

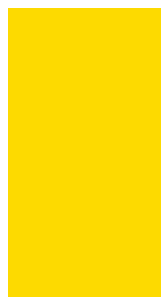


PONTIFICIA
UNIVERSIDAD
CATÓLICA
DE CHILE

Centro de Políticas Públicas UC

Trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes chilenos: una epidemia silenciosa

MELINA VOGEL
PASCUALA URREJOLA
VERÓNICA IRRIBARRA
Escuela de Medicina UC



TEMAS DE LA AGENDA PÚBLICA

Año 17 / N° 159 / Septiembre 2022
ISSN 0718-9745

Trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes chilenos: una epidemia silenciosa

MELINA VOGEL
PASCUALA URREJOLA
VERÓNICA IRRIBARRA
Facultad de Medicina UC

INTRODUCCIÓN

El presente artículo tiene como objetivo presentar las características principales y el impacto de los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) a nivel nacional y mundial, especialmente en el contexto de la crisis de salud mental generada por la pandemia de COVID-19. Junto a ello, se propone una serie de recomendaciones orientadas a visibilizar y atender estas patologías tempranamente, por su capacidad de generar un impacto profundo en el desarrollo físico y mental de la población adolescente.

Los trastornos de conducta alimentaria (TCA) son enfermedades mentales serias, que tienen repercusiones graves sobre la salud general, calidad de vida y desempeño psicosocial de las personas que las padecen (Klump et al., 2009). A pesar de su alta prevalencia, morbilidad y mortalidad asociada, existe desconocimiento sobre su gravedad tanto en el público general como en los equipos de salud, por lo que no se detectan adecuadamente y muchas veces no reciben tratamiento.

La definición de un TCA involucra una alteración persistente de los hábitos de alimentación o de control del peso corporal, que provoca un compromiso de la salud física y psicosocial del sujeto (Fairburn y Harrison, 2003; Treasure et al., 2010). Es importante señalar que no existe una enfermedad médica ni psiquiátrica como causa primaria, por ejemplo, no se incluye la falta de apetito que puede ocurrir secundariamente, por ejemplo, a un diagnóstico de cáncer o depresión.

Los criterios diagnósticos actuales reconocen las siguientes condiciones principales: anorexia (AN), bulimia (BN) y trastorno por atracón (TA), junto con otras tres condiciones que antes se consideraban como propias de la infancia, como son la pica, el trastorno de evitación-restricción de la ingesta de alimentos y rumiación (Treasure et al., 2020; APA, 2013).

Tabla 1. Trastornos de la conducta alimentaria y sus características clínicas principales, según DSM 5

Diagnóstico	Características
Anorexia nerviosa	- Existencia de una ingesta oral reducida e inferior a los requerimientos a pesar de un bajo peso. - Miedo intenso a ganar peso. - Alteración de la percepción del peso corporal y del propio cuerpo.
Bulimia nerviosa	- Episodios recurrentes de atracones. - Comportamientos compensatorios inapropiados y recurrentes para evitar el aumento de peso: vómitos autoprovocados, uso de laxantes, diuréticos u otros medicamentos, ejercicio excesivo.
Trastorno por atracones	- Episodios recurrentes de atracones. - Conductas asociadas (tres o más): comer muy rápido hasta sentirse repleto, sin hambre, solo (por vergüenza), sentir disgusto, depresión, culpa o malestar asociado al comer. - No está asociado a conductas compensatorias (vómito, ejercicio, ayunos).
Pica	- Ingesta de sustancias no comestibles (tierra, tiza, etc.).
Rumiación	- Regurgitación de alimentos para masticarlos o escupirlos de manera repetida.
TERIA o ARFID	- Trastorno de evitación-restricción de la ingesta de alimentos o <i>avoidance/restrictive food intake disorder</i> .

Fuente: elaboración propia a partir de DSM 5 (2013)¹.

Para el objetivo del presente trabajo, consideraremos el análisis de los tres primeros diagnósticos, por ser los de mayor interés en cuanto a su prevalencia e impacto en la salud mental y física.

A pesar de que los TCA pueden afectar a individuos de todas las edades, los adolescentes y adultos jóvenes están en particular riesgo. El debut de la AN y BN suele ocurrir entre la adolescencia y los primeros años de la adultez, con mayor preponderancia entre mujeres y niñas (Treasure, 2010; Campbell y Peebles, 2014).

Se ha descrito que aproximadamente un 6% de los adolescentes y niños sufre de trastornos alimentarios, con un 55% de las adolescentes mujeres y un 30% de los hombres en enseñanza secundaria que reportan alteraciones de la conducta alimentaria, incluyendo al menos un comportamiento desadaptativo como ayuno, uso de medicamentos para adelgazar, vómitos, laxantes y/o atracones de comida (Behar, 2007; Swanson et al., 2011; Behar y Marin, 2021).

Las conductas de atracones se definen como la ingesta de alimentos en cantidades excesivas en un periodo breve de tiempo, asociado a la sensación de pérdida de control. Este último factor resulta clave puesto que la “cantidad excesiva” o “mayor que la normal” es algo

difícil de objetivar, especialmente si se trata de niños o adolescentes. Por lo tanto, se considera clave que el sujeto experimente esa sensación de no poder controlar su conducta y no lograr detener su ingesta de comida (Guerdjikova et al., 2019).

Los TCA son condiciones que afectan por años a quienes las padecen. En el caso de la AN, se estima en promedio una duración de la enfermedad superior a seis años. Solo uno de cada cinco individuos que tienen TCA busca tratamiento, lo que suele ocurrir meses o años después de la aparición de la enfermedad, lo cual a su vez determina que la enfermedad esté arraigada y sea más difícil de manejar (Kazdin et al., 2017). Estudios de seguimiento a largo plazo de pacientes con AN y BN muestran que hasta un tercio de estos pacientes puede tener TCA persistente con duración mayor a 10 años (Treasure et al., 2020).

Los servicios y personal de salud están poco equipados para enfrentar estas enfermedades severas y de larga duración. La AN tiene la más alta mortalidad entre todas las enfermedades psiquiátricas (5,9%), por lo que resulta de suma importancia que exista conciencia sobre su alta prevalencia y potenciales consecuencias (Arcelus et al., 2011; Smink et al., 2012; Treasure et al., 2020).

1 Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (2013). Es la herramienta taxonómica y de diagnóstico de los trastornos mentales publicada por la Asociación Americana de Psiquiatría, en su última versión.

ANTECEDENTES HISTÓRICOS Y PREVALENCIA

Existen reportes de casos probables de AN desde la Grecia antigua, pero floreció en la Edad Media, época en que las conductas de ayuno y autoflagelación aparecían ligadas a la santidad (Pearce, 2004). Entre los casos célebres de AN se cita a las seguidoras de San Jerónimo y a Catalina de Siena, pero también Santa Teresa de Ávila ayunaba y se provocaba vómitos con ramas de olivo antes de recibir la comunión.

La primera descripción médica de la AN se atribuye a Richard Morton en 1689, pero el término AN fue acuñado por William Gull recién en el siglo XIX. Durante el siglo XX hubo controversias sobre el origen de esta patología, considerando tanto posibles insuficiencias hormonales como alteraciones psicológicas. En la década de 1970 las publicaciones de Hilde Bruch confirmaron la importancia psicopatológica del miedo a la obesidad y la alteración de la percepción de imagen corporal como rasgos fundamentales de esta enfermedad (Bruch, 1980). El concepto médico de bulimia nerviosa se incorporó en 1979 y fue incluido como diagnóstico en 1987, mientras que el TA fue descrito por Stunkard en 1959 como un patrón de conducta posible de hallar en pacientes con obesidad (Guerdjikova et al., 2019).

Los TCA han sido percibidos como síndromes asociados a la cultura occidental, siendo los primeros casos reportados en países europeos y Norteamérica. Sin embargo, actualmente es evidente que afectan a personas de diversas culturas, género y edad. Se estima una prevalencia a lo largo de la vida² entre 0,5 y 2% para la AN, con una tasa de mortalidad de al menos 5 a 6%, que la convierte en la más mortal de las enfermedades psiquiátricas (Treasure et al., 2020). La BN tiene una prevalencia de vida aún mayor: las estimaciones varían entre 0,9% y 3%, con riesgo de mortalidad de alrededor de 2%, pero las conductas purgativas se asocian a un mayor riesgo de presentar conductas suicidas (Udo et al., 2019). Los TCA se presentan con mayor frecuencia en mujeres, con una proporción mujer-hombre en población adulta de 10:1. Sin embargo, en población infantil se ha reportado una mayor proporción de varones (Mitchison et al., 2020).

Los criterios vigentes previos a 2013 no reconocían el TA como una enfermedad, por lo que es difícil establecer cifras exactas de prevalencia. En un estudio reciente, más de 30.000 individuos mayores de 18 años, en Es-

tados Unidos, completaron una entrevista estructurada, que mostró prevalencias de vida para AN de 0,8%; para BN, de 0,28%; y para TA, de 0,85%. La prevalencia de los últimos 12 meses fue de 0,05% para AN, de 0,14% para BN y de 0,44% para TA. El riesgo de presentar un trastorno de la conducta alimentaria fue significativamente mayor para las mujeres en relación a los hombres, aún después de ajustar por edad, raza o grupo étnico, educación o ingresos, con un *peak* de inicio entre los 13 y 18 años (Udo y Grilo, 2018).

En España se realizó un estudio con 993 adolescentes entre 12 y 16 años de diferentes colegios, con reevaluación de un subgrupo de 326 estudiantes dos años después (entre los 14 y 17 años), con el fin de detectar nuevos casos y encontrar asociaciones con alteraciones psiquiátricas previas. La prevalencia de TCA fue de 3,6%. Los estudios de corte mostraron que un 62,9% de los pacientes con TCA presentaba comorbilidad, entre ellos trastorno de ansiedad (51,4%), déficit atencional e hiperactividad (31,4%), trastorno oposicionista desafiante (11,4%) y trastorno obsesivo compulsivo (8,6%). El análisis longitudinal prospectivo, es decir, el seguimiento en el tiempo del grupo estudiado mostró una incidencia de TCA de 2,76% en el curso de dos años. El 22,2% de los nuevos casos había recibido previamente diagnósticos psiquiátricos, todos trastornos de ansiedad. Por lo tanto, los TCA muestran una alta comorbilidad en la población adolescente estudiada y el diagnóstico asociado más común es trastorno de ansiedad (Rojo-Moreno et al., 2015).

Las clasificaciones previas al DSM 5 no incluían el trastorno por atracón como una entidad separada de otras enfermedades, por lo que su estudio es escaso. Se estima una prevalencia de vida de 1,4% con una menor diferencia entre géneros que la descrita para AN y BN, estimándose una proporción mujer-hombre de 3:2 para el TA (Guerdjikova et al., 2019).

Una revisión sistemática de 94 estudios publicados entre 2000 y 2018 con diagnóstico acucioso reporta que el riesgo de vida de TCA promedio fue de 8,4% para mujeres y 2,2% para hombres. La prevalencia en 12 meses fue 2,2% para mujeres y 0,7% para hombres. A pesar de la enorme dificultad de comparar estudios de prevalencia de TCA, los estudios recientes confirman que es una patología altamente prevalente en el mundo. Es importante destacar que la comparación del periodo

2 Prevalencia de vida: número de personas que han tenido la enfermedad en cualquier momento de su vida, medida en porcentajes con relación a la población general.

de 2000-2006, con prevalencia puntual de 3,5%, y el periodo 2013-2018, con prevalencia 7,8%, muestra un aumento que pone de manifiesto que enfrentamos un importante desafío de salud (Galmiche et al., 2019).

La evidencia acumulada hasta la fecha respecto de la prevalencia y pronóstico de los TCA en Latinoamérica es escasa. De interés es una revisión sistemática de TCA incluyendo estudios realizados en México, Colombia, Argentina, Chile y Brasil, que muestra que la prevalencia es comparable y no difiere de los datos publicados para AN y BN en población estadounidense, arrojando sí una mayor prevalencia para TA (Kolar et al., 2016).

Entre lo que se ha logrado investigar hasta ahora en nuestro país, un estudio realizado en una muestra de 560 alumnas de séptimo básico a cuarto medio de Santiago determinó un riesgo de desarrollar trastornos alimentarios de 8,3% (Correa et al., 2006). El resultado fue muy similar en un estudio hecho a 1.429 escolares de Antofagasta pesquizando un 7,9% de adolescentes en riesgo (Urzúa et al., 2011). En esta investigación, que incluyó hombres y mujeres, la prevalencia fue mayor entre mujeres con 8,9%, contra 5% en hombres. Ambos estudios usaron el mismo test de pesquisa e incluyeron escolares de colegios públicos y privados. Se observa, sin embargo, gran disparidad en las poblaciones seleccionadas, como el estudio de Behar et al. que encuentra prevalencia de riesgo de TCA de 15% en escolares mujeres de colegios privados y 18% entre estudiantes de la carrera de Nutrición y Dietética (Behar et al., 2007). Una limitación importante es que en nuestro país no existen suficientes estudios que utilicen los criterios actuales de diagnóstico para TCA.

FACTORES DE RIESGO Y CONSECUENCIAS DE LOS TCA

La etiología (es decir, la causa) de los TCA es desconocida. Sin embargo, hay factores que se asocian con mayor fuerza a su aparición. Existe una predisposición genética que ha sido más claramente establecida por los avances en estudio del genoma (*Psychiatric Genomic Consortium*). Los parientes de personas con TCA tienen siete a doce veces más riesgo de desarrollar un TCA y los estudios en gemelos han mostrado resultados de heredabilidad entre 33% y 84% para AN, y un rango similar para BN (Treasure et al., 2020).

Otros factores de riesgo que se han establecido para el desarrollo de TCA involucran aspectos sociodemográficos, psicológicos, culturales y familiares, que con frecuencia se combinan entre sí, haciendo difícil el poder establecer qué pudo haber tenido más preponderancia (Campbell y Peebles, 2014; Treasure et al., 2015). Entre ellos podemos destacar:

- **Factores generales:** ser mujer, joven, vivir en una sociedad occidental, iniciar una dieta (esta conducta se encuentra presente con alta frecuencia previo al desarrollo de un TCA).
- **Factores individuales específicos:** la presencia de una baja autoestima, un carácter perfeccionista, síntomas o trastornos ansiosos, así como síntomas o trastornos obsesivos, son muy frecuentes como condiciones previas al desarrollo de la AN y la BN. En el caso de la BN suele ser frecuente la presencia de impulsividad en otros ámbitos de la conducta.
- **Presión ocupacional por ser delgado:** en algunas actividades en que el peso es importante, como deportistas o bailarines, en que el peso o la forma corporal son considerados un factor determinante en el éxito.
- **Experiencias premórbidas:** presencia de duelos. Estos pueden ser de índole muy variada, por ejemplo, cambios de casa o de colegio, separación de los padres o fallecimiento de una persona significativa, conflictos conyugales y familiares, etc.
- **Comentarios respecto del peso o la forma corporal:** especialmente importante son los comentarios hechos por profesores, profesionales de salud, familiares y amigos. En la historia familiar del paciente podemos encontrar trastornos de ansiedad y del ánimo, depresión, abuso de sustancias, obesidad, disfunción parental, abuso sexual, familias dietantes o que se preocupan excesivamente de “comer sano”.

Los TCA tienen consecuencias severas en la salud física y psicosocial de los individuos. Respecto de las consecuencias físicas, en el caso de la AN se derivan predominantemente de la desnutrición asociada, mientras que en la BN las complicaciones se asocian a los mecanismos de purga, como vómitos, abuso de laxantes o diuréticos (ver Tabla 2).

Tabla 2. **Compromiso de sistemas en anorexia y bulimia**

Órganos o sistemas de órganos	Hallazgos patológicos	Síntomas y signos
Sistema nervioso central	Cambios morfológicos y funcionales del cerebro, reducción de volumen de sustancia gris y blanca.	Déficit cognitivo.
Sistema dental y glándulas parótidas	Deterioro de salud dental, caries dental, aumento de amilasa sérica.	Caries dental, aumento de volumen de glándulas parótidas.
Sistema endocrino y función reproductiva	Eje hipotálamo-pituitario-gonadal, bajos niveles de estrógenos (mujeres) o testosterona (hombres), hormonas tiroideas normales o bajas (T ₃ y/o T ₄), hipercortisolemia.	Amenorrea en mujeres, síntomas de hipotiroidismo, depresión, niveles elevados de estrés.
Sistema cardiovascular	Hipotensión, bradicardia, arritmia, alteraciones en ECG, prolongación del intervalo QT.	Síncope.
Gastrointestinal	Vaciamiento gástrico lento, dilatación gástrica, úlceras gastroduodenales, disminución de motilidad del colon.	Constipación, ileo, sangramiento gastrointestinal, lesiones de esófago.
Hematológico y sistema inmune	Hipoplasia de médula ósea, anemia con reducción de leucocitos e inmunoglobulinas.	Anemia, infecciones bacterianas, compromiso de competencia inmune.
Función renal	Hipokalemia, hipofosfatemia, hipernatremia.	Nefrolitiasis, edema, síncope.
Hueso	Reducción de densidad ósea (osteopenia), osteoporosis.	Fractura de huesos y dolor concomitante, compresión espinal.

Fuente: elaboración propia a partir de Treasure et al. (2015) y Hay (2020).

Respecto de las consecuencias psicosociales, es ampliamente reconocido en la literatura internacional el impacto de los TCA en los diversos ámbitos de la vida de un individuo, desde los síntomas psiquiátricos que con frecuencia se asocian (ansiosos, depresivos, obsesivos, alteraciones en el funcionamiento cognitivo) hasta la presencia de otras conductas disruptivas asociadas (autolesiones, abuso de sustancias) y la alteración en el desarrollo normal de la personalidad (Campbell y Pebbles, 2014; Hornberger y Lane, 2021).

Estos factores se van agregando a otros con el correr de la enfermedad sin un adecuado tratamiento, como problemas familiares, académicos, sociales y ocupacionales. Todo lo anterior determina que sea común que una persona con TCA experimente un impacto significativo en su calidad de vida, relacionado en parte con las consecuencias de la enfermedad, pero también con las experiencias de tratamiento que pueden ser múltiples e inefectivas, generando una sensación de desesperanza y desconfianza con los equipos médicos y de salud mental,

especialmente en AN (Tchanturia et al., 2013; Robinson, 2014; Robinson et al., 2015).

El TA presenta una alta comorbilidad con otros trastornos psiquiátricos, incluyendo adicción, historia de trauma, así como morbilidad asociada a la obesidad (Guerdjikova et al., 2019). La obesidad es una de las mayores preocupaciones de salud pública a nivel mundial por los costos que involucra el cuidado y pérdida de productividad de las personas afectadas. En niños y adolescentes se describe que las conductas de atracón y/o pérdida de control al comer (LOC, *loss of control*) afectan a un 20% a 35% de la población pediátrica con sobrepeso u obesidad.

Existe amplia conciencia de los costos de la obesidad en términos de **años de vida ajustados a discapacidad** (AVAD o DALY, *disability adjusted life years*, por sus siglas), pero en el caso de los TCA ese costo permanece aún oculto. El estudio global sobre el costo de enfermedad, lesiones y factores de riesgo Global Burden of Disease, Injuries and Risk Factors Study o estudio

GBD 2013, solo consideraba AN y BN como causantes de costo dentro de su metodología. Recientemente, se estimaron los AVAD asociados, usando las bases de datos del GBD 2019 para AN y BN. Los datos fueron cruzados con dos revisiones sistemáticas que incluían estudios epidemiológicos de TA o “trastorno no especificado”, entre 1998 y 2019 (Santomauro et al., 2021). El número global de casos de TCA que fueron subrepresentados en GBD 2019 fue 41,9 millones, divididos en 17,3 millones de casos de TA y 24,6 millones de casos de trastorno no especificado (en contraste a los 13,6 millones de casos reportados en GBD 2019). Los AVAD causados por TA y trastorno no especificado alcanzaron 3,7 millones globales, por lo que el costo para los TCA fue 6,6 millones de AVAD o DALY, en el año 2019 (Santomauro et al., 2021).

PANDEMIA POR COVID-19 Y TCA

La pandemia por Covid-19, junto a las medidas de mitigación asociadas, ha tenido un impacto negativo en el bienestar psicológico en la población global y, en particular, en mujeres y jóvenes. Dentro de esto, se ha visto un aumento en la incidencia de los TCA y una exacerbación de los síntomas en portadores de estas patologías desde antes de la pandemia (Fernández-Aranda et al., 2020; Jimenez-Murci et al., 2020; Rodgers et al., 2020). El impacto en niños y adolescentes ha sido visualizado por grupos de trabajo en TCA, con un aumento de hasta un 66% en los ingresos hospitalarios por esta causa (Barrett y Richardson, 2021).

Se ha sugerido que existen tres formas en que la pandemia habría facilitado una mayor incidencia de TCA (Rodgers et al., 2020). Primero, las restricciones a las actividades diarias, del trabajo, el estudio desde casa y la limitación de todas las actividades no esenciales han sido la norma. Esto ha generado cambios en las rutinas de la vida diaria, tales como las restricciones de las actividades físicas al aire libre. Esto produciría una mayor preocupación en el peso y la imagen corporal, con un impacto negativo en los hábitos saludables (por ejemplo, hábitos alimentarios, ejercicio e higiene del sueño), que a su vez podrían aumentar los síntomas y el riesgo de desarrollar un TCA (Haines et al., 2010; Heriseanu et al., 2017; Lombardo et al., 2020).

El confinamiento se asocia al aislamiento social y altera las estrategias de afrontamiento del estrés, favoreciendo la desregulación emocional y los síntomas alimentarios (Lobera et al., 2009). No solo disminuye el apoyo social,

un factor protector fundamental cuando las personas están expuestas a estrés, sino que se impide el acceso a una atención médica y psicológica presencial (Fernández-Aranda et al., 2020). Además, es común que en personas con TCA exista un conflicto en las relaciones familiares, y el confinamiento forzado puede tensar aún más la dinámica familiar.

Las restricciones a las actividades diarias, del trabajo, el estudio desde casa y la limitación de todas las actividades no esenciales han sido la norma durante la pandemia del COVID-19. La ausencia de rutinas y la limitación del espacio físico contribuyeron a exacerbar los síntomas de ansiedad. Durante las etapas iniciales del confinamiento hubo compras de alimentos en exceso, por posible escasez de suministro. Todo lo anterior pudo haber desencadenado episodios de atracones y conductas de purgas compensatorias en personas susceptibles. Es probable que la falta de actividad física significativa durante el día haya aumentado también la preocupación obsesiva del individuo por la comida, la imagen corporal y el peso. Por otro lado, en pacientes con TCA establecidos, la interrupción de la rutina y de la interacción social pudo causar más dificultades, dado que muchos de ellos tenían relaciones empobrecidas previo a la pandemia (Cook-Cottone, 2016).

En segundo lugar, el distanciamiento social aumentó el uso de las redes sociales como medio de comunicación, con una mayor exposición a contenidos relacionados con la cultura de las dietas e ideales de delgadez (Rodgers y Melioli, 2016). La exposición a redes sociales también aumenta el riesgo de desarrollar un TCA, además de exacerbar los síntomas y fomentar las conductas compensatorias entre quienes ya las padecen. Las videoconferencias ponen en mayor relevancia el rostro y la apariencia, lo que se ha asociado con un aumento en la angustia en pacientes con TCA, recordando que una de sus características es la distorsión de la imagen corporal y los chequeos del cuerpo (Gao et al., 2020; Ni et al., 2020).

En tercer lugar, el Covid-19 puede aumentar algunos síntomas ansiosos relacionados con el comer. Por ejemplo, el miedo a la contaminación de las comidas puede resultar en una reducción en la compra o una más estricta selección de los alimentos. Por otro lado, algunas personas adoptaron diferentes tipos de dietas, algunas rígidas y restrictivas, pensando en supuestos beneficios para la salud o inmunidad (Davis et al., 2018).

Aunque el aumento a casi el doble de los casos de pa-

cientes adolescentes con TCA a nivel mundial no tiene aún una explicación clara, se ha postulado como posible explicación que las restricciones y medidas de distanciamiento social en respuesta al Covid-19 han llevado a un aumento del estrés y emociones negativas en las personas, lo que a su vez ha incrementado la necesidad de consumir comida reconfortante, generalmente alimentos ricos en carbohidratos o grasas, aumentando así el riesgo de atracones y restricción alimentaria posterior, como una medida compensatoria (Termorshuizen et al., 2020). En nuestra experiencia clínica, de más de 25 años como unidad especialista en TCA, en contextos ambulatorios e intrahospitalarios, concordamos con lo aseverado por diversos autores internacionales (Fernández-Aranda et al., 2020; Jimenez-Murci et al., 2020; Rodgers et al., 2020), respecto de que los factores ambientales determinados por la pandemia han generado el peor escenario posible respecto de los múltiples factores de riesgo asociados al desarrollo de un TCA.

ESTRATEGIAS DE SALUD PÚBLICA ACTUALES Y TCA

Según fuentes del Ministerio de Salud, los problemas de salud mental constituyen la principal fuente de carga de enfermedad en nuestro país, llegando a 38,3% de los años de vida ajustados a discapacidad (AVAD) entre los 10 a 19 años (Ministerio de Salud, 2008). De acuerdo con revisiones realizadas por Vicente et al., Chile se encontraría entre los países con mayor carga de morbilidad por trastornos de la salud mental del mundo, llegando a un 23,2%, con aproximadamente un tercio de los mayores de 15 años habiendo sufrido un trastorno psiquiátrico a lo largo de su vida (Vicente et al., 2012 y 2016).

La depresión mayor, el consumo de alcohol y otras sustancias, y los trastornos de ansiedad han recibido mayor atención por su mayor prevalencia estimada, junto a la esquizofrenia (o primer episodio psicótico) que, aunque de baja prevalencia, tiene consecuencias muy relevantes en personas en pleno desarrollo y, por lo tanto, se les busca dirigidamente en encuestas de salud mental. Por ejemplo, en la Encuesta Nacional de Salud 2016-2017, fueron exploradas, a través de instrumentos de tamizaje, la presencia de depresión, fobia social, agorafobia, abuso y dependencia de alcohol, suicidalidad, manía, psicosis y uso de servicios (Margozzini y Passi, 2018). Consideran-

do esta misma encuesta, en cuanto a la exploración de “patología alimentaria”, un hallazgo fue que la obesidad sigue mostrando tendencias ascendentes, especialmente en mujeres de estratos educacionales bajos y en adultos menores de 44 años.

Como se ha enfatizado previamente, la adolescencia es un período vital con una particular predisposición para desarrollar un TCA, por factores personales, familiares y sociales múltiples. Según las conclusiones de una reciente revisión de Behar y Marin (2021), los adolescentes con problemáticas de sobrepeso u obesidad tendrían un particular riesgo, no teniendo los equipos de salud suficiente conocimiento y/o entrenamiento en el traslape habitual entre estas patologías.

Las actuales iniciativas a nivel de gobierno (Plan Nacional de Salud Mental 2017-2025 y Ley de Salud Mental) no han incluido a los TCA. Existen algunas orientaciones técnicas llevadas a cabo por grupos de expertos, donde se mencionan los trastornos de la conducta alimentaria, específicamente AN y BN, como problemáticas posibles de encontrar en adolescentes, siendo una guía breve con información escasa, a nuestro entender insuficiente para capacitar a equipos no especialistas en el reconocimiento precoz y abordaje inicial de estas patologías³.

Nuestra experiencia como Unidad de Trastornos Alimentarios de la Red UC Christus, con 25 años de trabajo en el diagnóstico y manejo de estas problemáticas, nos ha llevado a querer describir la población consultante, por lo que el año 2018 pusimos en marcha un estudio de seguimiento y caracterización. De acuerdo a resultados preliminares, un 75% de la población consultante por TCA se encuentra entre los 10 y 25 años, con un preocupante 40% entre los 10 y 17 años, pudiendo objetivar un aumento de la consulta por esta causa durante los años 2019-2021, entre cuatro a cinco veces la de años previos.

Si extrapolamos lo ocurrido en nuestra unidad a nivel nacional, el impacto de estas patologías pudiera ser mucho mayor de lo previamente asumido. Al no contar con medidas de prevalencia previas ni ser patologías consideradas como prioritarias en salud mental, sus alarmantes consecuencias pueden estar resultando invisibles para los sistemas de salud (Tabla 2).

3 Ver *Orientaciones técnicas atención de adolescentes con problemas de salud mental. Dirigida a los equipos de Atención Primaria de Salud*, Ministerio de Salud, 2018.

RECOMENDACIONES GENERALES PARA LA PREVENCIÓN Y ABORDAJE DE LOS TCA

Entender la prevención en salud mental como un continuo permite dar atención a las problemáticas de pacientes que se encuentran en fases de diversa afectación de su salud y que requieren intervenciones de diferente nivel de complejidad. Tomando en cuenta lo reportado por la literatura internacional en cuanto a la prevención de las consecuencias de los TCA, es necesaria la implementación de estrategias de prevención primaria, secundaria y terciaria, con elementos comunes que se traslapan y potencian entre sí (Levine, 2019). A continuación, describimos propuestas para un abordaje continuo de los TCA, considerando los aprendizajes a nivel internacional, como también lo reflexionado a partir de nuestra propia experiencia.

1. Promoción de salud y desarrollo positivo (prevención primaria)

- a. Intervenciones a nivel de salud general (consultorios, Cefam, médicos de familia, pediatras): las primeras intervenciones pueden basarse en promover una visión positiva de la salud que se inicie tempranamente en la vida de los individuos. Una vía es el apoyo a padres en temáticas de crianza y apego que favorezcan relaciones familiares armónicas, tanto en la forma de comunicación, de resolución de conflictos, como en los énfasis que se vayan dando respecto de las prioridades para el desarrollo de los niños y adolescentes. Un ejemplo de lo anterior es el Programa Familias Fuertes - Amor y Límites de OPS/OMS (Correa et al., 2012; Orpinas et al., 2014; Pinheiro-Carozzo et al., 2021). En nuestra opinión, el énfasis desmedido en la prevención de la obesidad ha inclinado la balanza hacia promover conductas de culto a la delgadez, a la restricción alimentaria o la ortorexia (es decir, una fijación obsesiva en llevar una alimentación “saludable”, que resulta en conductas excesivamente rígidas y problemáticas para la persona), que en edades tempranas de la vida hacen difícil la generación de una autorregulación equilibrada. También creemos en el rol de las familias en limitar acceso a ciertos contenidos presentes en redes sociales, dependiendo el momento del desarrollo, y también en generar conciencia crítica respecto de modas potencialmente peligrosas acerca de la alimentación o la actividad física.
- b. Intervenciones en la formación y capacitación de educadores/profesores (universidades o centros de formación técnica): durante la educación preescolar y escolar, los educadores y profesores son modelos en la promoción de una autoestima saludable, una imagen corporal positiva y un estilo de vida equilibrado. Nos parece importante entregar herramientas de autogestión personal, de afrontamiento de conflictos y de manejo de la ansiedad (por ejemplo, estrategias basadas en el *mindfulness*) como parte de la formación de profesores y educadores. De este modo, ellos pueden llevar a los espacios educativos información acerca de la protección y fomento de la salud mental, favoreciendo la creación de espacios de reflexión y comunicación de lo que pueda estar resultando problemático.
- c. Intervenciones a nivel de formación de profesionales de la salud (universidades o centros de formación técnica): la capacitación de profesionales de salud en temáticas de salud mental es fundamental, particularmente en aquellos cuya tarea es el abordaje de sobrepeso u obesidad en niños. Es crucial la manera en que se comuniquen diagnósticos y recomendaciones al paciente o la familia. Con una lamentable frecuencia nos toca escuchar mensajes desplegados por los profesionales de la salud altamente inapropiados para un niño o niña con sobrepeso, que con el tiempo son identificados como el gatillante para el inicio de un TCA por los mismos pacientes. Una formación integral de los profesionales de la salud implica no solo aspirar a una excelencia desde el punto de vista teórico o del conocimiento técnico, sino también a ser ejemplo y promotor de estilos de vida saludables, acordes a la evidencia existente.
- d. Intervenciones a nivel de medios de comunicación (a través de regulación e implementación de políticas públicas): los medios de comunicación y, particularmente, las redes sociales, han sido progresivamente visualizadas como potencialmente dañinas para la salud mental, especialmente en niños y adolescentes (Abi-Jaoude et al., 2020). Con una frecuencia alarmante nos encontramos con la evidencia de que ciertos contenidos desplegados en medios y redes sociales, supuestamente acerca de estilos de vida “saludables”, realmente fomentan conductas dañinas para la salud mental y física de las personas (Aparicio-Martinez et al.,

2019; Wilksch et al., 2020). Si bien resulta polémico plantear intervenir los contenidos que los medios puedan desplegar, no es absurdo generar la progresiva exigencia (a la luz de la evidencia) de una mayor responsabilidad en la divulgación de contenido sensible para la salud mental, con énfasis en la protección de aquellas personas que están en pleno desarrollo y que parecen estar siendo las más afectadas.

2. Estrategias de detección y abordaje precoz (prevención secundaria)

La sensibilización de padres, profesores y profesionales de salud en los signos y síntomas de un TCA, particularmente cuando está iniciándose, es de enorme valor en disminuir las consecuencias de ellos a futuro. De acuerdo a la literatura internacional, la duración del TCA no tratado (conocido por su abreviación del inglés DUED, *duration of untreated eating disorder*), al igual que en otras patologías psiquiátricas (por ejemplo, la esquizofrenia), determina una peor evolución, por los cambios neurobiológicos y conductuales que se producen en ese período crítico. La intervención precoz por un equipo especialista puede favorecer el resultado a largo plazo, previniendo complicaciones físicas y psíquicas, y disminuyendo el riesgo de discapacidad (Flynn et al., 2021). De acuerdo a la experiencia internacional, a mayor tiempo de enfermedad no tratada, se observa una menor motivación a buscar tratamiento, lo que está directamente relacionado al DUED. La implementación de servicios de rápido acceso e intervención en TCA es una estrategia efectiva en cuanto a mejorar la evolución y reducir los costos asociados a las consecuencias de los TCA (Fukutomi et al., 2020).

Las intervenciones realizadas en forma precoz tienen la ventaja de poder ser realizadas en recursos de salud de menor complejidad, a diferencia de los casos más avanzados, que requerirán de equipos multidisciplinarios, especialistas, habitualmente con estadías de hospitalización en servicios médicos intensivos y de salud mental.

En los resultados preliminares de un estudio de seguimiento de 109 adultos (mayores de 18 años) consultantes en nuestra unidad el año 2021, nos encontramos con la alarmante sorpresa que la media del tiempo transcurrido entre los primeros síntomas del TCA y el primer contacto con un equipo especialista es de cinco años y medio. Nos parece fundamental poder conocer a cabalidad cuáles son las dificultades que están teniendo las personas para acceder a tratamiento y, de esta manera,

trabajar para reducir las. Nuestra sospecha es que la incomprensible baja cobertura que tiene la salud mental frente a las aseguradoras, la relativa escasez de especialistas (o su excesiva centralización), junto al estigma propio de las patologías de salud mental, son brechas que impiden un acceso oportuno.

Una manera de superar estas dificultades de acceso tiene que ver con **mejorar la educación en salud mental en colegios, institutos técnicos y universidades, ampliar la concientización respecto de las consecuencias de los trastornos mentales e impulsar una cobertura amplia en los planes de salud**, similar a otras problemáticas comunes de salud.

La promulgación de la Ley N° 21.331, que busca aumentar la cobertura de las atenciones en salud mental por las aseguradoras privadas a partir de este año, junto a erradicar el que las problemáticas de salud mental sean consideradas preexistencias, es una noticia bienvenida, ya que parece ir en la dirección correcta.

3. Manejo de las complicaciones (prevención terciaria):

Una vez que un TCA ha tomado un curso severo, son numerosos los riesgos asociados a la enfermedad a corto, mediano y largo plazo. Existe numerosa evidencia del daño permanente que puede provocarse en múltiples órganos del cuerpo, junto al deterioro marcado en las relaciones sociales y familiares, y el ostensible desmedro en el desarrollo académico y laboral de las personas que las padecen, junto a sus familias, que suelen recibir la mayor carga de la enfermedad (Tchanturia, 2013; Fonville et al., 2014; Robinson, 2014; Robinson et al., 2015).

Es mandatorio prevenir al máximo dichos riesgos contando con **mecanismos de abordaje de los casos más graves a nivel intrahospitalario como ambulatorio, para lo cual es fundamental que existan equipos especializados**. Si bien la oferta de capacitación en TCA para profesionales de salud mental ha aumentado exponencialmente los últimos años, esta aún es de difícil acceso por su alto costo.

El poder entregar un manejo exitoso de los casos graves aumenta la probabilidad de recuperación a largo plazo, que habitualmente requerirá del compromiso del núcleo familiar y social del paciente durante varios años. Creemos en la extraordinaria importancia de la formación continua de profesionales de la salud en temáticas de salud mental, particularmente en el manejo adecuado

de casos graves de TCA. Para esto, las universidades deben abrir espacios de mayor acceso para aquellos que requieran ampliar sus conocimientos en estas temáticas, como una medida de política pública de alto impacto para las posibles complicaciones a futuro que lograrían prevenirse⁴.

En nuestra experiencia, como en la de equipos en el extranjero, siempre es posible ofrecer tratamiento, especialmente a aquellas personas que no contaron con un abordaje oportuno. Por otro lado, el solo criterio de duración de la enfermedad parece no ser suficiente para asumir gravedad, como mostró el resultado de un estudio realizado con población consultante de nuestra unidad (Dapelo et al., 2020). Es por lo anterior que es necesario derribar los estigmas respecto de la intratabilidad de los TCA, los que, en muchos casos, constituyen la principal barrera para acceder a una mejoría en la calidad de vida de la persona.

CONCLUSIONES

Los TCA son patologías con consecuencias potencialmente devastadoras para la salud física y mental de las personas, cuyo inicio ocurre habitualmente en la adolescencia y cuya prevalencia se ha visto aumentada en los últimos años, en parte debido a las restricciones y cambios en nuestro estilo de vida producto de la pandemia por Covid-19.

No obstante lo anterior, los TCA pueden ser abordados de maneras efectivas en distintos momentos. En cuanto a medidas de prevención primaria, es fundamental promover hábitos de vida y relaciones interpersonales saludables a todo nivel (familiar, equipos de salud, instituciones educativas), junto con promover conocimiento basado en evidencia respecto de la salud física y mental. Esto es especialmente relevante en épocas donde nos encontramos tan expuestos, a través de múltiples canales, a la incertidumbre y a la desinformación.

Respecto de estrategias de detección y abordaje precoz, es necesario trabajar en las barreras de acceso a intervenciones en las etapas de inicio de los TCA, mejorando la educación en salud mental en instituciones de educación, ampliando la concientización respecto de las consecuencias de los trastornos mentales y fomentando una cobertura amplia en los planes de salud.

Finalmente, es muy importante que en etapas de prevención terciaria existan mecanismos para abordar a nivel ambulatorio e intrahospitalario los casos más graves, lo que requiere que existan equipos especializados. En este sentido, es necesario que se abran más espacios de formación en estas temáticas, para que la respuesta ante casos de TCA de mayor gravedad sea adecuada y oportuna.

REFERENCIAS

- Abi-Jaoude, E., Naylor, K.T., Pignatiello, A.**, 2020. Smartphones, social media use and youth mental health. *CMAJ: Canadian Medical Association journal*, 192, pp. E136–E141.
- American Psychiatric Association (APA)**, 2013. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 5th edn, American Psychiatric Association. Washington DC.
- Aparicio-Martínez, P., Perea-Moreno, A.J., Martínez-Jiménez, M.P., Redel-Macias, M.D., Pagliari, C., Vaquero-Abellan, M.**, 2019. Social Media, Thin-Ideal, Body Dissatisfaction and Disordered Eating Attitudes: An Exploratory Analysis. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(21), pp. 4.177.
- Arcelus, J., Mitchell, A.J., Wales, J., Nielsen, S.**, 2011. Mortality rates in patients with anorexia nervosa and other eating disorders. A meta-analysis. *Arch Gen Psychiatry* 68, pp. 724-731.
- Barrett, E., Richardson, S.**, 2021. Eating Disorders during the COVID-19 Pandemic in Ireland. *Ir Med J*, 114 (1), pp. 233-237.
- Behar, R., Alviña, M., González, T., Rivera, N.**, 2007. Detección de actitudes y/o conductas predisponentes a trastornos alimentarios en estudiantes de enseñanza media de tres colegios particulares de Viña del Mar. *Revista Chilena de Nutrición*, 34(3), pp. 240-9.
- Behar, R., Marín, V.**, 2021. Trastornos de la conducta alimentaria y obesidad en adolescentes: Otro desafío de nuestros tiempos. *Andes Pediátrica*, 92(4), pp. 626-630.
- Bruch, H.**, 1980. Preconditions for the development of anorexia nervosa. *American Journal of Psychoanalysis*, 40(2), pp. 169-172.
- Campbell, I.K., Peebles, R.**, 2014. Eating disorders in children and adolescents: state of the art review. *Pediatrics*, 134, pp. 582-592.
- Cook-Cottone, C.**, 2016. Embodied self-regulation and mindful self-care in the prevention of eating disorders. *Eating Disorders*, 24(1), pp. 98-105.
- Correa, M.L., Zubarew, T., Silva, P., Romero, M.I.**, 2006. Prevalencia de riesgo de trastornos alimentarios en adolescentes mujeres escolares de la Región Metropolitana. *Revista Chilena de Pediatría*, 77(2), pp. 153-160.

⁴ Como unidad nos ha interesado aportar a esta necesaria divulgación de conocimientos y hemos querido poner a disposición en forma gratuita un manual para el manejo intrahospitalario de los TCA (Vogel et al., 2021).

- Correa, M.L., Zubarew, T., Valenzuela, M.T., Salas, F., 2012. Evaluación del programa “Familias fuertes: amor y límites” en familias con adolescentes de 10 a 14 años. *Revista Médica de Chile*, 140(6), pp. 726-31.
- Davis, C., Chong, N.K., Oh, J.Y., Klatzkin, R.R., Gaffney, S., Cyrus, K., Bigus, E., Brownley, K.A., 2018. Stress-induced eating in women with binge-eating disorder and obesity. *Biological Psychology*, 131, pp. 96-106.
- Dapelo, M., Gil, A.A., Lacalle, L., Vogel, M., 2020. Severity and Endurance in Eating Disorders: An Exploration of a Clinical Sample From Chile. *Frontiers in Psychiatry*, 11, pp. 869.
- Fairburn, C.G., Harrison, P.J., 2003. Eating disorders. *Lancet*, 361, pp. 407-416.
- Fernández-Aranda, F., Casas, M., Claes, L., Bryan, D.C., Favaro, A., Granero, R., Menchón, J. M., 2020. COVID-19 and implications for eating disorders. *European Eating Disorders Review*, 28(3), pp. 239-245.
- Flynn, M., Austin, A., Lang, K., Allen, K., Bassi, R., Brady, G., Brown, A., Connan, F., Franklin-Smith, M., Glennon, D., Grant, N., Jones, W.R., Kali, K., Koskina, A., Mahony, K., Mountford, V., Nunes, N., Schelhase, M., Serpell, L. y Schmidt, U., 2021. Assessing the impact of First Episode Rapid Early Intervention for Eating Disorders on duration of untreated eating disorder: A multi-centre quasi-experimental study. *European Eating Disorders Review* (29), pp. 458-471.
- Fonville, L., Giampietro, V., Williams, S.C., Simmons, A., Tchanturia, K., 2014. Alterations in brain structure in adults with anorexia nervosa and the impact of illness duration. *Psychological Medicine*, 44(9), pp. 1.965-75.
- Fukutomi, A., Austin, A., McClelland, J., Brown, A., Glennon, D., Mountford, V., Grant, N., Allen, K., Schmidt, U., 2020. First episode rapid early intervention for eating disorders: A two-year follow-up. *Early Intervention in Psychiatry* (14), pp. 137-141.
- Galmiche, M., Déchelotte, P., Lambert, G., Tavalacci, M., 2019. Prevalence of eating disorders over the 2000-2018 period: a systematic literature review. *The American Journal of Clinical Nutrition*, 1089, pp. 1.402-1.413.
- Gao, J., Zheng, P., Jia, Y., Chen, H., Mao, Y., Chen, S., Dai, J., 2020. Mental health problems and social media exposure during COVID-19 outbreak. *PLoS One*, 15(4), e0231924.
- Guerdjikova, A., Morl, N., Casuto, L., McElroy, S., 2019. Update on binge eating disorders. *Med Clin N Am* 103, pp. 669-680.
- Haines, J., Kleinman, K., Rifas-Shiman, S., Field, A., Austin, S., 2010. Examination of shared risk and protective factors for overweight and disordered eating among adolescents. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 164(4), pp. 336-343.
- Hay, P., 2020. Current approach to eating disorders: a clinical update. *Internal Medicine Journal*, 50, pp. 24-29.
- Heriseanu, A.I., Hay, P., Corbit, I., Touyz, S., 2017. Grazing in adults with obesity and eating disorders. A systematic review of associated clinical features and meta-analysis of prevalence. *Clinical Psychology Review*, 58, pp. 16-32.
- Hornberger, L.L., Lane, M.A., 2021. The Committee on Adolescence Identification and Management of Eating Disorders in Children and Adolescents. *Pediatrics*. 147(1).
- Jimenez-Murci, S., Karwautz, A., Le Grange, D., Mencho, J.M., Tchanturia, K., Treasure, J., 2020. COVID-19 and implications for eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 28(3), pp. 239-245.
- Klump, K.L., Bulik, C.M., Kaye, W.H., Treasure, J., Tyson, E., 2009. Academy of Eating Disorders Position Paper: Eating disorders are serious mental illnesses. *International Journal of Eating Disorders*, 42(2), pp. 97-103.
- Kazdin, A.E., Fitzsimmons-Craft, E.E., Wilfley, D.E., 2017. Addressing critical gaps in the treatment of eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 50, pp. 170-189.
- Kolar, D.R., Rodriguez, D.L., Chams, M.M., Hoek, H.W., 2016. Epidemiology of eating disorders in Latin America: a systematic review and meta-analysis. *Current Opinion in Psychiatry*, 29(6), pp. 363-71.
- Levine. M.P., 2019. Prevention of eating disorders: 2018 in review. *Eating Disorders*, 27, pp. 18-33.
- Lobera, I.J., Estébanez, S., Fernández, M.S., Bautista, E.A., Garrido, O., 2009. Coping strategies in eating disorders. *European Eating Disorders Review*, 17(3), pp. 220-226.
- Lombardo, C., Balleisio, A., Gasparrini, G., Cerolin, S., 2020. Effects of acute and chronic sleep deprivation on eating behavior. *Clinical Psychologist*, 24, pp. 64-72.
- Margozzini, P., Passi, A., 2018. Encuesta Nacional de Salud, ENS 2016-2017: un aporte a la planificación sanitaria y políticas públicas en Chile. *ARS MEDICA Revista de Ciencias Médicas*, 43(1), pp. 30-34.
- Ministerio de Salud, Subsecretaría de Salud Pública y Depto. de Salud Pública, Escuela de Medicina, Universidad Católica de Chile, 2008. *Informe Final Estudio de Carga de Enfermedad y Carga Atribuible*. Disponible en: https://medicina.uc.cl/wp-content/uploads/2018/08/Informe_final_estudio_carga_2007.pdf (Consultado 25-06-2022)
- Ministerio de Salud, Subsecretaría de Salud Pública, División de Prevención y Control de Enfermedades, Departamento de Salud Mental, Programa de Salud del Adolescente y Joven, 2018. *Orientaciones técnicas. Atención de adolescentes con problemas de salud mental. Dirigida a los equipos de Atención Primaria de Salud*. Disponible en: http://www.bibliotecaminsal.cl/wp/wp-content/uploads/2018/01/016_Salud-Mental.pdf (Consultado 22-07-2022)
- Mitchison, D., Mond, J., Bussey, K., Griffiths, S., Trompeter, N., Lonergan, A., Pike, K.M., Murray, S.B., Hay, P., 2020. DSM-5 full syndrome, other specified, and unspecified eating disorders in Australian adolescents: prevalence and clinical significance. *Psychological Medicine*, 50, pp. 981-990.
- Ni, M.Y., Yang, L., Leung, C.M., Li, N., Yao, X. I., Wang, Y., Liao, Q., 2020. Mental health, risk factors, and social media use during the Covid-19 epidemic and cordon sanitaire among the community and health professionals in Wuhan, China. *JMIR Ment Health*, 7(5).

- Orpinas, P., Reidy, M.C., Lacy, M.E., Kogan, S.M., Londoño-McConnell, A., Powell, G.,** 2014. Familias Fuertes: a feasibility study with Mexican immigrants living in low-income conditions in the southeastern United States. *Health Promotion Practice*, 15(6), pp. 915-923.
- Pearce, J.M.S.,** 2004. Richard Morton: Origins of anorexia nervosa. *European Neurology*, 52, pp. 191-192.
- Pinheiro-Carozzo, N.P., Murta, S.G., Vinha, L.G., da Silva, I.M., Fontaine, A.M.,** 2021. Beyond effectiveness of the Strengthening Families Program (10-14): a scoping RE-AIM-based review. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 34(1), pp. 16.
- Robinson, P.,** 2014. Severe and enduring eating disorders: recognition and management. *Advances in Psychiatric Treatment*, 20, pp. 392-401.
- Robinson, P.H., Kukuczka, R., Guidetti, G., Leavey, G.,** 2015. Severe and enduring anorexia nervosa (SEED-AN): a qualitative study of patients with 20+ years of anorexia nervosa. *European Eating Disorders Review*, 23(4), pp. 318-26.
- Rodgers, R.F., Melioli, T.,** 2016. The relationship between body image concerns, eating disorders and internet use, part I: A review of empirical support. *Adolescent Research Review*, 1(2), pp. 95-119.
- Rodgers, R.F., Lombardo, C., Cerolini, S., Franko, D.L., Omori, M., Fuller-Tyszkiewicz, M.,** 2020. The impact of the Covid-19 pandemic on eating disorder risk and symptoms. *International Journal of Eating Disorders*, 57(7), pp. 1.166-1.170.
- Rojó-Moreno, L., Arribas, P., Plumed, J., Gimeno, N., García-Blanco, A., Vaz-Leal, Vila, M.L., Livianos, L.,** 2015. Prevalence and comorbidity of eating disorders among a community sample of adolescents: 2 year follow up. *Psychiatry Research* 227, pp. 52-57.
- Santomauro, D.F., Melen, S., Mitchinson, D., Vos, T., Whiteford, H., Ferrari, A.,** 2021. The hidden burden of eating disorders: an extension of estimates from the Global Burden of Disease Study 2019. *Lancet Psychiatry* 8, pp. 320-328.
- Smink, F.R., Van Hoeken, D., Hoek, D.,** 2012. Epidemiology of eating disorders. *Current Psychiatry Reports*, 14, pp. 406-414.
- Swanson, S., Crow, S.J., Le Grange, D., Swendsen, J., Merikangas, K.R.,** 2011. Prevalence and correlates of eating disorders in adolescents: results from the national comorbidity survey replication adolescent supplement. *Archives of General Psychiatry*, 68, pp. 714-723.
- Tchanturia, K., Hambrook, D., Curtis, H., Jones, T., Lounes, N., Fenn, K.,** 2013. Work and social adjustment in patients with anorexia nervosa, *Comprehensive Psychiatry*, 54(1), pp. 41-5.
- Termorshuizen, J.D., Watson, H.J., Thornton, L.M., Borg, S., Flatt, R.E., MacDermod, C.M., Harper, L.E., van Furth, E.F., Peat, C.M., Bulik, C.M.,** 2020. Early impact of Covid-19 on individuals with self-reported eating disorders: A survey of ~1,000 individuals in the United States and the Netherlands. *The International Journal of Eating Disorders*, 53(11), pp. 1.780-1.790.
- Treasure, J., Claudino, A.M., Zucker, N.,** 2010. Eating disorders. *Lancet*, 375, pp. 583-593.
- Treasure, J., Zipfel, S., Micall, N., Wade, T., Stice, E., Claudino, A., Schmidt, U., Frank, G., Bulik, C., Wentz, E.,** 2015. Anorexia Nervosa. *Nature Reviews Disease Primers* 1, pp. 1-21.
- Treasure, J., Antunes Duarte, T., Schmidt, U.,** 2020. Eating disorders. *Lancet*, 395, pp. 899-911.
- Udo, T., Bitly, S., Grilo, C.M.,** 2019. Suicide attempts in US adults with lifetime DSM-5 eating disorders. *BMC Medicine*, 17, pp. 120-132.
- Udo, T., Grilo, C.M.,** 2018. Prevalence and correlates of DSM-5-defined eating disorders in a nationally representative sample of US adults. *Biological Psychiatry*, 84, pp. 345-354.
- Urzúa, A., Castro, S., Lillo, A., Leal, C.,** 2011. Prevalencia de riesgo de trastornos alimentarios en adolescentes escolarizados del norte de Chile. *RCHNUT*, 38(2), pp. 128-35.
- Vicente, B., Saldivia, S., de la Barra, F., Melipillán, R., Valdivia, M., Kohn, R.,** 2012. Salud mental infanto-juvenil en Chile y brechas de atención sanitarias. *Revista Médica de Chile*, 140(4), pp. 447-457.
- Vicente, B., Saldivia, S., Pihán, R.,** 2016. Prevalencias y brechas hoy: salud mental mañana. *Acta bioethica*, 22(1), pp. 51-61.
- Vogel, M., Urrejola, P., Gumucio, M.E., Unger, C., Figueroa, D., Negrón, P., Irribarra, V.,** 2021. *Manual para el Manejo Intrahospitalario de los Trastornos Alimentarios*. Escuela de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile. Disponible en: <https://medicina.uc.cl/publicacion/manual-para-el-manejo-intrahospitalario-de-los-trastornos-alimentarios> (Consultado 25-06-2022)
- Wilksch, S.M., O'Shea, A., Ho, P., Byrne, S. y Wade, T.D.,** 2020. The relationship between social media use and disordered eating in young adolescents. *The International Journal of Eating Disorders*, 53(1), pp. 96-106.

CÓMO CITAR ESTA PUBLICACIÓN:

Vogel, M., Urrejola P., Irribarra V., 2021. Trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes chilenos: una epidemia silenciosa. *Temas de la Agenda Pública*, 17(159), 1-12. Centro de Políticas Públicas UC.



PONTIFICIA
UNIVERSIDAD
CATÓLICA
DE CHILE

Centro UC

Políticas Públicas



www.politicaspUBLICAS.uc.cl
politicaspUBLICAS@uc.cl



SEDE CASA CENTRAL

Av. Libertador Bernardo O'Higgins 340, piso 3, Santiago.
Teléfono (56) 2 2354 6637.



SEDE EDIFICIO PATIO ALAMEDA

Av. Libertador Bernardo O'Higgins 440, piso 12, Santiago.
Teléfono (56) 2 2354 5658.