¹¹ La población adolescente que es la más vulnerable por los medios de comunicación (MC) y los estándares de belleza de popularidad, moda, atractivo sexual y rechazo a la gordura. Respecto a los MC sería recomendable que los mensajes transmitidos evitaran modelos de extrema delgadez y mostraran modelos estándares.¹²

6.3. Conducta perfeccionista

La conducta perfeccionista (P) es considerada una característica asociada a los TCA, principalmente a la AN y recientemente a la BN. El perfeccionismo se caracteriza por: establecer metas personales inasequibles, hacer énfasis excesivo en la precisión y la organización, evaluar los logros individuales y considerar que no se cubren las expectativas de otras personas. Ya en 1990 se propuso estudiar la conducta perfeccionista en relación a los TCA basándose en: preocupación por los errores, indecisión de acción, organización, estándares personales, críticas paternas y expectativas paternas. En 1996 varios autores defienden que el perfeccionismo y la IC interfieren en las personas con AN, a su vez, otros autores explican la interiorización del ideal sociocultural de delgadez y la IC en el desarrollo de los síntomas de los TCA, tanto en AN como en BN.

Hoy en día, los estudios del perfeccionismo en los TCA se han enfocado al análisis de la relación predictiva entre perfeccionismo y restricción alimentaria, y el perfeccionismo con baja autoestima y percepción de sobrepeso para predecir la sintomatología de BN.

Otro estudio realizado en 2010 muestra datos como: la conducta perfeccionista de mujeres con BN fueron la preocupación por cometer errores, la indecisión de acción y las críticas paternas, que contribuye a que la persona se sienta insatisfecha con sus dimensiones corporales.

Esto muestra que conforme se va desarrollando el trastorno, los componentes de la conducta perfeccionista tienen un efecto acumulativo. Esta conducta P incide en una menor adherencia al tratamiento y una menor efectividad.¹³

El P, entendido como la autoimposición de estándares muy altos, junto con la creencia de tener que hacer las cosas perfectas, considerando los logros en términos de "todo" o "nada", es un rasgo de personalidad predisponente, que incrementa el grado de riesgo de desarrollar un TCA.

El P se relaciona con los TCA como factor de riesgo y sugiere la importancia de aprender a identificar estas tendencias perfeccionistas antes de que se conviertan en conductas patológicas. Muestran que si se produce una intervención preventiva reduce el riesgo de desencadenar este tipo de trastorno.¹⁴

6.4. Baja autoestima

La autoestima fue definida como "una especie de sociómetro que indica el grado en que una persona se percibe como incluida o excluida en el entramado social". Una de las funciones centrales de la autoestima es la protección de la exclusión social, de esta manera las personas tratan de manejar la impresión que causan a los demás, con estrategias que aseguren su integración social y eviten su exclusión. Algunos autores afirman que la autoestima es una parte fundamental para que el hombre alcance su plenitud y plena expresión de sí mismo. La persona, en su autoevaluación, puede verse con orgullo o con vergüenza y considerar que posee valor o falta de él.

Al evaluar la relación entre los trastornos alimentarios, la imagen corporal y la autoestima de los adolescentes, se constató que las mujeres tienen mayor tendencia hacia este tipo de trastornos que los hombres.

Los jóvenes adolescentes se encuentran en una etapa de crecimiento y desarrollo que están constantemente evaluándose, presentan baja autoestima y se encuentran insatisfechos con su imagen corporal, lo que puede conducir a realizar conductas para bajar peso.

Existe abundante bibliografía que muestra una relación positiva entre el consumo de sustancias adictivas y los TCA. Así, en algunos estudios se ha visto que fumar tabaco puede utilizarse como forma de reducir el apetito.¹⁵

Existen investigaciones que confirman la importancia de las relaciones familiares en la génesis de los TCA, así como en la evolución clínica de los pacientes que sufren un TCA. Con frecuencia, los TCA surgen cuando el/la paciente está conviviendo con sus padres, por dificultades en la relación con ellos, o incluso puede verse influido por sucesos ocurridos en estadios tempranos del desarrollo. De hecho, en pacientes menores de edad que aún conviven con sus padres, la terapia familiar es el abordaje de elección.

Los principales hallazgos tras varias investigaciones muestran que las actitudes parenterales en la crianza desempeñan un papel relevante en el desarrollo y en el pronóstico de los TCA, influyendo la motivación para el cambio.¹⁶

6.5. IMC

El IMC es un indicador del estado nutricional y calculado a partir del peso corporal en kilogramos dividido por el cuadrado de la talla en metros ($IMC = \text{peso (kg)} / \text{altura}^2$), es actualmente uno de los factores más estudiados como factor de riesgo ligado a los TCA. Diferentes estudios muestran que al incrementarse su valor aumenta la distancia entre la figura real y la figura "ideal".¹⁷ Existen investigaciones que afirman que los sujetos cuyo IMC se sitúa por encima de la normalidad son los que más han interiorizado el modelo estético de la delgadez y están más insatisfechos con su imagen corporal. El sobrepeso o la obesidad se configuran como un factor de riesgo importante para el desarrollo de los TCA. El IMC influye más directamente en la IC.¹⁸

Se ha observado en un estudio realizado entre universitarios en la universidad de Navarra, que las mujeres a diferencia de los hombres presentan mayor distorsión en su percepción de la imagen corporal y tienden más a sobreestimar su IMC, siendo los varones los que muestran una percepción corporal más real.

Existen diferencias significativas entre sexos, las mujeres son superiores en obsesión por la delgadez e insatisfacción corporal, mientras que los hombres son más elevadas en desajustes emocionales y perfeccionismo.

Análisis comparativo entre grupos de peso según su IMC y acuerdo con su peso, mostró diferencias estadísticamente significativas.^{17,18}

Tabla 3: Relación del IMC, percepción del peso.

	Mujeres	Hombres
Poseer un peso adecuado	52.5%	47.5%
Necesidad de perder	64.4%	35.6%
Necesidad de ganar peso	40.4%	59.6%

Fuente: Adaptada de Berengüi Gil R, Castejon Martínez M^aA, Garcés de los Fayos Ruiz EJ. Relación del índice de masa corporal, percepción de peso y variables relacionadas con los trastornos de la conducta alimentaria en estudiantes universitarios. *Nutr.clín.diet.hosp.* [internet]. 2016 [citado el 8 de marzo 2018]; volumen 36, nº: p54-63. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5405203>

6.6. Edad de riesgo para el desarrollo de TCA

La nueva versión del DSM-V integra importantes aportes de especialistas en niños y adolescentes, para mejorar la aplicabilidad de los criterios a la población joven, y contribuir a un diagnóstico más pertinente y menos excluyente de los casos de TCA durante la adolescencia.¹⁹

Los TCA con relación de 1 hombre por cada 10 mujeres tradicionalmente observada, ha dado paso a una mayor presencia masculina.²⁰ Actualmente no solo afecta a adolescentes de clase alta y excelente rendimiento académico, sino que se presentan en jóvenes de sexo masculino, de diverso nivel socioeconómico, distintas etnias, individuos cada vez menores, y de diferente peso, tamaño y forma corporal. Se evidencia que sus primeros síntomas, los sujetos relataban edades de comienzo más tempranas de lo que se pensaba clínicamente. Cerca del 80% informo haber comenzado antes de los 20 años.²¹

La mayor incidencia de AN y BN se presenta entre las niñas en la fase media y final de la adolescencia y estarían influidas por la trayectoria del proceso de maduración sexual, así como el crecimiento lineal acelerado, la dinámica de aumento de peso y el desarrollo de la identidad.²²

Datos similares pretenden estimar la vulnerabilidad de los estudiantes universitarios a presentar un TCA. El colectivo de estudiantes universitarios

constituye una población de alto riesgo, debido a las características propias del ciclo de la vida en el que se encuentran y por las demandas de la vida universitaria. Las mujeres presentan mayor obsesión por la delgadez e insatisfacción corporal que los varones, las conductas bulímicas estuvieron presentes en menores de 20 años. Los varones son más demandantes del ejercicio físico como forma de control del peso. En la población universitaria española es difícil saber con certeza la tasa de prevalencia de los TCA, dada la escasez de investigaciones enfocadas en este tipo de población.^{22.6}

Tabla 4: Análisis del riesgo de incidencia de TCA

Estudiantes Universitarios	Mujeres	Hombres
19-20%	21%	15%

Fuente: Adaptada de: Escolar-Llamazares M^aC, González Alonso M^aY, Lara Ortega F, Martínez Martín M^aA, Medina Gómez M^aB, Mercado Val E. Factores de riesgo de trastornos de la conducta alimentaria entre universitarios: Estimación de vulnerabilidad por sexo y edad. Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios [internet]. 2017 [citado el 28 de febrero 2018]; volumen 8: p.105-112. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-15232017000200105&lang=pt

Actualmente los casos aparecen a edad cada vez más tempranas. Las investigaciones realizadas aportan datos tales como: edad promedio es de 17 años, las más afectadas mujeres entre 15-24 años, pero se han distinguido casos de trastorno alimentario en niños de apenas 7 años y en personas de 80 años.

Edades de inicio más frecuentes son entre 18-19 años, sin embargo otro estudio muestra una edad media de inicio de 16.5 años.^{22.6}

7. CONCLUSIONES

- ✓ Los TCA siguen aumentando en incidencia y prevalencia.
- ✓ Las edades de inicio del problema tienden a ser más tempranas y el problema de la cronificación en los casos aumenta la edad de prevalencia.
- ✓ La afectación sigue siendo mayor en las mujeres 10/1 aunque en los últimos tiempos está aumentando incidencia en la población masculina.
- ✓ Se ha objetivado la relación causal con un elemento estresante como detonante de inicio del problema.
- ✓ Los factores de riesgo por orden de importancia como predictor del desorden son: Insatisfacción corporal, conducta perfeccionista, baja autoestima, IMC y la gran relevancia de la presión de los medios de comunicación con un patrón de belleza único.

Tras esta revisión bibliográfica se evidencia la necesidad de estudiar la salud mental de los adolescentes puesto que los TCA aparecen cada vez a una edad más temprana y es precisamente la adolescencia el momento crítico. Es necesario elaborar efectivos sistemas y métodos de detección que nos permita intervenir desde sus inicios y contribuir a una educación de calidad. Podría plantearse desde la consulta de Enfermería Pediátrica un seguimiento de los hábitos alimentarios y del IMC del niño hasta la adolescencia temprana con un abordaje más integral orientado a descubrir las conductas de riesgo para prevenir y realizar un diagnóstico temprano de estos desórdenes.

Sería adecuado plantearse un control de los estándares de belleza utilizados en los medios de comunicación porque no reflejan a la población real y afectan muy negativamente en la concepción y aceptación de la imagen corporal de niños y adolescentes.

8. BIBLIOGRAFÍA

1. Francisco Megías-Lizancos, María Dolores Serrano Parra. Trastorno de la conducta alimentaria. María Paz Mompert García. Enfermería en psiquiatría y salud mental. 1^o edición. Ediciones DAE (Grupo paradigma); 2009: p 208-216
2. Vicente E. Caballo, José Antonio Carroble, Isabel C. Salazar. Trastornos alimentarios y de la ingestión de alimentos. En: Francisco J. Labrador. Manual de psicopatología y trastornos psicológicos. 2^o edición. Madrid: Ediciones Pirámide: Pirámide; 2014: p605-637
3. María Jesús Vargas Baldares. Trastornos de la Conducta Alimentaria. Revista Médica de Costa Rica y Centroamérica [internet]. 2013 [citado el 15 de febrero 2018]; volumen 607: p475-482. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/revmedcoscen/rmc-2013/rmc133q.pdf>
4. Evelyn Attia, M.D. Anne E. Becker, M.D., Ph.D., Sc.M. Rachel Bryant-Waugh, M.D. Hans W. Hoek, M.D. Richard E. Kreipe, M.D., Marsha D. Marcus, Ph. D. et al. Trastornos de la Conducta Alimentaria. En: B. Timothy Walsh, M.D. / Stephen A. Wonderlich, Ph.D. American Psychiatry Association. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5), 5^o Edición Madrid: Panamericana; 2016:p329-350
5. Quiles Marcos Y, Perol Cantero M^a C. Afrontamiento y Trastornos de la Conducta Alimentaria: Un estudio de revisión. Revista Latinoamérica de Psicología [internet]. 2008 [citado el 11 de febrero 2018]; volumen 40, n^o2: p259-280. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/805/80500205.pdf>
6. Moreno González MA, Ortiz Viveros GR. Trastorno Alimentario y su Relación con la Imagen Corporal y la Autoestima en Adolescentes. Terapia Psicológica [internet]. 2009 [citado el 12 de febrero 2018]; volumen 27, n^o2: p181-190. Disponible en : https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=s0718-48082009000200004&script=sci_arttext

7. Altamirano Martínez MB, Unikel Santoncini C, Vizmanos Lamotte B. Continuo de conductas alimentarias de riesgo en adolescentes de México. Rev Panam Salud Pública [internet]. 2011 [citado el 13 de febrero]; volumen 30, nº 5: p 401-407. Disponible en : <https://www.scielo.org/article/rpsp/2011.v30n5/401-407/>
8. Marcelo Arancibia M, Rosa Behar A, Gloria Gramegna S. Perfeccionismo e insatisfacción corporal en los trastornos de la conducta alimentaria. Rev chil Neuro-Psiquiat [internet]. 2014 [citado el 15 de febrero 2018]; volumen 52, nº 2: p103-114. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-92272014000200006&lang=pt
9. Berengüi Gil R, Castejon Martínez M^aA, Garcés de los Fayos Ruiz EJ. Relación del índice de masa corporal, percepción de peso y variables relacionadas con los trastornos de la conducta alimentaria en estudiantes universitarios. Nutr.clín.diet.hosp. [internet]. 2016 [citado el 8 de marzo 2018]; volumen 36, nº: p54-63. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5405203>
10. Rosendo Berengüi, Ángeles Castejon M, Soledad Torregrosa. Insatisfacción corporal, conductas de riesgo para trastornos de la conducta alimentaria en universitarios. Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios [internet]. 2016 [citado el 13 de febrero 2018]; volumen 7: p1-8. Disponible en : http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-15232016000100001&lang=pt
11. Ávila Escalante M^a L, Cruz Bojórquez R M^a, Estrella Castillo DF, Velázquez López HJ. Evaluación de factores de riesgo de TCA en estudiantes de nutrición. Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios [internet]. 2013 [citado el 15 de febrero 2018]; volumen 4: p37-44. Disponible en : http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-15232013000100005&lang=pt

12. Lazo Montoya Y, Mayta-Tristán P, Quenaya A. Influencia de los medios de comunicación y el riesgo de padecer trastornos de la conducta alimentaria en escolares mujeres en Lima y Perú. Arch Argent Pediatr [internet] 2015 [citado el 16 febrero 2018]; volumen 113: p519-525. Disponible en : http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0325-00752015000600011&lang=pt
13. Álvarez Rayón G, Franco Paredes K, López Aguilar X, Mancilla Díaz JM, Vázquez Arévalo R. El papel del perfeccionismo en la insatisfacción corporal, la influencia sociocultural del modelo de delgadez y los síntomas de trastornos del comportamiento alimentario. Univ. Psychol [internet]. 2010 [citado el 2 de marzo 2018]; volumen 10, n° 3: p829-840. Disponible en : <http://www.redalyc.org/pdf/647/64722377015.pdf>
14. Pamies L, Quiles Y. Perfeccionismo y factores de riesgo para el desarrollo de trastornos alimentarios en adolescentes españoles de ambos sexos. Anales de psicología [internet]. 2014 [citado el 20 de febrero 2018]; volumen 30, n°2: p620-626. Disponible en : http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0212-97282014000200025&script=sci_arttext&tlng=pt
15. Cruz Sáez MS, Echeburúa E, Etxebarria I, Pascual A. Riesgo de trastornos de la conducta alimentaria, consumo de sustancias adictivas y dificultades emocionales en chicas adolescentes. Anales de psicología [internet]. 2013 [citado el 20 de febrero 2018]; volumen 29, n°3: p724-733. Disponible en : http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0212-97282013000300011&script=sci_arttext&tlng=en
16. Beato Fernández L, O`Ferrall C, Ramírez Espadas C, Rodríguez Cano T. Influencia de la percepción de la crianza sobre la actitud hacia el cambio de los trastornos de la conducta alimentaria. Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios [internet]. 2016 [citado el 5 de marzo 2018]; volumen 7: p56-63. Disponible en : http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-15232016000100056

17. Hernández Cortes LM, Londoño Pérez C. Imagen corporal, IMC, afrontamiento, depresión y riesgo de TCA. Anales de psicología [internet]. 2013 [citado el 16 de febrero 2018]; volumen 29, nº3:p748-761. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0212-97282013000300014&script=sci_arttext&tlng=pt
18. Gaete Ma V, López C, Matamala M. Trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes y jóvenes. Rev. Med .Clin .Condes [internet]. 2012 [citado el 4 de marzo 2018]; volumen 23, nº 5: p566-578. Disponible en : <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0716864012703516>
19. López C, Treasure J. Trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes: descripción y manejo. Rev. Med .Clin .Condes [internet]. 2010 [citado el 4 de marzo 2018]; volumen 22, nº1: p85-97. Disponible en : <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0716864011703960>
20. De la barra F, Vicente B, Melipillan R, Saldivia S. Estudio de epidemiología psiquiátrica en niños y adolescentes en Chile. Estado actual. Rev. Med .Clin .Condes [internet]. 2012 [citado el 4 de marzo 2018]; volumen 23, nº 5. p521-529. Disponible en : <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0716864012703462>
21. Costa Ribeiro Junior H, Mora Giral M, Portela de Santana ML, Raich RM. La epidemiología y los factores de riesgo de los trastornos alimentarios en la adolescencia; una revisión. Nutr Hosp. [internet]. 2012 [citado el 3 de marzo 2018]; volumen 27, nº2: p391-401. Disponible en : http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0212-16112012000200008&script=sci_arttext&tlng=pt
22. Escolar-Llamazares MaC, González Alonso MaY, Lara Ortega F, Martínez Martín MaA, Medina Gómez MaB, Mercado Val E. Factores de riesgo de trastornos de la conducta alimentaria entre universitarios: Estimación de vulnerabilidad por sexo y edad. Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios [internet]. 2017 [citado el 28 de febrero 2018]; volumen 8: p.105-112. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-15232017000200105&lang=pt

9. ANEXOS

Anexo I

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS

Anorexia Nerviosa.

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

Nota de codificación: El código CIE-9-MC para la anorexia nerviosa es **307.1**, que se asigna con independencia del subtipo. El código CIE-10-MC depende del subtipo.

Especificar si:

(F50.01) Tipo restrictivo: Durante los últimos tres meses, el individuo no ha tenido episodios recurrentes de atracones o purgas (es decir, vómito autoprovocado o utilización incorrecta de laxantes, diuréticos o enemas). Este subtipo describe presentaciones en las que la pérdida de peso es debida sobre todo a la dieta, el ayuno y/o el ejercicio excesivo.

(F50.02) Tipo con atracones/purgas: Durante los últimos tres meses, el individuo ha tenido episodios recurrentes de atracones o purgas.

Especificar si:

En remisión parcial: Después de haberse cumplido con anterioridad todos los criterios para la anorexia nerviosa, el Criterio A (peso corporal bajo) no se ha incluido durante un periodo continuado, pero todavía se cumple el Criterio B (miedo intenso a aumentar de peso o a engordar, o comportamiento que interfieren 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 utilizan 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 mayor o igual 17kg/m²

Moderado: IMC 16-16.99 kg/m²

Grave: IMC 15-15.99 kg/m²

Extremo: IMC menor 15kg/m²

Fuente: Evelyn Attia, M.D. Anne E. Becker, M.D., Ph.D., Sc.M. Rachel Bryant-Waugh, M.D. Hans W. Hoek, M.D. Richard E. Kreipe, M.D., Marsha D. Marcus, Ph. D. et al. Trastornos de la Conducta Alimentaria. En: B. Timothy Walsh, M.D. / Stephen A. Wonderlich, Ph.D. American Psychiatry Association. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5), 5^o Edición Madrid: Panamericana; 2016:p329-350

Anexo II

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS

Bulimia Nerviosa

- A. Episodios recurrentes de atracones. Un episodio de atracón se caracteriza por los dos hechos siguientes:
 - 1. Ingestión, en un período determinado de una cantidad de alimentos que es claramente superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en un período similar en circunstancias parecidas.
 - 2. Sensación de falta de control sobre lo que se ingiere durante el episodio.
- B. Comportamientos compensatorios inapropiados recurrentes para evitar el aumento de peso, como el vómito autoprovocado, el uso incorrecto de laxantes, diuréticos u otros medicamentos, el ayuno o el ejercicio excesivo.
- C. Los atracones y los comportamientos compensatorios inapropiados se producen, de promedio, al menos una vez a la semana durante tres meses.
- D. La autoevaluación se ve indebidamente influida por la constitución y el peso corporal.
- E. La alteración no se produce exclusivamente durante los episodios de anorexia nerviosa.

Especificar si:

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

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

Especificar la gravedad actual:

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

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

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

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

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

Fuente: Evelyn Attia, M.D. Anne E. Becker, M.D., Ph.D., Sc.M. Rachel Bryant-Waugh, M.D. Hans W. Hoek, M.D. Richard E. Kreipe, M.D., Marsha D. Marcus, Ph. D. et al. Trastornos de la Conducta Alimentaria. En: B. Timothy Walsh, M.D. / Stephen A. Wonderlich, Ph.D. American Psychiatry Association. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5), 5º Edición Madrid: Panamericana; 2016:p329-350