



# Conocimientos de los Licenciados en Nutrición acerca de TCA.

## Un estudio de investigación.

Universidad Nacional de La Plata  
Facultad de Ciencias Médicas  
Licenciatura en Nutrición

Autoras: Amiconi Viviana Alicia, Alvarez Agustina,  
Ballent Agustina, Zuazo Mora Maria

Tutora: Barcelini Leticia

Fecha: 30/05/2023

## **AGRADECIMIENTOS**

A nuestras familias, que desde el primer día supieron acompañarnos en nuestro más anhelado sueño, brindándonos su incondicional apoyo.

A nuestros amigos, que tuvieron esa palabra de aliento en el momento justo y que nos ayudó a superar cualquier desmotivación.

A nuestros compañeros de trabajo, por sostenernos en momentos difíciles dándonos ese respiro necesario para poder continuar.

A nuestros compañeros universitarios, que nos hicieron posible transitar este camino en armonía y excelente compañía.

A los docentes de la Universidad Nacional de La Plata, quienes con gran profesionalismo y dedicación nos supieron brindar sus conocimientos, aportándonos las herramientas necesarias en cada momento.

A los docentes de las PFO, quienes nos permitieron tener ese contacto tan especial con la comunidad, pero por sobre todo, por compartirnos su conocimiento sin guardarse nada.

A nuestra tutora de tesis Leticia Barcelini y nuestra ayudante metodológica Cecilia Paleologos por guiarnos, estar en todo momento, lugar y hora, con el único objetivo de que todo resulte perfecto.

A los Licenciados en Nutrición que decidieron formar parte de esta investigación, por hacerlo a conciencia y desinteresadamente.

A todos ellos, les debemos nuestro más sincero respeto, admiración y eterno agradecimiento.

## ÍNDICE

<b>Introducción</b> .....	3
<b>Justificación</b> .....	3
<b>Objetivos</b> .....	4
Generales .....	4
Específicos .....	4
<b>Marco teórico</b> .....	4
Definición .....	4
Clasificación.....	5
Factores de riesgo .....	6
Manifestación clínicas y complicaciones.....	8
Señales de alerta .....	9
Tratamiento.....	10
Rol de los/las Lic. en Nutrición en el abordaje de TCA.....	11
Herramientas de screening para la detección de TCA .....	13
<b>Estado del arte</b> .....	17
<b>Planteo del problema</b> .....	22
<b>Metodología</b> .....	22
<b>Resultados</b> .....	24
<b>Conclusión</b> .....	40
<b>Sugerencias</b> .....	41
<b>Anexos</b> .....	42
Anexo N°1.....	42
<b>Bibliografía</b> .....	47

## **Introducción**

El presente trabajo consta de una investigación que se desarrolla en el marco del último año de la carrera de Licenciatura en Nutrición de la Facultad de Ciencias Médicas, de la Universidad Nacional de La Plata. Dicho trabajo, implica indagar sobre los conocimientos que tienen los Licenciados en Nutrición de la provincia de Buenos Aires, acerca de los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA), considerando la importancia del rol de estos profesionales en la participación del tratamiento de los TCA.

Los TCA representan a un grupo de trastornos psicológicos caracterizados por el comportamiento patológico frente a la ingesta de alimentos y una marcada obsesión por el control del peso. Estos trastornos son originados por la interacción de diferentes factores tanto de origen biológico, como psicológico, familiar y sociocultural (1). Son desórdenes que provocan consecuencias negativas para la salud física, nutricional, emocional y social de la persona que lo atraviesa, es por ello que requieren un tratamiento multidisciplinario para trabajar sobre los distintos síntomas de la enfermedad, a partir del uso combinado de estrategias dietético-nutricionales, médicas y psicológicas tanto individuales como grupales, enfocadas en el paciente y en su familia (2).

## **Justificación**

Al momento nuestro país no cuenta con datos epidemiológicos actualizados acerca de la prevalencia de TCA. Sin embargo, la Sociedad Argentina de Pediatría (SAP) realizó una publicación en 2021 en la que expuso que el aislamiento social y preventivo durante la pandemia del Covid-19, impactó fuertemente en los jóvenes y adolescentes debido a la pérdida de contacto con los grupos de pares y la falta de una red social de contención, lo que produjo en esta población un claro recrudecimiento de los TCA. Los especialistas refieren que al finalizar el aislamiento, la cantidad de pacientes con TCA aumentó considerablemente respecto al comportamiento histórico. Lo que visibiliza no solo la necesidad de contar con recursos para el abordaje de TCA sino la urgencia de la misma (3).

En el mismo sentido, un estudio realizado durante el año 2020 en España sobre la influencia del confinamiento por Covid-19, menciona que la pérdida de rutinas, la ansiedad, el exceso de tiempo libre y la imposibilidad de realizar conductas compensatorias, fueron factores de riesgo para aquellas personas que se han enfrentado al aislamiento padeciendo un TCA. Además la

pandemia interrumpió de forma abrupta los tratamientos presenciales, lo que supuso un riesgo de recaída. Por otro lado, en las personas que ya tenían preocupación por su imagen corporal, se observó una profundización de dicha inquietud, debido al excesivo uso de redes sociales que perpetúan la comparación con el ideal de belleza estético, induciendo en muchas ocasiones al adelgazamiento y generando mayor insatisfacción con su cuerpo (4).

Por lo tanto, es fundamental que los Licenciados en Nutrición contemplen esta problemática actual y cuenten con herramientas y conocimientos acerca de la temática.

## **Objetivos**

### Generales

- Analizar los conocimientos sobre TCA que tienen los Licenciados en Nutrición de la provincia de Buenos Aires.

### Específicos

- Identificar si los Licenciados/as en Nutrición tienen información sobre las diferencias clínicas de los tipos de TCA más prevalentes.
- Determinar si los Licenciados/as en Nutrición consideran que el contenido dictado en la carrera acerca de TCA es suficiente para identificar un caso de TCA en la práctica profesional.
- Analizar si los Licenciados/as en Nutrición son capaces de reconocer los diferentes tipos de TCA.
- Identificar si los Licenciados/as en Nutrición tienen información acerca de las señales de alerta de los TCA.
- Describir qué decisión toman los Licenciados/as en Nutrición al identificar un caso sospechoso de TCA.

## **Marco teórico**

### **Definición**

Los TCA representan a un grupo de trastornos psicológicos caracterizados por el comportamiento patológico frente a la ingesta de alimentos y una marcada obsesión por el

control del peso. Estos trastornos son originados por la interacción de diferentes factores tanto de origen biológico, como psicológico, familiar y sociocultural (1).

### **Clasificación**

Una de las principales clasificaciones internacionales de los TCA y mayormente utilizada en la literatura científica, corresponde al Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, quinta edición, actualizada en el año 2013 (DSM-5) (5) e incluye los siguientes:

- Anorexia Nerviosa (AN)
- Bulimia nerviosa (BN)
- Pica
- Trastorno de Rumiación
- Trastorno de evitación/restricción de la ingestión de alimentos
- Trastorno por atracón
- Otros trastornos alimentarios y de la ingestión de alimentos especificados (AN atípica, BN de frecuencia baja y/o duración limitada, TA de frecuencia baja y/o duración limitada, trastorno por purgas y síndrome de ingestión nocturna de alimentos)
- Trastorno alimentario o de la ingestión de alimentos no especificado (6).

Si bien cada tipo de TCA tiene sus propias características, comparten ciertos rasgos centrales: preocupación excesiva por el peso y la figura, prácticas reiterativas de control del peso y distorsión de la imagen corporal (6).

En el presente trabajo, se desarrollan los principales tipos de TCA: anorexia nerviosa y bulimia nerviosa. La AN se manifiesta como un deseo de estar delgado. A pesar de la pérdida de peso progresiva como consecuencia de implementar una dieta estricta restrictiva, las personas afectadas presentan un intenso temor a aumentar de peso y por lo tanto llevan a cabo acciones compensatorias para contrarrestar el consumo de alimentos, tales como la hiperactividad física y conductas purgativas (vómitos autoinducidos, abuso de laxantes, uso de diuréticos, etc.). Como consecuencia de estas prácticas, las personas con AN presentan estados nutricionales carenciales que repercuten en la salud (7). Por lo tanto, es un síndrome caracterizado por tres criterios fundamentales: una búsqueda implacable de la delgadez, una inanición autoinducida

de una intensidad significativa y la presencia de signos y síntomas médicos debidos a la inanición (8).

Por otro lado, la BN se caracteriza por episodios de atracones (ingesta voraz e incontrolada), en los cuales se ingiere una gran cantidad de alimento en periodos cortos de tiempo y generalmente en secreto. Las personas afectadas intentan compensar los efectos de la sobreingesta mediante vómitos autoinducidos y/o otras maniobras de purga (abuso de laxantes, uso de diuréticos, etc.) e hiperactividad física. El malestar físico (por ejemplo, dolor abdominal o náuseas) da fin al atracón, y va acompañado por sentimientos de culpa, depresión o autorechazo. En la BN no se producen necesariamente alteraciones en el peso, se puede presentar peso normal, bajo o sobrepeso, por este motivo suele ser un trastorno oculto que pasa fácilmente desapercibido y la persona afectada suele pedir ayuda cuando el problema ya está avanzado (7).

### **Grupos vulnerables**

Los TCA afectan a personas de diferentes edades, condiciones y ambos sexos, aunque es más frecuente en mujeres adolescentes y adultas jóvenes. A su vez, existen rasgos de personalidad comunes que pueden aumentar el riesgo de padecer un TCA, como por ejemplo la tendencia al inconformismo, la necesidad de aprobación, hiperresponsabilidad, autoexigencia, perfeccionismo, impulsividad y la dificultad para afrontar adecuadamente el estrés. A su vez, estos trastornos se ven afectados por el ideal de belleza que promueven los medios de comunicación de extrema delgadez, entendiéndolo a la misma como símbolo de independencia, éxito social, personal y profesional (9).

Por otro lado, hay diferentes deportes y profesiones como la danza, natación sincronizada, deportes en los que se compite por categoría de peso, modelos, etc., que pueden contribuir a sufrir TCA, ya que dichas actividades requieren excesivo control del peso y de la alimentación (2).

### **Factores de riesgo**

Los TCA, son trastornos de origen multifactorial, es decir que se desarrollan a partir de la interacción de múltiples factores. Entre ellos se encuentran los factores predisponentes, desencadenantes y de mantenimiento. Sin embargo, es necesario destacar que dichos factores interactúan de manera particular en cada individuo y puede que éstos no se presenten en todos los pacientes que desarrollan un TCA (10).

En primer lugar, los **factores predisponentes** incluyen a:

- Factores socio-culturales: la cultura de la delgadez impuesta como ideal de belleza, influencia de los medios de comunicación, influencia de las relaciones interpersonales, presión social y aspectos transculturales.
- Factores individuales (rasgos de personalidad): Autoestima baja, perfeccionismo, autoexigencia, autocontrol, baja tolerancia a la frustración, impulsividad, miedo al cambio, historia de vida, rasgos infantiles.
- Factores familiares: sobreprotección, poca comunicación, altas expectativas, rigidez, antecedentes de TCA u otros trastornos.
- Factores biológicos: genética y peso (10).

Por otro lado, los **factores desencadenantes** son aquellos que funcionan como factores gatillo, es decir que hacen que se manifiesten en personas con cierta vulnerabilidad. Entre ellos se encuentran los factores estresores (abuso sexual infantil, divorcio parental, accidente, viaje, mudanza, pérdida de algún familiar etc.) y/o la realización de dietas o prácticas de control de peso (10).

Por último, los **factores de mantenimiento** son aquellos que permiten que el TCA se sostenga en el tiempo, como ausencia de interacción familiar y/o aislamiento social, consecuencias físicas y psíquicas de inanición, rasgos de la personalidad y prácticas de control de peso (10).

### **Diagnóstico**

El diagnóstico de la AN es fundamentalmente clínico y se basa en tres criterios del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, quinta edición (DSM-5) (10). Entre ellos se destacan:

- Criterio A. Restricción de la ingesta energética en relación con las necesidades, que conduce a un peso corporal significativamente bajo con relación a la edad, el sexo, el curso de desarrollo y la salud física. Peso significativamente bajo se define como un peso que es inferior al mínimo normal o, en niños y adolescentes inferior al mínimo esperado.
- Criterio B. Miedo intenso a ganar peso o a engordar, o comportamiento persistente que interfiere en el aumento de peso, incluso con un peso significativamente bajo.

- Criterio C. Alteración en la forma en que uno mismo percibe su propio peso o constitución, influencia impropia del peso o la constitución corporal en la autoevaluación, o falta persistente de reconocimiento de la gravedad del bajo peso corporal actual.

El diagnóstico de la BN es también fundamentalmente clínico y se basa en los cuatro criterios del Según el DSM-5 (10). Entre ellos se destacan:

- Criterio A. Episodios recurrentes de atracones. Entendiendo que un atracón se caracteriza por:

1. Ingestión en un periodo determinado, de una cantidad de alimentos que es claramente superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en un periodo similar en circunstancias parecidas.

2. Sensación de falta de control sobre lo que se ingiere durante el episodio.

- Criterio B. Comportamientos compensatorios inapropiados recurrentes para evitar el aumento de peso, como el vómito autoinducido, uso incorrecto de laxantes, diuréticos u otros medicamentos; ayuno o ejercicio excesivo.

- Criterio C. Los atracones y los comportamientos compensatorios inapropiados se producen, en promedio, al menos una vez a la semana durante 3 meses.

- Criterio D. La autoevaluación exageradamente influida por el peso y la silueta corporal.

### **Manifestación clínicas y complicaciones**

La sintomatología de los TCA involucra múltiples aspectos ya que se desarrollan como una patología sistémica. Los síntomas psicológicos que se pueden asociar tanto a BN como a AN comprenden irritabilidad, disminución del ánimo, tendencia al aislamiento y preocupación por la alimentación, el peso y la figura (6).

Además, se destacan síntomas y signos específicos para AN y para BN. Entre los síntomas de los pacientes con AN se incluyen: (8)

- Significativa pérdida de peso a lo largo de varias semanas o meses
- Síntomas dermatológicos como piel seca, cabello opaco y fino
- Edemas debido a hipoproteïnemia

- Síntomas gastrointestinales, entre los que se encuentran: estreñimiento, distensión abdominal y enlentecimiento del vaciado gástrico,
- Hipotermia, intolerancia al frío, debilidad y laxitud general.
- Hipotensión y bradicardia
- Anemias nutricionales
- Síntomas a nivel del sistema endocrino como amenorrea e hipotiroidismo leve, causados por la situación de bajo peso

Además, si el paciente presenta conductas purgativas, la determinación de cloro y potasio serán bajas. Y si el paciente utiliza laxantes tiende a presentar una acidosis metabólica (8,6).

Por otro lado, entre los síntomas clínicos específicos de BN se destacan:

- Deshidratación (causada por vómitos autoinducidos)
- Desequilibrios electrolíticos como hipopotasemia, hiponatremia, hipomagnesemia, hipocloremia, alcalosis metabólica (causados por los vómitos autoinducidos)
- Acidosis metabólica (causada por el uso de laxantes)
- Daño en el esmalte dental (causado por los vómitos autoinducidos)
- Signo de Russell (callosidad en el dorso de la mano causado por vómitos autoinducidos) (8,6).

Si bien el pronóstico de TCA es variable según el momento del diagnóstico y el tipo de TCA, existen complicaciones que son irreversibles y que pueden comprometer la vida del paciente. Entre ellas se destacan: el retardo de crecimiento en el caso de adolescentes que no han alcanzado su talla final, la disminución de la densidad mineral ósea (DMO) (que pueden mejorar con la recuperación nutricional y la reanudación de la menstruación en el caso de las mujeres) y la atrofia cerebral, en donde se observa una significativa reducción global de las sustancias gris y blanca a nivel cerebral, más pronunciada en adolescentes que en adultos (5).

### **Señales de alerta**

Las señales de alerta son aquellos comportamientos que pueden estar relacionados con la posible existencia de un TCA. No se tratan de criterios diagnósticos, por lo cual, no confirman la enfermedad (11). Entre ellas se pueden destacar: (12).

- Pérdida de peso injustificada
- Preocupación excesiva por el control del peso
- Ejercicio físico en exceso
- Vómito autoinducido
- Consumo de laxantes y diuréticos
- Falta de menstruación
- Chequeo constante del cuerpo y sus dimensiones
- Realización de dietas restrictivas
- Preocupación excesiva por la comida
- Sentimientos de culpa al comer
- Prescindir de comer en compañía
- Aislamiento progresivo

### **Tratamiento**

El tratamiento para abordar los TCA involucra la acción de un equipo interdisciplinario que esté capacitado para abordar los múltiples aspectos de estos trastornos. El equipo debe estar conformado por un médico, un licenciado en nutrición, psiquiatra y/o psicólogo y, en los casos de hospitalización, enfermeras especialistas en el manejo de los TCA. A su vez, dichos profesionales deben estar capacitados en brindar psicoeducación relacionada al origen, la mantención y las secuelas del TCA, alimentación saludable y actividad física, con el objetivo de fomentar el reconocimiento del problema y la motivación para que el paciente logre la recuperación (13).

En este sentido, es importante destacar que todos los miembros del equipo deben tener experiencia en el tratamiento de TCA, y sus funciones y/o responsabilidades deben estar claramente delimitadas para evitar interferencias en el proceso, de manera que se deben realizar encuentros de equipo que favorezcan el intercambio y la comunicación permanente para establecer el abordaje más adecuado para el paciente (14).

Por otro lado, existen diferentes niveles de atención en el tratamiento del TCA. El mismo puede ser ambulatorio (cuando existe estabilidad clínica), hospitalario parcial o diurno (modalidad intermedia entre el tratamiento ambulatorio tradicional y la hospitalización) u hospitalario completo (cuando hay un fracaso del manejo ambulatorio o presencia de complicaciones médicas y/o psiquiátricas graves que lo requieran) (14, 5).

La elección del tratamiento depende de la severidad del TCA, su duración, la seguridad del paciente y las preferencias a nivel familiar para determinar el nivel de atención requerido (13). Sin embargo, la mayoría de las guías y consensos sobre el tema, coinciden en que el tratamiento ambulatorio debe ser la primera línea de tratamiento debido a que el mismo debe desarrollarse en un contexto lo menos restrictivo posible, por lo que la hospitalización se lleva a cabo en caso de que existan complicaciones médicas agudas, situaciones de riesgo de vida o pérdida severa de peso, con el objetivo de conseguir una recuperación física y ponderal (14).

### **Rol de los/las Lic. en Nutrición en el abordaje de TCA**

El rol del Licenciado en Nutrición en el abordaje de los TCA, es fundamental como parte del equipo multidisciplinario, y debe estar capacitado para abordar las múltiples facetas de dichos trastornos (13). En este sentido, el objetivo nutricional está dirigido a la corrección de las alteraciones nutricionales propias de estas patologías, la conducta alimentaria y a la modificación de comportamientos no saludables, además de un manejo saludable y flexible de la alimentación y el peso (6).

En la evaluación nutricional, es necesario considerar que los signos y conductas que presentan las personas que padecen un TCA, hacen difícil un diagnóstico oportuno, por lo que la anamnesis alimentaria debe incluir una evaluación de la ingesta energética, el consumo de macronutrientes y micronutrientes, las actitudes ante la ingesta de alimentos y las conductas alimentarias. De esta manera, resulta importante considerar ciertas conductas que puedan facilitar el diagnóstico: aversión a los alimentos; alimentos desencadenantes de comidas compulsivas; alimentos seguros, peligrosos u olvidados; ideas sobre las cantidades adecuadas de alimentos; conductas ritualistas; uso excesivo y atípico de edulcorantes sin calorías; combinaciones extrañas de alimentos; patrón de ingestión (número de comidas, horarios, duración, ambiente, forma de consumo); evitación de grupos específicos de alimentos, variedad de alimentos consumidos, ingesta de líquidos restrictiva o excesiva (15).

En cuanto al tratamiento, en la etapa inicial del mismo se establece el vínculo entre el profesional y el paciente, y es importante que éste no mantenga reglas rígidas, sino que

acompañe al paciente a través de cambios graduales, para lograr una buena evolución del tratamiento. Dentro del mismo, debe mantenerse un enfoque educativo destinado a realizar educación nutricional recalcando la importancia de los nutrientes de los alimentos en relación a los déficits o pérdidas que se producen al llevar a cabo conductas restrictivas o purgativas respectivamente. A su vez, en dicha intervención se trabaja para mejorar el comportamiento en relación con el alimento y el cuerpo, eliminar creencias alimentarias distorsionadas, disminuir las conductas purgativas o restrictivas y adecuarse a una alimentación saludable. De este modo, el principal objetivo es abandonar el peso corporal de riesgo y lograr una alimentación libre de obsesiones (16).

En el caso del tratamiento específico para un paciente con AN, se buscará la recuperación del peso mínimo saludable, la normalización de los patrones de alimentación, la instauración de una percepción normal de la sensación de hambre y saciedad y la corrección de las secuelas tanto biológicas como psicológicas de la malnutrición que puede ocasionar el TCA. Idealmente, estas pautas deben ser trabajadas y valoradas por un nutricionista, debido a que es el profesional capaz de manejar el tratamiento relacionado con la alimentación del paciente. En este sentido, el profesional debe realizar una evaluación nutricional completa, estimar los requerimientos nutricionales, dar información y educación nutricional al paciente y su familia, elaborar el plan de alimentación y realizar un seguimiento adecuado. En una primera etapa el objetivo es conseguir un aporte calórico suficiente para evitar situaciones de riesgo, posteriormente en la etapa de recuperación se busca que la persona supere el límite del déficit ponderal, y por último, en la etapa de mantenimiento se busca que no se produzcan retrocesos en el tratamiento (15).

En el caso de la BN, el tratamiento se orienta a que el paciente logre una alimentación normal, que incluya todo tipo de alimentos, incluso aquellos ingeridos durante los episodios de atracones. Los objetivos del tratamiento nutricional son: alcanzar un peso en donde se normalicen las funciones fisiológicas del paciente, modificar los hábitos alimentarios que perjudican su salud, mejorar el autocontrol durante la ingesta de alimentos, concientizar sobre el manejo adecuado de su alimentación y que ésta cubra las necesidades energéticas evitando deficiencias nutricionales. Es importante que el paciente logre registrar las sensaciones de hambre y saciedad, que evalúe de forma objetiva texturas y sabores de alimentos, que coma de manera adecuada aun en eventos sociales y en compañía, que maneje y reconozca porciones adecuadas para sus necesidades y sea capaz de controlar la ansiedad ante un estímulo desencadenante de episodios de atracón. Por lo tanto, la educación alimentaria es fundamental, y está orientada a la motivación del paciente para la modificación de conductas alimentarias. Es

necesario entonces, que el nutricionista realice una adecuada historia clínica a través de herramientas como el registro alimentario, para detectar cuáles son las conductas compensatorias que tiene el paciente, cuáles son los efectos que provocan en su organismo y cuáles son los alimentos desencadenantes de esta conducta (15).

Por lo expuesto anteriormente, resulta importante destacar la utilidad del tratamiento nutricional dentro de una intervención interdisciplinaria como herramienta para abordar pacientes que sufren TCA. Es importante destacar que si bien no asegura el éxito total en la recuperación de todos los casos, sigue siendo el método más efectivo principalmente porque los pacientes con TCA necesitan de un seguimiento nutricional, médico y psicológico en el cual también es indispensable que reciban el apoyo y contención familiar para lograr una mejora en su calidad de vida (15).

### **Herramientas de screening para la detección de TCA**

Existen numerosos cuestionarios de cribado o screening que permiten la valoración sistemática del comportamiento alimentario. Estos cuestionarios tienen una función fundamental debido a que permiten identificar a las personas con alto riesgo de desarrollar TCA para poder incidir en las etapas tempranas del trastorno y hacer una intervención precoz, ya que el retraso en la identificación de las personas afectadas por TCA, conduce a una mayor morbilidad y peor pronóstico (17).

En este sentido, cuando el diagnóstico es realizado dentro de los tres primeros años de la enfermedad, el pronóstico mejora notablemente, por lo que es importante que los profesionales no especialistas en el tema posean las herramientas necesarias que les permitan sospechar sobre la existencia de un posible caso de TCA y actuar oportunamente para conseguir una derivación exitosa a un equipo especializado de profesionales (18).

La mayoría de los cuestionarios destinados a detección de TCA incluyen preguntas sobre hábitos personales de alimentación y dieta, peso, ejercicio, menstruación, percepción de la figura corporal, autoimagen, autoestima, uso de drogas, relación de la persona evaluada con su familia, entre otras. Si bien los cuestionarios son ineficientes para establecer el diagnóstico de TCA, resultan ser herramientas útiles para una primera evaluación dirigida a descartar la existencia de síntomas sospechosos en la primera fase del proceso de cribado y en el caso de que la persona obtenga un puntaje alto, se realiza una segunda evaluación para determinar si cumple con los criterios diagnósticos formales (17).

Dentro de los instrumentos de cribado más difundidos para la identificación de potenciales casos de TCA, se encuentran: SCOFF (Sick, Control, One, Fat, Food questionnaire), EDI 1 (Eating Disorders Inventory) y EDE Q (Eating Disorders Examination). A su vez, existen instrumentos específicos para la detección de AN, como el EAT-40 y sus versiones (EAT-26 y ChEAT), que tienen sensibilidad y especificidad alta pero con un valor predictivo positivo bajo para la identificación de casos de AN en la población. Del mismo modo, existen instrumentos específicos para la detección de la BN, como el cuestionario BULIT (Bulimia Test), BULIT-R (Bulimia Test-Revised) y BITE (Bulimic Investigatory Test Of Edinburg) que si bien tienen valores de sensibilidad y especificidad adecuados, se encuentran respaldados con datos poblacionales limitados (17).

En 1983 Gardner M, Olmstead M y Polivy J desarrollaron la escala EDI con el objetivo de realizar el seguimiento a individuos con alteración del comportamiento alimentario, como en el caso de AN y BN, y detectar síntomas y conductas de riesgo para TCA, considerando los criterios diagnósticos del DSM-4. La escala está conformada por 64 preguntas agrupadas en 8 subescalas: obsesión por la delgadez, bulimia, insatisfacción con la imagen corporal, ineficacia, perfeccionismo, desconfianza interpersonal, conciencia interoceptiva, miedo a la madurez. Las primeras tres subescalas buscan recoger información sobre actitudes y/o comportamientos relacionados a la alimentación y la forma corporal y las cinco restantes infieren sobre el autoestima y el autoconcepto. La puntuación máxima que puede obtenerse es de 192 puntos y a mayor puntaje, mayor presencia de TCA (19).

En 1994 Fairburn y Beglin, propusieron la escala EDE-Q (Eating Disorders Examination) para detectar personas con alto riesgo de padecer algún tipo de TCA. La escala está conformada por 36 preguntas destinadas a evaluar: preocupación por el peso, preocupación por la figura, restricción alimentaria, preocupación al comer, y mientras mayor sea el resultado obtenido, más severo será el trastorno (19).

La encuesta SCOFF (Sick, Control, One, Fat, Food questionnaire) desarrollada por J. Morgan en 1999, es uno de los instrumentos que más se recomienda para la identificación de TCA en mujeres, debido a que posee valores de sensibilidad que oscilan entre el 78%-85% y una especificidad de entre el 88%- 90% (17).

Dicho cuestionario se encuentra conformado por cinco preguntas dicotómicas (Sí/No) que valoran la pérdida de control sobre la ingesta, las purgas y la insatisfacción corporal. El rango de puntuación oscila de 0 a 5 puntos (No=0 y Sí=1) y una puntuación total de 2 o más puntos identifica personas con riesgo de TCA. Este cuestionario es breve y conciso por lo tanto permite

su aplicación en la atención primaria de manera rápida. Si bien las preguntas del SCOFF pueden ser enunciadas por un profesional de la salud para que la persona las responda, se ha investigado que tiene mejores resultados de manera autoadministrada, debido a que se evita una posible confrontación entre el encuestador y la persona encuestada, aunque las diferencias en su poder de detección de TCA son mínimas al comparar ambas modalidades. A pesar de que el SCOFF es una medida de detección muy sensible para las mujeres jóvenes en riesgo de AN y BN, aun se presentan inquietudes sobre la confiabilidad de estos resultados para otros diagnósticos de trastornos alimentarios presentados actualmente en el DSM-5 y debe utilizarse con precaución para la identificación de posibles casos de TCA en varones (17,20,21,22).

El cuestionario EAT-40 desarrollado por Garner y Garfinkel en 1979, es un instrumento autoadministrado diseñado para evaluar actitudes alimentarias relacionadas al miedo a ganar peso, el impulso de adelgazar y la presencia de patrones alimentarios restrictivos. Está conformado por 40 ítems, que se miden según una escala Likert de 6 puntos y contemplan respuestas que van desde “nunca” a “siempre”, donde una puntuación total en la escala superior a 30 puntos indica la posible presencia de TCA. Es un cuestionario válido y fiable que ha sido ampliamente utilizado para la detección de TCA (AN y BN) en población general, para identificar casos diagnosticados o posibles casos en poblaciones de riesgo (17).

En 1982 Garner y Garfinkel desarrollaron una versión abreviada del cuestionario EAT-40, denominado EAT-26, ya que consideraron que 14 ítems eran redundantes y no aumentaban la capacidad predictiva del instrumento (23).

El EAT-26 se utiliza para el cribado de posibles casos de TCA en población de riesgo y es útil en atención primaria para su detección temprana en mujeres jóvenes. Consta de los primeros 26 ítems del EAT-40 contemplando tres subescalas: dieta, bulimia y preocupación por comer y control oral. Si bien es una versión reducida del cuestionario original, tiene valores altos de confiabilidad, sensibilidad y especificidad y se valora mediante la misma escala de Likert de 6 puntos del EAT-40, donde una puntuación total en la escala superior a 20 puntos indica la posible presencia de TCA. (17,18).

En 1989, Maloney y colaboradores, desarrollaron el test ChEAT (Children's Eating Attitudes Test), una versión del cuestionario EAT-26 destinada a niños a partir de los 8 años de edad. El objetivo del mismo es valorar la preocupación por la comida, los modelos de alimentación y las actitudes ante la comida en la infancia y una puntuación total en la escala superior a 20 puntos indica la posible presencia de TCA (17).

En 1984 Smith y Thelen, desarrollaron el cuestionario BULIT, con el objetivo de distinguir personas con BN frente a personas sin ningún tipo de TCA, personas con BN frente a personas con otros TCA, y subgrupos de BN basados en criterios específicos. En este sentido, diseñaron la encuesta BULIT para identificar síntomas y factores de riesgo de BN. La encuesta está conformada por 32 preguntas agrupadas en 5 dimensiones: descontrol de las comidas, malestar, vómitos, tipos de alimentos y fluctuaciones en el peso. A su vez, incluye 4 ítems destinados a recabar información sobre abuso de laxantes, uso de diuréticos y amenorrea. Cada ítem se puntúa mediante una escala de Likert de 5 puntos y se puede obtener una puntuación total de entre 32 y 160, en donde una mayor puntuación indica mayor presencia de sintomatología de BN (19).

En 1991 los mismos autores diseñaron una versión revisada del BULIT, el cuestionario BULIT-R. Este último es más utilizado y fue diseñado a los fines de detectar el riesgo de padecer BN en población general contemplando los criterios diagnósticos del DSM-4, no estimando su utilidad para diferenciar BN de otros TCA. Consta de 36 preguntas destinadas a evaluar: presencia de atracones, sentimientos, conductas compensatorias inadecuadas tales como vómitos autoinducidos, preocupación por el peso y la comida. Puede obtenerse una puntuación total de entre 28 a 140 puntos y cuanto mayor sea el puntaje mayor indicador de BN. Es interesante considerar que las pacientes con este diagnóstico obtienen puntajes de entre 114 y 120 y la población general sin BN suele obtener una media de entre 53 y 60 (23).

En 1987 Henderson y Freeman diseñaron el test BITE, con el objetivo de detectar síntomas de BN de manera precoz y considerar la gravedad de dicha sintomatología. El mismo consta de 33 preguntas que pueden ser respondidas por "Sí" o por "No" referidas a: alimentación, incorporación de estrategias para perder peso, presencia de conductas compensatorias inadecuadas, y pensamientos y sentimientos en torno a los hábitos alimentarios. Los primeros 30 ítems están destinados a detectar la presencia de síntomas, donde una puntuación menor a 10 indica ausencia de síntomas de BN, entre 10 y 20 posible presencia de BN y mayor a 20 presencia de manifestaciones relacionadas a BN. Los 3 ítems restantes buscan identificar la gravedad de los síntomas, en donde una puntuación superior a 25 indica posible presencia de BN grave (23).

Por otro lado, existen herramientas específicas de screening para la detección de alteraciones de la percepción de la imagen corporal, teniendo en cuenta que es un factor psicológico que puede conducir a prácticas alimentarias de riesgo, funcionando como un factor predisponente, precipitante y perpetuante de TCA (24). Estas herramientas suelen utilizarse para evaluar la

imagen corporal, considerando los aspectos perceptivos de la misma (distorsión o grado de inexactitud con que se estiman las dimensiones corporales), así como las actitudes, cogniciones y los aspectos afectivos ligados a la imagen (25).

Entre ellas puede destacarse la escala propuesta por Stunkard, Sorensen y Schlusinger en 1983, que tiene como objetivo verificar en una escala de nueve siluetas la satisfacción corporal, donde el individuo elige el número de la silueta que considera más semejante a su apariencia corporal real y también el número de la silueta que percibe como apariencia corporal ideal. En 1987 Cooper, Taylor, Cooper y Fairburn diseñaron el cuestionario BSQ (Body Shape Questionnaire) con el objetivo de medir la preocupación por el peso y la imagen corporal, la insatisfacción producida por el propio cuerpo, el miedo a engordar, la auto desvalorización por la apariencia física, las intenciones de descender el peso corporal y la evitación de circunstancias en las que la presencia física pudiera ser observada o expuesta (23). En el mismo sentido, Avalos y Cols. desarrollaron en 2005 la escala BAS (Body Appreciation Scale) revisada en 2015, para valorar la flexibilidad psicológica de la imagen corporal y de este modo, pronosticar la aceptabilidad de los cambios de tamaño y forma corporal (24).

## **Estado del arte**

### Estado del arte a nivel mundial

En la revista “Opinión actual en Psiquiatría”, se publicó en el año 2016 la “Revisión de la epidemiología mundial de los trastornos de la alimentación”. Dicho artículo se refirió a la descripción epidemiológica como un requisito básico para la detección y el tratamiento de los trastornos alimentarios. En Europa, la prevalencia de AN es del 1 al 4%, la BN del 1 al 2% y el trastorno por atracón compulsivo ocurre entre el 1 y el 4% de las mujeres (26).

En el artículo, además se detallan las tasas de prevalencia de China, donde la AN tiene una prevalencia de 1.05%, la Bulimia Nerviosa (BN) de 2.98% y el Trastorno por Atracón (BED, por sus siglas en inglés: “binge-eating disorder”) 3.58%. En Japón la AN y la BN 0.43% y 2.32% respectivamente y el trastorno por atracón 3.32%. Por otro lado, África cuenta con una prevalencia de AN menor de 0.01%, 0.37% para BN y 4.45% para BED. Latinoamérica, cuenta con 0.1% de prevalencia de AN, 1.16% para BN y 3.53% correspondiente a BED. Hispanos y Latinos de EE UU tienen una prevalencia de AN y BN de 0.08% y 1.61% respectivamente y 1.92% de prevalencia para BED (26).

A su vez, el artículo describió la inclusión de los trastornos alimentarios en el estudio de la carga global de la enfermedad (Global Burden of Disease Study, GBD), entendido como un programa

de investigación regional y mundial que evalúa la mortalidad y la discapacidad por las principales enfermedades, lesiones y factores de riesgo. Los años de vida ajustados por discapacidad (DALY) son la medida utilizada por el GBD para valorar la carga de enfermedad en todo el mundo. Esta medida incorpora tanto la mortalidad como la morbilidad y proporciona una plataforma consistente para comparar todas las enfermedades (26,27).

En GBD 2013, se detalla que de 306 trastornos físicos y mentales, la AN y la BN clasificaron como la 12ª causa principal de años de vida ajustados por discapacidad (DALYs) en mujeres de 15 a 19 años en países de ingresos altos. Y en los países de bajos y medianos ingresos, el puesto de la AN y BN aumentó del puesto 58 en el año 1990 al puesto 46 en el año 2013. En este sentido, la inclusión de los trastornos alimentarios en el GBD supuso el reconocimiento de estos trastornos en la comunidad mundial y en la salud en general (26).

Durante el periodo 2021-2022 se publicó un trabajo de fin de grado de la Universidad de Cantabria (España), sobre el impacto de la pandemia de Covid-19 en el desarrollo de TCA. El objetivo fue analizar la evidencia científica disponible acerca del tema en cuestión y se llegó a la conclusión de que, aunque no existen datos exactos, como consecuencia de la pandemia por coronavirus la prevalencia de TCA en adolescentes se incrementó y actualmente constituye un problema de gran importancia en la agenda nacional e internacional. Se demostró además, que en el desarrollo de los TCA ocupó un papel crucial la influencia de los factores ambientales o socioculturales a los que se han expuesto los jóvenes durante el confinamiento, principalmente el disponer de más tiempo para el uso de las redes sociales reforzó la imagen de la delgadez como sinónimo de éxito. En este sentido, el aumento de los casos de TCA estuvo ligado a la exacerbación de los factores de riesgo existentes y a la aparición de otros factores específicos del contexto actual (28).

#### Estado del arte en América

Durante el último trimestre del año 2014, se realizó un estudio de corte transversal analítico, en tres centros educativos del distrito de La Victoria (Lima, Perú), con el objetivo de evaluar la existencia de asociación entre los modelos de imagen corporal difundidos por los medios de comunicación (cine, televisión y revistas) y el riesgo de padecer TCA. La muestra incluyó a 483 mujeres adolescentes de entre 12 y 17 años de edad (media 14 años), de dos centros educativos públicos y uno privado. En cuanto a los resultados, el 13,9% de la población de alumnas presentaron riesgo de padecer algún TCA. A su vez, se remarcó la influencia de los medios de comunicación, estableciendo que cuando la exposición a los mismos es mayor, aumenta significativamente el riesgo de desarrollar TCA, ya que dichos medios suelen mostrar modelos

de delgadez ideales que distan de la imagen corporal actual o real y profundizan la insatisfacción de la imagen corporal (29).

En mayo de 2022 se publicó en una revista de investigación denominada “Ju’unea” de México, un estudio sobre el riesgo de TCA en universitarios del área de la salud. El mismo tuvo como objetivo identificar el riesgo de padecer TCA en estudiantes de nutrición, psicología, enfermería y fisioterapia de la Universidad Autónoma de Baja California, Universidad del Estado de Sonora e Instituto Tecnológico de Sonora. La investigación fue realizada sobre una muestra de 109 estudiantes. El instrumento que se utilizó para la investigación fue el Test de Actitudes Alimentarias (EAT-26), constituido por 26 preguntas que miden 3 dimensiones: dieta, bulimia y preocupación por la comida, y control oral. Del total de 109 participantes se identificó que 10 de ellos (9.2%) presentaron actitudes y conductas alimentarias de riesgo relacionadas con desórdenes alimentarios, de este porcentaje todas fueron mujeres. A su vez, el estudio estableció que las carreras más afectadas por TCA fueron la Licenciatura en Psicología y la Licenciatura en Nutrición (30).

#### Estado del arte en Argentina

Según un artículo publicado en el año 2019 por parte de la Revista de la Facultad de Ciencias de la Salud, de la provincia de Córdoba (Argentina), la AN y la BN son patologías de alta prevalencia e incidencia en América Latina, aunque no se hayan implementado estudios epidemiológicos descriptivos transversales y analíticos que demuestren la magnitud del daño y los determinantes causales. Además se detalla la inexistencia de estudios que permitan realizar comparaciones entre los diferentes países. De los países estudiados, solo Argentina cuenta con una Ley, en la que se declara de interés nacional la prevención y control de los TCA, sin embargo, no se realizan estudios de intervención epidemiológica en grupos vulnerables. El artículo declara que los subregistros o la falta de datos estadísticos sobre estas patologías, pueden deberse a que los TCA están asociados a trastornos y tratamientos de orden psicológico, lo que dificulta su análisis (31).

Al momento, nuestro país no cuenta con datos epidemiológicos actualizados acerca de la prevalencia de TCA y los factores de riesgo asociados a los mismos. Sin embargo, a partir de la búsqueda bibliográfica se pudo recabar información epidemiológica con la que cuenta hasta ahora el país.

En este sentido, durante el periodo de 1995 a 1997 se realizó una investigación epidemiológica con el objetivo de indagar el porcentaje de TCA en la población adolescente estudiantil

contemplando ambos sexos en la Universidad Nacional de Buenos Aires. La investigación se llevó a cabo sobre una muestra de 300 estudiantes de 18 a 25 años de edad, un 31% estuvo conformada por varones y un 69% por mujeres. El estudio arrojó como resultado un porcentaje de TCA del 0,50% para la población masculina, y un 13% de TCA para la población femenina (32).

En 1997 Susana Quiroga realizó un estudio con el objetivo de investigar la relación entre las conductas alimentarias y su grado de incidencia y asociación con factores psicopatológicos (como ansiedad, alexitimia, ineficacia, desconfianza, control de los impulsos, inseguridad social, ascetismo y temor a madurar). El estudio fue realizado sobre una muestra de 207 mujeres de 18 a 25 años de edad, que realizaron su examen de Salud obligatorio en el Servicio de Psicología Clínica de la Dirección de Salud y Asistencia Social de la Dirección de Salud de la Universidad de Buenos Aires y reportó que el 13% de la población manifestó algún trastorno alimentario; un 16% conductas dietantes (dentro de este grupo un 25% reportó también atracones); un 4,3%, conductas con atracones (dentro de este grupo un 90% realizaba dietas) y un 7,2%, autocontrol. A su vez, en cuanto a la presencia de factores psicopatológicos, se estableció que la ansiedad, la alexitimia y la incapacidad asociada a la depresión son condiciones relacionadas al desarrollo de TCA. Por otro lado, el estudio evidenció que la conducta dietante se manifiesta como un factor de riesgo para que se desencadenen atracones, de modo que puede ser útil identificar dicha condición para la detección preventiva de TCA (33).

Durante el periodo de 1998 y 2001, la Sociedad Argentina de Pediatría (SAP) realizó un estudio sobre una muestra nacional de 1.231 mujeres y 740 varones seleccionados al azar, de entre 10-19 años que concurren a la consulta pediátrica (tanto en establecimientos privados como públicos) por razones diferentes a un TCA. Dicha investigación se publicó en 2005, y fue realizada con el objetivo de evaluar la prevalencia de TCA en la muestra seleccionada, la asociación entre los TCA y factores socioculturales (como lugar de residencia, nivel de educación de los pacientes y los padres, presencia de crisis vitales y antecedentes familiares de TCA o conducta dietante), y detectar factores de riesgo de TCA. En cuanto a los resultados, el estudio arrojó que un 19,2%, es decir 159 de los casos fueron sospechosos de tener TCA, manteniendo una relación de 3,36 casos femeninos por cada 1 caso masculino. A su vez, entre las mujeres se observó una prevalencia de sospecha del 24% en relación a un 12% de prevalencia de sospecha entre los varones. Los casos que pudieron ser confirmados de TCA se distribuyeron de la siguiente manera: 6,6% de trastorno compulsivo del comer (TCC), 0,05% de bulimia y 0,3% de trastornos de la conducta alimentaria no específicos (TANE). En cuanto a la edad de mayor prevalencia de TCA, hubo una mayor concentración entre los 14 y 15 años, con un pico de prevalencia a los 19 años. A su vez, el estudio evidenció los factores de riesgo presentes en casos sospechosos de

TCA: presencia de crisis vitales, antecedentes de problemas alimentarios, madre con obesidad y familiar dietante. En última instancia, el estudio confirma que ser mujer y tener sobrepeso están asociados al desarrollo de problemas alimentarios, y que las preocupaciones acerca del peso y el aspecto corporal se reportaron de manera notable, especialmente entre las mujeres (34).

Susana Quiroga, continuó realizando investigaciones en la materia y en el periodo de 2001-2002 realizó un estudio junto a otros colaboradores en el marco del Programa de Psicología Clínica para Adolescentes, evaluando una muestra de 1720 adolescentes mujeres de 13 a 23 años en las escuelas de Avellaneda, Buenos Aires, con el objetivo de indagar la prevalencia de TCA en una población no clínica teniendo en cuenta también la edad, el peso actual y el peso deseado. El estudio arrojó que el 25% de la población presentaba trastornos de la imagen corporal, el 19% tenía TCA y el 11% era población de riesgo para el desarrollo de TCA. A su vez, se demostró que los valores aumentaban proporcionalmente con la edad, de manera que se concluye que la adolescencia tardía es la fase de mayor prevalencia (35).

Durante el periodo comprendido entre enero de 2000 y diciembre de 2002 se realizó una investigación en el Hospital General de Agudos "Dr. Cosme Argerich" de la Ciudad de Buenos Aires. El estudio fue realizado sobre una muestra de 70 pacientes (66 mujeres y 4 varones) con una edad promedio  $17,3 \pm 2$ , que asistieron al Servicio de Adolescencia de dicho hospital y contaban con historia clínica de TCA o que fueron detectados como casos de TCA en la consulta médica, contemplando los criterios diagnósticos establecidos por el DSM-4. En cuanto a los resultados, del total de los 70 pacientes, un 47% fue diagnosticado con bulimia nerviosa purgativa (BNP), un 28% con anorexia nerviosa restrictiva (ANP), un 13% con anorexia nerviosa purgativa (ANR) y un 11,5% con trastornos de la conducta alimentaria no específicos (TANE). En este sentido, un 60% presentó episodios de vómitos autoinducidos diagnosticados como casos de ANP y BNP, mientras que el 40% manifestó conductas no purgativas presentando ANR y TANE. En cuanto a los signos clínicos de la enfermedad, se observó hipertrofia de las glándulas salivales, erosión dental y caries dental. Teniendo en cuenta estos aspectos, se destacó que dichos signos tienen mayor prevalencia en aquellos pacientes que presentan episodios de vómitos autoinducidos (36).

En junio de 2021 la SAP realizó una publicación sobre el impacto de la pandemia de Covid-19 en nuestro país en relación al desarrollo o profundización de los síntomas de TCA en jóvenes y adolescentes. En este sentido, la publicación establece que si bien no hay datos estadísticos certeros del aumento de TCA durante la pandemia, los profesionales de la salud reportan un aumento de las consultas de jóvenes y adolescentes que acuden a los consultorios médicos por

TCA. Dicho aumento es atribuido a una pérdida de contacto con los grupos de pares y la falta de una red social de contención como consecuencia del aislamiento social y preventivo, lo que produjo en esta población un claro recrudecimiento de los TCA (3).

Por último, es importante destacar que no se encontraron estudios a la fecha que hagan referencia al conocimiento de los Licenciados en Nutrición acerca de los TCA, por lo que la presente investigación puede servir de base para investigaciones futuras.

### **Planteo del problema**

Consideramos de suma importancia indagar acerca de la información que tienen los Licenciados en Nutrición sobre TCA, tal como las señales de alerta a fin de realizar una detección temprana o las principales diferencias entre los TCA más prevalentes.

La particularidad de los TCA recae en el ocultamiento inicial de los síntomas y frente a ello, la necesidad del reconocimiento, por parte de profesionales de la salud, de signos clínicos asociados, a efectos de posibilitar una intervención temprana, con el fin de otorgar un tratamiento adecuado y evitar posibles complicaciones.

### **Metodología**

Se llevó a cabo un trabajo descriptivo observacional, transversal el cual fue dirigido a Licenciados en Nutrición que desempeñen sus actividades en el ámbito de la Provincia de Buenos Aires y quienes previamente debieron prestar conformidad para que la información allí vertida pueda ser incluida en el presente trabajo de investigación.

El objetivo general de dicha encuesta, fue analizar los conocimientos que poseen los Licenciados/as en Nutrición, sobre TCA.

En cuanto a la fuente de recolección de datos, la misma fue primaria, la técnica llevada a cabo una encuesta y la herramienta utilizada fueron los cuestionarios de Google.

Dicha encuesta, se diseñó y estructuró en el periodo entre Agosto y Noviembre de 2022, con 19 preguntas condicionadas (anexo 1), es decir que, cada respuesta seleccionada por el encuestado/a, lo direccionaba a la correspondiente sección.

La difusión del mencionado cuestionario se realizó entre diciembre de 2022 y febrero de 2023, mediante plataformas virtuales como WhatsApp, Instagram y Correo electrónico.

En lo que respecta al universo abarcado por nuestra investigación, el mismo fue conformado por Licenciados/as en Nutrición, la población fue constituida por Licenciados/as en Nutrición que residen y trabajan en la provincia de Buenos Aires. Como criterio de inclusión se consideró a aquellos Licenciados en Nutrición que desarrollan su actividad laboral en el ámbito de la provincia de Buenos Aires. Y como criterio de exclusión aquellos Licenciados en Nutrición que desarrollan su actividad por fuera de la provincia de Buenos Aires.

En primera instancia se obtuvieron 141 respuestas, sin embargo, 24 respuestas se descartaron en virtud de no cumplir con uno de los requisitos para formar parte de la muestra, ya que estos expresaron no haberse recibido de Licenciados en Nutrición. Por lo tanto, la muestra final fue constituida por 117 Licenciados/as en Nutrición que tuvieron acceso al cuestionario de Google y respondieron las preguntas del mismo. En este sentido, la técnica de muestreo fue no probabilística, por conveniencia.

La encuesta realizada consta de 19 preguntas condicionadas. La primera sección se enfocó en recoger datos que permitan caracterizar la muestra: antigüedad en el desarrollo de la profesión, universidad en la que fue formado el profesional, interés en la temática, presencia de la misma en el plan de estudios de su universidad y percepción de su capacidad para identificar un caso de TCA en relación a su formación académica. La siguiente sección, estuvo destinada a analizar si los Licenciados/as en Nutrición son capaces de reconocer los diferentes tipos de TCA e identificar si tienen información sobre las diferencias clínicas y señales de alerta de los tipos de TCA más prevalentes.

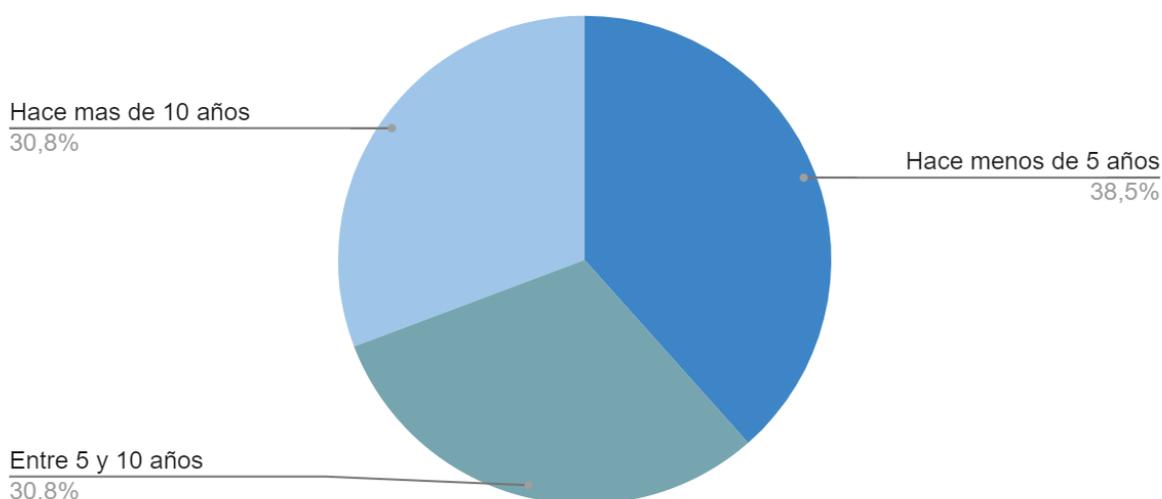
A continuación, se destinó un apartado de la encuesta para aquellos Licenciados/as en Nutrición que desarrollan su práctica profesional en el ámbito clínico (consultorio público o privado), y se realizaron preguntas en relación a la percepción del Licenciado/a para abordar un caso de TCA, la utilización de cuestionarios o screening para detectarlo, y su decisión ante la sospecha de TCA en una consulta. Por último, se analizó el nivel en que el encuestado/a adquirió los conocimientos sobre TCA.

## Resultados

Los resultados obtenidos de la encuesta están plasmados en los gráficos que se muestran a continuación.

Como se observa en la Figura 1, no existen diferencias significativas entre los tres grupos etarios definidos con respecto a cantidad de años de recibido de los participantes. El 38.5% (45 participantes) se recibió hace menos de 5 años, el 30.8% (36 participantes) entre 5 y 10 años y el 30.8% restante (36 participantes) hace más de 10 años.

Figura 1: Años de recibido



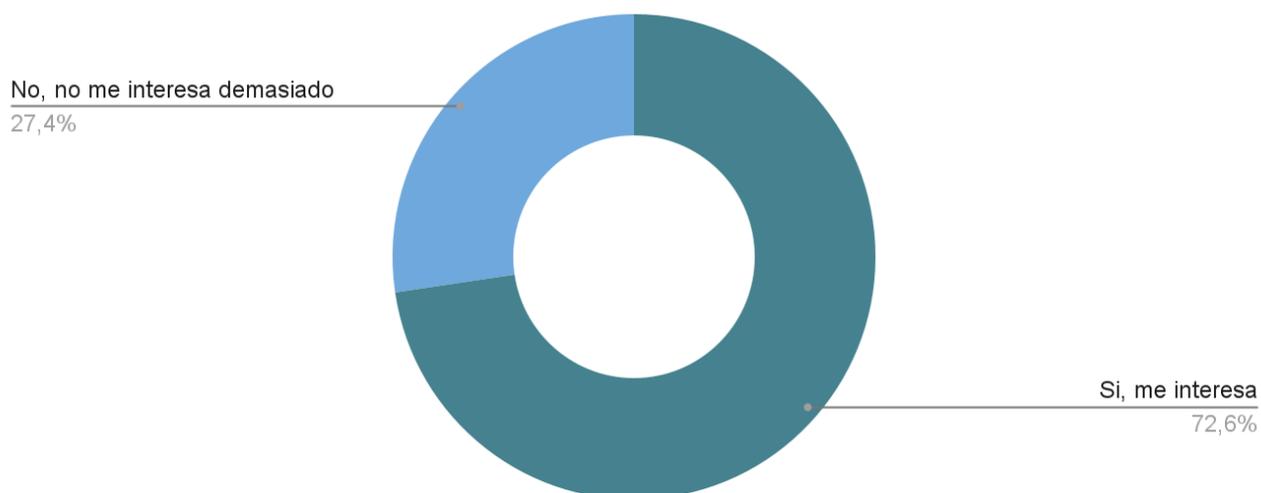
La Tabla 1 expone la cantidad de respuestas obtenidas y permite observar el porcentaje obtenido para cada universidad. sobre la universidad en la que se formaron como Licenciados en Nutrición. En este sentido, el 86.32% (101 encuestados) llevó a cabo su formación profesional en la provincia de Buenos Aires y el 13.68% (16 encuestados) se formó en universidades pertenecientes a otras provincias (Mendoza, Santa fe, Córdoba, Corrientes, Tucumán). Es importante considerar que, aunque dichos encuestados llevaron a cabo su formación en otras provincias, actualmente ejercen su profesión en la provincia de Buenos Aires.

**Tabla 1.** Universidad de formación de los Licenciados en Nutrición.

<b>Universidad</b>	<b>Provincia</b>	<b>Respuestas</b>	<b>Porcentaje</b>
UBA	Provincia de Buenos Aires	28	23,93%
UNLP	Provincia de Buenos Aires	21	17,95%
UCALP	Provincia de Buenos Aires	21	17,95%
Universidad FASTA - MDQ	Provincia de Buenos Aires	9	7,69%
Fundación Barceló	Provincia de Buenos Aires	6	5,13%
ISALUD	Provincia de Buenos Aires, CABA	5	4,27%
Universidad Nacional del Litoral	Provincia de Buenos Aires, CABA	3	3,42%
Universidad Favaloro	Provincia de Buenos Aires, CABA	3	2,56%
UAI	Provincia de Buenos Aires, CABA	2	1,71%
Universidad de la Cuenca del Plata	Provincia de Buenos Aires, CABA	1	0,85%
Universidad de Morón	Provincia de Buenos Aires, CABA	1	0,85%
UNLAM	Provincia de Buenos Aires, CABA	1	0,85%
UNSTA	Provincia de Buenos Aires, CABA	1	0,85%
USAL	Provincia de Buenos Aires, CABA	1	0,85%
Universidad Juan Agustín Maza	Mendoza	6	5,13%
UCEL	Santa Fe	4	3,42%
UNC	Córdoba	4	3,42%
<b>Suma total</b>		<b>117</b>	<b>100,85%</b>

Con respecto al interés manifestado por los participantes en los TCA (Figura 2), se puede observar que el 72.6% (85 participantes) se encuentra interesado en la temática y el 27.4% (32 participantes) expresó no interesarle demasiado.

Figura 2: Interés en la temática



La Figura 3, permite identificar el porcentaje de Licenciados en Nutrición que contaron con alguna materia o seminario dentro de la carrera, en la que se haya abordado contenidos sobre la temática en cuestión. El 68.3% (80 participantes) contaron con alguna materia/seminario al respecto y, el 31.6% (37 participantes) expresaron no haber abordado contenidos sobre TCA durante su carrera.

Luego, a aquellos participantes que respondieron que tuvieron alguna materia o seminario sobre TCA dentro de la carrera, se les preguntó si dicho contenido fue suficiente para identificar un caso de TCA. Como puede observarse en la Figura 4, la mayoría de los profesionales, el 87.5% (70 participantes) consideró que el contenido no fue suficiente para identificar un TCA y solo el 12.5% (10 participantes) manifestaron que sí lo fue.

Figura 3: Contenido de la temática en la carrera

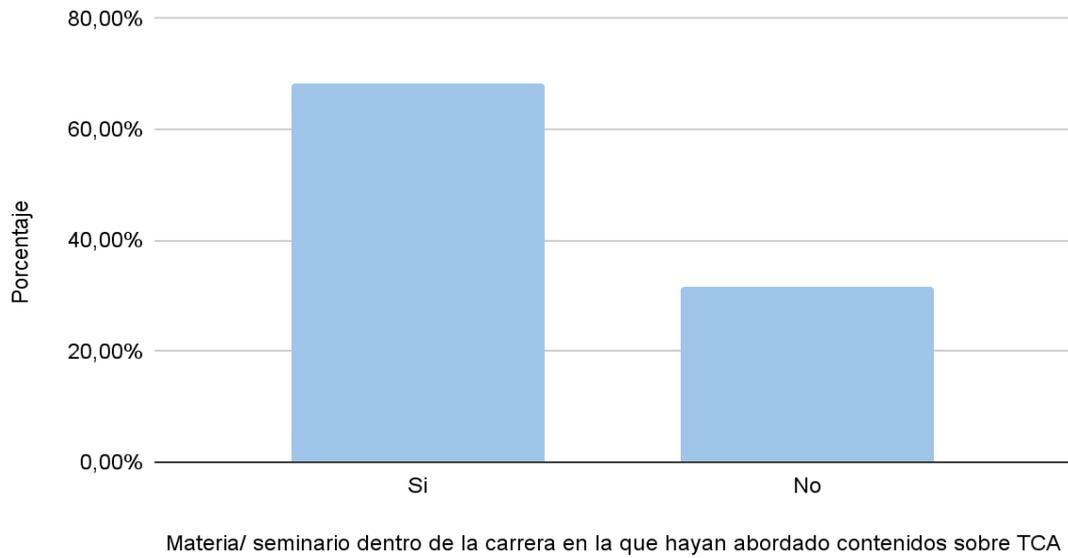
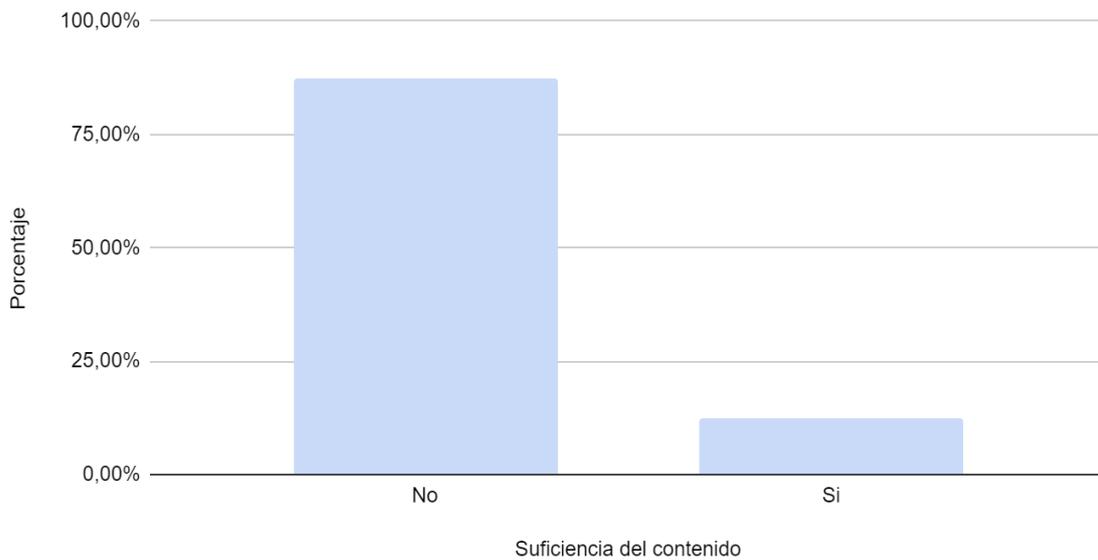
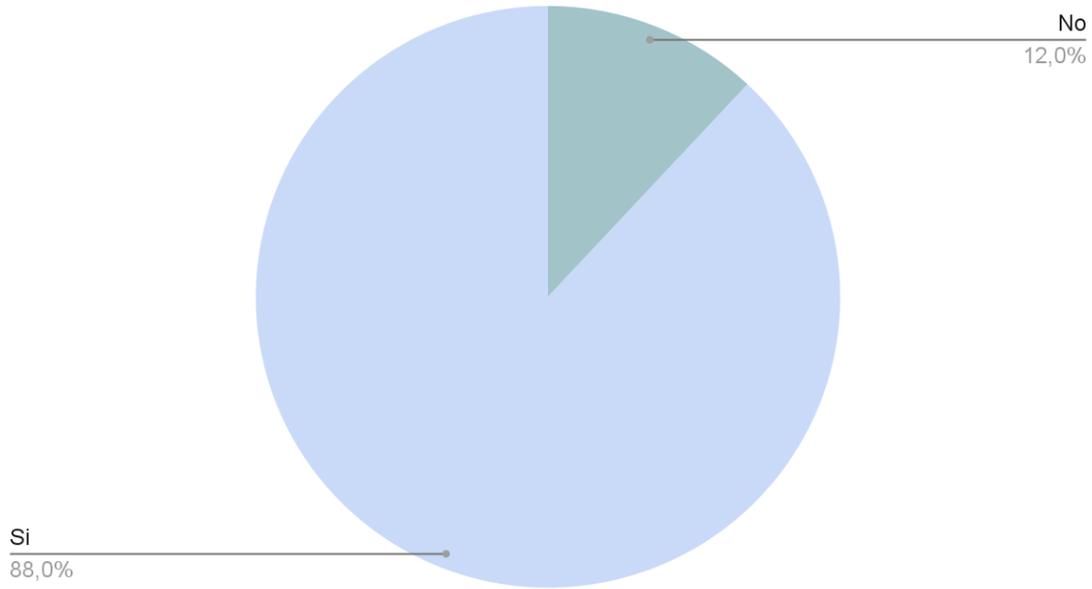


Figura 4: Suficiencia del contenido de materia/seminario para la identificación de un TCA



En la siguiente pregunta, se interrogó sobre el conocimiento de los participantes sobre otros TCA, además de los más frecuentes como AN y BN. En la Figura 5 se plasmaron los resultados obtenidos, observándose que el 88% (103 participantes) conoce otro tipo de TCA y solo el 12% (14 participantes) declaró no conocer otros trastornos.

Figura 5: Conocimiento de tipos de TCA diferentes a AN y BN.

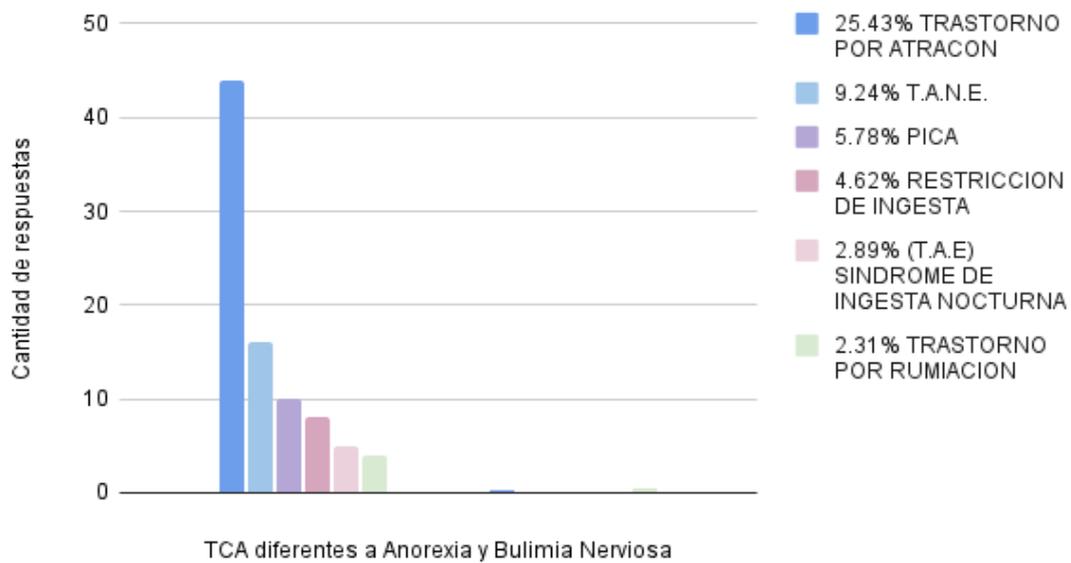


Posteriormente, a aquellos participantes que declararon conocer otros TCA (103 participantes) se les indicó que detallen a través de una pregunta abierta, cuáles conocían. De este modo, las respuestas obtenidas fueron múltiples (173 respuestas), por lo que para un correcto análisis se clasificaron en aquellas que cumplen con los criterios de definición de TCA por el DSM-5 (87 respuestas) y aquellas que no cumplen con dicha definición (86 respuestas incluidas en la categoría “otros”).

En primer lugar, en la Figura 6 se detallarán aquellas respuestas que cumplen con los criterios de definición del DSM-5. Del total de las 173 respuestas, se observó que el 25.43% (44 respuestas) manifestó Trastorno por Atracón, el 9.24% (16 respuestas) mencionó Trastorno Alimentario de la Ingestión de Alimentos No Especificado (T.A.N.E.), el 5.78% (10 respuestas) indicó Pica, el 4.62% (8 respuestas) nombró Trastorno de Evitación/Restricción de la Ingestión de Alimentos, el 2.89% (5 respuestas) mencionó Síndrome de Ingesta Nocturna y el 2.30% (4 respuestas) indicó Trastorno de Rumiación.

Por otro lado, del total de las 173 respuestas un 49,71% corresponde a la categoría “Otros”, es decir a respuestas que hicieron referencia a trastornos que no responden a la clasificación de TCA propuesta por el manual DSM-5.

Figura 6: TCA diferentes a AN y BN



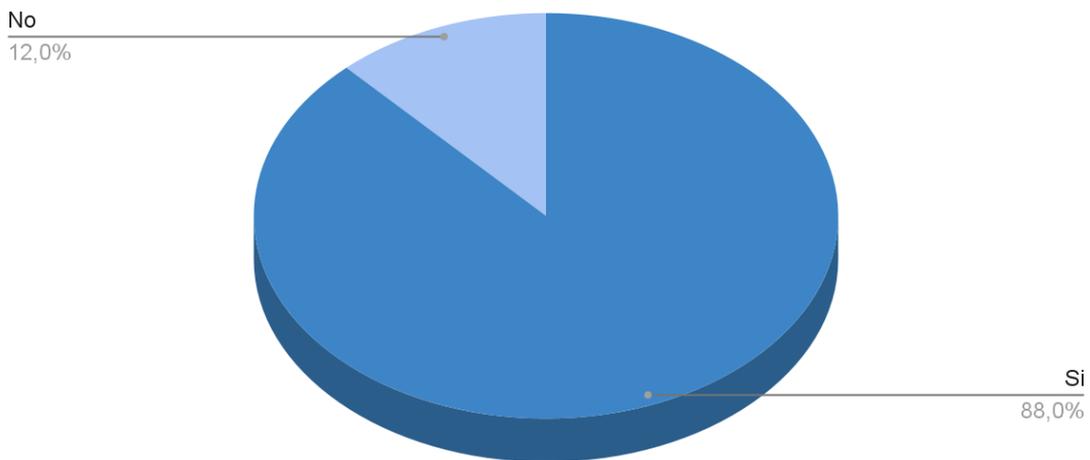
En la Tabla 2 se detalla el porcentaje y la cantidad de respuestas obtenidas para cada trastorno agrupado en la categoría “Otros”: 23.12% (40 respuestas) Vigorexia, el 15.60% (27 respuestas) indicó Ortorexia, el 2.30% (4 respuestas) nombró Trastorno Alimentario Compulsivo, el 1.73% (3 respuestas) mencionó Dismorfia Corporal, Drunkorexia y Obesidad respectivamente, el 1.15% (2 respuestas) manifestó diabulimia y por último el 0.57% (1 respuesta) nombró Neofobia, Trastorno Obsesivo, Trastorno de alimentación de la Infancia y Megarexia respectivamente.

**Tabla 2.** Trastornos no incluidos en la clasificación de DSM-5 agrupados en la categoría “Otros”.

"Otros"	Respuestas	Porcentaje
Vigorexia	40	23.12%
Ortorexia	27	15.60%
Trastorno Alimentario Compulsivo	4	2.30%
Dismorfia Corporal	3	1.73%
Drunkorexia	3	1.73%
Obesidad	3	1.73%
Diabulimia	2	1.15%
Neofobia	1	0.57%
Trastorno Obsesivo	1	0.57%
Trastorno de alimentación de la infancia	1	0.57%
Megarexia	1	0.57%
<b>Total</b>	<b>86</b>	<b>49.64%</b>

En la siguiente pregunta, se indagó acerca de la capacidad de los encuestados para diferenciar la AN de la BN, según sus manifestaciones típicas. De las 117 personas que participaron de la encuesta, el 88% (103 encuestados) respondió que podría identificar AN y BN según sus manifestaciones típicas y sólo el 12% (14 encuestados) respondió que no podría diferenciarlas, tal como se indica en la Figura 7.

Figura 7: Capacidad de identificar la AN y BN, según manifestaciones típicas

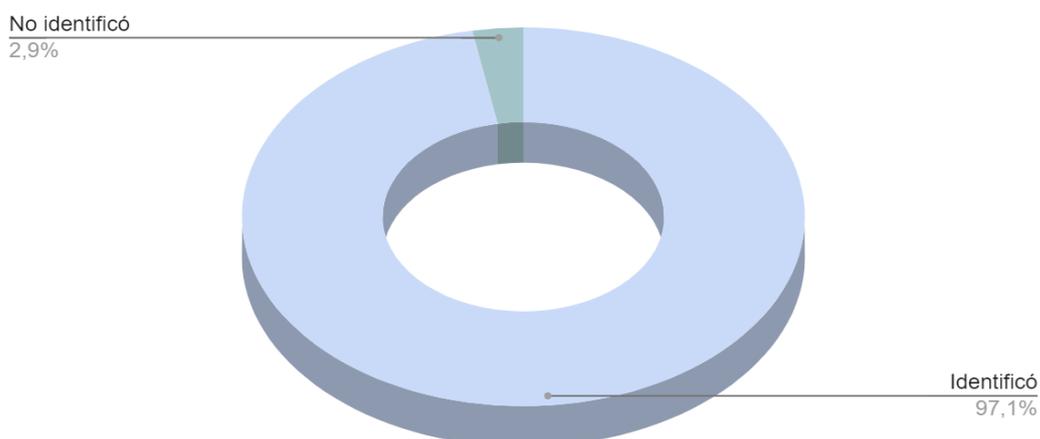


En este sentido, se realizaron preguntas específicas de opción múltiple sobre las manifestaciones clínicas más frecuentes tanto de AN como de BN, para identificar si los encuestados logran diferenciar dichas patologías efectivamente.

Para evaluar las manifestaciones clínicas más frecuentes de AN se tomó como criterio el porcentaje de Licenciados en Nutrición que tildó al menos 3 de 5 ítems correctos del cuestionario.

Tal como se observa en la Figura 8, del total de los participantes (103 encuestados) que respondieron que consideraban poder diferenciar AN de BN, el 97.1% (100 encuestados) identificó al menos 3 o más ítems correctos del cuestionario. El 2.9% restante no logró identificar 3 o más ítems correctos del cuestionario. (3 encuestados).

Figura 8: Identificación de manifestaciones clínicas más frecuentes de Anorexia Nerviosa



Por otro lado, se adjunta la Tabla 3, la cual detalla el porcentaje que obtuvo cada manifestación clínica. De esta manera, los resultados obtenidos fueron los siguientes: el 95.1% (98 encuestados) seleccionaron la opción “significativa pérdida de peso a lo largo de varias semanas o meses”, el 84.5% (87 encuestados) “síntomas dermatológicos como piel seca, cabello opaco y fino”, el 87.4% (90 encuestados) seleccionaron “hipotermia, intolerancia al frío, debilidad, laxitud general”, el 81.6% (84 encuestados) “anemias nutricionales” y el 97.1% (100 encuestados) “amenorrea”.

Con respecto a las respuestas incorrectas, un 7.8% (8 encuestados) seleccionó “episodios de atracones” y el 35.9% (37 encuestados) “daños en el esmalte dental”, es decir, manifestaciones clínicas propias de BN.

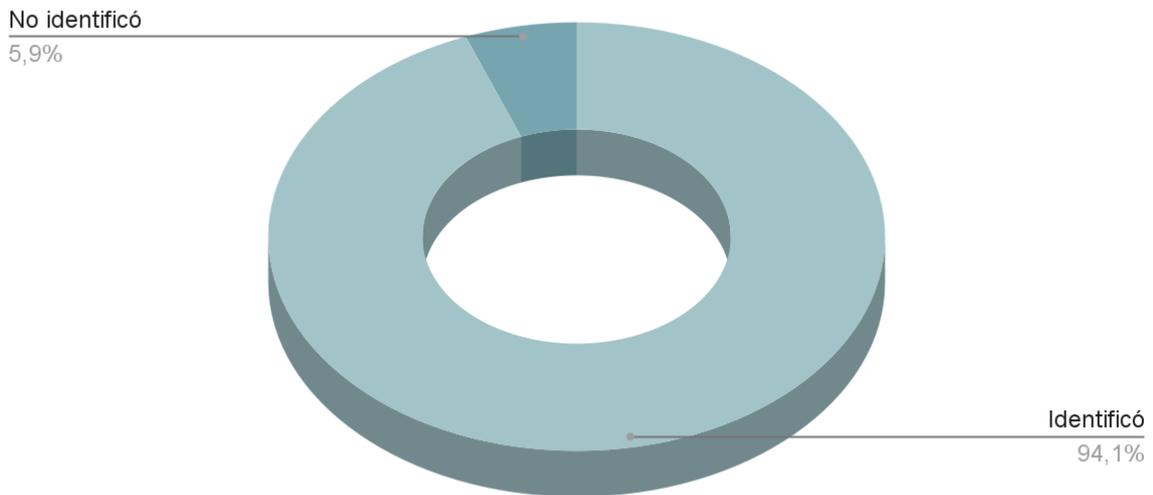
**Tabla 3.** Resultados obtenidos para las manifestaciones clínicas propuestas de AN

Manifestación Clínica	Respuestas	Porcentaje
Amenorrea	100	97,10%
Significativa pérdida de peso a lo largo de varias semanas o meses	98	95,10%
Hipotermia, intolerancia al frío, debilidad, laxitud general	90	87,40%
Síntomas dermatológicos como piel seca, cabello opaco y fino	87	84,50%
Anemias nutricionales	84	81,60%
Daños en el esmalte dental	37	35,90%
Episodios de atracones	8	7,80%

En cuanto a la evaluación de las manifestaciones clínicas más frecuentes de BN, se tomó como criterio el porcentaje de Licenciados en Nutrición que tildaron al menos 2 de 3 ítems correctos del cuestionario.

Del 100% de los participantes (103 encuestados) que respondieron qué consideraban poder diferenciar AN de BN, el 94.1% (98 encuestados) identificó al menos 2 de 3 ítems correctos del cuestionario. El 5.9% restante (5 encuestados) no logró identificar 2 ítems correctos del cuestionario. (Figura 9).

Figura 9: Identificación de manifestaciones clínicas más frecuentes en Bulimia Nerviosa



A continuación, como se observa en la Tabla 4, se detalla el porcentaje obtenido para cada manifestación clínica. El 98.1% (101 encuestados) seleccionó “episodios de atracones”, el 96.1% (99 encuestados) “vómitos autoinducidos”, el 71.8% (74 encuestados) optó por “desequilibrio electrolítico”, el 49.5% (51 encuestados) seleccionó la manifestación “signo de Russell” y el 12.6% (13 encuestados) “significativa pérdida de peso a lo largo de varias semanas o meses”.

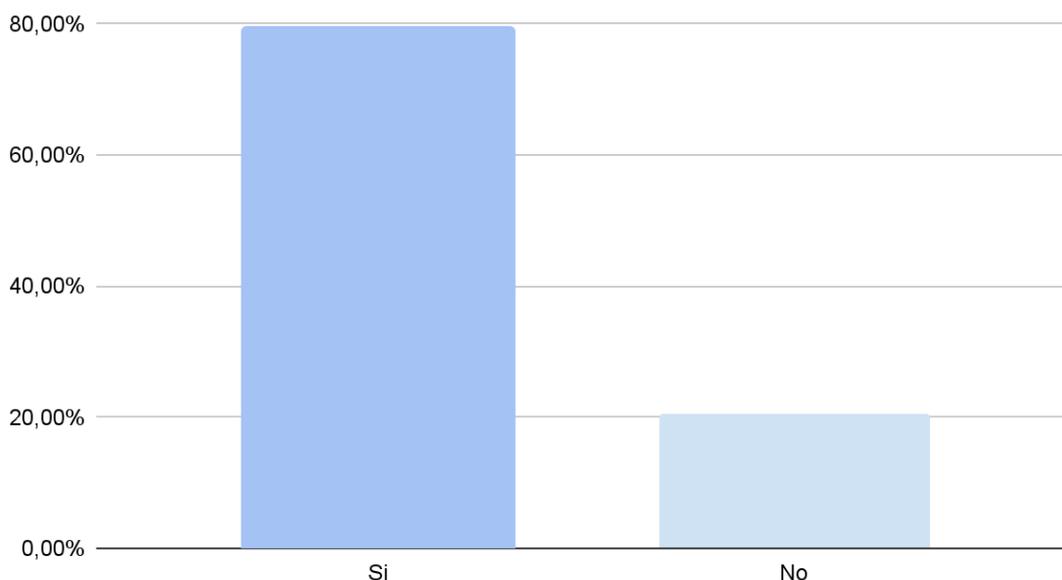
Es necesario destacar que la opción “Estreñimiento, distensión abdominal y enlentecimiento de vaciado gástrico” seleccionada por el 48.5% (50 encuestados) y “amenorrea” que obtuvo un porcentaje de 15.5% (16 encuestados) corresponden a manifestaciones incorrectas de BN ya que son propias de AN.

**Tabla 4.** Resultados obtenidos para las manifestaciones clínicas propuestas de BN

Manifestación Clínica	Respuestas	Porcentaje
Episodios de atracones	101	98.1%%
Vómitos autoinducidos	99	96.1%
Desequilibrio electrolítico	74	71.8%
Signo de Russell	51	49.5%
Estreñimiento, distensión abdominal y enlentecimiento del vaciado gástrico	50	48.5%
Amenorrea	16	15.5%
Significativa pérdida de peso a lo largo de varias semanas o meses	13	12.6%

En la siguiente pregunta, se interrogó si podrían o no identificar señales de alerta que les haga pensar que están frente a una persona con posible TCA, de la que se obtuvo como resultado que el 79.5% (93 participantes) consideraban poder identificar una persona con posible TCA y el 20.5% (24 participantes) no podría hacerlo. En la Figura 10 se plasman los resultados.

Figura 10: Identificación de señales de alerta de TCA



A los participantes que respondieron que sí podrían identificar las señales de alerta (93 participantes) se les solicitó que mencionen 3 señales de alerta que los haga sospechar que están frente a una persona con posible TCA.

Las señales de alerta más mencionadas por los participantes fueron: excesiva preocupación por el peso corporal, restricción alimentaria, distorsión de la imagen corporal, bajo peso o pérdida de peso, realización de dieta o selectividad alimentaria, realización de actividad física de manera excesiva, conteo de calorías, evitar asistir a eventos sociales; abstenerse de comer en compañía o aislamiento social, preocupación por la imagen corporal y por último, culpa por comer.

En la Tabla 5, puede evidenciarse la cantidad de respuestas obtenidas por cada señal de alerta. A su vez, se agrupó en la categoría “otras” a aquellas respuestas que fueron mencionadas con menor frecuencia como: ansiedad, depresión, apatía, irritabilidad, autoexigencia, autocrítica, baja autoestima, cambios en la ingesta alimentaria, falta de apetito, saciedad precoz, atracones, signo de Russel, autoflagelación, letargo, amenorrea, debilidad en uñas y cabello, conocimientos sobre nutrición, entre otras.

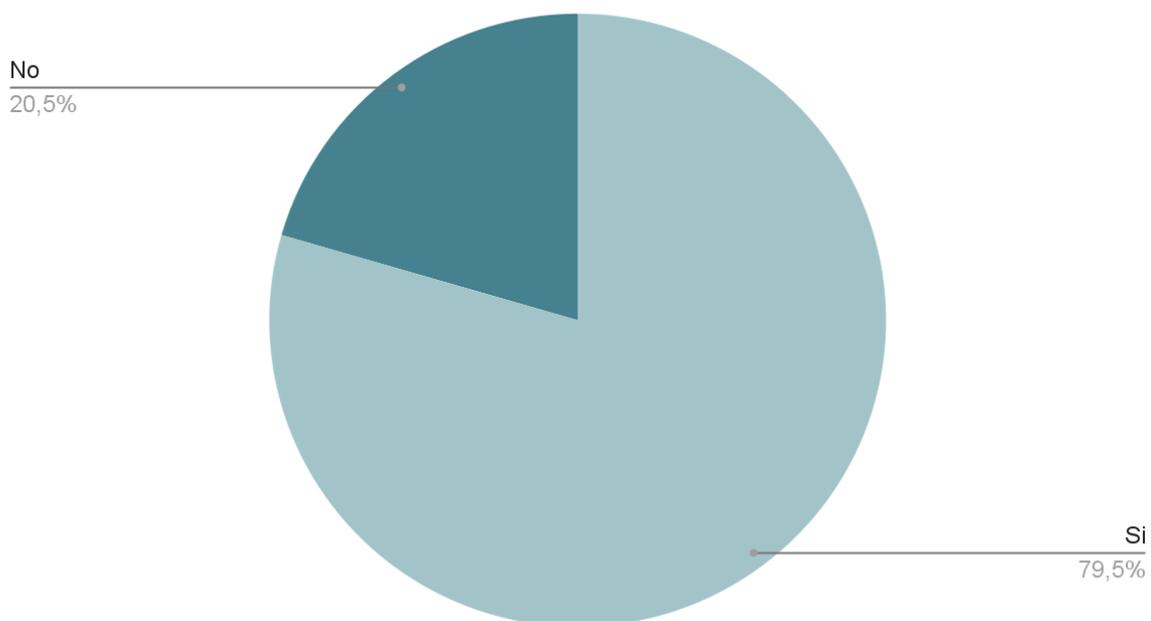
**Tabla 5.** Señales de alerta mencionadas por los participantes

Señales de alerta	Respuestas	Porcentaje
Excesiva preocupación por el peso	28	30,11%
Restricción alimentaria	25	26,88%
Distorsión de la imagen corporal	24	25,81%
Bajo peso/pérdida de peso	23	24,73%
Dieta/ selectividad alimentaria	23	24,73%
Actividad física excesiva	21	22,58%
Conteo de calorías	19	20,43%
Evitar eventos sociales, evitar comer en compañía, aislamiento social	17	18,28%
Preocupación por la imagen corporal	9	9,68%
Culpa por comer	8	8,60%
Otros	68	73,12%

Por otro lado, se realizó un apartado de preguntas destinadas a aquellos Licenciados en Nutrición que desarrollan su actividad profesional en el ámbito clínico (consultorio público o privado).

En primer lugar, se determinó que el 79,5% de los Licenciados en Nutrición (93 encuestados) desarrollan su actividad en el ámbito clínico y un 20,5% desarrolla su actividad en otros sectores (24 encuestados) tal como se muestra en la Figura 11.

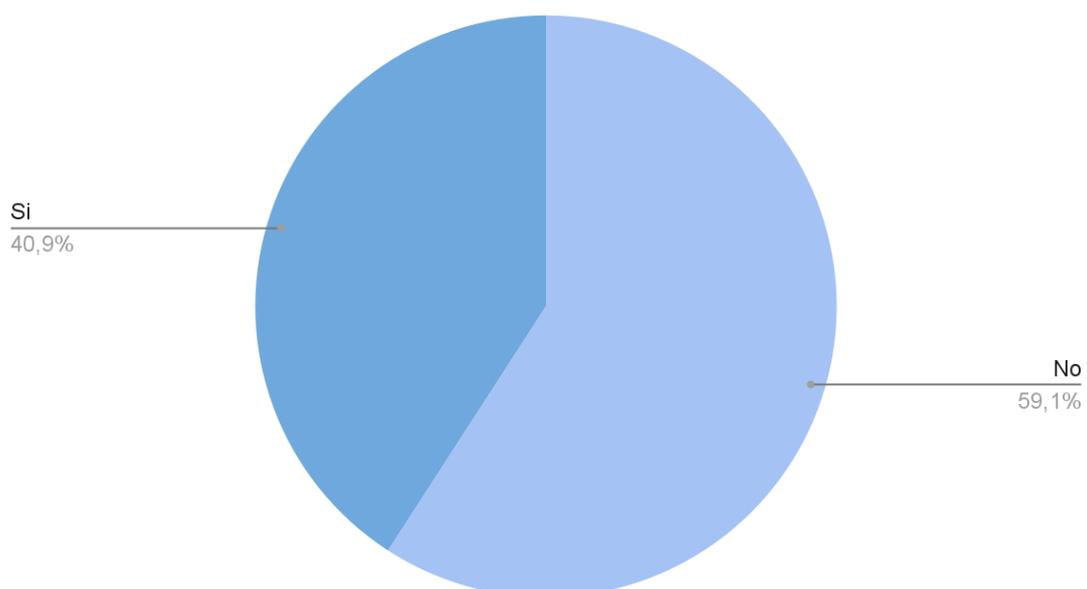
Figura 11: Desarrollo de la actividad en el ámbito clínico



Luego, se procedió a interrogar a aquellos Licenciados que desarrollan su profesión en un consultorio público o privado, si consideran que podrían abordar un caso de TCA.

Un 59,1% (55 encuestados) respondió que no podría abordar un caso de TCA, mientras que un 40,9% (38 encuestados) respondió que sí podría hacerlo (Figura 12).

Figura 12: Abordaje de TCA en el consultorio



A su vez, se indagó acerca de los motivos por los que consideran que podrían abordar o no, un caso de TCA, a través de una pregunta abierta que permitió a cada participante exponer múltiples motivos de manera simultánea.

En la Figura 13, se expresan los motivos por los cuales deciden no abordar los casos de TCA en el consultorio. Como resultado se obtuvo que el 78.2% (43 encuestados) no se siente capacitado o expresa no tener la formación suficiente para abordarlo, el 24.4% (14 encuestados) declaró no integrar un equipo interdisciplinario para su correcto abordaje, y por último, un 24.4% (14 encuestados) expresó que opta por derivar a especialistas en la temática.

La Figura 14 permite visualizar los motivos por los que los encuestados deciden abordar los casos de TCA en la consulta. Un 63.1% (24 encuestados) consideran encontrarse capacitados en TCA, el 47.4% (18 encuestados) expresó que puede abordar casos de TCA porque cuenta con un equipo de trabajo interdisciplinario y el 5.3% (2 encuestados) declararon otras razones por las cuales abordarían esta temática.

Figura 13: Motivos por los cuales deciden no abordar los casos de TCA

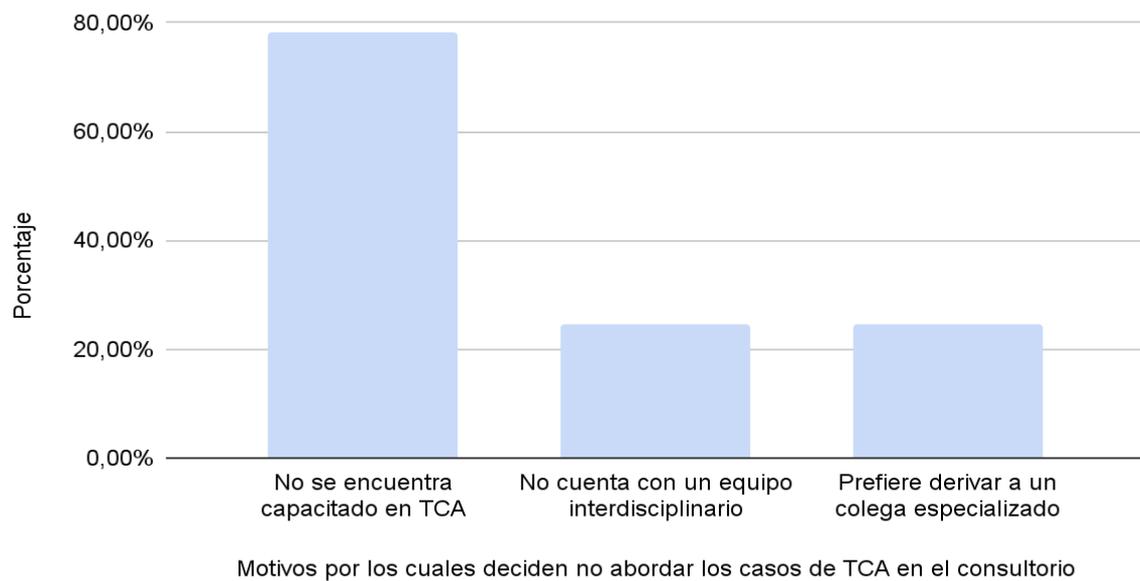
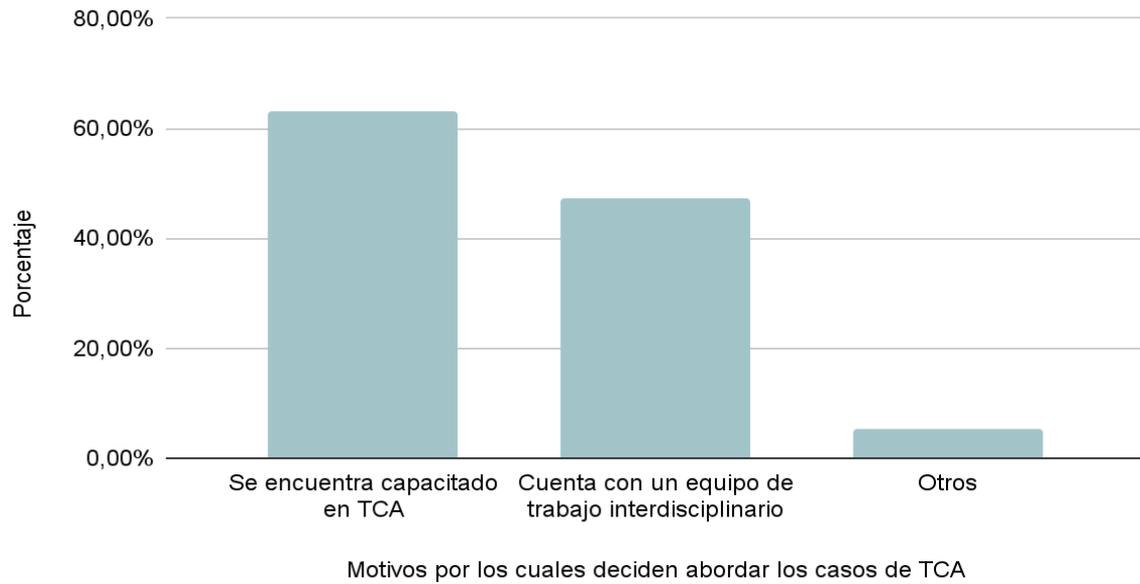
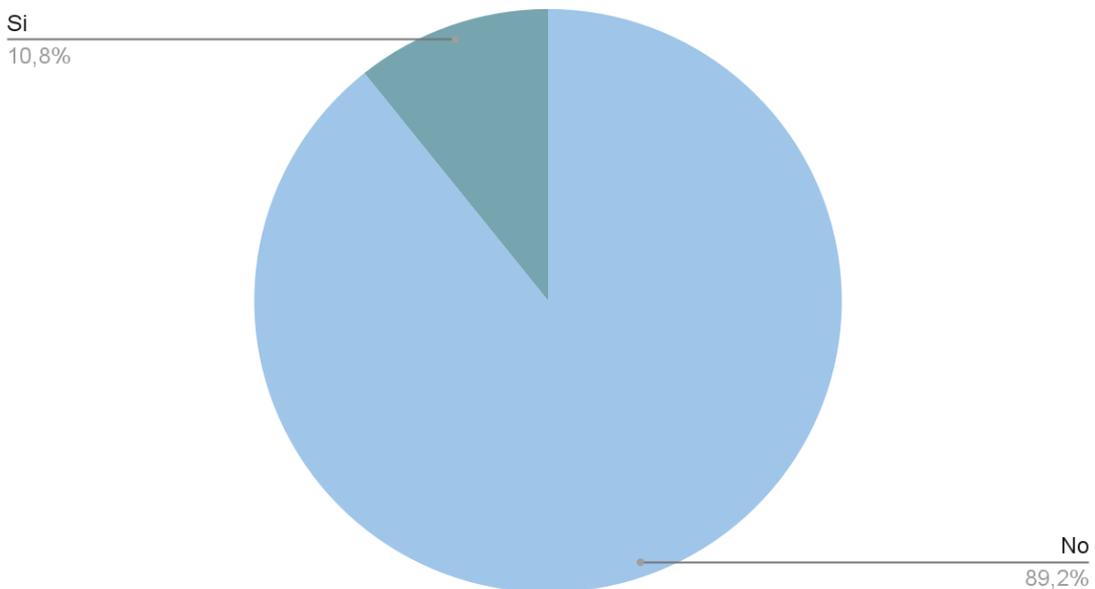


Figura 14: Motivos por los cuales deciden abordar los casos de TCA



A continuación, se consultó acerca de la utilización de algún cuestionario o screening para la detección de señales de alerta de TCA en el consultorio, obteniendo como resultado que el 89.2% (83 encuestados) no utiliza ninguna de estas herramientas y el 10.8% (10 encuestados) si las utiliza (Figura 15).

Figura 15: Utilización de cuestionario o screening para detectar señales de alerta de TCA



En relación a aquellos encuestados que respondieron que sí utilizan algún cuestionario o screening nutricional (10 encuestados), se les preguntó cuáles utilizan a través de una pregunta abierta. Como se observa en la Tabla 6, un 54.6% (6 encuestados) pertenece a la categoría “otros”, esta categoría incluye aquellas respuestas que no corresponden a screening/cuestionario para la detección de TCA. Entre ellas se encuentran la “escala de cuerpos”, el YFAS y respuestas no específicas. Por otro lado, el 18.2% (2 encuestados) declararon armar un cuestionario ellos mismos, y EDE Q, el cuestionario SCOFF y EDI 1 obtuvieron un 9.1% (1 encuestado) cada uno.

Es importante aclarar que las 11 respuestas obtenidas se deben a que uno de los encuestados declaró utilizar dos cuestionarios diferentes.

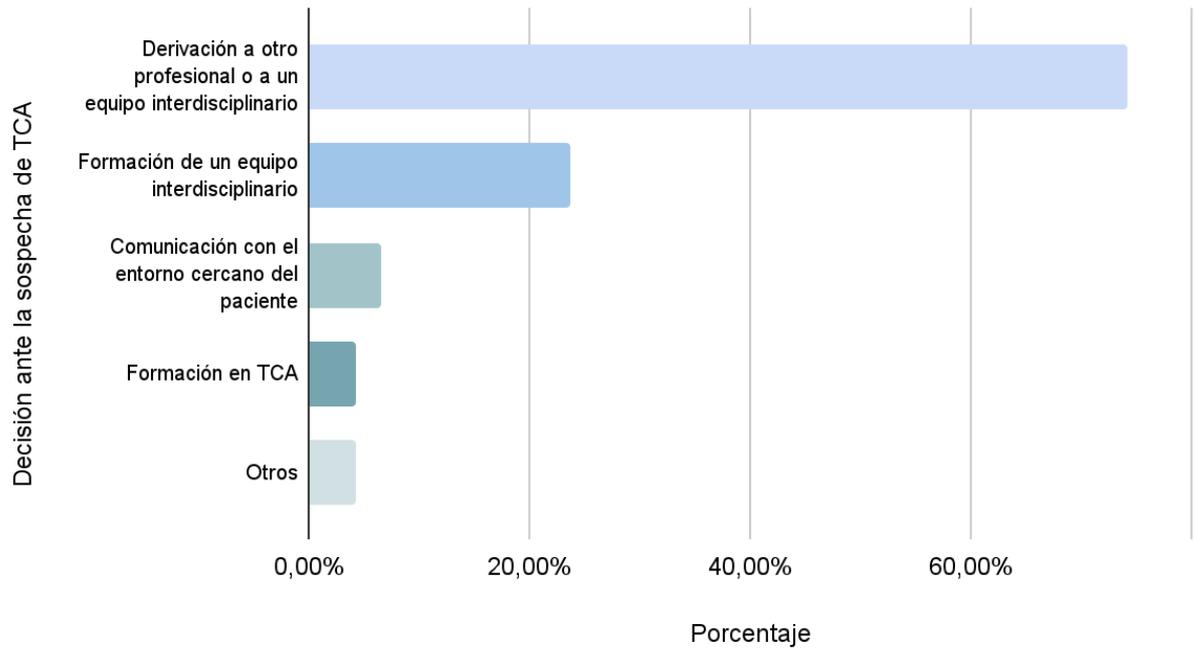
**Tabla 6.** Cuestionarios mencionados por los encuestados

Tipo de cuestionario	Respuestas	Porcentajes
Armado por el profesional	2	18,2%
EDE Q	1	9,1%
SCOFF	1	9,1%
EDI 1	1	9,1%
Otros	6	54,6%
<b>Suma total</b>	<b>11</b>	<b>100</b>

Por otro lado, se indagó acerca del accionar de los Licenciados en Nutrición ante una sospecha de TCA en una consulta.

De este modo, se obtuvo como resultado que de los 93 encuestados que desarrollan su actividad en el ámbito clínico, un 74.2% (69 encuestados) decide derivar el caso a un psicólogo, a un nutricionista especializado o a un equipo interdisciplinario, un 23.7% (22 encuestados) manifestó que decide formar un equipo interdisciplinario participando del mismo, un 6.4% (6 encuestados) expresó que decide comunicarse con el entorno cercano al paciente, un 4.3% (4 encuestados) decide formarse al respecto para el abordaje del paciente y por último, un 4.3% (4 encuestados) expresó tomar una decisión diferente a las anteriormente mencionadas (Figura 16).

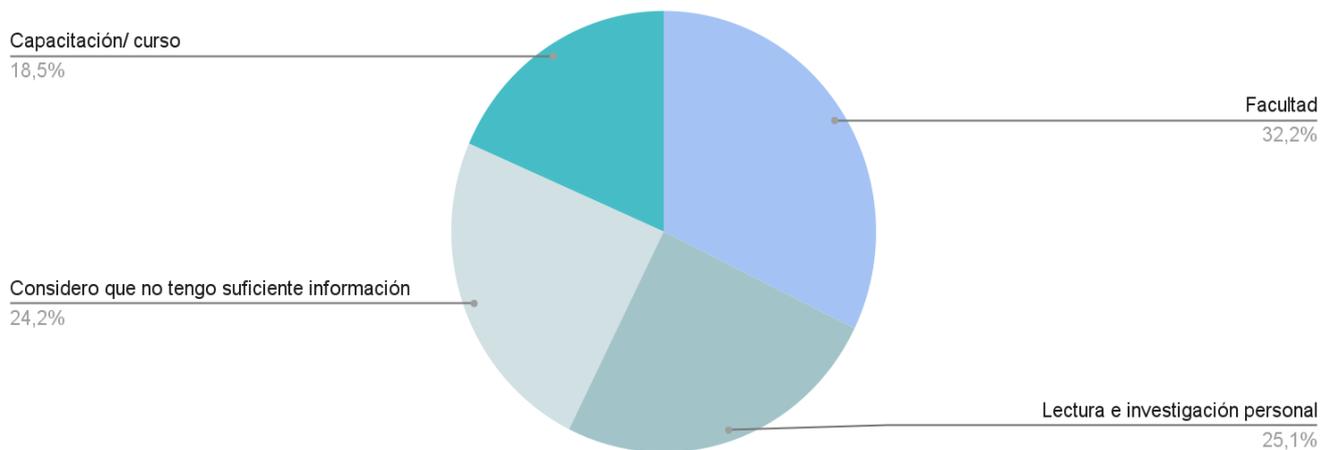
Figura 16: Decisión ante la sospecha de TCA



Para finalizar la encuesta, se preguntó a todos los encuestados en qué nivel adquirieron sus conocimientos sobre TCA.

De los 117 encuestados, un 51.1% (68 encuestados) respondieron que adquirieron sus conocimientos en la facultad, un 45.3% (53 encuestados) respondió que obtuvo sus conocimientos a partir de la lectura e investigación personal acerca del tema y un 33.3% (39 encuestados) en una capacitación o curso relacionado con la temática. Por último, un 43.6% (51 encuestados) consideró que no tiene suficiente información sobre el tema (Figura 17).

Figura 17: Nivel de adquisición de los conocimientos sobre TCA



## **Conclusión**

A raíz de la presente investigación se obtuvieron las siguientes conclusiones:

En primera instancia, la población es heterogénea con respecto a la cantidad de años en su profesión y se obtuvieron porcentajes similares entre las categorías etarias propuestas. Por otro lado, su formación profesional se desarrolló principalmente en la provincia de Buenos Aires (UBA, UNLP, UCALP) y la mayoría de los encuestados expresó interés en TCA.

En gran medida los/las Licenciadas en Nutrición que respondieron la encuesta, cursaron alguna materia o seminario dentro de la carrera en la que se hayan abordado contenidos sobre la temática.

Sin embargo, la mayoría expresó que el contenido dictado no es suficiente para la identificación de un caso de TCA; este dato resulta relevante ya que el conocimiento que tienen los nutricionistas proviene en mayor medida de las materias y/o seminarios dictados en el ámbito universitario.

En cuanto a las manifestaciones clínicas de los TCA más prevalentes (AN y BN), si bien la mayoría de los encuestados logró identificarlas de manera correcta, se observó cierta confusión, ya que hubo un gran porcentaje que también seleccionó respuestas que no corresponden a características propias de AN y BN.

En lo que respecta a señales de alerta de TCA, la mayoría de los encuestados se consideró capaz de poder identificarlas y nombró de manera correcta las principales señales de alerta.

Posteriormente, se constató que la mayoría de los/las Licenciadas en Nutrición manifestó conocer otros TCA clasificados en el DSM-5 diferentes a AN y BN. Sin embargo, un gran porcentaje de ellos reconoció otros trastornos que no se encuentran clasificados en el manual anteriormente mencionado.

Por otro lado, la capacidad de abordaje de un caso de TCA se examinó entre aquellos que se dedican específicamente al ámbito clínico. La mayoría de los profesionales manifestó la imposibilidad del abordaje debido a que no se sienten capacitados para hacerlo y no forman parte de un equipo interdisciplinario que les permita trabajar de manera conjunta.

En relación a la detección de señales de alerta de TCA en el ámbito clínico, la mayoría de los nutricionistas no utiliza ningún cuestionario o screening nutricional para tal fin. Entre aquellos que expresaron que los utilizan, la mayoría mencionó herramientas inespecíficas, herramientas

no recomendadas para la detección de TCA o armadas por el propio nutricionista careciendo de validez científica.

De esta manera, queda en evidencia que los Licenciados en Nutrición en general cuentan con formación teórica sobre conocimientos básicos de TCA según los parámetros evaluados. Sin embargo, los profesionales refieren sentirse incapaces de identificar casos de TCA, de abordarlos en la práctica clínica y ante la identificación de un caso sospechoso de TCA, la mayoría prefiere derivarlo a otro colega especializado en el tema.

### **Sugerencias**

En cuanto a las líneas de investigación futura, sería interesante explorar cuestiones que no fueron consideradas en el presente trabajo. En este sentido, se sugiere indagar el conocimiento que tienen los Licenciados/as en Nutrición sobre TCA en relación a: factores de riesgo, criterios diagnósticos, tratamiento y complicaciones de dichas patologías, con el objetivo de ampliar y enriquecer nuestra investigación.

Es importante considerar que los TCA son una problemática global y que el periodo de aislamiento debido al Covid-19 ha generado un recrudecimiento de estos trastornos entre los jóvenes y adolescentes de nuestro país. Por este motivo, dicha investigación expone la necesidad de formar Licenciados/as en Nutrición que puedan dar respuesta a esta problemática, ampliando la currícula universitaria con el objetivo de que los profesionales cuenten con herramientas que les permitan sentirse capacitados para trasladar su conocimiento a la práctica profesional, especialmente con foco en la prevención y en la detección de posibles casos de TCA, facilitando la intervención en las etapas tempranas del trastorno, a fin de alcanzar un mejor pronóstico y lograr un tratamiento oportuno.

## **Anexos**

Anexo N°1

### **Preguntas cuestionario**

Hola! Somos estudiantes de 5to año de Licenciatura en Nutrición de la UNLP y con motivo de nuestra Tesina, solicitamos tu colaboración para recabar información sobre el conocimiento actual en relación a los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA).

Si sos Licenciado/a en Nutrición y llevas a cabo tu actividad profesional en la provincia de Buenos Aires te invitamos a responder el cuestionario. El mismo consta de 18 preguntas breves y realizarlo te llevará menos de 10 minutos.

Muchas gracias!

Las respuestas del siguiente cuestionario serán confidenciales, anónimas y con fines meramente académicos. Para continuar, pedimos tu consentimiento para que la información que nos brindes sea incluida en nuestro trabajo de investigación.

- Si, acepto participar de esta investigación.

**1. ¿Cuánto tiempo hace que te recibiste de Licenciada/o en Nutrición) (opción múltiple)**

- a) Aun no me recibí
- b) Hace menos de 5 años
- c) Entre 5 y 10 años
- d) Más de 10 años
- e) Aun no me recibí

**2. Indica en qué universidad te formaste como Licenciado/a en Nutrición (pregunta abierta)**

**3. ¿Te interesa la temática de TCA (Trastornos de la Conducta Alimentaria)? (opción múltiple)**

a) Si

b) No

**4. ¿Tuviste alguna materia o seminario dentro de la carrera en la que hayan abordado contenidos sobre TCA? (opción múltiple)**

a) SI

b) NO

**5. Si la respuesta anterior fue "si", ¿consideras que el contenido de dicha materia / seminario fue suficiente para que puedas identificar un caso de TCA? (opción múltiple)**

a) SI

b) NO

**6. Anorexia Nerviosa y Bulimia Nerviosa son los TCA más frecuentes. ¿Conoces algún otro tipo de TCA? (opción múltiple)**

a) SI

b) NO

**7. Si la respuesta fue "si" ¿Cuál/les? (pregunta abierta)**

**8. ¿Sabes cómo diferenciar a la Anorexia Nerviosa de la Bulimia Nerviosa, según sus manifestaciones típicas? (opción múltiple)**

a) SI

b) NO

**9. Si la respuesta anterior fue “sí” ¿Cuáles son las manifestaciones clínicas más características de la anorexia? Marcar todas las opciones correctas. (opción múltiple, respuestas correctas identificadas con color verde)**

- a) **Significativa pérdida de peso a lo largo de varias semanas o meses**
- b) **Síntomas dermatológicos como piel seca, cabello opaco y fino**
- c) Episodios de atracones
- d) **Hipotermia, intolerancia al frío, debilidad y laxitud general.**
- e) **Anemias nutricionales**
- f) Daños en el esmalte dental
- g) **Amenorrea**

**10. ¿Cuáles son las manifestaciones clínicas más características en bulimia? Marcar todas las opciones correctas. (opción múltiple, respuestas correctas identificadas con color verde).**

- a) Significativa pérdida de peso a lo largo de varias semanas o meses
- b) **Vómitos autoinducidos**
- c) **Signo de Russell**
- d) Amenorrea
- e) **Episodios de atracones**
- f) Estreñimiento, distensión abdominal y enlentecimiento del vaciado gástrico
- g) **Desequilibrio electrolítico**

**11. ¿Podrías identificar las señales de alerta que te hagan pensar que estás frente a una persona con posible TCA? (opción múltiple)**

**Entendiendo “señales de alerta” a aquellos comportamientos que pueden estar relacionados con la posible existencia de un TCA.**

- a) Si
- b) No

**12. Si la respuesta anterior fue “si”. Menciona 3 señales de alerta: (pregunta abierta)**

**13. ¿Desarrollas tu actividad profesional en el ámbito clínico? (Consultorio público o privado) (opción múltiple)**

- a) Si
- b) No

*Si la respuesta anterior fue si:*

**14. ¿Consideras que podrías abordar un caso de TCA en el consultorio? (opción múltiple)**

- a) Si
- b) No

**15. ¿Por qué? (pregunta abierta)**

**16. ¿Usas algún cuestionario o screening para detectar señales de alerta de TCA en la consulta? (opción múltiple)**

- a) Si
- b) No

**17. Si la respuesta anterior fue “si”: ¿Qué cuestionario o screening utilizas? (pregunta abierta)**

**18. En caso de sospechar de TCA en una consulta ¿Qué decidís hacer? (pregunta abierta)**

**19. ¿En qué nivel adquiriste los conocimientos sobre TCA? (opción múltiple)**

- a) Facultad
- b) Capacitación/curso relacionado al tema en cuestión
- c) Lectura e investigación personal acerca del tema
- d) Considero que no tengo suficiente información sobre el tema

## Bibliografía

1. López Hartmann R. Cuatro estudios sobre trastornos de la conducta alimentaria [Internet]. 2019. Disponible en: [https://www.researchgate.net/profile/Rodolfo-Lopez-12/publication/352908524\\_CUATRO\\_ESTUDIOS SOBRE TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA/links/60df4cbb299bf1ea9eda55a7/CUATRO-ESTUDIOS-SOBRE-TRASTORNOS-DE-LA-CONDUCTA-ALIMENTARIA.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Rodolfo-Lopez-12/publication/352908524_CUATRO_ESTUDIOS SOBRE TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA/links/60df4cbb299bf1ea9eda55a7/CUATRO-ESTUDIOS-SOBRE-TRASTORNOS-DE-LA-CONDUCTA-ALIMENTARIA.pdf)
2. Guía para familias de personas afectadas por un TCA. Febrero 2019 [citado Mayo 2022]; Disponible en: <https://www.acab.org/wp-content/uploads/2020/11/GUIA-FAMILIES.-CAST.pdf>
3. Sociedad Argentina de Pediatría [Internet]. Covid-19 y cuarentena: Destacan la importancia de detectar los Trastornos de la Conducta Alimentaria en fases iniciales. 2021. Disponible en: [https://www.sap.org.ar/uploads/archivos/general/files\\_trastornos-alimentarios-covid-19-06-20\\_1624570351.pdf](https://www.sap.org.ar/uploads/archivos/general/files_trastornos-alimentarios-covid-19-06-20_1624570351.pdf)
4. Pradales C. Influencia del confinamiento por SARS-COV-2 en los trastornos de la conducta alimentaria de menores residentes en Valladolid [Internet]. Junio 2021 [citado Mayo 2022]. Disponible en: <https://uvadoc.uva.es/bitstream/handle/10324/49475/TFG-G5124.pdf?sequence=1&isAllowed=y> -<https://www.acab.org/wp-content/uploads/2020/11/GUIA-FAMILIES.-CAST.pdf>
5. Gaete P. V, López C. C. Trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes. Una mirada integral. Rev Chil Pediatr. 2020;91(5):784–93.
6. American Psychiatric Association. Guía de consulta de los Criterios Diagnósticos del DSM-5. 5th ed. Washington, DC; 2003.
7. Cataluña AD de T i. RM. Cataluña, Agència D'avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques [Internet]. Guía de Práctica Clínica sobre Trastornos de la Conducta Alimentaria. 2009 [citado Junio 2022]. Disponible en: [http://www.aeesme.org/wp-content/uploads/docs/GPC\\_440\\_TCA\\_Cataluya.pdf](http://www.aeesme.org/wp-content/uploads/docs/GPC_440_TCA_Cataluya.pdf)
8. Durán LB, Segura MC, Rojas M. Actualización en trastornos de conducta alimentaria: anorexia y bulimia nerviosa. Revista Médica Sinergia [Internet]. Agosto 2021 [citado Julio 2022]; Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/sinergia/rms-2021/rms218a.pdf>
9. Vargas MJ. Trastornos de la conducta alimentaria. Revista medica de Costa Rica y Centroamerica [Internet]. [citado Mayo 2022]; Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/revmedcoscen/rmc-2013/rmc133q.pdf>
10. Weinstein M. Trastornos alimentarios y de la ingestión de los alimentos. Disponible en: [http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios\\_catedras/electivas/616\\_psicofarmacologia/material/trastornos\\_conducta\\_alimentaria.pdf](http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/electivas/616_psicofarmacologia/material/trastornos_conducta_alimentaria.pdf)
11. Associació Contra l'Anorèxia i la Bulímia [Internet]. Factores de riesgo y síntomas. 2019 [citado Septiembre 2022]. Disponible en: <https://www.acab.org/es/los-trastornos-de-conducta-alimentaria-que-son-los-tca/factores-de-riesgo-y-sintomas/>

12. Lavia J. Capítulo 3: Trastornos de la conducta alimentaria. In: Sobrevivir a un mundo gordofóbico sin caer en trastornos alimentarios. Penguin Random House; 2022. p. 79.
13. López C, Treasure J. Trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes: descripción y manejo. Revista Médica Clínica Las Condes. Enero 2011;22(1):85–97.
14. Gomez CC. Consenso sobre la evaluación y el tratamiento nutricional de los trastornos de la conducta alimentaria: anorexia nerviosa. Nutrición Hospitalaria [Internet]. 2018; Disponible en: <https://scielo.isciii.es/pdf/nh/v35nspe1/1699-5198-nh-35-nspe1-00011.pdf>
15. Brito Vallejo C. El rol del nutricionista en el tratamiento de trastornos del comportamiento alimentario [Nutrición Humana]. Universidad Católica del Ecuador; 2011.
16. Persano HL, Soto S, Brenna MF, Giménez Bach L, Gonzalez ME, Pérez Pertino MB. Evaluación del tratamiento nutricional en pacientes con trastornos de la conducta alimentaria asistidos en un servicio especializado en el hospital “José T. Borda.” Revista Nutrición Investiga [Internet]. Disponible en: [https://www.researchgate.net/profile/Humberto-Persano/publication/339135997\\_Evaluacion\\_del\\_Tratamiento\\_Nutricional\\_en\\_Pacientes\\_con\\_Trastornos\\_de\\_la\\_Conducta\\_Alimentaria\\_asistidos\\_en\\_un\\_Servicio\\_Especializado\\_en\\_el\\_Hospital\\_JoseT\\_Borda/links/5e402c1d92851c7f7f2bb2cd/Evaluacion-del-Tratamiento-Nutricional-en-Pacientes-con-Trastornos-de-la-Conducta-Alimentaria-asistidos-en-un-Servicio-Especializado-en-el-Hospital-JoseT-Borda.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Humberto-Persano/publication/339135997_Evaluacion_del_Tratamiento_Nutricional_en_Pacientes_con_Trastornos_de_la_Conducta_Alimentaria_asistidos_en_un_Servicio_Especializado_en_el_Hospital_JoseT_Borda/links/5e402c1d92851c7f7f2bb2cd/Evaluacion-del-Tratamiento-Nutricional-en-Pacientes-con-Trastornos-de-la-Conducta-Alimentaria-asistidos-en-un-Servicio-Especializado-en-el-Hospital-JoseT-Borda.pdf)
17. Guía de Práctica Clínica sobre Trastornos de la Conducta Alimentaria [Internet]. 2009. Disponible en: [https://scientiasalut.gencat.cat/bitstream/handle/11351/1798/guia\\_practica\\_clinica\\_trastorn\\_alimentari\\_2009.pdf](https://scientiasalut.gencat.cat/bitstream/handle/11351/1798/guia_practica_clinica_trastorn_alimentari_2009.pdf)
18. Basterra Desantos A. La importancia del tratamiento nutricional en las diferentes unidades de los trastornos de la conducta alimentaria [Internet]. Universidad del País Vasco (UPV/EHU) ; 2018. Disponible en: <https://cometetusmiedos.com/wp-content/uploads/2020/10/Alazne-Bastera-Santos.pdf>
19. Castro AM, Yépez DJB, Méndez JTM, Obredor PEA. Trastornos del comportamiento alimentario: escalas para valorar síntomas y conductas de riesgo. Revista Ciencia Biomédicas [Internet]. 2012; Disponible en: <https://revistas.unicartagena.edu.co/index.php/cbiomedicas/article/view/3173/2700>
20. Kutz AM, Marsh AG, Gunderson CG, Maguen S, Masheb RM. Eating Disorder Screening: a Systematic Review and Meta-analysis of Diagnostic Test Characteristics of the SCOFF. J Gen Intern Med. Marzo 2020 ;35(3):885–93.
21. Campo Arias A, Díaz Martínez LA, Rueda Jaimes GE, Martínez Mantilla JA, Amaya Naranjo W, Campillo HA. Consistencia interna y análisis factorial del cuestionario SCOFF para tamizaje de trastorno de conducta alimentaria en adolescentes estudiantes: una comparación por género. PepSIC [Internet]. 2006; Disponible en: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1657-92672006000200008](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-92672006000200008)
22. Rueda Jaimes GE, Díaz Martínez LA, Ortiz Barajas DP, Pinzón Plata C, Rodríguez Martínez J, Cadena Afanador LP. Validación del cuestionario SCOFF para el cribado de los trastornos del comportamiento alimentario en adolescentes escolarizadas. Atención Primaria. Febrero 2005 15;35(2):89–94.

23. Losana AV, Marmo J. Herramientas de evaluación en trastornos de la conducta alimentaria [Internet]. 2013. Disponible en: <https://www.aacademica.org/analia.veronica.losada/14.pdf>
24. Baladia E. Percepción de la imagen corporal como factor predisponente, precipitante y perpetuante en los trastornos de la conducta alimentaria (TCA). SciELO [Internet]. 2016; Disponible en: [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2174-51452016000300001](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2174-51452016000300001)
25. Rios PB. Cuestionarios, inventarios y escalas [Internet]. Instituto de Ciencias de la Conducta; 2013. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6433396>
26. Hoek HW. Review of the worldwide epidemiology of eating disorders. Curr Opin Psychiatry. 2016 Nov;29(6):336–9.
27. Erskine HE, Whiteford HA, Pike KM. The global burden of eating disorders. Curr Opin Psychiatry. 2016 Nov;29(6):346–53.
28. Gema LP. Impacto de la pandemia COVID-19 en los trastornos de la conducta alimentaria [Internet] [Tesis de Grado]. Carolina LM, editor. Universidad de Cantabria ; 2022 [citado Julio 2022]. Disponible en: [https://repositorio.unican.es/xmlui/bitstream/handle/10902/25051/2022\\_LastraP%c3%a9rezG.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repositorio.unican.es/xmlui/bitstream/handle/10902/25051/2022_LastraP%c3%a9rezG.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
29. Montoya YL, Quenayaa A, Mayta Tristánb P. Influencia de los medios de comunicación y el riesgo de padecer trastornos de la conducta alimentaria en escolares mujeres en Lima, Perú. Sociedad Argentina de Pediatría [Internet]. 2015 [citado Julio 2022]; Disponible en: <https://www.sap.org.ar/docs/publicaciones/archivosarg/2015/v113n6a08.pdf>
30. Riesgo de trastornos de la conducta alimentaria en universitarios del área de la salud. Ju'unea Revista de Investigación [Internet]. Mayo 2022; Disponible en: [https://www.researchgate.net/profile/Karina-Diaz-5/publication/361549770\\_Riesgo\\_de\\_trastornos\\_de\\_la\\_conducta\\_alimentaria\\_en\\_universitarios\\_del\\_area\\_de\\_la\\_salud/links/62b86936d49f803365bc7cb3/Riesgo-de-trastornos-de-la-conducta-alimentaria-en-universitarios-del-area-de-la-salud.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Karina-Diaz-5/publication/361549770_Riesgo_de_trastornos_de_la_conducta_alimentaria_en_universitarios_del_area_de_la_salud/links/62b86936d49f803365bc7cb3/Riesgo-de-trastornos-de-la-conducta-alimentaria-en-universitarios-del-area-de-la-salud.pdf)
31. Gasparini SR. Trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes y jóvenes en América latina. Revista de la Facultad de Ciencias de la Salud. 2019 Oct 30;1(6):24–30.
32. Quiroga S, Cryan G. Comparación de la evolución clínica de la depresión en dos tipos de abordaje terapéutico para adolescentes tardías con trastornos de alimentación [Internet]. Fundamentos en Humanidades. 2005 [citado Julio 2022]. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/184/18411606.pdf>
33. Zukerfeld RZ, Zukerfeld R, Quiroga S. Conducta alimentaria, peso corporal y psicopatología en mujeres ingresantes a la Universidad de Buenos Aires. Revista Clínica Psicopatologica. 1997.
34. Bay LB, Rausch Herscovici C, Kovalskys I, Berner E, Orellana L, Bergesio A. Alteraciones alimentarias en niños y adolescentes argentinos que concurren al consultorio del pediatra. Arch Argent Pediatr. 2005;103(4):305–16.
35. Quiroga S. Prevalencia e incidencia en la actualidad : Trastornos de la conducta alimentaria [Internet]. Repositorio Digital Institucional de la Universidad de Buenos Aires. 2009 [citado

Julio 2022]. Disponible en:  
[http://repositorioubasibi.uba.ar/gsd/collect/encruce/index/assoc/HWA\\_258.dir/258.PDF](http://repositorioubasibi.uba.ar/gsd/collect/encruce/index/assoc/HWA_258.dir/258.PDF)

36. Berner E, J y Valente S P. Trastornos de la conducta alimentaria: signos clínicos en pacientes adolescentes con episodios de vómitos autoinducidos. Arch.argent.pediatr. 2004;440-4.