

TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA EN ADOLESCENTES Y JÓVENES

PARTE I. EPIDEMIOLOGÍA, CLASIFICACIÓN Y EVALUACIÓN INICIAL

EATING DISORDERS IN ADOLESCENTS AND YOUNG PEOPLE PART I. EPIDEMIOLOGY, CLASSIFICATION AND INITIAL EVALUATION

DRA. MARÍA VERÓNICA GAETE P. (1) (2), PS. CAROLINA LÓPEZ C. PHD (1) (3), DRA. MARCELA MATAMALA B. (1)

1. CENTRO DE ADOLESCENTES Y JÓVENES, DEPARTAMENTO DE PEDIATRÍA. CLÍNICA LAS CONDES Y CENTRO DE SALUD DEL ADOLESCENTE SERJOVEN, DEPARTAMENTO DE PEDIATRÍA Y CIRUGÍA INFANTIL ORIENTE, FACULTAD DE MEDICINA, UNIVERSIDAD DE CHILE.
2. PROFESOR ASOCIADO, FACULTAD DE MEDICINA, UNIVERSIDAD DE CHILE.
3. PROFESOR ASISTENTE, FACULTAD DE MEDICINA, UNIVERSIDAD DE CHILE.

Email: vgaete@clc.cl

RESUMEN

Los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) son problemas relevantes de salud mental que afectan principalmente a mujeres adolescentes y jóvenes. En su etiología convergen factores biológicos, psicológicos y sociales y por lo tanto, el tratamiento debe considerar esta multifactoriedad. Este debe ser realizado por equipos interdisciplinarios en los que confluyan la experiencia en el trabajo con adolescentes y la especialización en TCA, asuntos fundamentales para brindar intervenciones efectivas.

El objetivo de la primera parte de este artículo es caracterizar a los TCA en el contexto de la adolescencia y brindar herramientas que apoyen su pesquisa, diagnóstico y derivación oportuna a equipos especializados, con el fin de contribuir al tratamiento precoz de estos trastornos y a mejorar su pronóstico a largo plazo. Se abordarán aspectos esenciales de la epidemiología, clasificación y evaluación inicial de los TCA en jóvenes.

Palabras clave: Trastornos de la conducta alimentaria, adolescencia, juventud, anorexia, bulimia, trastorno por

atracción, epidemiología, clasificación, diagnóstico.

SUMMARY

Eating disorders (ED) are significant mental health problems that primarily affect teenagers and young women. Biological, psychological and social factors contribute to their etiology and treatment should consider this. It must be done by interdisciplinary teams in which the experience of working with adolescents and specialization in eating disorders converge, issues that are essential for providing effective interventions. The aim of the first part of this paper is to characterize ED in the context of adolescence and provide tools to support screening, diagnosis and timely referral to specialized teams, in order to contribute to early treatment of these disorders and to improve their long term prognosis. It will address crucial issues of the epidemiology, classification and initial evaluation of ED in young people.

Key words: Eating disorders, adolescence, youth, anorexia, bulimia, binge eating disorder, epidemiology, classification, diagnosis.

INTRODUCCIÓN

Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) son enfermedades de salud mental serias que se asocian a una significativa morbilidad y mortalidad biomédica y psiquiátrica (1, 2). Tanto es así, que la Anorexia Nervosa (AN) es el trastorno psiquiátrico relacionado con mayor mortalidad (2).

El pronóstico de los TCA mejora significativamente si son diagnosticados y tratados en forma precoz (3-5). Sin embargo, con frecuencia ello se dificulta pues las adolescentes y jóvenes que los sufren tienden a esconderlos por tener escasa conciencia de enfermedad y motivación al cambio. Así, en vez de solicitar directamente tratamiento por su TCA a especialistas, terminan consultando (o siendo llevadas por sus padres) por problemas secundarios (sobrepeso, alteraciones menstruales, constipación, etc.) a profesionales no especialistas, que corren el riesgo de pasar por alto el problema de fondo, agravando involuntariamente su curso. Esto último se debe principalmente a que hasta ahora las carreras de la salud no han incluido sistemáticamente conocimientos y habilidades para la adecuada pesquisa y manejo de estos trastornos, pues la situación epidemiológica no lo justificaba, ya que su prevalencia era significativamente menor a la actual.

Debido al constante aumento de los TCA en las últimas décadas y a todas las consideraciones previas, hoy en día resulta importante que los profesionales de la salud no especialistas se familiaricen con la detección precoz y el manejo apropiado de estas patologías. Este artículo apunta a esos objetivos. Entrega información actualizada en los diversos aspectos de los TCA que estos profesionales deben conocer, profundizando en rol clínico que les compete, siempre desde la perspectiva biopsicosocial que estos casos requieren.

EPIDEMIOLOGÍA

Los TCA afectan principalmente a adolescentes y mujeres jóvenes (3) y los estudios muestran que su prevalencia ha aumentado progresivamente desde la década de 1950 en adelante (4, 6).

Investigaciones realizadas en el extranjero han estimado que la prevalencia entre las jóvenes de AN oscila entre 0.5% y 1% (3-6) y de Bulimia Nervosa (BN) entre 1-2% y 4% (3-6). Los TCA más frecuentes son no especificados (TANE), que alcanzan una prevalencia de hasta 14% según la definición utilizada (4).

El perfil de quienes presentan TCA ha ido cambiando gradualmente. Es así como hoy en día no solo afectan a las adolescentes de clase alta y excelente rendimiento académico, sino que además 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 (2, 4, 5). Así por ejemplo, la relación de 1 hombre por cada 10 mujeres tradicionalmente observada (6), ha dado paso a una con mayor presencia masculina (7).

En Chile, existe solo un estudio publicado -aún parcialmente (8, 9)- que

ha evaluado la prevalencia de TCA en población adolescente. Vicente et al. (10), investigaron la prevalencia de trastornos psiquiátricos en población infanto-juvenil mediante la aplicación de la entrevista DISC-IV a una muestra representativa de los diversos niveles socioeconómicos, grupos étnicos y tipos de población (urbana/rural) de 4 provincias del país (Santiago, Iquique, Concepción y Cautín), entre los años 2007 y 2009, encontrando una prevalencia en el último año de TCA de 0,4% entre aquellos de 12 a 18 años. Cabe destacar que este instrumento sólo considera AN y BN, no incluyendo TANE ni Trastorno por Atracón, lo que podría explicar la baja cifra hallada.

El resto de las publicaciones de la última década que dan luces acerca de prevalencia de TCA en la población juvenil chilena, corresponden a estudios acerca del riesgo de tener o desarrollar estos trastornos, realizados mediante cuestionarios de *screening*. Debe tenerse presente que el valor predictivo positivo de estos instrumentos es relativamente bajo, por lo que los casos identificados muchas veces no son casos reales, debiendo confirmarse mediante entrevista personal (6). Correa et al. (11), utilizando el EDI-2 (Inventario de Trastornos Alimentarios), encontraron una prevalencia de riesgo de TCA de 8,3% en una muestra no probabilística de 1.050 escolares mujeres de 11 a 19 años (7° Básico a 4° Medio) de 9 establecimientos educacionales de comunas de distinto nivel socioeconómico (NSE) de la Región Metropolitana, elegidos por conveniencia. El riesgo resultó mayor en colegios de NSE bajo (11,3%). Behar et al. (12), aplicaron el EAT-40 (Test de Actitudes Alimentarias) a 296 adolescentes de enseñanza media (1° a 4° Medio) de tres colegios particulares de NSE medio-alto de Viña del Mar, encontrando que el 12% presentaba riesgo de TCA (23% de las mujeres y 2% de los varones). Por último, Urzúa et al. (13), aplicaron el EDI-2 a una muestra intencionada estratificada de 1.429 sujetos de 13 a 18 años (1° a 4° Medio) de establecimientos educacionales municipalizados, subvencionados y particulares de la ciudad de Antofagasta, encontrando que 7,4% tenía riesgo de TCA. Éste resultó mayor entre las mujeres (8,9% vs 5,3% en los hombres), en el grupo de 15 a 18 años, y en aquellos de colegios municipalizados. De entre estos estudios, y sin perder de vista sus limitaciones para predecir la existencia real de un TCA, los de Correa y Urzúa parecen ser los más representativos, tanto por el tamaño muestral como por la inclusión de adolescentes de diversos NSE, y arrojan resultados similares en jóvenes de sexo femenino. La discordancia con las cifras obtenidas por Behar puede deberse a diferencias en el instrumento utilizado y/o en el NSE y tamaño de la muestra.

CLASIFICACIÓN: LO QUE VIENE EN EL DSM-5 Y SUS FUNDAMENTOS

Actualmente, existen dos importantes sistemas internacionales de clasificación para trastornos de salud mental: el DSM-IV-TR, la cuarta y revisada versión del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (14) y el CIE-10, la décima versión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (15). Estas describen las tres categorías de TCA antes mencionadas: AN, BN y TANE (según DSM-IV-TR) o Trastornos Alimentarios Atípicos (según CIE-10).

A pesar de que estos manuales presentan los criterios con claridad, el diagnóstico de los TCA, particularmente durante la adolescencia, ha sido por años materia de discusión y preocupación tanto para los clínicos como los investigadores. La razón a la base de este debate es que los criterios de que se dispone no son fáciles de aplicar a las presentaciones clínicas de las pacientes, ya que muchas veces evidencian síntomas que no alcanzan a cumplir los criterios diagnósticos para las categorías principales (AN y BN), o los requerimientos del criterio no son posibles de evaluar en etapas tempranas de la adolescencia dadas las características del desarrollo físico y cognitivo de las pacientes. Así, la mayoría de las adolescentes con TCA recibe el diagnóstico de TANE, categoría que debiese ser residual.

Las nuevas versiones de los manuales internacionales incluirán cambios significativos en los criterios diagnósticos para los TCA con el fin de subsanar en parte estos déficits. Por ejemplo, la nueva versión del DSM (DSM-5) que se publicará en mayo del 2013 y cuyo proceso de construcción ha sido ampliamente difundido y discutido a través de su sitio web (www.dsm5.org), integra importantes aportes de especialistas en niños y adolescentes (Grupo de trabajo para la clasificación de trastornos de niños y adolescentes) para mejorar la aplicabilidad de los criterios a la población joven.

Este grupo recomendó realizar modificaciones a los criterios existentes, que consideren aspectos del desarrollo físico, cognitivo y emocional de las jóvenes, para que este manual pueda contribuir a un diagnóstico más pertinente y menos excluyente de los casos de TCA durante la adolescencia (16). En términos generales, se acordó ciertos cambios en la clasificación actual que se resumen en:

a) En el caso de los adolescentes, establecer límites menores y más sensibles al desarrollo para determinar la severidad de los síntomas (por ej., disminuir la frecuencia requerida de conductas purgativas; considerar como criterio una desviación significativa en las curvas de crecimiento y desarrollo de la adolescente más que guiarse por puntos de corte estandarizados).

b) Que se puedan considerar indicadores conductuales de los rasgos psicológicos de los TCA en lugar de pedir que sean reportados por la misma paciente (por ej., considerar la negación a comer como equivalente al temor a engordar) y que se debe alertar a los profesionales sobre la limitación de algunas adolescentes para declarar este tipo de síntomas dadas sus características de desarrollo.

c) La inclusión de múltiples informantes para evaluar los síntomas (ej., los padres). Estas modificaciones significan un avance para favorecer la detección temprana, fundamental en el curso y pronóstico, y éxito del tratamiento de estos trastornos (16, 17).

Un cambio estructural y fundamental en el DSM-5, es que se integra dentro de una misma categoría más amplia, llamada "Trastornos del Comer y la Alimentación" (*"Feeding and Eating Disorders"*), a los tra-

dicionales "Trastornos de la Conducta Alimentaria" con los "Trastornos de la Alimentación usualmente diagnosticados por primera vez en la Infancia, Niñez y la Adolescencia" del DSM-IV-TR. Así, todos los trastornos de salud mental relacionados con la conducta alimentaria a lo largo de la vida, quedan reunidos bajo una misma gran categoría. Ésta involucra los siguientes trastornos:

- Pica
- Trastorno de rumiación
- Trastorno del comer evitativo/restrictivo
- AN
- BN
- Trastorno por Atracón
- Condiciones de la alimentación y el comer no clasificadas en otro lugar (reemplaza a los TANE), que se dividen en subtipos: AN atípica, BN subclínica, Trastorno por Atracón subclínico, Trastorno Purgativo y categorías residuales (otros) (18)

A continuación se describen los cambios para los criterios de las últimas cuatro categorías de esta lista (AN, BN, Trastorno por Atracón y TANE), dado que los tres primeros son de inicio infantil y se presentan menos frecuentemente durante la adolescencia.

Criterios para Anorexia Nervosa

La Tabla 1 describe los cambios propuestos para los criterios de AN y la justificación de estas modificaciones.

El DSM-5, tal como en la versión anterior, propone mantener la especificación del episodio actual de AN ya sea como tipo restrictivo o compulsivo/purgativo, con la salvedad de que agrega un criterio temporal a la descripción (últimos 3 meses), con el fin reducir la confusión que implica el importante cruce entre subtipos a lo largo del tiempo. De este modo, la descripción de los subtipos en el DSM-5 se presentaría como sigue:

Tipo Restrictivo: El individuo no ha incurrido en episodios recurrentes de atracones o conductas purgativas (por ej., vómitos autoinducidos, abuso de laxantes, diuréticos o enemas) durante los últimos tres meses.

Tipo Compulsivo/Purgativo: El individuo ha incurrido en episodios recurrentes de atracones o conductas purgativas (por ej., vómitos autoinducidos, abuso de laxantes, diuréticos o enemas) durante los últimos tres meses.

Es importante destacar que los episodios de atracones en el caso de la AN, por lo general no alcanzan la magnitud de los atracones en la BN, aunque son vividos con extrema sensación de descontrol.

Criterios para Bulimia Nervosa

La Tabla 2 describe los criterios del DSM-IV-TR y la propuesta para el DSM-5 para BN.

Se ha sugerido también, la eliminación de los subtipos purgativo/no purgativo para BN. Las razones para evitar esta diferenciación es que el subtipo no purgativo ha recibido muy poca atención en las investigaciones, por lo que la evidencia que sustenta su relevancia es limitada, y que

TABLA 1. CRITERIOS DIAGNÓSTICOS PARA ANOREXIA NERVOSA SEGÚN EL DSM-IV-TR Y LAS PROPUESTAS PARA EL DSM-5

Anorexia Nervosa criterios actuales	Propuesta DSM-5	Justificación de la propuesta
A. Rechazo a mantener el peso corporal igual o por encima del valor mínimo normal considerando la edad y la talla (por ejemplo, pérdida de peso que da lugar a un peso inferior al 85% del esperable, o fracaso en conseguir el aumento de peso normal durante el período de crecimiento dando como resultado un peso corporal inferior al 85% del peso esperable).	A. Restricción del consumo energético relativo a los requerimientos, que conlleva a un peso corporal significativamente bajo en el contexto de la edad, sexo, trayectoria del desarrollo y salud física. Un peso significativamente bajo es definido como un peso que es inferior al mínimo normal o, para niños y adolescentes, inferior a lo mínimamente esperado.	Los criterios del DSM-IV-TR dejan fuera de este diagnóstico al grupo de adolescentes que no parecieran rechazar activamente la mantención de un peso normal, aunque su conducta alimentaria impide que éste se mantenga en un rango mínimo saludable. Por esta razón, la nueva propuesta traduce a equivalentes conductuales el concepto de intencionalidad de "rechazo a mantener el peso corporal...", cambiándolo por "restricción de consumo energético..."
B. Miedo intenso a ganar peso o a convertirse en obeso, incluso estando por debajo del peso normal.	B. Miedo intenso a ganar peso o a convertirse en obeso, o una conducta persistente que interfiere con la ganancia de peso, incluso estando en un peso significativamente bajo.	Se añade un equivalente conductual al "miedo intenso a ganar peso", dado que una proporción de individuos con AN niegan presentar tal temor en forma explícita a pesar de que su conducta interfiere con la ganancia de peso.
C. Alteración de la percepción del peso o la silueta corporales, exageración de su importancia en la autoevaluación o negación del peligro que comporta el bajo peso corporal.	C. Alteración en la forma en que se experimenta el propio peso o forma corporal, excesiva influencia del peso o forma corporal en la autoevaluación, o persistente falta de reconocimiento de la seriedad que comporta el bajo peso corporal actual.	
D. En las mujeres post-puberales, presencia de amenorrea, por ejemplo, ausencia de al menos tres ciclos menstruales consecutivos.	D. Se elimina el criterio de amenorrea.	Se elimina el criterio ya que muchas mujeres que presentan todos los otros signos y síntomas de AN, reportan tener algún tipo de actividad menstrual. Además, este criterio no puede ser aplicado a mujeres pre-menárquicas, usuarias de anticoncepción oral, post-menopáusicas y hombres.

los datos disponibles hasta ahora indican que las características clínicas del subgrupo no purgativo son muy parecidas a aquellas que presentan los individuos con Trastorno por Atracón. Además, se considera que la definición de las conductas no purgativas inapropiadas para el control del peso (tales como ayuno y ejercicio excesivo) es poco clara.

Criterios para Trastorno por Atracón

En el DSM-IV-TR este trastorno fue incluido en el apéndice B del manual,

como categoría en estudio. Se han realizado una serie de investigaciones para validar este diagnóstico y una extensa revisión de la literatura (19), cuyo resultado es que el Trastorno por Atracón fue recomendado para ser formalmente incluido dentro de los Trastornos del Comer y la Alimentación.

Esta incorporación como una categoría independiente al DSM-5, se fundamenta en que éste se distingue claramente de otras formas de

TABLA 2. CRITERIOS DIAGNÓSTICOS PARA BULIMIA NERVOSA SEGÚN EL DSM-IV-TR Y LAS PROPUESTAS PARA EL DSM-5

Bulimia Nervosa criterios actuales	Propuesta DSM-5	Justificación de la propuesta
A. Presencia de atracones recurrentes. Un atracón se caracteriza por: 1) ingesta de alimentos en un corto espacio de tiempo (ej. dos horas) en cantidad superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en un período de tiempo similar y bajo las mismas circunstancias, y 2) sensación de pérdida de control sobre la ingesta de alimentos (ej. no poder parar de comer o no poder controlar el tipo o cantidad de comida que se está consumiendo).	A. Se mantiene igual.	
B. Conductas compensatorias inapropiadas recurrentes, con el fin de evitar ganar peso, tales como son provocarse vómitos, uso excesivo de laxantes, diuréticos, enemas u otros fármacos, ayuno o ejercicio excesivo.	B. Se mantiene igual.	
C. Los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas tienen lugar como promedio al menos dos veces a la semana durante un período de 3 meses.	C. Ambos, los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas, ocurren como promedio al menos una vez a la semana durante un período de tres meses.	Para el DSM-5 se propone la reducción requerida de estos síntomas. La justificación para este cambio radica en que la frecuencia bisemanal de los síntomas no tiene fundamentos empíricos, puede ser un umbral muy estricto, y porque en la literatura científica se ha descrito muy poca diferencia en la presentación clínica y comorbilidad de los pacientes que presentan BN y TANE con síntomas bulímicos, es decir, con menor frecuencia de síntomas.
D. Autoevaluación exageradamente influida por el peso y la silueta corporal.	D. Se mantiene igual.	

TCA y de la obesidad, y que tiene una alta prevalencia. Por ejemplo, hay evidencia que muestra que el Trastorno por Atracón no es una variación simple de la obesidad, que se da en familias, presenta un perfil demográfico específico (mayor probabilidad de ocurrencia en hombres, de mayor edad, e inicio más tardío), que a diferencia de la obesidad evidencia una mayor preocupación por la figura y el peso, más alteraciones de la personalidad y comorbilidad psiquiátrica (principalmente trastornos del ánimo y ansiedad), y que está asociado a menor calidad de vida. Además, se diferencia de otros TCA en cuanto a su menor estabilidad diagnóstica, mayor probabilidad de remisión, mayor posibilidad de morbilidad médica, y mejor respuesta a terapias especializadas. Por lo tanto, la distinción de este trastorno se basa en evidencia de que su diagnóstico es útil para la selección de su tratamiento (20).

Las modificaciones en los criterios para el Trastorno por Atracón en el DSM-5 respecto de la versión anterior, se describen en la Tabla 3.

Cabe hacer notar que esta patología es el Trastorno del Comer y la Alimentación menos frecuente entre las adolescentes, con una prevalencia estimada del 1% en este grupo, utilizando los nuevos criterios (18).

Criterios para los Trastornos del Comer y la Alimentación no clasificados en otro lugar (antes TANE)

Estos trastornos incluyen aquellos casos que no alcanzan a cumplir los criterios diagnósticos propuestos para AN, BN o Trastorno por Atracón, a pesar de presentar una alteración en la vivencia del propio peso y/o formas corporales, y en la manera de controlar el peso, de significación clínica.

Estas condiciones pueden estar asociadas a diversos niveles de sufrimiento o dificultades, similares a los otros Trastornos del Comer o de la Alimentación antes descritos, y pueden requerir, por lo tanto, de atención clínica intensiva (21, 22). Estos trastornos son:

- Presentaciones mixtas, atípicas o que no alcanzan a cumplir

TABLA 3. CRITERIOS DIAGNÓSTICOS PARA TRASTORNO POR ATRACÓN SEGÚN EL DSM-IV-TR Y LAS PROPUESTAS PARA EL DSM-5

Trastorno por Atracón criterios actuales	Propuesta DSM-5	Justificación de la propuesta
A. Presencia de atracones recurrentes. (ver criterio A para BN).	A. Se mantiene igual.	
B. Los episodios de atracones están asociados con 3 (o más) de los siguientes: a) Comer mucho más rápido que lo normal b) Comer hasta sentirse incómodamente lleno c) Comer grandes cantidades de alimentos cuando no se siente hambre físicamente d) Comer solo, ya que se siente vergüenza de cuánto se ha comido e) Sentirse indignado con uno mismo, deprimido o muy culpable luego de la sobreingesta	B. Se mantiene igual.	
C. Marcada angustia por la presencia de los atracones.	C. Se mantiene igual.	
D. Los atracones ocurren, en promedio, al menos 2 días a la semana por 6 meses.	D. Los atracones ocurren, en promedio, al menos una vez a la semana por 3 meses.	Se considera el número de episodios de atracones en lugar del número de días en que se presentan atracones, y se reduce la frecuencia requerida de éstos, cambios en línea con los introducidos en el caso de la BN. La revisión de la literatura indica que estas modificaciones no implicarán un cambio significativo en el número de casos diagnosticados con este trastorno.
E. Los atracones no están asociados al uso recurrente de conductas compensatorias inapropiadas y no ocurren exclusivamente durante el curso de BN o AN.	E. Se mantiene igual.	

los criterios propuestos para AN o BN. Por ejemplo, son diagnosticados como casos de AN atípica aquellos que cumplen todos los criterios para AN excepto que el peso de la persona está dentro o sobre el rango normal a pesar de una pérdida significativa de peso.

- Otros síndromes específicos que no son listados en el DSM-5. Esta categoría incluye el Trastorno Purgativo (uso recurrente de purgas para influir en el peso o figura en ausencia de atracones) y Síndrome del Comer Nocturno (episodios recurrentes de comer nocturno manifestado ya sea por comer excesivamente después de haber cenado o despertarse para comer durante la noche).

- Información insuficiente. Otros Trastornos del Comer o de la Alimentación no clasificados en otro lugar: categoría residual que incluye

los problemas clínicamente significativos que cumplen los criterios para un Trastorno del Comer o la Alimentación, pero no satisfacen los de ningún otro trastorno antes descrito.

Luego de los cambios en los criterios diagnósticos de AN, BN y Trastorno por Atracón, se espera que los "Trastornos del Comer o la Alimentación no clasificados en otro lugar" reduzcan sustancialmente su prevalencia en relación al DSM-IV-TR, ya que muchos TCA antes incluidos en los TANE, ahora podrían ser reclasificados dentro de las categorías principales, especialmente en AN, dada la exclusión del criterio de amenorrea (18).

Sin embargo, un estudio reciente que aplicó los criterios propuestos para el DSM-5 en población con TCA, planteó que la nueva versión de este manual pareciera mejorar el diagnóstico para las adolescentes tardías

y adultas principalmente. En las adolescentes tempranas los cambios serían mínimos, quedando aún una gran proporción de sus TCA en la categoría de "Trastornos del Comer o la Alimentación no clasificados en otro lugar". Una de las razones para ello es que, por ejemplo, en el caso de la BN, al requerirse que tanto los atracones como las purgas tengan una frecuencia al menos semanal, quedan excluidos aquellos casos en que una de las dos conductas no se da con esa periodicidad (23).

La gran proporción de casos que seguirían siendo diagnosticados como no especificados, cuestiona en parte la utilidad para las adolescentes de los cambios sugeridos, a pesar de que resulta indiscutible que la clasificación de los TCA en el DSM-5 diferencia más claramente y mejor los diversos tipos de estos trastornos en este grupo etario (23).

EVALUACIÓN INICIAL DE LOS TCA

Establecer el diagnóstico de un TCA es con frecuencia un desafío para los clínicos, pues las adolescentes y jóvenes que los sufren tienden a esconderlos o negarlos a todos aquellos quienes les rodean, debido a que poseen escasa conciencia de enfermedad y motivación al cambio. Ello genera que frecuentemente consulten a otros profesionales antes de llegar a solicitar ayuda a especialistas en TCA. Es habitual que los padres, que sospechan la patología, pero encuentran sólo negación y resistencias de parte de su hija, prefieran llevarla inicialmente a su pediatra o a un médico general en busca de la confirmación diagnóstica antes de tomar otras medidas. Este es el camino que también tienden a seguir los progenitores si han sido los pares, profesores o entrenadores quienes los han alertado del problema, pero aún les cuesta reconocerlo. Por otra parte, cuando la enfermedad les ha pasado inadvertida, muchas veces la consulta termina siendo motivada por alteraciones secundarias (sobrepeso, bajo peso, irregularidades menstruales, etc.) y a los respectivos especialistas en ellas (3).

Por lo mismo, resulta esencial que los profesionales de la salud en general y en especial aquellos a quienes tienden a consultar la mayoría de estas pacientes (médicos pediatras, generales y de familia, internistas, especialistas en nutrición, ginecólogos, endocrinólogos y psiquiatras; nutricionistas y psicólogos), manejen un alto índice de sospecha de TCA dentro de su labor clínica y realicen las intervenciones adecuadas cuando los pesquistan.

Ya que el tratamiento de estos casos debe iniciarse lo más precozmente posible (pues de ello depende su pronóstico) y que -dada su complejidad- corresponde que sea realizado por un equipo especializado, el rol de los profesionales de la salud no especialistas consiste primordialmente en su pesquisa precoz, evaluación inicial (si poseen las competencias necesarias), y derivación oportuna y eficaz a los especialistas.

La evaluación inicial estará destinada a:

1. Establecer el diagnóstico del TCA.
2. Detectar las complicaciones biomédicas asociadas.
3. Establecer la presencia de comorbilidad psiquiátrica, conductas de

riesgo y otros problemas psicosociales relevantes.

4. Determinar la existencia de condiciones que requieran hospitalización.
5. Informar a la paciente (y sus padres si corresponde) de los hallazgos y motivarlos a tratamiento.
6. Dar las indicaciones preliminares y derivar de manera eficaz a hospitalización o tratamiento ambulatorio especializado, según corresponda. Para llevarla a cabo deben contemplarse las estrategias básicas de la atención clínica de adolescentes y jóvenes, previamente descritas por una de las autoras en esta revista (24), y las especificidades propias del abordaje de los TCA que se señalan en este artículo.

Es importante mantener una actitud de escucha y acogida durante la evaluación, pero a la vez de una seriedad y preocupación acorde al problema, que irá permitiendo que aquellas adolescentes y los padres que no tengan conciencia de la enfermedad la vayan desarrollando.

Debe destacarse que el diagnóstico de los TCA es eminentemente clínico y se realiza en especial mediante una buena anamnesis.

Anamnesis

La anamnesis debe ser integral y cuidadosa, y comprender:

- Las alteraciones cognitivas y conductuales propias de los TCA.
- Los síntomas biomédicos asociados.
- La exploración de síntomas que orienten a otras patologías biomédicas como causa de los problemas.
- La evaluación psicosocial inicial.
- Los antecedentes personales y familiares relevantes.
- Los tratamientos recibidos, si los ha habido, y sus resultados.
- La evaluación del grado de comprensión del problema por parte de la paciente y su motivación a recibir ayuda, y la reacción de los padres ante la enfermedad.

Alteraciones cognitivas y conductuales propias de los TCA

Para evaluar la presencia de estas alteraciones, en general resulta adecuado partir explorando si la adolescente presenta una insatisfacción significativa o preocupación excesiva por su peso y/o figura. De existir, se deberá profundizar tanto en las conductas que la joven ha intentado (o deseado intentar) para resolver su problema y su impacto en el peso corporal, como en el tipo de pensamientos asociados, su intensidad y frecuencia.

Para explorar estos aspectos se recomiendan las siguientes preguntas (adaptado de 4, 5), a las que se agregaron otras que se estiman útiles y necesarias (*):

- ¿Has tratado de bajar de peso? ¿Qué has intentado? ¿Desde cuándo?
- ¿Has disminuido el tamaño de las porciones que comes? ¿Te saltas comidas? ¿Qué alimentos que antes solías comer evitas o te prohíbes? ¿Desde cuándo presentas los previos? Explorar también rituales alimentarios y conversión reciente al vegetarianismo.
- ¿Qué comiste ayer? (cantidad y calidad del desayuno, almuerzo, onces, cena y colaciones)

- ¿Cuentas calorías? Si lo haces, ¿cuántas comes al día?
 - ¿Tomas líquidos sin calorías (agua, té, café, gaseosas u otros) para evitar comer o para bajar de peso? ¿Cuánto tomas al día? ¿Desde cuándo o en qué período?
 - ¿Has tenido atracones? ¿Con qué frecuencia? ¿En qué horario? ¿Desde cuándo o en qué período? ¿Cuánto comes en un atracón y qué tipo de alimentos? (*) ¿Desencadenantes?
 - ¿Te has provocado vómitos? ¿Con qué frecuencia? ¿En qué momento (después de tener un atracón o en otras circunstancias)? ¿Desde cuándo o en qué período?
 - ¿Has tomado laxantes, diuréticos, medicamentos, productos 'naturales' u otros para el control del peso? (en los hombres, ¿has utilizado suplementos o medicamentos para aumentar tu masa muscular?) ¿De qué tipo, cuánto y con qué frecuencia? ¿En qué momento (después de tener un atracón o en otras circunstancias)? ¿Desde cuándo o en qué período?
 - ¿Haces ejercicio? ¿De qué tipo, intensidad, duración y frecuencia? ¿Cuánto te estresa perderte una sesión de ejercicio? ¿Lo has continuado realizando a pesar de estar enferma o lesionada? (*)
 - ¿Con qué frecuencia te pesas? (*)
 - ¿Cuánto es lo más que has pesado? ¿Cuándo fue? ¿Cuánto medías en ese momento?
 - ¿Cuál ha sido tu peso mínimo en el último año? ¿Cuándo fue? ¿Cuánto medías en ese momento?
 - ¿Cuánto te gustaría pesar? ¿Cuál piensas que es tu peso saludable?
 - ¿Miras, tocas o mides permanentemente tu cuerpo o alguna(s) parte(s) de él con el fin de evaluar cómo está tu peso o figura? (*)
 - ¿Cuánto gastas del día pensando en comida, el peso y la figura? ¿Cuánta de tu energía la inviertes en tu peso y tu figura?
- Resulta importante explorar dirigidamente cada uno de estos aspectos, pues pueden pasar inadvertidos si no se lo hace.
- Se debe tener muy presente que la simple negación de problemas por parte de la adolescente no excluye la posibilidad de un TCA, y menos aún si sus padres, amistades, profesores o entrenador lo sospechan, casos en los cuales es altamente probable que el trastorno exista (2, 4, 5).

Síntomas biomédicos asociados

En su mayoría son generados por la restricción de la ingesta, los déficits nutricionales, los atracones y las conductas compensatorias, y se detallan en la Tabla 4.

Es importante recordar que los TCA no sólo se asocian a bajo peso. En todos aquellos casos en que exista pérdida abrupta, aumento rápido o fluctuaciones significativas de peso en jóvenes por lo demás sanas, debe descartarse un TCA. Por otra parte, las adolescentes con un peso normal también pueden tener un TCA.

Evaluación psicosocial inicial

Esta evaluación está destinada a explorar: el funcionamiento de la paciente a nivel familiar, social y escolar/universitario/ocupacional; los rasgos de personalidad; la comorbilidad psiquiátrica potencial (como trastornos depresivo, obsesivo-compulsivo u otro ansioso); el riesgo de

TABLA 4. SÍNTOMAS BIOMÉDICOS EN TCA

• Significativa disminución, aumento o fluctuaciones de peso
• Mantención o falta de incremento esperado de peso y/o talla en una adolescente en crecimiento y desarrollo
• Retraso del desarrollo puberal
• Fatiga o letargia
• Debilidad
• Mareos
• Pre-síncope y/o síncope
• Intolerancia al frío
• Caída del cabello
• Palidez
• Equimosis fáciles
• Disnea
• Dolor torácico
• Palpitaciones
• Regurgitación y acidez frecuentes, pirosis
• Vómitos con sangre
• Saciedad precoz, disconfort epigástrico, dolor abdominal
• Constipación
• Poliuria
• Amenorrea y otras alteraciones menstruales
• Disminución de la libido
• Calambres
• Convulsiones

suicidio y autoagresiones; otras conductas de riesgo (abuso de sustancias, conductas sexuales de riesgo, visitas a sitios pro-anorexia o pro-bulimia); y problemática psicosocial de alta relevancia como matonaje (en especial en relación a la imagen corporal), maltrato y abuso sexual. También, a llevar a cabo el diagnóstico diferencial en el ámbito psiquiátrico.

La comorbilidad psiquiátrica es común en los TCA (25) y puede no haber sido previamente diagnosticada. También lo es la conducta suicida (25), que contribuye importantemente a la mortalidad asociada a estas enfermedades (2).

Antecedentes personales y familiares relevantes

Deberá indagarse por el crecimiento y desarrollo de la adolescente, sus

antecedentes ginecológicos si es mujer (incluyendo edad de la menarquia, regularidad de los ciclos, fecha de última regla y anticoncepción), y por historia familiar de obesidad, TCA u otros trastornos psiquiátricos (en especial del ánimo, obsesivo-compulsivo y otros ansiosos, y abuso o dependencia de alcohol y/o drogas).

Evaluación del grado de comprensión del problema por parte de la paciente y su motivación a recibir ayuda, y la reacción de los padres ante la enfermedad

Resulta esencial que el profesional indague estos aspectos para que lleve a cabo una buena derivación. Una paciente en absoluta negación del problema puede dificultar mucho su ingreso a tratamiento, en especial si los padres también tienden a negarlo o se encuentran muy ambivalentes a aceptarlo, lo que no es infrecuente. Las causas de esto último pueden ser diversas, entre ellas las implicancias que tendrá un diagnóstico de este tipo para la adolescente y su familia, y los temores o reparos respecto del tratamiento. Las actitudes y conductas de los padres serán aún más determinantes en las adolescentes de menor edad, por la dependencia normal que tienen de ellos.

Debido a la tendencia de estas pacientes a negar o esconder el problema, para obtener una adecuada anamnesis en casos de TCA resulta esencial involucrar a los padres en parte de la entrevista, en especial cuando se trata de adolescentes. Se obtendrá información más real si las alteraciones cognitivas y conductuales propias de los TCA se exploran con ambos presentes, sobre todo en aquellos casos donde la paciente no tiene conciencia de problema, ni motivación al cambio. Sin embargo, se debe evitar preguntar ante los padres cuestiones muy sensibles, posponiendo esto para cuando se esté a solas con la joven, y después de haberle explicitado su derecho a confidencialidad (con los límites atinentes al caso). No sólo las preguntas habitualmente sensibles (conducta sexual, consumo de drogas, etc.) lo son en estos casos, sino que también aquellas relativas a las conductas alimentarias y compensatorias que las adolescentes desean mantener al margen del conocimiento de los otros, ya sea por vergüenza, intención de no modificarlas u otras motivaciones (por ej., vómitos y su frecuencia; atracones, su contenido y frecuencia; uso de laxantes y otros medicamentos para el control del peso, etc.).

La entrevista conjunta paciente-padres permitirá también evaluar las dinámicas asociadas a la enfermedad y, entre ellas, el nivel de desafíos y conflictos que la paciente y su familia están teniendo a la hora de las comidas, y las estrategias de enfrentamiento que están utilizando.

Cuando se trata de jóvenes mayores que tienen conciencia de problema, la entrevista podrá ser individual, acotando la participación de los padres sólo al apoyo para el adecuado manejo del caso.

Otras habilidades que se deben tener especialmente presentes al realizar la entrevista en estos casos, son:

1- Evitar juicios de valor y/o actitudes negativas o de sorpresa ante las conductas que a la paciente ya le está siendo difícil compartir, pues

se inhibirá de hacerlo y aumentarán sus resistencias a la situación. 2- Minimizar la culpa por las conductas patológicas en aquellas pacientes que tienden a la excesiva culpabilización de sí mismas, a través de explicitar que se trata de comportamientos involuntarios. 3- Externalizar la enfermedad. Esta técnica está indicada especialmente en pacientes resistentes a reconocer su problema y hacerse cargo de medidas para cambiar. En ella, se utiliza el lenguaje para convertir al TCA en una entidad separada de la joven ("no eres tú, sino que la anorexia la que te hace comportar de esta forma"). Esto favorece que la adolescente pueda reconocer pensamientos y conductas que tiende a negar por culpa, vergüenza u otros motivos ("no es que tú hayas querido tomar ese laxante después de comer, sino la anorexia la que te hizo hacerlo"), y por otra parte, hace posible que la paciente "luche contra el TCA" (contra este "enemigo externo") en conjunto con su familia y el profesional para impedir que "se salga con la suya". Permite desculpabilizar a la paciente, sin que ello la prive de la responsabilidad de superar el problema, lo que genera condiciones para que pueda contar lo que le está sucediendo y se movilice para solucionarlo.

Examen físico

El examen físico también tendrá que ser completo, ya que los diversos sistemas y órganos pueden potencialmente verse comprometidos en los TCA.

Debe incluir:

- Signos vitales: Temperatura oral; frecuencia respiratoria; frecuencia cardíaca y presión arterial en decúbito dorsal y de pie.
- Antropometría: Peso y talla.
- En mayores de 20 años: Cálculo del Índice de Masa Corporal (IMC) y determinación del estado nutricional según resultado.
- En menores de 20 años: Cálculo del IMC; registro de IMC y talla en curvas del CDC, con observación de su evolución en relación a mediciones previas; realización del diagnóstico nutricional y de talla.
- Desarrollo puberal: Estadíos de Tanner.
- Pesquisa de alteraciones asociadas a los TCA (Tabla 5)

Se debe tener especial cuidado en el momento de obtener el peso, ya que éste es el objeto de gran parte de los temores y angustias de estas pacientes. El miedo a verse forzadas a aumentar de peso las puede llevar a incrementarlo artificialmente mediante el consumo excesivo de líquidos o esconder objetos en su ropa o cuerpo que agreguen peso. Es para controlar estos factores que la joven debe ser pesada con un mínimo de ropa o en bata, y después de haber orinado. Puede optarse también por pesarla de manera ciega (de espaldas a la balanza, para que no vea los números) si su angustia respecto del resultado es muy intensa. Además, previo al pesaje se le puede realizar un comentario empático anticipando lo difícil que seguramente es para ella ese momento, y después del mismo se pueden explorar sus sentimientos respecto del resultado y contenerla si son negativos, nuevamente empleando la técnica de externalización de la enfermedad ("comprendo que es la enfermedad la que te hace sentir que tu peso es excesivo, pero según las curvas es

TABLA 5. POSIBLES HALLAZGOS AL EXAMEN FÍSICO EN ADOLESCENTES Y JÓVENES CON TCA

• Afecto plano o ansioso
• Hipotermia (temperatura oral < 35.6 °C)
• Bradicardia
• Ortostatismo (aumento > 20 latidos/minuto en la frecuencia cardíaca o caída > 10 mm Hg en la presión arterial entre el decúbito dorsal y la posición de pie); hipotensión
• Disminución o aumento del panículo adiposo
• Disminución de la masa muscular
• Retraso del desarrollo puberal
• Pérdida de grosor, volumen y brillo del cabello.
• Piel seca, pálida; lanugo en tronco y/o extremidades; coloración naranja, especialmente de palmas y plantas
• Equimosis; Petequias alrededor de los ojos
• Acanthis nigricans, acné, hirsutismo
• Hipertrofia parotídea; congestión faríngea
• Trauma y laceraciones orales; erosiones del esmalte dental en las superficies oclusales y lingual; caries
• Atrofia de mamas
• Soplo cardíaco (1/3 con prolapso de la válvula mitral)
• Extremidades frías; acrocianosis; perfusión pobre
• Signo de Russell (callosidades en los nudillos por la inducción de vómitos)
• Edema de extremidades

absolutamente normal"). Las últimas estrategias contribuirán a hacerla sentir que se le comprende y a aliviar su angustia.

El examen físico habitualmente muestra más alteraciones en los casos de AN, pudiendo ser absolutamente normal en el resto de los trastornos. Sin embargo, si se lleva a cabo una búsqueda más dirigida y cuidadosa de las posibles alteraciones, los hallazgos aumentan.

Diagnóstico diferencial

En aquellos casos en que el cuadro resulte atípico, se debe tener presente que puede no corresponder realmente a un TCA, sino a alguna de las patologías descritas en la Tabla 6 (4).

TABLA 6. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE LOS TCA

- Patología gastrointestinal:

- Enfermedad inflamatoria intestinal
- Enfermedad celíaca
- Enfermedades infecciosas

- Infecciones crónicas (SIDA, tuberculosis, otras)

- Patología endocrina:

- Hipertiroidismo (hipotiroidismo)
- Diabetes Mellitus
- Otras (ej.: hipopituitarismo, Enf. Addison)

- Patología psiquiátrica:

- Trastorno obsesivo-compulsivo y otros trastornos ansiosos
- Abuso y dependencia de sustancias

- Otras patologías:

- Lesiones del sistema nervioso central (incluyendo cánceres)
- Otros cánceres
- Síndrome de arteria mesentérica superior (más comúnmente consecuencia de pérdida de peso severa)

Evaluación de laboratorio inicial

Los exámenes de laboratorio en estos casos son solo complementarios, y están destinados a completar el diagnóstico de las complicaciones y descartar otras condiciones que puedan explicar los síntomas (diagnóstico diferencial).

La evaluación inicial debe incluir hemograma, perfil bioquímico, electrolitos plasmáticos, gases venosos, magnesemia y orina completa. También creatininemia y pruebas tiroideas si existe baja de peso significativa. Si hay vómitos o sospecha de ellos se puede agregar una amilasemia. Se debe realizar un electrocardiograma (ECG) en toda paciente con alteraciones electrolíticas, baja de peso o purgas significativas, y/o síntomas o signos cardiovasculares, y considerar un ecocardiograma en las últimas. En aquellas con amenorrea pueden estar indicados exámenes adicionales (test de embarazo en orina, LH, FSH, prolactinemia, estradiol sérico) y si ésta se ha prolongado por 6 meses o más debe realizarse una densitometría ósea, con un software apropiado para la edad. Si hay incertidumbre acerca del diagnóstico, deben considerarse otros exámenes según el caso, como VHS, *screening* de enfermedad celíaca, tomografía computarizada o resonancia magnética de cerebro, y estudios del sistema gastrointestinal alto o bajo (2, 4).

Las alteraciones que pueden mostrar los exámenes iniciales se detallan en la Tabla 7.

Gran parte de los exámenes de laboratorio resultará normal en las pacientes con TCA, sin embargo, ello no implica ausencia de gravedad de la enfermedad, pues pueden no mostrar alteraciones, aún en presencia de riesgo vital. Más aún, anomalías leves pueden indicar que los mecanismos de compensación han llegado a límites críticos. Esto debe representársele a las pacientes, ojalá por anticipado, para evitar que intenten utilizar la normalidad de los resultados como prueba de que no tienen ningún problema.

Devolución de la hipótesis diagnóstica e indicaciones

Una vez completada la evaluación inicial de la paciente con TCA, el profesional debe realizar un resumen a la joven, dándole a conocer los ha-

llazgos, diagnóstico(s), riesgos e indicaciones preliminares, incluyendo la necesidad de derivación a un programa de tratamiento ambulatorio especializado o a hospitalización, según sea el caso.

De no existir urgencia, debe brindarle enseguida la oportunidad de exponer y resolver sus dudas y preocupaciones.

En este momento planteará también la necesidad de apertura de temas sensible a los padres si es atingente, y negociará con la adolescente -de manera empática y respetuosa- la mejor forma de hacerlo. Esta negociación debe ser lo más flexible posible, pero sin sacrificar la información que es relevante que los padres manejen para lograr comprender la situación, llevar a la paciente a tratamiento y apoyarla durante el mismo.

Luego, generará un espacio con los padres, para discutir los mismos

TABLA 7. ALTERACIONES POTENCIALES EN LOS EXÁMENES DE LABORATORIO INICIALES EN TCA

EXAMEN	ALTERACIONES
Hemograma	Anemia, leucopenia o trombocitopenia
Perfil bioquímico	Glucosa: ↓ (desnutrición) Nitrógeno ureico: ↑ (deshidratación) Calcio: leve ↓ (desnutrición, a expensas del hueso) Fósforo: ↓ (desnutrición) Proteínas totales/albumina: ↑ en desnutrición temprana a expensas de la masa muscular, ↓ más tarde Bilirrubina total: ↑ (disfunción hepática), ↓ (baja masa glóbulos rojos) Alanina-aminotransferasa (ALAT, SGPT) y aspartato-aminotransferasa (ASAT, SGOT): ↑ (disfunción hepática)
Electrolitos plasmáticos	Sodio: ↓ (intoxicación hídrica o laxantes) Potasio: ↓ (vómitos, laxantes, diuréticos) Cloro: ↓ (vómitos), ↑ (laxantes)
Gases venosos	Bicarbonato: ↑ (vómitos), ↓ (laxantes)
Magneemia	↓ (desnutrición, laxantes)
Creatininemia	↑ (deshidratación, insuficiencia renal), ↓ (disminución masa muscular). Normal: puede ser relativamente elevada si existe baja masa muscular.
Amilasemia	↑ (vómitos, pancreatitis)
Pruebas tiroideas	T3↓, T4 normal o ↓, TSH normal o ↓ (síndrome del eutiroideo enfermo)
Gonadotrofinas y esteroides sexuales en mujeres	LH↓, FSH↓, estradiol↓
ECG	Bradicardia, otras arritmias, bajo voltaje, intervalo QTc prolongado, inversión onda T y ocasionalmente depresión segmento ST
Densitometría ósea	Densidad mineral ósea↓

Adaptado de: Academy for Eating Disorders. *Eating Disorders: Critical points for early recognition and medical risk management in the care of individuals with eating disorders*. AED Report 2011. 2nd Edition.

aspectos: hallazgos, diagnóstico(s), riesgos, indicaciones preliminares y derivación.

Una derivación eficaz requiere que la joven o al menos uno de sus padres logre(n) reconocer la existencia de la patología y comprender sus implicancias (importantes consecuencias negativas para la salud integral y la vida actual y futura de la adolescente), de modo que se motiven a realizar el tratamiento indicado. Esto resulta habitualmente más fácil en las pacientes con BN, ya que suelen estar afectadas al menos por la pérdida de control sobre su ingesta y el riesgo de aumento de peso que conlleva, haciendo más fácil que presenten motivación a recibir ayuda. Sin embargo, puede ser muy difícil en otros casos, especialmente en aquellos de TCA restrictivos en que existe resistencia al cambio por parte de la paciente y mucha negación, evitación, ambivalencias o indiferencia de parte de sus padres. Para movilizarlos, resulta importante profundizar con ambos en los riesgos asociados al TCA (en especial en aquellos que para la paciente y su familia sean más relevantes, y con el tono de seriedad y preocupación que amerita el caso), en el pronóstico de estas patologías, y en cómo éste se ve influido positivamente por un manejo especializado precoz. También es importante tratar de aclarar los motivos de las ambivalencias e intentar resolverlos. Así por ejemplo, si es la culpa lo que los está inmovilizando, el ayudar a la familia a

entender que ni los padres causaron la enfermedad ni la joven escogió tenerla, puede facilitar la aceptación del diagnóstico, la referencia y el tratamiento posterior. En aquellos casos de pacientes y padres muy evitativos, resulta a veces conveniente no “ponerle nombre” a la enfermedad (por ej., AN), pues esto puede incrementar sus temores y resistencias, dificultando aún más que la adolescente llegue a tratamiento. El trabajo motivacional puede complementarse con las estrategias de entrevista motivacional descritas por Miller y Rollnick (26).

Por último, existen casos en que a pesar de que el profesional ha hecho todo lo posible, no se logra motivación inicial a tratamiento. En ellos será conveniente realizar un proceso con la adolescente y su familia durante un tiempo, para que en algún momento la joven llegue a recibir la ayuda que necesita.

Nota en relación a la terminología: A lo largo de este artículo, cuando se hace mención a ‘la’ o ‘las’ adolescente(s) o joven(es), se está aludiendo a personas de ambos sexos de estas edades. Así también, bajo la denominación ‘padre(s)’ se incluye a la(s) madre(s) y a otros adultos que ejerzan el rol parental.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Papadopoulos F, Ekhnor A, Brandt L, Ekselius L. Excess mortality, causes of death and prognostic factors in anorexia nervosa. *Br J Psychiatry*. 2009;194(1):10-7.
- AED. Eating Disorders: Critical points for early recognition and medical risk management in the care of individuals with eating disorders. Academy for Eating Disorders, 2011.
- Lopez C, Treasure J. Trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes: Descripción y manejo. *Revista Médica Clínica Las Condes*. 2011;22(1):85-97.
- Rosen D. Identification and Management of Eating Disorders in Children and Adolescents. *Pediatrics*. 2010;126:1240-53.
- Rome E. Eating Disorders in Children and Adolescents. *Curr Probl Pediatr Adolesc Health Care* 2012;42:28-44.
- Hsu L. Epidemiology of the eating disorders. *Psychiatr Clin North Am*. 1996;19(1):4.
- Gempeler J. Trastornos de la alimentación en hombres: cuatro subtipos clínicos. *Rev Colombiana Psiquiatr*. 2006;35(5):352-61.
- Vicente B, de la Barra F, Saldivia S, Kohn R, Rioseco P, Melipillán R. Prevalence of child and adolescent psychiatric disorders in Santiago, Chile: a community epidemiological study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2011;in press, doi: 10.1007/s00127-011-0415-3.
- Vicente B, Saldivia S, Rioseco P, de la Barra F, Valdivia M, Melipillán R, et al. Epidemiología de trastornos mentales infanto-juveniles en la Provincia de Cautín. *Rev Med Chile*. 2010;138:965-73.
- Vicente B, De la Barra F, Saldivia S, Melipillán R. Trastornos psiquiátricos en niños y adolescentes chilenos: un estudio de prevalencia comunitario. Trabajo en vías de publicación.
- Correa M, Zubarew T, Silva P, Romero M. Prevalencia de riesgo de trastornos alimentarios en adolescentes mujeres escolares de la Región Metropolitana. *Revista Chilena de Pediatría*. 2006;77(2):153-60.
- Behar R, Alviña M, González T, Rivera N. Detección de actitudes y/o conductas predisponentes a trastornos alimentarios en estudiantes de enseñanza media de tres colegios particulares de Viña del Mar. *Rev Chil Nutr*. 2007;34(3):240-9.
- Urzúa A, Castro S, Lillo A, Leal C. Prevalencia de riesgo de trastornos alimentarios en adolescentes escolarizados del norte de Chile. *Rev Chil Nutr*. 2011;38(2):128-35.
- APA. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV-TR). 4th ed. Washington, DC: American Psychiatry Association; 2000.
- WHO. ICD-10: Classification of Mental and Behavioural Disorders: Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines. Geneva: World Health Organization; 1992.
- Le Grange D, Lock J, editors. Eating Disorders in Children and Adolescents: A clinical handbook. 1st ed. New York: The Guilford Press; 2011.
- Le Grange D, Loeb K. Early identification and treatment of eating disorders: Prodrome to syndrome. *Early Intervention in Psychiatry*. 2007(1):27-9.
- Birgegard A, Norring C, Clinton D. DSM-IV Versus DSM-5: Implementation of Proposed DSM-5 Criteria in a Large Naturalistic Database. *International Journal of Eating Disorders*. 2012;45(3):353-61.

19. Wonderlich S, Gordon K, Mitchell J, Crosby R, Engel S. The validity and clinical utility of binge eating disorder. *International Journal of Eating Disorders*. 2009;42(8):487-705.
20. APA. DSM-5: Proposed Revisions 2012. Disponible en: <http://www.dsm5.org> [Consultado el 6 de agosto de 2012].
21. Keel P, Holm-Denoma J, Crosby R. Clinical significance and distinctiveness of purging disorder and binge eating disorder. *International Journal of Eating Disorders*. 2011;44(4):311-6.
22. Striegel-Moore R, Franko D, Garcia J. The validity and clinical utility of night eating syndrome. *International Journal of Eating Disorders* 2009;42(8):720-38.
23. Fairburn C, Cooper Z. Eating Disorders, DSM-5 and clinical reality. *British Journal of Psychiatry*. 2011;198(1):8-10.
24. Gaete V. Atención clínica del adolescente que consulta por un problema de salud. *Rev Med Clin Condes*. 2011;22(1):5-13.
25. Herpertz-Dahlmann B. Adolescent eating disorders: definitions, symptomatology, epidemiology, and comorbidity. *Child Adolesc Psychiatric Clin N Am*. 2008;18:31-47.
26. Miller W, Rollnick S. *Motivational Interviewing: Preparing People for Change*. 2nd. ed. New York: The Guilford Press; 2002.

Las autoras declaran no tener conflictos de interés, con relación a este artículo.